

LO + POSITIVO

Núm.38 · Otoño 2007

Publicación gratuita sobre la infección por VIH



Además:
Salud y libertad
¿Quién ha sido?
La ignorancia mata
De Sydney a Madrid
La epidemia silenciosa

EL MÉDICO.



LA INVESTIGACIÓN.



LAS PERSONAS.



UNIDOS SOMOS MÁS FUERTES

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





opina

4 Pekín, viejas costumbres 5 SOS VIH en Estonia 6 La ignorancia mata
7 Mi experiencia y el voluntariado 8 Salud y libertad 10 Para reflexionar
11 La gente joven en el centro de la epidemia 12 Yo juzgo, tú juzgas...
¿quién previene? 13 Cine: Los testigos

en persona

14 VIH, sexo y leyes 16 ¿Cómo pude hacerme esto a mí misma?
18 Penalización de la transmisión del VIH/SIDA 21 ¿Quién ha sido?

cuidarse

34 Ganar unos kilos

a ciencia cierta

36 De Sydney a Madrid: un repaso a los nuevos fármacos del VIH
40 Neuropatía periférica: un problema por resolver 42 La epidemia silen-
ciosa: la tuberculosis en personas con VIH 44 Flashes Informativos

al detalle

46 SINIVIH: Sin razón 48 Los retos de la vacuna del papiloma humano (2ª Parte)
50 Entrevista a Dolors Camats, Diputada del Parlament de Catalunya 51 Se
interrumpe un ensayo de vacuna del VIH y Apoyo parlamentario a la investigación de
los microbicidas. 52 ConTacto 55 En la web 56 Listado de ONG



Miembro
del Grupo
Iberoamericano
de Publicaciones
sobre el
VIH

EL EQUIPO DE LO+POSITIVO SOMOS: Georgina Fabrés, Jaume Fabrés, Xavier Franquet, Juanse Hernández, Gonzalo Mazuela, William Mejías, Jordi Piqué, Núria Rodríguez, Joan Tallada, M^a José Vázquez, Marion Zibelli **EN ESTE NÚMERO HAN COLABORADO:** Paul Cummings, Montserrat Moliner, Manolo Rodríguez, Bárbara Simó, Miguel Vázquez, Pilar Zubiaga **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 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:** Gràfiques Cuscó www.grafiquescusco.com Depósito Legal: B-40431-97 **CON EL PATROCINIO DE:** Laboratorios Abbott, Boehringer Ingelheim, Gilead Sciences, GlaxoSmithKline, Janssen-Cilag, Merck Sharp & Dohme, Pfizer, Productos Roche, Schering-Plough **CON LA COLABORACIÓN DE:** Generalitat de Catalunya, Ministerio de Sanidad y Consumo y Áreas de Salud Pública i Consum i Benestar Social de la Diputació de Barcelona. **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.**



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.

El culpable de todo esto

Un diagnóstico de VIH marca la vida de las personas. Parece, o es, un Perogrullo, que a fuerza de reiterarse aquí y allá pierde capacidad semántica, de significar algo: se convierte en una frase hecha, un lugar común. A estas palabras sin embargo conviene volver y detenerse para leerlas y pensarlas con atención. Si lo hacemos, podremos caer en la cuenta de hasta qué punto el sentimiento de que algo nos ha sucedido que nos quita el control sobre nuestra vida y de que nos asigna a un grupo inexorablemente puede ser fuente de dolor y rabia: "Esto que me pasa no debería estar ocurriendo, no es justo, y alguien tendría que responder por ello".

Por eso tendemos a buscar un culpable: la pareja por engañarnos o callar, nosotr@s mism@s por imprudentes o inconscientes, nuestra familia, nuestros padres, por fallarnos y no proporcionarnos fuerza, conocimientos o advertencias. Un culpable sobre quien descargar nuestra ira, nuestra frustración, nuestra desolación.

No sólo lo llevamos a cabo en nuestro fuero interno o en conversaciones íntimas. Internet está multiplicando las voces de quienes creen que vivir con VIH es una injusticia y buscan agredir a otr@s, cuando no a sí mism@s, como respuesta, afirmando además que esa agresividad tiene fundamento: está legitimada. De ahí a saltar hasta el castigo social por medio del derecho no hay más que un paso: la misma cólera que en ocasiones nos lleva a insultar a nuestra ex pareja o a hundirnos en la depresión es la que, codificada, nos llega por medio de la ley penal.

¿De qué sirve la criminalización de la transmisión no intencional del VIH que tantos adept@s está ganando? Y sobre todo, ¿a quién le sirve? ¿Sirve a la persona diagnosticada, que tendrá que afrontar igualmente vivir con VIH y los sentimientos que le genera, con especial dificultad los negativos? ¿Sirve a la prevención y la integración, cuando en realidad la criminalización convierte en (más) clandestinos los usos reales de la sexualidad, incrementa la incomuni-

cación y nos aleja un@s de otr@s? ¿Sirve a la sociedad, que pueda creer que la amenaza de prisión la protege de un virus cuya presencia generalizada prefiere soslayar?

La búsqueda de un/a culpable, la criminalización de la transmisión del VIH significa el deseo de seleccionar un chivo expiatorio. De esta manera evitamos ver dentro de nosotr@s mism@s qué nos ha llevado hasta el lugar y el tiempo en el que vivimos el sexo, el riesgo, la transmisión del VIH y el diagnóstico. De esta manera evitamos como comunidad afrontar la responsabilidad colectiva sobre los modelos de relación instaurados, la desigualdad palpable entre individuos y la violencia estructural que nos infringimos. Utilizamos la diatriba verbal o el código penal para castigar al culpable de todo esto, cuando de lo que se trata es reflexionar sobre las circunstancias y decisiones que han condicionado que una transmisión del VIH, cada una de ellas, haya tenido lugar, y transformar y cooperar para que dejen de tenerlo.

El insólito caso del SINIVIH

Ésta será la enésima vez que uno de los textos editoriales de LO+POSITIVO se dedica al registro de casos de VIH conocido como SINIVIH. La insólita persistencia temática (ningún otro asunto ha merecido tal honor) se debe al enmarcamiento jurídico y político al que ha conducido una decisión gubernamental de escasa justificación, mal planteada y peor ejecutada. El empecinamiento del Ministerio por imponer la recolección de los datos de las nuevas infecciones sin que tengamos clara ni la utilidad ni la seguridad de la medida no ha hecho más que alentar la carrera de pleitos y soliviantar a una parte consi-

derable de las ONG que trabajamos en VIH/SIDA.

Como explica RED2002 en un comunicado que reproducimos en nuestras páginas, nada impide el que las medidas que se puedan tomar para atajar el ciclo de nuevas infecciones se implementen aquí y ahora: no hace falta esperar a un registro para eso. El hecho de que la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA insista en que sin el SINIVIH no se pueden tomar decisiones, o no las más correctas, es una contradicción en sus términos: si así fuera, debería desmantelarse el propio PNS y no tendría ningún sentido seguir adelante con el Plan Multisectorial del

VIH/SIDA a varios años vista como el que impulsa la propia administración en nuestro país.

En cuanto a la protección de datos sensibles por medio de mecanismos estrictos de confidencialidad, tan necesaria frente a la palpable discriminación por VIH, el que haya dos sentencias contradictorias de sendos altos tribunales causa más inquietud que otra cosa. Las declaraciones del Ministro Soria a favor de no seguir adelante hasta llegar al acuerdo con los grupos comunitarios son bienvenidas, aunque por una vez la Secretaría del PNS debería no dejar a nadie fuera del proceso, o al menos intentarlo.

Nuevo Pekín, Grandes Juegos (viejas costumbres)

Como casi todo el mundo sabe, la capital de China acogerá, en 2008, los próximos Juegos Olímpicos. Este acontecimiento de talla mundial da notoriedad e importancia a las ciudades que son elegidas para celebrar tan magno evento. China, por supuesto, no podía quedar atrás, sobre todo desde su apertura, principalmente al capitalismo, y compitió con ciudades como París y Toronto, cuyas candidaturas eran mejores. Sin embargo, finalmente, después de una decisión muy controvertida debido a sus constantes denuncias sobre violación de derechos humanos (DD HH), el Comité Olímpico Internacional inclinó la balanza a favor de Pekín.

País hermético

El lema "Nuevo Pekín, Grandes Juegos" fue elegido para proyectar al mundo una imagen de "nuevos ideales" en un país de viejas costumbres que entraba al nuevo milenio. No obstante, esta renaciente gran potencia mundial se muestra abierta a Occidente sólo en lo económico, puesto que en lo social sigue siendo un país hermético, dictatorial y censorador, ya que estrangula cualquier otro posible evento o actividad que pueda empañar esa pretendida nueva imagen y desvíe la atención de los medios de comunicación internacionales de su principal objetivo.

Nuevamente, el gigante asiático atrae nuestra atención, pues, una vez más, en él se están cometiendo actos de violaciones de DD HH de personas con VIH/SIDA (PVVS) y activist@s chin@s para evitar deslucir la tan cacareada nueva imagen.

Human Rights Watch (HRW), organización internacional de DD HH, denunció a mediados de agosto de este año que las autoridades chinas han aplicado medidas represivas sobre grupos chinos de lucha frente al SIDA, amenazando sus actividades, cerrando sus oficinas y ordenando la cancelación de conferencias sobre esta enfermedad

cuya celebración estaba prevista en el país. Para HRW, estas acciones del gobierno chino no hacen más que incrementar la preocupación sobre si China tiene un verdadero compromiso en la lucha frente al SIDA.



Un asunto 'demasiado delicado'

Si bien, en los últimos tiempos, y gracias a la presión internacional, China ha reforzado la legislación para proteger los derechos de las PVVS, según HRW los acosos continúan. Es el caso de Zhu Zhaowu, un activista chino de la *China Orchid AIDS Project's*, en Kaifeng (provincia de Henan, muy conocida por ser la región donde el SIDA golpeó con mayor fuerza en los primeros años de la epidemia), quien denunció a mediados de agosto que su organización y sus actividades habían sido ilegalizadas. Esta organización, junto a otras ONG, había previsto el pasado mes agosto la celebración de una conferencia de activistas del SIDA que no se pudo celebrar, ya que la policía encarceló a varios de sus participantes.

Según Zhaowu, la policía también impidió la celebración de otras dos conferencias sobre SIDA, previstas para el mismo mes, en la ciudad de Guangzhou, al sur del país. En estas conferencias debían participar estudiantes y expert@s de tres continentes.

Además, se practicaron otras detenciones de activistas y cancelado otras reuniones y conferencias sobre el SIDA

en todo el país. Lo más preocupante de esta situación es que, según estimaciones de la ONUSIDA y la OMS, en China viven un@s 650.000 afectad@s por dicha enfermedad, aunque las ONG difieren y han asegurado a medios como la agencia EFE que la cifra real podría llegar a los 6 millones. Sin embargo, el Buró de Seguridad Pública de China justifica la cancelación de estas reuniones diciendo que el SIDA es un asunto 'demasiado delicado'.

Claro que lo es. El país más poblado del planeta, con una economía en constante crecimiento, el mayor nivel de exportaciones en el mundo, una boyante y relativa nueva clase media y de millonari@s (a pesar la inmensa mayoría de pobres, principalmente en áreas rurales), y a las puertas de la celebración de uno de los eventos mundiales de mayor relevancia en el globo, no está dispuesto a que nadie mire en su patio trasero y saque a la luz sus miserias y viejas costumbres. Pero querer tapar el sol con un dedo es tan iluso y peligroso como pensar que se puede volar hacia él con alas de cera.

El mayor peligro de estas acciones es que, según un informe sobre el SIDA en China, de 24 de julio de este año, realizado por el Centro para el Estudio Internacional y Estratégico, a través de un comité de expertos, se sugiere "que la enfermedad puede estar moviéndose hacia niveles de epidemia generalizada en China", a pesar de los intentos oficiales de hacer ver que la enfermedad está bajo control. Así pues, se debería tener en cuenta que, al coaccionar, cancelar y restringir las acciones y actividades de l@s activistas y las ONG, podrían dinamitarse los esfuerzos por el neutralizar la infección. Los juegos pasan, pero el SIDA queda.

FUENTE: *Elaboración propia*

REFERENCIAS: *McClatchy Newspapers August 16, 2007/ Associated Press Writer August 21, 2007.*

SOS VIH en Estonia

El pasado 20 de junio, salió publicado en diferentes medios de comunicación que el actual Gobierno de la República de Estonia estaría planificando un enorme recorte en la asignación de fondos para 2008, dirigido a los servicios de cuidado, tratamientos y ayuda de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) en esa ex república soviética.

Reducción drástica

Esta medida ha alertado a las ONG, que han manifestado su malestar al respecto y hecho un llamamiento a la comunidad internacional para que brinde su apoyo a esta protesta, ya que esta arbitraria decisión daría como resultado una disminución, siete veces menor, de los fondos relativos al coste de servicios de VIH que ya habían sido previamente presupuestados. Por ejemplo, el presupuesto de 2007 para la atención de PVVS en Estonia era de 5.775.000 euros y, para 2008, se habían proyectado unos 8.225.000 euros, pero de manera drástica y repentina se quieren reducir a 1.853.000. La gran mayoría de estos fondos proviene del Fondo Global para la lucha frente al SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FGSTM).

Esta decisión hace que Estonia se salte la firma de sus propios acuerdos, como la Declaración de compromiso en la lucha contra el SIDA, aprobada por todos los países miembros de las Naciones Unidas (ONU) durante la vigésimosexta sesión extraordinaria de la Asamblea General de la ONU, celebrada en 2001. Asimismo, el Gobierno estonio aprobó una estrategia frente al VIH/SIDA para 2006-2015, junto con un Plan de Acción para 2006-2009, por el que se responsabilizaba por completo a financiar el resto de programas con el Estado. Además, en febrero de 2007 el ministro de Asuntos Sociales prometió a los representantes del FGSTM que seguirían con la misma financiación de los tratamientos antirretrovirales inme-

diatamente después de que este organismo dejara de financiar a Estonia.

Ahora, según los medios, el Gobierno estonio indica que los recursos debían ser asignados en su lugar a otras áreas sociales como hogares infantiles, cuidados para discapacitados y servicios de emergencia. Aún así, las ONG recuerdan que Estonia es uno de los países miembros de la Unión Europea con la segunda mayor tasa de prevalencia del VIH, que afecta, principalmente, a las minorías étnicas rusas que viven en el país báltico. Sólo en 2006 se registraron 668 nuevos casos de VIH y, para finales de ese mismo año, la cantidad de casos acumulados llegaba a los 6.055 desde 2002, mientras que los casos de SIDA llegaron a 134, en una población con un total de 1.330.000 habitantes.

Hombres jóvenes, entre 15 y 24

Por su parte, la delegación europea de la OMS también informó que, en 2005, 100 de los nuevos casos de VIH desarrollaron SIDA, de los que 48 habían fallecido. Además, el 72% de las PVVS en la república báltica son hombres jóvenes, y cerca del 65% de éstos está entre los 15 y los 24 años de edad. No obstante, también en 2006 la proporción de mujeres infectadas se incrementó, principalmente mujeres VIH positivas embarazadas, así como el número de casos de transmisión madre-hijo.

Por todo lo anterior, la Coalición de ONG de Estonia alerta de que, si continúa este ritmo de incremento de nuevos casos de VIH, aunado a la incoherente desidia política con respecto al enorme recorte presupuestario, Estonia se enfrenta a que cientos de personas que requieren atención, tratamiento antirretroviral y cuidados, entre ellos principalmente jóvenes y niños, que-



den a merced de la fatalidad. Además, también advierten de que ignorar la alarmante situación de los diferentes grupos sociales que requieren ayuda no hace más que intensificar el estigma y la discriminación de las personas que viven con VIH.

Por lo que reclaman la adopción de las siguientes medidas:

- Que se continúe con los programas de tratamientos como una forma eficaz de control del VIH/SIDA.
- Que se reconozca que el VIH/SIDA es un riesgo para la sociedad y se preste más atención a las experiencias llevadas a cabo por otros países en su respuesta a la lucha frente al VIH/SIDA.
- Que se mejore la calidad de vida de las PVVS y se les brinde la oportunidad de ser miembros útiles a su comunidad tanto como al resto de contribuyentes.
- Que se continúe con los tratamientos preventivos ante la posibilidad de la aparición de formas de resistencia del virus y su propagación.

FUENTE: Lista de distribución de Grupo Europeo de Tratamientos del SIDA (EATG)

La ignorancia mata

Nunca ha sido más acertado el dicho popular que reza que "la ignorancia mata", ya que así ocurre literalmente en Papúa Nueva Guinea (PNG), un pequeño Estado independiente en Oceanía, al suroeste del Océano Pacífico y al norte de Australia.

Una conocida activista del SIDA en PNG, Margaret Marabe, denunció el enterramiento de cinco personas con SIDA aún vivas en el trayecto de los cinco meses que estuvo trabajando por las remotas montañas del suroeste de la nación oceánica. Esta activista indicó que esto ocurría debido a la ignorancia y la desidia por parte de las propias familias de las personas con VIH/SIDA que las enterraban vivas para no tener que hacerse cargo de ellas y por temor a infectarse.

Para colmo de males, este pequeño país del Pacífico Sur se está llevando la peor parte de la epidemia, ya que registra el 90% de las infecciones por VIH en la región, según un reciente informe de ONUSIDA. Oficialmente, se calcula que el 2% de los 6 millones de habitantes está infectado con el VIH; sin embargo, los activistas creen que esta cifra es aún mucho mayor. En esta misma línea, según un informe anterior de ONUSIDA, los diagnósticos anuales por VIH se han incrementado en torno a un 30% desde 1997, dejando una cifra estimada de 60.000 personas viviendo con VIH en 2005.

"Vi a tres de esas personas con mis propios ojos. Cuando estas personas se pusieron muy enfermas y sus familiares no pudieron cuidarlas, las enterraron vivas, indicó Marabe. Según la activista, los aldeanos le dijeron que era común hacerlo. Ella también dijo que una de esas personas gritaba "Mamá, Mamá", mientras la tierra caía sobre su cabeza.

El VIH/SIDA se propaga en el país, principalmente, a través de las relaciones heterosexuales, la poligamia, las violaciones y la violencia sexual, estas dos últimas prácticas muy extendidas en el país.

De los mitos y creencias

El imaginario popular y la negativa a aceptar el VIH hacen que la culpa de la muerte de las personas enfermas recaiga sobre a la brujería. Por ello, algunas mujeres son acusadas de brujería y, grupos organizados, que las responsabilizan de la epidemia, las torturan y asesinan, según indican el gobierno y los investigadores. Líderes religiosos también describían cómo pacientes con SIDA eran lanzados desde los puentes o los dejaban morir de hambre en la parte trasera de las casas, según informaba un corresponsal de la BBC en Australia.

Marabe, quien ahora trabaja en la capital de PNG (Port Moresby) para una organización voluntaria llamada Igat



Los enterramientos de personas con SIDA aún vivas se debe a la ignorancia y la desidia por parte de las propias familias de las personas con VIH/SIDA que las enterraban vivas para no tener que hacerse cargo de ellas y por temor a infectarse

Hope, indica que las personas que viven en las áreas remotas del país aún continúan sin información sobre el VIH/SIDA. Además, denuncia que, en esas áreas del país, "no existen centros de formación de consejeros voluntarios en VIH. Tampoco existen programas de formación sobre VIH".

Marabe ha apelado al gobierno papú y a las agencias de ayuda para asegurarse de que los programas de concienciación sobre el VIH/SIDA que se llevan a cabo en las ciudades y pueblos se extiendan a las áreas rurales, donde la ignorancia sobre la enfermedad está ampliamente expandida.

Lamentablemente, 'no hay peor ciego que el que no quiere ver', y las autoridades, entre ellas su secretario de Sanidad, el Dr. Nicholas Mann, se excusan argumentando que la pluralidad de lenguas y culturas del país crea dificultades para hacer llegar el mensaje sobre el VIH/SIDA a toda la población. Sólo cabe esperar que el actual primer ministro papú tome conciencia de la brutalidad y salvajada que, en pleno siglo XXI, se está concibiendo en su país y se dé cuenta de que la isla, además, se está enfrentado a la peor catástrofe de SIDA en la región.

FUENTE: www.news.bbc.co.uk

Mi experiencia y el voluntariado

Hace relativamente poco que vivo con VIH. Me enteré en mi enésimo intento por dejar de ser politoxicómano. Fui a un médico amigo de mi hermano y la analítica salió positiva. Por todos los fracasos y frustraciones que han pasado por mi vida, y por un

estima y la falta de valoración hacia lo que he conseguido me hicieron caer en otra trinchera, donde salir suponía verme envuelto en la onda expansiva de la realidad; seguía sin encontrar sentido a la vida y su búsqueda se hacía infructuosa.

en Asturias y después de mucho luchar he conseguido una estabilidad emocional de la que yo muchas veces me sorprendo. Las batallas ganadas con mi esfuerzo y el de mis compañeros empezaron a verse recompensadas en julio, cuando me propusieron ir a un campo de trabajo organizado por la Fundación Adsis.

Allí conocí a una serie de gente de un ámbito social muy diferente al mío, médicos, enfermeras, estudiantes, carteros, camareras..., pero tenían algo en común que llenó mi corazón: estaban dispuestos a pasar una semana con los que la sociedad llama "escoria", para echarnos un cable en nuestra nueva andadura. Esta experiencia me ha servido para volver a sentir la esperanza de un mundo mejor, un mundo sin rechazo social, sin exclusiones por esto o por lo otro. Ver a personas que comparten el trabajo, un plato de comida, un día de excursión, una mañana en la piscina con presos sin

Ver a personas que comparten el trabajo, un plato de comida, un día de excursión, una mañana en la piscina con presos sin prejuicio alguno... me ha abierto los ojos para comprender que, en la inmensidad del mundo, hay un hueco para mí, y ayudando a l@s demás, yo encontraré en un futuro el mío

terror que sentía hacia mi nueva situación –además de un pánico supino a seguir enfrascado en mi pasado, lleno de soledad–, intenté recuperar el tiempo perdido, atesorar otra vez agallas para enfrentarme a mi familia y al destino que yo había construido a fuerza de edificar pisos que yo mismo derrumbaba.

Mi primer contacto con el voluntariado fue en mi segundo intento por dejar las drogas. Buscaba algo para dar sentido a mi vida, ayudaba a niñ@s con problemas de discriminación social dos veces por semana a hacer los deberes. Intentaba, ayudando a los demás, sentirme útil y soportar con estoicismo mi calvario.

Mi segundo contacto, ya cuando mi salud estaba deteriorada, fue desde el otro lado: yo era el ayudado. Acudía a un centro de día para personas con VIH en la Fundación Siloé, donde aparte de recibir información sobre mi enfermedad, recibía apoyo psicológico, controlaban también mi medicación (metadona) y me hacían analíticas para no volver a mi tumba en vida.

Enturbada mi mente por drogas legales, que no encontraba sentido tomar, mi inconsciencia, mi baja auto-

Lo que parece más irreal es haber encontrado el camino en mi tercer encuentro con el voluntariado. Mi situación se había deteriorado en todos los sentidos. Entré preso en un momento en que mi estado físico, mental



y familiar era insoportable, mis compañeros me llamaban "el superviviente", algo de lo que me vanaglorio a diario.

Después de pasar cinco meses en el hospital entre operaciones, lumbalgias, ciáticas, candidiasis, neumonías y un montón de enfermedades oportunistas, dejar la metadona y la medicación psiquiátrica me ha hecho fuerte, gracias a estar en un módulo libre de drogas. Llevo dos años en la Unidad Terapéutica y Educativa II de Villabona

prejuicio alguno... me ha abierto los ojos para comprender que, en la inmensidad del mundo hay un hueco para mí, y ayudando a l@s demás, yo encontraré en un futuro el mío.

Deseo, desde aquí, dar las gracias a todas aquellas personas que demostrando su altruismo y solidaridad hacen posible que gente como yo siga luchando, tenga esperanza, ilusión y visión para mirar a la inmensidad del abismo.

Salud y libertad

Soy un hombre de Asturias y tengo 35 años. Hace 6 fui diagnosticado de VIH y, durante este periodo, he pasado por todo tipo de estados de ánimo y por pequeños o grandes infiernos que poco a poco fui superando. Claro que esto no se acaba aquí y el resto de mi vida seguiré haciendo frente al problema, pero de la misma forma que lo hago para levantarme a trabajar o sintiendo que hoy se mantienen relaciones superficiales que muchas veces sólo me dejan vacío.

Más que mi propia salud es peor tener que andarse con pies de plomo para que la opinión de otros no dé al traste con tu ánimo (suelo estar más sereno y tranquilo cuando el médico me dice que me ha subido la carga viral que cuando escucho a una persona descalificar a otra con VIH o al SIDA como lacra social de un@s poc@s) que, admitámoslo, es uno de los factores clave para hacer frente a tus emociones, positivas pero (también muchas veces tratándose de tu vida) negativas y demoledoras, y a tu propia enfermedad.

Palabras demoledoras

Nací en un barrio de la periferia de Gijón en aquel tiempo, pues hoy día forma parte ya del núcleo urbano; cuando me dejo caer por allí, cada vez menos, no lo reconozco... No tuve una infancia muy afortunada, pero eso es el pasado. Hace algo más de 14 años que me recuperé del abuso de drogas, pero no fue así como contraje el virus, sino mucho tiempo después mediante una relación sexual de riesgo. Aún recuerdo el mazazo que supuso para mí, no el diagnóstico, sino las palabras demoledoras con las que aquel médico de tres al cuarto me comunicó una esperanza de vida más o menos corta. Aunque me aseguró que iría pasando las fases paulatinas del SIDA sin remedio, me indicó que existían grandes medicaciones y adelantos para poder hacerlo con una

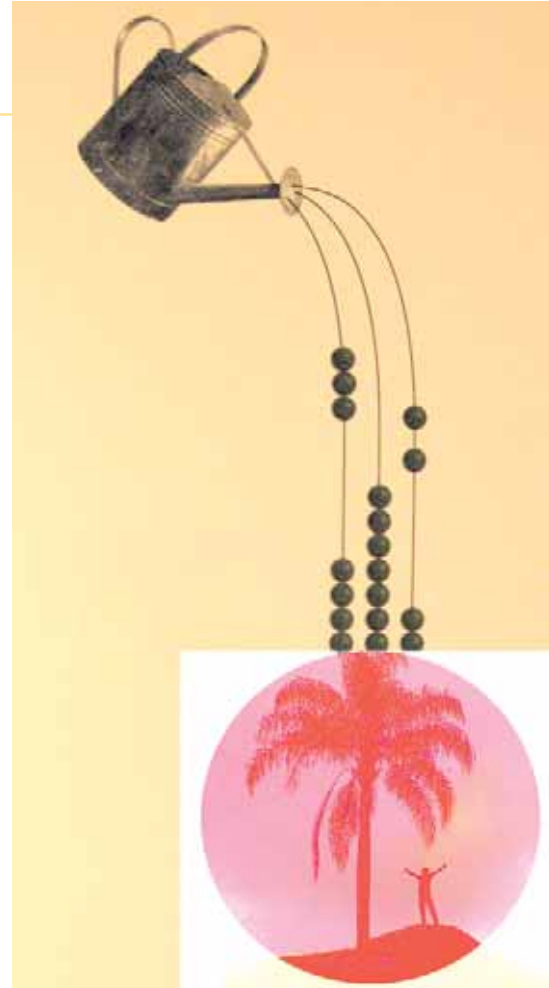
calidad de vida aceptable. No pongo un acento de más ni quito una coma a sus palabras.

Y ahí empezó mi calvario: luchar contra toda la hipocresía, falta de información y sensibilidad, así como la prepotencia de pensar: "Eso a mí no me va a ocurrir" y otras tonterías de este jaez que nosotros (espero que alguien esté de acuerdo conmigo) tenemos que ver día a día. Pero la verdadera lucha fue contra mí mismo. De repente, cuando pasó el *shock* de los primeros días, me sentí un cinico, un farsante de los peores, porque yo que había estado años trabajando como educador social y había aceptado sin prejuicios a personas que estaban literalmente muriéndose, sin que respondieran positivamente a ningún tratamiento, de pronto me di cuenta de que no lo aceptaba en el momento, que me tocaba directamente y que ya de nada servían todas las palabras de amor y apoyo que siempre tenía para todo el mundo. Hasta que me di cuenta de que simplemente no estaba preparado para encajar aquello dentro de mi cuerpo. Estaba terriblemente asustado y pensaba que tendría que planificar mi tiempo porque ya no sería todo el que podía, en un principio, esperar vivir.

Seguir creciendo

Pero mucho han cambiado las cosas dentro de mí, tanto que a veces agradezco tener que haber pasado por todo esto, pues me he convertido en una persona mucho más entera y siento que tengo muchas cosas que ofrecer, que soy un ser humano que quiere seguir creciendo y haciendo de la vida un lugar más justo.

Ahora sólo queda el miedo a las relaciones íntimas cuando una chica me gusta, mas he aprendido que la dignidad es la mejor forma de vivir con uno mismo. Va pasando el tiempo y me siento parte de una parte de la humanidad que por haber sufrido o ser dife-



rentes, digamos por ejemplo gays, lesbianas, seropositiv@s, inmigrantes, mujeres maltratadas, exclud@s y ese largo etcétera de gentes que hemos pasado por el rasero de la desinformación en nuestras propias carnes. En este sentido tuve que hacer un examen de conciencia de mí mismo y reconocer que yo también estuve y estoy equivocado casi a diario. Sin embargo, ahora, la diferencia radica en que soy consciente de que lo más sabio es rectificar y no olvidar que "en todas las casas se cuecen habas", y el refranero todavía añadió un final que el pueblo, el que sabe de lo difícil, puso al refrán: "y en la mía calderadas".

Todos los días al despertar me digo que el mundo es maravilloso y que a mí también me ha tocado la fortuna de vivir en él. Asimismo, siempre procuro sonreír y dar lo mejor que tengo para los demás. A pesar de todo llego a veces a la conclusión de que las personas, casi siempre, son como yo, y que habrá quien necesite su tiempo para saber que nos ocurre a las personas con VIH, como me ocurrió en su día con los otr@s, y finalmente conmigo mismo. Un chico al que no tengo el gusto de conocer, pero que intercambiamos algunas opiniones por e-mail, me comentó algo muy interesante, y es

que somos nosotr@s l@s que muchas veces, nos sentimos como extraterrestres y apartad@s, pues el resto del mundo también está lleno de personas que te abren sus brazos o te escuchan de verdad, y te aceptan. ¡Ay, a veces se me olvida, querid@ amig@, gracias!

Pero lo que quiero dejar aquí es alegría, pues me siento afortunado y quisiera que tod@s nosotr@s, que compartimos un frente común, fuésemos un@ sol@. Mañana amanece de nuevo y otra vez sentiremos ilusión y tristeza, amaremos o acaso odiaremos, porque aquí no se está hablando de VIH/SIDA, sino del camino de vivir, de no pararse a un lado y darlo todo por perdido. Ojalá que cuando salga a la calle estés ahí, a la vuelta de la esquina, y yo pueda verlo, y tú también. Y así todos los días de la vida.

caminar hacia la dignidad

Hay momentos realmente complicados cuando acudes a controles y te plantas cara a cara con un médico. He tenido la experiencia de tratar con profesionales maravillosos que, en vez de hablar distantes, te llenaban de apoyo y, por esa magia que tiene ser humano,

salía de la consulta sintiéndome infinitamente mejor. Sin embargo, tuve que escuchar como un facultativo, desde el otro lado de la mesa y, mientras te hablaba, sólo miraba tu historial, nunca a los ojos (como el que cree en las estadísticas y no en las personas). Yo no sé otras personas, pero yo salía angustiado incluso dándome buenas noticias sobre mi estado, ahogándome en lindes que me habían dicho como que sin duda un infectado de VIH evolucionaba tarde o temprano a SIDA.

Yo lo siento mucho, amig@s, pero no se puede hacer esa afirmación sin ser un verdadero profesional, ya que un especialista dedicado a temas médicos tan delicados no trata después de todo con un posible SIDA, sino con personas que, en primer lugar, acudimos a las consultas para ser tratados como tales. Yo, que trabajo como educador de personas problemáticas en su mayoría, podría decir a la ligera en algún caso de adicción a las drogas: "te morirás sin duda", y como el que deja la taza del desayuno en el fregadero, así dejaría a una persona, que probablemente si hubiera recibido una atención, un respeto a su integridad, tal vez hubiera

dicho: "yo merezco algo mejor que esto", para después comenzar a caminar hacia la dignidad. ¿No es complicado, verdad?

Todas las personas que hablamos y vivimos con VIH sabemos que nada es seguro, que podemos enfermar, incluso morirnos a la vuelta de cuatro días, poniéndonos en lo peor, pero qué sentido tiene que un médico te lapide con lo que tú mism@ luchas algunas noches, o a media tarde cuando un amig@ te dice que se siente peor, que no responde bien a un tratamiento; qué clase de profesional aun no ha aprendido que las personas, además de enferm@s, tienen esperanzas y estados de ánimo que repercuten directamente con el día a día y sus dolencias.

Me tiente la idea de revelar nombres y datos, pero no sería justo: con marear aguas ya sucias no se soluciona probablemente nada. Por fortuna, van siendo una minoría, pues no hay peor tratamiento que el no saber tratar a una persona. Aquí dejo mi denuncia, pues. Seguramente os ocurra a otr@s en un momento puntual, y creo que éstas son las cosas que también deberíamos defender. Nuestra dignidad.



BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

ORDEN DE PAGO POR BANCO

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

NOMBRE

BANCO O CAJA

LOCALIDAD

DOMICILIO AGENCIA

C.P.

CÓDIGO C/ C (20 DÍGITOS)

FIRMA

NOMBRE

DIRECCIÓN

POBLACIÓN

PROVINCIA

C. POSTAL

TEL.

MÓVIL

Autorizo una donación anual de:

25€ 50€ €

Forma de pago: Giro postal

Talón nominativo adjunto 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 4ª 08013 Barcelona (España)

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

Para reflexionar

En primer lugar, quisiera agradecerlos que me hayáis enviado la revista. Gracias, porque además, cuando la recibí, no me hacía mucho leerla y me decía: "Seguro que hablan siempre de los mismos temas". Sin embargo, cuando comencé a leerla, me llamó muchísimo la atención los rechazos que venimos padeciendo las personas que, como yo, vivimos con VIH. Me cautivó tanto su contenido que me quedé varias horas pensativo. Me parece muy injusto que por el hecho de ser "enferm@s", la sociedad o mejor dicho, gran parte de ella, nos dé de lado. Es muy fuerte y no hay nada más doloroso que no ser amad@ por estar enferm@. Pero ante una actitud así por parte de esta sociedad, ¿acaso no es ella quien tiene una enfermedad peor?

Es la enfermedad de la ignorancia que, por creerse estar san@s algunos

piensan que pueden estar por encima de l@s enferm@s y darnos de lado. Esto duele muchísimo, pero ¿puedo preguntar una cosa? Me tomaré esa libertad, que gracias a Dios, hoy todavía tengo: ¿crees, sociedad, que estás sana?

¿Creéis que estáis por encima de las personas con VIH? Si es así, ¿por qué no curáis vuestro desprecio y egoísmo?, ¿os habéis mirado bien en vuestros corazones?, ¿conocéis el significado de la palabra amor? Si es así, ¿por qué no hacéis las cosas con amor? La enfermedad peor es el desprecio hacia vuestros iguales, sólo porque a ell@s les ha tocado vivir con VIH. Yo lo tengo y estoy privado de libertad. Pero, con vuestra actitud, ¿no es peor vuestra enfermedad?, ¿no estáis más pres@s vosotr@s?

Un abrazo a tod@s l@s pres@s y enferm@s del mundo.



P.D.: Doy las gracias a tod@s, desde la que limpia hasta el que inventó la luz. ¡Gracias por vuestra solidaridad, GRACIAS!

Rellena, recorta (o fotocopia) y envíanos esta pequeña encuesta a: gTt c/Sardenya, 259 3º 4ª 08013 BCN (España)

TU OPINIÓN CUENTA, NOS IMPORTA Y NOS AYUDA A MEJORAR

1 SEXO

- Hombre Mujer
 Transgénero

2 EDAD

- >20 20-30
 31-40 41-50
 51-60 <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 En general Diseño

10 ¿QUÉ TEMAS TE HAN GUSTADO MÁS?

11 ¿QUÉ TEMAS TE GUSTARÍA ENCONTRAR EN LOS PRÓXIMOS NÚMEROS DE LO+POSITIVO?

La gente joven en el centro de la epidemia

Se estima que 11,8 millones de jóvenes del mundo viven con VIH. Casi 6.000 chicos y chicas de entre 15 y 24 años se infectan con esta enfermedad cada día.

Su sitio en el mundo

Este es un panorama muy general, pero los datos son enormemente significativos y relevantes cuando nos planteamos la respuesta a la epidemia.

Precisamente en medio de estas cifras, aquell@s niñ@s que nacieron con VIH hoy son adolescentes y jóvenes viviendo en este mundo. Están, de lleno, en ese periodo vital marcado por la incertidumbre y la transición, aquellos momentos en que deben encontrar y establecer su sitio en su entorno y en el mundo. Aquellas experiencias de las primeras relaciones, los primeros placeres, los primeros encuentros sexuales.

Igual que a la mayoría de jóvenes de su edad, les gusta la música, las vacaciones, salir con l@s amig@s, el *skate*, ir de compras y demás actividades lúdicas. Pero también es muy verdad que sus vidas no han sido para nada típicas.

Al contrario que la mayoría, han vivido la pérdida del algún ser querido: su madre, su padre, su herman@... a causa del VIH. Su vida ha transcurrido entre visitas más frecuentes al médico, comprimidos y algún que otro ingreso hospitalario. Se preguntan, a menudo, por su futuro y viven cotidianamente condicionad@s por el secreto de su

familia. Saben muy bien lo que es el miedo a ser rechazad@s.

Igual que otr@s jóvenes de su edad, se encuentran con el gran reto de desarrollar y construir su identidad sexual. A diferencia de otr@s

chic@s de su edad, para ell@s esta experiencia tiene lugar y tiene lugar en el contexto de vivir con el VIH. Están afrontando, o inevitablemente algún día afrontarán, una toma de decisiones

relaciones sexuales: decirlo o no decirlo.

Temor al rechazo

Sus miedos más importantes tienen que ver con la cuestión de desvelar su seroestatus a amig@s y parejas. El difícil y tan delicado proceso de decirselo a l@s potenciales compañer@s sexuales: ¿Debo decirlo? ¿Es obligatorio? ¿Qué me puede pasar si no lo digo? ¿Es una buena idea decirle a un "rollo" de una noche que tengo el VIH?

Son muchas las preguntas, pero detrás hay un único miedo: el temor a ser rechazad@. El estigma y la discriminación influyen constantemente en sus vidas de chic@s viviendo con VIH, en su bienestar mental y sexual.

Decirlo puede ser estresante, puede dar miedo y vergüenza. Pero decirselo a la persona adecuada puede ser una experiencia muy positiva, puede facilitar el apoyo cuando es más necesario, e incluso puede fortalecer las relaciones.

Tema tabú

Éste es un tema complejo. Para que nos vamos a engañar, aquí no es necesario disimular... El sexo sigue siendo, hoy en día, un tema tabú para cualquier edad. Pero l@s jóvenes, en especial, viven su sexualidad en secreto y en silencio, es la etapa del sexo clandestino.

En tal realidad, debe ser muy duro pensar en si debes decirle a tu compañer@ sexual que tienes el VIH. Tomar una decisión de este tipo requiere el tiempo necesario para reflexionar:

- ¿Por qué quiero decirselo? ¿En qué me puede beneficiar a mí?
- ¿Cómo puede ser la reacción? ¿Imagino lo peor o lo mejor?
- ¿Podrá entender lo importante que es la confidencialidad?
- ¿Cómo decirselo? ¿Hay sitios y momentos adecuados?

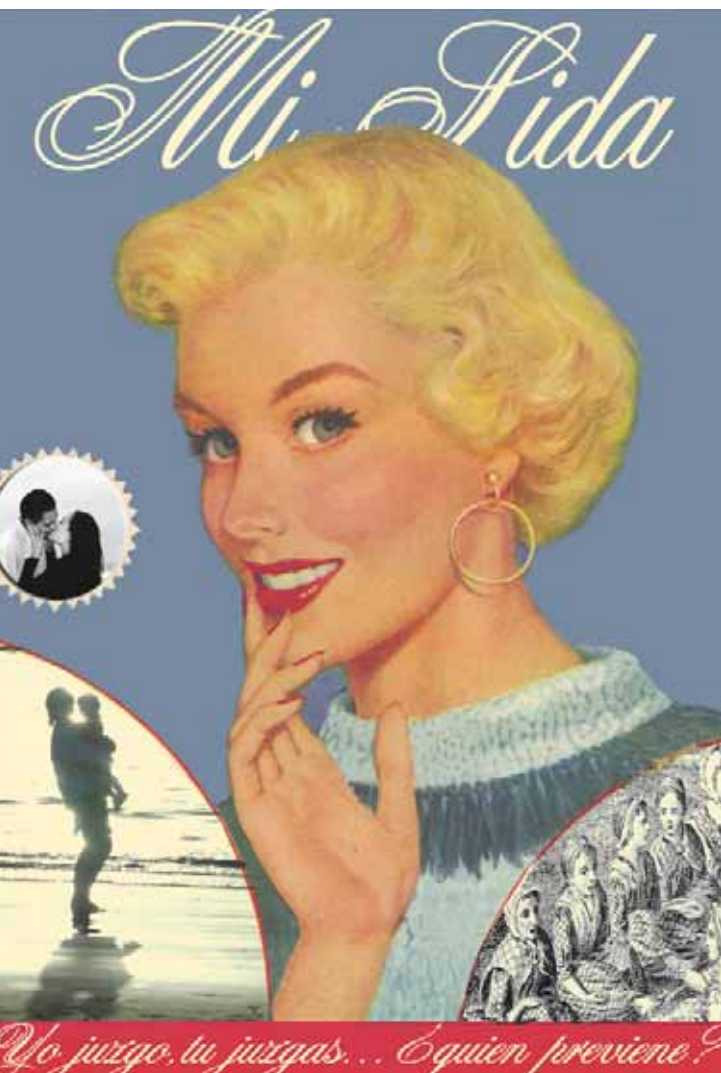
Entre tanto interrogante y tanta cuestión, desvelar el seroestatus sigue siendo, ante todo, un derecho de cada persona.

Pero, ¡ojo! También es muy real que, en la actualidad, existen ciertas tendencias ideológicas desaconsejables –en mi opinión– que hablan de l@s niñ@s nacidos con VIH como un nuevo grupo de riesgo, un peligro para el resto de jóvenes.

Para el futuro personal de cada chic@ y para el futuro a corto y largo plazo de la epidemia, es crucial no dejarnos llevar por una simplificación tan estigmatizadora de la situación. Hay ciertas tendencias que deberíamos cortar de raíz para evitar la confusión. Cada persona tiene que hacerse y es responsable de su salud. Ocupemos el tiempo y el espacio en hablar de la complejidad de las relaciones sexuales de la gente joven, tengan VIH o no. Si, en el fondo, es más divertido hablar de sexo, ¿o no?



Yo juzgo, tú juzgas... ¿quién previene?



“Portar” el peligro

Quizá no todas las personas con VIH toman las precauciones necesarias en todo momento, pero eso queda muy lejos de las escabrosas historias sobre transmisiones intencionadas que se hacen tristemente célebres a través de los medios. No cabe duda de que cualquier conducta que ponga de manera deliberada en riesgo la salud de otra persona es moralmente reprochable, pero la decisión de poner en marcha leyes específicas para “condenar” a estas personas no debería ser tomada a la ligera, sin tener en cuenta las posibles consecuencias negativas, algunas de las cuales es probable que vayan directamente en contra de los beneficios que parecen perseguir.

En muchos casos, el proceso de adopción de medidas legales para

castigar la transmisión arranca, sencillamente, de los prejuicios mantenidos y alimentados en el seno de la sociedad. A pesar de los avances en la comprensión de los mecanismos de transmisión del virus, todavía perdura la percepción generalizada de que las personas con VIH “portan” el peligro, estableciendo un vínculo engañoso entre virus y persona infectada. Este caldo de cultivo sirve a las autoridades para promover una solución simplista, que deja de lado la enorme complejidad de esta epidemia en un intento vano de “acabar” con ella por medio de la represión, obviando la contradicción evidente

entre esta legislación, de la que se deriva que las personas con VIH son responsables de mantener el virus bajo control, y las políticas de salud pública, que establecen que todo el mundo es igualmente responsable del cuidado su propia salud.

Prevención o compensación

Para muchas mujeres, este enfoque resulta peligroso y hasta mortal, pues su vulnerabilidad ante el VIH proviene de profundas desigualdades sociales que no se solucionan con la amenaza de castigo. En general, más del 80% de las nuevas infecciones en mujeres tiene lugar como resultado de la relación sexual con sus maridos o parejas estables. Muchas se sienten legítimamente frustradas por haber sido engañadas por sus parejas a diferentes niveles y por los mensajes de las autoridades que sitúan el riesgo de infección en colectivos que no tenían nada que ver con sus vidas cotidianas. Se sienten, pues, engañadas y desamparadas por una comunidad que no las apoya en sus esfuerzos por recuperar el poder que les permita cuidar de sí mismas, pero luego las condena por haber sucumbido a un virus ante el que muchas veces se encuentran indefensas. El deseo de contar con leyes que ayuden a condenar a quienes las pusieron en riesgo, que hagan pagar a quienes trajeron a su vida sufrimiento, vergüenza, enfermedad y muerte es totalmente comprensible. Pero, ¿es defendible como herramienta de prevención?

Muchas mujeres sienten la necesidad de que se repare el daño que les han hecho, y muchas defensoras de los derechos de las mujeres se suman también a esa reclamación, en la creencia de que la ley podría actuar a favor de las mujeres en situación más desfavorecida. Pero, ¿iría eso a favor de la prevención de futuras infecciones, o por el contrario estaríamos hablando de la compensación moral de daños ya infligidos?

Para la mayoría de personas que viven con VIH tener cuidado de que otras no se infecten constituye una de sus principales preocupaciones. No debemos olvidar que conocen por experiencia lo difícil que es vivir con el virus y muchas han hecho del trabajo para acabar con la epidemia uno de sus objetivos vitales. En realidad, esta preocupación por evitar el poner en riesgo a otras personas es uno de los factores que precisa de una gran atención tras el diagnóstico, pues trae consigo una carga de miedo y responsabilidad la cual hace que volver a tener relaciones íntimas sea un paso difícil de dar.

Una vez más, la maternidad se usa como justificación para la regulación del cuerpo femenino, y legisladores, jueces y el público en general hacen uso de ella como argumento para juzgar la conducta de las mujeres y decidir sobre el ejercicio de sus derechos

Por otra parte, no debemos olvidar que la regulación de la transmisión no va a depender de quién es la persona más vulnerable sino de quién está en disposición de llevar adelante una denuncia que ponga en marcha el aparato de la ley. Y aquí, nuevamente, nos encontramos con la misma barrera de vulnerabilidad social que impediría que aquellas personas que más pudieran necesitar el amparo de la ley estuvieran en disposición de utilizarla.

Una criminal en potencia

En cualquier caso, las conductas que estas leyes pretenden controlar o castigar son actividades íntimas y profundamente humanas que no tienen cabida de manera natural en términos legales. ¿Cómo se prueba una intención? ¿Cómo se investiga el nivel de comprensión de lo que se sabe? ¿Información es lo mismo que conocimiento?

Estas leyes están encaminadas a culpabilizar, vengar y castigar; no tienen en cuenta el elemento consensual del sexo y niegan la responsabilidad personal de las personas VIH negativas. En algunos casos contados, la responsabilidad criminal de la persona que transmite el VIH podría estar muy clara, pero sería desastroso que los casos individuales llevaran a la conclusión de que, por el mero hecho de vivir con el VIH, la persona se convierte en una criminal en potencia.

Por otra parte, si una persona no sabe que es VIH positiva, no será posible acusarla de transmisión voluntaria. ¿No nos llevaría esto a evitar la prueba?

O, por el contrario, el paso siguiente sería tener que legislar también la obligatoriedad de someterse a la prueba del VIH de manera periódica, a realizar certificados de "comunicación de diagnóstico" ...

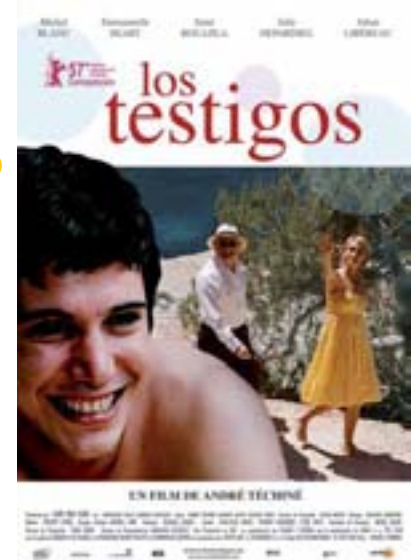
Legislar sobre la transmisión

En muchos lugares, las mujeres son culpadas por la transmisión del VIH cuando su único "crimen" es el de ser las primeras en conocer su seroestatus al acudir a los centros de atención prenatal. La obligatoriedad de la prueba del VIH en mujeres embarazadas (expresada de maneras diferentes, aunque obligatoria en la práctica en la mayor parte del mundo) es aceptada de manera generalizada sin apenas controversia, e incluso las propias mujeres consideran inadecuado cuestionar una práctica en cuya argumentación se utiliza la seguridad de sus hijas e hijos. Una vez más, la maternidad se usa como justificación para la regulación del cuerpo femenino, y legisladores, jueces y el público en general hacen uso de ella como argumento para juzgar la conducta de las mujeres y decidir sobre el ejercicio de sus derechos.

Para las mujeres (y hombres) con limitada capacidad de comunicar su diagnóstico y/o tomar precauciones que reduzcan el riesgo de transmisión, en lugar de servir de protección la ley de criminalización de la transmisión puede añadir una carga adicional, situándolas ante un doble riesgo: ante el VIH y ante la violencia que suele derivarse de la comunicación del diagnóstico en el seno familiar o de la comunidad.

Imponer sanciones por la transmisión o el riesgo de transmisión del VIH sería especialmente injusto en circunstancias en las que las opciones de las personas VIH positivas para evitar el daño o el riesgo de infligirlo son limitadas, algo que es una constante en el caso de muchas mujeres VIH positivas. En cualquier caso, resulta contradictorio que muchos gobiernos estén planteándose legislar sobre la transmisión del VIH –o ya lo han hecho– mientras mantienen una tolerancia obscena ante la muerte de millones de personas por falta de la adecuada atención sobre la base de argumentos económicos o de propiedad intelectual.

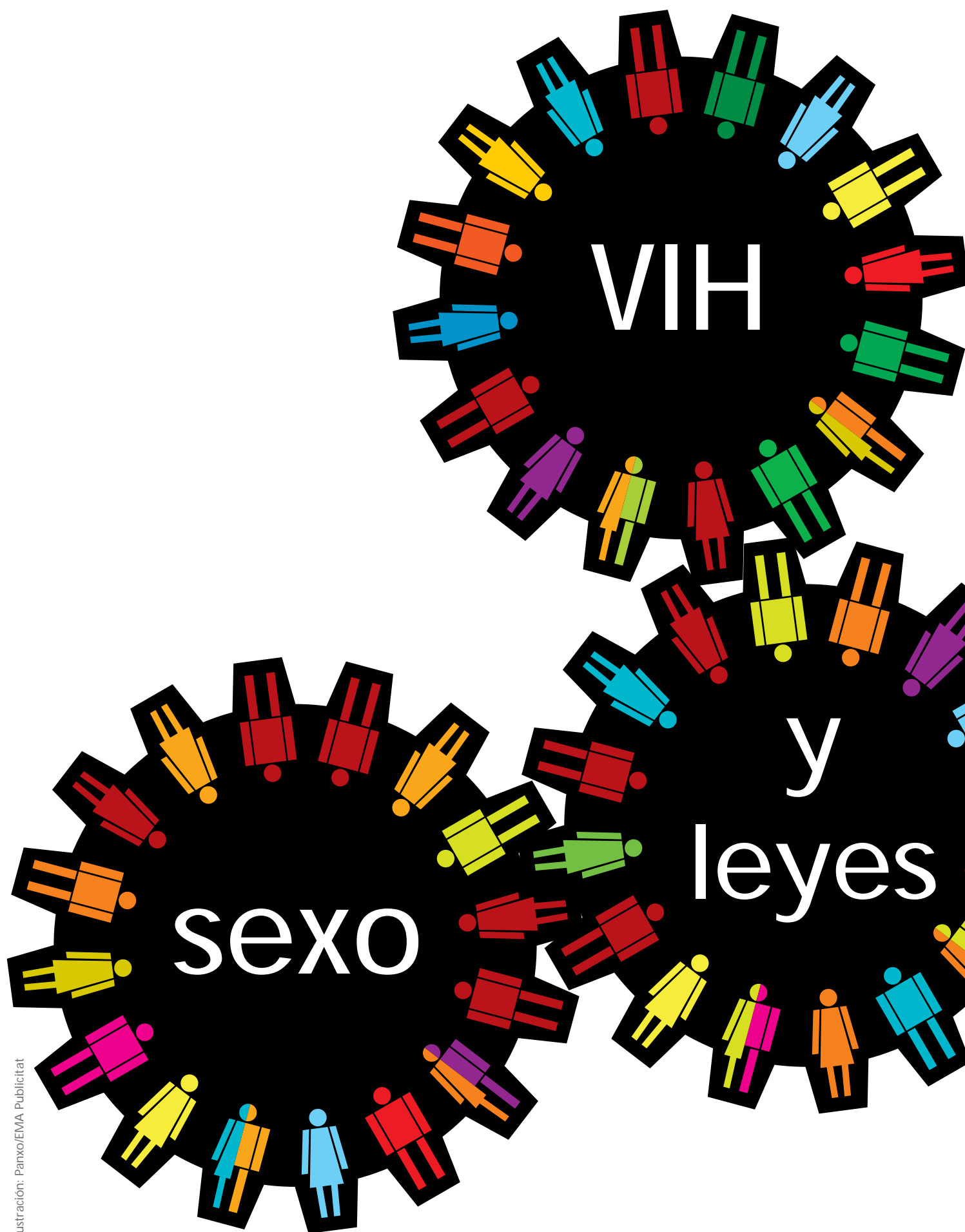
CINE: los testigos



Mucho se ha hablado de cine y VIH, pero la historia del SIDA como tal, ¿es un género cinematográfico? Según el director francés André Téchiné (1943), no, y esa carencia le impulsó a dirigir *Los Testigos*, una película que explora la irrupción de la epidemia del SIDA en los años 80 a través de las vivencias de un grupo de amigos. Téchiné define aquellos años como "los días felices", en los que la libertad sexual permitía a la gente experimentar con las relaciones "en un modo armonioso, sin vergüenzas y sin una discusión constante". La llegada del SIDA transforma este panorama y se impone un nuevo discurso en el que la sociedad vuelve a los valores más tradicionales. Téchiné nos ofrece una película que, como suele ser habitual en su cine, cuestiona el bien y el mal, entendidos como principios convencionales al arbitrio de unos pocos.

Si todavía no has tenido ocasión de verla, te la recomendamos.

Juane Hernández



Il·lustració: Panxo/EMA Publicitat

Hace unos meses se supo que, en el Reino Unido, un hombre había sido condenado por "transmitir el VIH" a otro. Lo específico de este caso no fue que, una vez más, se penalizara la transmisión del virus en el contexto de una relación consentida entre adultos, algo que ya no es extraño entre los británicos, sino que se hizo a sabiendas de que la persona castigada desconocía que vivía con VIH. Este hecho no detuvo al juez que dictó sentencia, quien consideró que, "por su estilo de vida promiscuo", el hombre en cuestión "debía sospechar" que podía estar infectado, por lo que su dejadez en la realización de la prueba y en la puesta en práctica de medidas de prevención suponía una negligencia que había perjudicado a un tercero. Le cayeron varios años, aunque la decisión ha sido recurrida.

Puede parecer un caso extremo y excepcional, pero no lo es, ya que hay otros ejemplos: tanto en el Reino Unido como en otros países de nuestro entorno, la simple exposición al VIH, incluso si no existe transmisión, puede conllevar una sanción penal. Dicho de otra manera, las personas con VIH están siendo obligadas a declarar su condición antes de iniciar una relación sexual, o de lo contrario se enfrentan a la posibilidad de ser enjuiciadas, y desde luego condenadas.

En España, ha habido algunas sentencias por transmisión del VIH, aunque no parece que la cuestión haya adquirido la dimensión de los países anglosajones o nórdicos (Suecia, antaño modelo de progresismo, implementa políticas cada vez más restrictivas de los derechos.) Sin embargo, el cada vez más insistente discurso dominante -y hasta oficial- que responsabiliza mayoritaria o

exclusivamente a las personas con VIH de la expansión de la epidemia nos hace pensar que, tal vez, no estemos tan lejos de iniciativas legislativas o de proyectos políticos del mismo calibre.

Entre nosotros el debate más o menos soterrado sobre la identificación de culpables en la transmisión del VIH siempre ha estado ahí. Internet ha ayudado a hacer aflorar opiniones, sentimientos y posturas para todos los gustos, que incluyen el relato de experiencias dolorosas e, incluso, la diatriba directa en contra de quien creemos responsable de lo que nos ha pasado.

LO+POSITIVO ha querido cubrir esta controversia en su reportaje central. No ha sido fácil, porque hemos tenido que pasar por alto algunas reglas hasta ahora irrenunciables en nuestra revista. Pero para que las declaraciones tuvieran sentido había que preguntar a los entrevistados, en su caso, por la vía de transmisión de su VIH y por los sentimientos que relacionan con los hechos que condujeron a dicha transmisión. También hemos preguntado a personas sin VIH pero implicadas de alguna manera por tener una pareja VIH positiva o por trabajar en una ONG sobre los mismos aspectos o parecidos.

Asimismo, y también por primera vez, hemos aceptado publicar respuestas o comentarios con los que no sólo estamos en profundo desacuerdo, sino que, además, consideramos que contribuyen a reforzar el estigma y la discriminación de las personas que viven con VIH. Pese a ello, hemos optado por reproducirlos, vigilando de no caer en el amarillismo, porque son la expresión de lo que se puede leer en los *chats* y en algunos portales de internet.

Nuestra intención ha sido aportar elementos para vuestra reflexión. Esperamos que os sea útil e interesante.

¿Cómo puede hacerme esto a mí misma?

Culpa y autojuicio tras el diagnóstico del VIH, y cómo intentar superarlos



Al servicio del cambio

Como *counsellor*, tengo el privilegio de estar presente y formar parte del espacio donde tienen lugar procesos de reflexión y toma de conciencia. Un proceso de este tipo permite a la persona ser más ella misma mientras se convierte en motor de cambio para la transformación de su vida, y constituye una oportunidad para que ésta se acerque lo más posible a lo que un@ desea. El *counselling* es una de las grandes herramientas, igual que muchas otras, al servicio del cambio.

Casi todo el mundo que llega hasta este espacio lo hace porque hay algo en su vida que no le permite estar o vivir bien. El diagnóstico del VIH es una noticia que produce un malestar que tiene que ver con la salud y con la aparición de una enfermedad que puede llegar a ser mortal, por lo que el cambio está servido.

En los últimos años, ha aumentado considerablemente el número de mujeres diagnosticadas de manera inesperada en un estado avanzado de la infección y que no habían tenido ninguna percepción de riesgo, ya que su vida sexual se limitaba al ámbito conyugal o matrimonial, más concretamente en parejas de muchos años –más de una década de relación–.

En esas circunstancias, el diagnóstico no sólo es una mala noticia para la salud, sino que produce, además, el descalabro de toda una vida. Supone destapar una mentira, una farsa, todo un montaje aparentemente armónico que se desbarata como un castillo de naipes.

Esta sorpresa comporta, por una parte, el desmantelamiento de la vida social, de la proyección hacia fuera, y por otra, de la vida más íntima, de la proyección hacia dentro. Los fundamentos se tambalean. Todo aquello que tenía sentido deja de tenerlo. Suele haber una gran sensación de traición y un alto grado de autojuicio, que trae mucha culpa por el hecho de no haberlo visto venir. La culpa y un diagnóstico de VIH forman una combinación explosiva.

Cimientos que se derrumban

La primera fase es, principalmente, de *shock*. Junto a la perplejidad, coexiste un estado de salud muy delicado que exige mucha fuerza y cuidados para, sencillamente, sobrevivir. Después, cuando el estado de salud encuentra cierta estabilidad, la mujer comprueba que la vida continúa, pero el montaje que hasta entonces había sido su vida ha perdido sentido. Durante esta fase, los cuestionamientos son más

imperativos porque están referidos a lo cotidiano. Se combinan momentos de autojuicio con otros de sentirse engañad@ y traicionad@. Las emociones de aflicción, miedo, rabia y enfado hacia la pareja ocupan mucho espacio. Los cimientos se han derrumbado, la forma de vida que parecía tan segura se ha desvanecido. Al mismo tiempo, la mujer también se siente culpable por no haber sabido evitar que todo esto pasase. De alguna manera, siente que no ha cumplido con el deber de ser una buena mujer capaz de satisfacer y colmar a su pareja. La incertidumbre es

Poder sacar provecho de esta crisis puede parecer una ilusión o un imposible, pero la experiencia me permite reafirmarme en que es una oportunidad real. Bien mirado, no es fácil ni agradable, significa pasar por muchos momentos de incertidumbre y dolor. Pero el mismo valor de afrontar la crisis y la incomodidad es el que hace posible la transformación para volver a recuperar el centro, la autoestima y la capacidad de gestionar los propios recursos, tanto externos como internos.

Desde este camino de trabajo personal que, básicamente, propone co-

pleja y, en la mayoría de los casos, la confianza ha quedado tan deteriorada que no es posible continuar. Y no es sino hasta más adelante, bastante más adelante, cuando se plantea el comienzo de una nueva relación, ya sea esporádica o continuada.

Un reto aún mayor

Ha llegado otro momento clave. El gran dilema es si decir o no decir que soy seropositiva. Aquí es importante reflexionar para comprender el derecho a la confidencialidad, a la intimidad y el deber o no de proteger al otro. Haber trabajado lo que supone ser responsable de las propias decisiones y riesgos permite tener en cuenta la responsabilidad de la otra persona. En una relación, cada persona tiene su parte de responsabilidad, *fifty-fifty*, al cincuenta por ciento. Cuando una persona ha trabajado para dejar de ser víctima, se puede posicionar de manera diferente delante de la otra y establecer una relación horizontal basada en el respeto y el autocuidado. Evidentemente, la experiencia pasada hace que afloren miedos e inseguridades, emociones incómodas.

En cualquier relación humana, la transformación y el cambio personales se consideran retos considerables, tan loables como delicados. En las relaciones sexuales, el encuentro entre personas, la asunción de responsabilidades, se convierte en un reto aún mayor

muy grande. Literalmente, se despiertan fuertes emociones no deseadas hacia la persona en la que confiaba. El odio, la rabia, el enfado y la furia son emociones muy difíciles de reconocer y aceptar para una mujer, ya que hemos sido educadas dando por supuesto que no nos corresponden ni nos honran. Por ello, reconocerlas resulta difícil, costoso y doloroso.

Son momentos inevitables. En el fondo, no es otra cosa que volver a conectar con el hecho de estar viva, y es de gran importancia que la mujer tenga acceso a apoyo profesional.

Transformar y cambiar

El espacio que ofrece el *counselling* puede convertirse en la clave del acompañamiento en el proceso de identificación y aceptación de las vivencias y las emociones. Un espacio en el que poder contrastar y comprender mejor la información que tiene que ver con la salud. Un espacio en el que las emociones se respetan, se escuchan... donde todos los sentimientos que despierta el nuevo diagnóstico pueden ser expresados con libertad, sin temor a no ser comprendid@, a ser rechazad@ o considerad@ una molestia para la vida de las personas que te necesitan.

nectar con el dolor y la pérdida en lugar de negarlas o evitarlas, la mujer puede volver a lo que necesita para su propia vida y recuperar el poder de su existencia de manera que pueda decidir qué desea transformar y cambiar.

Así, puede tener lugar otra fase: la de las transformaciones. La transformación de la autoestima, que pasa de intentar nutrirse del/de la otr@ a hacerlo del propio valor y la confianza en un@ mism@. El paso de ser víctima a ser una persona con dificultades y capacidades para hacerles frente. La transformación de la culpa, ya sea hacia otra persona o hacia una misma, en autorreflexión y autoconocimiento, en respeto y responsabilidad de las propias decisiones.

Todo esto conforma un camino para transitar por las adversidades. Evidentemente, no es algo que se haga en cuatro días ni tiene ninguna fórmula mágica, y mucho menos instantánea. Conectar conscientemente con el dolor y la decepción es lo que permite sanar, aunque produzca temor. Y cada persona debe poder encontrar su ritmo y su manera personal de seguir el proceso de hacerse responsable y respetarse.

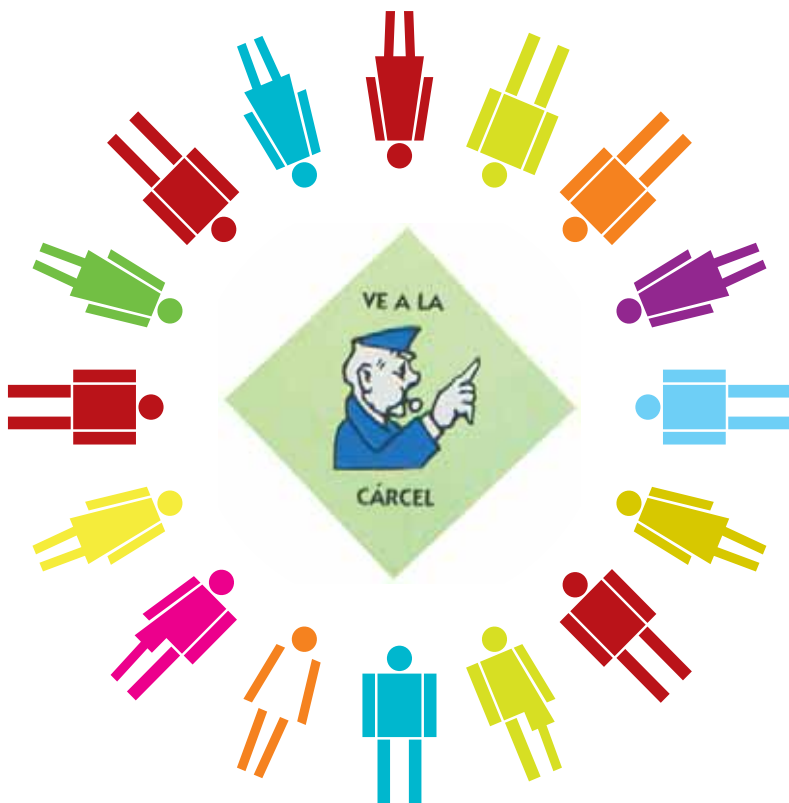
Durante este tiempo, la mujer se plantea la continuación o no de la relación de pareja. Es una decisión muy



En cualquier relación humana, la transformación y el cambio personales se consideran retos considerables, tan loables como delicados. En las relaciones sexuales, el encuentro entre personas, la asunción de responsabilidades, se convierte en un reto aún mayor. Lo cierto es que no hay mucha literatura sobre el tema, porque a la hora de la verdad, cada persona sólo se tiene a sí misma para decidir, para disfrutar y para crecer.

Penalización de la transmisión deliberada del VIH/SIDA:

¿de qué estamos hablando?



qué supuestos de transmisión del VIH son punibles varía muchísimo de un ordenamiento jurídico a otro, así como la fundamentación jurídica que se le ofrece a esta persecución penal. Vamos a realizar un análisis sin grandes pretensiones sobre de qué forma consideran el tema ordenamientos jurídicos tan dispares como el de EE UU, a través de legislación especial y de búsqueda jurisprudencial, y el español, a través de una sanción penal codificada.

Debo reconocer que afronto el tema con la armadura puesta y con todos los sistemas de alarma activados, tratando de desmenuzar, sobre todo en la legislación especial norteamericana, cuánto hay de justificación jurídica y cuánto de discriminación y caza de brujas.

Pese a que la misma ONUSIDA instó a no crear legislaciones especiales que criminalizaran la transmisión del VIH, la mayoría de los estados que conforman EE UU optaron por la creación de legislaciones especiales que, con mayor o menor dureza, con una mejor o peor justificación jurídica, castigan conductas que puedan tener como consecuencia la transmisión del VIH. El abanico de supuestos punibles es tan amplio que existen normas que castigan la mera exposición intencional al VIH. En cuanto a las penas, éstas pueden variar desde la no consideración de ningún tipo de responsabilidad penal hasta situaciones en las que se podría llegar a aplicar la cadena perpetua.

Por el contrario, la mayoría de los países europeos de tradición jurídica no anglosajona acataron la recomenda-

La penalización de la transmisión voluntaria del VIH/SIDA es un tema de una tremenda complejidad, porque va mucho más allá de lo jurídico; lo justo o injusto de algunos supuestos de penalización va a depender de matices sobre cómo se interpreta el contenido penal.

Tradicionalmente, el debate se ha focalizado entre posturas que abogan por la criminalización de todo tipo de conducta que exponga a una persona al VIH/SIDA, por un lado, y posturas radicalmente opuestas a cualquier tipo de penalización, por el otro. Ambas posturas son fácilmente rebatibles como veremos a lo largo de este artículo. La primera porque penaliza conductas que, a mi modo de ver, no deberían,

en ningún caso, ser penalizadas –como por ejemplo todos los supuestos de transmisión involuntaria–, y la segunda porque, guiándose por reacciones más pasionales que racionales, parece olvidar supuestos que deben ser a todas luces constitutivos de delito, como la transmisión hospitalaria del VIH o aquellos escasos supuestos donde hubiera una clara intencionalidad de causar el daño por parte del sujeto activo.

Legislaciones especiales

No existe una respuesta ni mucho menos consensuada sobre cómo abordar este tema en los diferentes ordenamientos jurídicos. La clasificación sobre

ción de ONUSIDA y se limitaron a considerar si, a partir de su ordenamiento jurídico preexistente, podía considerarse algún supuesto de transmisión del VIH como constitutivo de delito. Pero dejamos para el final el enfoque europeo, utilizando el español como ejemplo.

Ambigüedad jurídica

El abanico de supuestos penados por legislaciones especiales es tan amplio que nos encontramos con situaciones, en algunos estados de EE UU, en los que se castiga la mera exposición intencional al VIH, sin estar bien delimitado lo que se entendería por tal y sin ser necesario para ejercer la acción penal una efectiva transmisión del mis-

can en la necesidad de proteger a la sociedad de enfermedades transmisibles tan graves como el SIDA. Presentar la salud como un bien jurídico superior es indiscutible. Pero, ¿dónde entrarían supuestos como la transmisión del virus de la hepatitis C o el virus del papiloma humano? ¿Por qué centrarse en el VIH? ¿Incoherencia? ¿Estigma?

La conculcación de derechos individuales en pro de un bien jurídico superior, si bien es legítima –que no es lo mismo que justa–, genera siempre la duda de si no estará basada en visiones prejuiciosas o discriminatorias, aunque sea de forma más o menos sutil. En este caso, no hay lugar para sutilezas; a mayor persecución penal del VIH, mayor es la probabilidad de que modos

mínima mejora de la prevención... más bien creo que todo lo contrario.

Una especie de rompecabezas

Siguiendo con mi criterio de complicarme y complicaros la vida lo menos posible, y tratando de no hacer el tema más complejo de lo que ya es de por sí, entremos a ver cuál es el abordaje que nuestro derecho estaría ofreciendo.

Nuestro derecho penal es una especie de rompecabezas que necesitaría de todas sus piezas para determinar la existencia de un delito. Necesariamente, tiene que haber un actor y una víctima del delito, una relación de causalidad entre la conducta delictiva y el efecto generado, y todo ello acompañado por la intención inequívoca de causar el daño, o bien una situación de imprudencia grave que se considere merecedora de sanción penal. Y todo lo anterior reforzado por la obviedad de que el supuesto constitutivo de delito esté previsto por la ley penal.

En ordenamientos jurídicos como el nuestro existen realmente muy pocos supuestos de transmisión interpersonal del VIH que, en la práctica, puedan ser considerados como delito. En la inmensa mayoría de los supuestos de transmisión no encontramos la intencionalidad ni la negligencia grave que determina la ley, ni se podría llegar a probar la existencia efectiva de la relación de causalidad. No habría, por tanto, ningún tipo de responsabilidad penal.

Determinar la responsabilidad penal en los casos en los que exista transmisión hospitalaria del VIH es más o menos sencillo. De acuerdo con el derecho penal español y con la mayoría de los derechos penales europeos, la transmisión hospitalaria del VIH, incluida la transmisión por negligencia, podría considerarse un delito de lesiones y, en casos extremos, de homicidio por imprudencia. Como ejemplo reciente tenemos el caso Maeso, en el que se condena a un anestesista por transmitir el virus de la hepatitis C masivamente.

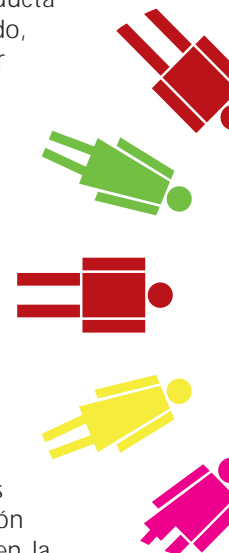
Presentar la salud como un bien jurídico superior es indiscutible. Pero, ¿dónde entrarían supuestos como la transmisión del virus de la hepatitis C o el virus del papiloma humano? ¿Por qué centrarse en el VIH? ¿Incoherencia? ¿Estigma?

mo. Parecería que la penalización va mucho más allá de la respuesta legal a la transmisión voluntaria, persiguiendo claramente la exposición. La ambigüedad jurídica es, sin embargo, enorme: ¿Qué se entendería por exposición voluntaria? ¿Cómo medirían el riesgo? ¿Dónde queda el concepto de la corresponsabilidad en la prevención? ¿Dónde quedan las libertades individuales de compartir o no el diagnóstico? Muchas de estas normativas sancionadoras se fundamentan en concepciones erróneas del riesgo de transmisión, lo que tendría la consecuencia perversa de castigar conductas de poco o ningún riesgo.

Expresada nuestra crítica contundente a la inseguridad jurídica que causan estas ambigüedades, y más aún considerando que estamos frente a un ordenamiento donde la jurisprudencia se transforma en una fuente básica para las siguientes sentencias, es necesario entrar a considerar la fundamentación jurídica. Teóricamente, se justifi-

de vida y conductas asociadas al virus sean también perseguid@s penalmente. ¿Casualidad? Me temo que no. Se correría el riesgo de que se transforme en otro instrumento jurídico más para perseguir y hostigar a determinados colectivos.

Por último, ante propuestas radicales de penalización de todo tipo de conducta que pudiera considerarse suficiente para exponer a una persona al VIH, esperaríamos que una respuesta del sistema jurídico tan contundente estuviera acompañada por una política pública de prevención paralela que, al menos, aunara esfuerzos para frenar la propagación de la enfermedad. De manera sorprendente, en la mayoría de los casos, la relación es inversamente proporcional: cuanto más punitiva es la legislación, pareciera ser que más descafeinadas fueran las políticas públicas de prevención. ¿Incoherente? Totalmente. Y más aún cuando no existen estudios que avalen que la criminalización de la transmisión implique la más



Intencionalidad o imprudencia

Mucho más difícil es determinar los supuestos en los que la transmisión interpersonal del VIH pueda ser considerada constitutiva de delito. Volviendo al esquema de rompecabezas del que os hablaba, necesitamos de un sujeto activo del delito que, de manera intencionada o por imprudencia grave, transmita el VIH a un sujeto pasivo. Dicho así suena terriblemente ambiguo y peligroso. No nos asustemos porque son muchos factores los que se tienen que producir de manera simultánea para que el delito pueda existir. La falta de uno solo de ellos hace que no exista delito.

La transmisión intencional (en términos jurídicos, dolosa) del VIH de persona a persona sería, a todas luces, punible si nos encontráramos con algún caso que reuniera los requisitos del tipo penal. Ahora bien, ¿qué entendemos por transmisión intencional del VIH? Para que pudiera ejercerse la acción penal tendría que ser un supuesto en el que una persona transmita a otra el virus con "mala leche" y no existiera ninguna duda razonable sobre que el virus ha sido, efectivamente, transmitido por esa conducta y no por otra. Si aplicamos esto a un caso práctico, vemos que las posibilidades se reducen sobremanera.

La cara más amarga de esta posible transmisión dolosa no se encuentra en la posible sanción penal, sino en los falsos mitos que la sustentan. ¿Quién no ha oído hablar de jeringas en los cines y de "prostitutas vengadoras" cuyo único objetivo en la vida sería hacer daño al mundo transmitiendo el virus? Realmente, son situaciones fantasmas, que pocas veces o nunca han ocurrido, pero que han calado en el imaginario social, el cual las ha aceptado como válidas, y que se podrían traducir en una fuerte aceptación social de la criminalización de la transmisión.

Determinar la transmisión interpersonal del VIH por negligencia grave no es una tarea fácil. Primeramente, porque entraría la concepción de la corresponsabilidad que tenemos todas las personas de proteger y protegernos frente al VIH. Considero que, ante la inmensa mayoría de conductas negligentes que supongan bajar la guardia en la prevención, la posible conducta negligente es atribuible a ambas partes. Pese a que entiendo posturas doctrinales que abogan por otorgar una especie

de responsabilidad cualificada a las personas con VIH en materia de prevención, no podemos obviar que la responsabilidad es compartida. No considero que pueda haber posibilidad de responsabilidad penal en aquellos supuestos en los que la inexistencia de una conducta preventiva sea atribuible a ambas partes por igual. Solamente podría ser diferente si el sujeto pasivo fuera menor o incapaz.

Determinar la transmisión interpersonal del VIH por negligencia grave no es una tarea fácil. Primeramente, porque entraría la concepción de la corresponsabilidad que tenemos todas las personas de proteger y protegernos frente al VIH.

Se me ocurre tan sólo un par de ejemplos donde un tribunal podría determinar que ha existido un supuesto de negligencia grave. El primero referido a situaciones en las que el VIH es adquirido por la pareja estable que, pese a conocer su estado serológico, además de no comunicarlo, no adopta ningún tipo de medida, ni insta a su pareja a adoptarla para evitar la transmisión. En estos casos, un tribunal podría llegar a considerar que el comportamiento negligente es sólo atribuible al sujeto activo y determinar que, en efecto, las piezas del rompecabezas encajan y existe realmente un delito. Y el segundo, cuando la transmisión sea consecuencia de una violación, en que el objetivo principal no es la transmisión del VIH, sino que ésta es consecuencia del acto ilícito anterior.

A modo de conclusión, cabe resaltar que existen diferentes formas de abordar penalmente la transmisión del VIH, desde enfoques más o menos garantistas y con fundamentaciones más o menos aceptables. En el caso español, el ordenamiento jurídico es bastante garantista, pese a tener algunos supuestos en los que sería deseable una mayor seguridad jurídica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Código Penal Español, Aranzadi.
- 2 LESLIE WOLF JD, MHP Y VECINA R. ¿Hay un papel para la ley penal en la transmisión del VIH?. Hoja informativa 57 S.
- 3 Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights United Nations Program on AIDS (UNAIDS).
- 4 LAZZARINI Z, BRAY S, BURRIS S. Evaluating the impact of criminal laws on HIV risk behavior. *Journal of Law and Medical Ethics*.
- 5 Audiencia provincial de Valencia, Sentencia 229/2007: Sentencia Maeso
- 6 COLÓN, JF. Sobre discriminación, estigma, prejuicio y criminalización del VIH.
- 7 SILVA, JM. La Responsabilidad Penal por contagio hospitalario.

¿Quién ha sido?

Entrevistas a personas con VIH y activistas sobre el sexo, la responsabilidad en la transmisión del VIH y con sentimientos como la rabia y la culpa.



Ernesto Delgado

Ernesto es canario, tiene 46 años, vive en Tenerife y tiene VIH desde 1993. Desconoce a ciencia cierta la vía de transmisión, pero piensa que pudo haber estado relacionada con el uso de drogas inyectables, aunque no descarta que haya sido también por vía sexual. Su infección fue en esa misma zona donde reside.

(En la foto con Helena)

LO+POSITIVO (LMP): ¿Cuándo te diagnosticaron que tenías el VIH?

Ernesto (E): El diagnóstico fue en el año 1996, estaba en un momento muy malo con unos linfocitos CD4 de 60.

LMP: ¿Cómo viviste el momento del diagnóstico?

E: Cuando me diagnosticaron pensé que ahí se acababa mi vida, no sólo por el diagnóstico mismo, sino también por el resultado de las analíticas que arrojaban muy malos pronósticos.

LMP: ¿Y ahora cómo lo vives, a pesar de que han pasado ya 11 años desde el diagnóstico?

E: Yo considero que el hecho de vivir con VIH, a pesar de los años, sigue siendo algo insuperable, como si fuese una gran carga para mí. He superado ese momento del diagnóstico y, a pesar de los mitos y de lo que se dice del VIH, se ha avanzado mucho en cuanto a la enfermedad, pero hay muchas patologías subyacentes a la toma de los antirretrovirales, al desarrollo de la enfermedad. No cabe duda de que eso imprime carácter y una forma de vivir, tanto en relación con mis cuidados como con mis dolores. Entonces, claro, hay momentos malos, críticos, pero también hay otros momentos estupendos.

LMP: ¿Se podría decir que alguien es culpable de la transmisión del VIH?

E: No, no lo achaco a alguien en concreto, ni nunca me he molestado en saber en qué momento pudo haber ocurrido. Hay personas a las que les preocupa mucho esto, el quién, con qué me infecte.

LMP: Y en tu caso particular, ¿hay alguien responsable o culpable de haberte infectado?

E: En un primer momento sí lo viví muy mal, lo viví con mucha obsesión y paranoias referidas a que era un virus experimental, que se me había ido mucho la mano y todo ese tipo de cosas. Me sentía culpable conmigo mismo. Hoy por hoy, lo tengo muy asimilado, no creo que exista ningún tipo de responsabilidad, o en cualquier caso fue la mía. Yo conocía los medios, en aquel momento se hacía prevención: tenía conocimiento de las vías para protegerme y no las llevé a la práctica.

LMP: ¿Por qué no hay responsables en tu situación particular?

E: Porque yo he decidido e incorporado el preocuparme por algo más allá de la infección, porque considero que ese momento de la infección ya es agua pasada y esto supone

una cuota de estrés personal sobre la que no vale la pena indagar. Y yo no podría dedicarme a mirar quién fue responsable de aquello, sino que me limito únicamente a hacer lo que buenamente creo que sé que puedo hacer, y esto es transmitir a aquellas personas que no tienen la enfermedad un mensaje de prevención. Y es lo que más puedo hacer.

LMP: ¿Y en otros casos, hay alguien a quien se le pueda atribuir la responsabilidad de la transmisión sexual del VIH?

E: Conozco casos. De hecho, desde mi asociación no, pero sí he visto muchos casos de personas irresponsables en cuanto a prácticas y que no le dicen nada a su pareja. Veo que, a pesar de la prevención, existen muchas cosas que fallan. Y pienso que hay muchas personas que piensan que esto no les va a afectar: "a mí, esto no me tocará". E, ineludiblemente, todos estamos metidos en el bombo, y si realizas prácticas y no tienes protección, aumentan las probabilidades de que te pueda tocar.

LMP: ¿Cómo te sientes a la hora de abordar a tus parejas o iniciar una nueva relación?

E: Hubo momentos muy malos, tuve que hacer un trabajo personal con un psicólogo durante un largo tiempo. Hoy tengo una pareja estable, somos serodiscordantes. Es decir, ella no tiene VIH y realmente lo ha aceptado muy bien, se preocupa incluso por conocer más sobre esta enfermedad. Siempre hay miedos, pero tenemos mucha precaución.

LMP: ¿Qué clases de miedos hay?

E: Los miedos a infectarse, que ante una situación concreta que se pueda producir, ella se pueda infectar con el VIH

por un descuido o cualquier otro motivo. Por eso, para nosotros la información es fundamental, cuanta más información tengamos como pareja sabremos qué cosas se pueden o no se pueden hacer y reducir el riesgo.

LMP: ¿Y si hipotéticamente, por alguna razón que se escapa a tus propias manos, infectas a tu pareja, cómo te sentirías?

E: Me sentiría fatal. Pero pienso que hay una cuota de corresponsabilidad. A pesar de ello, me sentiría muy mal, porque esto siempre ha sido para mí el caballo de batalla, el procurar que no se infecten los demás. Pero no puedo cargar sobre mi conciencia que nadie se infecte, entiendo que cada cual tiene su responsabilidad y que cada cual tiene que asumir sus riesgos y ha de ser responsable con esos límites ante los riesgos que asume.

LMP: ¿Hay un porcentaje de responsabilidad o culpabilidad entre algunas personas infectadas y las que no lo están?

E: Sí, sobre todo entre aquellos que primero no son capaces de protegerse sabiendo que son seropositivos. Hoy por hoy, sabemos que si tenemos una relación sexual fuera de la pareja o lo que sea, lo lógico es ponerse una protección, incluso en pareja. Actualmente, el VIH es una responsabilidad de todos, no algo que se circunscriba a determinados grupos como se decía antes. Es cosa de todo el mundo, lo estamos viendo día a día, la población heterosexual crece en el número de nuevas infecciones. Yo lo veo de manera constante en mi asociación: es triste, gente con 19 años que piensa que esto no les iba a pasar a ellos.

Marcela

Marcela (nombre supuesto) es colombiana, aunque reside de forma legal en España desde hace unos once años. Fue diagnosticada como VIH+ cuando tenía 50 años y lo adquirió por contacto sexual. Cuatro años después, cuenta a LO+POSITIVO su experiencia como mujer infectada con VIH y su decisión de cerrar con llave todas las puertas ante la posibilidad de una nueva relación afectiva tras su diagnóstico.

LO+POSITIVO (LMP): ¿Cómo viviste el momento de la transmisión del VIH?

Marcela (M): Creo que como todas las personas, muy mal. Porque había un sentimiento de irresponsabilidad que me rondaba por la cabeza siempre tras el diagnóstico, yo tuve mucho sentimiento de culpabilidad. Pero procuré sobrellevar el problema, convivir con él y tener mucha responsabilidad desde ese momento en adelante.

LMP: ¿Qué sentiste cuando te diagnosticaron la infección?

M: Me sentí demasiado mal, me desesperé como persona porque nunca pensé que me iba a tocar a mí.

LMP: ¿Era algo que te esperabas?

M: No, nunca. Llevaba una vida sin pareja estable y tenía una vida muy tranquila y no lo esperaba.

LMP: ¿Podrías describir cómo fue que adquiriste el VIH?

M: Tenía un amigo esporádico, nada estable, al que veía de forma irregular, y creo que fue allí, teniendo relaciones sexuales con él de forma desprotegida.

«Creo que cada uno sabe lo que hay; la justificación de que no lo sabía o no tenía ni idea, no es suficiente.»

Marco

«Llevo mucha rabia. Rabia de tener VIH, de haberme infectado, de haber estado con una persona que se iba de putas.»

Sandra

«Tengo un mayor control emocional de la enfermedad y tengo mucho menos miedo. Me encuentro en mejores condiciones para hacer frente a las dificultades y ahora tengo ganas de cuidarme; creo que eso es lo fundamental.»

Javier

LMP: ¿Eras consciente de que él tenía el VIH?

M: No, nunca imaginé que lo podía tener.

LMP: ¿Y él era consciente de que tenía VIH?

M: No, en absoluto. Me vine a dar cuenta en mi país, cuando fui de visita y me hice muchos exámenes que acostumbro a realizarme de ginecología, sangre, pulmón, de todo. Entonces fue cuando me di cuenta. Pero no estaba en espera de que me fuera a pasar ni de que la otra persona estuviera también enferma, no se me ocurrió nunca nada de eso. Desde entonces, comencé a tomar mi primer tratamiento, que me perjudicó muchísimo, ya que fue bastante fuerte todo lo relacionado con los efectos secundarios tras la toma de pastillas, pero ahora ya sobrevivo con todo el problema.

LMP: ¿Una vez que te comunicaron el diagnóstico, lo conversaste con él?

M: No, nunca. Yo dejé de ver a esa persona y me quedé callada. Tengo la costumbre de no contarle a nadie mis problemas.

LMP: ¿Cómo lo vives ahora?

M: Lo vivo con mucha tranquilidad. Ante mí, como persona, con mucha responsabilidad, lo más tranquila posible, manejando el tratamiento bien, y ante la sociedad, llevando las cosas bien.

LMP: ¿Hay alguien que sea culpable de la transmisión del VIH?

M: La falta de información que tenemos antes de adquirir la enfermedad, nos confiamos de que esto nunca nos va a tocar, pero nos toca.

LMP: Y en tu caso particular, ¿alguien es culpable de que te hayas infectado de tu enfermedad?

M: No, no culparía a nadie. Antes está la desinformación. Yo no sabía nada de esta enfermedad, y ahora no es tiempo de culpar a nadie. Yo simplemente me responsabilizo de mi

problemática y la separo de lo que ocurre con otros, porque hay muchas personas que conviven con el mal y dicen que no se van a ir solos, sino que se van a llevar a otros por delante. Entonces yo me cuido y cuido de tener más responsabilidad conmigo y con los demás, quizá no ante el hombre, sino ante la vida y ante mí.

LMP: ¿Por qué crees que nadie es culpable de la transmisión?

M: En parte sí, en parte creo que es culpable el hombre, es decir, nosotros mismos, porque hay muchas personas que dicen que si los han infectado no tienen problemas de llevarse a otras personas por delante.

LMP: ¿La transmisión sexual del VIH es una responsabilidad compartida o individual?

M: En parte compartida, porque hay que compartir con el que está al lado que no vamos a hacer daño; y en parte individual, porque es responsabilidad de cada uno respetar a los demás como personas y no ir haciendo daño a nadie.

LMP: ¿Cómo te sientes a la hora de abordar a tus parejas sexuales?

M: Desde que sé que tengo VIH nunca más volví a tener pareja, ni con protección ni sin ella. Vivo sola, me siento mal de verme sola, porque mis hijos crecieron y se independizaron. Pero procuro llevar la situación. Es una decisión personal que he tomado desde el momento de mi diagnóstico.

LMP: ¿Por qué has tomado esa decisión?

M: Porque creo que es lo más responsable ante mí y ante los ojos de la vida y de Dios.

LMP: ¿Tienes miedo de infectar con VIH a otra persona que tú ames?

M: Sí. Me parece que si llevo las cosas mal por la vida, mi gente recogerá esos errores más adelante. Entonces, no quiero tener ese cargo ante la vida, me llevo esa ley de compensación para mí, porque si mal siembro, mal recojo.



Marco Imbert

Marco está diagnosticado con VIH desde 1995. Por aquel entonces aún vivía en Chile. Sus cálculos le hacen presumir que está infectado desde 1989 o 1990, mientras mantenía relaciones sexuales con otro hombre. Tiene 43 años y está soltero desde hace un año y dos meses. A partir del momento en que supo que estaba infectado, todos sus novios –formalmente hablando– han sido personas sin VIH, y con todos ellos ha sido al fin y al cabo más importante el sentimiento, el cariño, el amor, la atracción, frente al “fantasma” o el “miedo” que da el VIH.

LO+POSITIVO (LMP): *¿Cómo viviste el momento de la notificación?*

Marco (M): Lo viví desde dos puntos de vista. Por una parte, ya poseía bastante información de lo que era en ese momento el SIDA -porque entonces ni siquiera se hablaba del VIH sino directamente del SIDA-, por la muerte de amigos, la muerte de compañeros y gente de tu entorno, fundamentalmente del colectivo gay. Luego, en lo personal, lo viví como una cierta confirmación en respuesta a una conducta sexual. Cuando se hablaba del SIDA y del cáncer gay me planteaba que esto podía ocurrir, estaba mentalizado. Igualmente te preocupa, entras en un estado de miedo, ansiedad, dudas. La única alternativa para luchar y afrontar la situación era justamente la información, saber qué es esto, qué es lo que tengo y cuáles son mis armas, a dónde voy a ir con esto.

LMP: *¿Cómo te sentiste cuando fuiste notificado?*

M: Fue un bombazo. Me sentí noqueado, pero fue una reacción bastante positiva dentro de lo que cabe, en el sentido de que me llegó muy adentro. Hubo una especie de viaje interior en mí que me hizo evaluar y hacer balance de lo que era yo y cuáles eran las expectativas de vida que yo quería empezar a tener desde ese momento.

LMP: *¿Y, actualmente, cómo lo llevas?*

M: Bastante bien, de hecho ni me acuerdo de que lo tengo. Una de las metas que yo tuve desde el primer momento fue que yo no iba a permitir que el virus controlara mi vida. Era yo quien iba a controlar al virus y no iba a permitir que el virus ocupase en mi metabolismo el terreno suficiente como para controlarme. Y creo que, como individuos, tenemos las armas para poder llegar a ese estado, con un cambio de conducta, una responsabilidad, un compromiso personal, y poder dar la batalla. Asimismo, tener el virus no ha sido un impedimento en lo sentimental, sexual o afectivo. Toda mi familia lo sabe. Quienes comparten mi vida en el trabajo y mis amigos, todos lo saben. Lo que he aprendido también es que es una información mía, personal y que no es digna de contar a cualquiera. Entonces, yo elijo con quién comparto la información.

LMP: *¿Hay alguien culpable de que te hayan transmitido el VIH?*

M: Yo creo que es algo muy sutil, porque hay que preguntarse hasta dónde llega la responsabilidad del otro y mi responsabilidad. Esto es como el matrimonio, algo que es de dos. En el momento en el que ligo con un tío, un ligue de noche del cual entre el ligue y el polvo no pasan más de 20 minutos, yo sé cuál es mi responsabilidad frente a eso. Y también sé que el otro también es responsable. Pero si yo no he sido lo suficientemente responsable, no entro en el juicio. Creo que cada uno sabe lo que hay; la justificación de que no lo sabía o no tenía ni idea, no es suficiente. Muchas han sido las campañas, preservativos y condones desde mi colectivo, el colectivo gay. Es algo muy sabido y cada cual tiene su responsabilidad. Entonces, adjudicar y dar las culpas al otro no sirve.

LMP: *¿Por qué no?*

M: Porque en el momento en el que yo ligo contigo y nos vamos a acostar o a tener relaciones y yo no tengo un preservativo, automáticamente yo sé que hay cosas que puedo hacer y otras que no. Ahora, si yo, por voluntad propia, decido asumir el juego y jugar a la ruleta rusa, ya es una decisión mía. También está la alternativa, la posibilidad y el hecho de que tú también deberías llevar un preservativo.

LMP: *¿Y si yo decidiera no utilizarlo?*

M: Lo hablaría y te diría que lo lamento, pero no. Especialmente sabiendo y conociendo mi situación de seropositivo.

LMP: *¿Y si es una situación pactada?*

M: Si es una situación pactada es diferente, porque la palabra lo dice, es un pacto. Hay una concesión previa de una información compartida y, en el momento en el que esa información existe, cada uno tiene la capacidad y el poder de decidir.

LMP: *¿Te sentirías culpable si transmitirías el VIH a otra persona?*

M: Dependiendo de la forma. Es decir, si es algo que ha sido hablado y pactado, no me sentiría culpable. Porque hay un pacto de por medio, una información que ya está dada. Si yo, por mi parte, ocultase esa información y jugase con la afectividad y la sexualidad hacia otra persona, sí me sentiría culpable.

LMP: *¿Cómo te sientes a la hora de abordar a tus parejas sexuales?*

M: Yo me siento bastante cómodo. El hecho de trabajar en una ONG centrada en el VIH, con información sobre sexo seguro, etc., hace que, frente a la seducción y al placer, sienta que juego con cierta ventaja. Cuando se da la situación, sé lo que puedo y no puedo hacer. Muchas veces, en el mismo momento ha surgido un comentario o, en la misma conversación, doy la información, y si se toma bien, estupendo.

LMP: *¿El hecho de que tengas el VIH te condiciona a la hora de plantear una nueva relación con otra persona?*

M: Sí. Esto va implícitamente muy ligado a la forma en la que el individuo viva su condición de portador del VIH. Porque hay personas que pueden tener las herramientas y la capacidad de interiorizar y asumir o normalizar al máximo su vida, lo que implica su intimidad sexual, y otras que no las tienen.

LMP: *¿Y en el caso de Marcos?*

M: En mi caso, yo sí he tenido la capacidad de hacerlo. Hasta el momento, he tenido parejas, he tenido ligues, he tenido novios y compañeros esporádicos, con los cuales no he tenido ningún problema.

LMP: *¿Has experimentado rechazo por el hecho de tener VIH?*

M: No, porque ante todo siempre he puesto la información primero que nada, y asumo los límites y conozco los

niveles de riesgo. Y siempre pongo el preservativo de por medio y el sexo seguro, siempre. Pero es una realidad muy individual y muy personal, sé lo que tengo y sé lo que llevo conmigo. El virus a mí no me lleva, pero yo sí lo llevo.

LMP: *¿Nunca te has planteado una relación con una persona que tenga tu mismo seroestatus?*

M: No, nunca me lo he planteado como una alternativa para acceder más fácilmente a una pareja. Y no la he tenido porque no se ha dado, ni siquiera me lo cuestiono. Yo tengo abiertas las puertas a una persona con o sin VIH. Para mí, lo importante ante todo es la persona. Pero sí soy consciente de que muchas personas con esta enfermedad se plantean tener una pareja con VIH como alternativa, porque les resulta más fácil a la hora de abordar una relación, al estar con una persona que tiene también el VIH.

Sandra

Quando Sandra (nombre supuesto) tenía 18 años conoció a un hombre que tenía 10 más que ella. Con él tuvo su primera relación sexual y estuvieron saliendo juntos durante siete años en total. A los seis años de relación, al novio le realizaron una intervención quirúrgica y, durante la misma, le detectaron que tenía el VIH. Hasta entonces ninguno de los dos sabía, a ciencia cierta, que él era VIH positivo. Sin embargo, Sandra declara que su ex "se iba de putas y esnifaba cocaína y no usaba métodos preventivos", y asegura que él tenía que intuir que tenía el virus. Hace cinco años que dejó esta relación.

LO+POSITIVO (LMP): *¿Tú nunca intuiste que él podía tener VIH?*

Sandra (S): No, era una niña, yo tenía 18 años y él 28, te pilla muy niña.

LMP: *¿En aquel momento tenías información sobre el VIH?*

S: Sabía algo, pero no llegas a pensar que te va a pasar a ti.

LMP: *¿Tenías relaciones sexuales con él sin preservativo?*

S: Sí, como cualquier otra pareja que estaba a mí alrededor o como mis amigos.

LMP: *¿Era tu primer novio?*

S: Sí. Por eso estoy mal, porque yo veo a mujeres que están con unos y con otros y yo que he estado sólo con él, que me pase esto a mí, no lo sé llevar.

LMP: *¿Cómo fue el momento de la transmisión?*

S: Muy mal. Se lo detectaron primero a él, la medic@ nos decía que le estaban realizando pruebas y que tenía un virus de un perro, que éste se lo había transmitido, y que por eso le estaban realizando las pruebas. Después, nos subieron a una planta del hospital en donde estaban sentados tres médicos delante de nosotros y le dijeron a mi ex que tenía el VIH.

LMP: ¿Qué se te vino a la cabeza en ese momento?

S: No sé decírtelo, me quedé bloqueada. Le pedía a Dios que yo no lo tuviera. Pero... Yo, simplemente, me cuidaba para no quedar embarazada y tomaba pastillas anticonceptivas, pero nunca pasó por mi cabeza usar el condón para evitar la infección por VIH.

LMP: ¿Cómo es tu vida ahora tras estos cinco años?

S: Mi vida ha cambiado bastante, llevo mucha rabia. Rabia de tener VIH, de haberme infectado, de haber estado con una persona que se iba de putas. Tengo mucha rabia de él.

LMP: ¿Alguien es culpable de la transmisión del VIH?

S: Yo siempre le he echado la culpa a las putas, por marrañas, porque vienen las inmigrantes a prostituirse. En Torreveja están todas por las autovías.

LMP: ¿Y en tu caso particular, alguien es culpable?

S: Sí, yo. Por haber estado con esa persona, sabiendo que me sacaba 10 años y encima no lo quise, que es lo que más rabia me da.

LMP: ¿Y no piensas que él es también culpable de la transmisión del VIH?

S: Según él, y esto me lo dijo la médica que es la misma que le atiende a él, fui yo la que le infecté a él. Yo sé que la culpa ha sido de él, pero yo también tengo mucha culpa de no haber usado métodos para evitar la transmisión.

LMP: ¿Cómo te sientes respecto al hecho de vivir con el VIH?

S: Muy mal, porque me siento sucia, no sé vivir con ello. Yo no sé vivir con ello –rompe a llorar– porque soy una persona sana, no me merecía tener el VIH, porque si lo hubiera buscado de otra manera, estando con muchísimos hombres o drogándome o cualquier cosa, quizá podría llevarlo de otra manera, pero así no.

LMP: ¿Qué crees que falló?

S: No estar en el momento adecuado y con la persona

adecuada, la falta de información, creer que esto no me iba a pasar a mí.

LMP: ¿Cómo te planteas tu sexualidad por tener el VIH?

S: Hoy en día, yo estoy casada. Empecé una relación de amistad con un chico, a los quince días le conté que yo tenía un problema, le dije lo que era y le di la opción de seguir conmigo o dejarlo.

LMP: ¿Esta persona también tiene el VIH?

S: No, no lo tiene.

LMP: ¿Cómo abordáis la sexualidad entre vosotros?

S: Tuvimos un niño el año pasado, tengo un bebé de 11 meses y fuimos a por él.

LMP: ¿Lo planificasteis?

S: No, yo tengo mucho miedo al dolor. No me quería someter a una inseminación artificial; fue él quien lo quiso.

LMP: ¿Te sientes cómoda con tu pareja a pesar de que no tenga el VIH?

S: Sí, aunque a veces tengo miedo de infectarlo y de infectar a mi hijo.

LMP: ¿A ti te gustaría denunciar a tu ex pareja?

S: Sí, por el daño que me ha hecho. Porque lo veo a él, que está tan tranquilo, y yo no. Yo estoy en tratamiento psiquiátrico.

LMP: Y a pesar de que comentaras al principio de la entrevista que tú eras la culpable de la infección por VIH, ¿no es contradictorio que quieras denunciar a otra persona que sientas que no tiene responsabilidad o culpabilidad?

S: Él también tiene la culpa, porque, aun estando conmigo, la gente me decía que él se iba de putas. La culpa es mía por no haber puesto métodos, pero también es suya, sabiendo a lo que se arriesgaba.



Jesús López

Alicantino, de 39 años. Mi infección por VIH fue culpa de un compañero, que me engañó: estaba tomando medicación para el VIH y él me engañaba diciéndome que era para el colesterol y para el ácido úrico. Cogí una neumonía y, cuando ingresé en el hospital, me hicieron la prueba ELISA; ahí es donde me detectaron que yo era portador del VIH. Él nunca me dijo que lo tenía y ha estado engañándome prácticamente hasta que falleció.

«No culparía a nadie. Antes está la desinformación. Yo no sabía nada de esta enfermedad, y ahora no es tiempo de culpar a nadie.»

Marcela

«No creo que exista ningún tipo de responsabilidad, o en cualquier caso fue la mía.»

Ernesto

LMP: ¿En qué año fue esto?

J (Jesús): Yo me enteré de esto en 2000. Y de pareja estuvimos desde 1995 hasta 2004.

LMP: ¿Cómo viviste la transmisión?

J: Por mi mente pasaron muchísimas cosas. En primer lugar, no sabía si matarlo a él o matarme yo. Hice dos intentos de suicidio y, gracias a Dios, y esto lo quiero entrecomillar, "lo que me hizo pasar a mí y no dio resultado, le pasó a él, porque le dio un infarto cerebral y falleció". Que es lo que yo le dije a él en su momento: esto se te va a cobrar.

LMP: ¿En el momento del diagnóstico, qué sentiste?

J: Mucha impotencia, mucha rabia, de todo.

LMP: ¿Tu relación con tu ex pareja era conocida en tu entorno social?

J: En mi casa saben que yo soy homosexual desde que tengo 18 años. Del palo del VIH se enteró mi madre cuando yo estaba en el hospital. Yo lo sé oficialmente desde el año 2000.

LMP: ¿Alguien es culpable de la transmisión sexual del VIH?

J: Mi ex, por no habérmelo dicho. Yo le preguntaba para qué te tomas esto, y como en aquel momento no tenía información de los medicamentos que él estaba tomando, en los años que tuvimos de relación no le di mayor importancia. No miraba el ordenador ni su medicación para saber para qué era.

LMP: ¿Y no había una cuota de responsabilidad de tu parte?

J: No, yo desconocía la información, no tenía mucha idea del VIH ; además, una de las cosas de las que me echo yo la culpa es de haberlo hecho sin protección. Pero esto ocurría porque yo tenía una pareja estable y no pensé que me podía tocar a mí.

LMP: ¿Y ahora, cómo te sientes con el hecho de vivir con el VIH?

J: Yo de maravilla. Mi vida cambió al principio, sobre todo cuando tuve esos dos intentos de suicidio, pero ahora ya lo tengo muy asumido, llevo siete años con él y es como si conviviera conmigo mismo.

LMP: ¿Por qué intentaste suicidarte?

J: Porque me sentía engañado y por el estigma que me causaba a mí ser un portador del VIH. Hay mucho estigma y mucha discriminación. En mi trabajo no lo saben y tengo que ir a escondidas a tomarme las pastillas.

LMP: ¿Vives en pareja actualmente?

J: Sí.

LMP: ¿Tiene el VIH?

J: Sí, me lo dijo desde el principio y yo también se lo dije.

LMP: ¿Cómo abor das o abordaste a tu pareja sabiendo que tenías el VIH?

J: Con mucho miedo y muchos tabúes. Al principio yo no se lo iba a decir, pero cuando él confesó primero y dijo que llevaba muchos años con el VIH, fue cuando yo se lo planteé también y tiramos para adelante.

LMP: ¿Igualmente antes de él, también tuviste otras parejas?

J: No, porque seguí con mucha depresión durante un año por tener el VIH. Y no me apetecía salir de casa, ir a los locales de ambiente, el ordenador lo desconecté por completo. A partir del diagnóstico, no me apetecía tener ningún tipo de prácticas sexuales ni con mi pareja ni con nadie. Me metí en un mundo en el que no quería que me besaran, que me tocaran ni que me abrazaran. Fue un cambio radical muy grande.

LMP: ¿Cómo os planteáis vuestras relaciones sexuales entre tú y tu pareja?

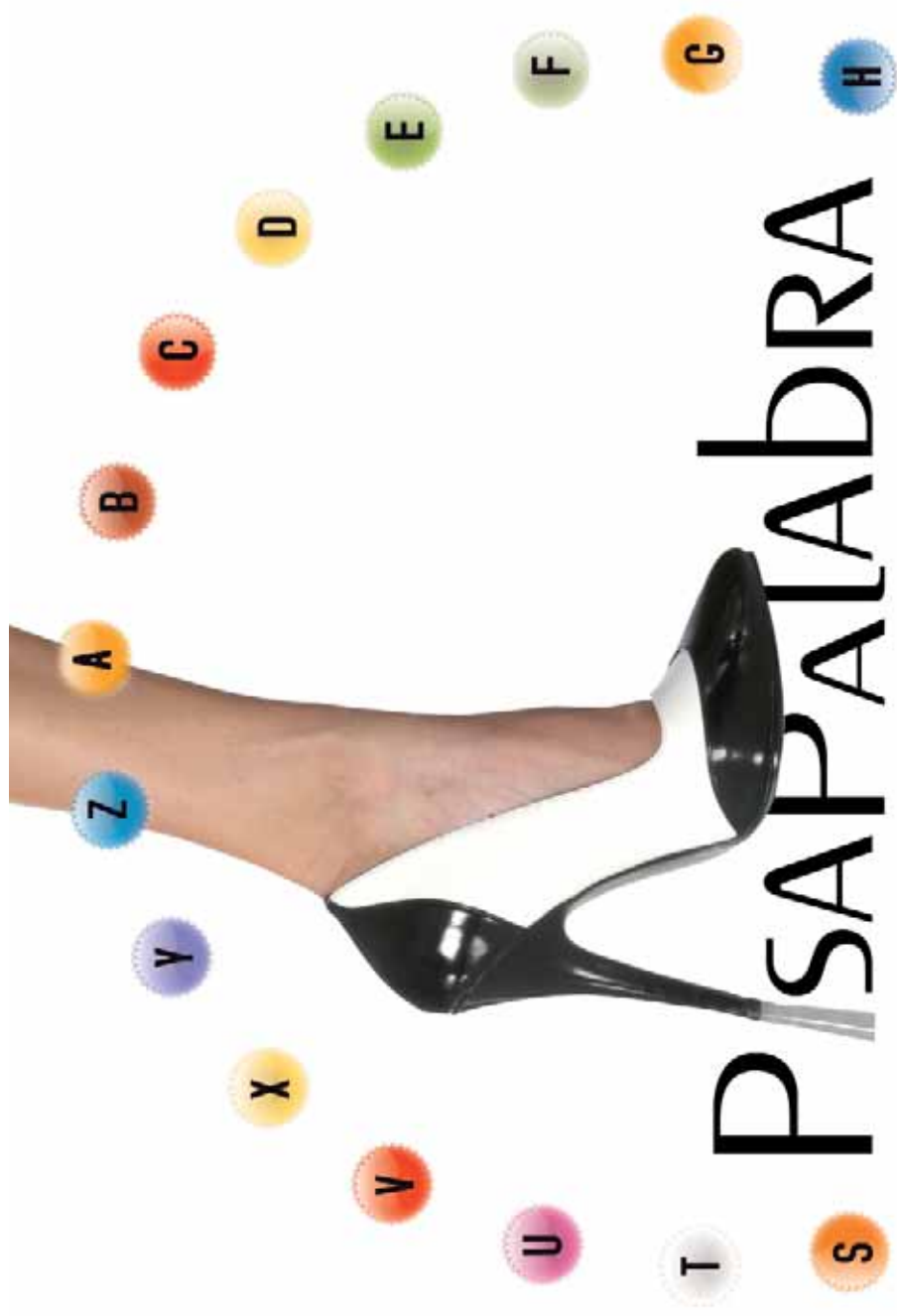
J: Cuando hacemos el amor siempre utilizamos el preservativo.

LMP: ¿La decisión de tener una pareja con VIH responde a una decisión personal?

J: Yo buscaba a una persona que tuviera también el VIH porque sentía que así podía tener más puertas abiertas a una relación y estar más compenetrado. Y además, porque sabes que hay mucha estigmatización cuando vas diciendo por ahí que eres portador del VIH: cogen por ahí y se piran.

LMP: ¿Sientes que no podrías tener una relación con una persona sin VIH?

J: Yo no. En primer lugar, porque no se lo diría. Es lo que está pasando últimamente, que conoces a alguien y por el miedo al rechazo no lo dices. Entonces, prefiero esconderlo y utilizar el preservativo, que siempre lo llevo en el bolsillo y listo.



A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z

CON LA **A**: País de los Pirineos donde te pondrán mil problemas de entrada.
EMPIEZA POR **B**: Examen de exploración de los pulmones con nombre de pelea.
CON LA **C**: Variedad de preservativo utilizado por las mujeres.
EMPIEZA CON **D**: Ciudad famosa por su declaración sobre patentes y genéricos.
EMPIEZA POR **E**: Lo padecen los santos y algunas personas con VIH, lamentablemente...
EMPIEZA CON **G**: Amiga de Cándida y Clamidia, es irritante y causa picores.
CON LA **H**: Órgano vital por el que nos preocupamos mucho.
EMPIEZA POR **I**: No está por la labor del condón.
CONTIENE LA **J**: Persona poco habitual en un ensayo clínico.
EMPIEZA POR **L**: Efecto secundario cuya reparación finalmente empieza a cubrir el Sistema Nacional de Salud.
EMPIEZA POR **M**: Por delante o por detrás gel que pronto usarás.
EMPIEZA POR **N**: Antipatía de los nervios.
EMPIEZA POR **P**: Más de una década inhibiéndola.
CON LA **Q**: Bellezón o ingrediente del sandwich mixto.
EMPIEZA POR **R**: Lo hace la policía y lo quiere hacer el Plan Nacional sobre el SIDA.
EMPIEZA POR **S**: Se lava y se centrifuga para eliminar el bichito.
EMPIEZA POR **T**: Recipiente que se vende en reuniones y es poco apropiado para llevar las pastillas.
ACABA POR **U**: Papa que da nombre a una prueba diagnóstica.
EMPIEZA POR **V**: Lugar de la Santidad donde nunca viviría el papa anterior.
CONTIENE LA **X**: En positivo también se disfruta.
CONTIENE LA **Y**: Exclamación de sorpresa tras conocer el diagnóstico.
CONTIENE LA **Z**: Fue el primer antirretroviral.

RESPUESTAS:

A: Andorra, **B:** Broncoscopia **C:** Condón femenino **D:** Doha **E:** Estigma **G:** Gonorrea **H:** Hígado **I:** Iglesia **J:** Mujer
L: Lipoatrofia **M:** Microbicida **N:** Neuropatía **P:** Proteasa **Q:** Queso **R:** Registro **S:** Semen **T:** Tupper **U:**
Papanicolau **V:** Vaticano **X:** Sexo **Y:** ¡Pos vaya! **Z:** AZT



LO+POSITIVO (LMP): ¿Quién crees que es responsable de la transmisión sexual del VIH?

Helena (H): Prefiero no llamarlo culpa y sí responsabilidad, creo que es un tema social, aparte de individual, y que nos atañe a todos. Si cada persona se responsabilizase de sí misma, esto no ocurriría. Esto es algo que hay que transmitir a nuestros hijos, en casa y en los colegios.

Creo que la responsabilidad no recae en los demás. Si tienes el VIH tu responsabilidad es decirlo y también protegerte. Pienso que la persona que tiene el VIH debería decirlo para que la otra persona tenga la libertad para decidir tener o no esa relación. Si a mí no me lo dicen, están coartando mi libertad para decidir, aunque sea por miedo al rechazo. Por otro lado, también es cierto que en las relaciones esporádicas tampoco le puedes hacer una analítica a la persona con la que te vas a acostar y, desde luego, puedes pillar cualquier cosa. Entonces, protegerse es una responsabilidad de uno mismo.

Pienso que las medidas radicales que se toman en algunos países en los que se puede denunciar a alguien que ha infectado a otro quizá pueden ayudar para que se tome una mayor conciencia. Infectar a alguien me parece de una maldad terrorífica, me da igual si es por inconsciencia o imbecili-

Helena

Helena es de Tenerife, donde trabaja de auxiliar de enfermería y colabora como voluntaria en la asociación UNAPRO. Ella no vive con VIH, pero su pareja, un hombre, sí.

(En la foto con Ernesto Delgado)

dad. Si tú tienes la libertad de infectarme, yo también tengo la libertad de denunciarte y que te castiguen por ello.

LMP: ¿Cómo te afecta el VIH en tus prácticas sexuales?

H: En todas las prácticas sexuales siempre hay un riesgo, a pesar de usar el condón. Unas prácticas tienen más riesgo que otras, todo depende de lo que te quieras arriesgar. Yo personalmente tomo precauciones, bueno, las tomamos los dos. Ante todo, la primera medida es usar el preservativo, con quien quiera que sea. Prevenir antes que curar, para mí eso es lo fundamental.

LMP: ¿Puedo preguntarte si tienes miedo?

H: Sí, creo que estoy sufriendo un riesgo. Por supuesto tomo medidas, pero siempre se corre un riesgo. Aunque tampoco puedes vivir permanentemente en una paranoia. Estoy siendo muy valiente por decir que soy pareja de un hombre seropositivo, socialmente es complicado admitirlo. A nivel personal, aunque no lo voy contando, tampoco voy a esconderme.

LMP: ¿Alguna frase que quieras añadir?

H: El sexo es de dos, las relaciones sentimentales son cosa de dos.



Josepeta

Diagnosticada en el año 1992, cree que en realidad se infectó hace unos 22 por vía sexual. Josepeta, que también vive con el VHC, es de Barcelona, donde colabora con la asociación ABD y es activista del VIH desde el año 1995.

LO+POSITIVO (LMP): ¿Cómo viviste la transmisión del VIH?

Josepeta (J): Cuando me enteré no tuve plena consciencia, estaba sana y no le di mucha importancia. Me lo dijo la persona que me infectó y fue un accidente no intencionado. Cuando me enteré no experimenté ni rencor, ni sentimientos de culpa, estaba más preocupada por la salud de él; aunque ya no manteníamos una relación sentimental, éramos amigos.

LMP: ¿Cómo te sientes ahora?

J: Siento lo mismo. Siento un gran cariño por esa persona, se trató de una circunstancia de la época que nos tocó vivir, él era usuario de drogas, y en los años 1983-19585 no se daban jeringuillas. No le doy más vueltas.

LMP: ¿Quién crees que es responsable de la transmisión sexual del VIH?

J: Hoy, ambas personas implicadas en una relación sexual son igualmente responsables de la consecuencia de ésta. Con la información de la que hoy disponemos no tiene por qué

ocurrir, y si ocurre, algún motivo habrá y hay que seguir adelante. Sí que creo que la persona portadora del VIH debería comunicar esta condición a sus parejas, pienso que se trata de una cuestión de responsabilidad.

LMP: ¿Cómo afecta el VIH a tus relaciones y a tus prácticas sexuales?

J: Vivo con un hombre seronegativo, llevamos casados 16 años. Nuestra sexualidad es sana y segura. El VIH afecta a la vida sexual de las personas porque la propia infección y sus tratamientos causan una disminución de la libido. Creo que esto es muy común y que, en la mayor parte de los casos, la propia infección es la mayor responsable de ello.

Si me paro a pensarlo, me doy cuenta de que en el caso de que mi pareja llegase a infectarse me sentiría fatal, lo viviría con un gran cargo de conciencia y mucho peor que mi propia enfermedad. No pienso mucho en esta posibilidad porque practico sexo seguro.

LMP: ¿Alguna frase que quieras añadir?

J: Voy a pensar en ello...



LO+POSITIVO (LMP): Para que las preguntas que queremos hacer tengan sentido, pedimos primero a la gente que nos diga si vive con el VIH.

Marta (M): No tengo el VIH, al menos eso creo. Espera, voy a contarte un sueño que tuve una vez...

Soñé que estaba en la consulta de mi jefa, que era mi ginecóloga, y ella me decía que tenía el VIH. No daba crédito, pensé, ¿cómo es posible esto, trabajo en el campo de la prevención?! Me dominó un absoluto sentimiento de asombro y de incredulidad. Pensé mucho en este sueño, es como si eres mecánico y no le pones aceite a tu coche. Después de un análisis lógico del sueño, llegué a la conclusión de que, aunque trabajamos en esto, también somos personas, con todo lo que esto implica. Es decir, cabe en lo posible el tener prácticas de riesgo. Esto me ayudó a comprender que muchas otras cosas intervienen en lo que hacemos y que no todo se resuelve con la información, no es suficiente.

Marta Pastor

Marta tiene 32 años y es activista del VIH desde el año 1999. Trabaja en el Comité AntiSida de Vizcaya, con sede en Bilbao, sobre todo con personas usuarias de drogas.

A partir de mi sueño, lo imagino de otro modo. Se trata de la idea de los cajones. Somos un todo y a la vez nos componemos de múltiples cajones: no es posible que un cajón prevalezca siempre sobre los demás, incluso no sería deseable. Está el cajón de lo racional, de lo emocional y luego están nuestras conductas. No siempre existe una congruencia entre todos nuestros cajones. Todo esto me lleva a pensar que el VIH no es un asunto de las personas que ya están infectadas, se trata de una cuestión humana y que va mucho más allá, además de que nos implica a todos.

LMP: ¿Quién crees que es responsable de la transmisión sexual del VIH?

M: Cada un@ de nosotr@s, tengamos o no VIH, somos responsables de nuestra propia vida y de nuestro autocuidado. Por otro lado, protegernos o no en nuestras relaciones sexuales es una opción personal que no podemos imponer a los demás.

Que continúe la vida



Luchamos por un mundo sin VIH

Luchar contra el VIH es mucho más que un objetivo. Es una cuestión personal en la que llevamos involucrados muchos años. Investigando y buscando soluciones para controlar la infección y mejorar el día a día de todas las personas afectadas. Por todos los logros –pasados, presentes y futuros– merece la pena el esfuerzo.



Farma

Roche Farma, S.A.
C/ Eucalipto, 33,
28016 Madrid
Tel.: 91 324 81 00
Fax: 91 324 83 50
<http://www.roche.es>

Me parece que ya está bien de pretender que la responsabilidad recaiga sobre las personas que viven con VIH. Hay muchas otras cosas aparte del VIH de las que un@ puede querer protegerse. Creo que la respuesta de las personas que creen que son seronegativas a la hora de usar métodos preventivos es clave para hablar de responsabilidad en la transmisión sexual del VIH. Creo que hay que cambiar el foco de una vez por todas.

LMP: *¿Cómo afecta el VIH a tus relaciones y prácticas sexuales?*



LO+POSITIVO (LMP): *¿Cómo viviste la transmisión del VIH?*

Javier (J): En ese momento no tuve auténtica consciencia de ello, andaba enganchado a la heroína y el VIH era casi lo de menos.

LMP: *¿Cómo te sientes ahora?*

J: Mi percepción ha cambiado, no me culpo por ello. Atribuyo el haberme infectado a la falta de información que había en ese momento. Las circunstancias, la juventud y el total desconocimiento son los únicos responsables de aquellas infecciones. No teníamos ni idea, de eso hace 25 años.

Me siento bien, tengo un mayor control emocional de la enfermedad y tengo mucho menos miedo. Me encuentro en mejores condiciones para hacer frente a las dificultades y ahora tengo ganas de cuidarme; creo que eso es lo fundamental.

LMP: *¿Quién crees que es responsable de la transmisión sexual del VIH?*

J: Las dos partes implicadas en una relación son responsables, de igual manera pero en diferente modo, ninguno lo es más que el otro. El portador tiene la responsabilidad de tomar precauciones, usar el preservativo, y el no portador tiene la responsabilidad de protegerse a sí mismo.

Pienso que la persona portadora del VIH no tiene por qué exponer esta situación de forma inmediata a sus parejas, desde luego no tiene por qué comunicarlo en las relaciones esporádicas y tampoco al principio de una relación. Pienso

M: *¿Me estás preguntando por mis prácticas sexuales?* Particularmente, mi opción personal es cuidarme y, teniendo en cuenta lo que hay, el VIH me afecta de la misma manera que a cualquier otra persona. Sé como hay que protegerse, en el resto soy igual que los demás: ¡un cajón con un montón de cajones más! Mira, mi opción personal es cuidarme, pero después de mi sueño creo que soy más consciente de que la realidad es compleja. Una realidad compleja requiere una respuesta plural.

Javier García Ogara

Javi tiene 44 años, y durante los últimos 5 ha sido activista colaborador de la asociación Itxarobide de Bilbao. Vive con VIH y con hepatitis C, que adquirió por vía parenteral. Explica que ya hace 20 años que dejó atrás la heroína.

(En la foto con Marta Pastor)

que sí hay que decirlo más adelante, y a medida que se establece un compromiso con la otra persona.

Si me pongo a imaginar el caso de que es un amigo el que hoy se infecta, que se infecta y me lo cuenta... creo que le daría dos tortas. Me enfadaría, con la información que tenemos hoy... primero le daría dos tortas y luego lloraría con él.

LMP: *¿Cómo afecta el VIH a tus relaciones íntimas y a tus prácticas sexuales?*

J: No me preocupa que alguien se pueda infectar teniendo relaciones íntimas conmigo porque tengo control sobre los medios para prevenirlo. En el caso hipotético de que eso ocurriese de forma accidental, me sentiría muy mal, pero lo atribuiría a algo externo a mí, algo que ha escapado a mi control, lo atribuiría a algo accidental.

No creo que el VIH coarte mi sexualidad. Hace unos años sí, tenía lipodistrofia y me veía como un "yonki". Aunque no tomaba drogas, la cara me delataba y mi aspecto de enfermo me generaba miedo. Sentía miedo al rechazo y me preocupaba mucho lo que otras personas pudiesen pensar sobre mi vida y mis hábitos. La cara es el espejo del alma y hoy me dicen: "¡jo, Javi, pero qué guapo estás...!".

Después de todos estos años he aprendido a cuidarme, a dedicarme tiempo y a quererme, creo que es lo más importante y lo único que vale.

LMP: *¿Alguna frase que quieras añadir?*

J: "Si te quieres a ti mismo, todo te será mucho más fácil".

Ganar unos kilitos

Muchas personas que viven con VIH experimentan de algún modo pérdida de peso. El desgaste progresivo y la pérdida de peso son dos aspectos diferenciados aunque en algunas personas ocurren al mismo tiempo.

El desgaste progresivo se produce por una pérdida de masa muscular. Sin embargo, algunas personas con VIH pierden masa magra pero no reducen su peso debido a que a su vez experimentan un aumento en la cantidad de grasa corporal. Según investigaciones llevadas a cabo en los últimos años, esto podría deberse a las alteraciones del metabolismo, proceso a través del cual el cuerpo transforma los nutrientes en energía (catabolismo) o los almacena para su posterior utilización (anabolismo). La pérdida de músculo se produce cuando el cuerpo se abastece de las proteínas para convertirlas en energía, en lugar de usar preferiblemente las grasas. Esto ocurre con mayor frecuencia en las personas con VIH debido a que las demandas energéticas del cuerpo aumentan de forma brusca durante períodos de enfermedad, o progresivamente por el estrés que el VIH causa en el organismo.

Otros factores que podrían estar relacionados con el desgaste son las alteraciones hormonales y la mayor producción de citoquinas en las personas con VIH. Parece ser que el VIH causa una afectación sobre la producción de varias hormonas en el cuerpo, cuyo aumento o disminución también contribuye a la alteración del metabolismo. Por su parte, la mayor producción de citoquinas provoca una hiperactivación del sistema inmunológico que tiene efectos negativos sobre el desgaste progresivo, causado por la propia excitación inmunológica y porque las citoquinas estimulan una mayor producción de grasas y azúcares, pero menos proteínas.

Otra causa implicada en el desgaste y la pérdida de peso en personas con VIH es la mala absorción. Los efectos secundarios relacionados con algunos medicamento antirretrovirales, como la diarrea y los vómitos, pueden ser la causa de que los alimentos no sean digeridos y absorbidos adecuadamente.

Finalmente, una alimentación con insuficiente contenido en proteínas y micronutrientes ricos en vitaminas y minerales también puede contribuir a la progresión del desgaste y a la pérdida de peso. Algunos estudios han mostrado que, como consecuencia de la actividad permanente del VIH, el sistema inmunológico requiere energía adicional para producir nuevas células y ayudar a reparar los tejidos dañados. Ciertos órganos como el hígado y los riñones, también requieren de un mayor aporte energético para procesar los residuos tóxicos provenientes de los fármacos antirretrovirales consumidos diariamente.

A continuación te proponemos una dieta y ciertos consejos que pueden ser de guía y orientación si te propones ganar peso.

1. Aumenta la cantidad de proteínas ingeridas diariamente, sobre todo toma más leche y/o sus derivados.

Alimentos ricos en proteínas: cereales integrales, legumbres, semillas oleaginosas (aceitunas, aguacate, avellanas, piñones, nueces, almendras, sésamo, cacahuets, pipas de girasol y de calabaza), leche, queso, huevos, levadura de cerveza, algas, carne, pescado y hortalizas.

2. Aumenta la cantidad de lípidos/grasas consumidos diariamente, especialmente aceites vegetales de primera presión en frío (toma 80gr diarios, el doble de lo que se recomienda a las personas que no necesitan ganar peso).

Alimentos ricos en lípidos: aceites vegetales, semillas oleaginosas, queso, mantequilla, huevos.

3. Toma más hidratos de carbono a diario. Preferiblemente patatas y frutos secos.

Alimentos ricos en hidratos de carbono: cereales integrales, legumbres, patatas, frutos secos (pasas, dátiles, higos secos, orejones, ciruelas secas), fruta.

4. Bebe zumo de fruta antes de las comidas. El zumo de uva es muy recomendable. La ingesta de azúcares antes de comer produce mayor sensación de hambre.

Alimentos ricos en azúcares/glúcidos: zumo de fruta, malta, cereales germinados, miel, azúcar de caña, piña, zanahoria.

Otros consejos:

- No abuses de las semillas oleaginosas, cómelas siempre como último plato. Este tipo de semillas son de digestión lenta; si sientes que te cuesta digerirlas, prueba a comerlas tostadas.
- Bebe agua, despacio y entre platos en las comidas.
- Procura descansar después de la comida del mediodía. Una siesta larga de 1 o 2 horas es ideal, pero si no tienes tanto tiempo, procura por lo menos descansar unos minutos después de las comidas.
- Evita los deportes de mayor desgaste físico. Para ejercitar el cuerpo puedes andar o practicar ejercicios suaves.
- No dejes ninguna de las comidas del día, incluidas la de media mañana y media tarde.

A continuación, te ofrecemos una propuesta de dieta para ganar peso:



Desayuno

- Empieza con un zumo de frutas (le puedes añadir levadura de cerveza).
- Dos rebanadas de pan integral con mantequilla y miel o dos rebanadas de pan con tres cucharadas soperas de mermelada.
- Una taza de leche con 40gr de muesli (o un solo cereal) o un yogur natural o un vaso de kéfir.



Media mañana

- Bebe agua a sorbitos como si la masticaras.
- Pan de centeno con queso o con tomate y jamón york o pan con mantequilla, queso y un poco de apio.
- Diez almendras.
- Leche con galletas integrales (no más de 6).



Comida

- Bebe agua.
- Ensalada variada.
- Caldo vegetal de cebolla con mijo o avena.
- Tortilla o huevos rellenos.
- Fruta no acuosa (no mezclar las frutas)

o



- Bebe agua.
- Ensalada variada.
- Paella de arroz integral.
- 40gr de queso de Burgos o 50gr de requesón.
- Fruta.



o

- Zumo de uva.
- Ensalada variada.
- Verdura (espinaca, coliflor...) con bechamel.
- Hasta 150gr de pollo, pescado, carne de cordero.
- Fruta no acuosa.
- Cuatro nueces.
- Una tacita de leche con cereal.



Media tarde

Puedes combinar los mismos alimentos que a media mañana.

Cena

- Bebe agua.
- Ensalada variada.
- Puré de patatas y zanahoria (75gr).
- Un huevo pasado por agua y 9 almendras o 3 nueces.

o

- Bebe agua.
- Sopa de cereal enriquecida con una porción de queso.
- 100gr de carne al horno o a la brasa (acompañar con ensalada de hoja verde).
- Fruta no acuosa.
- Un puñado de cacahuets.
- Un yogur o requesón con miel.

De Sydney a Madrid

Un repaso a los nuevos fármacos del VIH

Durante el segundo semestre de 2007, se han celebrado algunas de las conferencias más destacadas sobre la infección por VIH. Las ciudades de Sydney (4 IAS), Chicago (47 ICAAC) y Madrid (11 EACS) han sido los escenarios elegidos para presentar los últimos avances en la investigación, tratamiento, prevención y cuidados del VIH. Os ofrecemos una puesta al día a la luz de los datos más importantes sobre nuevos fármacos antirretrovirales.

Nuevos fármacos en personas naive

La llegada de nuevos medicamentos amplía las opciones de tratamiento para las personas con VIH. Aunque los compuestos en investigación están dirigidos principalmente para el tratamiento de personas con amplia experiencia en el uso de antirretrovirales –y especialmente de aquéllas que presentan resistencias a múltiples familias de fármacos–, varios son los ensayos clínicos que están evaluando si su uso también podría estar indicado en el tratamiento de primera línea, es decir para personas que inician tratamiento por primera vez.

Éste es el caso de **darunavir** (Prezista®, DRV), un inhibidor de la proteasa (IP) de reciente aprobación en España. **ARTEMIS** es un ensayo clínico que compara la eficacia y seguridad de DRV/r con lopinavir/ritonavir (LPV/r, Kaletra®), el IP más ampliamente utilizado como terapia de inicio. En este estudio se utilizó una dosificación de 800mg de DRV potenciado con 100mg de RTV (ritonavir) una vez al día; en el caso de LPV/r, la dosificación fue de 400/100mg dos veces al día u 800/200mg una vez al día. Los participantes de ambos grupos tomaron los medicamentos asignados junto con tenofovir y emtricitabina (Truvada®). Los datos de este estudio muestran que ambos fármacos presentan respuestas virológicas similares (es decir, la capacidad para reducir la carga viral del VIH a niveles indetectables, por debajo de 50 copias/mL). Por lo que los investigadores afirman que DRV/r no es inferior a Kaletra® en personas que inician tratamiento por primera vez e incluso podría decirse que DRV/r muestra una ligera ventaja sobre LPV/r en aquellas personas que empezaron a tomar DRV/r con una carga viral superior o igual a 100.000 copias/mL. En cuanto a los efectos secundarios, el estudio ARTEMIS halló niveles más bajos de colesterol total y de efectos secundarios gastrointestinales entre las personas que tomaron DRV/r.

Maraviroc (MVC, Celsentri®) actúa bloqueando una de las membranas de la superficie de la célula CD4 (el correceptor CCR5) y que el virus utiliza para unirse a ella y penetrar en su interior. Como terapia inicial, tiene el inconveniente de requerir la realización previa y necesaria de una prueba que determine si el virus de la persona candidata a tomar maravi-

roc utiliza el correceptor CCR5 para unirse a la célula (véase recuadro 1). La prueba de tropismo hasta la fecha es cara, poco precisa y requiere un período de 6 a 8 semanas para conocer sus resultados. La comparación de maraviroc con un fármaco ampliamente utilizado en primera línea podría arrojar más luz sobre si es una buena opción para personas 'naive'.

1

Tropismo viral

Para que un virus pueda introducirse en una célula e iniciar así su proceso de reproducción, necesita 'anclarse' al menos dos proteínas (receptores o correceptores) de la superficie de la célula: el receptor CD4 y el correceptor CCR5. Sin embargo, algunas formas del VIH prefieren utilizar otro correceptor, el CXCR4. Es más, hay poblaciones virales compuestas por virus que utilizan indistintamente un correceptor u otro (llamados duales), e incluso las hay que son una mezcla de virus CCR5, CXCR4 y duales (poblaciones mixtas).

Éste es, precisamente, el objetivo del estudio **MERIT**, que compara la seguridad y eficacia de MVC con efavirenz (EFV, Sustiva®), ambos coadministrados con Combivir® (AZT/3TC). La dosis de MVC fue de 300mg una o dos veces al día (la dosificación de una vez al día se interrumpió en 2006), y la de EFV, 600mg una vez al día. Los hallazgos del estudio muestran que más personas interrumpieron la toma de MVC por falta de eficacia (11,9% -MVC- frente a 4,2% -EFV-), mientras que más pacientes de brazo de EFV dejaron de tomarlo como consecuencia de los efectos secundarios (13,6% -EFV- frente a 4,2% -MVC-). Los investigadores llegan a la conclusión de que MVC no sería inferior a EFV según el criterio de valoración de un descenso de la carga viral por debajo de las 400 copias/mL (70,6% frente a 73,1%); sin embargo, MVC no pudo mostrar la no inferioridad frente a EFV (véase recuadro 2) según el criterio de valoración de conseguir la indetectabilidad viral (menos de 50 copias/mL) a la semana 48 (65,3% frente a 69,3%). Como consecuencia de los modestos resultados de este ensayo, a los que habría que sumar su actual esquema de dosificación de dos veces al día y la reali-

2 Ensayos de no inferioridad

En la investigación de nuevos fármacos, los estudios de no inferioridad comparan el candidato a antirretroviral con medicamentos que suelen ser el estándar de tratamiento. En este tipo de ensayos, se pretende mostrar que el fármaco en estudio tiene efectos similares o no inferiores sobre un acontecimiento clínico determinado a los observados con el tratamiento estándar. De demostrarse, el nuevo candidato podría utilizarse sobre la base de otras posibles ventajas –por ejemplo, una mejor dosificación– o como una opción para quienes no pueden utilizar el o los tratamientos estándar –por ejemplo, por toxicidad–.

zación de la prueba de tropismo previa, parece difícil justificar el uso de MVC en personas naïve a los antirretrovirales, por lo menos hasta que no se disponga de más información que clarifique el porqué de las diferencias observadas.

Raltegravir (RAL, Isentress® o MK-0518) actúa inhibiendo la acción de la integrasa, una enzima que el VIH utiliza para acoplar o integrar su material genético en el ADN de la célula que está infectando.



El **Protocolo 004** es un estudio de Fase IIb en el que se evalúa el uso de este medicamento en personas que inician tratamiento por primera vez. A los participantes se les distribuyó de forma aleatoria para recibir durante dos semanas o monoterapia con diferentes dosis de RAL (100, 200, 400 y 600mg dos veces al día) o placebo. A continuación, todos ellos iniciaron una terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), añadiendo tenofovir y 3TC a los que tomaban RAL, y efavirenz, tenofovir y 3TC a los que tomaban placebo. Los resultados iniciales de este estudio, del que actualmente se conocen datos a 48 semanas, mostraron en el grupo de RAL un descenso muy notable de la carga viral durante las primeras escasas semanas en comparación con el grupo que tomaba efavirenz. Después de 24 semanas, los resultados entre todos los grupos de dosificación de RAL y efavirenz fueron similares, con una pequeña tendencia hacia una mejor supresión virológica con las dosis más altas de RAL. A las 48 semanas, todos los participantes en el grupo de RAL pasaron a tomar una dosis de 400mg dos veces al día, que es la dosis actualmente en desarrollo.

Los datos de RAL a 48 semanas también fueron favorables en términos de seguridad y tolerabilidad, dado que las personas tratadas con este medicamento desarrollaron menos efectos secundarios neuropsiquiátricos y tuvieron mejor perfil lipídico (niveles de grasas) que las personas que tomaron EFV.

Nuevos fármacos en personas pretratadas

Las recomendaciones internacionales subrayan que la prioridad número uno en el tratamiento de la infección por VIH debería ser conseguir la indetectabilidad viral, incluso en personas con una amplia experiencia en el uso de terapia antirretroviral y con virus resistente a los fármacos disponibles. En este escenario, las directrices de tratamiento recomiendan que las personas multitratadas inicien un nuevo régimen que incluya, como mínimo, dos medicamentos a los que su VIH sea todavía sensible.

Los estudios de Fase III de DRV, **POWER 1 y 2**, que fueron diseñados para evaluar la seguridad y la eficacia de DRV en comparación con otros IP, están dando buenos resultados en personas con amplia experiencia en tratamientos y con resistencia documentada a los IP. Los análisis de eficacia a 96 semanas incluyeron a 131 personas que habían estado tomando desde el principio de los ensayos la dosis de 600/100mg de DRV/r y a 124 que recibieron un inhibidor de la proteasa comparador, ambos junto a una terapia de base optimizada.

Los 255 participantes alcanzaron las 96 semanas o abandonaron antes (un 33% en el grupo de DRV y un 87% en el grupo de los que tomaban IP). A la semana 96, un total de 74 personas (56%) que tomaban DRV/r alcanzaron el criterio principal de valoración, es decir una reducción de la carga viral igual o superior a 1 log₁₀ en comparación con tan sólo 12 personas (10%) de las que tomaron otros IP; la diferencia fue estadísticamente significativa. La indetectabilidad viral (<50 copias/mL) a la semana 96 fue alcanzada por 51 personas (39%) en el grupo de DRV/r y por 11 (9%) en el grupo de IP; de nuevo, la diferencia fue estadísticamente significativa. Por otro lado, de las 59 personas (45%) en el grupo de DRV/r que consiguieron a la semana 48 la indetectabilidad viral, 47 (80%) mantuvieron esta respuesta a la semana 96. En el grupo de IP, de los 14 pacientes (11%) que tuvieron carga viral indetectable a la semana 48, 11 (79%) siguieron indetectables a la semana 96. Por lo que respecta a la respuesta inmunológica, a la semana 96 el aumento medio en el recuento de CD4 desde el inicio fue de 133 células/mm³ en el grupo que tomó DRV/r y de 15 células/mm³ en el grupo que tomó otros IP, diferencia que fue estadísticamente significativa.

Resultados similares se han podido observar cuando se ha comparado DRV/r cara a cara con uno de los IP más utilizados: LPV/r (Kaletra®). Éste es el contexto del estudio **TITAN**. En él, personas cuyos regímenes anteriores habían fracasado (primera o segunda línea de tratamiento) y que nunca antes habían tomado DRV y LPV (y sin resistencia previa a este IP) fueron distribuidos aleatoriamente para recibir o 600/100mg de DRV dos veces al día o 400/100mg de LPV/r, ambos tomados junto con una terapia de base optimizada (TBO). La formulación inicial de LPV/r utilizada fue en cápsulas, pero a los participantes se les permitió cambiar a la formulación en comprimidos en cuanto estuvo disponible. El ensayo fue diseñado para mostrar la no inferioridad del régimen basado en DRV/r frente al basado en LPV/r.

Un total de 595 personas se distribuyeron aleatoriamente a ambos brazos de tratamiento. Los datos de este estudio, que tiene una duración total de 96 semanas, muestran que un 77% de las personas que tomaron DRV/r consiguió reducir su carga viral por debajo de las 400 copias/mL a la semana 48 en comparación con un 67% de aquellas que tomaron LPV/r, una diferencia que fue estadísticamente significativa. Del mismo modo, en un 71% de las personas que tomaron DRV/r se observó también a la semana 48 un descenso de la carga viral por debajo de las 50 copias/mL en comparación con un 60% de l@s que tomaban LPV/r.

Los datos de seguridad tanto de los POWER 1 y 2 como de TITAN muestran que DRV hasta ahora no se ha asociado a ningún problema grave y que los efectos adversos más comunes, clasificados en su mayoría de grado 1 y 2, fueron diarrea, náusea, nasofaringitis y cefalea.

Las recomendaciones internacionales subrayan que la prioridad número uno en el tratamiento de la infección por VIH debería ser conseguir la indetectabilidad viral, incluso en personas con una amplia experiencia en el uso de terapia antirretroviral y con virus resistente a los fármacos disponibles

Otro fármaco en investigación, del mismo laboratorio que darunavir, es **etravirina** (ETV, TMC-125) de la familia de los no análogos de nucleósido (ITINN). **DUET 1** y **DUET 2** son dos ensayos de Fase III paralelos, de distribución aleatoria, controlados con placebo y doble ciego, que fueron diseñados para evaluar la combinación de ETV junto con una terapia de base optimizada en la que se incluye darunavir/ritonavir (DRV/r) en personas con experiencia en el uso de múltiples familias de fármacos. Para que l@s candidat@s al ensayo pudieran ser elegibles debían tener una carga viral de más de 5.000 copias/mL, 1 o más mutaciones de resistencia a los ITINN, 3 o más mutaciones a los IP y haber estado tomando una terapia antirretroviral estable durante un período de 8 semanas. A l@s participantes se les distribuyó de forma aleatoria para recibir ETV o placebo ambos tomados junto con un régimen de base formado por DRV/r, 2 o menos ITIN, y enfuvirtida (T20, Fuzeon®) opcional.

Uno de los últimos análisis de datos combinados de los dos estudios a 24 semanas incluyó a 599 personas que tomaron ETV y a 604 que recibieron placebo. Se trató de una población multitratada, de la cual aproximadamente dos terceras partes tenían dos o más mutaciones de resistencia a los ITINN y 4 o más mutaciones a los IP. A la semana 24, un 59% del grupo de ETV y un 41% del grupo placebo consiguieron la indetectabilidad viral (<50 copias/mL). Por otro lado, en las personas tratadas con ETV también se observó un incremento mayor en el recuento medio de células CD4 que en aquellas que tomaron placebo (86 células/mm³ frente a 67 célu-

las/mm³). Tanto en un caso como en otro la diferencia fue estadísticamente significativa.

El efecto secundario más común que se produjo entre l@s participantes del DUET fue exantema cutáneo, con un 17% en el grupo de ETV y un 9% en placebo, siendo la diferencia estadísticamente significativa. La aparición de exantema en el brazo de ETV se produjo por lo general en las dos primeras semanas de tratamiento y fue normalmente moderado: sólo un 2,2% de l@s participantes tuvo que interrumpir ETV como consecuencia de este efecto secundario.

Por lo que respecta a las resistencias, se han asociado trece mutaciones basales con un descenso en la respuesta a ETV. Los estudios DUET muestran que la respuesta a ETV fue mayor en aquellas personas que tenían menos de tres de estas mutaciones de resistencia asociadas a ETV antes de tomar el fármaco.

En este mismo escenario, otro medicamento que también puede ser una opción viable es el inhibidor del correceptor CCR5 **maraviroc**, del que se disponen ya de datos de seguridad y eficacia a 48 semanas. Los estudios **MOTIVATE 1** y **2** son dos estudios paralelos, de reparto aleatorio, doble ciego y controlados con placebo que evalúan la seguridad y eficacia de MVC más una terapia de base optimizada en personas multitratadas. Para participar en el ensayo, l@s candidatos debían tener un virus con tropismo CCR5 (véase recuadro 2), una carga viral superior a 5.000 copias/mL, podían estar tomando una terapia antirretroviral estable o no tomar tratamiento durante un período de 4 semanas o más antes de entrar en el estudio, y por último, tener resistencia a y/o seis meses de experiencia con 1 o más ITIN, ITINN, o 2 o más IP. L@s participantes se distribuyeron de forma aleatoria en tres grupos, uno que recibiría 150mg de MVC una vez al día, otro, 150mg de MVC dos veces al día y el tercero, placebo, todos ellos junto a una TBO.

Los resultados a la semana 48 muestran que las tasas de respuesta fueron superiores en las personas que tomaron MVC. Un 46,8% y un 41,8% de las personas que recibieron la dosis de dos veces al día y una vez al día, respectivamente, consiguieron reducir la carga viral hasta niveles indetectables en comparación con un 16,1% en el grupo que tomó placebo. Además, las respuestas inmunitarias (aumentos de CD4) fueron significativamente mejores entre las personas que tomaron MVC. Entre los hallazgos destaca que el uso por primera vez de enfuvirtida (T20) aumentó notablemente las respuestas al tratamiento (un 71% de est@s participantes consiguieron la indetectabilidad viral en los brazos de MVC), lo que pone de manifiesto la importancia de utilizar al menos otro fármaco completamente activo junto con los nuevos tratamientos para el VIH. Entre las semanas 24 y 28, no se observaron nuevos motivos de preocupación respecto a la seguridad (problemas hepáticos o desarrollo de tumores).

Sin embargo, sí existe una preocupación con el uso de los inhibidores del correceptor CCR5 y es la emergencia de virus con tropismo dual/mixto (D/M) o virus con tropismo CXCR4 únicamente, mientras se toma el medicamento. Tales virus se han asociado con una progresión más rápida de la infección por VIH. L@s candidatos a tomar MVC (o cualquier otro fármaco de la misma familia) necesitan primero realizar una

prueba que determine el tropismo viral. De tener un virus con tropismo CCR5 podrían tomar MVC. La emergencia de virus con tropismo D/M o CXCR4 pudo producirse bien como consecuencia de la selección involuntaria de personas con variantes virales preexistentes con tropismo CXCR4 –que no se detectaron en el cribado inicial– o bien por un cambio en el tropismo viral mientras se tomaba el medicamento. Un análisis de las muestras de las personas tratadas con MVC en los estudios MOTIVATE sugiere claramente que la presencia preexistente de variantes virales con tropismo CXCR4 es el mecanismo más probable.



Aproximadamente 1.000 personas con virus con tropismo CCR5 en el momento del cribado entraron en los estudios MOTIVATE. L@s investigadores sabían que un 8% de ellas tenía virus con tropismo D/M o CXCR4 antes de recibir MVC, dado que la prueba de tropismo pudo detectar estas variantes entre la población viral de l@s candidat@s. En total, 242 personas en los estudios MOTIVATE desarrollaron fracaso virológico y las que tomaban MVC tenían más probabilidades de tener virus con tropismo D/M o CXCR4 en el momento del fracaso que virus con tropismo CXCR5. Una observación importante fue que el fracaso virológico en las personas con virus D/M o CXCR4 se producía más pronto que en las personas que mantenían virus CCR5. Según l@s investigadores, esta observación podría indicar que existen diferentes mecanismos por los que MVC fracasa: fracaso precoz, como consecuencia de la selección de variantes virales CXCR4 preexistentes, y fracaso tardío (con el mantenimiento documentado de virus CCR5), como consecuencia probablemente del desarrollo de resistencia a MVC. Desde un punto de vista clínico, quizás el aspecto más importante de este análisis fue que la emergencia de virus con tropismo D/X o CXCR4 durante el tratamiento no se asoció con una pérdida de células CD4 o un incremento en la incidencia de eventos acontecimientos asociados a SIDA. Además, la retirada de MVC condujo al restablecimiento del virus con tropismo CCR5 como población viral predominante en un plazo de, aproximadamente, 16 semanas.

La investigación de otro inhibidor del correceptor CCR5, **vicriviroc** (VCV), está aportando datos similares sobre el tropismo viral. Un 10% de las personas con virus con tropismo CCR5 en la fase de cribado para el estudio **ACTG 5211** presentó virus con tropismo D/M en el momento de entrar al estudio. De forma similar, el tratamiento con VCV en estas personas no se asoció con una reducción del recuento de células CD4. En realidad, los recuentos de estas células también permanecieron estables en las personas tratadas con VCV que experimentaron un cambio confirmado en el uso del correceptor. Aunque las respuestas virológicas e inmunológicas fueron menores en las personas con virus con tropismo D/M que en aquellas cuyo virus tenía el tropismo CCR5

en la entrada en el estudio, fueron mejores para las personas que recibían vicriviroc que para las que recibían placebo, con independencia del tropismo viral.

El inhibidor de la integrasa **raltegravir**, del que se espera su aprobación definitiva en Europa y EE UU en los próximos meses, es también un medicamento muy prometedor para personas con VIH con opciones limitadas de tratamiento. Los datos en los que se basarán las autoridades reguladoras de ambos lados del Atlántico para dar su aprobación proceden de los resultados de dos estudios paralelos de Fase III: **BENCHMRK 1** y **2**. En estos dos estudios –aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo– participaron 699 personas con VIH con amplia experiencia en tratamientos y con resistencia documentada a como mínimo un fármaco de cada una de las tres familias de antirretrovirales (ITIN, ITINN e IP). Los resultados de eficacia de l@s 436 participantes que completaron (o abandonaron antes) las 24 semanas de tratamiento muestran que el uso de 400mg de RAL dos veces al día junto con una TBO consiguió reducir la carga viral por debajo de las 400 copias/mL en un 75,5% en comparación con un 39,3% de aquell@s que tomaron placebo y TBO. Cuando se analizó la tasa de pacientes que, tras 24 semanas, había alcanzado la indetectabilidad viral (<50 copias/mL), los resultados fueron similares a los anteriores: un 62,6% de l@s que tomaron RAL y TBO frente a un 33,3% de l@s que recibieron placebo y TBO. Por lo que respecta al aumento de la cantidad de CD4 desde el inicio del tratamiento, se pudo observar que tras 24 semanas l@s que tomaron RAL y TBO experimentaron un incremento de 89 células/mm³ en comparación con 35 células/mm³ en l@s que tomaron placebo y TBO.

Los efectos secundarios más comunes relacionados con RAL son de carácter moderado a grave y se dieron en un 2% o más de l@s participantes. Entre los efectos se incluyen diarrea, náuseas y cefalea, que también se produjeron en tasas similares entre las personas que tomaron placebo.

Los datos actualizados de un estudio de Fase II, el **Protocolo 005**, que incluyó a 178 personas con VIH y una amplia experiencia en el uso de las tres familias de antirretrovirales, han confirmado también la eficacia de RAL: a la semana 48, entre un 64% y 71% de l@s participantes en

el estudio tuvieron menos de 400 copias/mL y entre un 46% y un 67% consiguieron la indetectabilidad viral.

No obstante, merece la pena señalar que desde el inicio del estudio hasta la semana 24, en un 29% de las personas tratadas con RAL se había producido un fracaso del tratamiento, que se observó principalmente (68%) en aquellas personas que no tenían en su combinación antirretroviral ningún otro fármaco activo a excepción de RAL. A las 38 personas en fracaso se les realizó una prueba de resistencia genotípica a los inhibidores de la integrasa y 35 de l@s 38 tenían mutaciones que confieren resistencia a raltegravir, principalmente la N155 o la Q148. Motivo por el cual se tiende a pensar que RAL pudiera tener una baja barrera genética y que no parece ser exclusiva de este fármaco, sino que podría ser una característica de toda la clase de los inhibidores de la integrasa, y además ser cruzada entre los diferentes compuestos (eso ocurre cuando la resistencia a un inhibidor de la integrasa conlleva resistencia, total o parcial, a otro).

En cualquier caso, el Protocolo 005 ha podido mostrar el efecto potente de RAL en personas con VIH multitratadas, sobre todo cuando se combina con al menos otro agente activo. Un mensaje similar respecto a la importancia de utilizar inhibidores de la integrasa con el apoyo de, al menos, otro medicamento activo se infiere de un análisis de un estudio de Fase II que evalúa otro compuesto en investigación de la misma familia de antirretrovirales, **elvitegravir** (GS-9137). El estudio comparó tres dosis de una vez al día de elvite-

gravir/ritonavir con un IP potenciado con ritonavir como comparador, cada uno de ellos combinados con TBO en 278 personas pretratadas. El análisis muestra que l@s participantes que recibieron la dosis más alta de elvitegravir y también usaron por primera vez enfuvirtida (T-20) experimentaron una reducción media de la carga viral de $-2,9 \log_{10}$ copias/mL a la semana 24 en comparación con un $-1,8 \log_{10}$ copias/mL en las personas que tomaron un IP comparador. La indetectabilidad viral fue alcanzada por un 74% de las personas que recibieron la dosis más alta de elvitegravir en comparación con un 25% de l@s que tomaron un IP comparador. La diferencia fue estadísticamente significativa.

FUENTE: *Medscape / Natap / Elaboración propia*

Puedes acceder a la información completa sobre estos estudios y a una versión extendida de este artículo en nuestra web (www.gtt-vih.org).

- IAS: 4 Conferencia de la Sociedad Internacional del SIDA (IAS) sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH, Sydney (Australia), 22-25 de julio de 2007 (www.ias2007.org).
- ICAAC: 47 Conferencia Interciencias sobre Agentes Antimicrobianos y Quimioterapia (ICAAC), Chicago (EE UU), 17-20 de septiembre (www.icaac.org).
- EACS: 11 Conferencia Europea del SIDA de la Sociedad Clínica Europea del SIDA (EACS), Madrid (España), 24-27 de octubre (www.eacs-conference2007.com).

Neuropatía periférica: un problema por resolver

La neuropatía es un problema que se da en una importante cantidad de personas que viven con VIH. Una década después de la introducción de TARGA, este efecto secundario sigue causando complicaciones en quienes iniciaron regímenes con uno o varios de los primeros análogos de nucleósido. Actualmente, la acumulación de toxicidad tras años tomando TARGA y el propio VIH continúan causando lesión neurológica.

¿Qué es la neuropatía periférica?

La neuropatía periférica (NP) es una enfermedad causada por la lesión en los nervios del sistema nervioso periférico.

Éstos son todos los nervios del cuerpo excepto los que forman parte del sistema nervioso central (los nervios del cerebro y de la médula espinal).

Los síntomas dolorosos típicos de la NP se producen a causa de lesiones en las terminaciones nerviosas (los axo-

nes), o bien por el desgaste de la vaina que recubre los nervios (la mielina).

Las causas

No se sabe qué causa exactamente la NP en las personas que viven con VIH y se cree que su aparición es

multicausal, es decir, como consecuencia de varios factores interrelacionados. El propio VIH puede provocar lesiones permanentes en los nervios cuando una persona se encuentra fuertemente inmunosuprimida (con muy bajos CD4) durante un período prolongado. El daño también puede aparecer tras la presencia por muchos años del virus en el cuerpo o la persistencia de cargas virales altas.

Otro factor fuertemente asociado con la NP son los tratamientos antirretrovirales. Los análogos de nucleósido (ITIN) son la familia de fármacos clásicamente asociados a la NP. A continuación, incluimos estos fármacos en orden descendente, según se considera su relación con la NP de mayor a menor:

- d4T, estavudina (Zerit®)
- ddI, didanosina (Videx®)
- 3TC, lamivudina (EpiVir®)

Otros fármacos que contienen 3TC son: Kivexa®, Combivir® y Trizivir®. Además, si tomaste ddC (Hivid®) en el pasado, puede que la NP te haya quedado como secuela.

No todas las personas que reúnen algunos de estos factores acabarán desarrollando NP, ya que existe otros factores de predisposición genética que también intervienen haciendo más proclives a unas personas que a otras. Además, sólo una parte de todas ellas evolucionaron hacia los síntomas más graves.

Asimismo, hay que contar con que otra medicación necesaria para tratar infecciones oportunistas también puede causar NP o agravar sus síntomas.



Los síntomas

La NP puede experimentarse como una molestia o llegar a ser muy dolorosa e incapacitante. Normalmente, los síntomas aparecen en ambos pies y/o en las dos manos. La NP, que llega a ser grave o muy grave cuando provoca dificultades para moverse y andar, puede presentar los siguientes síntomas:

- Entumecimiento (sensación de tener los pies y/o las manos dormidos).
- Hormigueo, escozor, ardor o tirantez.
- Insensibilidad más o menos leve al dolor o a la temperatura.
- Hipersensibilidad al tacto.
- Dolor y calambres.
- Pérdida de equilibrio y falta de coordinación.
- Pérdida de reflejos.
- Debilidad muscular.
- Alteraciones en la forma de andar (con tropiezos y caídas frecuentes).
- Incapacidad para andar.

No se sabe qué causa exactamente la NP en las personas que viven con VIH y se cree que su aparición es multicausal, es decir, como consecuencia de varios factores interrelacionados

Generalmente, los médicos diagnostican la NP según los síntomas de los que las personas hablan en la consulta. Además de la exploración, en la que se comprueban los reflejos y la sensibilidad, suele realizarse un electromiograma, en el que se mide la respuesta muscular a los estímulos nerviosos.

Es importante no minimizar los síntomas del dolor y explicar de forma clara al/la médico/a, todas las sensaciones que se experimentan. Puede ser útil hacer un diario de síntomas anotando los detalles (cómo, dónde, cuánto y con qué frecuencia duele).

¿Se puede tratar?

En la actualidad, no contamos con fármacos que reparen los nervios dañados. Cuando se cree que la NP está directamente provocada por los antirretrovirales, la mejor opción es un cambio de tratamiento, si esto es posible. Cuando los síntomas son leves, la NP puede revertir tras la interrupción del fármaco, pero hay que esperar hasta 8 semanas para que esto ocurra. En algunos casos, el daño en los nervios es irreversible o quedan secuelas que se manifiestan de forma intermitente.

En ocasiones, el dolor se puede paliar con analgésicos orales y tópicos. Algunos analgésicos orales causan efectos secundarios difíciles de tolerar para algunas personas. En el caso de los analgésicos basados en opiáceos, hay que buscar las dosis adecuadas, dado que estos fármacos interactúan con los antirretrovirales.

Algunas personas alivian los síntomas de la NP con tratamientos alternativos como imanes, acupuntura y masajes (el automasaje sobre la zona puede ayudar), y también con complementos nutricionales. Aunque todavía no cuentan con estudios controlados finalizados, alguien con NP puede considerar su uso, teniendo en cuenta que no todo lo que funciona en una persona sirve para otra:

- **L-acetilcarnitina:** es una molécula presente en el cuerpo humano. Tomada como suplemento dietético en dosis de 1 a 2 gramos mejora los síntomas de la NP en algunos casos.
- **Ácido alfaipoico:** es un antioxidante. Podría prevenir la inflamación de los nervios.
- **Aceite de hígado de bacalao:** puede ayudar en los casos leves.
- **Vitaminas B6 y B12:** hay que tener cuidado con las tomas, ya que dosis superiores a las necesarias pueden empeorar la NP.

REFERENCIA:

www.aidsmeds.com/articles/Neuropatia_7631.shtml

La epidemia silenciosa

La tuberculosis en personas con VIH

La tuberculosis (TB) es la principal causa de fallecimiento de las personas con VIH en todo el mundo. Se calcula que un tercio de la población del planeta está infectado por el *Mycobacterium tuberculosis*, el patógeno que causa esta enfermedad, y alrededor de 2 millones de personas mueren cada año en el mundo por su causa. En España, se diagnostican anualmente alrededor de 10.000 nuevos casos de TB, de los que aproximadamente un 10% desarrolla la fase activa. Desde el inicio de la epidemia del SIDA, la presencia de TB se ha asociado con el VIH, y aunque con la llegada de TARGA parecía ser una enfermedad de relativo fácil control, en la última década ha habido un importante repunte de casos de TB resistente, multirresistente y extremadamente resistente a los fármacos. L@s expert@s auguran el aumento exponencial de casos graves si no se actúa a tiempo.

La TB es una enfermedad catalogada como infectocontagiosa originada por una bacteria llamado *Mycobacterium tuberculosis*, conocido también como bacilo de Koch (por su descubridor). Este microbio puede mantenerse inactivo y de una manera imperceptible durante un largo tiempo. Cuando la TB se activa puede transmitirse muy fácilmente al compartir un espacio común con otra persona. Basta un estornudo, una risa, una conversación para que el bacilo viaje a través de gotas microscópicas de fluidos desde el pulmón de una persona con TB hasta otra que no lo tiene.

Manifestación de la TB

Cuando el *Mycobacterium tuberculosis* entra en contacto con una persona, el bacilo se aloja en los pulmones. Este momento se llama fase primaria de la TB y puede mantenerse de esta forma sin causar ningún acontecimiento en una persona durante mucho tiempo. Si el sistema inmunológico se encuentra debilitado, el bacilo puede extenderse desde los pulmones hacia los ganglios, causando inflamación y un movimiento de las glándulas linfáticas; la TB estaría entrando en una nueva fase que se denomina latente.

En el caso de las personas sin VIH, en la fase latente el sistema inmunológico tiene la capacidad de contener la TB formando a su alrededor una pared de tejido cicatrizado. Una persona podría no sentirse enferma y el germen podría permanecer vivo por muchos años en el interior de estas paredes, evitando que se desarrolle la siguiente fase de la TB, que se denomina TB activa. Esta transición desde la fase latente a la activa suele ocurrir en personas con el sistema inmunológico comprometido.

Una vez que la bacteria traspasa esta barrera, es cuando comienzan a suceder episodios de tos expectorante, con flemas o mocos que, en ocasiones, pueden ir acompañados de sangre. Éstos son los principales síntomas de la TB activa pulmonar y pueden ir acompañados de escalofríos y fiebre, sudor nocturno, cansancio, falta de apetito, dolor en el pecho y pérdida de peso.

La TB también puede manifestarse de forma extrapulmonar. En estos casos, los riñones y los huesos son probable-

mente los lugares más frecuentes en los que se desarrolla y, aunque suele producir pocos síntomas, la infección es capaz de destruir parte de estos órganos. Cuando esto sucede, la TB puede extenderse hacia más partes del cuerpo.

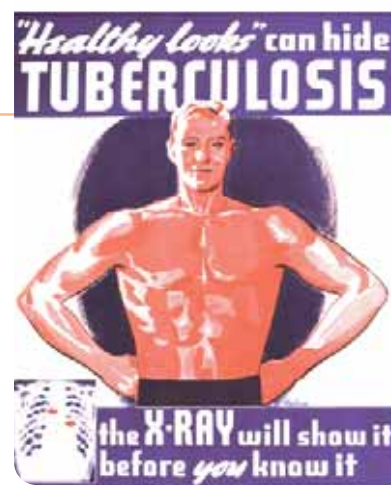
Detección de la TB

El diagnóstico de TB latente o activa tiene numerosas dificultades, ya que actualmente en España no existe una pauta única para su detección. La prueba más habitual es un análisis de piel llamado Derivado Proteínico Purificado (DPP), o prueba de la tuberculina, que consiste en inocular fragmentos de la bacteria directamente bajo la piel. En el caso de aquellas personas que hayan estado expuestas a la bacteria, el sistema inmunológico reacciona produciendo una protuberancia firme y relativamente grande en el sitio de la inyección. Si se presenta esta reacción, se dice que la persona tiene un DPP positivo.

El problema de esta prueba es que no detecta la presencia del *Mycobacterium tuberculosis*, sino que busca signos de que en ese momento el sistema inmunológico está luchando contra la bacteria. Un 25% de las personas con TB activa podría dar resultados negativos al DPP y en el caso de las personas con VIH cuyo sistema inmunológico se encuentra debilitado existe una alta probabilidad de que no haya suficiente actividad inmunológica para reaccionar ante la infección, y por ello, de responder negativamente a la prueba de la tuberculina.

El diagnóstico de TB en personas con VIH se da frecuentemente cuando se encuentra en la fase activa; esta fase se diagnostica por medio de una radiografía o a través de muestras de sangre.

También se puede recoger muestras de esputo que se analizan mediante un test conocido como la prueba de tinción: la muestra de esputo de tos se tinte en un portaobjetos para después examinarlo a través del microscopio, con lo que se comprobaría la aparición distintiva de la bacteria. Todos estos análisis ayudarían, además, a determinar si la persona es resistente a los medicamentos comúnmente utilizados para tratar la TB.



Cuando el resultado de un DPP da positivo, pero no se hallan signos o síntomas de una enfermedad activa, es porque la TB está en proceso de infección latente. En estos casos, se recomienda que la persona comience una terapia con medicamentos para evitar que la TB se active.

Tratamiento de la TB en personas con VIH

El tratamiento de la TB, especialmente en personas con VIH, tanto si es latente como si es activa, no cuenta con pautas universales homogéneas. Las recomendaciones pueden diferir, y las prácticas por países o centros varían al considerar diferentes factores concurrentes. En este artículo te describimos algunas pautas comunes, pero puede que encuentres otra información, sobre todo si navegas por internet.

En un diagnóstico de TB latente, un único tratamiento a base de isoniacida durante nueve meses reduce la posibilidad de desarrollar TB activa. Ésta sería una pauta bastante usual y conservadora en contraste con su alternativa, que es tratar con isoniacida, rifampicina y vitamina B6 durante tres meses.

Si el diagnóstico se hace ya en una fase activa de TB, los antibióticos para tratarla incluyen el uso de rifampicina e isoniacida durante seis meses o nueve meses, aunque este últi-

mo periodo es el que se prefiere en personas con VIH. Durante los primeros dos meses, además, esta terapia irá acompañada de uno o dos fármacos más como pirazinamida y etambutol.

En el caso de las personas con VIH, las directrices recomiendan iniciar el tratamiento para la tuberculosis antes que el tratamiento antirretroviral, siempre y cuando el sistema inmunológico de la persona con VIH lo permita, es decir, que los recuentos de CD4 no sean bajos. En tal caso, es necesario comenzar al mismo tiempo la terapia para la TB y para el VIH.

REFERENCIAS:

- AA VV. "La Tuberculosis a Barcelona". Informe 2005, Agència de Salut Pública de Barcelona.
- AA VV. "Prevención y control de las tuberculosis importadas". Grupo de Trabajo de los Talleres de 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona, *Med Clin (Barc)* 2003; 121(14): 549-562.

Resistencias

Si un médico detecta que una persona tiene TB, éste sugerirá una pauta de tratamiento como las descritas en los párrafos anteriores. Sin embargo, todas las personas infectadas tienen alguna cepa resistente a los fármacos de la TB. Este tipo de resistencias no diagnosticadas a su debido momento puede causar el fracaso de la terapia, y en último término la muerte.

La aparición de resistencia se suele atribuir, en primer lugar, a una falta de adhesión al tratamiento farmacológico para la TB, que se podría explicar por los efectos secundarios de los fár-

macos o bien porque el curso de la terapia es excesivamente largo. Los estudios muestran que la remisión de los síntomas de esta enfermedad suele ir acompañada de una relajación en la toma de la medicación.

En segunda lugar, con los primeros casos de TB resistente, que se dieron en la década de los 50 tras la introducción de isoniacida como único compuesto, se observó que había una muy buena respuesta inicial, pese a que una pequeña proporción de bacilos resistentes comenzaba a multiplicarse. Estos bacilos resistentes están presen-

tes hoy día en cualquier persona debido a su transmisión masiva.

Aunque los cursos de tratamiento sigan siendo básicamente los mismos desde hace más de 30 años, han mejorado de forma importante las combinaciones de medicamentos como forma de intentar evitar la aparición de resistencias: en un solo comprimido podemos encontrar rifampicina e isoniacida; rifampicina, isoniacida y pirazinamida; y por último, rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol.

TB extremadamente resistente en personas con VIH

Existen diferentes tipos de resistencias. La tuberculosis resistente está relacionada con uno de los dos fármacos principales para el tratamiento de la TB y es la que adquiere la persona desde el principio de la infección.

La TB multirresistente (MDR) se define como la TB resistente a los dos fármacos principales utilizados para su tratamiento, esto es rifampicina e isoniacida. En estos casos, el tratamiento puede variar considerablemente, tanto en tiempo (entre 18 y 24 meses)

como en efectos secundarios, debido al uso de fármacos de segunda línea.

El caso que ha generado mayor preocupación en las autoridades sanitarias es el de la TB extremadamente resistente (TB XDR). Se trata de una cepa que es resistente tanto a los fármacos de primera línea como a los de segunda. Los casos más extremos de TB XDR agotan todas las opciones terapéuticas y su letalidad está muy próxima al 100% de los casos diagnosticados.

La TB XDR se ha encontrado, fundamentalmente, en personas con SIDA y ha generado mucho eco en los medios de comunicación desde su primer caso en Suráfrica en el año 2005. En España, se han registrado 100 casos con un brote de TB XDR a 11 o 12 fármacos y se han producido en contextos de falta de higiene o higiene limitada. El coste de tratamiento en estos casos alcanza los 75.000 euros por persona sólo en concepto de fármacos.

Flashes Informativos

Te ofrecemos una nueva selección de resúmenes de noticias y boletines publicados en el sitio web de gTt. Si quieres leer las noticias completas visita nuestro portal: www.gtt-vih.org. También, si lo deseas, puedes suscribirte a nuestras listas de distribución y recibir puntualmente en tu correo las últimas novedades sobre VIH/SIDA y sus tratamientos.

La Noticia del Día

Servicio informativo de noticias diarias sobre los aspectos más relevantes y actuales relacionados con los tratamientos del VIH/SIDA y las enfermedades relacionadas.

20/11/2007. Raltegravir recibe la opinión positiva de la EMEA

El 16 de noviembre de 2007, se hizo público el dictamen positivo del Comité de Medicamentos para Uso Humano de la Agencia Europea del Medicamento (CHMP y EMEA, respectivamente, en sus siglas en inglés) sobre raltegravir (Isentress®), un fármaco de la nueva clase de los inhibidores de la integrasa, propiedad de la compañía farmacéutica Merck (en España Merck Sharp & Dohme –MSD–). Se espera la aprobación europea en los próximos tres meses.

12/11/2007. Tesamorelina se muestra seguro y eficaz en 52 semanas

Tesamorelina (TH9507) es un análogo del factor de liberación de la hormona del crecimiento que está dirigido a reducir el exceso de grasa abdominal o tejido adiposo visceral en personas con VIH y lipodistrofia. Actualmente, no existe ningún tratamiento aprobado para este efecto secundario, que se estima que afecta a 250.000 personas con VIH en América del Norte y Europa. El compuesto podría requerir su uso continuado.

Especial XI Conferencia de la Sociedad Europea del SIDA (EACS). Octubre de 2007. Madrid (España)

26/10/2007. El uso de TARGA podría retrasar la progresión de fibrosis hepática en personas coinfectadas

Es bien conocido que las personas coinfectadas con VIH y hepatitis C (VHC) tienen un mayor riesgo de progresión de fibrosis hepática que las personas que sólo viven con VHC. (...) En el análisis se incluyeron a 747 personas coinfectadas con VIH y VHC sin experiencia en el uso de tratamiento para la hepatitis C que se habían realizado una biopsia hepática entre 1997 y 2005, procedentes de 7 hospitales españoles.

27/10/2007. Darunavir es seguro en personas coinfectadas con VIH y hepatitis B ó C

No es nada habitual que las compañías farmacéuticas incluyan a personas coinfectadas en los estudios de fármacos experimentales. Si bien la seguridad es especialmente importante en el caso de la coinfección (razón eximida en la mayoría de casos para excluir a este colectivo de los ensayos con nuevos antirretrovirales), una vez superada la Fase II y ya con datos de seguridad en la mano, la posibilidad de incluir pacientes coinfectados en estudios como éste facilita que personas con escasas opciones de tratamiento tengan acceso a un fármaco experimental muchos meses antes de su comercialización.

Vax en Español

Boletín mensual que ofrece una versión condensada de los artículos del *IAMI 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.

Septiembre 2007 • Vol. 5 • N.º 9 Estimaciones de prevalencia del VIH ¿Realidad o ficción?

Ciencia y política, a menudo, entran en conflicto. Puede que no exista mejor ejemplo de ello que el tema del VIH en Suráfrica. Allí donde existen más personas con VIH que en cualquier otro lugar del mundo, la ciencia del VIH/SIDA y el uso de antirretrovirales para tratar a personas ya infectadas han constituido asuntos políticos increíblemente controvertidos.

Las Noticias de NAM: Actualización en Tratamientos

gTt viene colaborando desde hace varios años con la ONG británica NAM. Os ofrecemos una selección de resúmenes de las noticias que editamos y traducimos al español de las noticias de NAM, con el fin de informar a las comunidades hispanas en el Reino Unido y de acercarnos a Iberoamérica. Todas las noticias se encuentran en la sección "Actualización en tratamientos" de nuestro sitio web.

3/07/2007. *Hacer que las parejas usen condones: una batalla para las mujeres con VIH*

Algunos estudios recientes han registrado que entre el 17 y el 35% de las mujeres con VIH practican sexo sin protección. Este estudio investigó cualitativamente el comportamiento sexual de 55 mujeres con VIH de zonas urbanas y rurales de Wisconsin (EE UU) durante diez entrevistas entre 2000 y 2003, con el objetivo de "desarrollar una comprensión profunda de las experiencias de las mujeres con VIH", incluyendo comportamientos sexuales de riesgo.

9/11/2007. *200.000 personas mueren al año porque el mundo sigue fracasando en el tratamiento conjunto de VIH y tuberculosis*

Los programas sobre el VIH siguen fracasando a la hora de integrar la prevención y cuidado de la tuberculosis en sus esfuerzos; como resultado, esta enfermedad sigue siendo la principal causa de muerte entre personas con el VIH, según afirmaron expertos y activistas en la sesión inaugural de la 38 Conferencia Mundial sobre Salud Pulmonar en Ciudad del Cabo (Sudáfrica).

Lo+Nuevo en Aprende

Cada semana se actualiza o se añade nuevo contenido a esta sección sobre los básicos del VIH y el SIDA. Éstas son algunas de las novedades que se incluyeron en el momento del cierre de este número (noviembre de 2007):

Ya puedes consultar la **ficha informativa de Prezista® (darunavir)**, el inhibidor de la proteasa (IP) de reciente comercialización y cuya característica principal es su actividad frente a virus resistentes a otros IP.

http://gtt-vih.org/aprende/tratamientos/farmacos/por_nombre_comercial/prezista

En *Fármacos* también encontrarás información sobre la **nueva formulación de Kaletra® en comprimidos**, que no precisa guardarse en la nevera. http://gtt-vih.org/aprende/tratamientos/farmacos/por_nombre_comercial/kaletra_comprimidos



Enfermedades relacionadas:

El linfoma no de Hodgkin (LNH)

es un tipo de cáncer del sistema linfático. Dado que este sistema se extiende por todo el cuerpo, este tipo de cáncer puede desarrollarse en cualquier parte del mismo.

http://gtt-vih.org/aprende/enfermedades_y_sintomas/enfermedades_relacionadas/linfoma_no_de_hodgkin

Lo+Visitado

El Chat

Con seis meses de vida, es ya una de las secciones más visitadas del portal. Conectándote puedes compartir tus experiencias con el VIH/SIDA chateando con personas de España y América Latina. A última hora de la tarde es cuando está más concurrido.

<http://gtt-vih.org/participa/webchat>

Síntomas

Esta sección incluye tanto los efectos adversos de la terapia antirretroviral como otros síntomas de la propia infección por VIH u otras enfermedades relacionadas. Encontrarás información sobre cómo manejar problemas de tolerancia como náuseas, vómitos y diarrea, qué hacer en caso de tener una erupción cutánea o qué estrategias se usan para frenar e intentar revertir la lipodistrofia. Desde diciembre, contiene un nuevo apartado sobre el síndrome de piernas inquietas.

http://gtt-vih.org/aprende/enfermedades_y_sintomas/sintomas

Interpretar tus análisis

La que fue una sección de la revista LO+POSITIVO ha dado el salto al formato digital. Encontrarás información que te ayudará a interpretar los resultados de tus analíticas. Puedes aprender a calcular cuántos CD4 tienes, qué nos dice el cociente CD4/CD8, o qué marcadores se siguen para controlar la función de ciertos órganos vitales como el hígado o el riñón.

http://gtt-vih.org/aprende/interpretar_tus_analisis

Publicaciones

Descárgatelas en formato *pdf* para leer en tu ordenador o imprimir:

Montárselo en positivo

Guía de salud sexual para personas con VIH. 2ª edición, ampliada y mejorada; otoño 2007.

http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/montarselo_en_positivo

InfoVIHtal, ahora también en rumano

Fichas informativas sobre el VIH-SIDA con textos básicos sobre el VIH, sus tratamientos, el acceso al sistema sanitario español y la relación con los profesionales de la salud, dirigidos a los profesionales sanitarios, comunitarios e institucionales que trabajan con y para la población inmigrada que vive con VIH en España. En español, inglés, francés, árabe, ruso, urdu, portugués, chino y rumano.

<http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/infovihtal>

Microbicidas: hacia una visión integral de la prevención del VIH

Los microbicidas son productos que tienen como objetivo reducir significativamente la transmisión del VIH y/o de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) durante el coito. Estos productos están todavía en desarrollo, por lo que aún no existe un microbicida seguro y eficaz que pueda utilizarse. Se están investigando microbicidas vaginales, rectales (para su uso durante un contacto sexual por vía anal) y de otro tipo. Este folleto trata sobre los microbicidas vaginales.

<http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones>

SINIVIH

Sin razón

La decisión unilateral del Ministerio de Sanidad y Consumo de crear un registro de casos con los datos de las personas diagnosticadas por VIH –conocido bajo el nombre de SINIVIH– sigue en el medio de la polémica, y ya son varios años el coste en energía, recursos y dinero. La decisión del Tribunal Supremo de revocar la sentencia de la Audiencia Nacional contraria al registro ha reavivado el debate. La organización comunitaria Red2002 ha aprovechado la coyuntura para hacer pública su posición, que os reproducimos a continuación.

Posición de la RED2002 sobre la existencia de un registro de personas con VIH en España.

La Red Comunitaria sobre el VIH/SIDA del Estado Español (RED2002) desea establecer su posición sobre el registro de casos de VIH conocido bajo el nombre de SINIVIH y que está en el centro de una batalla política y judicial entre el Gobierno y parte de la comunidad española del VIH.

La RED2002 comparte la idea de la utilidad de contar con instrumentos de análisis de la realidad que coadyuven a una mejor comprensión de la pandemia del VIH/SIDA en nuestro país pero cuestiona desde la raíz que el SINIVIH pueda erigirse en tal instrumento, y desde luego, cuestiona con fuerza que deba ser la medida política y administrativa prioritaria para la mejora de las políticas públicas en VIH/SIDA. Además, existen serias dudas de que el registro, tal como se describe en el SINIVIH, garantice los derechos fundamentales a la intimidad y a la confidencialidad.

Consideramos que la defensa de la necesidad de un registro de personas con VIH es muy cuestionable por diversos motivos.

En primer lugar se argumenta que es necesario “saber” qué pasa con la pandemia para actuar en consecuencia y se argumenta que para saberlo se necesita un registro. Se utiliza como ejemplo la existencia de registros similares en otros países, como el Reino Unido, en el que “se sabe cuántas personas se han infectado”... “saben con precisión cómo se propaga el virus permitiendo establecer estrategias adecuadas”^[1]. Este argumento es engañoso ya que un registro como el planteado permite saber más o menos qué pasa con el VIH en relación con las personas que se han realizado la prueba pero no nos dice nada de ese importante porcentaje que no lo hace. A no ser que tras el registro se comience a realizar la prueba a todo el mundo, el argumento no se sostiene. En ningún país con un registro de personas con VIH “saben” qué está pasando, sólo se puede hacer una estimación. De hecho, los/as epidemiólogos/as españoles ligados a las propias administraciones públicas reconocen que un registro obligatorio no ofrecería una “foto” sobre el VIH muy diferente a la que se obtiene con las fuentes de datos ya existentes^[2]. ¿Para qué entonces embarcarse, y hacerlo con tanta agresividad, en un proyecto tan costoso, polémico y con un valor añadido tan limitado, si es que alguno?

Es más, si la información que da el registro llamado SINIVIH es la de personas infectadas que se han realizado la prueba, consideramos que esa información está ya, en muy buena parte, en los hospitales. Las personas con VIH son derivadas a las unidades de seguimiento correspondientes y todos los hospitales disponen de datos de personas por vía de transmisión, si toman o no tratamiento, edad, etc. Una cuantificación agregada de esos datos nos daría ya la imagen “más ajustada” de lo que está ocurriendo con la infección por VIH que reclaman algunas personas^[3].

Se argumenta que el registro de casos es más completo que las cohortes hospitalarias, ya que éstas no tienen en cuenta a las personas que tras el diagnóstico no visitan los centros de referencia o bien lo hacen muy esporádicamente, y se suele citar como ejemplo a los/as usuarios/as activos/as de drogas inyectables, a los y las trabajadores/as del sexo y a otros grupos en situación de exclusión social. Siendo esto cierto, nos parece mucho más acertado desde el punto de vista de la salud comunitaria y de la salud pública invertir energías y recursos en adaptar los sistemas de salud y en crear y potenciar programas de acompañamiento que cubran las necesidades y demandas específicas de estas personas, conciudadanas nuestras, y que de este modo puedan beneficiarse también de los servicios públicos, que no obsesionarse porque estén incluidos en un sistema de vigilancia que no les reportará *per se* ventaja alguna.

En segundo lugar, alegar que ese saber permite implementar medidas más eficaces es relativo. Conocemos desde hace muchos años los modos de transmisión y de prevención del VIH y en ningún momento se han llevado a cabo todos los esfuerzos necesarios en la prevención sexual o en el uso seguro de drogas. Tampoco han habido acciones políticas comprensivas ni en la asistencia ni mucho menos en aspectos sociales relativos al estigma, la discriminación y los derechos humanos. El Gobierno español, a través del Ministerio de Sanidad y Consumo, no ha ofrecido ninguna garantía de que un registro vaya a suponer un replanteamiento y una mejora efectiva en las políticas públicas respecto al VIH. La RED2002 cree que no hace falta un registro para darse cuenta de que hay mucho trabajo por hacer y que lo que de verdad se nece-

sita es destinar recursos y liderazgo político al desafío que supone el VIH en todos los ámbitos, es decir, convertir el VIH/SIDA en una política de Estado.

Se ha llegado a decir que no disponer de un registro es un "problema grave"^[4]. Consideramos que esta afirmación no está fundamentada, ya que actualmente hay información suficiente para, con voluntad política, hacer frente a los retos que plantea el VIH.

En tercer lugar, cabría preguntarse si para conocer mejor la realidad del VIH no sería preferible invertir los ingentes esfuerzos y recursos en una política de investigación en prevención del VIH digna de tal nombre, que incluya más variados y más amplios estudios que arrojen luz sobre los factores de vulnerabilidad frente al VIH^[5].

La infección por VIH no es de obligada declaración en la actualidad y creemos que los considerables recursos y esfuerzos destinados a que lo sea para crear un registro de muy dudosa utilidad añadida, se deberían emplear en la mejora de la prevención y la asistencia y en la resolución de los problemas derivados del estigma y la discriminación, con el objetivo de optimizar la esperanza y la calidad de vida de las personas con VIH o que están en riesgo de adquirirlo.

Alternativamente a la obcecación política por el registro, la RED2002 pide a las autoridades públicas que lideren iniciativas relacionadas con:

- 1 Un apoyo mayor a la recolección y agregación de datos de fuentes ya existentes así como a su interpretación conjunta con el resto de actores sociales, incluyendo a las ONG y grupos comunitarios.
- 2 La optimización de la explotación de dichas fuentes de datos, especialmente de las cohortes hospitalarias, actualmente deficitarias, asegurándoles una financiación suficiente y sostenida que les permita ampliar tanto la cantidad de centros implicados como las categorías de información a incluir.

3 La ideación, diseño, implementación y evaluación de medidas dirigidas a la adaptación y acercamiento de los servicios sociosanitarios a poblaciones hasta ahora excluidas, como los/as usuarios/as de drogas inyectables y otras personas en situación de exclusión social.

4 La evaluación crítica de las políticas de prevención y de asistencia en VIH/SIDA y enfermedades asociadas empleadas hasta ahora, junto con el resto de actores sociales, entendiendo esta evaluación como un instrumento clave que permita la elaboración de nuevos proyectos innovadores y comprensivos en nuestro país.

Noviembre 2007

[1] *El País*, 30-9-2007; artículo "Sida: el registro de los infectados"

[2] "Un análisis conjunto de las actuales fuentes basadas en poblaciones centinelas y en cohortes hospitalarias ofrece ya un imagen bastante aproximada de lo que ocurre con el VIH". Declaraciones de Jordi Casabona, director del CEEISCAT de la Generalitat de Catalunya, en la IV Reunión GESIDA, Alicante, 16/11/07. Julia del Amo, del CNE / Instituto Carlos III, Ministerio de Salud, se mostró de acuerdo con esta aseveración durante el mismo panel de expert@s.

[3] Gracias precisamente a los datos de hospitales se han podido crear diferentes cohortes de pacientes que están arrojando datos descriptivos de las tendencias de la pandemia que se publican en revistas especializadas y se presentan en congresos. Entre dichas cohortes cabría citar la CoRIS del Instituto Carlos III, la PISCIS que coordina el CEEISCAT, la VACH impulsada desde Andalucía, y la Pediátrica de GESIDA.

[4] *Diario Médico*, 28-9-2007; artículo "Los especialistas, a favor del registro de infectados por VIH"

[5] Estudios de comportamiento y de factores sociales (impacto de la desigualdad de género, niveles de instrucción, edad, etc, en las relaciones sexuales) o bien estudios sobre las barreras que impiden la realización de la prueba de diagnóstico del VIH, por ejemplo.

El Tribunal Supremo no tiene razón

Así lo creen las ONG reunidas en torno a la Mesa SIDA Galiza que han llevado la iniciativa en la denuncia contra el Sistema de Información de Nuevas Infecciones del VIH, o SINIVIH, que ha querido implantar el Ministerio de Sanidad y Consumo contra viento y marea. SIDA Galiza llevó la implantación del fichero de datos ante la justicia y una primera sentencia de la Audiencia Nacional le dio la razón: no había garantía de confidencialidad, y por tanto el Decreto de creación del SINIVIH era contrario a la Ley de Protección de Datos y debía anularse.

El Tribunal Supremo ha anulado dicha decisión por razones que parecen más

técnicas que de fondo y ha restaurado la legalidad del registro. SIDA Galiza no se ha arredrado y ha elevado un recurso ante el Tribunal Constitucional que en el momento de escribir estas líneas todavía no había comunicado si lo había admitido a trámite o no. Paralelamente, según declaraciones del ministro Soria, el registro estará "congelado" hasta que se llegue a un acuerdo con las ONG (sin aclarar cuáles exactamente).

Mientras esperan, SIDA Galiza ha iniciado una campaña de boicot al Registro bajo el lema "¡No les des tus datos!", y la petición de que el test sea anónimo. Al final aconsejan: "Cuidate y desobedece". Tú mism@.



Los retos de la vacuna del virus del papiloma humano

2ª parte

La vacuna del VPH en España: un asunto controvertido

En el número anterior, os presentábamos los retos de dos vacunas recientemente desarrolladas para prevenir la infección por los subtipos del virus del papiloma humano (VPH) más relacionados con la aparición de enfermedades anogenitales que son el origen del cáncer de cuello de útero. En nuestro país, estos retos han dado pie a un debate controvertido sobre la introducción de estas vacunas (Gardasil® y Cervarix®) en el calendario vacunal del Sistema Nacional de Salud.

De paso por el Congreso

España es el último país de la Europa de los 15 que ha aprobado la comercialización de la vacuna del VPH. La decisión se hizo oficial el 24 de agosto de este año cuando el Consejo de Ministr@s anunció que autorizaba su comercialización. La vacuna se incluyó en el calendario vacunal del Sistema Nacional de Salud tras la decisión favorable en octubre del mismo año del Consejo Interterritorial de Salud (que reúne el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas).

La aprobación de esta vacuna en España ha sido más tardía que en el resto de Europa y, mientras que en Alemania, Reino Unido, Bélgica, Francia o Dinamarca ya estaba comercializada, aquí todavía se estaba debatiendo sobre su idoneidad. Se supo más sobre las intenciones del Gobierno cuando el pasado 13 de junio, en respuesta a una pregunta parlamentaria del grupo catalán (CiU) en el Congreso de l@s Diputad@s, éste anunció que valoraba «positivamente la vacuna [...] como apoyo a las políticas de prevención del cáncer de cuello uterino que ya se están desarrollando» y que la decisión final se tomaría «a expensa de completar los estudios sobre los aspectos siguientes: distribución y genotipos del VPH en nuestro país; estudios de coste-eficacia de la vacuna e impacto de las posibles estrategias de vacunación; actuaciones en cribado, ya que la efectividad de la vacuna va con relación a la eficacia del cribado que se está realizando en este país».

En su respuesta al Congreso, el Gobierno informaba que las investigaciones en las que se basaría la decisión final las realizaría el Instituto de Salud Carlos III de Madrid. En un documento de consenso hecho público este año, siete sociedades científicas españolas que trabajan en el abordaje del cáncer de cuello de útero, ya habían manifestado su apoyo para que las niñas entre 9 y 14 años recibieran la vacuna del VPH y recomendado que se administrara a todas las mujeres hasta los 26 años.

En realidad, a la pregunta formulada en el Congreso siguió otra iniciativa de l@s parlamentari@s que, en julio del mismo año, aprobaron por unanimidad una Proposición No de Ley (PNL) en la Comisión Mixta de los Derechos de la Mujer y de Igualdad de Oportunidades, impulsada por el Grupo Catalán y con una enmienda del Grupo Socialista. En esta PNL se insta al Gobierno a que continúe con el procedimiento para la comercialización de la vacuna “en un plazo no superior a seis meses” y se plasman los pasos a seguir para ello y que llevaron a la aprobación de la vacuna en España el pasado 24 de agosto.

Una relación coste-oportunidad poco clara

Si bien es cierto que el cáncer de cuello de útero es el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres en el mundo entero, en España su prevalencia es una de las más bajas de Europa, como lo es también el número de muertes debidas a este cáncer. En nuestro país, se registran aproximadamente 2.000 casos de cáncer de cuello uterino al año y ocurren unas 600 muertes relacionadas con esta enfermedad (se calcula que el número de muertes en el mundo entero se eleva a 280.000 anuales).

Esto, además de las preocupaciones alrededor del muy elevado coste de la vacuna (unos 500 euros por niña), de su eficacia limitada y de la necesidad de continuar con el cribado y las pruebas de citologías tradicionales debido a las limitaciones de esta vacuna (véase LO+POSITIVO 37), ha dado pie a un grupo de expert@s en salud pública a solicitar una moratoria en la aplicación de la vacuna en España (véase recuadro adjunto).

De aceptarse esta moratoria, se retrasaría la introducción real de la vacuna en España y se abriría el «periodo de reflexión, de seguimiento de los efectos de la vacuna en poblaciones reales y de realización de estudios para conocer el coste-efectividad a medida que haya nuevos datos», que solicita el grupo de especialistas.

Más de una razón para demorar la introducción de la vacuna del VPH en España

- Si la vacuna se introdujese a partir del año que viene supondría sólo en costes de compra del producto [...] en torno a unos 125 millones de euros anuales.
- Para cuando se empiecen a prevenir los primeros casos de cáncer de cuello uterino, dentro de al menos 30 años, el Sistema Nacional de Salud se habrá gastado unos 4.000 millones de euros. Prevenir una sola muerte por cáncer de cérvix entonces habrá costado al SNS ocho millones de euros.
- Con esta cuantiosa inversión, ¿cuántas otras iniciativas en prevención o atención sanitaria se podrían hacer y no se harán? ¿Qué se dejará de hacer de lo que ya se hace, para nivelar los presupuestos?
- La vacuna del VPH ha sido promocionada ante la opinión pública, l@s profesionales de la sanidad y las personas que deciden las políticas como una vacuna eficaz en la prevención del cáncer de cuello uterino y el sufrimiento que acarrea en las mujeres, cuando esto no es cierto.
- Además, hay posibilidades reales, comprobadas, de cortar el proceso antes de que el cáncer se desarrolle, tanto mediante la inmunidad natural como con el cribado de lesiones precancerosas y su tratamiento.
- Es razonable esperar que la vacuna acabe demostrando dentro de años que previene algunos cánceres de cuello uterino. Sin embargo, hay que tener en cuenta los siguientes otros factores: la historia natural de la enfermedad (de evolución lenta), la efectividad de los programas de cribado (alta si el sistema cumple con sus obligaciones), que la vacuna no es efectiva contra todos los serotipos cancerígenos y que España es un país con baja incidencia de cáncer de cérvix. Por todo ello, es probable que en nuestro país el número de cánceres prevenidos no será muy grande.
- Se han planteado objeciones razonables relacionadas con la duración de la inmunogenicidad –aún no se sabe si serán necesarias dosis de recuerdo o no–, y sobre el comportamiento de los serotipos no incluidos en la vacuna, que quizás ocupen el nicho ecológico de los ahora incluidos.

REFERENCIA: Esto es un extracto de la Declaración: *Razones para una moratoria en la aplicación de la vacuna del virus del papiloma humano en España*. El texto entero está disponible en:

www.caps.pangea.org/declaracion.

Y en el resto del mundo

La infección por VPH es un problema de salud mundial particularmente preocupante, y sus consecuencias afectan especialmente a las poblaciones de los países en desarrollo, donde todavía no se dispone de las técnicas necesarias para detectar a tiempo las lesiones causadas por el virus y así poner en marcha las intervenciones que permitirán evitar que progresen hacia cánceres mortales.

De las 274.000 muertes anuales debidas al cáncer de cuello uterino, más del 80% tiene lugar en los países en desarrollo y se espera que esta cifra se eleve al 90% desde este momento hasta 2020. Se calcula que los subtipos 16 y 18 del VPH son responsables del 70% de los casos de cánceres de cuello uterino en el mundo. Esta tasa sería de entre un 72 y un 77% en los países desarrollados, y entre un 65 y un 72% en países menos desarrollados. En estos últimos, serán de vital importancia los mecanismos innovadores para el acceso a estas vacunas. En concreto, la Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización (GAVI, en sus siglas en inglés) está evaluando la posibilidad de incluir estas vacunas en sus programas de acceso para los países más desfavorecidos. En estos países, también es importante que, de forma paralela, se introduzcan nuevas estrategias de bajo coste para la detección y el tratamiento de las lesiones causadas por el VPH.



¿Para cuándo en los hombres y las personas con VIH?

Una de las limitaciones de Gardasil® y Cervarix®, dos vacunas recientemente aprobadas para prevenir los cánceres relacionados con el VPH en las niñas y las mujeres, es que falta conocer su utilidad para los hombres y las personas que viven con VIH.

Si bien los ensayos mostraron también que ambas vacunas son seguras y despiertan respuestas inmunes contra el VPH en los hombres, éstos, no obstante, no fueron incluidos en los ensayos de eficacia, por lo que se desconoce la eficacia de una vacuna del VPH sobre las verrugas y los cánceres anogenitales en hombres.

Tampoco se llevaron a cabo estudios en personas que viven con VIH, aunque son extremadamente urgentes, puesto que esta infección afecta particularmente a esta población y se encuentran en un mayor riesgo de desarrollar cambios celulares que puedan dar lugar a cánceres. Además, estudios recientes muestran que la incidencia de estos cánceres está en aumento en las personas con VIH.

En las mujeres que viven con VIH hay muchos aspectos que se han de tener en cuenta. Por ejemplo, es importante saber que, posiblemente, la infección por VPH en el ano es mucho más común que en el útero. Además, esto puede ocurrir en personas que nunca han tenido sexo anal, puesto que el virus tiende a desplazarse de una zona genital a la otra. De forma general, se sabe muy poco sobre la prevalencia, la gravedad y el abordaje de las enfermedades anales relacionadas con la infección anal por VPH en las mujeres que viven con VIH, y es necesaria más investigación en este campo.

Entrevista a Dolors Camats

Diputada del Parlament de Catalunya

Dolors Camats i Luís es diputada por Iniciativa per Catalunya-Els verds en el Parlament de Catalunya. Camats forma parte de la comisión de Cooperación y Solidaridad del mismo y es muy activa en la respuesta integral al VIH, tanto a escala nacional como internacional. Defiende el compromiso del gobierno de Cataluña en la respuesta al VIH desde una perspectiva global y la labor de la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA (IAVI, en sus siglas en inglés).

LO+POSITIVO (LMP): ¿Por qué crees que es tan necesario dar una respuesta integral al VIH?

Dolors Camats (DC): A través del contacto con gTt e IAVI he descubierto que el VIH es un factor de no desarrollo. Igual que la guerra, de una forma muy evidente, es un factor de no desarrollo, que frena el progreso de los pueblos y que tiene consecuencias a largo plazo; el SIDA en África, por ejemplo, es un elemento fundamental para entender por qué el factor humano no acaba de desarrollarse en la sociedad. El SIDA ha provocado la pérdida de generaciones enteras, el cuidado obligado de los abuelos a los nietos porque han quedado huérfanos... Es todo un traspié demográfico, social y económico, un impedimento más para el impulso de algunas poblaciones africanas. Por tanto, existe la necesidad de trabajar para realmente, de momento, detener la expansión y después erradicar el virus.

LMP: ¿Qué papel debe desempeñar Cataluña y el Estado español frente al VIH/SIDA fuera de sus fronteras?

DC: Está claro que no nos podemos desentender. Si se reconoce que el SIDA es un factor de subdesarrollo y un factor que condiciona el crecimiento económico, demográfico y social, hay que trabajar para solucionarlo. Tenemos que ir a la raíz del problema del subdesarrollo y por tanto tenemos que trabajar en eso: no podemos mirar a otro lado. Desde el punto de vista de las relaciones internacionales, de la cooperación para el desarrollo, desde el punto de vista humanitario o de las relaciones Norte-Sur. Desde cualquiera de las perspectivas, el SIDA es un obstáculo. Se tiene que aportar todo lo que sea necesario para afrontarlo, con compromisos, con apoyo económico.

LMP: ¿Y qué iniciativas cree que se deben promover?

DC: Probablemente una de las iniciativas más avanzadas es la vacuna, pero creo que hay que apoyarla junto con medidas para paliar la situación, como atender a las personas que viven con VIH para evitar que desarrollen la enfermedad. En el tema de las vacunas, existe un esfuerzo triple. Por un lado el esfuerzo médico para encontrarla. Segundo, el esfuerzo que supone erradicar un factor de subdesarrollo. Y por último, la propia existencia de la investigación médica en sí misma supone una fuerte inversión económica con impacto

positivo allí donde se lleva a cabo.

Así que una vía sería la vacuna y la otra, el acceso a los medicamentos. Lamentablemente no es una prioridad para los gobiernos de los estados del Sur, que no tienen recursos y los pocos que tienen no los dedican de forma prioritaria a la atención médica de las personas. Tampoco es una prioridad para las empresas farmacéuticas, que no tienen una bolsa de negocio en estos países. Mecanismos e iniciativas como los Compromisos de Mercado Avanzado (AMC, en sus siglas en inglés) son los que pueden incentivar la investigación de la vacuna y de medicamentos para esas poblaciones. En mi opinión es un mecanismo positivo. Pero falta el compromiso de las farmacéuticas. Actualmente Novartis tiene un conflicto abierto con el gobierno de la India, por el genérico de una patente, pese a que este país alega razones humanitarias y recurre a lo pactado en la Convención de Doha, que permite saltarse las patentes en el caso de urgencia sanitaria.

LMP: Una respuesta generalizada de otros gobiernos, ¿haría que el sistema de patentes se rompiera?

DC: La fuerza que tienen hoy las empresas farmacéuticas evitará que algún gobierno, como mínimo occidental, rompa con el monopolio de la investigación y de mercado de las grandes empresas farmacéuticas. Por lo tanto, la rebeldía del Gobierno de la India, que no es inocente sino que incluye la intención de poder competir en un mercado de medicamentos, podría ser apoyada por la rebeldía de otros gobiernos de países en desarrollo. Los países desarrollados no se atreverán a romper las patentes, porque las farmacéuticas son donantes de las campañas públicas y tienen una buena estrategia de intereses. Forman parte de estos sectores ocultos que quedan detrás de cosas que no se explican o que no se entienden. Parece que Brasil, con el Gobierno actual y si no cambia, tiene vocación de romper monopolios y ciertas inercias, y la potencia para hacerlo.



Se interrumpe un ensayo de vacuna del VIH

El pasado septiembre, se suspendió de forma prematura el ensayo de la vacuna MRKAd5 (conocido como STEP), que estaba llevando a cabo el laboratorio farmacéutico Merck y la Red de Ensayos de Vacunas del VIH de EE UU (HVTN, en sus siglas en inglés). La vacuna de Merck utiliza como vector el adenovirus tipo 5 (Ad5), causa del resfriado común, y tres genes del VIH (*gag*, *pol* y *nef*). A diferencia de otras candidatas, la MRKAd5 potencia la respuesta inmunológica celular del huésped (la persona que recibirá la vacuna) entrenando las células T CD8 a reconocer y eliminar las células infectadas por el VIH en caso de exposición. El concepto es *a priori* muy prometedor, porque la producción de CD8 se asocia con el control de la replicación viral en animales.

Si bien la interrupción del ensayo es decepcionante, debemos recordar que la ciencia es un proceso de ensayo y error, donde el acierto es la suma de lecciones aprendidas. Una vacuna del SIDA contribuirá a que revierta la evolución de la epidemia, como lo han hecho otras vacunas para otras enfermedades. Muchas veces, el desarrollo de vacunas ha tardado mucho. En el caso de la polio, desde el descubrimiento del agente que causaba la enfermedad hasta el hallazgo de la vacuna pasaron 47 años. Los datos de este ensayo son fundamentales para el desarrollo de nuevas candidatas para vacunas del SIDA.

REFERENCIAS: Merck/HVTN Statement on the STEP study.

Laia Ruiz

Apoyo parlamentario a la investigación y desarrollo de los microbicidas

Nuevas medidas de prevención frente al VIH como los microbicidas son necesarias y requieren de una apuesta política y financiera clara de nuestros gobiernos. Con estas palabras, representantes de los grupos parlamentarios del PSOE, PP, IU-ICV y ERC mostraron su apoyo a estas nuevas herramientas preventivas durante el simposio "El papel de los microbicidas en la respuesta al VIH/SIDA", celebrado el 27 de diciembre de 2007 en el Congreso de los Diputados y organizado por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) y el Intergrupo Parlamentario Español de Población, Desarrollo y Salud Reproductiva.

Las diputadas coincidieron en que faltan recursos para poder dar una respuesta adecuada a una pandemia que, a día de hoy, sigue infectando a 14.000 personas al día y que es una realidad que afecta hasta un 30% de la población en algunos países de África, especialmente a las mujeres, que ya representan más de la mitad de la población mundial afectada por el VIH. Precisamente por ello, los microbicidas son productos pensados para responder a las necesidades de prevención de las mujeres que, por razones biológicas, económicas y sociales, son hasta tres veces más vulnerables que los hombres al VIH.

Los microbicidas son productos actualmente en desarrollo, que tienen como objetivo reducir de manera significativa el riesgo de infección por el VIH durante las relaciones sexuales.

En el acto, se anunció la presentación de una Proposición No de Ley que se debatirá en el Congreso para dar apoyo a la investigación de los microbicidas. Esta iniciativa cuenta con el respaldo de todos los grupos



parlamentarios, "un consenso fundamental cuando se trata temas de salud global", según explicó Joan Tallada, coordinador de gTt.

Una de las ventajas que ofrecen los microbicidas es la oportunidad de trabajar para superar las barreras culturales, sociales, de género y relacionadas con la sexualidad que impiden el uso de métodos preventivos. Por ello, el trabajo conjunto con las organizaciones que actúan en el ámbito de la salud sexual es imprescindible.

Estos esfuerzos ante el VIH también implican trabajar en España, en donde se observa una disminución de la percepción del riesgo ante el VIH junto con un repunte de las nuevas infecciones, sobre todo en las relaciones heterosexuales. Por esta razón, tanto políticos como representantes de ONG que asistieron al acto reiteraron la necesidad de aumentar los recursos para proyectos de estas organizaciones en España a través del Plan Nacional del SIDA (PNS).

Gabriel Boichat

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 4º 08013 Barcelona. Nosotr@s se lo haremos llegar al/a la interesad@.

Los contactos más recientes están disponibles en:
www.gtt-vih.org/participa/contactos_personales

Ref: 710

Chica, 38 años, VIH+. Me gustaría conocer a gente para amistad y lo que surja. Un besito. E-mail: harribeltza@euskalnet.net

Ref: 711

Ángeles, 48 años, VIH+ indetectable. Alegre y con muchas ganas de vivir. Busco un hombre, guapo, sincero y cariñoso, para pasar el resto de lo que me quede de vida. Las Palmas de Gran Canaria. Tel. 666600462.

Ref: 712

Robert, 28 años, romántico y sincero. Privado de libertad por poco tiempo. Me gustaría conocer a chicas de entre 25 y 30 años, para rehacer mi vida. ¡Animaos, preciosas! Tarragona.

Ref: 713

Valentín, 41 años, VIH+ indetectable. Con muchas ganas de vivir la vida. Me gustaría conocer chicas que sean de Barcelona o alrededores. Espero encontrarte pronto.

Ref: 714

Pascual, 42 años, VIH+ indetectable, 1,70m, 65kg. Busco a mujer o transexual para formar pareja estable. Barcelona. E-mail: pas-pal@wanadoo.es

Ref: 715

Chica, 41 años, VIH+. Me gustaría conocer a amig@s para compartir buenos ratos, sin malos rollos, sólo para amistad, tengo pareja estable. E-mail: sherezadequen@hotmail.com

Ref: 716

Me gustaría conocer a alguien maduro para empezar amistad y ver con el tiempo si algo más. E-mail: klimber2@hotmail.com

Ref: 717

Chico latino, 30 años, VIH+. Me gustaría conocer a chica positiva para amistad o lo que surja. Cataluña. E-mail: salvado_30@hotmail.com o mandar sms al 638344009.

Ref: 718

Gaditana, VIH+, asintomática, con muy buen aspecto, simpática y enérgica. Deseo conocer hombres en similares circunstancias para conocernos y entablar amistad.

Ref: 719

José, 39 años, atractivo, castaño, 1,73m, 75kg, gay, VIH+ indetectable. Busco a hombre de 35 a 45 años de Madrid o alrededores, cariñoso, varonil, que sea versátil-activo, yo soy pasivo. Tel. 637505864. E-mail:

josedvr@hotmail.com

Ref: 720

Enrique, 25 años, guapo, moreno, ojos marrones, 1,78m, buen cuerpo. Me gustaría conocer a mujeres de 20 a 30 años de Barcelona o alrededores.

Ref: 721

Señora de 49 años, desearía contactar con señores para fines serios. Ante todo pido sinceridad. Huelva.

Ref: 722

Luis, 37 años, VIH+ asintomático, buena presencia, cariñoso, sensible y fiel. Deseo conocer a chica de 35 a 40 años, de igual parecer, para una relación de pareja estable. Anímate y nos podremos conocer.

Ref: 723

Herick, 26 años, colombiano, me gustaría conocer a alguna persona para una relación seria y aquí espero encontrarla. E-mail: andres-valencia111@hotmail.com

Ref: 724

Chico, 42 años, mimoso, viviendo solo en plena naturaleza. Busco a chica divertida, alegre, sincera y mimosa como yo. Os contestaré a todas. Desde Navarra. E-mail: soloencasa69@yahoo.es

Ref: 725

Chico, 30 años, guapillo. Busca a chicas seropositivas para amistad y lo que pudiera surgir. De Madrid. Tel. 665 114 682. E-mail: tonio1977@hotmail.com

Ref: 726

Chico, 30 años, buen estado de salud, preso por 6 meses. Me gusta el cine, la poesía, la playa, la música, la naturaleza y el deporte. Busco a chica de 30 a 40 años para bonita amistad o lo que surja. Barcelona.

Ref: 727

Alfredo, 43 años, gay, VIH+, 76kg, castaño claro. No busco nada económico, solo me basto. Me gustaría contactar con gente similar. E-mail: ssc1957@hotmail.com

Ref: 728

Carlos, 62 años, masculino, pasivo, VIH+, asintomático, serio, culto, exculturista, jubilado. Me gustaría encontrar a una persona especial con la que compartir vivencias. Os contestaré. E-mail: krlospalmira@yahoo.es

Ref: 729

Chica 30 años, transexual, trigueña, 1,70m, 68kg, VIH+ asintomática. Atractiva, romántica, cari-

ñosa, alegre. Busco a chico para relación estable con las ideas bien claras. Barcelona. E-mail: angie_5606@hotmail.com

Ref: 730

Chico, 36 años, gay pasivo, VIH+, asintomático e indetectable. Busco activo similar para posible amistad o relación. Madrid o alrededores. E-mail: sludov@telefonica.net

Ref: 731

Chico, heterosexual, buena presencia, moreno, ojos verdes, 1,84m, 74kg, VIH+ indetectable. Me gustaría contactar con chicas que tengan ganas de vivir y sentido del humor. Madrid. E-mail: juan.simon@meh.es

Ref: 732

Chico, 50 años, preso, física y mentalmente bien. Deseoso de dar y recibir amistad y cariño, busco relacionarme para intercambio de opiniones e ideas.

Ref: 733

Yohan, quisiera conocer amigos con VIH/SIDA, yo soy paciente. Espero ser complacido para saber más sobre la enfermedad. Escribidme. E-mail: yohanbeltran@yahoo.es

Ref: 734

Martín, 25 años, simpático, delgado, moreno y ojos marrones, VIH+ desde hace un año. Tengo ganas de conocer a un hombre de 25 a 30 años muy varonil. Lima. E-mail: fernando_martin1981@hotmail.com

Ref: 735

Chico, 32 años, bisexual, bien parecido y solvente. Deseo mantener correspondencia con africanos de hasta 55 años, para hacer amistad y posible relación, no importa situación. Anímate, te espero.

Ref: 736

Luis, 61 años, VIH+ indetectable y asintomático,

comunicativo, romántico y apasionado. Prejubilado, busco hombres en situación parecida para compartir lo que merezca la pena. E-mail: lumax58@mixmail.com

Ref: 737

Gustavo, 44 años, 1,80m, 73kg, en buenas condiciones. Busco a hombre activo, morboso, que esté para comérselo a besos y que le guste el campo. Vivo a 25km de Madrid. E-mail: usthar@gmail.com

Ref: 738

Chico, 41 años, deportista, excelente salud. Me gustaría conocer a chica de Castilla o León para amistad o relación estable. Juan Tel. 653558497. E-mail: kiopxisa@hotmail.com

Ref: 739

Juan, 24 años, estoy preso. Me gustaría conocer a chicas de 18 a 40 años para amistad y lo que surja.

Ref: 740

Isabel, 44 años, VIH+, sincera, alegre, buena presencia. Viuda. Busco chic@s para vivir la vida con alegría, lo bueno y lo malo. Escribidme, contestaré.

Ref: 741

Transexual, 43 años, VIH+ indetectable, espiritual, atractiva, transgresora y deportista. Viviendo una experiencia humana evolutiva. Deseo encontrar a un compañero atractivo para compartir el camino.

Ref: 742

Fran, riojano, 43 años, VIH+ indetectable, sincero y fiel. Me gusta la naturaleza y la vida hogareña. Si eres chica y compatibilizas conmigo, escríbeme. Zona de Zaragoza, Navarra y Rioja.

Ref: 743

Chico, 47 años, alegre, sincero, independiente. Busco

chica similar para charlar, reír, viajar y recorrer el estupendo camino de la vida y ver a dónde nos lleva. Madrid. E-mail: pepe.reiser@yahoo.es

Ref: 744

Manuel, 42 años, con muchas ganas de compartir la vida. Busco compañera fiel y sincera que desee disfrutar de una relación estable y llena de amor. Zona Alicante. Teléfono: 696810077.

Ref: 745

Hombre, 46 años, VIH+, gay, serio, honesto. Busco a hombre, en principio para amistad y algo más si surge. Madrid y mundo entero, contestaré a todos. E-mail: cas.her1@hotmail.com

Ref: 746

Cristian, 26 años, 1,75m, 70kg, asintomático, extrovertido, preso por poco tiempo. Me gustaría escribirme con chicas como yo, aquí se agradece mucho una carta. Tengo muchas ganas de vivir. Escribeme.

Ref: 747

José, 36 años, 1,80m, 72kg, moreno fibroso, asintomático, buena gente, preso por poco tiempo. Prometo contestar a todas las chicas que me escriban. Escribeme y te cuento.

Ref: 748

Chico gallego, VIH+, 6 años en prisión. Me gustaría cartearme con algunas personas. Físicamente me encuentro muy bien, pero muy solo; me quedan aún dos años de condena. Ánimo a tod@s, prometo responder.

Ref : 749

Hetero del 64, acuario, alto, delgado, ex fumador, amante de los animales. Busca relacionarse con mujeres para entablar amistad. Doy y pido honestidad. Con muchos motivos

para seguir luchando. Tel. 618 304 157.

Ref: 750

Chica, 37 años, VIH+, guapa, simpática, licenciada y trabajando. Independiente, busco a hombre similar. Valencia. E-mail: labellaotero70@yahoo.es

Ref: 751

Marisa, 54 años, VIH+. Interesada en tener pareja estable, pero sin conveniencias. Abstenerse gente con adicciones. Preferentemente de Madrid. Tel. 626 506 999, e-mail/MSN: marigaruvaz.1953@hotmail.com

Ref: 752

Chico, 27 años, cubano, VIH+. Me gustaría conocer personas como yo para saber si me pueden ayudar. E-mail: tghcapricornio@gmail.com

Ref: 753

Chico, 30 años, hetero, VIH+, buen estado físico y mental. Deportista, amante del arte y de la música. Hablo 4 idiomas. Busco quizás esa alma gemela, ideal. Barcelona y/o alrededores. E-mail: justeveryday@gmail.com

Ref: 754

Hombre, 43 años, VIH indetectable, alto, culto, educado, sincero y noble. Quisiera conocer a mujeres afines para amistad y lo que surja. Madrid. E-mail: estoniano@orange.es

Ref: 755

Javier, 38 años, homosexual, 1,78m, 74kg, VIH+, funcionario. Creo en el amor y la amistad. Busco a alguien que no le importe donde vivo. Menorca. E-mail: argila89@hotmail.com

Ref: 756

Chico, 29 años, alegre. Trabajo y estudio. No fumo ni tomo drogas; tengo muchas perspectivas e ilusiones. Me gustaría conocer a chica activa, sana y que sea buena persona. E-mail: viuresempre@hotmail.com

Ref: 757

José, 42 años, moreno, 1,67m, VIH+, simpático, sencillo y detallista. Deseo establecer amistad o lo que surja con chicas simpáticas y alegres. Bilbao. E-mail: j.l.sanchez65@hotmail.com

Ref: 758

Fátima, 35 años, 1,85m, asintomática. Interesada en relación seria y estable con hombre educado y sin vicios. Madrid. E-mail: grifonia123@hotmail.com

Ref: 759

Getulio, 1,66m, 66kg, buen físico, alegre, sencillo, cariñoso, soltero y sin compromisos. Amante de la naturaleza. Quiero compartir ilusiones contigo. Respondo a todas las cartas.

Ref: 760

Gay, 33 años, asintomático, majete, cariñoso, alegre y sin malos rollos. Me gustaría conocer similares por mi zona para amistad o posible relación. Gran Canaria. E-mail: yumurigc@hotmail.com

Ref: 761

Francisco, deseo hacer amigos o incluso conocer a

alguien que me quiera de verdad. Tapachula- Chiapas (México). Escribeme.

E-mail: inntango@hotmail.com

Ref: 762

Chico, árabe, atractivo, 42 años, 1,80m, 80kg, moreno, alto, sensible, cariñoso. Me gusta el cine e ir en bicicleta. Me gustaría cartearme con chicas de 20 a 40 años. Madrid

Ref: 763

Chico, gay, 34 años, 1,80m, guapete. VIH+ desde hace 4 meses. Me gustaría encontrar a un hombre de edad similar, a ser posible activo o versátil. Necesito querer y ser querido. Barcelona. E-mail: litomusic@wanadoo.es

Ref: 764

Itzabella, 43 años, en perfecto estado de chapa y motor. Intolerante e irritable, trato de ser amable, no siempre lo consigo. Mejor irritable que imbécil. Valladolid. Tel. 678 874 309

Ref: 765

Chico, 31 años, privado de libertad. Deseo cartearme con otros chicos en mi misma situación para amistad o lo que surja. No me importa su nacionalidad. Contesto a todos.

Ref: 766

Chico, 39 años, 1,69m, 70kg, moreno, privado de libertad. Desearía mantener correspondencia con mujeres de 35 a 50 años, para bonita amistad y posible relación estable.

Ref: 767

Carmen, VIH+, buena presencia. Me gustaría conocer a hombres en mi misma situación para posible amistad. E-mail: carmen-fredy@terra.es

Ref: 768

Chico, VIH+, moreno, 1,85m, 82kg. Busco chico de entre 30 y 45 años con el que cuidarnos y disfrutar de los buenos ratos de la vida. Mandarme teléfono en vuestras cartas. Valencia

Ref: 769

Juan, me gustaría contactar con gente con VIH. E-mail: mgjc777@yahoo.es

Ref: 770

Antonio, 42 años. Cariñoso, compresivo, amante de los animales y la naturaleza. Me gustaría encontrar a un hombre de entre 40 y 50 años, activo para posible relación estable. Madrid. E-mail: acm70@hotmail.com

Ref: 771

Eduardo. Desearía conocer un hombre que me estimule sexual e intelectualmente para volver a tener emociones. Si te interesa, escríbeme. E-mail: edulemen3@yahoo.es

Ref: 772

Chica del norte, 47 años, simpática y atractiva. Sigo esperando encontrar a un hombre que me enamore y me desmelene para llegar a pensar que la vida con el a mi lado será mejor.

E-mail:

sinduda2007@yahoo.es

Ref: 773

Mª Vega, 51 años, atractiva, independiente. Busco relación estable para amar y ser amada. País Vasco. Llamádme. Tel: 606 780 003

Ref: 774

Lola, VIH+. Huesca. Estoy interesada en buscar habitación de alquiler o compartir piso en Barcelona o alrededores. Tel: 625126358

Ref: 775

Luis. Me gustaría conocer a alguna chica de Castilla y León, para poder salir a tomar algo, ir al cine, al campo y llevar una vida tranquila y ordenada. Valladolid. Tel: 653 558 497. E-mail: castellanisimo@hotmail.com

Ref: 776

Pablo, VIH+ asintomático, moreno, ojos cafés, 1,75m., 90kg. Realmente, lo que estoy buscando es hacer amigos para poder intercambiar ideas, salir a tomar un café. Madrid. E-mail: paulcv37@hotmail.com

Ref: 777

Emilio, VIH+ desde hace seis meses. Nunca ha salido de mi corazón conocer al hombre de mi vida. Podéis estar seguros de que soy alguien muy especial. E-mail: elgemelito@hotmail.com

Que las palabras no se las lleve el viento

La Comunidad Internacional se comprometió a lograr que en 2010 todas las personas que lo necesitasen tuvieran acceso al tratamiento contra el VIH. Hoy sólo accede el 28%.

El movimiento TENEMOS SIDA está formado por:

www.tenemosida.org

Partners: FUNDACIÓN TRIÁNGULO, AVI, RED 2002, MAS MUJERES, etc.

en la web

En esta ocasión te ofrecemos dos nuevas selecciones de sitios web con información completa y variada en español sobre VIH/SIDA, sus tratamientos y otros aspectos relacionados como información y activismo tanto de organizaciones de EE UU como de Australia. Además, nos hemos dado una vuelta por el universo Youtube.com para ver qué se cuece sobre el VIH: prevención y discriminación, y hemos hecho una pequeña selección de lo que hemos encontrado.

www.cdc.gov/spanish

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE UU ha relanzado muy recientemente su espacio web en español con un renovado y mejorado portal de información y orientación sobre el VIH/SIDA.

Su nueva página principal y las páginas de segundo nivel en su sitio web permiten un acceso más fácil, dinámico, amigable e interactivo, que incluyen nuevas secciones especiales que se describen en un instructivo *tour* virtual que te orienta sobre todas las bondades de este inmenso portal. La organización, la navegación, la terminología y el diseño gráfico del nuevo sitio web fueron el fruto de un proceso exhaustivo de investigación y de evaluaciones realizadas a través de sus usuarios.

www.multiculturalhivhepc.net.au/spanish/portal.asp?language=spa

HIV/AIDS & Hepatitis C Information Website: Sitio web del Servicio Multicultural sobre VIH/SIDA y Hepatitis C (MHAHS, en sus siglas en inglés), una organización que trabaja para dar respuesta a la coinfección del VIH con el Virus de la Hepatitis C (VHC) entre personas con orígenes culturales y lingüísticos diversos en Australia.

Esta web ofrece ofrece información en varios idiomas, entre ellos el español. Aquí podrás encontrar desde lo más básico del VIH y la VHC, pasando por su prevención y tratamientos, hasta consejos, recomendaciones y observaciones sobre vivir con ambas infecciones.

YouTube.com y el VIH

http://www.youtube.com/watch?v=mZFFU_FHveY

El primero es un cortometraje español: *Miradas Ajenas* (Salamanca octubre 2006), realizado por jóvenes para jóvenes, que busca concienciar sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Este corto fue realizado por el taller de cortos Joc-e salamanca (www.jocesalamanca.org).

<http://www.youtube.com/watch?v=yR9kB1MM9p0>

El segundo es un vídeo de la organización ALUD, una asociación de argentina de lucha contra la discriminación de la región del Tucumán (www.alud-tucuman.com.ar) con un poderoso mensaje sobre la prevención del VIH y la no discriminación (ya sea por razones de sexo, raza, condición serológica u orientación sexual), a través del amor, las relaciones de pareja, el respeto a la diferencia y la igualdad de derechos.

<http://www.youtube.com/watch?v=5938wzdDzyo>

El tercero es una campaña mexicana contra la discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA, cuyo lema es: "Yo tengo SIDA". El vídeo fue realizado para participar en el concurso Reconocimiento Iberoamericano al Mensaje de Beneficio Social, un programa de Caracol de Plata, A. C (www.caracoldeplata.org), que tiene como objetivo fortalecer el desarrollo del sector no lucrativo, motivando a las agencias de publicidad, empresas, medios de comunicación e instituciones sin fines de lucro a tener una mayor participación en la creación, producción y patrocinio de los mensajes de beneficio social.

Guía de ONG's en VIH/SIDA del Estado español

Actualización 2008

Búsqueda por zona, ámbito de actuación, colectivo, etc.

www.red2002.org.es

RED 2002

con el apoyo del Plan Nacional sobre el SIDA



¡Felicidades!

Si en 2006 se conmemoraban los 25 años de la aparición del VIH/SIDA, este año es el turno de muchas organizaciones que nacieron para dar respuesta a la infección por VIH en España. Cuatro organizaciones con sede en Barcelona son buen ejemplo de ello.

Los veteranos **Stop SIDA** y **SIDA STUDI** llevan 20 años trabajando en la prevención del VIH dirigida a la comunidad gay, lésbica, transexual y bisexual en el caso de los primeros, y a la población general, en el caso de los segundos.

Creación Positiva nació hace 5 años aportando al mundo asociativo español del VIH un nuevo enfoque en el abordaje de la epidemia: la perspectiva de género.

Por último, el **Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gtt)**, la ONG que publica LO+POSITIVO, cumple 10 años informando sobre la infección por VIH, sus tratamientos y enfermedades asociadas.

A tod@s ell@s, muchas felicidades y gracias por vuestro trabajo.

Por razones editoriales,

los siguientes artículos sólo estarán disponibles en versión electrónica: *Una nueva imagen para el VIH* de Gonzalo Mazuela (http://gtt-vih.org/actualizate/lo_mas_positivo/lmp38/nueva_imagen_vih), *Nuevos instrumentos para un viejo reto* de Ernest Aibar (http://gtt-vih.org/actualizate/lo_mas_positivo/lmp38/nuevos_instrumentos_viejos_retos) y una versión extendida del artículo *De Sidney a Madrid, un repaso a los nuevos fármacos del VIH* de Juanse Hernández (http://gtt-vih.org/actualizate/lo_mas_positivo/lmp38/de_sidney_a_madrid).

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

ARABA: **Vitoria-Gasteiz:** GAITASUNA 945257766 C.C.ANTI-SIDA 945257766
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 932980642. GTT 932080845 P.A.I.T 934240400 PROYECTE DELS NOMS 933182056 RED2002 932080685 SIDA-STUDI 932681484 *Granollers:* AUMMO 615681422 *Sabadell:* ACTÚA VALLÈS 937271900 **BIZKAIA:** *Bermeo:* TXO-HIESA 946179171 *Bilbo:* Bizi Maitea 944470536 Comisión antisida: 944160055 T-4 944221240 Hegoak: 944701013 Itxarobide: 944449250 **BURGOS:** C.C.ANTI-SIDA 947240277 **CÁDIZ:** A.ANTI-SIDA 654580206 ARCADIA CÁDIZ 965212200 *Algeciras:* C.C.ANTI-SIDA 956634828 *La Línea:* C.C.ANTI-SIDA 956237146 *Arcos de la Frontera:* GIRASOL 956717063 **CÁCERES:** C.C.ANTI-SIDA 927227613 **CASTELLÓN:** A.C.CONTRA EL SIDA

(CASDA) 964213106 **CÓRDOBA:** COLEGA 957492779 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 Felíu de Guíxols 972324005 **GRANADA:** AVALON 958210200 AYUDA-SIDA 685559034 EL MUNDO AL REVÉS 690167572 COLEGA 958263853 NOS 958200602 **GUIPÚZKOA:** *San Sebastián-Donosti:* A.C.ANTI-SIDA 943290722 *HARRI BELTZA OIARTZUN* 943493544 *Mondragón-Arrasate:* HIES-BERRI 943792699 **HUELVA:** A.C.C.ANTI-SIDA 959152427 COLEGA 959284955 **HUESCA:** Vihvir 676099749 **JAÉN:** COLEGA 953222662 **LANZAROTE:** FARO POSITIVO 928801793 **LAS PALMAS:** *Las Palmas de Gran Canaria:* AMIGOS CONTRA EL SIDA 928149969 **LLEIDA:** A.ANTI-SIDA 973221212 **LEÓN:** C.C.ANTI-SIDA 987235634 *Ponferrada:* ASOCIACIÓN CARACOL 987402551 **LOGROÑO:** C.C.ANTI-SIDA 941255550 **LUGO:** C.C.ANTI-SIDA 982263098 **MADRID:** APOYO POSITIVO 913581444 COGAM GAYINFORM 915230070 COLEGA 915211174 FIT 915912019 SERPOSITIVAS 917987714 UNIVERSIDA 913143233 **MÁLAGA:** A.C.ANTI-SIDA (ASIMA) 952601780 COLEGA 952223964 **MURCIA:** C.C.ANTI-SIDA 968298831

FUNDACIÓN CONTRA EL SIDA 968904001 *Cartagena:* C.C.ANTI-SIDA 968521841 *La Albatania:* AMUVIH 626029002 **OURENSE:** C.C.ANTI-SIDA 988233000 **PALENCIA:** C.C.ANTI-SIDA 979749451 **PAMPLONA:** C.C.ANTI-SIDA 948212257 SARE 948177244 **PONTEVEDRA:** *Vilagarcía de Arousa:* 986508901 **SALAMANCA:** C.C.ANTI-SIDA 923219279 **SANTANDER:** A.C.CÁNTABRA ANTI-SIDA 942313232 **SEVILLA:** ADHARA 687245264 COLEGA 954501377 COLEGA *Morón:* 637169671 *Federación Andaluza Colegas:* 902118982 **TENERIFE:** UNAPRO 901512035 *La Palma:* INFO/SIDA 922402538 **VALENCIA:** COL·LECTIU LAMBDA 963912084 AVACOS 963342027 C.C.ANTI-SIDA COMUNIDAD VALENCIANA: OFICINAS Y NAIF 963920153 CENTRO DE DÍA EL FARO 963910254 CENTRO CALOR Y CAFÉ 605921206 *Gandía:* 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.

ESTATAL: INFORMACIÓN SOBRE VIH/SIDA: 900 111 000 Plan Nacional sobre el Sida, gestionado por Cruz Roja Española.

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

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.

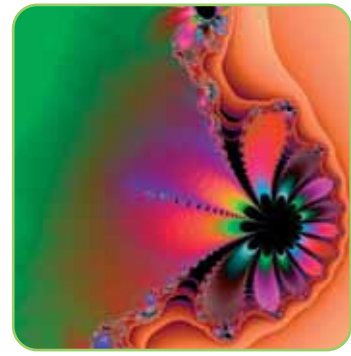


Alianza
Sumando Esfuerzos en VIH



Aprende

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



Actualízate

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

10 años de activismo en vih www.gtt-vih.org

Participa

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



Consúltanos

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