

LO + POSITIVO

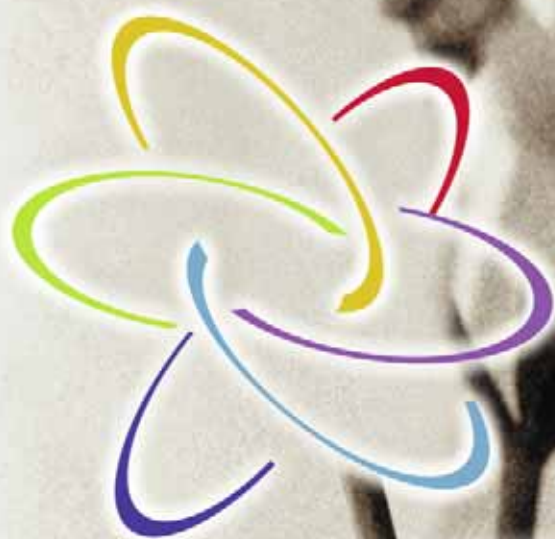
Núm.39 • Primavera 2008

Publicación gratuita sobre la infección por VIH

Mujeres y VIH



Además:
Bajar lípidos • Metabolismos alterados • Victorias en 2007 • Medios y SIDA



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.



opina

4 Silencio y paciencia 5 Vivir o morir en EE UU 6 De más a menos
7 Héroe de la lucha frente al sida 8 Alerta en la prisión de Zuera y Siempre
sale el sol 9 Desidia en Galicia y Hacernos visibles 10 Desde Uruguay 12
¿A qué saben las nubes? 13 Cambiando el paso y Hablando claro

en persona

15 Mujeres y VIH: los retos continúan 16 La infección por VIH en
mujeres: aspectos médico-clínicos 20 El placer de la salud 23 Tengo más
ganas de vivir que nunca 26 He aprendido de todo lo malo 31 Firmo por
seguir como ahora 32 No perderemos la esperanza



cuidarse

34 Rebajar lípidos 37 La sífilis, esa vieja... ¿conocida?

a ciencia cierta

38 Metabolismos alterados (I) 41 Riesgo de infarto con abacavir y dida-
nosina: estado de la cuestión

al detalle

44 VIH y trabajo 47 Menos patentes y más licencias obligatorias 50 Medios
y sida 51 La calle de todos 52 ConTacto 55 En la web 56 ONG: Actua y
Listado de ONG del Estado español




Miembro
del Grupo
Iberoamericano
de Publicaciones
sobre el
VIH

EL EQUIPO DE LO+POSITIVO SOMOS: Georgina Fabrés, Jaime Fabrés, Xavier Franquet, Juane Hernández, Francesc Martínez, William Mejías, Pedro Pérez, Jordi Piqué, Bárbara Simó, Miguel Vázquez, M^a José Vázquez **EN ESTE NUMERO HAN COLABORADO:** Manuel Cota, Paul Cummings, Belinda Hernández, Montserrat Moliner, Lina Ruiz **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: **REDACCION:** C/Sardenya, 259 3º 1ª 08013 Barcelona España **Tel:** +34 932 080 845 **Fax:** +34 932 070 063 **E-mail:** contact@gtt-vih.org **Web:** www.gtt-vih.org **IMPRESION:** 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 COLABORACION DE:** Generalitat de Catalunya, Ministerio de Sanidad y Consumo y Àrees de Salut Pública i Consum i Benestar Social de la Diputació de Barcelona. **LO+POSITIVO** no necesariamente comparte el contenido de los artículos firmados. **La información científica tiene una validez de tres meses.**

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>

Cambio de modelo

En España, más de una de cada cuatro nuevas infecciones diagnosticadas se produce en mujeres. Entre los más jóvenes, y como consecuencia de la transmisión heterosexual, las tasas de incidencia entre hombres y mujeres se aproximan; además, la edad de infección es menor en mujeres que en hombres. Estas son algunas de las cifras que dibujan una epidemia cada vez más femenina y que deberían hacernos reflexionar sobre si se están dando respuestas adecuadas a estas nuevas realidades.

A pesar de que año tras año los datos disponibles confirman la misma tendencia, paradójicamente seguimos teniendo un conocimiento muy limitado del impacto del VIH sobre la mujer

(como sucede en el ámbito médico-científico), sobre todo como consecuencia del escaso número de mujeres en los ensayos clínicos y de los pocos estudios específicos que abordan las diferencias entre hombres y mujeres con una perspectiva de sexo y género. Los nuevos antirretrovirales que salen al mercado se siguen probando mayoritariamente en hombres. A pesar de la insistencia de las organizaciones de base comunitaria, la participación de mujeres en este tipo de ensayos ha quedado estancada alrededor del 10-15%.

Por otro lado, ya no se discuten hechos comprobados, como que las mujeres son más vulnerables a la infección por VIH debido a factores biológicos, socioeconómicos

y culturales. Los estudios y la práctica clínica muestran que las mujeres con VIH, pese a que acceden más tarde a los cuidados en el curso de la infección, pueden responder al tratamiento igual que los hombres. Sin embargo, los factores mencionados dificultan en muchos casos la respuesta a la terapia y a los cuidados médicos. Los datos están ahí, y las evidencias de que el modelo social vigente conduce a desigualdades entre hombres y mujeres son más notorias que nunca. Urge que entre todos los actores sociales se acuerden mediadas encaminadas hacia un cambio social, un cambio profundo que siente las bases de una sociedad más equitativa, más justa.

El derecho al trabajo

Si algo nos enseña la historia de la epidemia de VIH/sida es que el avance en el reconocimiento de los derechos de las personas afectadas por el VIH, como el de tantos otros colectivos sujetos a estigma y discriminación, no ha sido un regalo caído del cielo, sino el fruto de una lucha ardua y constante. Quizá llegue el día en que la medicina logre erradicar el virus, o en que estar infectado por el VIH deje de verse como una tara moral y se entienda como lo que realmente es: una cuestión de salud. Pero mientras esto ocurre, no se puede bajar la guardia. A pesar del camino recorrido, la discriminación a causa del VIH no es cosa del pasado, sino una realidad cotidiana.

Por desgracia, el laboral es precisamente uno de los ámbitos

donde la discriminación ha demostrado ser más pertinaz. Distintos informes y testimonios dan prueba de los obstáculos que las personas con el VIH se ven obligadas a salvar para poder ejercer su derecho al trabajo. Las pruebas obligatorias del VIH para conseguir o mantener un empleo, la violación de la confidencialidad sobre los resultados de los exámenes médicos o el despido o cambio en las condiciones de trabajo por razón del estado serológico son prácticas discriminatorias que la legislación vigente –la Constitución española, el Código Penal y el Estatuto de los Trabajadores– condena sin reparos y que, sin embargo, se producen con indeseable asiduidad. La reciente y meritoria campaña de la Generalitat catalana para con-

cienciar a la opinión pública sobre este problema es una manera implícita de reconocer su existencia. Los poderes públicos deben asumir su responsabilidad y velar por el cumplimiento de las leyes: de ahí que sean tan necesarias más iniciativas de este tipo.

La experiencia diaria indica que la ley es necesaria pero no suficiente. Es preciso que todos los agentes implicados –las distintas administraciones públicas, ONG, sindicatos, empresarios–, así como las propias personas afectadas por el VIH, se movilicen para hacer de la no discriminación y del derecho al trabajo una realidad. Sólo un enfoque global, que abarque medidas legales, pero también sociales y educativas, podrá de verdad abordar la raíz del problema.

"Silencio y paciencia..."

En silencio es la forma como han tenido y tienen que vivir muchas personas, ya sea por padecer una enfermedad o por su orientación sexual, en países árabes de religión mayoritariamente islámica o en sociedades religiosas ultraortodoxas: esperan, pacientemente, a que algo bueno pase en sus vidas y su sociedad, aunque sea un cambio muy leve. Es el caso de las personas que viven con VIH o sida (PVVS) en Egipto.

En 2004, tanto la Unión Europea (UE) como más de una veintena de países veían con satisfacción la decisión del Gobierno egipcio de instaurar un Consejo Nacional para los Derechos Humanos (DDHH), que sería dirigido por el ex secretario general de las Naciones Unidas, Boutros Ghali. Esto pareció que sería una oportunidad para mejorar la situación de los derechos humanos en ese país. Sin embargo, cuatro años más tarde, a pesar de que el país norteafricano tiene, al parecer, un mejor nivel de cumplimiento de los DDHH que sus países vecinos, aún sigue coartando la libertad de prensa y política. Además, se les sigue denegando los derechos a las mujeres y los homosexuales son perseguidos.

Precisamente, este último colectivo es uno de los que más está sufriendo la represión moral y política en un Estado donde la palabra "libertad", irónicamente, forma parte de su lema nacional. En este sentido, el pasado mes de febrero, Amnistía Internacional (AI), junto a Human Rights Watch (HRW), denunciaba el encarcelamiento, encadenamiento y tortura de cuatro egipcios por vivir con VIH, presumiblemente por ser gays. Con éstos ya llegaban a doce los hombres detenidos en el marco de una campaña emprendida contra las personas sospechosas de ser seropositivas. Cuatros de ellos han sido condenados a un año de prisión y los otros ocho continúan bajo custodia.

Para Rebecca Schleifer (del programa de VIH/sida y DDHH de HRW), "las autoridades están llevando a cabo una campaña represiva contra las PVVS". Y añade: "Con ello, no sólo se violan los derechos humanos básicos de este colectivo, sino que también se pone en peligro la salud pública, **al hacer que**



solicitar información sobre prevención y tratamiento del VIH/sida entrañe riesgos".

Por su parte, George Azzi, presidente de la organización Helem, la única en el mundo árabe, con sede en Líbano, que representa al colectivo de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales (GLBT), indicó que: "Lo curioso es que la legislación egipcia no condena explícitamente la homosexualidad, pero la creciente popularidad de los islamistas y la necesidad del régimen de hacer concesiones hacia ellos para ganar cierto apoyo social hacen que la presión sea enorme".

Según Caiota (Iniciativa Egipcia por los Derechos Personales), las últimas detenciones se han practicado porque la policía se ha servido de información proporcionada bajo coacción por otros hombres ya detenidos. En otros casos, ha sido por fotografías o números de teléfonos encontrados en posesión de los detenidos, que también fueron arrestados y sometidos a un análisis de VIH sin su consentimiento. Como en los casos anteriores, todos los que dieron positivo fueron recluidos en hospitales de El Cairo, donde fueron encadenados a sus camas.

Para AI: "las detenciones arbitrarias, las pruebas forzosas de VIH y las agresiones físicas no hacen más que empeorar el lamentable historial del sistema judicial penal egipcio, que deja impunes la tortura y los malos tratos".

Suma y sigue

A mediados de marzo de este año, HRW y AI han denunciado nuevos procesos del Gobierno egipcio contra varios hombres arrestados, bajo la sospecha de vivir con VIH, lo que viola sus derechos fundamentales y mina el abordaje en la prevención del VIH/sida en Egipto.

A pesar de que HRW y AI han solicitado al Gobierno egipcio que anule la acusación y las condenas de las cuatro personas sentenciadas a un año de prisión en febrero pasado, así como la liberación de los otros doce encarcelados, no se ha podido lograr nada.

Denuncia internacional

Paradójicamente, a finales de febrero, tanto ONUSIDA como la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos han expresado su alarma por los informes sobre violaciones de los derechos de personas en función de su orientación sexual o por suponer que son portadoras del VIH. Según un comunicado publicado en Ginebra, estos organismos exigían a los gobiernos que permanecieran vigilantes en la protección de los derechos de estas personas, especialmente para que no sean víctimas de asesinatos, torturas, violencia y detenciones arbitrarias.

FUENTE: www.hrw.org; www.amnesty.org/es; *El Mercurio Digital / Elaboración propia.*

Vivir o morir en EE UU, cuestión de responsabilidad

El pasado mes de diciembre, la organización internacional Human Rights Watch (HRW) denunció públicamente las prácticas de detección inmigratoria del Departamento de Seguridad Nacional de EE UU (DHS, en sus siglas en inglés), por poner en peligro la salud y la vida de los inmigrantes detenidos que viven o pueden estar viviendo con VIH.

Se supone que el DHS, junto al Servicio de Control de Aduanas (ICE), entidad ejecutora del primero, tienen no sólo la obligación de controlar, detener¹ y procesar a inmigrantes ilegales tanto en el [interior del] país como en sus fronteras, sino que también tienen el compromiso de proveer las necesidades mínimas de atención sanitaria a las personas detenidas que estén enfermas durante su detención, además de respetar sus derechos.

En este sentido, la denuncia que presentó HRW vino acompañada de un completísimo informe de 76 páginas titulado: *Indiferencia crónica: Servicios de VIH/sida para personas inmigrantes detenidas en Estados Unidos*. El informe es demoledor y contundente: el DHS no vela por que se suministre un tratamiento apropiado, ni siquiera sabe cuántas personas detenidas tienen VIH; asimismo, sus políticas y procedimientos están por debajo de los estándares mínimos requeridos para brindar atención médica que pueda salvar vidas. Según este informe, casi 30.000 personas inmigrantes, ya sean ilegales, con residencia legal permanente, solicitantes de asilo o familias, además de niñas y niños no acompañados, se encuentran detenidas en centenares de prisiones y centros de detención inmigratoria en todo el territorio estadounidense.

“El gobierno no tiene idea alguna de cuántas personas viven con VIH o SIDA, cuántas requieren tratamiento y cuántas están recibiendo seguimiento médico”, indicó Megan McLemore, del Programa de VIH/sida de HRW.

El informe detecta todos estos fallos graves e incumplimientos del DHS a través de las experiencias de las propias personas que viven con VIH/sida que han sido puestas bajo “custodia inmi-



gratoria” y cuyo tratamiento para el VIH les fue denegado, demorado o interrumpido. Esto ha traído como consecuencia un riesgo grave y, a menudo, daños para la salud. La investigación llevada a cabo por HRW incluyó entrevistas a personas que habían estado o estaban detenidas, a funcionarios del DHS y de los centros de detención, así como a una revisión médica independiente del tratamiento proporcionado.

El informe revela que los centros de detención (muchos de ellos son subcontratas de cárceles o centros locales) que alojan inmigrantes que viven con VIH no proporcionaron la medicación antirretroviral de forma constante, no realizaron pruebas de laboratorio de seguimiento, no garantizaron la atención médica, ni tampoco aseguraron la confidencialidad ni la protección frente a la discriminación.

Condiciones durante la detención

Según el informe, las quejas por abusos, descuido y condiciones inhumanas en la detención inmigratoria continúan, a pesar de la emisión de normas internas. En junio de 2007, los diarios *The New York Times* y *The Washington Post* investigaron las 62 muertes ocurridas bajo detención inmigratoria a partir de 2004. Desde que se

publicaron esos reportajes, otras cuatro personas inmigrantes murieron bajo detención.

En este sentido, el informe destaca la muerte de Victoria Arellano, una mujer transgénero, de 23 años de edad, que vivía con VIH y que murió en julio de 2007 después de haber permanecido sin cuidados médicos durante ocho semanas en un centro de detención en San Pedro (California). También se relatan otros casos, entre los que figura el de una mujer alemana de 61 años de edad que no consiguió tratamiento para prevenir una neumonía.

Por último, el informe aporta una serie de recomendaciones dirigidas tanto al DHS como al ICE y otros organismos con competencias en inmigración, como el Congreso de EE UU. “El Departamento de Seguridad Nacional debe optimizar sus políticas, así como vigilar más cuidadosamente y asegurar que las personas inmigrantes detenidas que viven con VIH o sida reciban un tratamiento eficaz. De lo contrario, estas personas continuarán sufriendo, e incluso morirán, mientras se encuentren bajo custodia del Gobierno de EE UU”, puntualizó McLemore.

FUENTE: www.hrw.org/
Elaboración propia.

¹ No se conoce con certeza la duración media de la detención inmigratoria. Un informe del ICE de abril de 2006 asevera que las personas detenidas provenientes de “países en desarrollo” son recluidas, por término medio, 89 días.

De más a menos

Es curioso, además de preocupante, ver cómo en algunos de los países que alcanzan un mayor nivel de progresismo, tolerancia y respeto hacia los derechos de los diferentes colectivos, empieza un proceso involutivo. Es el caso de Canadá, que durante años ha sido una de las sociedades más abiertas, respetuosas y tolerantes hacia el colectivo gay, lésbico, bisexual y transexual (GLBT), y cuya comunidad y políticas sociales han sido abanderadas y pioneras en materia de derechos civiles e individuales.

A principios de año, las asociaciones del colectivo GLBT canadienses denunciaron lo que han llamado "la vuelta al pasado" de su Ministerio de Sanidad. Su primer ministro, el conservador Stephen Harper, y su Gobierno, sin que la oposición tuviera conocimiento de esta política, decidieron de forma unilateral implementar medidas de rechazo a las donaciones de órganos provenientes de aquellos hombres gay que, según Harper, "hayan sido 'sexualmente activos' durante los últimos cinco años previos a la donación, incluso aunque sólo hayan tenido un contacto sexual".

Para la comunidad, esta medida es un despropósito: aunque está dirigida a prevenir -de forma errónea- la transmisión del VIH, en realidad representa una clara política discriminatoria frente al colectivo de GLBT. Esta medida también incluye a los colectivos de usuari@s de drogas inyectables (UDI) y personas que ejercen la prostitución.

Países como Andorra, Australia, EE UU o el Reino Unido tienen políticas similares relacionadas con la donación de sangre. Algo que, en pleno siglo XXI, se considera un despropósito y propio de un miedo irracional.

No es la primera vez que esto ocurre. Países como Andorra, Australia, EE UU o el Reino Unido tienen políticas similares relacionadas con la donación de sangre. Algo que, en pleno siglo XXI, se considera un despropósito y propio de un miedo irracional, que recuerda a viejas políticas de los años ochenta del siglo pasado, cuando no se disponía de los actuales protocolos de seguridad de cribado y verificación de la sangre, y más en países industrializados.

En su defensa, el Gobierno canadiense afirma: "Lo principal es garantizar la seguridad de los trasplantes." En cambio, para los grupos de defensa de los derechos del colectivo GLBT, la medida no es más que "homófoba y reaccionaria" y no tiene ningún sentido, sobre todo teniendo en cuenta que medidas similares han sido abolidas en la mayoría de los países de la Unión Europea. Es el caso de España, cuyas restricciones fueron derogadas hace varios años. Actualmente, según explican fuentes de la Organización Nacional de



Trasplantes (ONT), los criterios que se siguen para evaluar a un posible donante son estrictamente de tipo médico. Antes de efectuar la extracción de los órganos, se realiza una evaluación y una analítica completa para comprobar que la persona no padece una enfermedad infecciosa. Además, con el objetivo de descartar que la persona haya contraído recientemente alguna dolencia infecciosa que aún no sea detectable en los análisis (lo que se denomina "periodo ventana"), se sigue un protocolo para tratar de identificar posibles factores de riesgo, pero en ningún caso se valora su orientación sexual.

A finales de 2007, Francia permitía la donación de sangre de homosexuales.

Sin embargo, esta medida no ha sorprendido a las organizaciones canadienses, y recuerdan que Harper no destaca por su sensibilidad hacia los gay o el VIH (fue muy notoria su ausencia en la pasada Conferencia Internacional sobre el sida celebrada en Toronto en 2006). Asimismo, Gary Levy, director del programa de trasplante multiorgánico de la University Health Network de Toronto, denunció que se estaba estigmatizando a todo un colectivo. En España, Rafael Matesanz, coordinador de la ONT, indica que esta reglamentación canadiense le sorprende "porque carece de base científica". Además, concluye el experto, "tener en cuenta los cinco años anteriores a la donación no tiene ningún sentido, porque el periodo ventana dura tan sólo unos meses".

FUENTE: *Elaboración propia.*

REFERENCIA: <http://elmundosalud.elmundo.es>

Tomás Fábregas, héroe mundial de la lucha frente al sida

Tomás Fábregas fue un coruñés que destacó a escala mundial en la lucha frente a la discriminación que para muchas personas suponía haber contraído el sida en la década de los noventa. Concretamente, derrotó a la administración norteamericana, que impedía la entrada en territorio estadounidense de personas extranjeras seropositivas. En aquel momento

tuvieron un hermano "mariquita" y "sidoso", por muy memorable que haya sido su labor.

Me siento profundamente avergonzado de vivir en esta ciudad tras ver que una de sus principales concejalas –Carmen Marón, presente en el acto de homenaje a Tomás y testigo directo de la infancia de este hombre– lo traicionó de la manera más misera-

www.tomasfabregas.wordpress.com

(1992), gobernaba el partido republicano. Gracias al órdago lanzado al padre del actual presidente, George Bush, nunca más se impidió la entrada de personas enfermas en el país. Ésta y otras hazañas de su vida tienen por fin su espacio en la red, en el *blog* mencionado más arriba.

Cada año, en San Francisco se homenajea su memoria gracias al fallo del galardón "Tomás Fábregas Award". Lo curioso del caso es que su ciudad natal lo ha condenado al ostracismo, de ahí la importancia de este reciente *blog*. Más allá del homenaje (pequeño para "Milhomes", insignificante para la dimensión del ayuntamiento) realizado por el colectivo homosexual de A Coruña, no ha sucedido nada que le devuelva el respeto y la dignidad que su propia familia le ha usurpado.

Ha sido muy doloroso comprobar que fueron sus hermanas las que intentaron poner coto a todo tipo de homenaje a Tomás. Mujeres sexagenarias todas (su madre casi centenaria), que lucen una moral anclada en el mismísimo nacionalcatolicismo de la dictadura franquista y a las que les viene "como muy mal" recordar que

ble. Esta poderosa mujer socialista, entronizada por el homófobo alcalde de A Coruña Paco Vázquez (de infausto recuerdo), me manifestó personalmente que el ayuntamiento debía hacer algo más relevante que lo logrado por "Milhomes", dada la importancia de la figura de Tomás. Pasó el día, pasó la romería. El muerto al hoyo y el vivo al bollo. Nunca más se volvió a ver un gesto de reconocimiento de la municipalidad coruñesa, y eso pese a la tenacidad de quien esto escribe en recordarles que teníamos entre manos a un héroe mundial "abandonado".

No hay visos de que esto cambie en el equipo de gobierno de la ciudad. Ni el PSOE ni el BNG (socio de gobierno desde las pasadas elecciones municipales) tienen el más mínimo interés en evocar al que quizá sea el español más trascendente en la lucha contra el sida. No olvidemos que era directivo de la Fundación Antisida de San Francisco en pleno huracán de expansión de la enfermedad, y que sin su labor la historia se escribiría de manera muy distinta.

Resuelto a impedir el olvido me embarqué en un proyecto en la red ciertamente poco ambicioso pero



imprescindible. A buen seguro, los visitantes de este *blog* hubieran preferido un formato de página web mejor estructurado para su consulta. Disculpen. Mis posibilidades y las del colectivo que presido no van más allá de lo que pueden ver. En A Coruña y Galicia en general la apatía en la lucha por los derechos del colectivo lésbico, gay, transexual y bisexual (LGTB) es tan patética que los casi tres millones de gallegos no generan mayor actividad en este campo que la pequeñísima ciudad de Logroño (sin que esto pretenda ser un demérito para la capital de la Rioja).

Los que se extrañan al ver que tengo una página web, www.milhomes.es, deberían saber que es un muchacho vigués residente en Madrid el que se ofrece a realizar su maquetación y al que no le puedo pedir más de lo que ya hace. Espero que, a través de los contenidos del *blog*, se hagan una idea fidedigna de la categoría humana de este gallego.

Alerta en la prisión de Zuera

Zuera, 15 de enero de 2008

Me dirijo a ustedes con el fin de informarlos de los problemas que está atravesando actualmente la prisión de Zuera.

Hace menos de un mes, hicieron la desinfección de las tuberías del agua, a consecuencia de la epidemia de legionela que venimos sufriendo desde hace años. En esta ocasión, a los 15 días volvieron a realizarla, ya que esta enfermedad afecta de manera muy grave a los enfermos de VIH; tanto que ha muerto un chico hace dos días. Tenía el virus del sida y menos de 400 CD4 de defensas.

Lo más extraño esta vez es que nos han quitado el agua caliente, para evitar que nos duchemos. Toda la prisión está en la misma situación; en total, más o menos, 2.000 personas. Pero yo me pregunto: las bandejas de la comi-

da, los bidones de plástico con grifo donde nos sirven el café y la leche, ¿qué pasa con eso? No sabemos a quién acudir, y además, como podéis imaginar, no puedo poner mi nombre, sólo pedir que nos ayuden, para que Sanidad conozca este problema.

Además de este tema, hay que decir que, desde hace dos años, los timbres de las celdas no funcionan y, cuando alguien se pone enfermo, tenemos que aporrear las puertas de hierro para que el funcionario de guardia se entere.

Por otra parte, la calefacción funciona a días; cuando hace calor va, pero si en el exterior hace mucho frío, como funciona por ventilación, cuando llega el aire a las celdas es frío.

Sabemos que somos presos y que estamos pagando por lo que hemos hecho, pero, ante todo, somos seres humanos y necesitamos urgentemente

ayuda, pues cada día hay ingresos por legionela.

Y, por último, decir que ya no queremos pensar con qué agua hacen la comida: da asco comérsela. No es la primera vez que la carne huele mal y todos la hemos tirado, quedándonos sin comer.

Esperando que ustedes nos puedan ayudar, les doy las gracias de antemano.

Un saludo desde la prisión de Zuera.

Anónimo

Comparte tu historia, escribe a:

gTt, LO+POSITIVO

c/Sardenya, 259 3º 1ª

08013 Barcelona

Visita: Historias Personales

<http://gTt-vih.org/participa>

Siempre sale el sol

Mi historia, aunque compleja, no se diferencia mucho de algunas otras. Hasta los cuarenta años, vivía como cualquier persona gay. Tenía una pareja (cada uno vivía en su casa). Me detectaron un cáncer anal, y al estudiarlo, supieron que era seropositivo. De una sola vez, me comunicaron las dos fatales noticias. No supe, en ese momento, cuál de ellas me había impactado más. A partir de entonces, todo se derrumbó. Mi pareja, con una excusa diplomática, dijo que no soportaba mi carácter, y después de siete años de relación, se esfumó. Mis padres habían fallecido hacía muy poco tiempo. Hasta el perro tuve que sacrificar por enfermedad; no podía dejarlo sufriendo, y después de muchos cuidados, se me fue.

Sólo tengo a mi hermana, y su familia. Nos vemos y hablamos de vez en cuando. He tenido que luchar solo para llegar donde estoy, y sigo luchando. El tumor anal, por suerte, ya está controlado y no ha vuelto a darme problemas, pero sigo realizándome análisis cada cierto tiempo.



El tema del VIH lo llevo bien, la carga viral la tengo indetectable, al contrario que el primer día, cuando me dijeron que estaba a un paso de un desenlace fatal. En todo este tiempo, y con la ayuda de mis médicos, psicólogos y psiquiatras, he aprendido que se puede vivir para luchar, y que esta tormenta no tiene porque ser el epicentro de mi vida.

Estoy solo, sí, pero contento, alegre y divertido, y con la esperanza de aca-

bar mis días junto a alguien que me comprenda, escuche y tenga ilusión por seguir. Ya no me interesa, como antes, la vida nocturna, las borracheras, la caza del ligue esporádico: prefiero vivir en paz. Naturalmente que siento la necesidad del sexo, y lo busco cuando me apetece hacerlo, como cualquiera.

Ahora, por mi situación, no puedo trabajar, y percibo una pensión del Gobierno. Me dedico a realizar masajes en mi casa; tengo una buena clientela (antes era peluquero y masajista). Y voy subsistiendo, sin lujos y como puedo.

Mi mayor ilusión, sinceramente, no sé cuál es en este momento... sólo quiero y deseo seguir como estoy. Encontrar a algún amigo fiel, leal y sincero que quiera compartir momentos: playa, cine, música, baile, etc. La amistad, hoy en día, es difícil de encontrar, y cuando la encuentras, tienes que ganártela. Pero hasta entonces, sigo esperando con ilusión.

Martín

Desidia en Galicia

¿Para cuándo se va a ofrecer en nuestra Comunidad tratamiento con cirujanos plásticos (me consta que los hay y buenos) para solucionar los problemas causados por las largas terapias que venimos recibiendo?

¿A qué se debe que en Galicia no nos reparen, ya no digo el cuerpo lipodistrófico, pero sí la cara?

¿Es que nadie es consciente de que llevamos escrito en la cara la delgadez extrema debido a tantos y tantos tratamientos?

Las compañías farmacéuticas sólo van a las consultas para que salgan sus productos, pero no les importa olvidarse de un problema que nos está marcando.

Sí, seguimos viv@s, ¿pero a qué precio? Estamos sumamente delgad@s... y sí, los médicos nos hablan de cirugía reconstructiva, pero siempre privada.

¿Es que somos invisibles para la Xunta de Galicia?

Pilar

Hacernos visibles

Hace más o menos diez años que me diagnosticaron. La verdad es que, visto en perspectiva, puedo ver claramente que el principal efecto de aquel diagnóstico fue mi derrumbe psicológico, del que me ha costado años salir.

Después de este tiempo, con la suerte de no haber tenido ningún tipo

de complicación con la medicación, compruebo día tras día que mi vida es una vida normal, como la de cualquier otra persona. Hasta hace un tiempo, sólo había una diferencia real: mi miedo.

Hoy tengo más claro que nunca que, si no nos hacemos visibles, si la gente no sabe que su hermano, su madre, su hijo, su padre, su amigo o su hermana es seropositivo/a, tardaremos demasiado tiempo en normalizar socialmente una infección que nunca debió ser usada por nadie como ejemplo de castigo divino.

Por eso hace ya un año y medio que salí del armario del VIH, en mi trabajo y entre mis conocid@s. Para que todo el mundo se dé cuenta de que el VIH no es algo que afecte sólo a "l@s del tercer mundo" o a la gente de "mala vida", sino que es una infección que, como otras muchas, puede aparecer en cualquiera si no se toman las precauciones adecuadas...

Rafa



BOLETIN DE SUSCRIPCION

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

DOMICILIO AGENCIA

CODIGO C/ C (20 DIGITOS)

LOCALIDAD

C.P.

FIRMA

NOMBRE

DIRECCION

POBLACION

C. POSTAL

PROVINCIA

TEL.

MOVIL

Autorizo una donación anual de:

25€ 50€ €

Forma de pago:

Giro postal Por Banco

Talón nominativo adjunto

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.

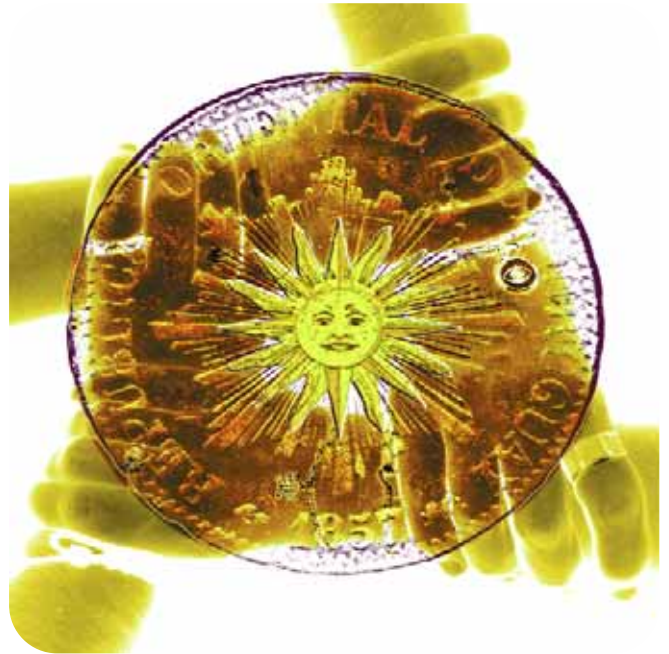
Desde Uruguay

Uruguay es un país pequeño de América del Sur, en el cual viven un poco más de tres millones de habitantes. La epidemia del VIH/sida apareció en los años ochenta, con un total desconocimiento de cómo afrontar y tratar esta nueva enfermedad que vino, según parece, para quedarse.

Desde el principio, contamos con los antirretrovirales (ARV), lo que en cierta medida no fue tan beneficioso, ya que el desconocimiento sobre la enfermedad llevaba consigo que se ofrecieran tratamientos que se cambiaban cuando fallaban. Esto provocaba que se agotaran las opciones terapéuticas con antirretrovirales en @s pacientes con VIH.

Hoy por hoy, la situación ha cambiado y la enfermedad está más controlada al haber, además, medic@s mucho más capacitad@s para atender a las personas que viven con VIH.

Como en muchos países, algunas veces tenemos problemas con la calidad de los medicamentos (copias, genéricos, etc.). Cuando estos problemas existen, las estrategias de intervención utilizadas por la sociedad civil han provocado que el Estado deba solucionar los inconvenientes.



TU OPINION CUENTA, NOS IMPORTA Y NOS AYUDA A MEJORAR

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

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 COMO 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 VITAMINICOS O TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS?

- Sí No

7 ¿CUALES?

8 ¿EN QUE LOCALIDAD VIVES?

9 VALORA LO+POSITIVO DE 1 A 10

- Contenido En general Diseño

10 ¿QUE TEMAS TE HAN GUSTADO MAS?

11 ¿QUE TEMAS TE GUSTARIA ENCONTRAR EN LOS PROXIMOS NUMEROS DE LO+POSITIVO?

En cuanto a la atención sanitaria que recibimos, es necesario aún lograr cambios, que pasan por obtener una mejora en la calidad de los servicios, lograr una atención más humana y con respeto a los derechos humanos (DDHH) y a las diferentes orientaciones sexuales de l@s infectad@s por la epidemia. Esto se consigue, en parte, mediante actividades de sensibilización y capacitación para el personal sanitario.

Es una necesidad urgente lograr la mejora edilicia de los centros de referencia nacional para la atención de las personas que viven con VIH/sida (PVVS), tanto adultos como niños, y conseguir que la cobertura se extienda a todos los puntos del país, en centros de salud públicos y privados.

Todavía seguimos luchando para conseguir programas de educación orientados a la población general, con la finalidad de reducir el estigma y la discriminación de quienes vivimos con VIH/sida. Esta situación nos afecta mucho y de forma constante; más si cabe en el caso de quienes, además de vivir con VIH, formamos parte de la comunidad lésbica, gay, transexual y bisexual (LGTB).

Uruguay, aun siendo un país muy pequeño y que se considera moderno y actualizado, es altamente discriminatorio. Estas situaciones de discriminación se dan de forma constante aunque, muchas veces, solapadamente.

Deseamos el desarrollo de estrategias de prevención más eficaces y sostenidas en el tiempo que reduzcan el crecimiento de la epidemia.

Cuando recibí el diagnóstico de VIH, no pensé en el activismo, y mucho menos había contemplado la posibilidad de ser visible como PVVS en algún momento, pues tenía claro las situaciones que debía afrontar y no estaba dispuesto.

Todo cambió a raíz de una situación específica que afectó a mi pareja y a otras tres PVVS, a quienes se les suspendió, en el año 2005, un tratamiento que había sido donado por un laboratorio y que les dejaba de un día para otro sin medicación.

Ahí fue cuando tomé la iniciativa de empezar a contactar con activistas de ámbito internacional, pidiendo

Como en muchos países, algunas veces tenemos problemas con la calidad de los medicamentos (copias, genéricos, etc.). Cuando estos problemas existen, las estrategias de intervención utilizadas por la sociedad civil han provocado que el Estado deba solucionar los inconvenientes.

apoyo para solucionar este problema, que además implicaba una violación de los DDHH de estas personas.

Gracias al apoyo recibido a escala internacional, se logró que el laboratorio se hiciera cargo de continuar ofreciendo tratamiento a estas PVVS.

Como en nuestro país no recibimos apoyo cuando lo requerimos, vimos junto a otras PVVS que se hacía necesario que nosotr@s mism@s generáramos un espacio de defensa y promoción de nuestros derechos como personas que viven con VIH/sida y, además, como integrantes de la comunidad LGTB.

De esta forma, en diciembre de 2005 se creó la Asociación de Minorías Sexuales del Uruguay (AMISEU). La tarea de empoderamiento y posicionamiento ha sido difícil, pues nadie quiere, por lo general, apoyar a un grupo nuevo y sin trayectoria, que, además, no está dirigido por profesionales académicos, sino por personas directamente afectadas. AMISEU está coordinada por PVVS e integrantes de la comunidad LGTB.

Asimismo, a pesar de que el camino no fue fácil, nosotr@s nos fuimos capacitando, generando acciones, concertando alianzas, y hoy, tras dos años, hemos concluido el trámite de personería jurídica y tenemos nuestra propia sede.

Ocupamos espacios de representación de las PVVS en el Mecanismo de Coordinación de País (MCP), tenemos alianzas de ámbito nacional e internacional, pero sobre todo generamos actividades de defensa y promoción de los DDHH. Asimismo, apoyamos el empoderamiento de aquellas personas directamente afectadas por la epidemia y luchamos frente a las actitudes discriminatorias y estigmatizadoras que sufrimos.

El trabajo ha sido arduo y cuesta arriba, pero nos queda la constante alegría de ver que podemos avanzar paso a paso y crecer aprendiendo de los errores.

Hay que recalcar que la escasez de recursos económicos con que contamos l@s que nos dedicamos al activismo como PVVS nos limita a la hora de realizar cosas básicas como imprimir material, comprar boletos de transporte o efectuar apoyos puntuales a PVVS. Aquí en Uruguay es difícil lograr apoyo financiero y, a escala internacional, se nos hace imposible por carecer de los contactos que pudieran apoyar nuestra tarea.

Lo que sí es un hecho real es que el activismo cambió mi vida, mi forma de concebir las cosas. Estar ocupado de manera constante en estas tareas me llena de alegría, me da motivos para avanzar y ver que, más allá de mi condición de PVVS, hay mucho por hacer y que yo puedo hacerlo, motivado no sólo por una cuestión personal o por lástima, sino por el constante deseo de crecer y ayudar al prójimo a crecer y salir adelante.

Se puede avanzar y lograr una mejor calidad de vida sólo a través de nosotr@s mism@s y cuando estamos interesad@s e involucrad@s en lograr el cambio.

Nuestro lema en la asociación, que además nos recuerda en qué están basados nuestros principios, es:

“Sólo comprendiendo el significado de la vida, de la solidaridad, del amor al prójimo, podremos apoyar a quienes lo necesitan.

No es la compasión lo que nos debe mover a luchar por la vida, sino el compromiso que tenemos tod@s frente a ella”.

¿A qué *saben* las nubes?

La pubertad empieza cuando el cuerpo comienza a producir cantidades extras de ciertas sustancias químicas llamadas hormonas. Dichas hormonas guían los cambios que tienen lugar en el cuerpo. Del mismo modo que provocan cambios físicos, estas hormonas también causan los cambios emocionales que se producen.

En el caso de las niñas, es el momento en que empieza el ciclo menstrual. Cada mes, uno de los ovarios deja ir un óvulo maduro que hace su camino hasta el útero: es la ovulación. Algunos días antes, los ovarios y otras glándulas segregan hormonas que recubren o engrosan las paredes del útero, que, así, está preparado para llevar a cabo un embarazo. Cuando el óvulo no es fertilizado, este engrosamiento extra de las paredes del útero no es necesario. Entonces, se transforma en la caída de sangre a través de la vagina, es decir, el periodo, la menstruación o la regla.

Los cambios asociados a la pubertad pueden ser emocionantes, pero también asustar un poco. Es normal que las niñas sientan cierta aprensión a lo de empezar a menstruar. Por ello, es importante transmitirles que no es algo de lo que deban preocuparse. La menstruación es solamente una parte normal del hecho de crecer.

Todas las niñas necesitan buena información sobre el ciclo menstrual y los otros cambios que llegan con la pubertad. La mayoría está más interesada en la información práctica que en la biología. Lo que quieren saber es cuándo les va a pasar, cómo se van a sentir y qué tienen que hacer cuando pase.

El tema es tan amplio como para abarcar asuntos de higiene básica y el miedo a lo desconocido. Por eso, es importante no pretender resolverlo o hablarlo todo en una única y gran conversación. Demasiada información de golpe puede sobrepasar y saturar a la chica: parece más adecuado plantearlo en pequeñas conversaciones espaciadas.

Hablar sobre la menstruación tiene mucho que ver con hablar de sexo y de embarazos, otra de las grandes charlas en la adolescencia. Tomarlo como diferentes piezas de una conversación continuada que se extiende a lo largo del tiempo ayuda a todas las partes implicadas en el proceso.

Con esta perspectiva, el ciclo menstrual no es tan sólo un fenómeno meramente fisiológico: se trata de un cambio en la vida de las niñas, que toca de lleno varios tabúes sociales. La menstruación tiene que ver con sangre, con la capacidad reproductora o la posibilidad de engendrar y, muy lógicamente, tiene que ver con el sexo y la sexualidad.

Pubertad positiva

En el caso de las niñas con VIH, los mismos tabúes adquieren una doble dimensión, porque están esencialmente presentes en algunas de las situaciones en que puede haber transmisión del virus. Por todo lo de la sangre, por lo del embarazo, el parto y la lactancia y, cómo no, por lo del sexo...

Por sí misma, la menstruación ya es un tema difícil de tratar, porque mueve muchas vergüenzas y porque los cambios acostumbran a dar miedo. Para una niña que vive con VIH, la primera regla muy a menudo coincide con el conocimiento de su estado serológico y si no, es el momento en que va a recibir mucha más información junta de lo que es vivir con VIH de la que pueda haber escuchado hasta entonces. En este contexto, hablar abiertamente de la menstruación y de sexualidad con personas importantes de su entorno le permitirá sentirse cerca para poder hacer todas las preguntas que surjan durante su proceso de maduración y crecimiento.

Viajando hacia la cara oscura de la luna, me atrevo a afirmar que el ciclo menstrual no es sólo un inconveniente que ocurre una vez al mes, sino una poderosa fuerza creativa. Esta parte final me gustaría dedicarla especialmente a todas las niñas con VIH, de ayer, hoy y mañana...



¿Has notado que, a veces, te sientes como inseparable de tus amigas y, en otros momentos, sólo quieres estar sola en tu habitación a tu rollo?

¿Algunas veces te parece muy fácil concentrarte y otras estás realmente en las nubes?

¿Una semana te sientes amable y contenta, y a la siguiente, perezosa y solitaria?

Todo esto son efectos del ciclo menstrual atravesando tu cuerpo. Este ciclo puede afectar a cómo te sientes, piensas y te comportas a lo largo de las diferentes fases. Si sabes que te está pasando y por qué, puede ser un poco menos confuso.

Normalmente, no pensamos en el ciclo menstrual como un ciclo de diferentes tipos de habilidades y estados creativos. Nos educan para esperar, estar y sentirnos igual a lo largo del mes, aceptando la idea de la fase premenstrual como algo

que tenemos que aguantar o evitar. Nuestras expectativas tienen que ver con una larga historia de la sociedad dominada por lo masculino, que espera que seamos constantes a lo largo de todo el mes.

El patrón natural de la energía femenina es el ciclo. Nuestras energías físicas, mentales, emocionales y creativas se mueven en fases.

Obsérvate y a ver si algo de esto te suena...

- Justo después de parar tu regla mensual, te sientes fuerte y confiada, con mucha energía; concentrarte y absorber información te parece fácil.
- En los días en que estás ovulando, te sientes cuidadosa y contenta de ayudar a l@s demás, te divierte y lo haces sin ningún esfuerzo.
- Los días antes de la regla, estás muy emocional y sensible, puedes sentirte tan irritable como creativa.
- Cuando estás con la regla, te apetece más estar tranquila y a tu bola, estás menos sociable y más soñadora, no quieres ni pensar en ningún ejercicio físico, te sientes en paz y amable, estás muy segura de lo que quieres hacer o no.

No tienes por qué luchar en contra de cómo estás o cómo te sientes. Los cambios de humor y de sentir las cosas son naturales en nuestro ciclo y para nada son inadecuados.

Quizá descubras que la creatividad no está limitada a la creación de una sinfonía o una obra de arte. La resolución de problemas, la creación de buenas relaciones y amistades también son creatividad, igual que la construcción de organizaciones. Asimismo, la habilidad de cultivar sentimientos o sensaciones de bienestar, nutrir y construir ambientes agradables, tiene que ver con la creatividad, que está en las pequeñas cosas y en nuestra propia expresión.

Cambiando el paso

El VIH visto por los profesionales de la salud

Fabiola Moreno es una trabajadora social del Hospital de Basurto en Bilbao. Ella y el resto de profesionales de la unidad de infecciosos de su hospital tienen mucho que decir sobre el VIH.

Y nos lo cuenta en un documental, *Cambiando el paso*, una mirada a estos veinticinco años de infección por VIH desde el punto de vista de l@s cuidadores.

El documental, que ha sido producido por las ONG bilbaínas T-4, Itxarobide y la Comisión Antisida de Bizkaia, narra la experiencia de l@s profesionales de Basurto, un mosaico de historias narradas sin dramatismo ni ambigüedades.

En la carátula del DVD, Fabiola resume el objetivo de este documental: "Si enferm@s y afectad@s constituyen un testimonio ineludible cuando hablamos de

SIDA, no menos importante resulta la palabra de quienes, cada día –desde hace muchos años–, caminan codo con codo junto a ell@s: l@s profesionales. Sus emociones y esfuerzos han dado forma también a este largo recorrido por la vida y la muerte que es el SIDA".

Un testimonio en primera persona que habla del lado humano de esta enfermedad desde la perspectiva de l@s profesionales de la salud.

Puedes solicitar una copia del DVD escribiendo a la asociación T-4 a ana@asociaciont4.org o llamando al 94 422 12 40.



Hablando claro

Esta guía va de culo y Esta guía es la polla

Si eres de los que piensan que la polla y el culo son esos dos grandes desconocidos, te recomendamos que leas las guías que la organización Stop sida acaba de publicar. *Esta guía va de culo* y *Esta guía es la polla* exploran los secretos de ambos órganos para que los hombres podamos disfrutar más de nuestra sexualidad, al tiempo que nos permite mantenernos informados sobre cuestiones importantes respecto a salud sexual.

En ellas, se abordan aspectos relacionados con la anatomía del pene y del ano, prácticas y juguetes sexuales, uso de drogas, prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS) y un pequeño recorrido por las enfermedades que afectan a ambos miembros.


El enfoque de la reducción del riesgo en las prácticas sexuales prevalece en los contenidos de estas guías, lo que las convierte en un instrumento de gran utilidad para una amplia variedad de lectores, en diferentes situaciones de vulnerabilidad: "Si el otro tío se corre en tu boca, puedes escupir el semen y hacer enjuagues sólo con agua. Esto disminuye el riesgo de infección o reinfección por VIH".

Otro aspecto que abordan las guías es el empleo de drogas durante las prácticas sexuales. De nuevo, el enfoque de la reducción del riesgo resulta apropiado para poder llegar e informar correctamente a todos aquellos hombres que eligen esta opción: "Tanto si te pones la droga en el ano como si te la introduces en el recto, existe un alto riesgo de dañar este último, ya que el compuesto químico puede lastimar las paredes del intestino. Estas heridas en el recto incrementan el riesgo de infección o reinfección por el VIH si follas sin condón".

Además de una cuidada edición y un montaje gráfico muy acertado e ilustrativo, las guías utilizan un lenguaje sencillo, claro y directo, que hacen que su lectura sea amena y entretenida.

Puedes solicitar un ejemplar a Stop sida escribiendo a stopsida@stopsida.org o llamando al teléfono 902 10 69 27.



The background of the page is a complex collage. At the top, there are large, vibrant flowers in shades of red, pink, and white. Below this, there's a central illustration of a woman with dark hair, wearing a red top and a blue skirt, looking towards the viewer. To her left, there's a target with numbers 1 through 10. In the bottom right corner, there's a comic book panel with the text "LIFE'S A BITCH AND SO AM I!". Other elements include a red dress, a white object, and various abstract shapes and colors.

La infección por VIH/sida afecta de forma desproporcionada a las mujeres. En 2007, un 46,3% de las personas que vivían con VIH/sida en el mundo eran mujeres. La tasa se eleva de forma espectacular en algunas regiones: en África subsahariana, un 74% de los jóvenes con VIH de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años son mujeres. En España, aunque la situación no es tan dramática, más de una de cada cuatro nuevas infecciones diagnosticadas se produce en mujeres y, entre los jóvenes, las tasas de incidencia entre hombres y mujeres se aproximan o igualan como consecuencia de la transmisión heterosexual. En este reportaje, hemos querido abordar algunos de los factores biológicos, psicosociales y socioeconómicos que ponen a las mujeres con VIH en una situación de desigualdad frente a los hombres. Viajamos hasta Bilbao* para conocer las historias de Maite, Vera y Marisa, tres mujeres con VIH que han querido poner voz y cara a este reportaje. Por último, Lola nos explica el proceso que está viviendo en la actualidad para poder quedarse embarazada.

(*) LO+POSITIVO quiere agradecer a las asociaciones Comisión Antisida de Bizkaia, T-4 e Itxarobide su colaboración para la realización de este reportaje.

Mujeres y VIH: los retos continúan

El impacto del VIH en las mujeres ha sido, desde el inicio de la epidemia del SIDA, una historia de sinergias entre determinantes sociales, factores de vulnerabilidad y quebrantamiento de los derechos humanos. Llevamos muchos años advirtiendo que la feminización de la epidemia es un hecho y no precisamente anecdótico; sin duda, esto supone poner el foco a una realidad que ha ido coexistiendo con la epidemia y que se basa en la desigualdad de poder en que vivimos los hombres y las mujeres.

La historia de las mujeres seropositivas, en concreto de este país y generalizable al resto del mundo, es una historia de desigualdad; pero, al mismo tiempo, de resistencias. Una historia que se resume en que aquellos factores que hacen que las mujeres nos podamos infectar son los mismos que nos mantienen en situaciones de precariedad y nos dificultan la calidad de vida (y la supervivencia).

Las verbalizaciones que las mujeres seropositivas manifiestan, del tipo “ya no puedo más”, se diluyen en el tener que “soportar” todas las cargas para sostenerse y sostener el sistema familiar y social.

Seguimos observando cómo las mujeres llegan a las asociaciones con muchos problemas sociales, económicos, familiares y de salud. Pero el eje que sobresale de forma transversal, independientemente de la diversidad de las mujeres y que condiciona más la vida, es el impacto del estigma. Este hecho, en las mujeres seropositivas, se traduce en la disponibilidad de los recursos (personales, materiales, de cuidados, informativos) y oportunidades para su acceso, pero, sobre todo, en la soledad. Se puede tener una importante red de amigos y amigas, de recursos sociales, de familia, pero el aislamiento provocado, en muchas ocasiones, por la presión del estigma y la discriminación en las mujeres es insostenible y resquebraja su salud física, emocional y social.

Cuando hablamos de “temas sociales” es muy difícil abarcar la heterogeneidad del grupo que nos denominamos mujeres. Esta diversidad es muy rica y supone un análisis, a menudo sesgado por la complejidad de los conflictos y la creatividad que tenemos las mujeres para resolverlos.

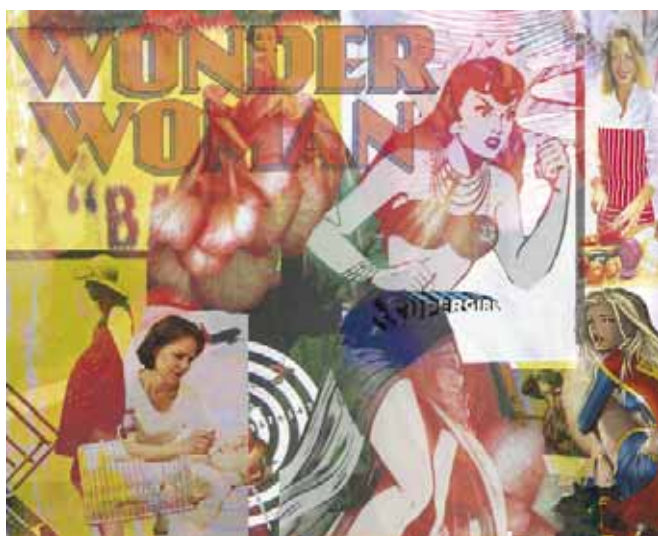
Muchas mujeres seropositivas siguen hallándose en situaciones comprometidas de salud, a las cuales hay que añadir las dificultades reales de acceso a salarios dignos. Todo ello condiciona la salud de las mujeres, sobre todo porque, debi-

do a los mandatos sociales de género, seguimos siendo el eje de la vida familiar y, por tanto, “las cuidadoras oficiales”. Por esas “órdenes invisibles” que nos explican cómo debemos comportarnos las mujeres y los hombres, la mujer sostiene las dinámicas familiares por encima de *su propio cuidado*, lo que conlleva que se reduzca el tiempo y la calidad de los cuidados, y que incluso pueda afectar a la adhesión a los tratamientos.

Hay mujeres que, por las pocas oportunidades que les ofreció en su momento el sistema laboral o por las situaciones personales o familiares, se vieron sometidas a realizar trabajos en la esfera sociolaboral más precaria, es decir, aquellos trabajos caracterizados por ser de media jornada, estar mal pagados y sometidos a sobreexplotación; o bien por ser ocupaciones situadas en los ámbitos invisibilizados y en los que no se cotiza. *Malvivir*, como el concepto indica, supone no poder cuidarse dignamente y conlleva tener muchas dificultades para poder desarrollarse y capacitarse. Aun así, la capacidad de resistencia que tenemos las mujeres nos permite explorar estrategias, con las pequeñas ayudas que nos ofrecen las administraciones, con el fin de sostener un proyecto de futuro y repensarnos en una nueva dimensión. Se trata de ser supervivientes, no tanto frente a la infección viral, sino ante todo lo que ha comportado una epidemia tan inmoral como ésta y que ha tenido una respuesta política, económica y social tan escasa y precaria para su dimensión en la humanidad.

El hecho observado por la evidencia científica de que las mujeres en general suframos más enfermedades crónicas y que el eje fundamental de esta afirmación tenga que ver con los determinantes de género, nos hace entender cómo muchas mujeres seropositivas se encuentran con “etiquetas biomédicas” que sobrecargan su salud. Etiquetas y situaciones de salud relacionadas con procesos de “dolor” y “fatiga” que no se pueden entender sólo como enfermedades asociadas, sino como afecciones producto de la sobrecarga que llevamos las mujeres. Las verbalizaciones que las mujeres seropositivas manifiestan, del tipo “ya no puedo más”, se diluyen en el tener que “soportar” todas las cargas para sostenerse y sostener el sistema familiar y social.

Otro aspecto que cabe resaltar es el de la mujer que no tiene cargas aparentes porque no convive con su familia, pero que soporta la carga de tener que ser constantemente una



“mujer maravillosa”. En este modelo social donde las mujeres debemos estar disponibles para todo de manera permanente, las que son seropositivas se encuentran en un estado de tensión constante y, por tanto, de nuevo, con la dificultad de cuidarse desde la alegría y no desde el “tengo que hacer” (que equivale a una identidad aprobada socialmente).

Para acabar y como resumen de lo anterior, hay que señalar que se requiere un planteamiento de la epidemia en el que se tenga en cuenta la violencia de género contra las mujeres.

Violencia que se traduce en la falta de estudios sobre la infección desde la perspectiva de género, en un sistema social que no tiene en cuenta las necesidades de las mujeres y que, al mismo tiempo, imposibilita su acceso a los medios de prevención; violencia en el contexto de las relaciones de pareja abusivas, en las que se imposibilita a las mujeres, bajo la amenaza o la coerción, acceder a medios sanitarios o recibir el tratamiento; o bien tener que vivir bajo la amenaza de que sea desvelado el estado serológico con la intención de hacer daño como en un juicio de custodia; y así un largo etcétera. Todas estas situaciones son la muestra de cómo la sociedad es desigual para las mujeres; así pues, se requiere un posicionamiento de toda la sociedad (incluidas las ONG de VIH/SIDA) para no tolerar más tanto sufrimiento.

Para acabar, queremos lanzar unas preguntas: ¿Es moralmente sostenible la respuesta social que se está dando a esta epidemia?; ¿nuestras asociaciones están abordando las necesidades sociales diferentes que tienen las mujeres?; ¿en nuestras agendas políticas las mujeres se sitúan en lo políticamente correcto?; ¿qué estrategias estamos desarrollando para hacer visibles a las mujeres seropositivas?

() Creación Positiva (www.creacionpositiva.net) es una asociación que trabaja en el campo del VIH/sida desde una perspectiva de género y que parte de la premisa de que el VIH afecta a mujeres y hombres de manera diferenciada. Tener en cuenta estas diferencias es tener en cuenta las necesidades específicas de cada persona afectada por la epidemia.*

La infección por VIH en mujeres: aspectos médico-clínicos

Desde los primeros años de la infección por VIH, investigadores, médic@s, activistas y las propias mujeres con VIH han ido aprendiendo sobre la marcha cómo la enfermedad afecta a las mujeres y cómo el virus podría afectar de forma diferente a éstas y a los hombres. Tales diferencias podrían ser debidas a factores biológicos, como la influencia de las hormonas sobre la función inmunitaria, o a factores psicosociales y socioeconómicos, que tienen un impacto desigual en hombres y mujeres.

Respuesta al tratamiento

En comparación con los primeros estudios que se realizaron teniendo en cuenta las diferencias de sexo y género, los más recientes han mostrado que cuando las mujeres y los hombres acceden a los cuidados en un estadio similar de la enfermedad, los resultados son similares para ambos sexos.

Muchos estudios han evidenciado que las mujeres responden, cuando menos, tan bien como los hombres a la terapia antirretroviral, aunque las primeras podrían a veces experimentar más, o diferentes, efectos secundarios. Desde mediados de los noventa, tanto mujeres como hombres se han beneficiado del mismo modo de las terapias antirretrovirales combinadas, lo que ha conllevado un descenso espectacular

en la morbimortalidad y a un aumento de la supervivencia. Sin embargo, también es cierto que las mujeres tienden a acceder a los cuidados para el VIH más tarde en el curso de la infección, pero, una vez inician el tratamiento, se recuperan pronto y las tasas de supervivencia en hombres y mujeres son similares.

Recuentos de CD4 y carga viral

En las fases tempranas de la infección, las mujeres tienden a tener recuentos de CD4 más altos y cargas virales más bajas en comparación con los hombres. Aunque no son bien conocidas las causas de estas variaciones, se piensa que podrían estar relacionadas con las diferencias hormonales que afectan al funcionamiento del sistema inmunitario.

Las diferencias de sexo en los recuentos de CD4 son más evidentes durante las fases tempranas de la infección; después, tienden a diluirse como consecuencia del descenso observado en los niveles de linfocitos T. Cuando los recuentos de CD4 descienden lo suficiente como para causar síntomas de deficiencia inmunitaria o necesitar tratamiento (por debajo del umbral de las 350 células/mm³), los niveles son similares en hombres y mujeres. Sin embargo, dado que las mujeres comienzan con un promedio de CD4 más alto, éstas podrían tardar más en alcanzar dicho umbral.

Respecto a la carga viral, los estudios han revelado que las mujeres, en general, tienen aproximadamente un 40% menos que los hombres con el mismo recuento de células CD4. Se ha observado que las diferencias de sexo en la carga viral son mayores con niveles de CD4 más altos y disminuyen con el tiempo.

Sin embargo, estas diferencias no parecen tener implicaciones importantes en términos de resultados clínicos. A finales de los noventa, con la llegada de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), algun@s expert@s sugirieron que las mujeres podrían tener una progresión peor de la enfermedad que los hombres con la misma carga viral; de cualquier modo, los estudios posteriores no han confirmado esta hipótesis.

Algun@s expert@s y activistas del VIH han sostenido durante años que a las mujeres con VIH se les debería recomendar, quizá, empezar tratamiento con recuentos más altos de CD4 y cargas virales más bajas que los hombres. No obstante, las directrices oficiales de tratamiento nunca han recomendado puntos de corte diferentes para iniciar tratamiento sobre la base del sexo, y esto no parece haber puesto a las mujeres en desventaja en términos de respuesta virológica, recuperación inmunológica, resultado clínico o supervivencia.

Investigación limitada

Aunque la investigación general proporciona bastante información sobre tasas comparativas de progresión de la enfermedad y respuesta al tratamiento en hombres y mujeres, ha habido una carencia de estudios específicos que evalúen el VIH/sida y sus tratamientos en mujeres. Además, el reducido número de mujeres que participan en los ensayos clínicos limita poder sacar conclusiones estadísticamente significativas sobre diferencias de sexo.

La mayoría de los estudios que se llevaron a cabo en los primeros años de la epidemia incluyeron principalmente a hombres. Gracias al esfuerzo de las y los activistas del

VIH/SIDA, los ensayos clínicos más recientes han tenido en consideración la inclusión de proporciones más amplias de mujeres, y unos pocos se han centrado de forma específica en temas de género. Con todo, la participación de la mujeres en la investigación todavía es insuficiente (véase tabla 1).

Tabla 1. Participación de mujeres con VIH en los ensayos clínicos sobre algunos medicamentos antirretrovirales nuevos

Fármaco	Estudio	Hombres	Mujeres
Raltegravir (Isentress®)	BENCHMARK 1 y 2	87,82%	12,18%
Maraviroc (Celsentry®)	MOTIVATE 1 y 2	87%–90%	10%–13%
Darunavir (Prezista®)	POWER 1, 2 y 3	88%	12%
Etravirina (Intelence™)	DUET 1 y 2	89,5%	10,5%

Tradicionalmente, las mujeres en edad de tener hijos han sido excluidas de los ensayos clínicos sobre nuevos fármacos como consecuencia del riesgo potencial para el desarrollo del feto. Sin embargo, en las décadas más recientes, la investigación ha reconocido la injusticia de excluir a las mujeres de los estudios sobre nuevos fármacos para enfermedades mortales como el VIH/sida o el cáncer.

Por otro lado, cada vez hay más indicios que apuntan a que no puede asumirse de forma tan simple que los hallazgos procedentes de los estudios en hombres se apliquen en mujeres, como consecuencia de toda una serie de factores, entre los que se incluyen las diferencias hormonales y las variaciones farmacológicas asociadas al menor peso corporal de las mujeres. L@s investigador@s son conscientes de la necesidad de probar los nuevos medicamentos en voluntari@s que se asemejen lo más posible a la población que más tarde utilizará los fármacos; por esa razón, l@s participantes deberían reflejar la diversidad en términos de sexo, etnicidad, edad y otras características.

El daño fetal continúa siendo una preocupación y es el motivo por el que a las mujeres en edad de tener hijos se las excluye todavía de forma rutinaria de los ensayos clínicos sobre nuevos fármacos (a menos que los estudios examinen específicamente intervenciones que beneficien a las mujeres embarazadas o a sus bebés, como, por ejemplo, el uso de medicamentos para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo). Muchos ensayos clínicos de medicamentos antirretrovirales exigen a las mujeres que no están embarazadas, pero que tienen un potencial para tener hijos, el empleo de métodos anticonceptivos eficaces. A menudo, se especifica el método barrera a utilizar, dado que los anticonceptivos hormonales podrían interactuar o interferir con los medicamentos del estudio.

Gracias al esfuerzo de las y los activistas del VIH/SIDA, los ensayos clínicos más recientes han tenido en consideración la inclusión de proporciones más amplias de mujeres, y unos pocos se han centrado de forma específica en temas de género.

La participación de las mujeres en los ensayos clínicos constituye un aspecto crucial; es el único modo de asegurar que los nuevos medicamentos serán seguros y eficaces también para ellas.

Manifestación de la enfermedad

A pesar de observarse una progresión similar, en términos generales, de la infección por VIH en hombres y mujeres, existen algunas diferencias importantes asociadas al sexo respecto al modo en que se manifiesta la enfermedad.

La participación de las mujeres en los ensayos clínicos constituye un aspecto crucial; es el único modo de asegurar que los nuevos medicamentos serán seguros y eficaces también para ellas.

El desarrollo de infecciones oportunistas y la progresión a sida se produce de forma mucho menos frecuente en los países industrializados desde la llegada, a mediados de los noventa, de la TARGA. Sin embargo, continúan siendo un riesgo para las personas que no reciben un diagnóstico de VIH en un momento oportuno y no comienzan tratamiento hasta que la función inmunitaria está ya muy deteriorada.

La mayoría de las infecciones oportunistas clásicas (entre las que se incluyen la neumonía por *Pneumocystis* y el *Mycobacterium avium complex*) se producen con una frecuencia similar en mujeres y hombres. En general, lo mismo podría decirse de otras enfermedades asociadas al deterioro inmunitario; con todo, se observan ciertas diferencias.

Por razones que todavía no se comprenden bien, las mujeres con VIH tienen más probabilidades que los hombres de desarrollar sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel que puede afectar también a las membranas mucosas y los órganos internos. Sin embargo, la diferencia no es tan gran-

de si se compara sólo con los hombres homosexuales. Las mujeres también tienen menos probabilidades que los hombres que practican sexo con hombres (HSH) de infectarse por citomegalovirus, que puede provocar ceguera.

La candidiasis es común durante las fases precoces del deterioro inmunitario. Tanto hombres como mujeres podrían desarrollar de forma similar brotes frecuentes de aftas orales que podrían extenderse a la garganta (candidiasis esofágica) conforme empeora la inmunodeficiencia.

Algunos estudios han sugerido que las mujeres con VIH podrían tener mayor riesgo de neumonía bacteriana que los hombres. No obstante, esta diferencia podría explicarse como consecuencia del acceso más pobre a los cuidados para el VIH y del diagnóstico tardío de VIH/SIDA. Por otro lado, aunque los hallazgos de la investigación han ofrecido datos contradictorios, existen también indicios de que las mujeres con VIH tienen más probabilidades que los hombres de desarrollar exantema (*rash*) y otras enfermedades de la piel.

Las personas con VIH que tienen recuentos de CD4 por debajo de ciertos umbrales (50, 100 o 200 células/mm³) deberían recibir profilaxis para las infecciones oportunistas, o medicación para prevenir que los organismos oportunistas presentes en el cuerpo se activen cuando el sistema inmunitario no puede mantenerlos por más tiempo bajo control. No existen diferencias específicas en cuanto al sexo en las recomendaciones para la profilaxis o tratamiento de las infecciones oportunistas, excepto que algunos medicamentos deberían evitarse o utilizarse con precaución durante el embarazo.

Hormonas y VIH

Las hormonas son mensajeros químicos que regulan todos los procesos corporales. La glándula pituitaria, en el cerebro, controla el estado del cuerpo y libera varias hormonas que, a su vez, comunican a otras glándulas endocrinas que aumenten o disminuyan la producción de hormonas específicas.

Los complejos lazos de interrelación en los que se ve implicado el sistema endocrino no han sido, hasta la fecha, bien entendidos, pero parece

claro que las hormonas influyen en la función inmunitaria y, a la inversa, las citoquinas, mensajeros químicos producidos por las células inmunitarias, afectan a la función endocrina. Las diferencias en los niveles de hormonas probablemente explican la mayoría de las variaciones entre mujeres y hombres con VIH en lo que respecta al recuento de CD4, manifestaciones de la enfermedad y respuesta al tratamiento.



La principal hormona femenina es el estrógeno y la masculina, la testosterona. No obstante, los hombres también pueden producir estrógenos y las mujeres, andrógenos (hormonas masculinas) en pequeñas cantidades.

En las mujeres, niveles bajos de estrógeno y progesterona, otra hormona femenina, pueden alterar el

ciclo menstrual y contribuir al desarrollo de ciertos síntomas, entre los que se incluyen fatiga y baja concentración. Al igual que los hombres con VIH, las mujeres con VIH/sida podrían también tener niveles bajos de testosterona, lo que puede provocar fatiga, depresión y libido baja. Los niveles de hormonas sexuales, tanto en hombres como en mujeres, descienden de forma natural con la edad, pero sólo las mujeres experimentan un descenso abrupto en la producción de hormonas (menopausia).

Asimismo, las hormonas sexuales (junto con otras, entre las que se incluye la hormona del crecimiento), influyen en el metabolismo y en la composición del cuerpo, y probablemente desempeñan un papel en la distribución anómala de las grasas y del tejido muscular magro en personas con VIH. Un estudio, por ejemplo, halló que dos terceras partes de las mujeres infectadas por el virus con emaciación grave tenían niveles de testosterona por debajo de lo normal.

Efectos secundarios

Aunque los estudios que han comparado la toxicidad de los medicamentos antirretrovirales en mujeres y hombres se han visto limitados tanto por el número como por el tamaño de las muestras, en algunos se ha observado que la naturaleza y gravedad de ciertos efectos secundarios son diferentes en las mujeres. En un estudio de cohorte retrospectivo en el que participaron 273 personas que comenzaron un tratamiento antirretroviral con inhibidores de la proteasa (IP), los efectos secundarios fueron más frecuentes en mujeres que en hombres (36,8 frente a 25,4%). Muchos otros estudios han comunicado también un aumento tanto de la frecuencia como de la gravedad de los efectos secundarios asociados a los IP en mujeres. En concreto, la tasa de incidencia de cualquier reacción adversa a un tratamiento basado en IP fue de un 6,6%, que fue significativamente más alta que la observada en hombres (5,4%). Los efectos secundarios gastrointestinales (náuseas, diarrea y vómitos) atribuibles a ritonavir, asimismo, se han descrito con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, posiblemente como con-

secuencia de las concentraciones más elevadas de este fármaco en ellas.

Las mujeres podrían tener también un mayor riesgo de sufrir efectos secundarios asociados a los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN). En un estudio en el que participaron 438 mujeres y 2.029 hombres distribuidos de forma aleatoria para recibir uno de cuatro regímenes diferentes con ITIN, más mujeres que tomaron un régimen que contenía didanosina (ddI) comunicaron mayores tasas de reducción de dosis y de interrupción del medicamento en comparación con los hombres. Por otro lado, las mujeres que recibieron un régimen que contenía zidovudina (AZT) tuvieron más probabilidades de desarrollar síntomas neurológicos que los hombres (5,2 frente a 2,7%). En otro estudio, se observaron tasas más elevadas de pancreatitis y neuropatía periférica (NP) asociada a didanosina en mujeres que en hombres (54,1 frente a 18 episodios/100 persona-años). Además, la acidosis láctica asociada a los ITIN se da de forma desproporcionada en mujeres: en un estudio de 891 participantes, los 14 casos de este efecto secundario se produjeron todos en mujeres. En otro estudio distinto, la tasa de acidosis láctica se elevó a un 83% en mujeres. Aunque se ha intentado explicar de una forma u otra este aumento de la propensión a los efectos secundarios asociados a los ITIN, se necesitan todavía más estudios que evalúen las causas de las diferencias de sexo en la toxicidad asociada a esta clase de medicamentos antirretrovirales.

Algunos estudios han documentado un aumento de la incidencia de exantema (*rash*) asociado a nevirapina (Viramune®) en mujeres, así como también mayor interrupción del fármaco como consecuencia de este efecto secundario. En mujeres que toman regímenes que contienen nevirapina también se ha observado una incidencia más alta de elevaciones de grado 4 de las enzimas hepáticas en comparación con los hombres. Además, no se recomienda el inicio de la terapia con nevirapina para mujeres con recuentos de CD4 inferiores a 250 células/mm³.

Por otro lado, la redistribución anómala de grasa asociada al uso de los

Dado que la mayor parte de los participantes en los ensayos clínicos sobre nuevos fármacos son hombres, los datos existentes sobre toxicidad y efectos secundarios podrían no ser aplicables a las mujeres.

antirretrovirales podría ser más común y darse con un patrón diferente en las mujeres en comparación con los hombres. Una evaluación clínica de 2.258 personas halló cambios en el tejido adiposo en un 29,5% de los hombres y en un 41,9% de las mujeres. Algunos estudios han revelado que si los hombres tienen más probabilidades de desarrollar lipoatrofia (pérdida de la grasa subcutánea, sobre todo en cara y extremidades), las mujeres experimentan con más frecuencia acumulación de grasa, especialmente en las zonas abdominal y dorsal.

Los médicos, al seleccionar los medicamentos que conforman la terapia antirretroviral para las mujeres, deberían tener en cuenta los potenciales efectos secundarios y su impacto sobre la calidad de vida y adhesión de las pacientes. Dado que la mayor parte de los participantes en los ensayos clínicos sobre nuevos fármacos son hombres, los datos existentes sobre toxicidad y efectos secundarios podrían no ser aplicables a las mujeres. El uso de pequeños estudios que han incluido análisis de los efectos secundarios basados en el sexo podría ser una herramienta útil para seleccionar regímenes apropiados para las mujeres.

REFERENCIAS:

- Highleyman L. *Women and HIV. Part 2.* www.HIVandHepatitis.com
- Jaworsky D, Antoniou T, Loutfy M. "Considerations Regarding Antiretroviral Therapy in HIV-positive Women". *Future HIV Ther.* 2007; 1 (2): 203-213.

El placer de la salud

Gozar de buena salud sexual significa tener una vida sexual segura, responsable y satisfactoria, y para ello es necesario tener una visión positiva de la sexualidad, incluyendo el respeto mutuo en la pareja. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1976, la salud sexual consiste en "la integración de aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales de bienestar sexual de manera tal que enriquezcan y potencien la personalidad, la comunicación y el amor". Así, entendemos que la salud sexual es una parte importante de la salud física y mental, y es un aspecto clave de nuestra identidad como seres humanos, con elementos esenciales como la posibilidad de tener relaciones equitativas y satisfacción sexual, junto con el acceso a la información y los servicios necesarios para evitar el riesgo de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS).

Así dicho, queda claro que la salud sexual incluye no sólo aquellos aspectos que tienen que ver con el disfrute de la propia sexualidad (identidad, opciones, libertad de elección), sino también aquéllos otros relacionados con la capacidad reproductiva. Con frecuencia, y por diversos motivos, la salud reproductiva de las mujeres es separada de la totalidad del bienestar que engloba el concepto de salud sexual, y se prefiere hablar de salud reproductiva, dejando de lado el derecho a una sexualidad saludable y libre de coacción y violencia.

Responsables de programas del VIH han visto la sexualidad principalmente a través de una lente clínica y un marco de referencia heterocéntrico/androcéntrico, y la salud pública se centra de forma esencial en los consecuencias negativas de la conducta sexual (infecciones, embarazos no deseados, etc.), por lo que un concepto de sexualidad saludable es bastante poco frecuente, en especial cuando se refiere a las mujeres. Además, en muchos ámbitos se ha utilizado el miedo al sida como pretexto para reprimir la expresión y el disfrute de la sexualidad, y para controlar las opciones de las mujeres para tomar decisiones respecto a su vida.

Concepción y contracepción

La infección por VIH está siendo cada vez más reconocida como una enfermedad crónica tratable en los países en desarrollo, por lo que la pla-

nificación familiar constituye un tema importante también para las mujeres VIH positivas en edad reproductiva. Cada vez, un mayor número de ellas desea tener descendencia, por lo que es preciso avanzar en la investigación

creencias religiosas tanto del/de la profesional como de la propia mujer que es preciso abordar para que la información que ésta recibe sea suficiente y adecuada para facilitar la toma de decisiones informadas.

Responsables de programas del VIH han visto la sexualidad principalmente a través de una lente clínica y un marco de referencia heterocéntrico/androcéntrico, y la salud pública se centra de forma esencial en los consecuencias negativas de la conducta sexual (infecciones, embarazos no deseados, etc.).

de aquellos aspectos clínicos relacionados, como los deseos de embarazo, la disponibilidad de servicios de fertilidad, el lavado de esperma o el control de la carga viral en secreciones genitales durante el embarazo.

Las mujeres VIH positivas embarazadas se enfrentan a problemas específicos que tienen que ver, la mayoría de las veces, con una visión tendente a enjuiciar el ejercicio de su derecho a llevar una vida plena. Así, es importante tener en cuenta que deberían recibir la información adecuada sobre la posibilidad de terminar el embarazo si la mujer no considera adecuada su continuación y la posibilidad de transmisión vertical y las mejores opciones para reducir ésta, así como otras opciones de reproducción asistida adecuadas a sus necesidades. Para esto, no hay que olvidar que aún persisten prejuicios relacionados con las

Y tampoco hay que dejar de lado la información sobre contracepción para aquéllas que no deseen quedarse embarazadas, sobre todo si tenemos en cuenta que una alta proporción de embarazos tiene lugar en mujeres que manifiestan utilizar la contracepción. El hecho de que se hable continuamente del preservativo como "la herramienta de prevención" para las mujeres con VIH ha contribuido a relegar al olvido que el embarazo es un tema sobre el que las mujeres seropositivas desean y necesitan estar informadas independientemente de las medidas de prevención del VIH que empleen. El tratamiento del VIH y otras enfermedades asociadas puede requerir una información especial a la hora de tomar decisiones contraceptivas, como la interacción entre los antirretrovirales y la contracepción hormonal u otras contraindicaciones médicas.

La posibilidad de interrumpir el embarazo debe ser, para las mujeres con VIH, una opción ante la que puedan adoptar una decisión informada, no una imposición debido a concepciones morales de la sociedad o de l@s profesionales que las atienden. Con el advenimiento de la terapia antirretroviral (TARV), las mujeres con VIH recurren con mucha menos frecuencia a la interrupción voluntaria del embarazo, ya que las condiciones actuales permiten reducir las posibilidades de transmisión vertical de manera significativa.

Otro aspecto importante a tener en cuenta cuando se plantea un embarazo es que, según estudios recientes, las mujeres con VIH pueden tener reducida su fertilidad, por lo que es importante realizar las pruebas pertinentes con el fin de mejorar las expectativas, reducir la ansiedad y poner los medios de reproducción asistida necesarios en caso de que la situación de la mujer lo requiera.

Como aconseja el Comité de Ética de la Sociedad Americana de Salud Reproductiva: "La infección por VIH está considerada como una enfermedad crónica, tratable pero no curable aún... L@s profesionales sanitari@s y las personas seropositivas comparten la responsabilidad de la seguridad de la pareja no infectada y de la posible descendencia. Cuando una pareja afectada requiere ayuda para tener bebés propios, es conveniente aconsejarles que busquen atención en clínicas que dispongan de instalaciones que puedan ofrecer la evaluación, el tratamiento y el seguimiento más eficaces. Por otra parte, se les puede informar sobre otras opciones, como la donación de esperma, la adopción o no tener hij@s".

Respecto al uso de píldoras contraceptivas hormonales, conviene saber que éstas pueden interactuar con algunos medicamentos antirretrovirales, ya que se metabolizan por las mismas enzimas hepáticas. En particular, nevirapina (Viramune®), un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido (ITINN), podría acelerar el procesamiento de los anticonceptivos orales que contienen estradiol y noretindrona y reducir sus niveles en sangre, lo que podría aumentar el riesgo de embarazo no deseado. Aunque los análisis de laboratorio muestran inter-

acciones con algunos otros medicamentos para el VIH, sobre todo con el inhibidor de la proteasa (IP) ritonavir, esto no parece tener, en la práctica, mayor implicación.

Otros tipos de contraceptivos hormonales, entre los que se incluyen parches o inyecciones, no interactúan con los fármacos antirretrovirales, dado que no se metabolizan en el hígado. Los contraceptivos hormonales, del tipo que sean, no parecen tener un efecto ni beneficioso ni perjudicial sobre la progresión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

A las mujeres con VIH tradicionalmente no se les recomendaba el uso de dispositivos intrauterinos (DIU) como consecuencia del aumento del riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria. Sin embargo, en 2003, un grupo de trabajo de la OMS concluyó que las mujeres con VIH pueden utilizar, en general, un DIU si están tomando terapia antirretroviral y tienen bien controlada su infección por VIH. La investigación disponible, aunque limitada, sugiere que las complicaciones asociadas al uso del DIU no son más comunes en mujeres con VIH que en mujeres sin el virus.

Disfunción sexual

La disfunción sexual de las mujeres, en general, y de las que tienen VIH, en particular, suele ser obviada y, por tanto, no tratada. Es importante que l@s profesionales que nos atienden lo tengan en cuenta a la hora de tratarlos, pues este factor puede arruinar una vivencia de la sexualidad saludable al introducir sentimientos de culpabilidad y de no tener derecho a disfrutar de la propia sexualidad.

Es importante que se incluya una historia sexual que contribuya a situar este aspecto de la salud en el lugar que le corresponde para poder disponer de una referencia que permita efectuar los controles necesarios. Siempre que se identifique una disfunción sexual, se debería hacer una valoración de la misma y realizar una derivación al o a la especialista adecuad@ en caso necesario, sobre todo cuando la base de la disfunción se encuentra en factores psicológicos, que muchas veces pasan inadvertidos al tratar la infección por VIH con un enfoque puramente físico.



Afecciones ginecológicas

Las mujeres con VIH corren un riesgo mayor de desarrollar afecciones ginecológicas (65,8 frente a un 41% según datos del Estudio Interagencias sobre VIH en Mujeres [WIHS]), entre las que destacan infecciones vaginales por hongos (candidiasis), alteraciones cervicales (neoplasia intraepitelial cervical [CIN, en sus siglas en inglés]) de diverso grado que pueden conducir al cáncer de cérvix, infecciones por virus del herpes simple (VHS), verrugas genitales y citomegalovirus (CMV). Por eso, cuando una mujer descubre que es VIH positiva, se le debería realizar un examen ginecológico la primera vez que acude al médico. Si todo resulta normal, será conveniente repetir el examen seis meses más tarde, y en caso de que no aparezcan alteraciones, bastará con un examen ginecológico por año. De cualquier modo, si el resultado del examen ginecológico no es normal o si el doctor advierte un problema que requiere tratamiento, puede ser necesario efectuar estudios ginecológicos con mayor frecuencia. También será conveniente acudir al o a la especialista si aparecen sangrados vaginales entre los períodos, flujo de aspecto u olor anormal, dolores, hinchazón o prurito en o alrededor de la vagina o en el bajo vientre.

Examen ginecológico

Un examen ginecológico rutinario debería incluir los siguientes aspectos:

- Revisión de los genitales externos, incluyendo el ano y la uretra para detectar posibles lesiones.
- Examen con espéculo para realizar una revisión de toda la pared vaginal.
- Revisión del cuello uterino.
- Examen de la pelvis.
- Tacto rectal.
- Citología cervical y anal, así como detección de cualquier ITS.

Examen anal

Un examen anal debería formar parte de la revisión ginecológica anual de las mujeres VIH positivas (independientemente de su edad):

- Preguntar a la mujer sobre posibles síntomas en la región anal, como picor, sangrado, diarrea o dolor.
- Llevar a cabo una revisión de la región perianal.
- Realizar un tacto rectal.
- Efectuar una anoscopia de alta resolución y/o biopsia siempre que aparezcan signos físicos anómalos, como verrugas, lesiones hipo- o hiperpigmentadas, lesiones sangrantes u otras lesiones de origen incierto.
- Será necesario realizar citologías anualmente a cualquier mujer que tenga historial de condilomas anogenitales o con citologías cervicovaginales anómalas.

Alteraciones del ciclo menstrual

Los cambios en el período menstrual son comunes tanto en las mujeres VIH positivas como en las negativas. Algunas observan que su menstruación se vuelve más irregular después de haber contraído el virus; ciertas mujeres VIH positivas tienen un sangrado más (o menos) abundante, o ven como su síndrome premenstrual empeora. También aparecen períodos de amenorrea, que es la ausencia de menstruación durante más de tres meses en mujeres que no están embarazadas ni en la menopausia.

Los estudios no han demostrado de manera consistente que las mujeres

Los estudios no han demostrado de manera consistente que las mujeres con VIH tengan más probabilidades de sufrir irregularidades menstruales que las mujeres VIH negativas, por lo que muchas expertas no consideran que el diagnóstico y tratamiento de los problemas menstruales deba manejarse de modo diferente en las mujeres seropositivas.

con VIH tengan más probabilidades de sufrir irregularidades menstruales que las mujeres VIH negativas, por lo que muchas expertas no consideran que el diagnóstico y tratamiento de los problemas menstruales deba manejarse de modo diferente en las mujeres seropositivas.

En cualquier caso, el ciclo menstrual es un buen indicador de la salud reproductiva, por lo que es importante llevar un historial de las variaciones que se produzcan. Si se presenta una amenorrea, hay que evaluar la posible causa, aparte del embarazo o el inicio de la menopausia, ya que existen determinadas infecciones oportunistas, quistes en los ovarios u otras afecciones ginecológicas que pueden causar dicha alteración y que pueden ser causa de complicaciones más graves.

Aparte de las anomalías menstruales, los niveles de citoquinas, por lo general, aumentan o disminuyen durante el ciclo menstrual, lo que podría explicar las variaciones cíclicas en los recuentos de CD4 y la carga viral del VIH en mujeres. Sin embargo, el significado clínico de este fenómeno no ha sido esclarecido del todo.

Otro tema relacionado con el ciclo menstrual lo constituyen los cambios en el metabolismo de los medicamentos como consecuencia de las fluctuaciones de los niveles hormonales, lo que podría, potencialmente, influir en la eficacia y en los efectos secundarios.

Hasta la fecha, hay pocos indicios de que tales variaciones tengan un significado clínico importante, pero ponen de manifiesto la importancia de incluir a más mujeres en los ensayos clínicos sobre nuevos medicamentos y poder así disponer de más datos sobre estas cuestiones.

Menopausia

Suele aparecer entre los 38 y los 58 años como consecuencia de los cambios hormonales que se producen en el organismo, principalmente la reducción de la producción de estrógeno.

Algunos estudios apuntan que las mujeres con VIH pueden experimentar la menopausia antes que el resto, lo que puede deberse a varios factores combinados, como la anemia, la reducción de producción hormonal, enfermedad, pérdida de peso, efecto de los antirretrovirales, etc.

No hace mucho tiempo, los médicos prescribían de forma rutinaria terapia hormonal sustitutiva a las mujeres menopáusicas tanto para aliviar los síntomas agudos como para reducir el riesgo de fracturas óseas y ataques al corazón. Sin embargo, en 2002, un gran estudio clínico, que incluyó a más de 16.600 mujeres sin VIH, mostró que aquellas que tomaron durante mucho tiempo terapia hormonal sustitutiva con estrógeno/progesterona tuvieron un aumento del riesgo de ataque al corazón, derrame cerebral y cáncer de mama, riesgos que superaban el beneficio de prevenir unas pocas fracturas óseas.

En la actualidad, la terapia hormonal sustitutiva a largo plazo ya no se prescribe de forma exclusiva para reducir el riesgo de pérdida ósea y enfermedad cardiovascular. No obstante, muchas expertas creen que se puede utilizar de forma segura a corto plazo, en mujeres con y sin VIH, para tratar los síntomas pasajeros de la menopausia, como por ejemplo los sofocos. La decisión de utilizar la terapia hormonal sustitutiva debería tomarse de forma individual y teniendo en cuenta los potenciales riesgos y beneficios.

Diagnóstico tardío

Una de las principales dificultades con que se encuentran las mujeres al

ser diagnosticadas es que la infección suele estar avanzada debido a un diagnóstico tardío. La Dra. Kathleen Squires identifica 4 aspectos que se han pasado por alto como causas principales:

- **Actividad sexual:** La mayor parte de las veces, no se tiene una conversación atenta con la mujer en sus visitas médicas/ginecológicas. Los profesionales médicos asumen que mujeres en determinadas edades o situaciones no tienen actividad sexual y evitan hablar del tema.
- **Candidiasis vaginal:** La frecuencia con la que se da esta alteración en las mujeres en general hace que pase desapercibida como pista importante para la sospecha de infección por VIH.
- **Displasia cervical:** De la misma forma, esta anomalía de las células de la cervix, con gran prevalencia en la población general, encubre una posible sospecha de infección por VIH, al dejar de lado la evidencia de que es mucho más alta esa tasa en el caso de las mujeres con el virus de la inmunodeficiencia humana.
- **Pareja con VIH:** El hecho de que los exámenes clínicos no incluyan una adecuada (pero respetuosa) historia sexual y que la mayor parte de las veces no contengan consultas en las que se incluya a la pareja sexual contribuye, en gran medida, a que no se aproveche la oportu-

nidad para informar adecuadamente a las mujeres sobre sus opciones de prevención, adecuadas a sus necesidades y no como normas de libro que les resultan ajenas.

Puedes consultar una versión más amplia de este artículo en nuestra página web (www.gtt-vih.org).



Tengo más ganas de vivir que nunca

Maite lleva muchos años a sus espaldas viviendo con VIH. Esta bilbaína de aspecto menudo, pero de actitud enérgica, encara con tranquilidad el día a día y mira con optimismo hacia el futuro. La asociación T-4, en Bilbao, nos abre sus puertas para poder conocer un poco más a fondo la historia de Maite.

Me enteré de que vivía con VIH hace 18 años, aunque, al parecer, el virus ya llevaba dentro cinco años. En realidad, llevo media vida con él. Al principio es muy duro, pero poco a poco vas sobreviviendo, vas tomando la medicación y, ahora, tengo más ganas de vivir que nunca. Además, estoy coinfectada por el virus de la hepatitis C (VHC).

Superar el lastre

Vivo sin ningún complejo. Y en este momento de mi vida, incluso diría que le he cogido cariño al bicho, eso sí, hay que cuidarlo, darle la medicación para que no te haga "putaditas". ¡Ya lleva media vida conmigo y no quiero ni que me lo quiten!

Actualmente me encuentro muy bien. He aprendido a convivir e incluso a querer al virus (es parte de mi vida y quizá la más importante). Para mí, el mayor palo fue cuando el dermatólogo me dijo que me tenía que hacer la prueba. Eso para mí fue concluyente. Sabía perfectamente que me iba a

dar positivo y, además, tod@s mis amig@s se estaban muriendo por la misma causa. En ese momento, caes en picado. Eran los primeros años y la gente te consideraba un bicho raro. Me daba mucho palo que mi familia se enterase, y pensaba: "Me pego una hostia en la autopista, me muero de un accidente y así mi familia no sabe de qué he muerto"; pero al final, el mismo día que recogí las pruebas, me fui directamente a trabajar. Al cabo de unos meses, fui a la unidad de infecciosos del hospital y, más o menos un par de años después, comencé el tratamiento (llevo, creo, 16 años medicándome sin hacer descanso terapéutico). He tenido muchas infecciones oportunistas, bastantes neumonías, varicela, herpes zóster... Ahora, la carga viral la tengo indetectable y los recuentos de CD4 están bien, pero, claro, son muchos años medicándome.

Empecé a consumir heroína muy joven, cuando tenía 18 años, y estuve 15 enganchada al caballo. Antes de eso fueron anfetaminas, tripis, coca, morfina y todo lo que se



terciase. Después, estuve en tratamiento con metadona durante 13 años más, es decir, hasta el año pasado. En realidad, entre una cosa y la otra, han sido 28 años de consumo. He estado recibiendo metadona en un módulo psicosocial donde me encontraba a gente que conocía de la calle, de muchos años antes. Era un lastre; el personal estaba muy deteriorado, no me apetecía tener que ir allí, no quiero decir que no quisiese ver a esa gente, porque ha sido mi vida en realidad, pero yo me encontraba mucho mejor, como para poder dejar la metadona. Conté con la gran ayuda del psicólogo de T-4, Asier Gurruchaga, y con la de todo el grupo de autoapoyo. Me convencí y la dejé. Me costó mucho, bastantes meses, y para mí, después de tantos años, fue durísimo, tenía mis miedos, pero lo conseguí. Este marzo hará un año y lo pienso celebrar.

Llegar a los 47

Fui una de las personas que realizaron un tratamiento muy duro para el VHC hace unos siete u ocho años, pero lamentablemente no dio resultado. Estuve bastante tiempo recibéndolo, pero no pasaba por el mejor momento de mi vida (más bien por el más triste), tomaba cervezas, etc., y no se negativizó el virus. No sé si lo volvería a hacer. Supongo que me atenderé a lo que me plantee el médico con el que llevo ya 18 años y que, por cierto, jamás me ha fallado. Para mí, en parte, es a él a quien debo agradecer todos estos años de mi vida y, por lo tanto, creo que podré confiar siempre en él. De hecho, he llegado hasta los 47 años.

Sin embargo, no me ha costado seguir el tratamiento para el VIH. Mi médico me fue recomendando los diferentes tratamientos por los que he pasado. He recibido muchas medicaciones; algunas temporadas el número de fármacos era mayor, y también tenían efectos secundarios. Llevo tantos años tomándolos que no noto nada extraño, ni siquiera por el hecho de ser mujer y que pudiera ser más sensible a ciertos efectos.

Hubo una cosa que sí me sorprendió y me hizo mucha ilusión: llevaba ocho años sin tener la regla, quizá como consecuencia del consumo de opiáceos, y cuando dejé la metadona, me volvió el período, lo que me hizo pensar que el cuerpo, pese a todo, sigue funcionando correctamente.

Mi vida afectiva

Actualmente no tengo pareja, aunque he tenido varias. La última relación larga fue hace siete años; fue una historia bastante demoledora, porque el tío era un maltratador, sobre todo psicológico, y yo –que tenía la autoestima por los suelos– no era capaz de abandonar la situación. Él no era seropositivo. Al principio, utilizábamos el preservativo, pero luego estuvimos varios años sin usarlo (por su propia decisión), pero no creo que esté infectado.

Aunque la experiencia afectiva más curiosa me sucedió el año pasado. Conocí a un chico, también seropositivo, con el que me enrollé después de mucho tiempo sin tener una relación sexual con nadie y en pleno subidón hormonal tras dejar la metadona. Estuvimos unas tres semanas y es la única persona que me ha echado en cara que le hubiera podido transmitir algo: hongos (¡cuando yo ni siquiera los tenía!). Es cierto que mantuvimos una relación bastante irresponsable, por parte de los dos, pero bueno... a lo hecho pecho; ¡Es la única persona que me ha echado en cara algo siendo él un seropositivo, y sabiendo lo que había por ambas partes! Y para colmo, en diciembre pasado, me lo volví a encontrar y aún seguía con los puñeteros hongos. A mí me da igual, puesto que es una persona que, lógicamente, tras toda esta historia, para mí no se merece mucho, pero me sorprendió; nunca me había pasado algo así. En mis otras relaciones nunca he tenido problemas, siempre lo he dicho sinceramente y nunca ha pasado nada. Pero ésta fue la experiencia más frustrante e incomprensible en ese sentido. A veces, todavía me cuesta digerirla.

No me importa el estado serológico de mis parejas, pero casi prefiero que vivan con VIH, aunque nunca se sabe por dónde va a salir la historia, como lo que me sucedió a mí con ese chico con VIH (espero que no haya muchos como él). Lo que sí es cierto es que estoy más acostumbrada a estar con personas con VIH, pero creo que en una relación lo que debe prevalecer es el cariño y el respeto (independientemente del sexo), por lo tanto, nunca se sabe.

No me he planteado la maternidad, porque, a pesar de toda mi inconsciencia, yo era consciente de que, siendo yonquí, ¿cómo iba a tener un hijo si no podía conmigo misma? En mi opinión, ser madre es una gran responsabilidad. Aunque a alguien le pueda resultar muy duro lo que pienso, diré que, para mí, hay muchas madres en el mundo que, independientemente de que tengan VIH o no, según mi

modesto parecer nunca deberían haber sido madres, puesto que, a veces, son personas que, para realizarse como mujeres, no conciben otra cosa que no sea tener un hijo, o la famosa parejita... Pero en realidad, ¿están todas las mujeres preparadas para ello? Amén del tema económico, ¿lo podrán criar en buenas condiciones?

Aseguraría que hay muchos casos en los cuales lo que se transmite a l@s hij@s son los propios miedos y las propias inseguridades, las propias tristezas. Creo que hay que ser muy fuerte psicológicamente y tener las ideas clarísimas para poder llevar a cabo la maternidad.

En el trabajo

Soy una persona que no he tenido problemas en el trabajo por mi estado serológico: creo que casi siempre me he sentido aceptada. Si alguien me mira raro, pues me da igual, paso de ella y no me interesa. Yo cumplo con mis obligaciones en el trabajo y siempre me preocupo y lo intento hacer lo mejor posible.

Cuando me enteré de que era seropositiva llevaba ocho años trabajando en la misma empresa. Me hice los análisis y continué trabajando, aunque en otro departamento, con una ubicación más cercana a mi casa, dado que me iba a morir. Cuando me cambié, por lo que me consta, hubo bastante recelo entre mis compañeras. Ya se sabe: en aquel tiempo (hace 18 años) no había información y la gente tenía un miedo terrible a "contagiarse"; incluso pensaban que, bebiendo del mismo vaso o utilizando el mismo bolígrafo, les podía pasar la misma desgracia. Al cabo de ocho años, regresé al mismo departamento, a la misma oficina –eso sí, con la cabeza muy alta– y con las mismas compañeras a las que dejé para ir a morirme, y me senté en el mismo sitio que había ocupado antes de la excedencia. Al ver que seguía viviendo y que tenía muchas ansias de superación, la verdad es que alucinaron porque se encontraron a una Maite más frágil físicamente, quizá más delicada, pero con la cabeza en su sitio, que trabajaba como siempre y que no se cortaba ya un pelo.

En la actualidad no tengo problemas, pero creo que es porque yo no

siento nada negativo por vivir con VIH, y la gente me aprecia, me mimas y much@s se preocupan por mí y, a día de hoy, me siento orgullosa de llevar ya 25 años en la misma empresa.

Hubo una temporada en la que me querían realizar las pruebas, aunque en realidad, después lo descubrimos, querían hacerme la prueba para ver si estaba consumiendo heroína. Al final, no pasó nada. Es más, la dirección me aconsejó entrar en algún programa de desintoxicación. En lugar de echarme, me ayudaron.

Ocupo un cargo de confianza, me considero buena persona, dispuesta a ayudar a l@s demás compañer@s, y eso la empresa lo ha valorado y apreciado y casi tod@s saben lo que hay.

No sé lo que está pasando en otros ámbitos de trabajo. A veces pienso que no sé si es la sociedad la que nos discrimina o si, en muchos casos, somos nosotr@s mism@s l@s que nos discriminamos. Yo no veo la discriminación que había antes, aunque considero que todavía queda mucho por hacer. Hace 18 años, te hacías un análisis de sangre y ponían una etiqueta roja con la palabra **contaminado**; luego ponían un cachito de la etiqueta y, finalmente, ponían por todas partes un redondel rojo indicativo de VIH. Mientras estabas ingresado en el hospital, te daban todo el material para la comida (platos, cubiertos, bandeja...) desechable y tenías que lanzarlo en el contenedor de tu propio cuarto de baño. Entonces, sí me sentía discriminada. O, por ejemplo, también me sentí discriminada en algún quirófano. Recuerdo una vez, cuando ya me habían administrado el tranquilizante e iba a entrar en el quirófano, me vino un enfermero y me dijo que lo sentía muchísimo pero que me tenía que dejar la última para poder desinfectar, a continuación, el material.

Por otro lado, también tengo que decir que, en la actualidad, por ser seropositiva, me siento mejor atendida por médic@s y demás cuidadores. Nunca he tenido problemas yendo con la verdad por delante. Creo que la atención que reciben las mujeres seropositivas es adecuada –por lo menos por aquí–; quizá se nos hacen pruebas con más frecuencia por vivir con VIH. Gracias a eso, en mi caso, pudieron detectarme unas lesiones en la cérvix, que eran chungas,

"Adquirí el VIH por vivir siempre en la cuerda floja y al borde del precipicio, no culpabilizo a nadie. Yo era una yonqui, al igual que mi peña, y entonces no se sabía nada de todo esto."

y me las extirparon. A cualquier especialista al que he acudido siempre le he dicho mi estado serológico.

Lo que queda por venir

El futuro lo encaro con mucha ilusión. No tengo planes, vivo al día, y ya no me agobio. Hasta hace un año, aproximadamente, era incapaz de pensar en el futuro (más allá de tres meses), pero ahora estoy en un momento de tranquilidad total. Igual estoy casi demasiado subida y todo, lo que me asusta un poco, no vaya a bajar de golpe y a pegarme un batacazo. Voy a seguir trabajando, me lo paso bien, me divierto mucho, y a continuar viviendo con ilusión. Y el día que me toque la muerte –que a todo el mundo le llega, aquí no se queda nadie– me gustaría sentirla en paz, con tranquilidad y, quizá también, conscientemente, ya que creo que es el momento más íntimo en la vida de una persona.

No cambiaría nada, ni me cambiaría por nadie. No me arrepiento de "casi" nada. Pienso que a mí nadie me infectó, lo hice yo solita, por decirlo de alguna manera; adquirí el VIH por vivir siempre en la cuerda floja y al borde del precipicio, no culpabilizo a nadie. Yo era una yonqui, al igual que mi peña y entonces no se sabía nada de todo esto.

Me fastidia mucho que, después de haber estado con mogollón de gente, con o sin VIH, y no haber tenido nunca problemas con nadie, seamos las propias personas con VIH las que nos hagamos daño a nosotras mismas discriminándonos y acusándonos de posibles transmisiones. Eso sí que me molesta.

He aprendido de todo lo malo

Vivir en la calle no es fácil. Cuando una persona, mujer u hombre, vive en situación de exclusión social, las adversidades a las que se enfrenta día a día son muchas. El VIH es una más de una larga lista. Vera, una santanderina de 34 años afincada en Bilbao, nos cuenta su experiencia, una pieza que conforma el mosaico de historias invisibles de las grandes urbes.

LO+POSITIVO (L+P): *¿Hace mucho que vives en Bilbao?*

Vera (V): Soy de Santander. Amanecí aquí un día por una maldita herencia que cobré y ya me quedé en esta ciudad. Llevo 6 años, no me voy de Bilbao ni que me echen; esta enfermedad es para una ciudad grande en la que puedas pasar desapercibida.

L+P: *¿Desde cuándo vives con VIH?*

V: Desde hace cinco o seis años. También tengo hepatitis C crónica. De momento, el VIH no me da ningún problema; incluso he tenido una niña, siendo yo VIH positiva, sin ningún problema. Tomé tratamiento en su día, cuando me quedé embarazada y fue todo muy bien. Cuando supe que tenía VIH, se me cayó el mundo encima. Sabía que era algo que estaba ahí y que estaba jugando con ello; pero pensaba que no me iba a ocurrir a mí.

L+P: *¿Te infectaste por uso de drogas?*

V: Por uso de drogas, prostitución..., pienso que por todo un poco. No compartí jeringuillas, creo que fue por un cúmulo de circunstancias.

L+P: *¿Podrías resumir cómo ha sido tu vida durante estos últimos años?*

V: ¿Viviendo con VIH? Pues una mentira. No puedes decir que tienes el virus. Yo casi estoy sin trabajo por tener VIH, no porque lo haya reconocido abiertamente, sino porque la gente lo intuye o prejuzga por la vida que yo había llevado.

L+P: *¿Crees que la gente sabe que consumiste drogas? ¿Has sentido discriminación o rechazo por ello?*

V: En realidad, yo misma me rechazo más que la gente, porque no puedes ir diciéndolo. Tengo que vivir con ello y vivir lo mejor posible, pero por respeto hacia mis hijas, no lo reconozco públicamente. Creo que la gente te rechaza más por tener VIH que por consumir. ¡Hay tanta gente que consume! Un@s lo llevan bien, otr@s no. No sólo consumen l@s que están en la calle... Por otro lado, las drogas las puedes dejar y te pueden cambiar la vida y las situaciones en las que te encuentras. En cambio, el VIH ahí queda.

L+P: *Cuando dices que estás en la calle, ¿exactamente a qué te refieres?*

V: Pues que mi casa era la acera; ahora estoy mucho mejor, pero he estado tres años en Bilbao viviendo en la calle. Esa vida es muy dura y, para una mujer, más. Muchas veces, he dormido sola a la intemperie y te puede despertar cualquier personaje... Mucha raza hay que tener. Por la

noche, dormía en la calle, y por el día iba a consumir, pedir limosna en la Gran Vía o prostituirme.

L+P: *¿Estás recibiendo actualmente tratamiento? ¿Cómo te encuentras de salud?*

V: Para el VIH, no. En julio, empezaré otra vez el tratamiento, pero ahora mismo no lo tomo. Me van a hacer una biopsia hepática para conocer el estado de mi hígado; en lo otro, el VIH, no pienso, no estoy todo el día con el tema en la cabeza. Me acuerdo cuando tengo que ir al médico y tengo que decirlo, pero yo lo llevo muy bien. Ahora me están haciendo controles médicos cada seis meses; me encuentro bien.

L+P: *Y para la hepatitis C, ¿cuándo empezarás el tratamiento?*

V: Cuando me den los resultados de la biopsia. Seguramente, iniciaré tratamiento con interferón y ribavirina porque tengo una cirrosis bastante avanzada. Me enfrento con mucho miedo, miedo a que quizá no pueda sobrellevar el tratamiento.

L+P: *Para hacer este tratamiento, ¿cuentas con un buen apoyo familiar o el de alguna asociación?*

V: Tengo el apoyo constante de la Comi de Bilbao, y en especial la ayuda de Marta Pastor, la coordinadora. Es muy importante para mí: cuando necesito un sitio donde llorar, o incluso reírme, vengo aquí. Y respecto a mi familia, bueno, ahora tengo un poco más de apoyo. Cuando le conté a mi familia que tenía VIH, ellos desconocían la enfermedad. En Santander, no se conoce tanto el tema. Mi familia no sabía nada de la enfermedad, lo han tenido que conocer en primera persona, para poder decir después: "Yo pensaba que era otra cosa". Llevo cinco años con mi pareja. Mi anterior pareja falleció; creo que también como consecuencia del VIH, aunque no me lo han querido decir. Su caso fue totalmente diferente al mío: él engañó a la mujer con la que estaba ahora, dejó un niño y una familia infectada. Pienso que no debería haberlo hecho. Lo tomamos de manera muy distinta tras la ruptura: yo me sinceré con mi pareja actual.

L+P: *¿Con tu familia tienes relación, mantienes contacto?*

V: Sí, lo tengo. Ahora que me encuentro bien, es cuando puedo decirles: "Estoy aquí." Antes no estaba en una buena situación. Hace un tiempo que dejé las drogas y actualmente estoy en un momento en el que sé que no voy a volver a ellas. Yo les voy explicando las cosas poco a poco porque son muy ignorantes sobre estos temas, y la ignorancia es muy mala.

Pero estoy encantada; ahora, con 34 años, ¡empiezo a tener hermana! Una hermana de la que no había podido disfrutar antes. ¡Estoy muy contenta!

L+P: *Volviendo al tema del tratamiento para la hepatitis C, ¿te vas preparando anímicamente?*

V: Recibiré los resultados, y espero empezar el tratamiento, a principios del mes que viene. Hay que tener mucha paciencia, sobre todo por los efectos secundarios asociados al tratamiento. Por suerte, puedo contar con el apoyo de mi familia o de Marta [Pastor]; tener el apoyo de una persona es fundamental, especialmente rodearte de personas que entiendan y conozcan los efectos del tratamiento; que si te sientes cansada y te acabas de levantar, no te



digan: "¿Qué te pasa?". Tendré que explicarlo muy bien a las personas más cercanas. Espero que todo vaya muy bien.

L+P: *Durante el tiempo que estés en tratamiento para el VHC, ¿seguirás trabajando?*

V: Ahora estoy de baja. De mi anterior trabajo me despidieron; creo que fue a raíz de un reconocimiento médico que la empresa me hizo; tengo la sensación de que me realizaron la prueba del VIH, dado que, después de aquello, me despidieron. El encargado se contradijo mucho, me decía que me iba a llevar a una pescadería que era mucho mejor (soy pescadera), y mientras me decía eso, me llegó la carta de despido. En la Asociación, Marta me comentó que se podría investigar el tema por si era un caso de despido por discriminación, pero yo no quise removerlo.

L+P: *¿Piensas en tu futuro laboral?*

V: Creo que ya ha acabado, que no voy a poder trabajar más. Además, mi trabajo implica soportar mucho peso físico, mucho frío... De momento, no tengo la cabeza para este tema. Primero curarme, verme fuerte, y después, ya veremos.

L+P: *¿Qué edad tiene tu hija?*

V: Dos años y medio. Yo no sabía que estaba embarazada. Fui al ginecólogo para explicarle que tenía un cierto dolor y fue cuando me dijo que estaba de cuatro meses y medio. Si lo hubiera sabido antes quizá no me hubiera arriesgado teniendo el VIH, acaso habría tomado otra decisión si lo hubiera sabido antes. Pero la niña está muy bien: le han hecho ya tres análisis después del parto y todos han salido negativos, incluidos los de la hepatitis C. Para mí, es un milagro.

L+P: *Cuando el médico te comentó que estabas embarazada, ¿cómo te sentiste?*

V: Muy mal. Cuando me enteré, al principio pensaba: "Cómo voy a tener una niña con sida (entonces, me costaba diferenciar entre VIH y sida), si el mundo no está preparado, hay mucha discriminación". El médico me trató bien, por ser la persona que es. Pero los médicos, hoy en día, a pesar de que ya llevo casi cinco años sin consumir drogas, te siguen viendo como una droga-

"En la calle, cada uno va a lo suyo. Nadie dice: 'Vamos a ver qué tal estamos, comentemos cómo vivimos, qué sentimos.' Los códigos son otros: tú estás ahí y yo aquí, ni te voy a ayudar ni tú me vas ayudar."

dicta. Hay much@s médic@s que, por la cara que te ponen, parece que piensen que te lo has buscado. Lo pasas muy mal, sobre todo contándoles que tienes VIH; por eso, a veces, lo evito. Recuerdo una vez que estuve hospitalizada en que no me tocaron ni siquiera con guantes de plástico para ponerme un termómetro. En otra ocasión, a una compañera de habitación en el hospital, una enfermera le dijo sobre mí: "Cuidado que tiene VIH". Todo depende de con quien des, claro, porque hay personal médico magnífico. Aun así, he tenido que oír de todo. Me sorprende mucho, porque puedes esperar ciertas reacciones o comentarios de personas que no conocen en absoluto esta enfermedad, pero ell@s deberían ser más conscientes de lo que es, de que no se transmite ni por hablar ni por poner un termómetro a una persona con VIH. A veces pienso que la forma de mirar de algun@s profesionales transmite los miedos que sienten como personas.

Cuando me comunicaron lo del embarazo, que fue muy corto porque me enteré a los 4 meses y la niña nació a los seis, me dijeron que debería tomar tratamiento durante un tiempo. Después de dar a luz, me hicieron analíticas y, como estaba bien, lo interrumpimos. Ahora, supuestamente, lo empezaré de nuevo. Tuve una maravilla de niña. Nació chiquita, pero bien, con un poco de síndrome de abstinencia por la metadona. Pero reconozco que si lo hubiera sabido antes, no la hubiera tenido por el riesgo. Cuando nació,

**INCOMPÉTENCE
PARESSE
INAPTITUDE!**



**LES SÉROPOSITIFS SONT SYSTÉMATIQUEMENT
VICTIMES DE DISCRIMINATION À L'EMBAUCHE.**

NON AU NOUVEAU GHETTO.



**[Incompetencia, pereza, ineptitud]
Los seropositivos son víctimas de forma sistemática de la discriminación en el trabajo.
[No contrates a un sidoso. Ábrete a la purificación nacional.]**

No al nuevo gueto AIDES. Francia, 2003

*Ne vous bauchez pas à un sidoso.
Ouvrez-vous à la purification nationale.*

Campañas de sensibilización

Por mucho que queramos evitar la publicidad es difícil no dejar de mirar ciertos anuncios o campañas que juegan con nuestro universo conocido y nos plantean interrogantes más allá de las fronteras de nuestra conciencia. Un ejemplo son las campañas publicitarias que en torno al VIH se han realizado en Francia, Alemania y Canadá. Todas ellas apelan a nuestra iconografía individual y colectiva y nos recuerda que el sida y sus efectos todavía continúan vivos.

Puedes visitar las campañas completas en los siguientes sitios de internet:

<http://www.michael-stich-stiftung.de/>

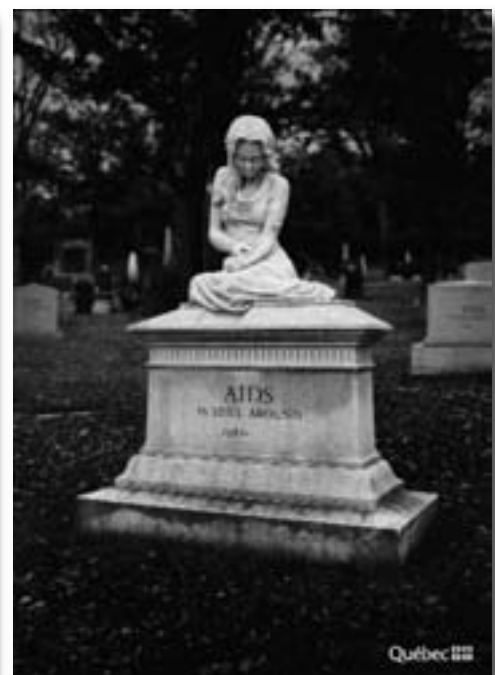
<http://www.aides.org/multimedia/campagnes-com.php>

http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?id=83,169,0,0,1,0

En tu ocio Fundación Michael Stich. Alemania, 2007



El sida sigue aquí (*AIDS is still around*) Gobierno de Quebec. Canadá, 2003





pensé que sí la quería tener conmigo. Se me habría caído el mundo encima, si hubiera nacido con VIH. ¿Cómo le dices a tu hija que tiene el virus por tu culpa? No lo habría superado. Es igual que lo de reconocer abiertamente que vives con VIH. No tengo inconveniente, pero por las niñas no lo hago, porque pienso que sería, en cierto modo, una forma de discriminación para ella.

L+P: *¿Tu pareja vive con VIH? ¿Qué tal es vuestra vida sexual?*

V: Él no está infectado. No quiere que utilicemos preservativo, aunque le he explicado los riesgos de infectarse él, o infectarme yo de otros virus. Pero no quiere. Es un asunto que me preocupa mucho. Siempre le digo de utilizar preservativo. No sé si podría soportar que una persona adquiriera el VIH por mí; pero no quiere, le da igual. Dice que si hemos de vivir los dos con la enfermedad, pues se vive.

L+P: *Cuando ejercías el trabajo sexual, ¿cómo gestionabas el uso del preservativo?*

V: Hice de todo, con y sin preservativo. Muchos clientes no querían utilizarlo; me decían que no me iban a "pegar" nada. Yo les explicaba que no sólo se trataba de lo que ellos me podían transmitir, sino también de lo que yo podía pasarles. La gente no quiere preservativo, incluso diciéndoles abiertamente: "¡Te puedo infectar!". Creo que no tienen consciencia de lo que es esta enfermedad, piensan que a ellos no les va a tocar. He trabajado sin preservativo, con preservativo... Te suelen pagar más si lo haces sin él. Yo he llegado a estar muy mal; les explicas tu situación, que estás en la calle, que eres prostituta y encima drogadicta, y ellos te contestan: "Te pago más si lo haces sin preservativo". Es increíble, es para escri-

bir un libro. Tú, en esos momentos, estás tan mal que piensas: "Dame más dinero y lo hacemos sin preservativo". Si las demás lo hacen y tú no, te quedas sin trabajar. Ahora mismo, no lo haría.

L+P: *¿Cuál fue el detonante que te hizo abandonar la calle?*

V: Quedarme sola, la soledad. Al principio, cuando estuvimos juntos aquí, en Bilbao, mi anterior pareja y yo éramos uña y carne. Un día me vio muy mal y se marchó a Santander. Se fue pensando que si me dejaba sola quizá yo reaccionaría y cambiaría. Yo estaba trabajando de prostituta al lado de mi pareja, y eso era muy fuerte. A raíz de su marcha y con mucha determinación, fui saliendo. La soledad es muy mala, y dormir en la calle sola, todavía más. La droga no es para vivirla sola. No obstante, me vino muy bien que se marchara, me enfadé mucho, lloré mucho, pero me fue bien, me sirvió para plantearme lo que estaba haciendo y que estaba sola.

L+P: *¿Has sentido alguna vez discriminación en el trabajo?*

V: Yo nunca explico que soy VIH positiva. Les digo que estuve en un programa de metadona, que estuve enganchada y te dicen: "uffffffff". Siempre hay alguna compañera con la que te sinceras un poco más y le explicas, como mucho, eso. ¿Qué pasa entonces? Una vez, en un trabajo, desapareció una cartera y yo, para ellos, era la responsable. Al final, te callas, ¿qué vas a hacer? Es la ignorancia y ésta hace mucho daño; tienes que callarte, aprendes que no puedes ser sincera y eso da mucha rabia.

L+P: *¿Es dura la vida en la calle siendo mujer y teniendo VIH?*

V: Sí, muy dura. Si en la calle la droga le sienta mal a alguien y se le

cruzan los cables, esa persona siempre va a ir a por los débiles, entre ellos, las mujeres, y te pueden hacer lo que quieran o lo que les dejes. Es muy duro. Otras veces, en la calle te levantas por la mañana con la típica patadita del municipal...

L+P: *¿Has sentido la solidaridad de las personas que estaban en tu misma situación?*

V: No. La gente se calla, no habla del tema. Cada un@ va a lo suyo. Nadie dice: "Vamos a ver qué tal estamos, comentemos cómo vivimos, qué sentimos". Los códigos son otros: tú estás ahí y yo aquí, ni te voy a ayudar ni tú me vas ayudar.

L+P: *¿Qué es lo peor que te ha pasado en la calle?*

V: La prostitución, que casi me corten el cuello, tantas cosas que te pueden pasar... También he aprendido mucho, he estado en la Gran Vía pidiendo, sentada en una caja de cartón. Aprendes muchísimo, te pasas tantas horas en la calle que ves las reacciones de la gente. He aprendido de todo lo malo; aprendes a escuchar y a pensar.

L+P: *¿Cómo encaras el futuro?*

V: No pienso en el futuro, vivo al día. Creo que esta enfermedad, cuando quiera, se te va a llevar. No hago planes ni de aquí a una semana, ni de aquí a un mes. Más o menos, mis cosas las tengo resueltas por si me pasa algo; por ejemplo, asegurarme de que mi hermana se haga cargo de la niña. Me acuesto todos los días pensando si me voy a despertar o no.

L+P: *¿Qué cambiarías de tu vida ahora mismo?*

V: O todo o nada... Cambiar toda mi vida y empezar de nuevo y que no me conozca nadie. Poder enfrentarme a la enfermedad abiertamente, enfrentarse a cómo vengan las cosas. Ahora mismo, si por mi fuese, me pondría un cartel que dijese soy VIH positiva; por mi familia, no lo hago.

L+P: *¿Crees que la vida te ha tratado mal?*

V: Yo he tratado mal a la vida... ¿Si me ha tratado mal? He tenido una infancia mala, pero eso no debería haber sido un motivo para engancharme a las drogas. Tener una vida mala debería fortalecerte para el día de mañana.

Firmo

por seguir como ahora

Marisa tiene 44 años y es de Bilbao. Es una de las mujeres que participa de las actividades del grupo de autoayuda de la Asociación T-4. El VIH irrumpió en su vida casi sin enterarse. Once años después, Marisa nos ofrece un balance de lo que ha sido su experiencia durante todos estos años.



LO+POSITIVO (L+P): ¿Cómo te enteraste?

Marisa: Mi marido volvió a caer en las drogas y le hicieron una desintoxicación ambulatoria. Lo llevaron al psiquiatra y es ahí donde aparecieron unas analíticas del año 86 con el diagnóstico de VIH. Me había casado con una persona con VIH y no tenía puñetera idea.

L+P: ¿Cómo han sido estos años?

M: No sabría valorarlo.

L+P: ¿El VIH no tiene importancia en tu vida?

M: No, no la tiene. Cuando me enteré no tenía ni idea de lo que era. Luego empecé a ir al médico para revisiones y analíticas y empecé a informarme en la asociación T-4 y empecé a enterarme de lo que era. En ningún momento me supuso un cambio drástico. Yo estuve casada con esta persona, que al parecer vivía con VIH desde el 86. Mi hijo nació en el 90 y yo me enteré en el 97, que es cuando él muere. Diez

años de relaciones, un hijo de por medio y, a Dios gracias, que la única que sale mal parada soy yo, el niño no. Me infecté, según las analíticas, 6 años después de dar a luz.

L+P: ¿Tomas tratamiento?

M: Ahora mismo no. Estoy de vacaciones terapéuticas. Al parecer, me lo puedo permitir.

L+P: ¿Consensuado con tu médico?

M: Sí, claro. Cuando empiezo tratamiento se me disparan las defensas, me suben los CD4 y la carga viral se vuelve indetectable. Entonces, cuando el médico lo considera, empiezo un período de vacaciones, es decir sin tomar tratamiento.

L+P: ¿Siempre te sucede lo mismo?

M: Sí. Siempre que he estado tomando tratamiento me han subido mucho los CD4 y lo he podido interrumpir por un tiempo.

L+P: Cuando lo tomas, ¿encuentras dificultades?

M: La primera vez sí, porque soy del tipo de personas a las que no les gusta tomar pastillas ni siquiera para un dolor de cabeza. El primer tratamiento creo que eran 14 pastillas al día y en la farmacia del hospital me las daban para tres meses. Imagínate el paquetón de pastillas que me tuve que ver en casa. Fue un choque importante para mí, pero lo llevaba bien. El primero me produjo algo de lipodistrofia, pero he recuperado todo lo que había perdido.

L+P: ¿Tienes pareja actualmente?

M: Sí. También vive con VIH. Tengo un hijo de 17 años de mi anterior relación.

L+P: Las relaciones de pareja, ¿las prefieres tener con personas con VIH?

M: Me da igual. Si tu pareja es VIH, pues bueno, pero no es una cuestión que me preocupe.

L+P: ¿Estás trabajando actualmente?

M: Sí, en un taller de marroquinería haciendo bolsos, cinturones y esas cosas, donde conocen mi situación. Cuando empecé a trabajar estaba tomando el tratamiento. Necesitaba ir al médico y me encontré que o lo decía abiertamente o buscaba una solución alternativa (que mi familia recogiera la medicación) o mentía. Y pensé: "me la juego". Lo dije en la empresa, reaccionaron bien y no me arrepiento. ¿Sabes qué es poder decir con naturalidad que vas al médico, a recoger la medicación o a hacerte unos análisis. Para mí es una libertad, al igual que poder hablar en un momento dado con tus compañer@s y que te pregunten: "¿Qué te ha dicho el médico, cómo tienes las defensas?". No saben mucho del tema, pero yo les voy explicando.

Yo estoy feliz con mi pareja, con mi trabajo, con mi hijo... Espero que no me cambie la vida y si me cambia, que sea para mejor. Ni siquiera me arrepiento de mi pasado.

L+P: ¿Crees que hay discriminación hacia las personas con VIH?

M: Por desgracia sí.

L+P: ¿Tu vida cambiaría si no tuvieras el VIH?

M: Creo que en nada porque no hay nada que me impida hacer.

L+P: En general, como persona con VIH, ¿te sientes bien atendida?

M: Sí, no puedo quejarme. Es más, a mí no me gusta ir a los médicos e "hipotecarme" una vez al año para hacer mis

citologías, una vez al año para una mamografía, hacerme análisis. Eso me hipoteca, pero porque no me gusta ir al médico. No lo llevo bien. Cuando necesito información, me meto en internet, voy a T-4 o pregunto al médico. Además, estoy en un grupo de autoapoyo en el que las personas hablan de sus problemas, de cómo lo viven, de lo que sienten...

L+P: ¿Cómo encaras el futuro?

M: Yo firmo por seguir como ahora. No lo cambio. Yo estoy feliz con mi pareja, con mi trabajo, con mi hijo... Espero que no me cambie la vida y si me cambia, que sea para mejor. Ni siquiera me arrepiento de mi pasado. Quizá, de mi relación con mi ex pareja. Pero pienso que forma parte de mi vida. Vinieron así las cosas dadas, no es una cuestión de arrepentirse, sino de aceptarlo como vino.

L+P: ¿Qué consejo les darías a las mujeres que acaban de conocer su diagnóstico?

M: La primera noticia es dura, pero se aprende a vivir con el VIH, si un@ quiere. Depende de cómo tú quieras vivirlo. Entonces, como va a depender de ti, yo diría que cuanto antes lo afrontes, mejor. Tendrás tus momentos malos, pero hay que tirar para adelante.

No perderemos la esperanza

La mejora en el pronóstico y la esperanza de vida de las mujeres con VIH que reciben tratamiento antirretroviral ha propiciado un incremento del número de mujeres y parejas que deciden tener hijos. La planificación previa del embarazo incluye explorar las diferentes opciones y técnicas para concebir y la toma de medidas necesarias que permitan proteger la salud de la madre y del bebé. Lola está viviendo actualmente todo este proceso y ha querido ofrecernos su testimonio.

Nuestro primer paso, cuando decidimos tener un bebé, fue hacernos un examen médico. Nunca me había quedado embarazada y no siempre estuve protegida, si no, no estaría infectada.

El día que recibí mi diagnóstico de VIH, lo que más me preocupó fue el hecho de no poder ser madre. Entonces, tenía otra pareja. Él me decía que no pasaba nada, que lo podíamos adoptar. En aquel momento, fui a buscar información sobre adopción y me dijeron que no era posible por nuestro estado serológico, que no sería justo para un/una niñ@ hacerle creer la ilusión de tener una familia, si luego nosotros íbamos a morir. Mi pareja me propuso que pensáramos en la alternativa de la adopción interna-

cional. Yo no lo tenía nada claro, y no por ganas, pero pensaba que si en nuestro país nos lo estaban negando, en la adopción internacional también lo harían.

De todas formas, teníamos tiempo, corría el año 1993 y yo tenía 27 años. Sin embargo, a los cuatro años mi pareja murió y yo ya no tenía ni recursos económicos ni fuerzas para adoptar.

Con el tiempo, recuperé las fuerzas y volví a la carga. Si bien las cosas habían cambiado y ya no hablaban del VIH como sinónimo de muerte de los candidatos a padres, sí ponían ciertas trabas, sobre todo por lo que respecta a los recursos económicos: para la adopción internacional se necesita dinero y

yo vivía (y vivo) de mi sueldo. Por otro lado, también tenía miedo de que, si me pasaba algo, mi bebé se quedase solo.

Hace tres años, inicié una nueva relación con un hombre que también vive con VIH y recuperé de nuevo la ilusión de ser madre. Aunque la relación no llegase a funcionar, el bebé tendría dos progenitores, juntos o separados, pero dos. Además, ahora, afortunadamente, la tasa de transmisión del VIH de madre a hij@ es muy baja, por lo que se abrían las posibilidades. No obstante, ahora me encontraba ante el reto de la edad, mis cuarenta años.

Mi primera experiencia con la doctora fue brutal. No estaba de acuerdo con que me quedase embarazada a mi



edad. Tuve que explicarle que a su consulta habíamos acudido a realizarnos un examen de fertilidad, no a conocer su opinión sobre la conveniencia o no de tener un bebé. Confieso que tuve dudas y le pregunté si sus reticencias eran debidas a mi condición serológica. Me dijo que no, que únicamente le preocupaba la edad.

Elegimos seguir el camino de la sanidad pública, sobre todo por el tema económico. Si hubiéramos optado por la privada, los costes se hubiesen elevado muchísimo, hubiéramos tenido que pedir un crédito y no queríamos empezar con déficit.

Después de ese primer encontronazo, todo fue bien. Seguimos el protocolo habitual, como cualquier otra pareja en estos casos: analíticas hormonales, histerosalpingografía, análisis seminal..., entonces, ¡sorpresa! Antes de darme los resultados de las pruebas, me llegó el positivo, ¡estaba embarazada!

Cada semana nos hacían una ecografía y todo iba bien hasta que, en una de ellas, vieron que el feto era muy pequeño. Nos comentaron que esperásemos una semana a ver si crecía, y si no, se tenía que hacer un legrado. Fue una semana muy dura. Se confirmó que no había crecido y me dieron cita para realizarme la operación a los dos días. En este caso, también se siguió el protocolo como con cualquier otra pareja.

En ningún momento sentí discriminación por parte de nadie por vivir con VIH; es más, yo diría que me sentí muy

arropada por todo el personal sanitario que me atendió y, gracias a su cariño y los ánimos que me dieron, pude sobrellevar el dolor.

Después de esto, no conseguía quedarme embarazada y la ginecóloga nos propuso hacer un tratamiento de estimulación ovárica y coito dirigido. Consiste en ponerte unas inyecciones y, sobre el noveno día, te hacen una ecografía para ver cómo están los ovarios; si es el momento adecuado, hay que ponerse una inyección diferente y tener relaciones sexuales a las 12 y a las 24 horas. Si mi pareja no fuera seropositiva, nos hubieran ofrecido la fecundación *in vitro*, pero en la sanidad pública no trabajan con semen infectado, y en eso sí que nos diferenciamos del resto de las parejas.

Es un proceso muy duro. El tratamiento a base de hormonas me machaca psicológicamente. Tengo dudas sobre si estaré haciendo lo correcto, si seré una buena madre, si podré con la responsabilidad; y miedo, tengo mucho miedo de que nazca infectado, de los efectos del tratamiento antirretroviral sobre el bebé.

Además, todo el proceso lo hacemos solos, apenas un@s poc@s amig@s conocen toda la realidad. Lo único que tenemos claro es que no vamos a intentar la inseminación artificial, puesto que no nos da tanta seguridad.

Todavía no lo hemos conseguido, pero hemos tenido una oportunidad que no creímos tener nunca desde que nos diagnosticaron de VIH. No perdemos la esperanza.

Recursos para mujeres con VIH en España

Os ofrecemos una pequeña selección de organizaciones de VIH/sida que también trabajan con y para las mujeres desde una perspectiva comunitaria y de género.

Andalucía

Adhara. Asociación de VIH/SIDA
Avda. Marqués de Pickman, 15,
1º – 11 41005 – Sevilla
Tel.: 954 981 603 / 687 245 264

Canarias

UNAPRO

C/ Los Guanches, 3. 1º – Barrio Nuevo 38205 La Laguna – Tenerife
Tel.: 922 63 29 71/Infosida 901 512 035
web: www.unapro.org

Cataluña

Actua – Programa Actua Dona / Actua Mujer
c/ Gomis 38, bajos 08023–
Barcelona Tel.: 93 418 50 00
Web: www.actua.org.es

Actua Vallès – Proyecto Mujer

C/ Passeig Gaudí, 31 08203–
Sabadell Tel.: 93 727 19 00
Web: www.actuava.org

Creación Positiva

C/ Sants, 2–4, 1º 1ª
08014 – Barcelona
Tel.: 93 431 45 48

Genera – Asociación en defensa

de los derechos de las mujeres
C/ Espalter, 8, 1º, 1ª
08001 – Barcelona
Tel.: 93 329 60 43/678 71 55 69
Web: www.genera.org.es

Navarra

SARE

C/ Ciudad de Sueca, 5, Bajos
31014 – Pamplona
Tel.: 948 38 41 49

País Vasco

Asociación Itxarobide

C/ Iparragirre, 54, planta 1ª
Puerta 13 48010 – Bilbao
Tel.: 94 444 92 50
Web: www.itxarobide.com

Rebajar lípidos

En su conjunto, las hierbas medicinales son, tal vez, la terapia complementaria más comúnmente utilizada por las personas con VIH. Pero, ¿por qué son tan populares? ¿Qué pueden ofrecer estas terapias a las personas con VIH? ¿Cómo las personas con VIH aprenden de la terapia herbolaria (o fitoterapia) y seleccionan una hierba que contribuya a mejorar su salud? LO+POSITIVO te ofrece, a partir de este número, una nueva sección con información sobre diferentes hierbas, sus posibles beneficios y aspectos a tener en cuenta en caso de que vivas con VIH

El uso de hierbas medicinales es una práctica que se ha llevado a cabo desde nuestros ancestros. Durante siglos, se ha ido poco a poco conociendo más sobre sus propiedades medicinales y beneficios a través de procesos de ensayo y error. Se han escrito infinidad de textos en los que se especifica cómo se puede preparar cada una de las hierbas y cómo pueden ser utilizadas en tratamiento.

El motivo por el que se toma cada una de estas hierbas puede variar en función de las diferentes culturas y contextos. No obstante, muchas personas se sienten atraídas por el uso de terapias herbolarias por diferentes razones; quizá la más importante sea que, como nuestros antepasados, creemos que éstas pueden contribuir a que tengamos una vida más sana.

En esta serie de artículos escribiremos sobre las hierbas medicinales de uso más frecuente en personas con VIH. Con esto no queremos hacer una recomendación de terapias, pero sí dar el punto de partida para que las personas con VIH aprendan sobre el tratamiento herbolario. Empezaremos, pues, con aquellas hierbas que podrían ayudar a disminuir los lípidos.

¿Qué son los lípidos?

Son una serie de compuestos que tienen diferentes funciones en nuestro organismo, como por ejemplo, la reserva de energía. De forma coloquial se suele llamar a los lípidos "grasas", y durante las analíticas estas grasas se suelen medir a través del colesterol y los triglicéridos.

El colesterol es una de las mediciones esenciales que realizan a las personas con VIH. Los lípidos sanguíneos sintetizados por el organismo o aportados por la alimentación son necesarios para la constitución y el funcionamiento celular. Las analíticas incluyen el análisis del colesterol y sus fracciones –las lipoproteínas– y los triglicéridos, cuyos resultados pueden verse alterados por la misma infección por VIH y por el uso de terapia antirretroviral (TARV).

Las fracciones del colesterol más habituales en las analíticas corresponden a lo que llamamos "colesterol bueno" (HDL) y "colesterol malo" (LDL). Unos valores altos del HDL parecen ser una buena señal, mientras que en el caso del colesterol LDL los valores deberían ser inferiores al valor de referencia. El colesterol, que es sintetizado por el organismo

y especialmente por el hígado, es el principal lípido asociado con algunos tipos de enfermedades vasculares.

Herbolario

La guía práctica de hierbas terapéuticas de la *Canadian AIDS Treatment Information Exchange* (CATIE), de donde reproducimos la información, plantea que hay tres hierbas que podrían ayudar a mejorar los niveles de colesterol. Éstas son: el ajo, el guggul y el *psyllium* o psilio. Como se podrá apreciar, no sólo se han utilizado para regular los niveles de lípidos, sino que tienen, además, otras propiedades, por lo que no te extrañes si vuelves a leer sobre ellas a la hora de hablar de otros usos de las terapias herbolarias. Veamos con detalle cada una de ellas.

Ajo

El ajo (*Allium sativum*) se ha utilizado en el mundo entero para tratar toda una variedad de infecciones. Las personas con VIH pueden usarlo en el manejo de enfermedades asociadas con el virus, entre las que se incluyen infecciones micóticas como aftas y parásitos como el *cryptosporidium* –parásito que provoca una infección del intestino delgado que se manifiesta en forma de diarrea, y que se considera una enfermedad oportunista definitiva de SIDA–. El ajo también podría ser activo frente al VIH y podría ayudar a estimular algunos componentes del sistema inmunológico. Algunos ensayos clínicos han revelado que el ajo disminuye el colesterol y los triglicéridos, pero otros estudios ponen en cuestión estos resultados.

El ajo, de forma natural o procesada, interacciona con los inhibidores de la proteasa (IP) y puede hacerlo también con otros fármacos prescritos. Esta interacción podría tener un impacto significativo en tu salud a través del aumento de otros efectos secundarios. Asimismo, puede debilitar la eficacia de un tratamiento antirretroviral, conduciendo a un fracaso terapéutico, a una resistencia a algún fármaco, con lo que se reducen las opciones de futuros tratamientos.

Si quieres utilizar el ajo como hierba medicinal es muy importante que lo consultes con tu médico, así como con tus proveedores de medicina naturista. Unos pocos dientes de ajo utilizados para cocinar y darle sabor a las comidas no suponen una interacción.

El ajo podría irritar el tracto digestivo y causar malestar, particularmente cuando se toma en altas dosis o con el estómago vacío. Hay una razón para creer que su uso podría ser peligroso en aquellas personas que tienen bajas las plaquetas, como las que tienen hemofilia, y para otras que experimentan hemorragias nasales o fuertes sangrados menstruales. La razón es que el empleo del ajo como terapia herbolaria podría deshacer coágulos de sangre e impedir el crecimiento de plaquetas en personas con ciertas enfermedades cardíacas.

Guggul

El guggul (*Commiphora mukul*) es la resina de la espina de un arbusto de la India y de Arabia. Se usa en la medicina Ayurveda –un sistema holístico de medicina de la India basado en la constitución física y mental de cada persona– para aumentar los leucocitos (glóbulos blancos) y normalizar los niveles de lípidos, así como el apetito. El guggul también se utiliza para tratar problemas respiratorios y la hinchazón asociada con la artritis.

Los ensayos clínicos de guggulípido, un extracto estandarizado de la planta de guggul, han mostrado resultados desiguales en la reducción del colesterol y de los niveles de triglicéridos –en la India está aprobado como un fármaco para este propósito–. Pero ningún estudio ha evaluado el uso de guggulípido en personas con VIH. Se desconoce, asimismo, si el mismo podría tener alguna interacción con alguno de los fármacos antirretrovirales.

El guggul sin procesar puede causar exantema (*rash*) y malestar gastrointestinal, como diarrea o náuseas. El mismo efecto secundario ha sido observado en personas que utilizan el extracto estandarizado, pero parece que sucede con menor frecuencia. Se recomienda precaución a las personas con problemas de tiroides.

Psyllium

El *psyllium* o psilio es la semilla y la cáscara de una planta llamada *Plantago isphagula*. Se usa para tratar tanto la diarrea como el estreñimiento. El *psyllium* es el mayor componente de muchos laxantes como Metamucil® o las cápsulas de zaragatona. Absorbe el agua en los intestinos, haciendo que las heces se solidifiquen y sean más regulares. Las personas con VIH la utilizan muy a menudo para controlar la diarrea asociada con la utilización de fármacos antirretrovirales.

En un pequeño estudio se usaron barras de fibra de *psyllium* para tratar a personas con VIH que tenían diarrea como consecuencia de los efectos secundarios causados por el empleo de inhibidores de la proteasa. El resultado fue que el 93% de estas personas mejoró la diarrea utilizando el *psyllium*.



Dado que el *psyllium* es una fibra, podría ayudar a disminuir los niveles de colesterol. Pero no hay ningún estudio en el que se hayan observado los beneficios del empleo del *psyllium* en relación con los problemas de colesterol asociados con el uso de tratamientos para el VIH. No obstante, un estudio realizado en hombres con diabetes que no requerían insulina y con altos niveles de colesterol demostró que utilizando *psyllium* dos veces al día durante ocho semanas disminuían los niveles de colesterol.

El *psyllium* se puede comprar en forma de semillas, las cuales se toman con agua, y también en barritas.

Las personas que toman *psyllium* deben asegurarse de que beban mucha agua para prevenir que éste produzca algún bloqueo en los intestinos. El *psyllium* interfiere con la absorción de otras hierbas o medicamentos puesto que disminuye el tiempo en el que la comida atraviesa por el intestino. Por ello, se recomienda esperar una o dos horas después de tomar el *psyllium* antes de usar otro tratamiento.

REFERENCIA: Adaptación al español de *A Practical Guide to Herbal Therapies for People Living With HIV* de Canadian AIDS Treatment Information Exchange (CATIE) disponible en www.catie.ca

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



La sífilis, esa vieja... ¿conocida?

La sífilis, que estaba prácticamente erradicada, ha incrementado su incidencia durante los últimos años. Practicar sexo más seguro y saber más sobre la enfermedad son las mejores herramientas que tenemos a nuestro alcance para que esta nueva oleada de infecciones nos afecte lo menos posible.

El retorno de la sífilis, una de las primeras enfermedades de transmisión sexual (ETS) descritas por la medicina, ha sorprendido a aquéllos que la creían prácticamente erradicada tras la gran reducción de casos debida al uso de preservativos y al descubrimiento de la penicilina y su gran efectividad. Durante los últimos diez años, se ha incrementado ininterrumpidamente el número de infecciones. El sexo más seguro y el conocimiento de su evolución son las medidas más eficaces para evitarla o reducir el daño que puede causarnos.

¿Cómo se transmite?

La sífilis se puede transmitir por contacto sexual oral, anal o vaginal sin protección, siempre que se entre en contacto con úlceras infectadas. La bacteria causante de la enfermedad, el *Treponema pallidum*, no sobrevive mucho tiempo en el exterior del cuerpo y, por esa causa, debe existir un contacto directo para resultar infectado. Una vez que la bacteria entra en el cuerpo, se disemina rápidamente a través de la sangre o el sistema linfático.

¿Qué síntomas tiene?

Existen tres fases de la enfermedad: la sífilis primaria, secundaria y terciaria.

Sífilis primaria: En esta fase, en personas sin VIH los síntomas son leves y aparece una pequeña ulceración, llamada chancro, en la zona de infección. En personas con VIH las ulceraciones suelen ser múltiples y pueden confundirse con herpes genital, de manera que puede que no se llegue a diagnosticar hasta la aparición de la segunda fase.

Sífilis secundaria: Se desarrolla en los meses posteriores a la infección. Suelen aparecer erupciones cutáneas, inflamación en los ganglios, verrugas, fiebre, dolor muscular, cefalea, zumbido en los oídos y, en raras ocasiones, meningitis. Las erupciones, de color marrón oscuro y del tamaño de una moneda de unos quince milímetros, podrían aparecer también en las palmas de las manos y en las plantas de los pies. Estas erupciones y las posibles llagas pueden resultar muy infecciosas.

Sífilis terciaria: Se desarrolla a lo largo de los diez años posteriores a la infección y puede provocar lesiones en la mayoría de los órganos internos. Se caracteriza por la presencia de gomas. Se trata de tejido edematizado y muerto, de apariencia fibrosa, que puede aparecer con frecuencia en el hígado, aunque también puede encontrarse en los huesos, cerebro (causando neurosífilis), corazón, piel y testículos. En esta fase también pueden producirse alteraciones cardiovasculares.



¿Y si tengo VIH?

El transcurso de la sífilis puede ser diferente. En personas con VIH y sífilis se ha observado un aumento del riesgo de daño cerebral y síntomas poco comunes que pueden incluir úlceras en la piel y boca y también fiebre. Además, es probable que, a raíz del VIH, se acelere el curso de la sífilis. Diversos estudios han puesto de manifiesto que la sífilis puede disminuir los recuentos de células CD4 y aumentar la carga viral.

¿Cómo sé si estoy infectado?

El diagnóstico de la sífilis se puede efectuar cuando hay presencia de chancros: es posible ver la bacteria a través del microscopio con una muestra tomada de la úlcera. El *Treponema pallidum* tiene una apariencia distintiva en forma de espiral. A fin de descartar que no se trate de otra enfermedad, se realiza un análisis de sangre. Para ello, hay que dejar pasar un tiempo desde la posible infección, puesto que los anticuerpos pueden tardar hasta tres meses en detectarse. Existen indicios que sugieren que este tipo de análisis quizá no sea del todo fiable en personas con VIH. Si se sospecha que la infección está afectando al cerebro, se puede realizar una punción lumbar para determinar el alcance de la infección.

¿Cuál es el tratamiento?

El tratamiento de primera elección consiste en una serie de inyecciones de penicilina, o en caso de alergia, en un antibiótico alternativo. A las personas con VIH se les suele recetar dosis mayores durante más tiempo. Es importante completar el tratamiento hasta el final para asegurarse de que la sífilis está totalmente curada: se efectuarán sucesivos análisis de sangre después del alta médica, en los meses 1, 2, 3, 6, 12 y 24. Para evitar la transmisión, se recomienda no mantener relaciones sexuales hasta la finalización del tratamiento.

REFERENCIA: Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt). Infovihtal #33. Disponible en: gtt-vih.org/files/active/0/InfoV_esp_33.pdf

Metabolismos alterados (I)

En general, se conoce como síndrome metabólico a un conjunto de distintos problemas de salud, como la resistencia a la insulina, la presión arterial alta, los niveles elevados de triglicéridos y bajos de colesterol HDL en sangre, y la obesidad abdominal. Las personas con VIH podemos presentar síntomas similares y también otros específicos, como la redistribución de las grasas del cuerpo, la lipodistrofia. Así, lo que en la población general se conoce como síndrome metabólico adquiere una complejidad particular en nuestro caso. El riesgo de padecer un accidente cardiovascular, de ver a un@ mism@ transformarse en un cuerpo irreconocible, de desarrollar diabetes o hipertensión, por ejemplo, preocupa a much@s. Pero, ¿qué podemos hacer?, y ¿qué estrategia pueden ofrecernos nuestr@s médic@s?

Después de más de una década desde la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), estamos en un momento en el que, gracias a la cantidad de nuevos fármacos disponibles, el control de la replicación del VIH es un objetivo al alcance de casi tod@s l@s que vivimos en Europa occidental. Conseguir una carga viral indetectable ya no es un problema para la mayoría. Ahora, sin embargo,

nos enfrentamos a otros retos, como las enfermedades metabólicas, que hoy por hoy constituyen una amenaza real a nuestra calidad y expectativa de vida. Por ello, un grupo de médic@s e investigadores europeos, entre los que se cuentan también españoles, ha aunado esfuerzos para poner en común el conocimiento acumulado durante todos estos años sobre enfermedades metabólicas y VIH que,

Tabla 1. Impacto metabólico de clases de antirretrovirales y de fármacos en particular

		impacto metabólico de los antirretrovirales		
		menos		más
impacto metabólico de los ARV	menos	ITINN	ITIN	IP
		NVP (nevirapina, Viramune®)	3TC (lamivudina, Epivir®) ¹ FTC (emtricitabina, Emtriva®) ² ABC (abacavir, Ziagen®) ³ TDF (tenofovir, Viread®) ⁴	fAPV (fosamprenavir, Telzir®)
		EFV (efavirenz, Sustiva®) ⁵	AZT (zidovudina, Retrovir®) ⁶	ATV/r (atazanavir/ritonavir, Reyataz®/Norvir®) SQV/r (saquinavir/ritonavir, Invirase®/Norvir®)
			ddl (didanosina, Videx®)	LPV/r (lopinavir/ritonavir, Kaletra®) fAPV/r (fosamprenavir/ritonavir, Telzir®/Norvir®) DRV/r (darunavir/ritonavir, Prezista®/Norvir®)
	más		d4T (estavudina, Zerit®)	IDV/r (indinavir/ritonavir, Crixivan®/Norvir®) TPV/r (tipranavir/ritonavir, Aptivus®/Norvir®) RTV a dosis completa (ritonavir, Norvir®)

1 Coformulado con AZT en Combivir®, con ABC en Kivexa® y con AZT y ABC en Trizivir®. **2** Coformulado con TDF en Truvada® y con TDF y EFV en Atripla®. **3** Coformulado con 3TC en Kivexa® y con 3TC y AZT en Trizivir®. **4** Coformulado con FTC en Truvada® y con FTC y EFV en Atripla®. **5** Coformulado con FTC y TDF en Atripla®. **6** Coformulado con 3TC en Combivir® y con 3TC y AZT en Trizivir®.

* Esta tabla forma parte de las directrices de la Sociedad Clínica Europea del SIDA (EACS, en sus siglas en inglés), que fueron presentadas en octubre de 2007 y actualizadas en diciembre del mismo año. En febrero de 2008, un estudio presentado en la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI) asociaba el uso reciente de abacavir y ddl a un mayor riesgo de sufrir un infarto de miocardio (véase artículo *Riesgo de infarto con abacavir y didanosina: estado de la cuestión*, en páginas 41-43).

junto con su experiencia en la práctica diaria, ha dado lugar a la publicación de unas directrices en torno a la prevención y el manejo de las enfermedades metabólicas en personas con VIH ⁽¹⁾. Ésta es su estrategia, que nace con la vocación de extenderse a todos los países europeos.

¿Qué nos pasa?

Si bien es cierto que el uso del tratamiento antirretroviral, y de ciertos fármacos en particular, tiene un impacto negativo en el metabolismo de las grasas y los azúcares, es importante tener en cuenta que hay otros factores que también pueden desempeñar un papel, como la propia infección por VIH, la coinfección por hepatitis C o la herencia genética.

Las combinaciones de antirretrovirales pueden estar más o menos implicadas en las complicaciones metabólicas, según la clase y el fármaco en concreto. La tabla de la página anterior resulta muy útil para tener una idea general del impacto de los fármacos por separado. Podemos decir, en general, que los inhibidores de la proteasa (IP) son la clase con mayor impacto –seguramente por la contribución de ritonavir–, seguida de los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN) y de los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN). Este gráfico no incluye las nuevas clases de fármacos, puesto que, según los autores, los datos disponibles son muy limitados. En cualquier caso, lo que se desprende de la información disponible es que el uso de un inhibidor de la fusión como T-20 (Fuzeon[®]), de un antagonista del CCR5 como maraviroc (Celsentri[®]) o de un inhibidor de la integrasa como raltegravir (Isentress[®]) tiene un impacto limitado en las alteraciones metabólicas.

Si miramos los fármacos por separado, el nucleósido d4T y las combinaciones de IP indinavir/ritonavir, tipranavir/ritonavir y ritonavir a dosis completa son los que en mayor medida se asocian a este efecto. En el otro extremo, como fármacos menos implicados, tenemos al no análogo de nucleósido nevirapina, a los nucleósidos 3TC, emtricitabina, abacavir* y tenofovir, y al IP fosamprenavir cuando se administra sin ritonavir.

Enfermedad cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son las que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos y la primera causa de muerte en todo el mundo entre la población general. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son:

- **La cardiopatía coronaria:** enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio).
- **Las enfermedades cerebrovasculares:** enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro.
- **Las arteriopatías periféricas:** enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores.
- **La cardiopatía reumática:** lesiones del miocardio y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos.

- **Las cardiopatías congénitas:** malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento.
- **Las trombosis venosas profundas y las embolias pulmonares:** coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.
- **Los ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales (AVC):** suelen ser fenómenos agudos que se deben, sobre todo, a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro. Los AVC también pueden deberse a hemorragias de los vasos cerebrales o coágulos de sangre.

Se puede obtener más información sobre enfermedades cardiovasculares en el sitio web de la OMS ⁽²⁾.

¿Qué se puede hacer?

Siguiendo con las directrices de la EACS, además de tener en cuenta qué tratamiento antirretroviral estamos tomando, hay tres medidas preventivas claras, tres cosas que se pueden hacer para que el impacto sea menor y en las que se centra la estrategia que este grupo de expert@s recomienda a nuestro@s médic@s. Son intervenciones en nuestro estilo de vida: dejar de fumar, dieta baja en grasas saturadas y colesterol, y ejercicio físico. Si no lo hemos oído hasta ahora, es posible que en el futuro insistan más en ello.

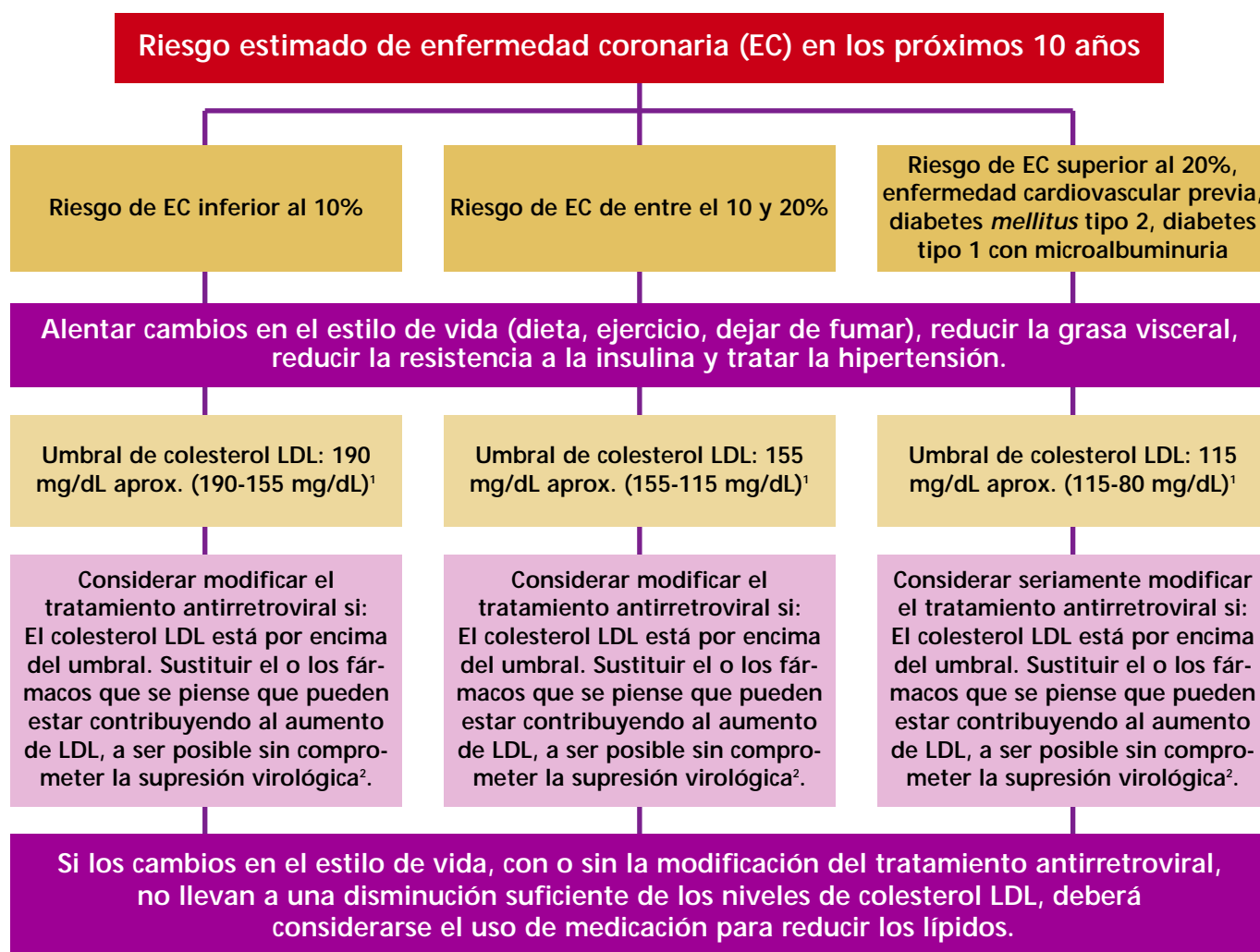
Calcula tu riesgo

En Internet existen herramientas que permiten, fácil y rápidamente, calcular el riesgo de enfermedad cardiovascular. Tú mism@ puedes hacerlo. Basta con que introduzcas tu edad, sexo, si fumas o no, si tienes o no diabetes, si tienes o no hipertrofia ventricular izquierda detectada por electrocardiograma, tu presión sanguínea sistólica (el superior de los dos números que obtienes tras la lectura de la presión, que representa la presión máxima ejercida cuando el corazón se contrae), el colesterol total y el colesterol HDL.

La fórmula por la que se combinan estos valores para dar como resultado el porcentaje de riesgo de cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria (EC) en los siguientes 10 años, se conoce con el nombre de ecuación de Framingham y está disponible en: www.cphiv.dk/tools.aspx. La EC incluye a un grupo de complicaciones cardíacas agudas o crónicas que resultan de un suministro insuficiente de sangre oxigenada al corazón. Según la EACS, la intensidad de los esfuerzos para prevenir la enfermedad cardiovascular depende del riesgo absoluto de EC; por ello, recomiendan el uso de dicha ecuación.

Una vez tengas el resultado, dependiendo de si el porcentaje es inferior a un riesgo del 10%, entre el 10 y el 20% o superior al 20%, las medidas propuestas para reducir dicho riesgo serán distintas. El gráfico de la página siguiente (algoritmo) ha sido creado para que l@s médic@s que nos tratan tengan orientación sobre cómo actuar en cada uno de los tres supuestos anteriores.

Gráfico 1. Prevención de la enfermedad cardiovascular



1 Los valores umbral para el colesterol LDL son más altos que en las directrices para la población general (los valores entre paréntesis son más estrictos y algun@s expert@s los tendrían en cuenta para considerar la intervención). En algunos casos, el colesterol LDL no se puede calcular con fiabilidad por haber niveles muy altos de triglicéridos. En esos casos, se debe usar como referencia un valor de colesterol no-HDL de 30mg/dL, más alto que el correspondiente valor de referencia del colesterol LDL.

2 Las opciones para modificar el tratamiento antirretroviral incluyen:

- Sustituir el inhibidor de la proteasa por un ITINN, por otro IP del que se sepa que causa menos complicaciones metabólicas o por abacavir*. El cambio no debe hacerse

si se sospecha que el paciente puede tener virus con mutaciones que pueden conferir resistencia al fármaco al cual se va a cambiar (el cambio a abacavir no debe realizarse si se sabe o sospecha que podrían haber mutaciones a los análogos de la timidina; por ejemplo, por un uso previo de regímenes subóptimos con ITIN compuestos solamente por uno o dos fármacos).

- Sustituir d4T o AZT por abacavir* o tenofovir. En pacientes con un riesgo a 10 años superior al 20% o con enfermedad cardiovascular previa, el riesgo de experimentar un episodio cardiovascular y de muerte cardiaca será normalmente superior al de la progresión a SIDA o muerte. En est@s pacientes, la estrategia para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular es todavía más apropiada.

REFERENCIAS:

- (1) *Guidelines on the Prevention and Management of Metabolic Diseases in HIV / Version 2 – Dec. 2007 disponible en www.eacs.eu.*
- (2) *Organización Mundial de la Salud www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html*

En el próximo número de LO+POSITIVO seguiremos repasando las directrices de la EACS sobre la prevención y el tratamiento de las complicaciones metabólicas y, entre otros temas, hablaremos del empleo de fármacos para tratar los niveles anómalos de colesterol y triglicéridos.

Riesgo de infarto

con abacavir y didanosina: estado de la cuestión

En la XV Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI), celebrada el pasado mes de febrero en Boston (EE UU), se presentó un póster del estudio D:A:D (siglas en inglés de recopilación de datos sobre efectos adversos de los fármacos anti-VIH) que arrojó unos resultados sorprendentes. Según este gran estudio observacional y prospectivo realizado con más de 33.000 pacientes con VIH repartidos en 11 cohortes en Europa, Australia y EE UU, el uso reciente de abacavir (Ziagen®, y coformulado en Kivexa® y Trizivir®) y didanosina (ddl, Videx®) está asociado a un mayor riesgo de infarto.

Antecedentes del estudio D:A:D

Dentro de la clase de los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN), los dos análogos de la timidina, estavudina (d4T, Zerit®) y zidovudina (AZT, Retrovir® y coformulado en Combivir® y Trizivir®), están asociados con dislipemia, intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina, todos ellos factores de riesgo de infarto de miocardio (IM).

Sin embargo, a diferencia de lo que sucede con los inhibidores de la proteasa (IP), apenas se ha investigado acerca de la relación entre los análogos de la timidina y la incidencia de enfermedad cardiovascular. Por este motivo, el estudio presentado en la CROI tenía inicialmente como objetivo primordial explorar la relación entre la exposición a estavudina y zidovudina y el riesgo de infarto.

Como los IP suelen prescribirse en combinación con ITIN, se realizaron en este estudio los mismos análisis para otros fármacos de esta clase: abacavir, didanosina y lamivudina (3TC, Epivir®), para los cuales había suficiente exposición en la cohorte D:A:D. En cambio, no se incluyó emtricitabina (FTC, Emtriva® y coformulada en Truvada® y Atripla®) ni tenofovir (Viread® y coformulado también en Truvada® y Atripla®) ya que, por su introducción posterior en el mercado, no se disponía de datos suficientes sobre ellos.

Resultados sorprendentes

El estudio D:A:D, actualmente en curso, comenzó en 1999 con la finalidad de examinar los efectos secundarios a largo plazo de los medicamentos frente al VIH, y desde entonces ha recabado datos de 33.347 pacientes de 212 centros médicos repartidos en tres continentes durante una media de 5 años.

En el caso que nos ocupa, se realizó un seguimiento prospectivo equivalente a 157.912 persona-años y 517 pacientes sufrieron un infarto (un 98% de los cuales se produjo entre personas expuestas a uno o más ITIN).

Tras analizar los resultados, no se encontró que el uso acumulativo ni reciente (definido como uso actual o dentro de los últimos seis meses) de zidovudina, estavudina o lamivudina incrementara la incidencia de IM.

Por el contrario, el uso acumulativo de abacavir y didanosina se asoció de modo significativo a un aumento del riesgo de ataque al corazón (riesgo relativo [RR] por año de uso de 1,14 para abacavir [IC95%: 1,08-1,21; p<0,01] y de 1,06 para ddl [IC95%: 1,01-1,12; p=0,03]. En un modelo de análisis circunscrito al empleo reciente también se predijo un aumento del riesgo de infarto de miocardio (RR por año de uso de 1,90 y 1,49 para abacavir y ddl, respectivamente; p<0,01). En un tercer modelo, se pronosticó un mayor riesgo de IM con la utilización reciente de estos dos fármacos, pero no con el pasado.

Los investigadores sopesaron la posibilidad de que un sesgo de selección en el estudio explicase estos inesperados resultados, ya que, por su perfil lipídico neutro, abacavir y ddl tienden a prescribirse a los pacientes que presentan un riesgo cardiovascular preexistente elevado. Sin embargo, tras ajustar el análisis para los factores de riesgo subyacente, los resultados apenas variaron.

En sus conclusiones, los autores del estudio D:A:D aseguran que, contrariamente a la hipótesis inicial, "el uso de análogos de la timidina no se asocia con un mayor riesgo de infarto de miocardio"; sin embargo, "de forma sorpresiva, el empleo reciente de abacavir y ddl se asocia con un aumento del riesgo [relativo] de infarto de un 90% y un 49%, respectivamente". Este riesgo –cuya explicación biológica se desconoce– es reversible, independiente del tiempo de uso y más acusado en pacientes con riesgo cardiovascular subyacente.

Los investigadores se explican

Ante el carácter inesperado de los resultados y dada la alarma que la difusión de los mismos ha originado, el Comité Directivo del D:A:D ha emitido un comunicado de prensa para contextualizar las conclusiones de la investigación y disipar, en la medida de lo posible, las dudas que los usuarios de abacavir y ddl pudieran tener.

En primer lugar, en sus declaraciones, el propio Comité responsable del estudio recuerda que, si bien éste se ha hecho a partir de "un gran número de pacientes durante un largo periodo de tiempo", se trata de un estudio observacional, no de un "ensayo clínico en el que los pacientes se hayan distribuido de forma aleatoria para recibir

uno u otro fármaco, por lo que resulta imposible excluir del todo la posibilidad de que los hallazgos se deban a un sesgo". No obstante, prosigue, "los autores examinaron esta posibilidad en profundidad y no pudieron encontrar ninguna prueba de sesgo apreciable".

En segundo lugar, el comunicado señala que "el efecto de abacavir y ddl fue más acusado en términos absolutos en pacientes con un riesgo cardiovascular subyacente debido a otros factores (como una mayor edad, fumar, diabetes y niveles elevados de colesterol). Por lo tanto, las implicaciones clínicas de los resultados del estudio deben tener en cuenta el riesgo cardiovascular subyacente de cada paciente".

En tercer lugar, el Comité del D:A:D relativiza el supuesto aumento del riesgo de IM atribuible a abacavir al ponerlo en relación con el riesgo que representa consumir cigarrillos (un 1,9 frente a un 2,0-3,0, o –si se prefiere–, un 90% frente a un 100%-200%, respectivamente). Dicho con otras palabras, una persona que fume y tome abacavir tiene, en términos relativos, un riesgo sustancial de sufrir un ataque al corazón, pero para alguien que se encuentre en un caso así, "dejar de fumar reduciría más el riesgo de sufrir un ataque al corazón y otras enfermedades graves que abandonar abacavir".

Por último, "l@s autores del estudio recomiendan a l@s pacientes que están recibiendo abacavir o ddl que consulten y sopesen con su médico si es apropiado introducir alguna modificación en su régimen antirretroviral". Ante todo, subrayan, "l@s pacientes no deberían interrumpir la toma de ningún fármaco sin hablarlo previamente con su médico". El comunicado nos recuerda que la decisión sobre continuar o no con estos fármacos dependerá de la existencia de otros factores de riesgo de IM y de las combinaciones antirretrovirales disponibles para cada individuo.

Riesgo relativo y absoluto: ¿de qué estamos hablando?

De igual modo, el Comité aclara que el aumento del 90% del riesgo de infarto es relativo, esto es: se trata de un aumento con respecto a alguien que no tome este fármaco. Sin embargo, el riesgo real o absoluto de IM en la cohorte D:A:D en su conjunto es todavía bajo: un paciente de cada 64 (aproximadamente un 1,6%) en 5 años.

No obstante, también es preciso advertir, una vez más, que el riesgo real que cada un@ afronta al tomar abacavir o ddl depende de su historia médica; es decir, si el riesgo subyacente (el que se deriva de otros factores) de padecer un IM es muy bajo, añadir a ese riesgo un 90% no significa gran cosa. Pero si el riesgo subyacente es ya de por sí alto o muy alto, entonces la situación cambia de forma sustancial.

Los laboratorios responden

Por su parte, tras difundirse los resultados de este estudio, GlaxoSmithKline (GSK), la farmacéutica titular de los medicamentos que contienen abacavir, llevó a cabo una revisión retrospectiva de 54 ensayos clínicos con más de 14.000 pacientes, de l@s cuales más de 9.600 recibieron abacavir. Los resultados de los análisis de GSK entran en contradicción con los del estudio D:A:D, puesto que no han encontrado ningún



aumento del riesgo de infarto de miocardio (con una tasa de IM de 1,7 por 1.000 persona-años en aquellos participantes que habían tomado abacavir en comparación con una tasa del 2,4 por 1.000 persona-años para quienes no habían estado expuest@s al fármaco).

Asimismo, GSK sostiene que las conclusiones del estudio D:A:D resultan sorprendentes por cuanto no parece haber ninguna razón biológica en el funcionamiento de abacavir que explique el supuesto aumento del riesgo de IM. De hecho, la farmacéutica recuerda que, "a menudo, se ha preferido abacavir a causa de su favorable perfil lipídico y glucósido". En todo caso, GSK manifiesta que sigue trabajando junto con el grupo D:A:D para aclarar la situación.

A este respecto, l@s autores del editorial del 2 de abril de 2008 de la prestigiosa revista *The Lancet* han criticado el análisis de GSK por basarse "sólo en 18 infartos de miocardio", y porque los estudios en los que se apoya "no están diseñados para hallar episodios [adversos] poco frecuentes".

Las agencias reguladoras de EE UU y Europa se pronuncian

La Agencia de la Alimentación y el Medicamento de EE UU (FDA, en sus siglas en inglés) ha emitido un comunicado a propósito del estudio D:A:D en el que advierte que está estudiando los datos disponibles y que aún es pronto para tomar ninguna medida reguladora, por lo que evita pronunciarse sobre el fondo del asunto mientras no disponga de más información. Considera, además, que los análisis de D:A:D son "incompletos", al no evaluar el riesgo de IM de

tenofovir y emtricitabina, otros dos fármacos de la clase de los ITIN. En cuanto a los análisis llevados a cabo por GSK y Bristol Myers Squibb (BMS) sobre abacavir y ddl, respectivamente (resultados que no han evidenciado ningún aumento del riesgo de IM con estos fármacos), la FDA los considera "no concluyentes".

A la espera de que se ultime la evaluación que está llevando a cabo, la FDA no considera probada la relación causal entre IM y abacavir y ddl, pero aconseja a pacientes y médicos que sopesen los riesgos y beneficios de los diferentes fármacos que emplean, incluyendo los dos ITIN mencionados.

Por otra parte, la Agencia Europea del Medicamento a través del Comité de Medicamentos para Uso Humano y de su Grupo de Trabajo de Farmacovigilancia (EMA, CHMP, PhvWP, respectivamente, en sus siglas en inglés) ha emitido un comunicado, con fecha dos de abril, en el que se afirma –en sintonía con la FDA– que: "Los datos disponibles no permiten extraer una conclusión definitiva sobre la asociación entre el uso de abacavir y un aumento del riesgo de infarto de miocardio." Asimismo, añade que, en este momento, no se requiere ningún cambio relativo al etiquetado de abacavir y señala que es necesaria mayor información para determinar el riesgo de infarto de miocardio con medicamentos que contengan este fármaco. La EMA ha solicitado información sobre estudios epidemiológicos en curso para poder valorar plenamente este riesgo.

El comunicado de la EMA recomienda que "los pacientes continúen tomando la medicación y consulten con su médico cualquier preocupación que tengan", y concluye abogando para que se tomen medidas "con el fin de minimizar o controlar los factores de riesgo modificables, como el consumo de tabaco, la hipertensión, la hiperlipemia y la diabetes mellitus tipo 2".

En la línea de las recomendaciones de la FDA y la EMA, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) recomienda a los pacientes que hablen con su médico en caso de duda, mientras pide a los facultativos que prescriben abacavir o ddl: "que controlen o minimicen los diferentes factores de riesgo conocidos de sufrir un infarto".

Revisión de directrices

Por último, el borrador de las directrices para el tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana de la Asociación Británica del VIH (BHIVA, en sus siglas en inglés) también se ha hecho eco del estudio D:A:D y, aunque reconoce que son necesarios más análisis, aconseja tener precaución a la hora de elegir "Kivexa® en pacientes con un elevado riesgo de enfermedad cardiovascular". Dado que estas directrices marcan tendencia a escala internacional, es interesante que el borrador recomiende Truvada® (tenofovir y FTC) como combinación preferente en pacientes naive y relegue Kivexa® como combinación alternativa.

Al cierre de esta edición, hemos sabido que el panel que elabora las directrices de tratamiento del VIH en EE UU, en consonancia con la FDA, ha comunicado que, de momento, no piensa efectuar cambios en sus recomendaciones por considerar que los datos disponibles todavía no son concluyentes.

¿En qué quedamos?

En resumen, en este momento no es posible adoptar una posición inequívoca, ya que los resultados del estudio D:A:D no son definitivos y están siendo revisados por diferentes grupos de investigación y por las agencias del medicamento europea y estadounidense; así pues, es aconsejable cierta cautela. Cabe esperar que, en breve, se produzcan novedades. Mientras tanto, hasta que no haya más información, si una persona está tomando abacavir o ddl y presenta un alto riesgo cardiovascular subyacente (nivel elevado de colesterol, hiperlipemia, hipertensión, diabetes, tabaquismo, historial familiar de enfermedad cardiovascular, etc.), debería valorar con su médico qué decisión tomar para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. En cualquier caso, bajo ningún concepto es aconsejable interrumpir la medicación sin consultar previamente con el médico.

FUENTE: *Hivandhepatitis.com / thebody.com / El.propia.*

- REFERENCIAS:**
- *Sabin C, Worm S, Weber R, et al, and the D:A:D Study Group. Do thymidine analogues, abacavir, didanosine and lamivudine contribute to the risk of myocardial infarction? The D:A:D study. In: Program and abstracts of the 15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; February 3-6, 2008; Boston, Mass. Abstract 957c.*
 - *The D:A:D Steering Committee. Position statement on recent use of abacavir and didanosine, but not of thymidine analogues, is associated with risk of myocardial infarction. Copenhagen HIV Programme. February 4, 2008.*
 - *D:A:D study group. Use of nucleoside reverse transcriptase inhibitors and risk of myocardial infarction in HIV-infected patients enrolled in the D:A:D study: a multi-cohort collaboration. The Lancet. Published online 2nd April 2008.*
 - *Stein JH and Currier JS. Risk of myocardial infarction and nucleoside analogues. The Lancet. Published online 2nd April 2008.*
 - *Abacavir and the potential risk of myocardial infarction. Correspondence The Lancet Early Online Publication, 2 April 2008.*
 - *GSK says its abacavir trials show no heart attack risk Adam Legge, Wednesday, April 02, 2008.*
 - *Comunicado de la EMA: Further data needed to determine risk of heart attack with abacavir. April 2 2008. www.emea.europa.eu.*
 - *Early Communication about an Ongoing Safety. Review of Ziagen (Abacavir) and Videx (Didanosine). US Food and Drug Administration.*
 - *Community Statement: GSK Statement in Response to D:A:D Data on Abacavir.*
 - *SMarc Meachem, Product Communications, GlaxoSmithKline. March 27, 2008.*
 - *BHIVA guidelines for the treatment of HIV-infected adults with antiretroviral therapy 2008.*
 - *Com. sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Nota inf. Agencia Española del Medicamento 03/04/08.*
 - *DHHS Adults and Adolescents Antiretroviral Treatment Guidelines Panel. Communication Regarding Abacavir. April 4, 2008. http://AIDSinfo.nih.*

VIH y trabajo

Han transcurrido más de 25 años desde la aparición oficial de la epidemia de VIH/SIDA, y más de una década desde la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). En este tiempo, la enfermedad se ha cobrado millones de vidas y, sin embargo, hemos asistido a notables avances en el terreno médico, los cuales se han traducido en una mejora de la esperanza y la calidad de vida de las personas en países con acceso a la medicación.

Pese a lo mucho que aún queda por hacer, no cabe duda de que la ciencia ha ido ganando terreno en su lucha frente al virus. Combinaciones antirretrovirales más efectivas y menos tóxicas, nuevas familias de fármacos, medios profilácticos en desarrollo, son todos elementos familiares en el panorama médico actual.

Con todo, el fenómeno del VIH/sida va mucho más allá de los aspectos médicos. Existe toda una dimensión social, asociada con valores, imágenes y prejuicios, en la que las personas con VIH se han visto obligadas a encarar un desafío no menos arduo: el del estigma y la discriminación.

En efecto, a pesar de los avances conseguidos, la percepción social de la enfermedad dista mucho de la normalización que sería deseable: como consecuencia del estigma que aún hoy acompaña al VIH, los derechos sociales de las personas que viven con el virus todavía siguen siendo vulnerados. Y el derecho al trabajo no es una excepción.

En un reciente estudio francés, publicado en la revista *Occupational and Environmental Medicine*, el seguimiento realizado a 478 participantes seropositivos, seleccionados en distintos hospitales de Francia y en activo en el momento del diagnóstico, pone de manifiesto que el riesgo de perder el trabajo es mayor entre este colectivo que entre la población general. No obstante, este riesgo era mucho mayor en el caso de las mujeres y de los trabajadores con menor nivel educativo, lo que apunta a la necesidad de afrontar la cuestión de la discriminación en su conjunto.

Informe FIPSE

En España, tenemos que remontarnos a 2005 para encontrar el primer (y por ahora único) estudio de ámbito nacional sobre la discriminación que sufren las personas que viven con VIH o SIDA. Nos referimos al conocido como informe FIPSE (por su promotor, la Fundación para la Investigación y la Prevención del sida en España). Según este estudio, dirigido por el Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid y por Cruz Roja Española, en nuestro país "no existe discriminación estipulada por ley con respecto a las personas que viven con VIH/SIDA". En el plano legal, los artículos 314 del Código Penal y 17 del Estatuto de los Trabajadores prohíben expresamente toda discriminación en el ámbito laboral por razón de enfermedad; y, en general, la Constitución española niega cobertura legal a



cualquier norma jurídica que discrimine a una persona por el hecho de tener el VIH/SIDA.

Ahora bien, aunque la ley no sea en origen discriminatoria, una cosa es lo que ésta dice y otra muy diferente, cómo se aplica. El propio informe recuerda que el Estado es el garante del correcto cumplimiento de la ley: en caso contrario, si los actos de discriminación "se siguen produciendo de forma estructural y escapan al control jurídico, podríamos pensar que el Estado está incumpliendo con su obligación de actuar para eliminar la discriminación". ¿Es éste el caso por lo que respecta al VIH?

El informe no maneja datos concluyentes, pero reconoce que "las tasas de empleo [de las personas con VIH/SIDA] podrían ser inferiores a las de la población general y a las tasas de empleo de estas mismas personas antes de diagnosticarse la infección". Y continúa: "La pérdida del puesto de trabajo y de ingresos laborales podría estar teniendo lugar cuando se diagnostica la infección por VIH o SIDA".

En realidad, son muchos los testimonios directos (el propio informe FIPSE recoge algunos) que dan fe de los escollos que las personas que viven con VIH/sida deben salvar en el ámbito laboral y que son una demostración flagrante de la existencia de prácticas discriminatorias condenadas por la ley, como la realización de pruebas obligatorias de VIH antes de la contratación y durante el desempeño del trabajo, la falta de

confidencialidad sobre los resultados de los exámenes médicos, las preguntas relacionadas con el estado serológico en los formularios o durante la entrevista de reclutamiento, y el despido o cambio en las condiciones de empleo por razón del estado serológico.

Los datos de que dispone el Observatorio de Derechos Humanos y VIH/sida de Red2002 (una red comunitaria de ONG entre cuyos objetivos se encuentra la orientación legal y la defensa de los derechos de las personas con VIH) apuntan precisamente al campo laboral como aquel donde mayor número de abusos se cometen, seguido por el ámbito sanitario y la vida cotidiana. El informe del Observatorio de Red2002 para 2007 pone de manifiesto que, por primera vez, la mayoría de las consultas recibidas en su asesoría jurídica se refirió a empleo (un 30,5% del total). En su mayor parte, estas consultas fueron sobre la obligatoriedad de la prueba del VIH para acceder a un puesto de trabajo, aunque también fueron frecuentes las que tenían que ver con la obligatoriedad de la prueba en los exámenes médicos anuales de la empresa, el *mobbing* o acoso laboral, el despido improcedente y la confidencialidad por parte de los médicos de la mutua o de la empresa.

Como afirma Lierni Irizar Lazpiur, del Observatorio, "las leyes son necesarias pero, como hemos visto con el maltrato a la mujer, por sí solas no resuelven el problema. Hay que poner muchos medios para que las cosas cambien a nivel social". ¿Pero cómo combatir la discriminación y el estigma asociados al VIH/sida? A juicio de Irizar, es preciso hacer un mayor esfuerzo en el ámbito de los derechos humanos y sociales ("el gran tema pendiente", lo denomina), y para ello hay que trabajar no sólo la información, a fin de subsanar la ignorancia que aún rodea el VIH, sino también los prejuicios que hacen que ciertas personas sean consideradas rechazables e inferiores por ser diferentes.

En cuanto a recomendaciones concretas a las personas que se encuentren en una situación discriminatoria, Irizar se muestra prudente: "es un ámbito muy delicado", afirma. Y añade: "Una cosa, por ejemplo, es que tú sepas que tienes derecho a negarte a realizarte la prueba antes de acceder a un trabajo, o en el examen médico anual de la

Con el sida, hacemos nuestro trabajo



*Hace su trabajo como
todo el mundo.*

*No discriminemos a las
personas con sida.*



Bajo el lema '*Amb la sida, fem la nostra feina*' ("Con el sida, hacemos nuestro trabajo"), los Departamentos de Trabajo y de Salud del Gobierno catalán realizaron entre el 20 de noviembre y el 5 de diciembre de 2007 una campaña en prensa, televisión, radio, Internet y otros soportes publicitarios para combatir la discriminación que padecen las personas con VIH en el ámbito laboral.

En colaboración con sindicatos, empresarios, ONG de lucha frente al sida y otras entidades del mundo del trabajo, la iniciativa (la primera de este cariz en España) perseguía concienciar a la opinión pública sobre la existencia del problema, modificar las actitudes estigmatizadoras y ofrecer apoyo e información a las personas que consideraban que habían sido objeto de discriminación a causa de su condición serológica.

Teniendo como eje principal la defensa de los derechos humanos, las libertades fundamentales y el principio de igualdad de oportunidades, la campaña pretendía transmitir dos ideas básicas: por una parte, que las personas con VIH/sida pueden desempeñar las tareas propias de su trabajo como todo el mundo y, por otra, al igual que sucede en las situaciones de la vida familiar y social, que no existe riesgo de transmisión del virus en las relaciones laborales.

En conjunto, el impacto de la campaña fue considerable, ya que, según las encuestas realizadas, el 59% de la población mayor de 16 años vio o escuchó alguno de los mensajes publicitarios. Y aunque no es fácil traducir en cifras el efecto real de una iniciativa de este tipo, sería deseable que cundiese el ejemplo y que otras administraciones y agentes sociales del resto del país se movilizaran para convertir en realidad los derechos que nuestra legislación reconoce a todas las personas, incluyendo a aquellas que viven con el VIH.

empresa, y otra es poder hacerlo. Cada un@ tiene que valorar muy bien los respaldos que tiene, su situación personal." De ahí que concluya que lo importante es buscar apoyo.

En este sentido, el Observatorio de Derechos Humanos y VIH/sida de Red2002 ofrece una primera asesoría sobre legalidad, pero hay muchas otras organizaciones donde un@ puede buscar orientación. Por ejemplo, la Coordinadora Estatal de VIH/sida (CESIDA) y la Universidad Carlos III, en el marco del programa conjunto Clínica Legal, subvencionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Plan Nacional sobre el Sida, acaban de poner en marcha ISSonline, una iniciativa para dar respuesta a la creciente necesidad de información y asesoramiento en materia de seguridad social y trabajo para aquellas personas con VIH en situaciones especiales (discriminación, pensiones, invalidez, etc.). Para utilizar ISSonline no es preciso identificarse; basta con enviar un correo electrónico a coordinacionproyectos@cesida.org y el usuario recibirá una respuesta en un plazo no superior a 72 horas.

Resulta evidente que aún queda mucho por hacer, tanto en la esfera legal como en la social, para que los derechos de las personas afectadas por el VIH/sida sean respetados de una manera efectiva. Lo que hemos visto que sucede en el ámbito laboral es buena muestra de ello.

REFERENCIAS:

- 1) *Dray-Spira* 1 R (2), *Gueguen A* (1, 2), *Lert F* (1, 2), *the VESPA Study Group*. "Disease severity, self-reported experience of workplace discrimination and employment loss during the course of chronic HIV disease: differences according to gender and education". *Occup Environ Med*. 2008 (Feb.); 65(2): 112-119.
- 2) FIPSE. *Discriminación y VIH/sida 2005. Estudio FIPSE sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o SIDA*. www.fipse.es/Informe%20discriminacion.pdf
- 3) *Observatorio de Derechos Humanos y VIH/SIDA. Informe de consultas (del 1 de enero al 31 de diciembre de 2007)*. www.observatorio.red2002.org.es
- 4) *Entrevista personal con Lierni Irizar Lazpiur*.
- 5) *Generalitat de Catalunya. Campaña contra la discriminación de personas con VIH/sida a l'àmbit laboral*. www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir474/doc12441.html
- 6) *Oficina Internacional del Trabajo. El VIH/sida y el mundo del trabajo*. Ginebra, 2008. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@econfd/documents/meetingdocument/wcms_090193.pdf

Repertorio de recomendaciones prácticas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Principios fundamentales del Repertorio de recomendaciones prácticas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre el VIH/sida y el mundo del trabajo adoptado en 2001

1. Reconocimiento del problema del VIH/sida en el ámbito laboral

El VIH/sida constituye un problema en el lugar de trabajo, no solamente porque afecta a los trabajadores, sino porque el centro de trabajo puede desempeñar un papel fundamental en la lucha frente a la propagación y los efectos de la epidemia.

2. Acabar con la discriminación

No debería existir discriminación o rechazo alguno (estigmatización) hacia los/las trabajadores/as basados en una infección por el VIH real o supuesta.

3. Igualdad entre hombres y mujeres

Unas relaciones de género más igualitarias y la potenciación de las mujeres son indispensables para prevenir eficazmente la propagación de la infección por el VIH y

para que las mujeres puedan hacer frente al VIH/SIDA.

4. Un ambiente de trabajo sano

El ambiente de trabajo debería ser sano y seguro, así como adaptado al estado de salud y a las facultades de los trabajadores.

5. El diálogo social

La aplicación cabal de una política y un programa frente al VIH/sida requiere la colaboración y la confianza mutua entre los empleados, los trabajadores y el Gobierno.

6. Prohibición de llevar a cabo pruebas de detección con fines laborales

No se debería exigir la presentación de diagnósticos relativos al VIH a los solicitantes de un puesto de trabajo ni a quienes ejercen un empleo. No se deberían realizar pruebas de detección del VIH en el lugar de trabajo, salvo en los casos previstos por el presente Repertorio.

7. Confidencialidad

El acceso a los datos personales sobre la eventual seropositividad de un/a trabajador/a debería regirse por las normas de confidencialidad

que concuerden con los instrumentos de la OIT.

8. Continuación de la relación de trabajo

Una infección por el VIH no constituye una causa justificada de despido. Las personas con enfermedades derivadas del VIH deberían tener la posibilidad de trabajar mientras sean médicamente aptas para hacerlo en condiciones apropiadas.

9. Prevención

Los interlocutores sociales ocupan una posición óptima para impulsar la prevención mediante el suministro de información y educación, y apoyar los cambios en las actitudes y comportamientos.

10. Asistencia y apoyo

En el lugar de trabajo, la actitud ante el VIH/sida debería inspirarse en la solidaridad y la prestación de asistencia y apoyo. Todos los trabajadores/as tienen derecho a unos servicios médicos asequibles, así como a disfrutar de las prestaciones de los regímenes obligatorios de seguridad social y de los planes de previsión profesionales.

Victorias en 2007:

menos patentes y más licencias obligatorias

Se suele decir entre activistas que las campañas de acceso a medicinas esenciales sientan precedentes con efecto 'bola de nieve'. Tras la victoria del Gobierno de la India sobre la farmacéutica Novartis –la compañía suiza interpuso y perdió una demanda sobre la sección 3ª de la Ley india de Patentes– y la muy publicitada decisión del Gobierno de Tailandia de emitir licencias obligatorias para medicamentos para el VIH y las enfermedades coronarias, podemos afirmar que estamos ante un movimiento creciente de retirada de patentes y de emisión de licencias obligatorias. Estas decisiones abren el camino del acceso a medicamentos nuevos y a un coste menor. Pero esta apertura sólo se consolidará si más países modifican sus leyes de patentes y sacan partido de las salvaguardas sobre salud pública incluidas en los acuerdos internacionales sobre propiedad intelectual (TRIPS, en sus siglas en inglés), como han hecho la India y Tailandia.

Victoria sobre las patentes

En el verano de 2006, después de protestas masivas en Bangalore y Bangkok, GlaxoSmithKline (GSK) retiró su solicitud de patente para lamivudina/zidovudina (Combivir® o Combid®), una importante combinación antirretroviral de primera línea en la India y, quizá de forma más perceptible, en Tailandia. La retirada en la India era claramente forzosa bajo la nueva Ley de Patentes de 2005 del Gobierno indio, con estándares muy estrictos que prohíben patentar meras combinaciones de medicamentos ya existentes; incluso bajo la ley tailandesa, más laxa y 'occidentalizada,' era preceptivo retirar la solicitud de patente. Combivir® es una simple combinación, a dosis fija, de dos fármacos ya descubiertos y no entrañaba ninguna novedad ni un avance en la innovación. El nuevo "ingrediente principal" en la combinación era la silicona –una adición trivial representada gráficamente por los manifestantes indios cuando volcaron arena delante de la oficina de GSK–. El triunfo sobre Combid® en Tailandia recordaba otra victoria del activismo en 2004; esta vez, un sólido movimiento de la sociedad civil forzó a Bristol-Myers Squibb (BMS) a abandonar su patente sobre didanosina (ddI).

GSK tomó buena nota, pero Novartis no y cuestionó la legalidad constitucional de la sección 3ª de la Ley india. Una vez más, el activismo internacional se movilizó y el buen trabajo del

colectivo indio de abogados (Lawyers Collective), entre otros, supuso una sonora derrota de Novartis en el Tribunal Supremo de Chennai, en agosto de 2007. Todos los esfuerzos de Novartis por socavar los estrictos estándares de patentabilidad en la India fueron baldíos.

Los activistas sostenían que el caso Novartis tenía implicaciones críticas para el acceso a los medicamentos, algo evidente en el caso del VIH/SIDA, pero también en el de otras enfermedades. La cuestión es que había miles de patentes esperando para ser registradas en la India y la mayoría sólo implicaba ligeras modificaciones de fármacos ya registrados antes de 1995.

Si Novartis hubiera ganado, muchas de esas solicitudes de patente habrían seguido su curso y un gran número de ellas hubieran sido aprobadas. Sin embargo, tras la derrota de Novartis, la propia industria farmacéutica comenzó a revisar, desde el punto de vista estratégico, sus peticiones de patente y a descartar las que no tenían posibilidades de prosperar.

El ejemplo más reciente es la retirada por parte de GSK de dos solicitudes de patente de los antirretrovirales abacavir y Trizivir® (GSK drops claims on two AIDS medicines, *The Economic Times*, 7 de diciembre de 2007). Algunas fuentes informan de que, la decisión de GSK de retirar tales solicitudes se produce como respuesta a la derrota de Novartis en los tribunales, y también para evitar que



una presumible sentencia desfavorable sentara un precedente que pudiera minar futuros registros de patente en países con criterios menos estrictos.

El triunfo indio en detener la marea de solicitudes de nuevas patentes para productos ya existentes sólo con ligeras o mínimas variaciones debería servir de inspiración e infundir coraje a activistas de todo el mundo. Sin duda, la India ha fijado un nuevo y defendible estándar que permite patentar sólo productos farmacéuticos verdaderamente innovadores. El parlamento de Filipinas está considerando ya una enmienda legislativa de acuerdo con la Sección 3ª de la Ley india de Patentes, pero el impulso no debería parar ahí. Otros países

podrían aligerar el trabajo acumulado en sus oficinas de patentes y exigir mayores niveles de patentabilidad para medicamentos siguiendo la senda iniciada por la India.

El éxito indio se ha visto reforzado por la existencia de procedimientos de oposición previa a la concesión de patentes, que permiten que grupos de consumidores, fabricantes de genéricos, activistas y especialistas en propiedad intelectual intervengan y veten la aprobación de patentes dudosas. En la India, ya existen quince expedientes de oposición previa referentes a fármacos para el VIH y el número es probable que se incremente, ya que los grupos implicados comienzan a apreciar la importancia de neutralizar casi un 95% de las solicitudes de patente en productos farmacéuticos que se pueden rechazar bajo estándares indios, aunque tengan vía libre en la oficina de patentes de EE UU.

Victoria de las licencias obligatorias

Hace casi una década, los activistas en Tailandia emprendieron una campaña para convencer al Gobierno tailandés de que emitiera licencias obligatorias para medicamentos para el VIH/SIDA. Aunque el primer intento con ddl en 1999 fracasó debido al temor a represalias comerciales de EE UU, los activistas persistieron y una nueva dirección en el Ministerio de Sanidad tailandés propició la emisión de licencias obligatorias para efavirenz, lopinavir/ritonavir y clopidogrel (un inhibidor de la agregación plaquetaria indicado en problemas circulatorios) entre finales de 2006 y principios de 2007.

Por supuesto, Tailandia no fue el primer país en vías de desarrollo en emitir licencias obligatorias de fármacos para el SIDA. Malasia e Indonesia ya lo habían hecho para los regímenes de primera línea, al igual que una media docena de países africanos. Sin embargo, entre los países de renta media con un gran número de personas viviendo con VIH/SIDA, Tailandia fue el primero en emitir licencias obligatorias para los costosos fármacos de segunda línea. Brasil ya había amagado también con emitir tales licencias, pero al final, sin demasiada visión de futuro, se había conformado con rebajas en el precio. La repercusión del liderazgo tailandés no se hizo esperar. Poco después del audaz avance del Gobierno tailandés, Brasil emitió una licencia obligatoria sobre efavirenz el 4 de mayo de 2007. Indonesia ya lo había hecho un poco antes, en marzo; aunque, a diferencia de Brasil, no llamó la atención de la *Gran Farma*, de la Oficina de Comercio Exterior de EE UU (USTR, en sus siglas en inglés) ni del ejército de ideólogos de derechas que han montado una monumental campaña de desinformación sobre la legalidad y la conveniencia de las licencias obligatorias.

Alentada por Tailandia, Indonesia está considerando licencias adicionales sobre tenofovir, ddl (Videx®) y lopinavir/ritonavir. El proactivo Ministerio de Sanidad de Tailandia sopesa, asimismo, la emisión de licencias obligatorias sobre cuatro medicamentos para el cáncer y hasta veinte para otros fármacos que tratan la hipertensión, la diabetes y la hiperlipidemia. Abogados sudafricanos han solicitado a la Comisión de la Competencia de su país obtener licencias obligatorias para efavirenz, tanto para promover la competencia como para permitir la coformulación de las combinaciones a dosis fijas.

Gran Farma: En inglés *Big Pharma*; se utiliza para referirse a aquellas compañías farmacéuticas cuyos beneficios sobrepasan los tres mil millones de dólares al año. Se estima que unas diez compañías controlan más del 50% del mercado mundial.

Licencia voluntaria: Es la autorización para producir, vender o importar un producto acordado por el dueño de una patente a una empresa o a un gobierno.

Licencia obligatoria: Se aplica a las patentes cuando las autoridades conceden licencia a empresas o personas distintas del titular de la patente para utilizar los derechos de la misma –fabricar, usar, vender o importar un producto protegido por una patente– sin el permiso del titular. Permitido en el marco del Acuerdo sobre los ADPIC, a condición de que se cumplan ciertos procedimientos y condiciones.

TRIPS: En español ADPIC (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio); son los acuerdos de protección de patentes y de propiedad intelectual auspiciados por Organización Mundial de Comercio (OMC).

TRIPS plus: Concepto que hace referencia a la adopción o imposición de acuerdos o prácticas multilaterales, regionales o nacionales sobre propiedad intelectual, que van más allá de los acuerdos recogidos en TRIPS de la OMC.

La mayoría de las licencias hasta la fecha ha sido expedida para uso gubernamental. Esta forma de concesión de licencias tiene ciertas ventajas –de hecho, se utiliza ampliamente en los países ricos, incluido EE UU–, ya que obvia la necesidad de negociaciones previas con la compañía farmacéutica y reserva al titular de la patente el control del monopolio en el sector privado. De esta modo, se contrarrestan las alegaciones de que los beneficios se evaporan y de que se pone en peligro la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos.

Sin embargo, también existen algunos inconvenientes en la utilización gubernamental de las licencias, especialmente si se tiene en cuenta la presión ejercida sobre Tailandia, a pesar de que dispuso una buena reserva para satisfacer al sector privado. El primer inconveniente, tal vez no tan evidente en Tailandia como en otros países, es que muchas personas sin recursos no pueden acceder a los medicamentos en las farmacias del sector público, puesto que, a menudo, sufren desabastecimiento o no cuentan con fármacos básicos. Estos pacientes deben entonces acudir a farmacias del sector privado donde prevalecen los precios de monopolio. Así pues, en países que soportan el peso de la enfermedad y donde una gran parte de la población depende *de facto* de la dispensación de medicamentos a través del sector privado, puede que las licencias de uso gubernamental sean una solución imperfecta para garantizar el acceso universal.

La segunda desventaja es que tener dos regímenes de tasación en el mismo país –precios altos en el sector privado y precios bajos en el público– propicia el "arbitraje" o, más exactamente, el hurto y la reventa de las medicinas del sector público a los consumidores del sector privado. En tercer

lugar, el tema de evitar negociaciones tal vez esté sobrevalorado, puesto que los gobiernos pueden fijar cortos periodos de tiempo para tales negociaciones e insistir en plazos estrictos a favor del acceso, ya sea por ley o por petición de negociación.

La estela del triunfo tailandés se difuminará a menos que otros países en desarrollo sigan con la emisión de licencias obligatorias. De hecho, el escenario idóneo sería que muchos países en desarrollo cooperasen de verdad en la selección y sincronización de licencias obligatorias. Es más probable que los productores de genéricos inviertan el millón o millón y medio de dólares necesarios para formular un equivalente genérico si constatan un apreciable mercado en países en vías de desarrollo. Hay que recordar que, a mercados más grandes, más seguros y predecibles, mayor número de productores en el mercado con capacidad para fabricar según necesidad. La combinación de competencia y eficacia generará precios más reducidos y proveedores más fiables y en mayor número.

La forma más sólida de cooperación entre países en vías de desarrollo podría ser la creación de grupos de

patentes que permitieran la negociación coaligada de licencias voluntarias y licencias obligatorias. Como alternativa, estos países podrían crear 'grupos de compra' regionales y/o trabajar junto a la Fundación Clinton (al menos en el caso de los antirretrovirales). Con todo, para maximizar la fuerza Sur-Sur los países tendrían que ser más resueltos en enmendar su legislación respecto a patentes y sacar todo el partido de las salvaguardas sobre salud pública incluidas en los acuerdos internacionales sobre patentes (TRIPS) para emitir licencias obligatorias.

La estrategia compensatoria actual de la *Gran Farma* –además de las tácticas intimidatorias de la Oficina de Comercio Exterior de EE UU, que llegan hasta la retirada de productos– parece ser el uso de descuentos estratégicos y el otorgamiento restrictivo de licencias. Aunque estas concesiones parezcan tentadoras a corto plazo –reducen la amenaza de sanciones comerciales y de embargo de productos–, a la larga son fútiles, porque se sigue bajo el control de la industria farmacéutica y se impide la entrada de genéricos. Un peligro incluso mayor lo entrañan los llamados 'acuerdos de libre comercio', sobre los

que EE UU procura imponer las protecciones TRIPS plus de propiedad intelectual que obstaculizan la capacidad de los países para asegurar el acceso universal.

Conclusión

De entre los logros del cabildeo mundial en VIH/sida en 2007, cabe destacar la defensa de la estricta Ley de Patentes india y la emisión de diversas licencias obligatorias del Gobierno de Tailandia. Se han sentado unos sólidos precedentes, pero la *Gran Farma* y el Gobierno estadounidense ya traman el contraataque y jugarán fuerte. Sólo construyendo a partir de esta base –rechazo de patentes, emisión de licencias obligatorias y oposición a las provisiones sobre derechos de la propiedad intelectual TRIPS plus–, el activismo internacional y las fuerzas a favor de un acceso universal a medicamentos en países en vías de desarrollo podrán crear una fuerza imparable. Quedarse de brazos cruzados no es una opción.

REFERENCIA:

www.healthgap.org/documents/2007PatentandCLVictories.doc

Tailandia mantiene su política de eliminación de patentes

Al cierre de la presente edición de LO+POSITIVO, se ha confirmado que el nuevo ministro de Sanidad tailandés ha propuesto al Consejo de Ministros de su país la emisión de licencias obligatorias para tres medicamentos para el cáncer: Femara® (letrozol) de Novartis, Taxotere® (docetaxel) de Sanofi-Aventis y Tarceva® (erlotinib) de Genentech.

El siguiente paso tras la emisión de las licencias será buscar un productor de genéricos que fabrique los tres fármacos en cuestión, seguramente entre las empresas indias que ya están suministrando tratamiento antirretroviral al Gobierno tailandés, aunque no se descartan negociaciones de reducción de precios con las empresas de medicamentos innovadores.

Antes de este anuncio, el ministro de Sanidad de Tailandia expresó su intención de revisar las políticas de emisión de licencias en su país, lo que

provocó una intensa presión de médicos, grupos de pacientes, ONG y otros grupos que consideran la política tailandesa como un ejemplo para otras naciones. Sanitarios y activistas de la salud tailandeses habían pedido su destitución y amenazaron con llevarlo a juicio por el cese del negociador del gobierno con la industria farmacéutica y por haber afirmado que Tailandia pagaría por sus medicamentos si con ello se evitaban sanciones comerciales o boicots, especialmente de EE UU.

Portavoces de la Oficina Comercial de EE UU siempre han desmentido que existieran planes para sancionar comercialmente a Tailandia, pero es cierto que el país asiático aparece en la lista de transgresores de la propiedad intelectual de esa oficina comercial.

Jaume Fabrés

FUENTE: www.pharmatimes.com



mediosysida

una web para cambiar la imagen social del VIH en los medios

¿Cuántas veces observamos en los medios de comunicación imágenes que marcan de forma negativa a las personas que viven con VIH? ¿O que el lenguaje empleado añade confusión en lugar de información sobre la enfermedad, o incluso discrimina a ciertos colectivos? Un estudio sobre el tratamiento del VIH en los medios impresos españoles encargado por el Observatorio de Derechos Humanos y VIH/sida de RED2002 a la Universidad Autónoma de Barcelona en 2006 reveló que existen todavía prácticas periodísticas que pueden contribuir a reforzar el estigma y la discriminación de las personas con VIH.

Atendiendo a esta realidad, el Observatorio puso en marcha una iniciativa comunitaria que busca transformar esta realidad social a través del proyecto «Una nueva imagen para el VIH/SIDA: estrategias para modificar el tratamiento informativo del VIH en los medios escritos españoles».

El pasado 13 de marzo, se presentó en Madrid la nueva web www.mediosysida.org, una herramienta que ofrece recursos mediáticos en línea destinados a los medios de comunicación y las ONG. El objetivo de www.mediosysida.org es mejorar la información sobre el VIH, con estadísticas epidemiológicas y terminología actualizada, pero también facilitar bidireccionalmente los contactos, el debate y el acceso a fuentes y medios tanto para profesionales de prensa como para las ONG.

¿Qué es “medios y SIDA”?

Como un espacio en Internet, www.mediosysida.org pretende constituirse en un punto de encuentro entre profesionales de prensa, radio y televisión y las ONG de VIH/SIDA. Como herramienta mediática, facilitará el trabajo informativo y el acceso a las fuentes, así como una mayor comunicación de los mensajes, campañas y demandas de las entidades de servicios y los colectivos de personas afectadas por el VIH/SIDA.

Para la comunidad del VIH y las entidades que trabajan en diversos ámbitos y con distintos colectivos, www.mediosysida.org brinda una herramienta para ayudarles a definir sus estrategias de comunicación hacia los medios y mejorar sus relaciones con éstos a través del acceso a una completa base de datos de periodistas y medios que recibirán las comunicaciones de www.mediosysida.org. A través de la Sala de Prensa, las entidades que trabajan en VIH/sida en España podrán difundir entre medios y profesionales de la información sus noticias, convocatorias y posicionamientos. Además, www.mediosysida.org proporcionará materiales de formación en periodismo comunitario en su sección de Aula Abierta, que incluye documentos de trabajo descargables con el

fin de desarrollar estrategias de comunicación social en salud. La primera entrega de esta sección es el *Manual de medios para ONG del VIH/SIDA*.

Periodistas y ONG podrán utilizar www.mediosysida.org como un servicio de información y comunicación a través de un servicio de actualización de los contenidos de la web haciendo uso del formato RSS. Próximamente, las personas interesadas también podrán recibir alertas sobre nuevas convocatorias y noticias en sus teléfonos móviles y PDA, así como participar en encuestas de opinión en torno al tema de los medios de comunicación y el VIH/SIDA.

Desde su Consultoría en Línea, se ofrece al periodismo el directorio más completo y actualizado de las ONG del VIH del

Estado español y un directorio de Personas de Referencia de las ONG que trabajan en los diversos ámbitos del VIH: desde el activismo y la prestación de servicios hasta la prevención, la reducción de daños y los tratamientos. Estas personas expertas atenderán las consultas de los medios y les facilitarán contactos y acceso a las fuentes y testimonios que requieran para su labor informativa.

La web es el resultado de un proceso de consultas realizadas en el marco de los seminarios de presentación del estudio de medios realizado entre noviembre de 2006 y marzo de 2007. El estudio, asimismo, daba cuenta de la poca especialización en periodismo sobre salud y de las consecuencias que esto tiene en el tratamiento de las noticias sobre el VIH. La principal conclusión de los seminarios señalaba la importancia de reflexionar sobre el lenguaje como vehículo que puede contribuir a la transformación de la imagen social del VIH, pero que, en ocasiones, también puede reforzar la discriminación de las personas con el virus mediante el uso de imágenes y



terminología estigmatizadoras. Así fue tomando forma la idea de elaborar unas herramientas mediáticas que contribuyesen a reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH a través de una mejor información sobre las estadísticas y la terminología apropiada para el tratamiento del VIH en los medios. www.mediosysida.org es un proyecto subvencionado por la Fundación Levi Strauss, MSD y el Plan Nacional sobre el Sida, y cuenta con el apoyo de InCom-UAB.

Observatorio de Derechos Humanos y VIH/SIDA: coalición comunitaria sobre el VIH/sida del Estado español
www.observatorio.red2002.org.es

El Observatorio tiene como objetivos dar a conocer los casos de discriminación relacionados con el VIH/SIDA, trabajar en la reducción del estigma y la discriminación asociados a las personas con VIH, e informar y sensibilizar sobre las conductas discriminatorias que sufren las personas que viven con VIH/sida a través de seminarios de información, talleres de formación, foros de debate y asesoría legal gratuita.

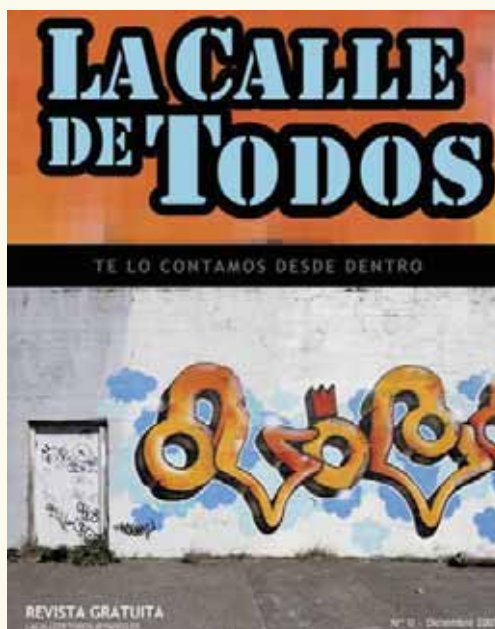
¿Qué es el estigma?

El estigma se define como una marca social oprobiosa y desacreditadora que se impone a una persona o grupo de personas por el solo hecho de presentar o atribuirse una característica, un comportamiento o un rasgo que la distingue de las demás y que es considerado inferior, indeseable, devaluado, deshonroso o desviado. Esas características pueden ser físicas, étnicas o sexuales, pero también relativas a la condición de salud o de otra índole que pueden presentarse entremezcladas en una suerte de doble o múltiple estigmatización. De esta manera, la persona estigmatizada sufre el deterioro o la distorsión de su verdadera identidad, lo que en ocasiones conduce a prácticas de discriminación arbitraria en el ámbito en el ámbito sociosanitario y laboral, así como en el acceso a servicios.

La calle de todos

Te lo contamos desde dentro

La calle es un espacio público, la base del ordenamiento urbanístico, un lugar de intercambios, convivencia y ocio. También es el espacio en el que muchas personas, por iniciativa propia o por infortunios del destino, se han visto abocadas a vivir en él. Y no son pocas las personas que viven en nuestras ciudades en situación de exclusión social. Ante la necesidad de contar con un vehículo de expresión para l@s propi@s afectad@s y de sensibilización hacia el resto de la sociedad, nace en Bilbao *La calle de todos*, una nueva propuesta editorial a la que deseamos desde LO+POSITIVO un largo y fructífero recorrido.



Según se explica en el editorial del número 0, *La calle de todos* nace para dar respuesta a la necesidad de expresión de personas que, por diferentes motivos (consumo de drogas legales o ilegales, padecer ciertas enfermedades, falta de recursos económicos y asistencia social), han perdido la llamada "normalización social".

Esta pérdida supone, entre otras cosas, la anulación de muchos derechos, entre los que se incluyen "el de comunicar, expresar, ser oído, y en el fondo, el de importar".

La revista es fruto del trabajo de l@s usuari@s que acuden a las instala-

ciones de la Comisión anti-sida de Bizkaia, de Cáritas Hontza y de Munduko Medikiak (Médicos del Mundo). Las tres asociaciones facilitan los recursos materiales y humanos, pero son l@s propi@s usuari@s quienes se encargan del proceso de redacción y elaboración de los artículos y del material gráfico. Por la dura situación en la que vive este colectivo, es de agradecer el esfuerzo que están realizando para acercarnos a tod@s esta realidad que, para much@s de nosotr@s, probablemente, esté tan cerca y tan lejos a la vez.

Entre los contenidos, se incluyen temas de denuncia, opinión, salud, entrevistas, deporte y cualquier otro aspecto

que sirva para hacer visibles las inquietudes y necesidades de l@s más olvidad@s.

La revista tiene una periodicidad trimestral, es gratuita y se distribuye por diferentes puntos de Bilbao, como ONG, bares, centros cívicos, etc. Un grupo editorial formado por algun@s de l@s usuari@s y l@s responsables de las tres ONG se reúne periódicamente para hacer un seguimiento de los números en curso.

Una interesante propuesta para tod@s l@s que quieran conocer "un sinfín de experiencias que se viven al otro lado de la Gran Vía de Bilbao".

ConTacto

Para responder a un contacto:

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

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

Ref: 778

Chico, 37 años, 1,98m, 93kg, delgado, VIH+. Busco chica de 25 a 40 años para relación seria, sólo pido que tenga mucho pecho. De Cádiz o cercanías. Te espero.

Ref: 779

Chica, 42 años, 1,68m, VIH+ (asintomática), muy buen aspecto físico, alegre, divertida y amante de la naturaleza. Deseo conocer a un hombre para relación estable. Valencia. E-mail: carmenfredy@terra.es

Ref: 780

Toni. Simpático, guapo, trabajador y con ganas de compartir mi vida con otra persona. No te lo pienses y contacta conmigo. E-mail: antoniotoni1970@hotmail.com

Ref: 781

Jesús, 41 años, VIH+, heterosexual, simpático, extrovertido y muy sincero. Me gustaría conocer a chicas para posible amistad o lo que surja. Valencia y alrededores.

Ref: 782

Hombre, heterosexual, divertido y con ganas de vivir, busca a mujer de hasta 50 años. Abstenerse usuarias de droga. Preferentemente de

Madrid. E-mail: juan180736@hotmail.com

Ref: 783

Juan, 47 años. Me gustaría conocer a una mujer para una relación estable, que tenga las ideas muy claras. A ser posible de Andalucía. Os espero. Tel.: 666 160 365.

Ref: 784

Alberto, 37 años, 1,75m, 78kg, velludo, fumeta, VIH+. Busco tío entre 28 y 45 años para posible relación o amistad. En Madrid o alrededores.

Ref: 785

Richard, 35 años, negro, guapo, muy trabajador y sociable, VIH+, asintomático. No fumo ni bebo alcohol. Quiero conocer a una mujer para amistad o lo que surja. E-mail: www.yilaxxngo@yahoo.es

Ref: 786

Javi, 42 años, VIH+, moreno, ojos verdes, 1,75m, 74kg, buena salud. Versátil. Busco a chicos de similar edad para amistad y posible relación. Tel.: 646 621 686.

Ref: 787

Chica, 48 años, VIH+ (asintomática), alegre, con ganas de vivir y conocer a gente. No importa lugar.

Os espero. Canarias. Tel.: 928 35 11 10.

Ref: 788

Javi, 30 años, 1,70m, 70kg, simpático, alegre y entrometido. Me gustaría mantener amistad con chicas de 25 a 35 años. Privado de libertad por poco tiempo. Lérida.

Ref: 789

Chico, 32 años, privado de libertad. Deseo conocer a chicas africanas para amistad y posible relación estable. No me importa que estén en prisión como yo. Os contestaré a todas.

Ref: 790

Maduro de 45 años, VIH+ (asintomático), responsable pero divertido, atractivo, simpático y con ganas de compartir sentimientos. Contestaré a todos. Gran Canaria. E-mail: duner_123@hotmail.com

Ref: 791

Divorciada, 54 años, VIH+. Quisiera mantener amistad, para posible relación estable, con señores de 45 a 55 años. Abstenerse personas con adicciones. Tel.: 626 506 999. E-mail: mari-garcivaz1953@hotmail.com

Ref: 792

Carlos, 41 años. Buena persona, atractivo y sincero.

Me gusta el deporte, la naturaleza y viajar. Privado de libertad. Busco a chica sincera y estable. Prometo contestar.

Ref: 793

Chico, 37 años, universitario, buena presencia, culto, sincero, cariñoso y sano. Por ahora, privado de libertad. Desearía escribirme con chicas de hasta 40 años.

Ref: 794

Teruzka, 46 años, VIH+, con muy buena salud. Deseo conocer a chico para compartir momentos de felicidad. Sin drogas ni alcohol. Sobre todo, pido sinceridad. E-mail: teruzka0305@hotmail.com

Ref: 795

Javier, VIH+, 21 años, 1,70m, ojos azules, moreno, honesto, divertido y muy cariñoso. Preso en Burgos. Busco a chica joven para establecer relación. Prometo responder.

Ref: 796

Hombre, 29 años, VIH+, gay, versátil, juvenil y divertido. Con ganas de conocer a chicos atractivos, fuera del armario y no afeeminados de mi misma edad. Bilbao. E-mail: hugo_paris@hotmail.com

Ref: 797

Juan, 48 años. Quiero compartir la vida con una mujer de mi edad. Sabadell.

Ref: 798

Chico, 29 años, alegre, con muchas perspectivas e ilusiones. Viviendo una vida sana y activa, quiero conocer a una chica con motivaciones similares. E-mail: viuresempre@hotmail.com

Ref: 799

Chico, 36 años, VIH+ (asintomático), alegre, apasionado, sencillo, complexión fuerte, músico. Busco a una chica para disfrutar de la vida y formar una familia. Vivo en la montaña. Pirineo Catalán. E-mail: torosarda@hotmail.com

Ref: 800

Chico, 40 años, gay, 1,88m, 84kg, moreno, sin vello, pasivo. Busco altote y activo para amistad, que me cuide, mime y no sea bruto sexualmente. Tenemos mucho que compartir. Madrid. E-mail: altotepasiv@hotmail.com

Ref: 801

Mujer, 41 años, VIH+ (asintomática), atractiva, simpática, licenciada, tranquila y sin vicios. Deseo conocer a un hombre similar, alto y educado, para relación estable. Madrid. E-mail: felicidadamando@yahoo.es

Ref: 802

Tomás, cubano, 27 años, VIH+. Me gustaría encontrar a amigos que estén en mi misma situación y de otros países. E-mail: tghcapricornio@yahoo.es

Ref: 803

Chica, 45 años, heterosexual, VIH+ (asintomática), deportista, trabajadora. Deseo conocer a un hombre de entre 35 y 40 años en similar situación para amistad. Madrid. E-mail: marian45fersa@hotmail.com

Ref: 804

Carolina, 36 años, heterosexual, VIH+, 1,56m, 56kg. Quiero ser feliz, conocer a mi amor eterno y pasional. Alicante.

Ref: 805

Latino, 46 años, VIH+ (asintomático), 1,72m, 70kg. Busco sincera amistad con otros latinos de 46 a 50 años. Barrio de Gracia. Barcelona.

Ref: 806

María, 45 años, VIH+ (asintomática). Me gustaría conocer a un hombre de entre 40 y 50 años, sin drogas, independiente, maduro emocionalmente, tierno, sensible, que le gusten los perros, leer y viajar. E-mail: marinera4545@yahoo.es

Ref: 807

Santos, 44 años. Amante del deporte y los animales. Busco relación estable con una chica seropositiva, para compartirlo todo. Cansado de estar solo. Málaga. Tel.: 686 976 479. E-mail: zapata1959@hotmail.com

Ref: 808

Chico, 30 años, VIH+. Busco a una chica para compartir aficiones y posible relación. Madrid. Tel.: 665 114 682. E-mail: tonio1977@hotmail.com

Ref: 809

Chico, gay, 33 años, VIH+ (asintomático), pasivo, sin pluma. Busco a un chico de entre 30 y 38 años, activo, para rehacer mi vida junto a él. Las Palmas de Gran Canaria. E-mail: putacana-ria31@hotmail.com

Ref: 810

Chica, 43 años, VIH+, sensible, sin vicios. Me gustaría conocer a chicos de Navarra y alrededores para amistad o posible relación. Si quieres, envíame una foto.

Ref: 811

Robert, 29 años, VIH+

(asintomático), buena presencia y con empleo. Me gustaría conocer a chicas para hablar y divertirnos. Barcelona o alrededores. E-mail: unomasaki@hotmail.es

Ref: 812

José, 40 años, VIH+. Quisiera poner una sonrisa en tus labios y sentirme acompañado en la vida. Martorell.

Ref: 813

Transexual, 35 años, 1,73m, 69kg, alegre y curiosa. Me gustaría encontrar a un hombre, para que entre los dos podamos llevar lo mejor que se pueda esta situación. Tenerife. E-mail: lucyboom1971@hotmail.com

Ref: 814

Fernando, chico normal, me gustaría conocer a una chica para relación estable. E-mail: fernando131272@hotmail.com

Ref: 815

Chico, 46 años, VIH+, no consumo drogas, llevo una vida tranquila dentro de lo que puedo. Deseo conocer a gente en mi misma situación para posible amistad. Córdoba.

Ref: 816

Chico, 42 años, VIH+, pasivo, no afeminado, cariñoso, romántico, amante de los animales y la naturaleza. Busco un corazón solitario como yo que precise amor. Madrid. E-mail: acm70@hotmail.com

Ref: 817

Ewiens, latino, 49 años, 1,85m, serio y honesto, privado de libertad. Busco correspondencia con chicas para amistad o lo que surja. Atrévete.

Ref: 818

Manuel, 46 años, VIH+. Deseo conocer a una chica para

una posible relación estable si es posible. Huelva.

Ref: 819

Chico, 42 años, 1,80m, 83kg, VIH+ (asintomático). No fumador; mi único vicio son los Sudokus. Busco a una chica similar de 30 a 40 años para pasar página. E-mail: ab1351j@telefonica.net

Ref: 820

Lolo, 29 años, VIH+ (asintomático), alegre, privado de libertad. Me gustaría mantener correspondencia con mujeres para poder tener una pareja estable.

Ref: 821

Chico, 22 años, privado de libertad. Me gustaría conocer a alguien de entre 22 y 27 años, ya que necesito el apoyo de una mujer. Lérida.

Ref: 822

Chico, 30 años, VIH+, 1,75m, 82kg, deportista, culto, privado de libertad. Busco a una chica para amistad o lo que surja. Cantabria.

Ref: 823

Juan, 42 años, VIH+, 1,70m, de pensamiento joven. Desea contactar con chicas similares para amistad. Desde una villa encantadora del sur de Galicia. E-mail: otero1007@hotmail.com

Ref: 824

Héctor, 26 años, VIH+ (asintomático), 1,75m, 84kg, ojos negros, gay, colombiano. Busco amistad o pareja para disfrutar con él siempre de un nuevo día. E-mail: hectorismaelherandez@hotmail.com

Ref: 825

Martín, 44 años, VIH+ (asintomático), 1,67m, 68kg, amante de los animales, simpático. Busco un amigo sincero que se

encuentre realmente solo y desee compartir buenos momentos de cine, playa y música. Legal. Tel.: 692 446 688 E-mail: costabrava@hotmail.com

Ref: 826

Chica, 37 años, amante del rock (de muy jovencita me conquistó). Me gustaría entablar amistad con chic@s. Valencia. E-mail: nenufare@hotmail.com

Ref: 827

Gay, 29 años, VIH+, 1,65m, 71kg, privado de libertad. Busco amigos sin vicios, con ganas de tener pareja formal, para querer y sentirme querido. Un abrazo.

Ref: 828

Chico, 28 años, VIH+, cubano. Deseo encontrar a un amigo verdadero y sincero con quien compartir bellas cosas. Escríbeme a mi correo. E-mail: tomasg@fcm.cav.sld.cu

Ref: 829

Chico, 24 años, VIH+ reciente, perfecto físicamente, gay, pasivo. Solo y a veces triste. Deseo contactar con chicos de entre 30 y 40 años. E-mail: sdivanko@hotmail.com

Ref: 830

Jaime, 29 años, por circunstancias de la vida en estos momentos me encuentro privado de libertad. Estoy solo y sin pareja. Me gustaría escribirme con personas de mi provincia y otros lugares para tener amig@s. Barcelona

Ref: 831

Tomás, 43 años, atractivo, VIH+ (asintomático), deportista y trabajador, buena gente. Busco chica sin vicios, para posible relación, con ilusiones y ganas de vivir. Madrid. E-mail: toopp2@hotmail.com

Ref: 832

Ex-fumadora, muy positiva

y guapa. Me gustaría conocer a chicos de entre 37 y 45 años de Vitoria y alrededores. Si piensas que lo mejor de tu vida está por suceder, me estás buscando. E-mail: lotoris@gmail.com

Ref: 833

Transexual, 39 años, VIH+ (asintomática), muy femenina, optimista y vital. Me gustaría conocer a hombre seropositivo de entre 40 y 48 años para relación estable. E-mail: mujertransexual@hotmail.com

Ref: 834

Ángel, 30 años, VIH+. Busco chicos de edad similar para relación estable. País Vasco. E-mail: myp.29@hotmail.com

Ref: 835

Iris, VIH+. Me gustaría contactar con amigos y, quizá, conocer a alguien que esté dispuesto a compartir conmigo. E-mail: yami_lamorena@hotmail.com

Ref: 836

Chico, 29 años. Me gustaría conocer a chicas de mi ciudad y alrededores con las que mantener una relación de amistad y/o lo que surja. Residente en Barcelona. E-mail: unomasaki@hotmail.es

Ref: 837

Rafael, 40 años, VIH+ (asintomático), 1,66m, físico normal. Quiero conocer a la mujer de mi vida, de entre 35 y 50 años. Necesito dar y recibir amor.

Ref: 838

Carlos. Busco a mujer de entre 25 y 35 años para amistad. E-mail: carlos_xtc@hotmail.com

Ref: 839

Lourdes, 31 años, VIH+. Busco la comprensión de alguien –en esta sociedad, sólo hay estupidez, ignorancia, hipocresía e indo-

lencia-. ¿Eres tú? Escríbeme. Castilla y León.

Ref: 840

José, VIH+ (asintomático), en buen estado. Desearía conocer a chicas en mi misma situación. Huesca. Tel.: 635 27 27 53. E-mail: roger@.com

Ref: 841

Antonio, 42 años, pasivo, no afeminado, amante de la naturaleza y los animales. Con ganas de encontrar a un hombre que me devuelva las ganas de vivir, formar pareja estable; la soledad es mala compañera. E-mail: anzoni40@yahoo.es

Ref: 842

Josef, 42 años, 1,85m, 86kg, rubio, ojos azules, versátil. Deseo hacer amigos e, incluso, encontrar a un chico majo que me quiera y con el que compartir mis ilusiones. Madrid. Tel.: 605 54 85 93. E-mail: jozef1634@orange.es

Ref: 843

Toni, 45 años, 1,70m, 68kg, rubio, ojos azules, legal, alegre y fiel. Entusiasta de la lectura y la naturaleza. Busco a chica para mantener una auténtica relación de amistad y/o lo que surja.

Ref: 844

Joni, 28 años, 1,75m, compleción fuerte. Busco a chica de entre 29 y 35 años, sin malos rollos ni drogas, VIH+ y cariñosa. Tengo una condena pendiente de 3 años. Castilla y León.

Ref: 845

Mujer, 54 años, atractiva, sensible y simpática. Busco a hombre de mi misma edad, sin vicios, sensible y amante de la naturaleza, para amistad o lo que surja. Barcelona y alrededores.

Ref: 846

Jerónimo, 44 años, VIH (asintomático), 1,77m,

80kg, ojos verdes, heterosexual. Busco pareja estable, a ser posible de la zona donde vivo. Alicante. E-mail: momo-maigmo@hotmail.com

Ref.: 847

Ángel, 52 años, VIH+. Divorciado, pensionista. Me gusta el cine, la playa y pasar momentos llenos de vida. Me gustaría conocer a una mujer con VIH. De Murcia o Cartagena. Tel.: 649 58 60 39.

Ref: 848

Hombre, 46 años, VIH+, gay, 1,90m, delgado. Busco amistad o lo que surja. Contestaré a todos. E-mail: cas.her1@hotmail.com

Ref: 849

Ángeles, 49 años, guapa, alegre y feliz. Busco hombre sincero, cariñoso y guapo para el resto de lo que me queda de vida. Abstenerse presos, ex-usuarios de drogas o con problemas físicos. Las Palmas. Tel.: 671 20 65 59.

Ref: 850

Gabriel, 42 años, VIH+ (asintomático), 1,70m, 69kg, versátil (más pasivo). Me gustaría conocer a hombres versátiles activos de cualquier lugar del mundo. Colombia. E-mail: blancocelestee@hotmail.com

Ref: 851

Jorge, 43 años, VIH+ (asintomático), 1,65m, 67kg, en prisión. Desearía mantener correspondencia con mujeres de 35 a 45 años; no me importa tu físico, sino tu sinceridad.

Ref : 852

Transexual, rubia y explosiva. Un ángel bajado del cielo, herido, lleno de amor, paz y felicidad, para un hombre responsable, serio y lleno de amor para curar mis heridas. Abstenerse presos con mucha condena.

en la web

Os ofrecemos una nueva selección de páginas web con información en español sobre VIH/sida. En esta ocasión, os presentamos organizaciones y/o entidades cuyas páginas cumplen con normas de buenas prácticas, como por ejemplo las que certifica el Código de Conducta HON (HONcode) para páginas de internet de contenido médico y de salud.

www.aids2008.org/es

Este año se celebra en la ciudad de México la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida y esta edición incluye dos grandes novedades: por un lado, es la primera vez que se realiza en América Latina y, por otro, casi toda la información que contiene la página web oficial de este evento también está disponible en castellano, por lo que la comunidad hispanohablante tendrá un peso de capital importancia en esta edición. El lema oficial es "Acción universal ¡Ya!", y busca enfatizar la necesidad y estado de urgencia continua en la respuesta global frente al VIH/sida y de la acción de todas las partes involucradas a escala mundial, nacional, regional y local.

La organización internacional ICASO ha elaborado una guía práctica que ayuda a mejorar el conocimiento y la participación de la comunidad en esta conferencia y explica cómo optimizar el uso de la web oficial de la conferencia de México 2008:

www.icaso.org/aids2008community/esp/index.html

www.hon.ch/HONcode/Spanish/

De un tiempo a esta parte, encontrar información médica o sobre salud prácticamente no es difícil. Sin embargo, el problema radica en la fiabilidad de la información que se publica o que se puede encontrar en internet. La mejor garantía que tenemos para saber si la información que encontramos es veraz y contrastada son aquellas páginas web que han sido acreditadas con el Código de Conducta HON (HONcode). El Código Honcode de la Fundación *Health on the Net* no es un sistema de premiación ni tiene la intención de evaluar la calidad de la información proporcionada en una página web. La fundación sólo define un grupo de reglas bajo ocho principios específicos de buenas prácticas que van desde la autoría de la información hasta la honestidad en la política publicitaria, que busca comprometer a los desarrolladores de sitios web con dichos principios éticos básicos en la presentación de la información, así como ayudar a los usuarios a conocer siempre la fuente y el objetivo de los datos leídos.

Los tres sitios siguientes son una selección de algunos sitios web médicos y de salud que han sido acreditados con dicho código:

www.thewellproject.org/es_US/

Es el sitio web de The Well Project, una organización estadounidense sin ánimo de lucro, cuya iniciativa es concebida, desarrollada y administrada por mujeres con VIH y por personas afectadas. Su objetivo principal es cambiar el curso de la pandemia de VIH/sida a través de un enfoque basado en las mujeres único e integral. Esta página ofrece información que va desde lo más básico del VIH, pasando por los tratamientos o consejos sobre salud, adicción, estrés o ejercicios, hasta un Centro para la mujer, donde se abordan temas tan específicos como la menstruación, los cambios menstruales, los anticonceptivos, la menopausia, entre muchos otros temas que atañen a la mujer que vive con VIH.

<http://www.4woman.gov/espanol/vih/>

Esta web ofrece información específica sobre mujeres y VIH/sida, bajo el auspicio del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. En ella podrás encontrar una amplia información que va desde la prevención, pasando por el VIH y la depresión o el embarazo o la tercera edad, hasta otros problemas de género.

<http://aidsinfo.nih.gov/infoSIDA/>

Es el sitio web oficial de AIDSinfo, un proyecto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en el que se ofrece una completísima información sobre tratamiento, prevención e investigación del VIH/SIDA. Además, cuenta con varias herramientas muy útiles que facilitan y amplían tanto la búsqueda de información como su uso interactivo. Cuenta con un amplio glosario en inglés y en español de términos y de definiciones. También ofrece un servicio en línea confidencial, donde profesionales especializados pueden orientarte mejor para optimizar tu búsqueda de información. También ofrece un sistema de búsqueda de publicaciones llamado Publicaciones de infoSIDA y un recorrido guiado para conocer a fondo este sitio web.

Actua – la asociación de personas que vivimos con vih/sida

Actua es una organización no gubernamental fundada en Barcelona en 1991 por un grupo de personas seropositivas que decidimos asumir un papel activo en la lucha contra el VIH. Es una entidad sin ánimo de lucro registrada y ha sido reconocida por el Gobierno del Estado como organización de utilidad pública.

Ejemplos de cómo podemos ayudarte:

- Informándote sobre salud, tratamientos y sexo seguro (presencialmente, por teléfono o por correo electrónico).
- Escuchándote y apoyándote en los momentos difíciles.
- Asesorándote sobre pensiones y otras prestaciones sociales.
- Acompañándote cuando lo necesites.
- Ofreciéndote ayuda práctica si estás enferm@ en casa.
- Grupos de soporte para hombres, mujeres y para adolescentes seropositiv@s y para sus familiares.

- Desde 1998, mantenemos una comunidad virtual en internet con tres foros diferentes. Visita: www.actua.org.es/

Datos de contacto:

c/ Gomis 38, bajos
Barcelona 08023
Tel. 93 418 50 00
Fax. 93 418 89 74

consultas e-mail: consultes04@actua.org.es

web: www.actua.org.es



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 **ALMERIA:** 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 CREACION POSITIVA 934314548 COORDINADORA GAI-LESBIANA 932980029 GAIS POSITIUS 932980642. GTT 932080845 P.A.I.T 934240400 PROJECTE DELS NOMS 933182056 RED2002 932080685 SIDA-STUDI 932681484 **Granollers:** AUMMO 615681422 **Sabadell:** ACTUA VALLES 937271900 **BIZKAIA: Bermeo:** Txo-HIESA 946179171 **Bilbo:** Bizi Maitea 944470536 Comisión antisida: 944160055 T-4 944221240 Hegoak: 944701013 Itxarobide: 944449250 **BURGOS:** C.C.ANTI-SIDA 947240277 **CADIZ:** A.ANTI-SIDA 654580206 ARCADIA CADIZ 965212200 **Algeciras:** C.C.ANTI-SIDA 956634828 **La Línea:** C.C.ANTI-SIDA 956237146 **Arcos de la Frontera:** GIRASOL 956717063 **CACERES:** C.C.ANTI-SIDA 927227613 **CASTELLON:** A.C.CONTRA EL SIDA (CASDA) 964213106 **CORDOBA:**

COLEGA 957492779 CONVIHDA 957430392 PREVENCIÓN Y SOLIDARIDAD DEL SIDA 957430392 **A CORUNA:** C.C.ANTI-SIDA 981144151 **Santiago de Compostela:** C.C.ANTI-SIDA 981573401 **Ferrol:** Lazos 981350777 **GIRONA:** ACAS Girona 972219282 ACAS Olot 972272136 ACAS Figueres 972672167 ACAS Sant Feliu de Guíxols 972324005 **GRANADA:** AVALON 958210200 AYUDA-SIDA 685559034 EL MUNDO AL REVES 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 **JAEN:** COLEGA 953222662 **LANZAROTE:** FARO POSITIVO 928801793 **LAS PALMAS: Las Palmas de Gran Canaria:** AMIGOS CONTRA EL SIDA 928149969 **LLEIDA:** A.ANTI-SIDA 973221212 **LEON:** C.C.ANTI-SIDA 987235634 **Ponferrada:** ASOCIACION CARACOL 987402551 **LOGRONO:** 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 **MALAGA:** A.C.ANTI-SIDA (ASIMA) 952601780 COLEGA 952223964 **MURCIA:** C.C.ANTI-SIDA 968298831 FUNDACION CONTRA EL SIDA 968904001 **Cartagena:** C.C.ANTI-SIDA 968521841

La Albatalia: AMUVIH 626029002 **OURENSE:** C.C.ANTI-SIDA 988233000 **PALENCIA:** C.C.ANTI-SIDA 979749451 **PAMPLONA:** C.C.ANTI-SIDA 948212257 SARE 948384149 **PONTEVEDRA: Vilagarcía de Arousa:** 986508901 **SALAMANCA:** C.C.ANTI-SIDA 923219279 **SANTANDER:** A.C.CANTABRA 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 DIA EL FARO 963910254 CENTRO CALOR Y CAFÉ 605921206 **Gandía:** SERVICIO INFORMACION 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.

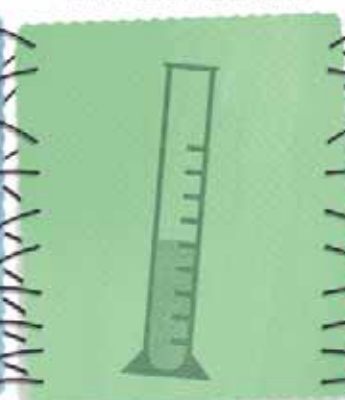
ESTATALES: INFORMACION SOBRE VIH/SIDA: 900 111 000 Plan Nacional sobre el Sida, gestionado por Cruz Roja Española. CESIDA: 902362825 RED2002: 934 584 960

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

EL MÉDICO.



LA INVESTIGACIÓN.



LAS PERSONAS.



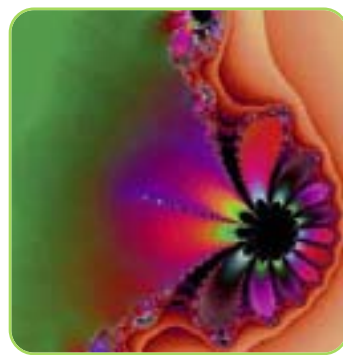
UNIDOS SOMOS MÁS FUERTES

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.



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.



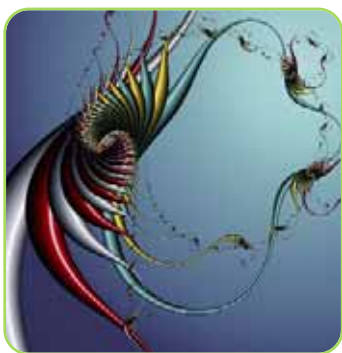
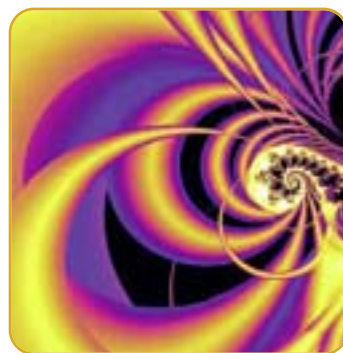
Actualízate

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.