

LO + POSITIVO

Núm. 21 • PRIMAVERA 2002

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH



¿UNA VIDA MEJOR?



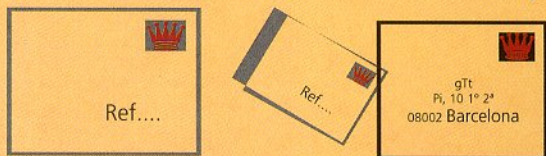
PRIMAVERA
2002

CONTACTO

Para responder un contacto:

- 1.º Introduces tu carta dentro de un sobre, le pegas un sello con suficiente franqueo 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 gTt c./ del Pí, 10 1º 2ª 08002 Barcelona. Nosotr@s se lo haremos llegar al/a la interesad@.

Recordad que es imprescindible franquear las cartas de respuesta.
Gracias por vuestra colaboración.



Para poner un contacto:

1º Escribe un texto no superior a 30 palabras junto con tus datos postales, para que podamos enviarte las respuestas.

2º Nos lo mandas a: gTt c/ del Pí, 10 1º 2ª
08002 Barcelona

Ref: 066 Hola, me gustaría que me escribieras. Vivo en Tenerife, niño de 44, VIH+, me gustan las niñas, la playa y otras cosas. Salud a tod@s.

Ref: 067 Chico de 36 años VIH+ en perfecto estado de salud. Alto, complejión atlética. Me encuentro solo, precisamente por ser VIH+. Me gustaría escribirme con chicas de mi edad, alegres, simpáticas y que les guste hacer deporte. Preferiblemente de Barcelona.

Ref: 068 Me llamo David, 22 años, gay, alto, ojos tristes pero bonitos, pasivo. VIH+ desde hace 2 años. Me gustaría escribirme con chicos en mi misma situación, de 25 a 38 años. Preferiblemente de fuera de Sevilla, para amistad o lo que surja.

Ref: 069 Hola me llamo Tony, tengo 39 años, vivo en Barcelona. Soy dinámico y sincero. Me gusta leer, pasear y conversar. Soy seropositivo. Si te apetece, escíbeme, me gustará conocerte.

Ref: 070 Soy Felipe "...y a quién le pido un beso, si no tengo quién me quiera, quién va a besar a un preso, condenado entre rejas". Quisiera escribirme con chicas, estoy en prisión y necesito compartir mis pensamientos.

Ref: 071 Catalana del Maresme, 51 años, seropositiva. ¿Defectos? No mido 90-60-90, mínimamente inteligente, no creo en las verdades absolutas, no permito que me hagan daño. ¿Consecuencias? Estoy sola. Sólo si no bebes, no fumas, no frecuentes bares, ni discos y tienes humanidad y capacidad de amar, ¡escíbeme!

Ref: 072 Saludos me llamo Mouhssin, soy un joven de 27 años de Marruecos, seronegativo. Me queda menos de un año para salir de prisión. Me gustaría cartearme con personas de este país con el fin de tener amig@s en el otro lado del muro.

Ref: 073 Hola me llamo Antonio, soy de Bilbao, tengo 37 años y soy VIH+. Desearía conocer chicas, no importa edad, para una posible amistad o relación. Vivo en Valladolid. Me gusta el deporte, la naturaleza, leer y escribir. Escíbeme.

Ref: 074 Hombre de 55 años, me gustaría relaciones serias con hombre de 30 a 50 años. Soy seropositivo e indetectable. Vivo en Benidorm. No te arrepentirás cuando me conozcas. Buena persona y seria.

Ref: 075 Soy un joven de 37 años VIH+, soltero, heterosexual. Me gustaría encontrar a mi media naranja, preferiblemente de Castilla y León. Soy cariñoso y me gusta ponerme en forma.

Ref: 076 Me llamo Miguel y soy VIH+, me gustaría tener amistad y relaciones con chicos de 30 a 40 años, con fines serios y que les gusten los animales y sean simpáticos y alegres, preferiblemente de Barcelona.

Ref: 077 Me llamo Miguel, tengo 37 años, aunque aparento menos, moreno, cariñoso, agradable, sin pluma, deportista y de Madrid. VIH+, asintomático y con muchas ganas de encontrar pareja estable.

P u b l i c i d a d

¿Eres seropositivo/a (sida y/o hepatitis)? ¿Buscas pareja? ¿Buscas una relación estable y seria?

Existe otro camino para encontrar pareja

S E R O - P O S

sero-pos Única ONG en España que se dedica a la mediación de relaciones de pareja entre personas seropositivas

sero-pos Evaluación, asesoramiento y seguimiento muy personal **sero-pos** Confidencialidad absoluta y garantizada

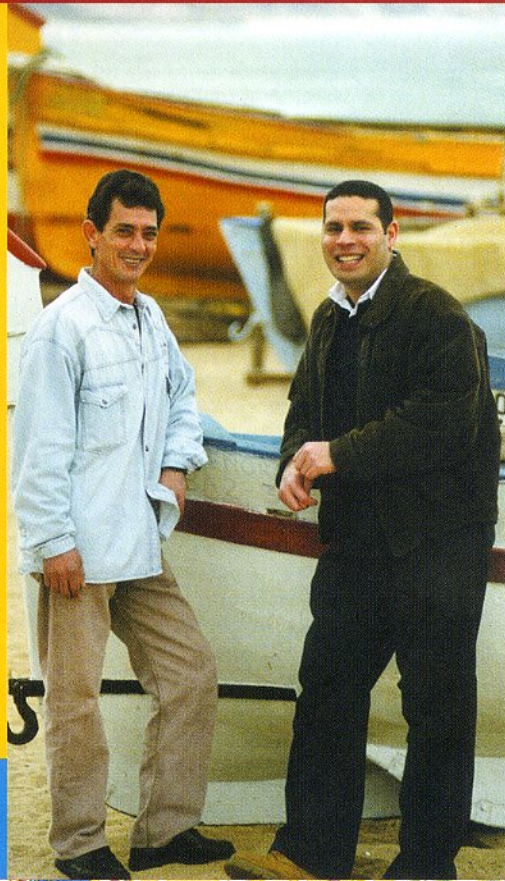
INFO: t. 93 210 12 66 (tardes) – 676 576 145 / página web: www.seropos.org / apdo. correos: nº20097, 08080 BCN

Colaboran: Diputación de Barcelona / MerckSharp&Dohme

3 Editorial

OPINIÓN

- 4 Con la iglesia hemos topado
- 5 El hecho diferencial
- 6 No tod@s somos iguales
- 7 Una noticia de Tele 5
- 8 Réplica
- 9 Ser hipócritas
- 11 Transmisión *versus* contagio
- 12 El voluntariado
- 13 La vía de los microbicidas
- 14 Publicidad directa
- 15 Autonomía, solidaridad y gozo
- 16 Buenos tiempos para la lírica
- 17 CanalSIDA.org
- 18 Desde Bolivia



EN PERSONA

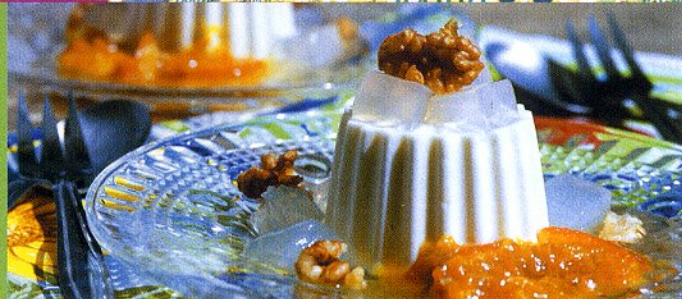
- 19 ¿Una vida mejor?

28 Puntos de Encuentro



CUIDARSE

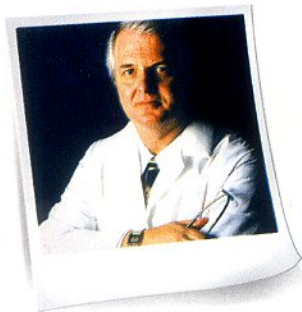
- 30 La vida láctea
- 32 Autogenic
- 34 Un matiz en la nariz
- 37 Cuanto menos mejor



CIENCIA

- 38 Inmunoterapia (I)
- 40 ¿y... ahora qué hacemos?
- 42 Metabolismo alterado
- 45 Una vacuna: llamada a la acción
- 46 Son Noticia
- 50 El abecé de la piel (II)
- 53 Discrepancias de expert@s
- 54 Vamos de biopsias
- 56 Glosario





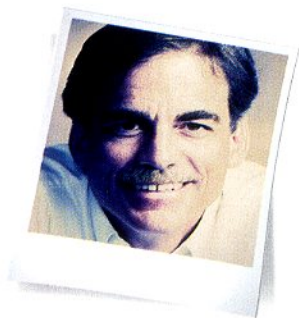
El médico



El ama de casa



La estudiante



El Profesor



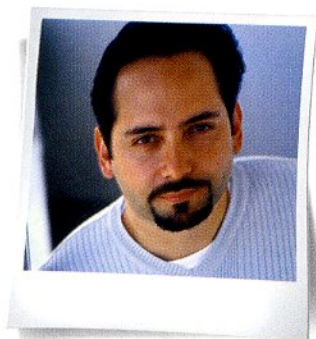
La periodista



La farmacéutica



La enfermera



El paciente



...y GlaxoSmithKline

Contra el SIDA, combatimos todos simplificando las terapias

Día tras día, miles de personas anónimas combaten el avance del SIDA. Y día tras día demuestran que con el esfuerzo de todos es posible conquistar nuevas victorias.

GlaxoSmithKline también ha estado ahí desde el principio. Desarrollando la gama más completa

de fármacos antirretrovirales. Innovando sin descanso desde hace quince años. Simplificando las terapias para poder mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Un esfuerzo que sumado al del resto de la sociedad, convierte nuestra esperanza en una meta un poco más cercana.



GlaxoSmithKline

EDITORIAL

El equipo de LO+POSITIVO somos:

Georgina Fabrés
Jaume Fabrés
Xavier Franquet
Juanse Hernández
William Mejías
Angela Sanz
Maite Suárez
Joan Tallada
M.ª José Vázquez

En este número han colaborado:

David Castañer
Paul Cummings
José Luis López
Moisés Morales
Manel Noguero
Jordi Pallasí
Antonio Pérez
M.ª Eugenia Sebastián

LO+POSITIVO es una publicación del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt), una asociación sin ánimo de lucro 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! Quien desee contribuir a su mantenimiento, y de verdad lo necesitamos, puede hacerlo a nombre de:

GTT Caixa de Catalunya. Cta. cte:
2013 0500 18 0213044637

Redacción:

Carner del Pi, 10, 1.º 2.º
08002 Barcelona España
Tf: +34 933 020 411
Fax: +34 933 173 832
E-mail: contact@gtt-vih.org
Web: www.gtt-vih.org

Preimpresión:

Jesse & James Design, S.L.

Impresión:

CLM, S.L.
Depósito Legal: B-40431-97

Con el patrocinio de:

Boehringer Ingelheim
Bristol-Myers Squibb
Chiron Iberia
Gilead Sciences
GlaxoSmithKline
Merck Sharp & Dohme
Productos Roche

Con la colaboración de:

- **Ajuntament de Barcelona**
Àrea de Serveis Personals
- **Diputació de Barcelona**
Salut Pública i Acció Social
- **Generalitat de Catalunya**

Departament de Sanitat i Seguretat Social
Programa de Drogodependències i SIDA
• **Ministerio de Sanidad y Consumo**
Plan Nacional sobre el SIDA

Y el apoyo de:

Iniciativa Internacional por una Vacuna para el SIDA (IAVI)

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

Miembro del
Grupo
Iberoamericano
de Publicaciones
sobre el VIH



La información científica tiene una
validez de tres meses.

Migraciones y salud

España se levanta sorprendida de ver en sus calles otros rasgos, escuchar en las plazas otras lenguas y observar en sus barrios otras costumbres, cuando no hace tanto se acostaba llorando la marcha de l@s suy@s. Es la inmigración, el tema del que habla todo el mundo.

Recibimos cada día más personas de origen africano –del norte y subsahariano–, de América Latina, de Europa del Este y de Asia. Proceden de la vasta mayoría a la que el reparto muy desigual de la riqueza deja sin recursos y sin expectativas, y donde además se ceban los conflictos armados y las enfermedades.

Dicen los datos oficiales que l@s inmigrantes suponen en torno al 3% de la población de nuestro país. En 2001 fueron el 6% de los nuevos casos de SIDA. Algo no funciona cuando un colectivo está sobrerrepresentado respecto a su peso poblacional: es especialmente vulnerable tanto a contraer nuevas infecciones del VIH como a enfermar. Eso nos lleva a la necesidad de programas de prevención y de atención que tengan en cuenta la especificidad de su situación, programas que –aprendiendo de errores pasados– deben desarrollarse cuanto antes para evitar una explosión de casos en el futuro próximo.

No es tarea fácil. Pese al discurso dominante, l@s inmigrantes no constituyen un todo homogéneo, provienen de culturas muy diversas. Esas culturas, aunque identificables, las constituyen individuos diversos entre sí. Por eso, las pocas pero valiosas experiencias en la prevención del VIH entre inmigrantes se han hecho desde dentro: con agentes de salud comunitaria que surgían de los propios grupos con (y no sobre) los que se deseaba trabajar.

Lo mismo para la atención médica y el acceso a los tratamientos. Que una persona inmigrada con VIH –disponga o no de papeles– tenga derecho a la asistencia sanitaria no quiere decir que lo ejerza. El doble rechazo de su comunidad de origen por vivir con VIH y el de la de acogida por ser inmigrante, la dificultad de entender la maraña administrativa, la falta de formación de nuestr@s profesionales sanitari@s o el simple desconocimiento alejan a estas personas de las consultas médicas.

Los agentes sociales, entre los que se cuentan las ONG, debemos colmar el agujero que separa estos colectivos de las prestaciones sanitarias. El trabajo en VIH con y para inmigrantes debe contar con materiales culturalmente adaptados (folletos en otros idiomas, vídeos para quien proviene de culturas primordialmente orales) y la participación activa de las propias comunidades en la planificación, realización y evaluación de programas de prevención y atención. Se trata, una vez más, de dar voz, escuchar y actuar +

Jeringuillas en prisión

Ya son nueve los centros penitenciarios españoles que han adoptado un tipo u otro de programa de intercambio de jeringuillas (PIJ) en su recinto. Los PIJ funcionan: evitan infecciones, salvan vidas, mejoran la calidad y economizan enormemente la asistencia. Y el temor de que las agujas serían utilizadas por los internos como arma frente a l@s funcionari@s no se ha cumplido. Por eso va en el interés de tod@s, personas privadas de libertad, profesionales, autoridades y la sociedad en su conjunto, ponerlos en marcha.

Ya son nueve los centros, pero ninguno catalán (al cierre de la edición de este número de LO+POSITIVO). El gobierno de la única comunidad autónoma española con las competencias penitenciarias transferidas no ha puesto en marcha ningún PIJ en prisiones. ¿Falta de voluntad política? No, dicen sus representantes: falta de acuerdo con l@s funcionari@s de prisiones. Al parecer, éstos ligan su aquiescencia a mejoras salariales.

Podíamos comprender, aunque no compartir, que un gobierno rechazara los PIJ en los centros penitenciarios por razones de seguridad: se han demostrado infundadas. Podíamos comprender, aunque no compartir, que siguieran negando la evidencia de la existencia de droga en las prisiones: hace tiempo que lo dejaron de hacer. Pero lo que de verdad no podemos comprender es que un gobierno no mande sobre sus funcionari@s, no sea capaz de impartir sus decisiones políticas, no obligue a quienes han sido contratad@s para ello a ejecutar sus programas. No se trata de hurtar el diálogo, sino de no acceder al chantaje que pretende canjear salud de otr@s por dinero propio.

La imagen de debilidad del gobierno de la Generalitat de Catalunya nos causa estupor y nos obliga a preguntarnos: ¿quién manda en la administración pública catalana? +

Con la iglesia hemos topado



Para empezar, dos axiomas: 1. la prevención es un elemento fundamental en la lucha contra el SIDA; 2. algunas campañas de prevención, y en especial las que promueven el uso del preservativo, provocan desconfianzas en el seno de la Iglesia y de los gobiernos conservadores que nos invaden.

Este escueto pero obligado prólogo me sirve para situaros en el marco conceptual en el cual surgió una polémica que ha levantado bastante polvareda en Cataluña durante el primer semestre del año y que ha hecho correr bastantes ríos de tinta. En enero, el Departamento de Sanidad de la Generalitat de Cataluña anunciaba una campaña de sensibilización y prevención del SIDA en los institutos de enseñanza secundaria que incluía un referéndum para conocer la opinión de los estudiantes sobre la conveniencia de instalar máquinas dispensadoras de preservativos en los centros. Esta campaña, que iba a dirigirse a 61.500 alumnos de 639 centros públicos y privados, debía ponerse en funcionamiento antes de finalizar el curso escolar 2001-2002.

El objetivo de la campaña era básicamente acercar y mejorar la información sobre el VIH/SIDA y fomentar el uso del preservativo con la finalidad de evitar el SIDA, ETS (enfermedades de transmisión sexual) y embarazos no deseados en un colectivo en el que los casos diagnosticados de VIH en Cataluña han ascendido de forma alarmante a un 28%.

La respuesta no se hizo esperar y un aluvión de críticas cayó sobre la campaña del Departamento de Sanidad desde diferentes frentes, algunos de ellos claramente interconectados. Por un lado, se opusieron rotundamente a la iniciativa las asociaciones de padres, como la Confederación de Asociaciones Cristianas de Padres de Alumnos y la Federación de Asociaciones de Padres de Alumnos de Educación Secundaria (FAPAES), que la tildaron de inadecuada y equivocada; por otro lado, la iglesia catalana a través de la Conferencia Episcopal Tarraconense (24/01/02) criticó el procedimiento llevado a cabo por los departamentos de Sanidad y Educación de no

contar con la participación previa de padres y educadores y otras instancias sociales, arguyendo además que con campañas como ésta: «que no priorizan la fidelidad y la abstinencia, se acaba induciendo a una banalización del sexo y a unas conductas de riesgo».

Sin embargo, no fueron todo críticas: la Federación de Asociaciones de Padres de Alumnos (FAPAC) y grupos de izquierda apoyaron y aplaudieron desde el principio la propuesta del gobierno autonómico.

Finalmente, el pasado 11 de abril el consejero de Sanidad de la Generalitat, Eduard Rius, anunciaba el aplazamiento de la campaña de prevención hasta el próximo curso escolar como consecuencia de la necesidad de reelaborar y adaptar el material educativo que forma parte de la campaña, hecho que provoca una demora evidente en el inicio de la misma en los centros. No obstante, Eduard Rius no reconoció públicamente que parte de este aplazamiento vino provocado por las fuertes presiones llevadas a cabo por grupos católicos y conservadores.

La polémica está servida. Que cada uno juzgue y opine según sus convicciones sobre cuál es el mejor método de prevención del VIH/SIDA para los adolescentes. Pero no nos olvidemos que la opinión de ellos también cuenta. Valores como los que propugna la Iglesia, "la castidad [...], una educación por el amor fiel, generoso y fecundo", ¿forman parte de verdad de una "auténtica educación sexual en el interior de una educación humana" de los jóvenes? En mi opinión, se trata de una visión sesgada de la realidad y poco acorde con los tiempos que vivimos, que coacciona a los adolescentes en su desarrollo humano y sexual. Yo, por lo pronto, me quedo con las palabras de Peter Piot, director ejecutivo del programa de Naciones Unidas contra el SIDA, cuyo conocimiento práctico y realista me produce más credibilidad que quien divaga sobre el sexo de los ángeles: «Varios estudios, entre ellos uno de Onusida, han demostrado que la educación sexual entre los jóvenes, incluida la promoción del uso del preservativo, se traduce en un comportamiento sexual de menor riesgo sin que signifique un incremento de la actividad sexual entre este colectivo» (EL PAÍS, 26/11/02) +

La cruzada contra la campaña de prevención del SIDA ha tenido sin duda un frente muy activo en el ciberespacio a través del sitio de internet de la asociación e-cristians (www.e-cristians.net). La página de e-cristians ofrece un nutrido grupo de artículos contra la prevención del SIDA por medio del preservativo y por ende contra el referéndum sobre las máquinas dispensadoras en los centros de secundaria. Entre ellos, sobresalía (y hablo en pasado porque el artículo tuvo que ser retirado) uno de J. M^a.

Simón Castellví, presidente de Médicos Cristianos de Cataluña, por su alto contenido homofóbico y por contener afirmaciones que, según la opinión de algunas asociaciones de homosexuales, «constituyen un evidente riesgo para la salud pública». En dicho artículo, titulado *Información básica sobre la prevención del SIDA sexual*, J. M^a. Simón afirma con toda naturalidad: «el médico no puede recomendar el uso del preservativo si no deja claro al paciente que la sodomía es una práctica antropológicamente incorrecta». El asunto hubiera quedado en una anécdota baladí, aunque reprochable, propia del grupo de intolerantes y retrógrad@s al que pertenecen

4



e-cristians, si no hubiera salido a luz que dicha asociación la preside el concejal de CiU en el Ayuntamiento de Barcelona Josep M. Miró i Ardèvol, quien también firma artículos en la web de su asociación. Pero aún hay más, e-cristians recibió el año pasado una subvención de la Generalitat de 32.500 euros para mantener su página web, a través del Departamento de Presidencia, quien tiene potestad de conceder subvenciones de especial interés al margen de las ayudas otorgadas por otros departamentos.

Por todos estos motivos, asociaciones de homosexuales, especialmente el JALG (Joves per l'Alliberament Lesbià i Gai), y

el grupo político ERC exigieron el pasado mes de abril al Gobierno de la Generalitat que se retirase la subvención a e-cristians, quienes reciben esta ayuda no sólo para mantener la página web, sino también para 'propagar el mensaje cristiano en la sociedad', objetivo que según los demandantes queda fuera de los requisitos de concesión de esta subvención que está destinada a proyectos concretos.

Al cierre de esta edición de LO+POSITIVO la página de e-cristians todavía puede visitarse en internet, aunque sin sus artículos más polémicos, y la Generalitat, según *EL PAÍS* (7/04/02), se plantea retirarle la ayuda +

El hecho diferencial



¿Es lo mismo estar pres@ en Canarias o en Madrid que estarlo en Catalunya o Extremadura? ¿Los reclus@s en España, ¿tienen las mismas condiciones en términos de salud entre ell@s?, y ¿la misma atención sanitaria que el resto de la población? Todas estas cuestiones se tienen que responder con un no rotundo y categórico

que pone de manifiesto las diferencias existentes entre centros penitenciarios y Comunidades Autónomas por lo que respecta a la salud de la población reclusa.

El pasado mes de abril se dio a conocer la resolución de la querrela presentada por diez entidades y nueve abogados en junio de 2000 contra los consejeros de Justicia y Sanidad de la Generalitat de Catalunya y contra los directores de la Modelo y Cuatro Caminos por un presunto delito de discriminación y lesiones imprudentes, cuando dos internos se infectaron de VIH y hepatitis por el uso de jeringas alquiladas dentro de la prisión. La querrela les acusaba de hacer caso omiso de los derechos a la salud de los presos, recogidos y garantizados por la Ley General de Sanidad y la Ley Penitenciaria, y de discriminación por no ofrecer a los reclusos Programas de Intercambio de Jeringas (PIJ) como los que existen extramuros para los UDVP (usuari@s de drogas por vía parenteral).

La sección séptima de la Audiencia de Barcelona ha decidido archivar la querrela por entender que no existe ninguna ley que obligue a la administración a suministrar jeringas que eviten la transmisión del VIH entre los presos UDVP y por consiguiente, éstos no pueden reclamar tal derecho.

Con esta resolución se ha echado un jarro de agua fría a tod@s aquell@s que con razón defienden la puesta en marcha de Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) en los centros penitenciarios del Estado Español. Resulta difícil de entender cómo Cataluña, que dispone de competencias en materia de justicia, todavía no haya implantado PIJ en sus prisiones, aun contando con el visto bueno de Sanidad y de Instituciones Penitenciarias. Al parecer, los funcionarios de prisiones han sido desde el primer momento los más reticentes a la puesta en marcha de los PIJ escudándose en motivos de seguridad.

Hoy día, y después de la experiencia de algunos centros pilotos, sabemos que los Programas de Intercambio de Jeringuillas no suponen un riesgo para la seguridad de los funcionarios, y además que con su uso ha descendido la transmisión del VIH y otras enfermedades entre los UDVP reclusos. En este tipo de programas se suministran las jeringas de forma controlada en una sala y en un horario establecidos para tal fin bajo la supervisión del personal especializado del centro penitenciario y/o externo.

Como consecuencia de esta desigualdad entre la población reclusa y esta privación del derecho a la salud, se está llevando a cabo una llamada a la acción que tiene como objetivo movilizar y sensibilizar a la sociedad para que se implanten PIJ en todos los centros penitenciarios de España. En el marco de esta acción, os hemos querido ofrecer un extracto del manifiesto de denuncia que para tal fin ha elaborado AUPAM (Asociación de soporte a las personas con problemas de drogas) y en el que se pide la adhesión de ONG, asociaciones y particulares de todo el estado español.

¿Las personas PRIVADAS DE LIBERTAD, deben estar también PRIVADAS DEL DERECHO A LA SALUD?

En España hay 55.000 reclus@s, alrededor del 23% de ell@s están afectad@s por el VIH. Más de la mitad son varones consumidores de drogas y 1/3 sigue utilizando la vía inyectada (un 36% de estos dice compartir jeringuillas). Desde 1989 hasta 1998, se han notificado desde los Centros Penitenciarios 4.243 casos de SIDA, el 8,5% del total en España.

Ante la realidad del consumo y circulación de drogas ilegales en los Centros Penitenciarios, desde 1993 la OMS y el Consejo de Europa recomiendan la implantación de Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) en prisión, como estrategia para la prevención del VIH-SIDA y otras enfermedades.

En España, solamente 10 centros de los 80 existentes (Euskadi, Canarias, Navarra, Galicia y Madrid) han puesto en marcha estos programas, con demostrada eficacia y valoraciones muy positivas en cuanto a:





- 1 Disminución de la transmisión.
- 2 No incremento en cuanto al número de consumidores.
- 3 No aumento del riesgo para los funcionarios.

«Una de las responsabilidades de la Administración Penitenciaria se centra en velar por la vida, integridad y salud de las personas privadas de libertad...», «...el PIJ es un programa ampliamente implantado en todo el país y considerado de gran eficacia para reducir el riesgo de infección y reinfección por los virus de VIH y hepatitis» (Ángel Yuste Castillejos, Director General de Instituciones Penitenciarias)

En Catalunya -con plenas competencias en Justicia- pese a la voluntad expresada por Sanidad y más recientemente por Instituciones Penitenciarias no se ha conseguido implicar a tod@s los actores en el desarrollo de estos programas y l@s pres@s siguen compartiendo jeringuillas.

Ante la discriminación que sufren las personas presas en Cataluña y otras Comunidades, exigimos el inmediato cumplimiento de:

Artículo 3, Ley General Penitenciaria:

«La atención sanitaria de las personas presas debe ser de la misma calidad que la que reciben l@s ciudadan@s que estén libres.»

Artículos 8 Reglamento Penitenciario:

«La organización interior de los recintos penitenciarios debe asegurar una asistencia medica en condiciones análogas a la vida en libertad.»

BASTA YA DE NUEVAS TRASMISIONES EN PRISIÓN

PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS EN TODOS LOS CENTROS PENITENCIARIOS DEL ESTADO

CHARO MORER

6

No tod@s somos iguales

hoy, día 20 de marzo de 2002, se celebra el día mundial de l@s discapacitad@s. Hasta aquí, todo bien. Siempre he pensado que mientras haya olvidos y diferencias entre los seres humanos, es necesario continuar celebrando estos días más que nada para que la gente se acuerde.

Ahora, viene lo más doloroso. Desde el principio de la mañana, he estado escuchando por la radio entrevistas a discapacitad@s físic@s y psíquic@s de todo tipo, hablando de sus problemas, de las dificultades que tienen en la vida diaria, en las trabas a la hora de encontrar un trabajo, en fin, un montón de obstáculos que tienen que ir salvando día a día, hora a hora. Prestaba atención a todo esto para

ver si entre l@s much@s discapacitad@s que han conversado con l@s "listill@s" de las radios y televisiones varias, salía algún/a seropositiv@ a explicar nuestros problemas que, sin tener intención de minimizar los de l@s restantes discapacitad@s, los nuestros se ven agravados por uno más: el rechazo social, ese desprecio de buena parte de nuestr@s conciudadan@s. Y esa mentalidad, que les hace pensar que esto no es una discapacidad, sino la consecuencia de una vida disoluta, incorrecta, y desgraciadamente esta actitud hacia nosotr@s, me han demostrado l@s periodistas que ell@s también la practican. Sí, compañer@s, parecerá increíble pero entre todos los medios de comunicación de este "santo" país, tan solidario él con el diferente, ni una sola palabra de nosotr@s, ni un solo comentario de nuestras discapacidades físicas y psíquicas, consecuencia del propio VIH, de las oportunistas, de la medicación o incluso, de la precaria situación socioeconómica de much@s afectad@s.

Me ha parecido muy triste comprobar en este bonito día, comienzo de primavera, que para l@s afectad@s por el VIH, la luz y el calor de l@s que nos rodean todavía no han llegado y que, mientras que del resto de las minusvalías y discapacidades se compadecen y se intenta mejorar la situación de tod@s ell@s, para nosotr@s sólo queda el olvido más cruel e insolidario que jamás había visto hacia personas enfermas, la más absoluta de las indiferencias. Al menos antes, cuando no existían las nuevas terapias y la gente moría, aún se preocupaban algo por nosotr@s, aunque sólo fuera por conseguir su propio beneficio, esto es, aumentar la audiencia explotando el morbo, la carnaza.

¿Qué queréis que os diga? Sabíamos que en el mundo siempre se habían establecido diferencias sociales en función del poder adquisitivo, del nivel cultural, del trabajo desempeñado, del lugar de origen, del sexo, religión o raza, pero hoy me han abierto los ojos y he podido darme cuenta de que esta sociedad hipócrita es capaz de establecer diferencias hasta entre los seres más débiles, l@s que padecen discapacidades, enfermedades, malformaciones o cualquier otro trastorno o alteración. En conclusión, chic@s, "que siempre ha habido clases", hasta entre l@s distint@s, l@s otr@s.

Paciencia. Acaso algún 20 de marzo, hable también algún/a seropositiv@ sobre este tipo de minusvalía o discapacidad que por otra parte engloba muchas diferentes.

Un abrazo de vuestra amiga y por cierto, Feliz Primavera +



Una noticia de TELE5

Un joven anoréxico muere en pleno centro de Madrid después de estar media hora pidiendo auxilio y esperando que llamasen a una ambulancia. La gente que pasaba por su lado se limitaba a mirarle desde una distancia prudencial y no le prestaron la ayuda que reclamaba. En fin, que no le hicieron ni puñetero caso. La excusa que dan los presentes al hecho y con la cual el noticiario de esta cadena los justifica y también a la acción o mejor dicho a la falta de acción y atención es la siguiente: «Los que por allí deambulaban pensaron que era un toxicómano, un enfermo de SIDA terminal». Un joven más que muere por causa de la droga —esta vez sin ni siquiera consumirla—, muere por culpa de los prejuicios, de la moral, de la mentalidad, de la política y la ley que existe en torno al mundo de las drogas y los drogadictos. ¿Cómo vamos a superar una adicción si primero no la aceptamos, encajamos y toleramos?

Al parecer, ser toxicómano en este país significa no tener ningún derecho, ni siquiera ser auxiliado en caso de extrema urgencia, y paradójicamente esa falta de ayuda se pretende justificar desde un prisma ético. Lo que da importancia a la noticia no es solamente el hecho de que un joven muriese sin atención ni auxilio, sino que este joven era un anoréxico y no un toxicómano, como se supuso en un principio. Pues de haber sido toxicómano en lugar de anoréxico, la noticia ni siquiera hubiese trascendido. Los toxicómanos mueren todos los días delante de nosotros y ¿a quién le importa?

Este país tiene una gran deuda moral con los toxicómanos, y una asignatura pendiente con la toxicomanía. «El hombre que olvida su historia está condenado a repetirla», algo así he oído que dijo alguien. Yo soy de la opinión de que si no hacemos algo serio por el problema y nos cruzamos de brazos esperando a que los toxicómanos mueran, nos comportamos como aquellos que dicen o piensan que «muerto el perro acabada la rabia».

Pero la rabia volverá a aparecer en otro momento, en otra generación, porque en su momento no supimos frenarla y ponerla en su lugar y tratarla con la seriedad y rigor que requiere. Nos hemos limitado a culpabilizar al/la toxicómano de su adicción y hacerle pagar todas las consecuencias, hasta el punto de robarle su dignidad y marginarle hasta el fin de sus días, condenándolo a su propia drogodependencia y agravando su problema: el abandono, la falta de dignidad, de derechos, la marginación y la miseria. Los metemos en el peor de los pozos y no les dejamos salir de él, los etiquetamos y los abandonamos a la destrucción

y locura. ¿Es eso lo normal en un estado que se llama de derecho y que dice de sí mismo ser uno de los 25 países más importantes y modernos del mundo? Tenemos una asignatura pendiente, devolver a los drogodependientes su dignidad, sólo de esta manera llegarán a sentirse con ganas y ánimos para dejar las drogas, si ellos lo consideran oportuno. No seamos sólo europeos de boquilla y de euro. Imitemos también el trato que dispensan a sus ciudadanos toxicómanos países como Holanda o Suiza. Un poco de consideración. Este país no será totalmente un país de derecho hasta que no dignifique e integre como ciudadanos a los toxicómanos y drogodependientes. Hasta que no venzamos ese tabú interesado que hay en torno a las drogas, no serán éstas superadas y puestas en el lugar que les corresponde. Por este

motivo, la noticia de Tele 5 me ha indignado: un joven más sacrificado por una actitud equivocada ante el problema de las drogas.

Yo he sido consumidor de drogas, por eso puedo decir, que no son las drogas las que deshumanizan a las personas, ni éstas los llevan a la ruina; el sistema y los intereses ocultos apoyados en la ignorancia y la hipocresía de la gente son los que nos destruyen y no las drogas en sí mismas.

No es justo que después de tantos años nuestra situación siga siendo tan precaria. Y decir que la situación es precaria no es más que un eufemismo. La legalización de las drogas evitaría la manipulación actual +



Réplica

a "Aguinaldo navideño"



Respuesta a Aguinaldo navideño de José Carbonell publicado en Lo+Positivo21.

El día 22 de diciembre no se cerró la sede de la revista *Metamorfosis* sino que se comunicó al equipo existente el cambio de estrategia a seguir, ya que no se estaban cumpliendo los objetivos iniciales del proyecto.

El *Òrgan Tècnic de Drogodependències* creó este proyecto y lo financió para que fuera un instrumento de participación de la gente que tiene o ha tenido problemas con las drogas. El desarrollo concreto del proyecto ha sido siempre decidido por la coordinadora junto con los miembros del equipo, y el *Òrgan Tècnic* sólo se ha reservado el papel de asegurar que se cumplieran los dos objetivos iniciales. Cruz Roja ha colaborado tomando a su cargo la gestión económica.

Si hacemos un poco de historia, nos vamos al año 1997, cuando nació este proyecto que tenía como objetivos movilizar y dinamizar al colectivo de usuarios y usuarias de drogas que están en programas de mantenimiento con metadona (PMM) fomentando alternativas de ocio y tiempo libre, tanto a través de la revista como en otras actividades propuestas, consiguiendo de alguna manera la participación en su propio tratamiento.

El otro objetivo era dar libremente voz a los usuarios a través de la revista y crear así un medio de expresión y comunicación entre usuarios y los profesionales de drogodependencias.

Durante estos cinco años han pasado por la redacción de *Metamorfosis* muchas personas que ahora son piezas fundamentales en organizaciones, entidades y grupos de usuarios y exusuarios; personas que están colaborando en programas preventivos y de disminución de riesgos y de este hecho estamos muy satisfechos.

Estos mismos logros queríamos que llegaran al máximo número de personas, para ello se decidió que la revista se pudiese confeccionar también fuera de Barcelona ya que la implicación de usuarios no estaba siendo suficientemente amplia y que la participación se limitaba a escribir algún artículo.

El sentimiento negativo que se vivía en este grupo al intentar descentralizar la revista ya se había plasmado con anterioridad. En cuanto a las características del grupo, estaba formado en su mayoría por personas con más de dos años de antigüedad. Esto hacía, en ocasiones que las cosas se estancaran ya fuera por problemas de hegemonía o por la lucha de poderes entre los mismos miembros, que otorgaban más credibilidad a la gente que llevaba más tiempo, desacreditando o desanimando de esta manera a la gente nueva que se incorporaba. También y teniendo en cuenta que sus componentes llevaban tiempo trabajando juntos no se daba en ningún momento la cohesión del grupo.

Por lo tanto no se puede pensar en que fue una estrategia premeditada, sino una necesidad de ir cumpliendo los objetivos que en un principio nos marcamos. Respecto a que se ha cerrado un medio para expresar aspectos reivindicativos de este colectivo, no es así ya que la publicación continúa apareciendo trimestralmente y a la cual puede acceder cualquier persona que quiera expresar su opinión.

El tiempo que pueden haber "dejado" algunas personas no ha sido en vano, ya que los frutos los estamos recogiendo ahora, con la participación numerosísima de usuarios que están respondiendo con entusiasmo a esa llegada más cercana en su centro, de la revista, en la cual pueden participar y hacerla suya, moviendo actividades alrededor de la misma. Esto se puede comprobar con los últimos números realizados en Reus y Lleida.

El acceso al presupuesto ha sido abierto y los problemas que se aluden de dinero, quizá han sido la dificultad que han encontrado algunas personas, pensando o creándose falsas expectativas en que podría convertirse en un trabajo remunerado.

Lamentamos que haya ciertas personas que sólo vean la revista *Metamorfosis* como una herramienta de denuncias y reivindicaciones, porque es un espacio para eso, pero también para muchas otras cosas como difusión de mensajes sanitarios, relatos personales llenos de emoción y vivencias, pasatiempos, información de interés, direcciones útiles, convocatorias de concursos y actividades de congresos y demás, todo ello se puede comprobar en todos los números que han aparecido hasta ahora desde sus comienzos en el año 1997+

* DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL
DIRECCIÓ GENERAL DE DROGODEPENDÈNCIES I SIDA



¿Ser hipócritas nos hace mejores?



tengo una amiga que, por miedo a perder la faena, verse discriminada y criticada (la reacción social a su realidad individual), ha decidido vivir en la apariencia.

Está enferma, pero como tiene una enfermedad que socialmente no es aceptada por la mayoría como tal, porque su origen se asocia, hoy en día falsamente, a grupos con conductas sexuales o lúdicas criticadas desde perspectivas puritanas que se insertan en una forma de pensamiento popular basado en la ignorancia de la condición humana y en tabúes discriminatorios propios de épocas históricas regidas por los abusos de poder y actitudes descaradamente antidemocráticas, prefiere ser prudente y vivir su vida a escondidas de sí misma.

No es un fallo suyo, es nuestra sociedad quien no le deja enfrentar su enfermedad desde una perspectiva profiláctica en su componente psíquica (vivir escondiendo a casi todos su realidad cotidiana no ayuda a un bienestar psicológico), y que entorpece la profilaxis física (debe desplazarse muchos kilómetros para no levantar sospechas en el entorno médico de su lugar de residencia). La integración social exige un precio que comporta su deterioro físico, psíquico y espiritual.

Si mantiene el engaño, nuestra sociedad la acepta en su seno y la acoge como parte activa con derecho a voz y a voto. Y junto con la sociedad, cuando tenga que emitir un juicio contra lo marginal deberá seguir el estado convencional adoptado por ésta, al menos públicamente, para no ser

excluida. Y así puede encontrarse un día dando la razón, para no discutir y levantar sospechas, a ls que discriminan a las personas que sufren sus propias penalidades. Esa contradicción no debe hacerla sentir mal, pues se la dicta el instinto de conservación, o quizá no, quizá se la dicta el espíritu gregario.

No es instinto de supervivencia el suyo, a mi parecer, sino colaboración con una forma de pensar y de sentir la vida y a los demás, cargada de inconsecuencias, charlatanería y, lo que es más grave, de maledicencia y discriminación. El reo pide la sog para colgarse.



Sin duda, es cómodo vivir entre los buen@s, entre la sociedad bien pensante y bien viviente, económicamente suficiente e intelectualmente corta y obtusa. Es una opción individual: a escoger entre comodidad y verdad, lo normal es que una persona débil físicamente, castigada mentalmente y perdida espiritualmente opte por la primera opción. Sin embargo es una opción que no conduce más que a la desgracia, la falsedad y la muerte anticipada.

La inscripción del oráculo de Delfos, santuario panhelénico y centro axiomático de no pocos aspectos de nuestra cultura, dice así: 'conócete a ti mismo'. Es algo que le quiero hacer llegar.

En cuanto al resto, a nuestra sociedad democrática, le pregunto (trabajo del/de la filósofo@): ¿ser hipócritas nos hace mejores?+



ORDEN DE PAGO POR BANCO

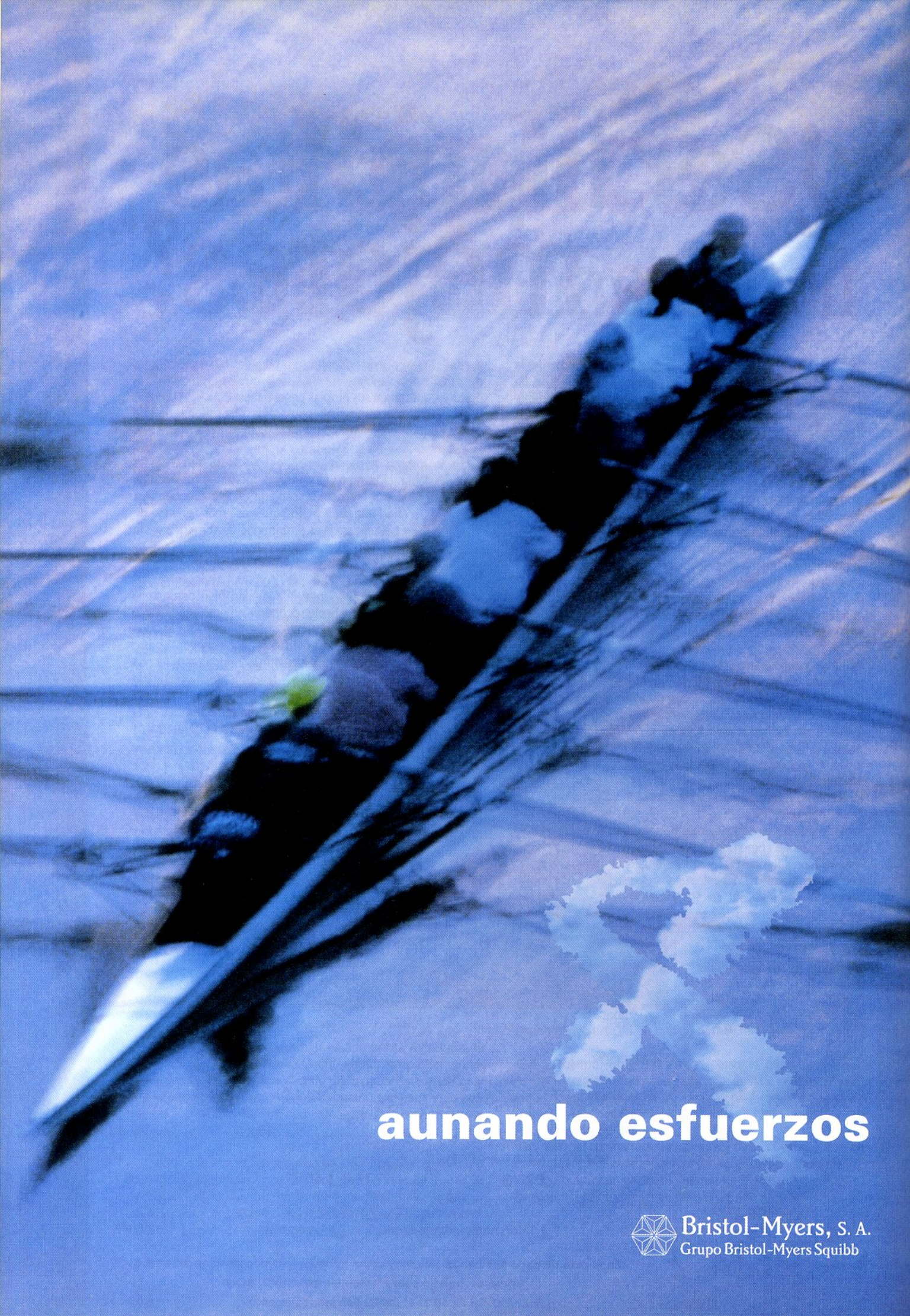
NOMBRE
 BANCO O CAJA LOCALIDAD
 DOMICILIO AGENCIA C.P.
 Código C/ C (20 dígitos) FIRMA

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

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

NOMBRE
 DIRECCIÓN
 POBLACIÓN PROVINCIA
 C. POSTAL TEL. FAX
 Autorizo una donación anual de:
 20 € 40 € €
 Forma de pago:
 Talón nominativo adjunto Giro postal Por Banco

En el caso de pago por banco, rellena y envía también la Orden de Pago adjunta a:
Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt)
c/ del Pi, 10 1º 2º 08002 Barcelona (España)



aunando esfuerzos



Bristol-Myers, S. A.
Grupo Bristol-Myers Squibb

Transmisión versus contagio

en el diario *EL PAÍS* del pasado 13 de marzo, en la página 34, apareció una noticia que informaba de que «los casos de SIDA descendieron un 14% en España el año pasado». En ella, además, se decía que, a pesar del descenso, «en 2001 hubo 2.300 nuevos contagios». El periodista que la redactó cometió, a mi modo de ver, dos graves errores. El primero de ellos es la confusión entre VIH y SIDA cuando al hablar de "casos de SIDA" se estaba refiriendo a nuevos casos de infección por VIH. El segundo, sobre el que voy a hacer algunas reflexiones, es el uso de la palabra contagio en lugar de transmisión.

Aunque esta noticia es sólo un ejemplo, es frecuente encontrar en los diferentes medios de comunicación, y también en textos de carácter médico, el uso indistinto de las palabras transmisión y contagio para indicar que la infección por VIH pasa de una persona a otra. Ante este uso indiscriminado, uno se pregunta: ¿significan los dos términos realmente lo mismo?

Si recurrimos a los diccionarios, veremos que ambas palabras, en general, aparecen definidas como sinónimas tanto en los de lengua española como en los de términos médicos. A modo de ejemplo, el *Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia* en su última edición (2001) define contagiar como «transmitir una enfermedad a alguien» y transmitir como «comunicar a otras personas enfermedades o estados de ánimo». Estas definiciones se repiten, con algún ligero matiz, en el resto de diccionarios generales (*Manuel Seco, María Moliner, etc.*) y en los diccionarios médicos, salvo alguna excepción, la situación es también similar.

Pero, si bien es cierto que ambas palabras son sinónimas actualmente, eso no fue así en el pasado y es precisamente esta perspectiva histórica la que puede arrojar algo de luz sobre el asunto. Según el *Dizionario etimológico storico dei termini medici* (Florencia, 1993), la palabra contagio procede del latín *contagium*, que significa contacto, y ésta, del verbo *contingo*, que significa tocar o estar muy cerca de alguien. Según el mismo diccionario, contagio ya tenía desde el siglo I d.C. un significado negativo que indicaba contaminación por proximidad o por contacto con alguien. El *Diccionario de Ciencias Médicas* (Stedman, ed.), en su edición de 1993, es el único que define contagio como «transmisión de una enfermedad por

contacto con uno o más enfermos» y, a continuación, aclara que «el término se empleó mucho antes de conocerse las ideas modernas sobre enfermedades infecciosas y desde entonces ha perdido gran parte de su significado original; se lo incluye hoy dentro del nombre más amplio de 'enfermedad transmisible'». Este dato aclara la duda. En el pasado, se creía que toda infección se producía por contagio, es decir, según su significado original, por tocar al infectado o por estar cerca de él. Sin embargo, en la actualidad sabemos que no siempre es así y que algunas infecciones, entre ellas el VIH, precisan de vías específicas para penetrar en el organismo. Aun así, el término contagio se sigue aplicando erróneamente a todas las infecciones a pesar de que en medicina moderna se introdujo el término transmisión para aquellas infecciones que no eran contagiosas. Sería deseable, por tanto, deshacer el error y utilizar contagio únicamente para aquellas infecciones que se pueden adquirir por contacto o por proximidad con la persona infectada (gripe, tuberculosis, etc.) y transmisión para aquellas enfermedades que se transmiten por vías específicas (VIH, hepatitis C, sífilis, gonorrea, etc.)

Por otra parte, la carga semántica negativa que ya tenía contagio en la antigüedad continúa en nuestros días. El uso de este término para infecciones que no son estrictamente contagiosas puede crear una preocupación social innecesaria al fomentar la errónea creencia de que se puede contraer por contacto una infección que en realidad no es contagiosa. En el caso del VIH/SIDA, la preocupación puede convertirse en pánico y paranoia hasta tal punto que se estigmatice cruelmente al/a infectad@, como así ocurrió y así por desgracia sigue todavía ocurriendo. Y todo ello provocado en parte por un mal uso del lenguaje. La alarma social que se puede provocar ante un brote de gripe o de tuberculosis, infecciones contagiosas, no está justificada en el caso del VIH/SIDA, infección transmisible, y, sin embargo, aún existe en algunas personas el miedo al contagio del VIH. Es cierto que en estos casos la ignorancia o la falta de información provocan ese terror, pero no lo alentemos aún más con el mal uso del lenguaje. Ya es hora de que el personal sanitario, los afectad@s y la sociedad en general se exprese respecto al VIH con los términos que le corresponden y no con otros que alteren su verdadera naturaleza. El lenguaje estructura nuestro pensamiento y, sin duda, el uso de transmisión en lugar de contagio ayudará a que la sociedad piense en el VIH como una infección transmisible y no contagiosa +



HELENA
AULINA

RTA DE
DEL TC
IÓN PA.



El voluntariado cambió mi vida

mi historia se remonta al año 1986, cuando me diagnosticaron que era portadora de los anticuerpos del SIDA. Además tenía un problema de adicción a las drogas y ya lo había intentado todo para salir de él. Después de muchas tentativas fracasadas y de tanto sufrimiento, empezaba a pensar que mi vida ya no tenía sentido.

No sabéis lo mucho que deseaba morir, estaba harta de mi vida, vacía del todo, sin motivación para nada... No tenía miedo a la muerte pero tenía un pánico atroz a perder la conciencia y el autocontrol, ya que en estos años viví muy de cerca la transformación y posterior muerte de vari@s de mis amig@s.

He de decir que esta enfermedad lleva consigo algunos comportamientos inhumanos e injustos por parte de algunas personas, que he vivido en primera persona y en la piel de mis amig@s. Estoy convencida de que esto ocurrió así porque la situación de mis compañer@s y la mía propia era de total falta de autoestima, aparte de que nuestro auténtico "yo" andaba vagando por otra galaxia. Si por algo hoy me alegro de estar viva y de seguir aquí, es porque nunca más permitiré que delante de mí se repitan estas injusticias, falta de respeto y discriminación hacia ninguna persona de este planeta.

Pero un buen día las cosas cambiaron para mí pues un familiar vinculada a una ONG anti-SIDA me ofreció la oportunidad de hacer un taller vivencial de cuatro días sobre "muerte y transformación" destinado a personas con VIH-SIDA. Como al fin y al cabo lo que buscaba era el descanso eterno, pensé que no tenía nada que perder y decidí apuntarme.

Aquella experiencia me sirvió para sacar muchos sentimientos que se encontraban depositados en lo más hondo de mi corazón y que no creía poder desenterrar. También conseguí vencer el miedo a morir y empecé a encontrar la paz. En mi

interior se habían movido muchas cosas y me propuse seguir dándome una oportunidad y trabajar más a fondo mis emociones con el convencimiento de que eso podría hacer que encontrara sentido a mi vida, una vida que pocas cosas buenas me había dado, aunque algunas sí eran inolvidables.

Meses más tarde empecé a trabajar como voluntaria en una ONG de lucha contra el SIDA, en la que actualmente estoy contratada. Al principio pensé que todo aquello era una tontería

pues yo nunca en la vida había hecho nada sin cobrar; sin embargo, cada vez me gustaba más lo que hacía y me sentía cada día mejor conmigo misma al ver que podía llegar a mucha gente con problemas iguales o semejantes a los míos. He tenido la oportunidad de conocer otros "mundos", como el de las cárceles, por donde tant@s compañer@s habían pasado y fallecido, sin que ello me haya ayudado a comprender, sino que por el contrario me he cuestionado aún más, si cabe, el porqué de toda esta "tumba de libertad", que no sirve en absoluto para reinsertar a una persona.

Después de estos cinco años puedo decir que el voluntariado ha supuesto un gran cambio en mi vida, que me ha dado la oportunidad de conocer otras asociaciones, de asistir a jornadas y encuentros por España y lo más importante, poder conectar con tanta gente en una situación igual o similar a la mía. He tenido el placer de sentirme útil y observar la vida desde otra perspectiva, de realizarme en mi trabajo y de crecer como persona. Ya podéis imaginar lo mucho que me ha aportado ser voluntaria y formar parte de una ONG.

Desde aquí quiero dar las gracias (GRACIAS, en mayúscula) a toda la gente que forma parte de la asociación anti-SIDA de Girona junto con sus tres subse-des (Olot, Figueres y Sant Feliu de Guixols) y a todas aquellas personas que confiaron en mí desde el primer momento.

A TOD@S, GRACIAS DE VERDAD +



12

DE MI
TODO,
PARA N



La vía de los microbicidas

Los microbicidas son sustancias sintéticas o naturales que pueden ser aplicadas localmente antes de la penetración con el fin de anular la acción de organismos patógenos, impidiendo así la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Si tenemos en cuenta que cerca del 95% de todas las infecciones por VIH que se producen en el mundo son por vía sexual, la creación de un microbicida eficaz podría salvar la vida de millones de personas, y muy especialmente la de aquellas que carecen del poder suficiente para elegir con libertad su propia sexualidad y el uso de métodos preventivos.

Las actuales estrategias de prevención requieren la colaboración de la pareja, con lo que las mujeres no tienen el control sobre su propio cuidado, pero esta situación podría sufrir un cambio importante con el desarrollo de los microbicidas, ya que la ventaja de éstos sobre otros métodos barrera es que podrían ser utilizados sin tener que solicitar la colaboración e incluso sin el conocimiento de la pareja.

El fracaso de las expectativas generadas respecto a un espermicida que contenía nonoxido-9 (N-9, compuesto biodetergente que actúa rompiendo las membranas celulares y las cubiertas víricas) hizo que aparecieran noticias contradictorias sobre el uso de N-9 en particular y sobre los microbicidas en general. A pesar de que se ha comprobado que los estudios que llevaron a la exclusión de N-9 no habían sido adecuadamente diseñados, ONUSIDA y OMS llegaron a la conclusión de que esta sustancia no podía ser recomendada sin restricciones, pero defienden que la lucha por el desarrollo de microbicidas no debe cesar ya que aunque se haya perdido una batalla no hay motivos para asumir que hemos perdido la guerra.

En la actualidad, hay diversos organismos interesados en la investigación sobre microbicidas, incluyendo algunas pequeñas compañías farmacéuticas, grupos de investigación sin ánimo de lucro y entidades del sector público, aunque persiste el desinterés por parte de las grandes farmacéuticas debido a que no cuentan con obtener un beneficio inmediato a partir de sus inversiones.

En el término 'microbicidas' se incluye una amplia gama de productos con muy diferentes mecanismos de acción. Algunos actúan potenciando el sistema de defensas del cuerpo; otros introduciendo sustancias que destruyen a los organismos patógenos; otros creando cierto tipo de barrera física, y por último los más prometedores probablemente combinan varios de estos mecanismos. Así, por ejemplo, en la actualidad se están realizando estudios con productos tan diferentes como:

Péptidos antibióticos: moléculas proteínicas que forman parte de la defensa del cuerpo contra la infección. Su aplicación en el lugar de la posible infección podría destruir los virus antes de que llegaran a infectar el cuerpo.

Gel encapsulado: mantiene la acidez propia de la vagina en presencia del semen, lo cual impediría la supervivencia del VIH en el epitelio vaginal y cervical.

Carraguard™: es un producto derivado de una alga marina que, en forma de gel, recubriría las paredes vaginales impidiendo que el VIH penetrara en el epitelio vaginal.

"Condón invisible": así es como los investigadores llaman a un gel no tóxico de base polimérica que se utiliza como barrera contra virus y bacterias. Formulado en líquido, se transforma en gel a temperatura corporal y recubre las paredes vaginales. Actualmente ha entrado en Fase I de estudio y si los resultados son aceptables podría estar comercializado en un año.

Lactobacillus Crispatus (LB): *Lactobacillus crispatus* es una de las muchas bacterias que coloniza habitualmente la mucosa vaginal sana y ayuda a mantenerla libre de infecciones mediante la producción de peróxido de hidrógeno. Actualmente se están realizando en EE UU ensayos de Fase I y II (seguridad en humanos).

"Planticuerpos": representan una iniciativa innovadora para el desarrollo de microbicidas utilizando plantas transgénicas que produzcan anticuerpos humanos activos contra el VIH y otras ETS. Esta tecnología permite la liberación de anticuerpos anti-VIH directamente en la vagina y haciendo que combatan el virus antes de que se produzca la infección.

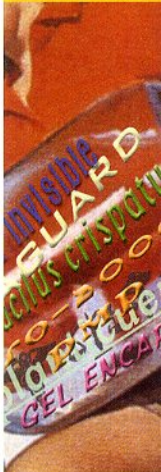
Gel PMPA: funciona, igual que algunos fármacos antirretrovirales, inhibiendo la replicación del virus una vez que penetra en las células. Se espera que el gel sea absorbido por el epitelio vaginal e impida el avance del virus tras penetrar en las células externas de la pared vaginal.

Gel Pro-2000: contiene un polímero sintético que se une al VIH impidiendo así que éste se una a las células diana. Es posible que el gel también bloquee de igual forma las infecciones por clamidia y herpes (VHS-2).

Cianovirina: es una proteína aislada de algunas algas azul-verde que se mezclan con azúcares específicos de varias cepas del VIH y bloquean la fusión celular y la entrada viral en la célula huésped. Podría ser formulada como gel o introducida mediante ingeniería genética en *lactobacillus* +

Podéis dirigir vuestras opiniones y preguntas sobre esta sección a

mjvazquez@eresmas.net



13



Para elegir
con libertad

PRIMAVERA
2002

Si os habéis fijado, un medicamento antigripal aparece infinidad de veces en televisión en las épocas del año en que se renueva esta epidemia endémica, pero no verás anunciado un antirretroviral. Nuestra legislación, como la de casi todos los países del mundo excepto EEUU y Nueva Zelanda, prohíbe expresamente la

publicidad directa de fármacos

que se prescriban con receta, si no es a médic@s. Ahora, la Comisión Europea quiere levantar este veto durante un periodo de prueba de cinco años y ha escogido el asma, la diabetes y el VIH para el experimento. Os ofrecemos dos opiniones contrapuestas.

Hoy día, la Publicidad Directa al Consumidor (PCD) de productos y tratamientos médicos a los que puede accederse exclusivamente con receta es legal sólo en dos países, EEUU y Nueva Zelanda. En ambos observamos hoy que estas campañas publicitarias, que son ampliamente reproducidas en televisión y revistas, la mayoría de las veces no ofrecen una descripción equilibrada de los efectos asociados a tomar la medicina: los riesgos y efectos secundarios potenciales no se mencionan o se minimizan.

Estas campañas, obviamente, siguen el comprensible deseo de la industria de maximizar sus ganancias y promover el uso de tratamientos de marca, en vez de concienciar al público general sobre las enfermedades y opciones médicas disponibles. Desde 1997, de hecho, los fármacos más publicitados han contribuido significativamente a incrementar el gasto farmacéutico en EEUU. Este incremento en gasto en la Unión Europea podría amenazar directamente la sostenibilidad financiera de los programas de atención sanitaria nacionales. Es más, el valor educativo de estas campañas publicitarias es, como mucho, muy cuestionable.

Los regímenes antirretrovirales para el VIH/SIDA provocan con frecuencia efectos secundarios que deben monitorizarse estrechamente, y creemos que l@s pacientes deberían estar completamente informad@s sobre los efectos, sean éstos positivos o negativos, que puedan esperar de las píldoras. Los efectos secundarios son la principal causa de falta de adhesión lo que, en ciertos casos, podría conducir al fracaso del tratamiento. Creemos por ello que es de la máxima importancia que todos los efectos secundarios asociados con los tratamientos sean estrechamente monitorizados y documentados con rigor.

La información sobre tratamientos debe basarse en investigación actualizada y fidedigna y en el conocimiento clínico. No debe estar vinculada a ningún interés comercial. Pero además, debe ser fácil de entender para l@s pacientes. Es la Agencia Europea del Medicamento (EMA) quien, ya que está asumiendo cada vez un papel más activo en la autorización centralizada de nuevos tratamientos, ha de tomar la iniciativa para mejorar la calidad de la información sobre tratamientos que se pone a disposición de l@s pacientes en Europa.

CHANGE ES UNA COALICIÓN DE 12 ONG EUROPEAS, CUYO MIEMBRO ESPAÑOL ES FEES

A estas alturas, que información y publicidad son cosas diferentes es algo que quien más quien menos lo tiene claro. A veces la línea de separación es difícil de discernir, pero no cuando quien te proporciona la información tiene un interés comercial en ella: estamos ante publicidad sin lugar a dudas. Cuando te llega un comunicado, un artículo o una foto, y ves la marca de una compañía acompañándolo, ¿acaso no sabes que lo que se busca es convencerte de la bondad del producto?

Se trata de si las personas con VIH, y por extensión cualquier persona usuaria del sistema de salud, pueden ejercer como consumidor adulto. Dicen que una compañía farmacéutica no puede ofrecer información imparcial: no creo que nadie pretenda tal cosa. Es más, tengo la convicción de que eso, la información imparcial, no existe, que sólo es posible la información plural, es decir, el contemplar diferentes puntos de vista.

La publicidad de fármacos, se dice también, minimiza los efectos secundarios. Seguro, basta con leer el prospecto que acompaña los envases para inmunizarse, y hasta alarmarse. Pero la prohibición de la publicidad directa a pacientes no está evitando clamorosos fallos en los sistemas de farmacovigilancia, que son los que en todo caso hay que tomar en serio, dotándolos de más y mejores recursos.

La publicidad aporta visibilidad (¿os imagináis un anuncio de Crixivan o Zerit en *EL PAÍS*?) e interpela al/la paciente como lo que es, un sujeto que toma decisiones. Dicen que esto subiría los precios de los medicamentos. No es lo que los datos muestran: los precios son desorbitados no porque se basen en el coste más un tanto por ciento de beneficio, sino pura y simplemente en el valor que el mercado pueda soportar.

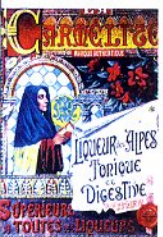
En el fondo de la negativa a permitir información o publicidad directa (ya da igual los términos) a quien vive la dolencia y no decir nada sobre la que recibe el especialista, creo que late el prejuicio de que un/ médic@ es capaz de resistir los mensajes sesgados y un/a paciente no. Ello a pesar de que es el primero el que posee –y poseerá– el monopolio de la prescripción.

Actualmente sólo quienes tenemos acceso a internet y sabemos inglés tenemos la mala fortuna de acceder a la publicidad de medicamentos en las webs. ¿Es eso lo que queremos?

MONTSE TAFALLA



14



Autonomía, solidaridad y gozo

Cuando el VIH está presente en una familia, l@s niñ@s y jóvenes están expuest@s al miedo social y al estigma, a un clima de segregación y confusión, a múltiples cambios y pérdidas, a periodos de enfermedad, visitas médicas, hospitalizaciones...

El diagnóstico de infección por VIH en un niño o una niña (o lo que es lo mismo en una persona que tienen entre 0 y 18 años de edad) supone siempre un duro golpe para la familia y su entorno afectivo. En los casos en que el/la niñ@ y su familia son inmigrantes procedentes de áreas sin recursos, la vivencia puede ser un poco distinta al verse afectada por las circunstancias que se derivan de su situación de desplazamiento. Generalmente, en su país de origen este niñ@ recién diagnosticad@ no tendría acceso a un tratamiento y un seguimiento médico como el que se le ofrece aquí. Si partimos de la convicción de que tod@s l@s niños y niñas del mundo necesitan amor, seguridad, oportunidades y variedad de experiencias para poder crecer de una forma integral, no es de extrañar que estas personas que ahora viven en España sientan que tienen una oportunidad en cuanto a su salud.

L@s niñ@s que se encuentran en situaciones estresantes, como pueden ser cambios en su entorno cotidiano y pérdidas de cualquier tipo, necesitan una atención muy cuidadosa. Necesitan continuidad y consistencia respecto a personas y lugares. Necesitan normalidad. Necesitan ser escuchad@s y escuchar lo que quieren saber. Necesitan tener a su alcance la posibilidad de experimentar. Necesitan soporte y educación en un lenguaje y unos recursos apropiados para su edad y su desarrollo. Necesitan honestidad.

Y si queremos hablar de nuestros recursos sociosanitarios como su oportunidad, deberíamos reflexionar con calma sobre qué queremos decir cuando hablamos de salud y sobre todo cuando hablamos de salud infantil. Existen mil definiciones de salud corriendo por estos mundos, casi todas con buenos elementos para la reflexión y casi todas intentando construir un concepto integral y holístico. En este sentido es interesante la definición del Dr. Gol cuando dice que la salud es una forma de vivir que permite a las personas ser autónomas, ser solidarias y gozar, a pesar de que determinadas zonas de su cuerpo se encuentren mal.

- Ser autónomas y vivir con el mínimo posible de limitaciones y dependencias.
- Ser solidarias, ya que no es posible el crecimiento sin colaborar, interactuar y relacionarse con las demás personas.
- Gozar o sentirse satisfechas con una buena relación con la realidad, con ganas de avanzar e ilusión de cambio.



Si jugamos a ser malabaristas con algunas de las ideas hasta ahora expuestas: niño, niña, inmigrantes, VIH, oportunidad y salud, como si fueran pelotitas de colores en una danza de habilidad y destreza... ponemos en marcha una serie de interacciones de las que surgen, para variar, interrogantes y cuestionamientos profundos:

- ¿Realmente les estamos ofreciendo esta oportunidad tan completa?
- ¿Podemos decir que tener acceso a un tratamiento antirretroviral y a un seguimiento pediátrico especializado es una oportunidad para la salud de un niño o una niña y quedarnos tan tranquil@s?
- ¿Respetamos honestamente y sin juicios sus creencias, sus valores, sus culturas?

Sinceramente creo que en general no estamos trabajando para proporcionarles los apoyos necesarios para poder desarrollarse como personas autónomas, solidarias y gozosas, independientemente del color de su piel, del nombre de su dios, de la bandera de su país. Para ello deberíamos hablar menos y actuar más, arriesgándonos a cambiar nuestros hábitos para integrarnos también nosotr@s con ell@s. La integración siempre es cosa de dos.

Para poder ofrecer un entorno y unas respuestas adecuadas a las necesidades de l@s niñ@s inmigrantes afectad@s por el VIH, el mundo adulto que les acoge y protege debe esforzarse en trabajar con compromiso de acuerdo con la edad de cada niñ@, su temperamento, sus habilidades y sus experiencias, colaborando con su familia y su sistema personal de apoyo, y sobre todo equilibrando y armonizando las actitudes y creencias de su país/cultura de origen y las de la comunidad/cultura en la que vive actualmente +



ANDRÉS RAMOS

Buenos tiempos para la lírica

de entre todos los géneros literarios la poesía sigue siendo el vehículo más propicio para expresar los sentimientos y el paisaje interior de tod@s aquell@s que a lo largo de la historia la han cultivado. Por esta razón, much@s la han utilizado para exteriorizar sus vivencias y emociones respecto a una realidad que conocen de primera mano, el VIH/SIDA. Aunque la forma de abordarlo dista notablemente entre tod@s ell@s, en sus poemas sobresalen con pujanza el compromiso social y el inconformismo fruto de su experiencia, que infunden en el lector una profunda reflexión sobre el tema. Hemos querido ilustrar esta sección de La

cara culta dedicada a la poesía con los poemas de Andrés Ramos, un lector y amigo de Lo+Positivo. Andrés ha querido compartir con tod@s nosotr@s su pasión por la poesía y expresa en primera persona las inquietudes, anhelos, rabia y rebeldía que siente como hombre y poeta viviendo con el VIH. Si bien es cierto que sus poemas pueden calificarse como poesía social, de compromiso o de denuncia, también hay espacio en ellos para momentos de gran inspiración poética, en los cuales lo más personal e íntimo del poeta se funde con el sentir colectivo y comunitario.

INOCENCIAS ROJAS

Los lazos que nos unen
sueñan con la eternidad
y con paraísos y con piedras
de nombres inmortales.

Los lazos que nos unen
no son lazos, sino alas
que se abren,
Se agitan y vuelan, en libertad.

Aunque están hechos
de escombros y ruinas,
de flores hechizadas
y de angustias infinitas,
no os engañéis,
porque los lazos que nos unen
nos atan a todos...

PIRRITAS

Sus siluetas estilizadas
se contonean con estridencias
sobre unos tacones de aguja,
muy conmovidas y engullidas,
dentro de sus "wonders bras".

Avanzáis deslumbrantes –de bisutería–,
como una imitación glorificada
de vuestra falsedad tan divertida.

Sois las modelos liberales
de una esclavitud de miserias,
descocadas con la moda
pero gracias a las píldoras.

Vuestro nombre es tan repartido
en esta ciudad –con perdón–
tan putativa... y es que hay,
muchos ppes y ppitas, ¿eh?
pero no os olvidéis de
que siempre seremos más
los desamparados.

...un paseíto por la periferia
y lo veréis muy claro...

FORMAL ES: AMORFAS

No quiero abdicar
ante el asedio paciente,
que arruina
todos los diseños de mi vida.

Los aullidos de pánico
puede que hayan acentuado
esta voz afónica.

Pero no voy a perder mi batalla.

¡Ni voy a hacer un mutis por el foro!

Tengo que morder mi existencia
aunque se me agrieten las encías.

¡Tengo que vivir!

SIDA

Silencios.
Oscuros y huecos.
Recónditos.

Camino desierto
de ánimo....
de ilusiones...
de sueños...

Calor helado.
Aire sin viento.
Muerte sin muertos.

Silenciossssss...
—os acordáis de la cofia
con cara y el índice en sus labios...
bueno, pues vamos a gritarles
todos juntos ¿vale?—



Si te gusta la poesía y quieres conocer la obra de poetas que han vivido o viven con el VIH o escritores y escritoras que a través de sus versos han denunciado la realidad y el impacto del VIH/SIDA en nuestra sociedad, te proponemos una bibliografía no exhaustiva de obras y antologías en castellano y en otras lenguas, que pretende ser una primera aproximación al tema.

• An Anthology of AIDS Poetry from the United States, Latin America and Spain, Ollantay Press, New York, 1995.

• Bohórquez, Abigael, Poesida, Ediciones Los Domésticos, Tijuana, 1996.

• Arenas, Reinaldo, *Inferno. Poesías completas*, Lumen, Barcelona, 2001.

• Hadas, R. (ed.), *Unending Dialogue: Voices from an AIDS Poetry Workshop*, Faber & Faber, Boston, 1993.

• Klein, M. (ed.), *Poets for Life: Seventy-six Poets Respond to AIDS*, Persea, New York, 1989.

• Lemebel, Pedro, *Loco afán*, Anagrama, Barcelona, 2000.

• Perlongher, Néstor, *Poemas completos 1980-1992*, Seix Barral, Buenos Aires, 1997.

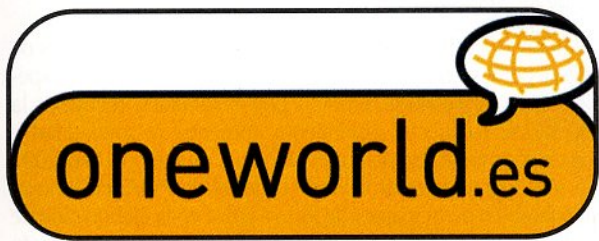
• Ruffilli, P., *La gioia e il lutto*, Marsilio Editori, Venecia, 2001.



CanalSIDA.org: compartir y divulgar información en la red

Con ocasión de la XIV Conferencia Internacional del SIDA, en Barcelona del 7 al 12 de julio, se inaugura el primer canal temático sobre el SIDA en español: **CanalSIDA.org**. ¡Expande tus conocimientos e incrementa el impacto de tu ONG!

Compartir y divulgar información y trabajar en red son dos aspectos clave en la lucha solidaria contra el VIH/SIDA, e internet puede facilitar enormemente estas tareas. Con este espíritu y convicción nació, en noviembre de 2001, AIDSchannel.org (www.aids-channel.org), un canal temático en la web al servicio de las personas y organizaciones que trabajan para promover la comprensión y el conocimiento del VIH/SIDA y su relación con distintos aspectos sociales, económicos y relativos a los derechos humanos, dando una importancia especial a las voces del Sur. AIDSchannel.org se edita desde Zambia y es una iniciativa de OneWorld Internacional, organización impulsora del portal en internet del mismo nombre (www.oneworld.net) que ofrece información y recursos sobre derechos humanos, desarrollo, paz y solidaridad a través de once ediciones locales y una internacional en ocho idiomas distintos, promoviendo el trabajo que más de 1.200 entidades están llevando a cabo en estos ámbitos y haciéndolas más visibles en el ciberespacio.



El hecho de que este mes de julio haya en Barcelona una cita tan importante como la Conferencia Internacional del SIDA, junto con la experiencia del *AIDSchannel.org* (en inglés) y la constatación de que muchas organizaciones echaban de menos un sitio similar en la web de ámbito hispano, ha animado a la Fundació Un Sol Món de Caixa Catalunya (www.unsolmon.org), entidad impulsora de OneWorld en España (www.oneworld.es) a lanzarse a la creación de www.CanalSIDA.org, una versión en castellano y catalán del canal internacional que estará disponible en la red a partir del 15 de junio. *CanalSIDA.org* recopilará noticias, artículos de opinión y de fondo, llamadas a la acción y otras informaciones provenientes de la sociedad civil, organismos internacionales, instituciones de investigación, medios de comunicación especializados...

Desde OneWorld Spain queremos invitar a todas aquellas organizaciones que trabajan solidariamente en el campo del SIDA a adherirse a CanalSIDA.org para ser fuentes de información de este sitio en internet, a colgar en sus páginas web (si la tienen) sus puntos de vista, noticias, estudios, actividades...

CanalSIDA.org aprovechará la experiencia acumulada por la versión en inglés.

... y a solicitarnos que destaquemos estas informaciones desde **CanalSIDA.org**. Y a todas las entidades que no tienen página web o la capacidad de actualizarla, proponemos que envíes sus contenidos directamente a la coordinadora del **CanalSIDA.org**:

susanna.huguet@zoneworld.net

Estamos al servicio de las entidades, y en la medida de lo posible intentaremos contribuir a la difusión de su mensaje +

Carlota Franco, carlota.franco@oneworld.net
Coordinadora de OneWorld Spain

Para participar en **CanalSIDA.org** tienes que ser miembro de **OneWorld** –en su sitio de internet te puedes informar cómo hacerlo– o bien de una entidad adherida. **RED2002** es miembro, por lo que cualquier ONG que pertenezca a la red puede participar

automáticamente. Si tu grupo no pertenece a **RED2002**, solicita la adhesión enviando un mensaje a contact@red2002.org. Puedes visitar la web www.red2002.org para conocer quiénes forman parte de la red.



17



DANIEL
RUIZ
DÍAZ*

Bolivia, el VIH/SIDA: ¿una epidemia incipiente?

desde el inicio de la epidemia en 1985 hasta diciembre de 2001, según las estadísticas del Ministerio de Salud de Bolivia se diagnosticaron 800 casos de PVVS (personas viviendo con VIH/SIDA). Por ello, se considera al VIH/SIDA en Bolivia como epidemia incipiente y en consecuencia no es todavía una prioridad para que el gobierno tome en serio la problemática del VIH/SIDA en nuestro país. Las personas que vivimos con el VIH/SIDA conocemos una realidad que se oculta detrás de estas cifras. Varias veces hemos observado que hasta la muerte se hace clandestina. Diferentes miembros de la Red Nacional asistimos a muchas personas que prefirieron morir solas antes que sufrir el rechazo de amig@s, familiares y, sobre todo, del personal de salud. Lamentablemente, médic@s y enfermeras están más capacitad@s para discriminar, rechazar y hasta juzgar a las PVVS que para diagnosticar, dar tratamiento y, por encima de todo, respetar la confidencialidad.

Las organizaciones de la sociedad civil que iniciamos hace varios años las respuestas al VIH/SIDA en Bolivia, estamos convencid@s de que si no se incrementan los programas de prevención, se sigue discriminando y violando los derechos de las PVVS, y se les niega el acceso a los servicios de salud y a los medicamentos, la epidemia incipiente pasará a ser una epidemia generalizada muy rápidamente.

Bolivia actualmente está viviendo un periodo electoral que culminará el próximo 6 de agosto con la elección de un nuevo gobierno. Nosotr@s, las PVVS y otras organizaciones de la sociedad civil, vemos en estas elecciones una oportunidad para lograr que l@s candidat@s se informen sobre el VIH/SIDA. Quizá se sensibilicen y, tal vez, algún partido aporte propuestas válidas para l@s afectad@s y para la población en general.

La situación actual en Bolivia de las PVVS no es alentadora, existe sólo una ONG que se ocupa exclusivamente de la problemática del VIH/SIDA. Menos del 2% de la población tiene acceso al tratamiento ARV de medicamentos donados por el gobierno del Brasil, de los cuales uno ya tiene vencida su fecha de expiración. De este 2%, una ínfima parte de l@s pacientes o familiares puede comprar sus medicamentos, algun@s reciben donaciones directas desde el extranjero. Sin embargo, la gran mayoría redujo la toma de los medicamentos (disminución de dosis). Tienen rupturas frecuentes de tratamiento, disponen sólo de dos medicamentos (que no es recomendable) y casi nadie tiene asegurado el tratamiento sostenible al menos de uno a dos años.

Para el seguimiento de las PVVS, los servicios de salud no cuentan con los exámenes de carga viral y recuento de

linfocitos CD4 que permiten orientar el inicio o no de un tratamiento. El Seguro Básico de salud que recientemente ha implantado el gobierno no cubre tampoco las enfermedades oportunistas.

Frente a este panorama sombrío las PVVS en Bolivia tenemos como respuesta la urgencia de organizarnos y de establecer alianzas en el ámbito nacional e internacional. Este proceso se ha iniciado con la formación de los grupos de autoayuda regionales y nacionales. Estamos en la fase de empoderamiento, de aceptar vivir con el VIH, de establecer nuestras prioridades y estrategias.

Como PVVS, queremos contribuir en la prevención del VIH/SIDA, en la necesidad de reorientar el rumbo de las personas, la sociedad y el Estado, porque en Bolivia están latentes todas las condiciones para la propagación del VIH. Es una sociedad que está formada para discriminar, llena de estereotipos, prejuicios, donde se cultiva el machismo, el consumo de bebidas alcohólicas, se margina a la mujer y, sobre todo, no se dispone de una buena información.

También nos preocupa la falta de seriedad de las autoridades de salud por la ausencia de políticas que faciliten la accesibilidad a los ARV, estamos segur@s de que habrá, muy rápidamente, cepas resistentes a varios fármacos en Bolivia.

Por ello, las PVVS estamos empezando a ser conscientes de que debemos conocernos, unirnos y compartir nuestras experiencias para fortalecer nuestras potencialidades, recuperar la esperanza, romper el aislamiento, fomentar la solidaridad y lograr que nuestra sociedad evolucione. Durante el año 2001 no sólo logramos crear la Red Nacional de PVVS en Bolivia, sino también participamos de forma activa en la elaboración de la ley de SIDA, que debe ser aprobada en el parlamento boliviano.

Nancy Paredes, Violeta Ros, Julio César Aguilera, Daniel Ruiz Díaz, son algunos de los nombres de personas que vivimos con VIH y que rompimos con el silencio y el temor, para que la población vea nombres y apellidos de hombres y mujeres, que tenemos derechos y obligaciones como cualquier otr@.

Deseamos establecer comunicación con distintos grupos de autoayuda o instituciones de todo el mundo para poder intercambiar experiencias, conocer material de información que nos permita empoderarnos más y poder seguir dando respuestas oportunas, renovadoras y llenas de esperanza y solidaridad. Nuestra secretaria de la Red Nacional tiene esta dirección, casilla de correo 5351, Cochabamba, Bolivia +

Dirección electrónica:
idh@supernet.com.bo
danielruiz94@hotmail.com

* RESPONSABLE DE LA RED NACIONAL DE PVVS DE BOLIVIA.
PUNTO FOCAL TITULAR ANTE LA RED LA+

18



¿UNA VIDA MEJOR?



fotos de portada y reportaje: DAVID CASTAÑER

Una de las principales características de la demografía de este nuevo siglo es la movilidad. Las desigualdades crecientes entre países desarrollados y en desarrollo obligan a much@s a buscar un futuro mejor. En este número os ofrecemos el testimonio de tres personas que han llegado a España desde distintos lugares y en diferentes circunstancias. Abdel, Marco y William viven con VIH en nuestro país y desde su experiencia nos invitan a

la reflexión. También hemos recogido el testimonio de Marisa que, desde la sanidad pública, trabaja para incluir a colectivos de inmigrantes en nuestro sistema de salud. El reportaje lo completamos con datos epidemiológicos de relevancia, con una guía de recursos para inmigrantes con VIH y con una alarmante información, que llegó al cierre de esta edición, sobre posibles prácticas ilegales de algunos de nuestros consulados.

A tres bandas



ABDEL. Nació en Marruecos hace cuarenta años. Ahora vive en Badalona (Barcelona). Asegura que a sus pais@s les llega poquísima información sobre el VIH. Él mismo ha sido apartado de su comunidad por falsas ideas sobre las vías de transmisión.

MARCO. Nació en Chile. Es peluquero de profesión y vive en Bilbao. Este año cumplirá los treinta y nueve. Volvería a su país si cambiaran las políticas de acceso al tratamiento.

WILLIAM. Nació en Venezuela hace treinta años. Se diplomó en Empresariales en Caracas (Venezuela). Vino a España escapando del caos sanitario de su país. Vive en Barcelona y trabaja para las comunidades VIH españolas y de América Latina en proyectos de cooperación. De momento, no piensa volver.

1. ¿Cuánto tiempo hace que estáis en España?

MARCO: Llevo dos años y medio residiendo definitivamente. Vine desde Chile por la necesidad de tener que entrar en un programa para recibir la medicación y también por el contacto con T4 de Bilbao, donde trabajo como voluntario y soy miembro de la junta. Yo llegué por primera vez el año 98, haciendo viajes cada seis meses para recibir medicación; luego volvía a Chile. En vista de que había muchos casos de personas que venían a realizarse un control y a por medicación y que luego regresaban a sus países, la administración empezó a exigir que las personas residieran en el País Vasco. Así que llegué en julio del año 2000 a Bilbao.

William: Llevo en España unos dos años y medio también. Llegué en octubre del 99 a Zaragoza y estoy en Barcelona desde enero de 2000.

Abdel: Llevo once años y medio en España.

2. ¿Cuál fue vuestra motivación para ir de vuestro país?

A: Yo me fui de mi país para mejorar mi vida, para mejorar económicamente. Tenía trabajo en Marruecos pero no era muy bueno y no estaba asegurado.

W: Mi motivación fue principalmente mi condición de seropositivo, porque en Venezuela no había una política clara de acceso a los tratamientos y a los servicios. Eran y siguen siendo ínfimos y caóticos. Prácticamente todo mi sueldo estaba

destinado a comprar la medicación y a pagar los análisis. Eran costosísimos.

M: En mi caso, al igual que William, el deseo de emigrar y venir a buscar la posibilidad de recibir tratamiento fuera de Chile nació de una necesidad. Yo fui paciente terminal y después de haber estado hospitalizado durante tres meses tuve la suerte de que mi familia hiciese una colecta de dinero para poder comprar el tratamiento. Cuando me empecé a recuperar entré a trabajar en activismo en VIH/SIDA en la asociación *Vivo Positivo*. Siempre buscamos ayuda fuera. Hicimos contactos con México, con EEUU y España. Finalmente contacté con T4 en Bilbao y pude conseguir tratamiento. Vine a España porque se me exigió residir aquí para poder seguir con el tratamiento.

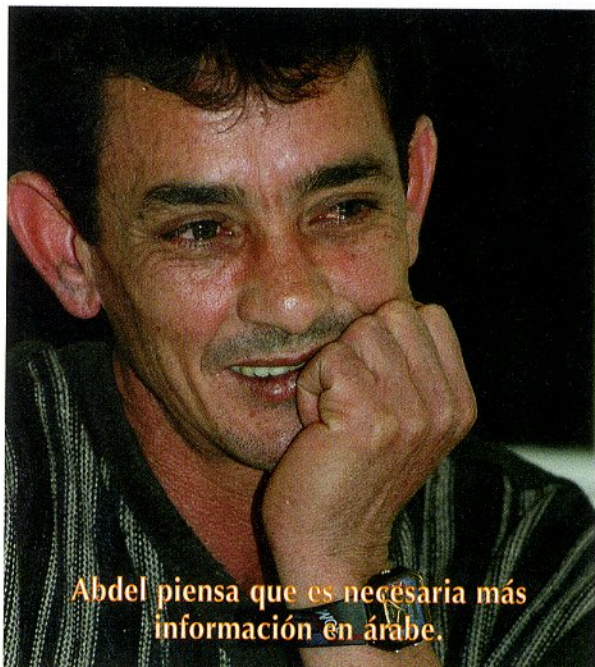
3. ¿Cuándo y dónde obtuvisteis vuestro diagnóstico VIH+?

A: Fue en 1995, en Badalona. Me encontraba mal, tenía fiebre, tos y estaba muy flojo. Fui al hospital, me ingresaron unos días, me hicieron varios análisis y al final me dijeron que no tenía nada. Yo les pedí que me hicieran la prueba del VIH, me la hicieron y salió positivo. Estuve tiempo sin querer saber nada del tema, pasaba de todo. Al cabo de un año fui a otro hospital y lo conté. Entonces me dijeron que tenía que empezar tratamiento.

W: El 19 de noviembre de 1995, en Caracas. Yo ya me lo suponía, pues mi pareja había tenido una mononucleosis y salió positivo. Yo, al principio, no quise hacerme la prueba. Tardé aproximadamente seis meses. Cuando me decidí, fui a la Cruz Roja venezolana y me acuerdo de que fue, más que traumático, cómico. Fui a recoger el resultado y había mucho misterio, sacaron a todo el mundo de la sala y me dejaron a mí encerrado en un cuarto. Entonces ya supe lo que me iban a decir. La doctora le dio muchas vueltas al asunto y al final le dije: «No me dé tantas vueltas que ya sé que soy positivo». Ella se quedó extrañada porque pensaba que rompería a llorar, que gritaría o que me desmayaría, me dijo. Pero eso no fue así. No me deprimí ni lloré, al contrario, creo que incluso lo tomé con buen humor.

M: A mí también me diagnosticaron el año 95 en Chile. Fue a raíz de una cirugía que tuve. En mi caso se hizo la prueba sin informarme. Al mes y medio después de haberme operado fui a visitarme y el médico me dio la noticia. Fue una sorpresa, pero también lo tomé tranquilamente. Mi pregunta fue: ¿y ahora qué hago? Y lo que más me sorprendió es que el médico no supiera darme una respuesta a mi pregunta de cómo afrontaba el problema el sistema sanitario chileno. Así que por iniciativa propia tuve que empezar a buscar información.

20



Abdel piensa que es necesaria más información en árabe.

4. ¿Qué tipo de información sobre el VIH habíais recibido en vuestro país de origen?

M: Creo que la información más extendida era que el SIDA era una enfermedad que se presentaba en ciertos colectivos: homosexuales, trabajadores/as del sexo, personas promiscuas, etc. En Chile la información siempre se manejó desde el punto de vista estadístico y también bajo un prisma moralista. La información era manejada por la iglesia. El gobierno chileno a su vez era muy poco claro y siempre vinculando la infección a la promiscuidad, a los homosexuales y a la prostitución, pero no con un criterio educativo o social. No había mensajes dirigidos a la juventud, ni de prácticas de riesgo, ni de uso de preservativo, ni se hablaba de cómo cada uno vivía su sexualidad. Al pertenecer a uno de esos colectivos, siempre conté con la hipótesis de que a lo mejor algún día yo también podía estar infectado y por eso quizás no me sorprendió. Tanto el gobierno chileno, como los medios de comunicación, como las políticas de estado referentes al problema del SIDA eran muy ambiguas.

A: Yo no tenía en Marruecos ningún tipo de información. Me enteré de que en el 98 abrieron una asociación en Casablanca, pero no sabía nada más. Allí no se habla de SIDA. Sólo cuando te vas a casar te hacen análisis para saber si estás bien, porque la religión musulmana prohíbe tener relaciones sexuales antes de casarte. Se suele pedir a los dos cónyuges, aunque si tienes mucha confianza no lo haces. Antiguamente no se hacían pruebas de nada. Ahora se comprueba la salud antes de contraer matrimonio, pero información sobre el VIH no hay.

W: En un principio, lo que sabía era que se trataba del 'cáncer gay' y que afectaba principalmente al colectivo homosexual, pero como conocía personas vinculadas a organizaciones gays pude obtener algo más de información. A principios de los años 90 en Caracas la información era muy escasa, no se sabía muy bien qué había de tratamientos. La información que yo recibía por parte de mi médico era ínfima. Nos decía, a mí y a mi compañero, que debíamos mantener relaciones sexuales con preservativo para evitar la reinfección y poco más, justo lo básico. Iba consiguiendo información a través de internet, pero definitivamente cuando más he sabido es estando ya aquí en España.

5. ¿Tenéis o habéis tenido dificultades para vivir en España?

A: En el año 90 llegué y no tuve problemas, había trabajo y me arreglaron los papeles muy rápido, sólo presentando mi pasaporte, dos fotografías y un número de cuenta bancaria. Tengo la residencia desde el 91. Los problemas llegaron con el VIH, sobre todo con mis paisanos. Falta mucha información entre las personas musulmanas, no saben lo que es, creen que se transmite muy fácilmente por las lágrimas, por la saliva, con un saludo, o por un beso. Entonces lo pasé muy mal, además también se me declaró un cáncer. Durante dos años estuve sin trabajo, sin dinero, sin vivienda, sin nada de ayuda. Estuve un tiempo durmiendo en la calle. En Can Ruti, el centro hospitalario en el que me tratan, me mandaron a una asociación de Badalona, Vihda Associació, donde sí pude obtener ayuda.

M: Yo al principio estuve un año y dos meses sin permiso de residencia y sin permiso de trabajo, a pesar de que los papeles estaban en trámite. El problema era la preocupación y el miedo de que me fueran a pillar estando trabajando. En cuanto a mi vida cotidiana en la ciudad de Bilbao, he de decir que no he tenido ningún problema. Yo recibí mucha ayuda en un comienzo; a través de la asociación T4 me incorporé a los programas de ayuda social que tenía el País Vasco. De hecho, en mis primeros viajes yo me hospedaba en el albergue municipal de Bilbao, que está destinado a proporcionar alojamiento en casos de emergencias sociales. Allí recibí ayuda de los asistentes sociales y fueron ellos los que me orientaron sobre qué pasos debía dar para poder ir regularizando mi situación. El abogado mismo era del Ayuntamiento de Bilbao y no tuve que pagar nada por su trabajo. Reconozco que tuve ventajas por un convenio que existe entre España y Chile, el tratado de libre-comer-

cio. Recibí del ayuntamiento una ayuda de inserción social de 25.000 pesetas al mes para alimentación durante seis meses. Después entré en un programa en el que se me pagaba un piso compartido, hasta que llegó el momento en que encontré trabajo. Creo que el hecho de pertenecer a una cultura latina con tanta influencia española, no ha hecho que me sienta totalmente fuera de mi cultura; eso también ayuda.

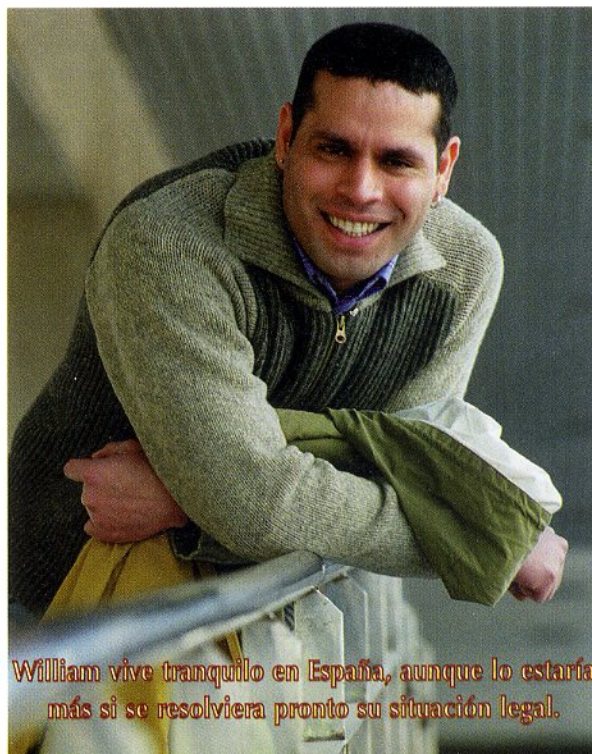
A: En mi caso, a diferencia de William y Marco, hay mucha diferencia cultural, pero en cambio, yo he encontrado a buenas personas. Cuando tuve el cáncer una asociación me consiguió también por seis meses una paga de 18.000 pesetas.

W: Mi experiencia ha sido totalmente distinta. La primera vez que solicité residencia fue en abril de 2000. Lo hice como trabajador por cuenta propia siguiendo las instrucciones de una abogada que me estafó porque a fin de cuentas eso no tenía ningún peso. Me la denegaron. La segunda vez que la solicité fue hace poco tiempo y también se me ha denegado. Ahora me encuentro sin residencia y sin permiso de trabajo. De todas formas afortunadamente me he encontrado con personas que me han ayudado. Tengo mucho que agradecer a muchas personas españolas; en cambio tengo mucho resentimiento contra el gobierno de este país porque después de tres años acá me sigo sintiendo preso en España, porque no puedo salir de viaje, no puedo alquilar un piso, no puedo acceder a ningún programa social de ayuda a la vivienda o pedir un crédito, etc. Solicité una revisión de la segunda solicitud y todavía no me han respondido, llevo esperando desde noviembre del año pasado, y claro esta situación me pone muy mal, me produce un gran estrés, me angustia, me deprime y a diferencia vuestra -de Abdel y Marco- para mí está siendo un calvario. Además, ahora desconfío de cualquier abogado y ando con mucho cuidado.

6. ¿Creéis que la infección por VIH os ha hecho u os hace más difícil la vida en España respecto a otras personas inmigradas?

M: Mi vida se ha normalizado más aquí que en Chile, por el hecho de que acá la vivo más libremente. En el trabajo todo va bien y en mi grupo de amistades se sabe mi condición de seropositivo y no he tenido ningún problema.

W: Para mí fue un problema en trabajos anteriores, pues no podía revelar mi condición de seropositivo, sobre todo cuando tenía que ir al hospital. Estar pidiendo constantemente permiso no es lo habitual. Entonces vienen las preguntas y para mí eso era una preocupación muy grande, pues tenía miedo de que me echaran. Ya estaba trabajando ilegalmente, cobrando poco, como si me estuviesen haciendo un favor.



William vive tranquilo en España, aunque lo estaría más si se resolviera pronto su situación legal.



A: Yo he tenido muchos problemas con las personas de mi cultura, pero con los españoles/as lo llevo bien, tengo hospital, tratamiento y colaboro en una asociación contra el VIH.

7. ¿Cómo fue vuestro acercamiento al sistema sanitario español?

M: Yo tuve la suerte de que las organizaciones del País Vasco estuvieran muy enfocadas a la ayuda al inmigrante. Fue fácil entrar en el sistema sanitario.

W: Yo llegué primero a Zaragoza y luego me desplazé a Barcelona, donde me dirigí a una asociación de Barcelona y una persona me acompañó a hacer las gestiones. Ahora tengo un número provisional.

A: Yo tuve número de la Seguridad Social desde el principio, con el permiso de residencia y nunca he tenido ningún problema para ser atendido ni para obtener medicación.

8. ¿Estáis en contacto con otras personas inmigradas ya sea de vuestro país o de otros países?

A: Con mis paisanos de entrada fue muy mal con todos. Recibí mucho rechazo de todos, tanto en la calle, como en la mezquita, en todos los sitios. Yo no lo dije a nadie pero mi hermano se enteró enseguida a través de una persona que estaba haciendo prácticas en el laboratorio de Can Ruti, también de origen árabe; luego se enteraron todos y mi hermano me echó de su casa. Para ellos es una enfermedad mortal y tienen mucho miedo 'al contagio'. Ahora hay algunos que me aceptan, porque están un poco informados. Pero me gustaría dejar claro que yo no quiero echar la culpa a mis paisanos, creo que falta mucha información. Yo antes tampoco sabía nada de esta enfermedad. En su lugar quizás hubiera hecho lo mismo. Para informar a mis compatriotas hay que hacerlo en árabe. Es importante que sepan cómo se transmite esta infección, que sepan cuándo existe riesgo y cuándo no. Algunos entienden el español, pero son pocos, muy pocos.

M: En mi caso me he rodeado más que nada de gente española. Las personas chilenas que conozco son también personas que viven con el VIH que yo he ido trayendo desde Chile, pero con la comunidad chilena residente en Bilbao no he tenido mucho contacto.

W: Igual que Marco, la mayoría de las personas con quien me muevo son españolas. No conozco a nadie con VIH de mi país que esté en España, pero sí a otros latinoamericanos que viven con VIH aquí.

9. ¿Cómo lo lleváis con los españoles/as?

A: Muy bien. Yo prácticamente sólo tengo relación con españoles/as y sobre todo con la gente de la asociación Vihda de Badalona. Son los amigos que ahora tengo.

W: En líneas generales, muy bien. Igual que Abdel yo me relaciono con muchos españoles/as sobre todo personas que trabajan en el campo del VIH, también con los amigos de mi pareja, que es español. Los problemas no los tengo con las personas, los tengo con la administración.

M: Yo, al igual que William y Abdel, he tenido la suerte de

que me he rodeado de gente seropositiva y de que entre todos nos hemos ayudado para intentar normalizar nuestras vidas lo más posible y en ese sentido hemos generado un vínculo de amistad, de compenetración. Fuera de las asociaciones de lucha contra el SIDA me ha tocado ver dos caras bien distintas. Una de ellas me ha sorprendido mucho, y creo que en general nos ha sorprendido a toda la gente que venimos de fuera, y es descubrir que en España también existe una discriminación de las personas según su procedencia geográfica, ya sea del norte, del sur o del centro. Eso me ha llamado mucho la atención. También el concepto que se tiene del/de la inmigrante latino, del/de la 'sudaca'. En ese sentido he tenido la suerte de encontrar en el País Vasco una buena acogida, aquí hay un sentimiento paternalista, protector, al menos hacia los chilenos.

10. ¿Qué creéis que aportáis o podéis aportar vosotros a la sociedad española?

A: En mi cultura, por la religión, las personas deben ser educadas. El Corán dice que tienes que ayudar a los demás en todo lo que puedas. Somos más solidarios, en general. Pero aquí en España hay personas de Marruecos que actúan de otra forma y por eso los españoles/as tienen miedo de los árabes en general. A mis amigos les gusta porque soy una persona responsable, en la que pueden confiar, también dicen que soy cariñoso. De todas formas, no es fácil, pues debido a la mala fama que existe sobre los árabes yo tengo que demostrar constantemente que soy una buena persona.

W: Entiendo lo que puede sentir Abdel, porque a pesar de ser latino y no tener a nadie de origen árabe en mi familia, por mis facciones la gente tiende a confundirme. Sin ser marroquí he vivido en carne propia lo que puede sentir un marroquí en España. La policía me ha parado en varias ocasiones para pedirme la documentación. Una vez, yendo en el metro me dijeron: "¡Puto moro!". Como Abdel también he tenido que demostrar constantemente que no soy mala gente, que vengo a trabajar y a tener una vida tranquila. Creo que apporto mucho con mi trabajo. Yo vine también con la intención de integrarme, de ser parte de esta sociedad y de contribuir a ir hacia adelante.

M: Una de las cosas que he descubierto es que nosotros como latinos quizás tenemos más tolerancia, o tenemos un sentimiento más de hermandad, de ayudarnos, de preocuparnos el uno por el otro. Y creo que la gente que vive cerca de mí lo ha sentido, algo así como un compromiso. También una de las cosas que uno aporta es su historia personal y la de su país. Por ejemplo, a las personas seropositivas con las que me relaciono por mi trabajo, les he hecho ver las diferencias que hay entre países, les he enseñado que en los países donde hoy en día no hay tratamientos la gente se está muriendo. Para algunas personas españolas esta revelación ha sido bastante chocante hasta el extremo de replantearse aspectos importantes de su vida.

11. ¿Qué cambiaríais?

W: Debería haber una mayor apertura de la sociedad española.

A: Debería haber más información sobre cómo es nuestra cultura.

M: Más allá de la tolerancia, deberíamos ser un poco más abiertos para realmente conocer al individuo, más que la cultura, aunque obviamente las personas traen consigo su cultura.

12. ¿Cuáles son vuestros planes de futuro?

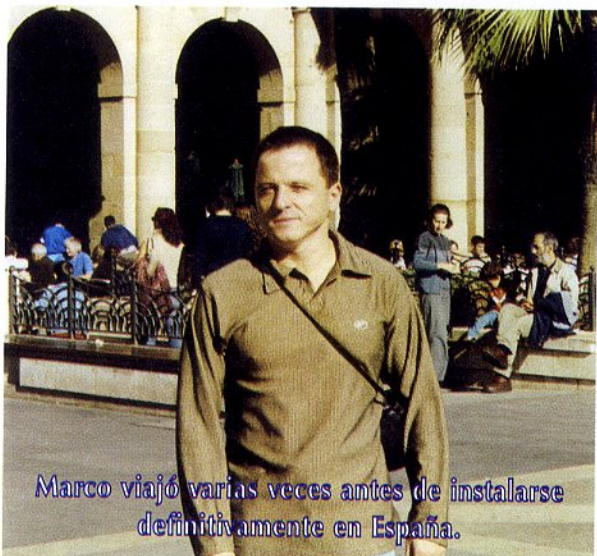
A: Mi futuro está en España, me quiero quedar aquí. Tengo una novia en Marruecos con la que me voy a casar en agosto y vendrá conmigo a España. Me gustaría poder tener hijos, aunque me falta la información de si eso es posible y cómo se hace.

M: Cuando tomé la decisión de venir a España me puse un plazo. Yo siempre he proyectado a diez años vista. Durante este tiempo quiero estar en España, luego si veo que en mi país existe un cambio palpable en lo que son las políticas del estado respecto a los tratamientos del VIH, yo volvería, pero ya veremos si eso ocurre.

W: A mí me gustaría quedarme en España, si el gobierno me lo permite, claro +



22



Marco viajó varias veces antes de instalarse definitivamente en España.

Cifras políticas

WILLIAM MEJÍAS



23



PRIMAVERA 2002

Con los datos disponibles a finales de 1999, ONUSIDA calcula en unas 120.000 el número de personas con VIH/SIDA en España. Se trata de una cifra simplemente estimativa, nos dice la propia ONUSIDA, que debe actualizarse a medida que se progresa "en el conocimiento de la epidemia y de los métodos de cuantificación de la misma". Es difícil valorar en qué medida los sistemas de información existentes reflejan el cuadro real de la epidemia en nuestro país.

El registro de casos de SIDA, por su parte, se basa en el recuento de casos según la definición internacionalmente consensuada* de los Centros para el Control de las Enfermedades de EE UU (CDC en sus siglas en inglés).

En 1994 se registró el mayor número de casos de SIDA sobrepasando los 7.000. No obstante, gracias a la introducción de las terapias combinadas en la población española, esta cantidad se ha reducido significativamente desde 1995. Sin embargo, en los colectivos inmigrados esta situación ha ido en progresión ascendente (véase Tabla I).

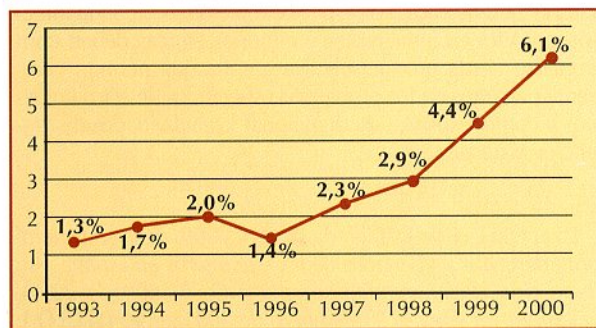
En el año 2000, los casos totales de SIDA en España registrados oficialmente eran más de 2.100, de los cuales los inmigrantes representaban el 6,1%. Esta cifra ha sufrido un importante incremento, principalmente, a partir de 1998, si tenemos en cuenta que en el año 1993, según datos del Plan Nacional del SIDA del Ministerio de Sanidad y Consumo, estos colectivos sólo llegaban al 1,3% del total de personas con SIDA por aquel entonces (véase Tabla II).

En los últimos tres años, esta alarmante progresión de aumento de casos de SIDA entre los colectivos inmigrados se debe principalmente a tres razones:

1. La problemática del desamparo legal con respecto a su situación en este país.

* Para ver la definición de caso de SIDA de los CDC puedes entrar en: http://www.cdc.gov/epo/dphsi/casedel/acquired_immunodeficiency_syndrome_1993.htm

TABLA II.—Porcentaje de casos de SIDA población inmigrada



2. El desconocimiento de sus derechos en materia de salud contempladas en la actual Ley de Extranjería.
3. Las propias barreras idiomáticas y socioculturales de cada colectivo y las barreras impuestas por la propia sociedad a estas diferencias

Precisamente todos los factores anteriormente descritos facilitan que los diferentes colectivos inmigrados sean más vulnerables y propensos a ser víctimas del rechazo, de la explotación, del trabajo sexual forzado y de la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

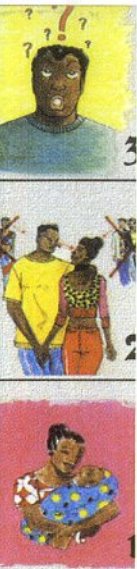
Inmigración

Desde siempre el hombre ha sido protagonista de grandes procesos migratorios con la esperanza de una mejor calidad de vida, progreso o simple intercambio con otros pueblos. Sin embargo, esta práctica habitual de desplazamientos continuos en el ser humano, desde épocas recientes, se ha incrementado debido a las grandes diferencias tanto internas como externas

TABLA I.—Porcentaje de casos reportados de SIDA por región y país de origen

País de origen	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
África subsahariana	5	20	25	25	31	33	38	44
Norte de África	5	9	11	6	15	12	11	15
Latinoamérica	22	39	29	28	18	7	21	22
Norte de América	2	4	3	3	1	0	1	0
Portugal	8	12	13	8	17	22	25	22
Resto de Europa	25	39	54	21	23	22	25	22
Total casos inmigrantes	72	127	141	94	107	100	124	141
Total casos España	5.391	7.232	6.919	6.444	4.576	3.350	2.708	2.185
Porcentajes/total casos	1,3%	1,7%	2,0%	1,4%	2,3%	2,9%	4,4%	6,1%

Fuente: Plan Nacional del SIDA del Ministerio de Sanidad y Consumo.



de cada nación con respecto a otras: guerras, sequías, hambrunas, enfermedades, crisis económicas, sociales y políticas. En los últimos 20 años el llamado tercer o cuarto mundo ha visto cómo estas diferencias se han agudizado, impulsando aún más este proceso migratorio. Las riquezas se han concentrado en un porcentaje muy bajo de la población mundial y las posibilidades de que el resto de la población alcance una proporción razonable de esas riquezas es cada vez más remota. El mundo occidental rico ve, de forma errada, que estas migraciones puedan representar un peligro para la estabilidad de sus economías y plácido estado de bienestar social, cuando la historia misma ha demostrado que los procesos migratorios en todos los países del mundo han ayudado al fortalecimiento de ese tan resguardado bienestar social. ¿Qué pasa con España?

Visión de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA

«La inmigración es un fenómeno relativamente reciente en España que ha ido tomando forma en los últimos 10 años y que plantea numerosos retos sociales; la prevención y el tratamiento de la infección por VIH y la problemática asociada es uno de ellos. Los aspectos relacionados con la infección por VIH en inmigrantes y minorías étnicas deben contemplarse desde una perspectiva amplia que permita comprender algunos de los problemas específicos de estos colectivos y como éstos van a condicionar las actividades de prevención y de asistencia.»

¿Puedo recibir asistencia médica?

La actual Ley de Extranjería (L.O. 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por L.O. 8/2000 de 22 de diciembre, en vigor el 23 de enero de 2001) en el **TÍTULO I: Derechos y libertades de los extranjeros, CAPÍTULO I:** establece en el **artículo 12: Derecho a la asistencia sanitaria**, los siguientes enunciados:

1. L@s extranjero@s que se encuentren en España inscrit@s en el padrón del municipio en el que residen habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que l@s españoles/as.
2. L@s extranjero@s que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
3. L@s extranjero@s menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que l@s españoles/as.»

La administración de la salud pública

Las competencias en materia sanitaria han sido totalmente transferidas a las administraciones locales de cada Comunidad Autónoma, las cuales establecen sus propios mecanismos administrativos para el acceso a la atención sanitaria y la obtención de la medicación pertinente para el tratamiento de la infección por VIH a personas originarias de otros países no comunitarios residentes en España. Sin embargo, como se contempla en la actual Ley de Extranjería, las administraciones locales deben permitir el acceso a los servicios socio-sanitarios, siempre y cuando, se cumpla con los requisitos administrativos pertinentes.

¿Cómo empadronarse?

Si bien es cierto que no en todos los casos se necesita del empadronamiento para acceder a los servicios sanitarios, siempre es recomendable estar empadronado, ya que es un requisito indispensable para demostrar el tiempo de permanencia residiendo en España, entre otros aspectos administrativos.

En primer lugar, puedes, sin temor alguno, acudir a la oficina del Ayuntamiento más cercano a tu lugar de residencia y solicitar el impreso de empadronamiento.

Los requisitos básicos son: tu pasaporte y tener un contrato de alquiler o, en su defecto, tener el permiso por parte de tu caser@ de empadronarte en esa vivienda; para ello no necesitas un documento adicional, dentro del mismo formulario de empadronamiento se solicita una copia de su DNI o tarjeta de residencia, sus datos personales, una copia del contrato de arrendamiento o el título de propiedad de la vivienda en cuestión y su firma en señal de aceptación. Luego lo presentas en las oficinas del Ayuntamiento y ya quedará constancia oficial de tu tiempo de permanencia en España.

¿Quién me puede ayudar en este proceso?

Las organizaciones de base comunitaria que trabajan o atienden a los colectivos de inmigrantes tienen la capacidad de asesorar en los aspectos administrativos para el acceso al sistema público sanitario de cada Comunidad Autónoma. Una de las organizaciones que mayormente atiende y orienta a l@s inmigrantes en este proceso es Médicos del Mundo, que cuenta con delegaciones en Galicia, Andalucía, Aragón, Las Islas Canarias, Catalunya, Asturias, El País Vasco, Castilla la Mancha, Castilla y León, Madrid, el País Valenciano y las Islas Baleares. Sin embargo, también hay otras organizaciones que trabajan y asesoran a l@s inmigrantes en el acceso al sistema público sanitario, entre ellas, principalmente, la *Cruz Roja Española*, que cuenta con delegaciones en todas las provincias +

Otras organizaciones locales

1. Andalucía

Fundación CIMME (Centro Internacional Médico para Inmigrantes y Extranjeros)
 c/ Castellar, 42, bajo. 41003 Sevilla
 Fax: 954 22 15 20 • e-mail: ton@infomed.es
Comité Ciudadano Anti-SIDA de Granada
 c/ Marqués de Mondejar, 19, esq. c/ Chueca. 18004 Granada
 Tel.: 958 52 29 21 • Fax: 958 52 13 52
Málaga Acoge
 CL Bustamante, s/n. 29007 Málaga
 Tel.: 952 39 32 00 • Fax: 952 39 32 00 • e-mail: malaga@acoge.org

2. Aragón

Comisión Ciudadana Anti-SIDA de Aragón
 c/ Pignatelli, 53, bajo. Zaragoza • Tel.: 976 43 81 35

3. Asturias

Asturias Acoge
 Tel.: 985 20 39 92

4. Baleares

ALAS (Asociación de lucha anti-SIDA de Mallorca)
 c/ Cecilio Metelo 11, escalera B, 2º 1º 07003 Palma de Mallorca
 Tel.: 971 71 44 88 • Fax: 971 71 55 66 • e-mail: alas@autovia.com

5. Canarias

UNAPRO (Unión para la ayuda y protección de los afectados por el SIDA)
 c/ Guanches 3º 1º, Barrio Nuevo. La Laguna, 38205 Tenerife
 Tel.: 901 51 20 35
 sitio web: www.unapro.org • e-mail: unapro@unapro.org
Médicos del Mundo
 c/ Senador Castillo Olivares, 35, 1º 35003 Las Palmas de Gran Canaria

6. Cantabria

Asociación Ciudadana Cantabra Anti-SIDA (ACCAS)
 c/ Cuesta Hospital, 5, bajo. 39008 Santander
 Tel.: 942 31 32 32 • Fax: 942 31 32 32

Cruz Roja Española

c/ Marqués de la Hermita, 23. 39009 Santander
 Tels.: 942 36 08 36 / 942 36 02 36

7. Castilla-La Mancha

Cruz Roja Española. Oficina Provincial Toledo
 Avda. General Moscardó, 6. 45001 Toledo
 Tel.: 925 21 60 60

8. Castilla y León

Comité Ciudadano Anti-SIDA de Valladolid
 c/ General Almirante, 5, 1º dcha. 47003 Valladolid

9. Catalunya

Unitat de Malalties Tropicals Importades. CAP Drassanes
 Avda. Drassanes, 17-21. 08001 Barcelona.
Ex Aequo (inmigrantes del Este de Europa)
 c/ General Mitre, 144, 2º 1º 08006 Barcelona

10. Ceuta

Cruz Roja Española. Oficina Provincial Ceuta
 Marina Española, 15. 51001 Ceuta
 Tels.: 956 51 99 03 / 956 51 87 45

11. Comunidad Valenciana

Asociación Valenciana contra el SIDA
 c/ Los Centelles, 51, bajo. 48006 Valencia

12. Extremadura

Cruz Roja Española. Oficina Provincial Badajoz
 c/ Museo, 5. 6004 Badajoz
 Tels.: 924 24 02 00 / 924 24 04 33

Cruz Roja Española. Oficina Provincial Cáceres

Avda. de las Delicias, s/n. 10004 Cáceres
 Tels.: 927 24 78 58 / 927 24 78 62

13. Galicia

Comité Ciudadano Gallego Anti-SIDA de Santiago
 c/ Rodas, 15, bajo. 15704 Santiago de Compostela (A Coruña)
Cruz Roja Española. Oficina Provincial Ourense

c/ Díaz de la Banda, 40. 32004 Ourense • Tel.: 988 22 24 84

14. La Rioja

Comisión Ciudadana Anti-SIDA de la Rioja
 c/ Doce Ligero de Artillería, 37, 1º F. 26004 Logroño

15. Madrid

ATIME (Asociación de Trabajadores e Inmigrantes Marroquíes en España)
 c/ López de Hoyos 98, 1º deg. D. Madrid 28002
 Tel.: 91 562 69 27 • Fax: 91 562 70 25

Asociación Ari-Perú

c/ Cartagena, 121, 3º B. Madrid

Médicos del Mundo

c/ Andrés Mellado, 31-33, bajo. 28015 Madrid • Tel.: 902 44 45 05

16. Melilla

Cruz Roja Española. Oficina Provincial Melilla
 Avda. Duquesa de la Victoria, 21. 52004 Melilla
 Tels.: 952 67 44 34 / 952 67 81 12

17. Murcia

Comité Ciudadano Anti-SIDA de la Región de Murcia
 c/ Travesía Bolos, 8, 1º 30005 Murcia

18. Navarra

SARE - Apoyo VIH/SIDA
 c/ Larraina, 13, bajo. 31011 Pamplona
 Tel.: 948 17 72 44 • e-mail: sare@pangea.org

Comisión Ciudadana Anti-SIDA de Navarra

Sede Tudela, c/ Caldererial, 16, bajo. 31500 Tudela

19. País Vasco

Asociación Ciudadana Anti-SIDA de Bilbao (T4)
 c/ Gregorio de la Revilla, 36, 1º 48010 Bilbao (Vizcaya)
 Tels.: 944 22 12 40 / 944 22 27 77

Cruz Roja Española. Oficina Provincial Álava

c/ Portal de Castilla, 52. 1007 Vitoria-Gasteiz
 Tels.: 945 13 26 30 / 945 13 08 45

Declaración de Atenas

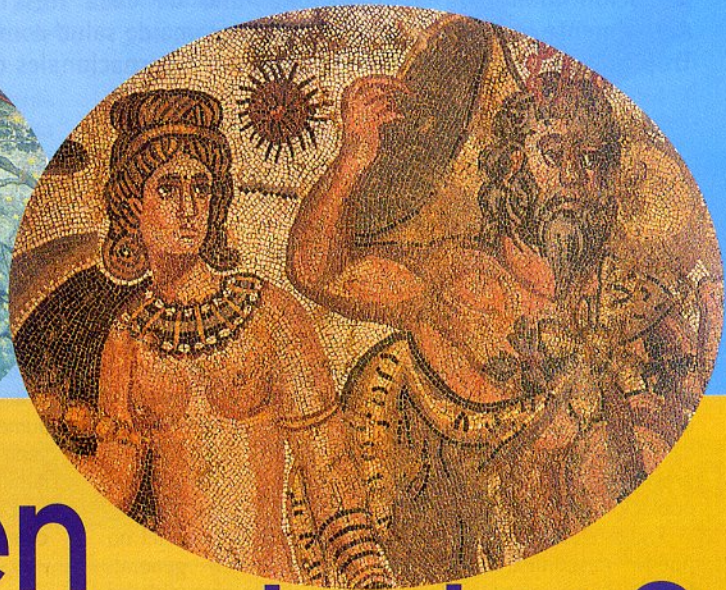
XAVIER
FRANQUET

La Declaración de Atenas parte del encuentro de puntos focales de *AIDS&Mobility* (véase pág. 27) celebrado en Atenas en 1999 bajo el nombre de Acceso a los nuevos tratamientos para personas migradas. Esta declaración apeló a los gobiernos de todos los Estados miembros de la Unión Europea y a las instituciones europeas a crear las siguientes condiciones para garantizar el acceso de las personas migradas, de las minorías étnicas y de otros grupos móviles a una atención sanitaria en VIH/SIDA apropiada:

1. El acceso a los nuevos tratamientos debería estar garantizado a todas aquellas personas residentes en la Unión Europea, incluyendo a personas migradas, minorías étnicas y otros grupos móviles.
2. Las personas migradas viviendo con VIH/SIDA que no tienen la situación legal de residente pero que necesitan

atención médica deberían tener acceso a una atención sanitaria adecuada.

3. Debería haber información sobre la prueba del VIH y los tratamientos del VIH en distintas lenguas.
4. Los profesionales sanitari@s deberían ofrecer servicios que sean cultural y lingüísticamente apropiados mediante:
 - a) la sensibilización de profesionales que trabajan en la atención sanitaria y los servicios sociales ante las necesidades de las personas migradas, las minorías étnicas y otros grupos móviles;
 - b) el refuerzo de los servicios que ya están trabajando con población migrada, como los proporcionados por organizaciones no gubernamentales y organizaciones de base comunitaria, y
 - c) la incorporación de más personas migradas para trabajar en la atención sanitaria y los servicios sociales +



¿Qué piden los Consulados?

Con cierto escándalo y no poca vergüenza hemos sabido, por boca de una experimentada fuente del trabajo social con emigrantes en la capital andaluza que prefiere mantener el anonimato, que los consulados españoles sitos en ciertas ciudades marroquíes, y más concretamente en Rabat, exigen a quienes solicitan un visado para trabajar y/o residir en España un certificado médico que, al parecer, incluye la realización de la prueba de detección del VIH.

De nuevo según nuestra anónima confidente, el proceso es rutinario: el consulado dispone de un limitado número de médic@s a quienes envían a los solicitantes marroquíes que, ni son informad@s de los extremos del reconocimiento médico ni, por consiguiente, otorgan su consentimiento específico para la realización de prueba alguna. En muchos casos, estas personas ya han vivido en España, si bien ilegalmente, y vuelven a su país con el fin de regularizar su situación en el nuestro. Paradójicamente, hasta cabría pensar que un número de casos de VIH así detectados se correspondan, de hecho, con infecciones contraídas en territorio español. Sea lo que fuere, ignoramos por completo cuántas personas han podido ver su solicitud de entrada legal en España denegada como consecuencia de un diagnóstico VIH+ (algo que una resolución oficial nunca recogería explícitamente).

Si, como se teme, la denegación de visado por parte de uno de los países del área Schengen (la de libre circulación

de personas de la Unión Europea, constituida por 13 de los 15 países miembros), pudiese influir la decisión de los otros países sobre posteriores intentos de solicitud de visado, la negativa española podría convertirse en un rosario de rechazos con 13 pesadas cuentas y hacer imposible la existencia legal de un emigrante VIH+ en cualquier parte del territorio de la UE.

Al parecer, la realización no consentida de pruebas VIH+ es una práctica también común en centros de retención de emigrantes como el de Ceuta, lo que invita a sospechar que los posibles casos positivos detectados sean de los primeros en embarcarse en los aviones que los devuelven por donde han venido. Se diría que una prueba del VIH realizada en semejantes condiciones es indeseable, sean cuales fueren las circunstancias por las que se haya llevado a cabo. En este caso, se trata del Estado Español, de sus requisitos para una vida legalizada en su territorio y de los métodos que utiliza para garantizar su cumplimiento. Eso sí, España no está sola en este asunto: de acuerdo con los últimos datos compilados por la organización alemana *Deutsche AIDS-Hilfe*, 104 de los 167 países investigados practican algún tipo de control restrictivo de la entrada de personas VIH+ en sus territorios. ¿Cómo hacer que la búsqueda de una vida mejor dignifique al ser humano si comenzamos por negarle sus más elementales derechos a la privacidad y a la información sobre su vida y su salud? +

25

MAITE
SUÁREZ

En Primera línea

unque la prioridad en nuestros reportajes es siempre dar la voz a las personas que viven con VIH, esta vez hemos creído oportuno incluir también el testimonio de una persona que desde el sistema sanitario aborda las necesidades específicas de las distintas comunidades de inmigrantes. Marisa Ros es enfermera. Nació en Barcelona hace 48 años y hace 12 que trabaja en atención primaria en el área con más población inmigrada de Barcelona, uno de cada tres habitantes, en pleno corazón de la ciudad. Actualmente es la coordinadora del programa de salud comunitaria dentro de la Unidad de Enfermedades Tropicales, Importadas y de Vacunaciones Internacionales del distrito de Ciutat Vella.

L+P: ¿En qué consiste el programa de salud comunitaria?

Marisa: Este programa surge en 1994. Aquí se visitaban personas de procedencia extranjera, principalmente de África Subsahariana, Pakistán, India, Bangladesh, América Latina y norte de África. Más tarde empezaron a llegar personas del este de Europa. Uno de los problemas que tenían estas personas es que para acceder a su regularización necesitaban un certificado médico de salud. A partir de aquí es cuando surgió la necesidad de informarles en sus propias lenguas, pues el material informativo y de prevención sobre enfermedades transmisibles que aquí se podía obtener era en castellano y catalán. Entonces nos pareció oportuno poner en marcha un programa de salud comunitaria, de prevención del VIH en población inmigrada.

Luego el tiempo demostró que la prevención del VIH no puede descontextualizarse de la salud en general. Encontrábamos cierto rechazo por parte de las comunidades cuando queríamos hablar sólo del VIH. Le dimos la vuelta y empezamos pidiéndoles cuáles eran sus demandas en términos de salud. Actualmente el programa incluye temas sociales, laborales, incluso se hacen *curriculla* de trabajo para las personas inmigradas. Además hay programa de prevención de tuberculosis, de enfermedades transmisibles, y específicos para mujeres: de planificación familiar, de vacunación de niños, de alimentación.

L+P: ¿Cuáles son los colectivos que más usan vuestros servicios?

M: Atendemos a personas procedentes de África Subsahariana (Guinea Ecuatorial, Nigeria, Sierra Leona, Ghana), de Asia (Pakistán, India y Bangladesh), de América Latina (Ecuador, Colombia, Bolivia), del norte de África (Marruecos, Argelia) y recientemente también de países del este de Europa.

L+P: ¿Cómo ha evolucionado esta realidad en los últimos años?

M: En el año 90 las personas que acudían aquí eran de Pakistán y también de Sierra Leona. Eran hombres, obedecían al prototipo de joven, sano y fuerte que llega para establecerse. En los últimos años ha aumentado mucho el número de mujeres procedentes de países de América Latina como Ecuador y Colombia que vienen solas, y también de África Subsahariana, lo que hace que ahora atendamos por igual tanto a hombres como a mujeres. También percibimos un aumento de mujeres marroquíes que en este caso no suelen venir a nuestro país solas, sino para reagruparse con sus familiares.

L+P: ¿Cuáles son las necesidades específicas de estos colectivos en términos sanitarios?

M: Pocas. Realmente la salud no es una prioridad para la población inmigrada. Hay obviamente otras prioridades. Así que acuden a los servicios de salud cuando la salud les impide trabajar. Puesto que suelen llegar tarde a los centros, hay personas que obtienen su diagnóstico VIH+ en estados avanzados de la infección, y esto no ocurre sólo aquí sino que se trata de un problema generalizado en toda Europa.

L+P: ¿Qué tipo de dificultades crees que existen de cara al acceso al sistema público sanitario para una persona inmigrada?

M: Aunque actualmente se hayan multiplicado las facilidades que la administración proporciona para la obtención de la tarjeta sanitaria, hay que contar con la desconfianza hacia los sistemas públicos que tienen muchas de las personas recién llegadas. Esto hace que en muchos casos transcurran más de 6-7 meses hasta la obtención de la misma. La barrera más importante que hay es la legal, mucho más que la cultural o la lingüística. La mayor barrera es no tener papeles. Esto impide disfrutar de un trabajo, de una vivienda y todo esto provoca que se esté en una situación de mayor vulnerabilidad. Para mí es la barrera que hay que derribar.

L+P: ¿Cuáles son los déficit de nuestro sistema sanitario en cuanto a la atención a las personas inmigradas?

M: Políticamente ahora se está empezando a reaccionar ante una realidad que algunos profesionales sanitarios hemos detectado desde hace tiempo. Como suele pasar las leyes van por detrás de la realidad. El déficit es de recursos. En este caso la administración debería contratar a personas de las comunidades para trabajar como agentes de salud y/o mediadores culturales.



L+P: ¿Tenemos un sistema sanitario público realmente universal?

M: Sí, nuestro sistema de salud es realmente universal.

L+P: Desde tu experiencia, ¿qué colectivos encuentran más dificultades para acceder al sistema sanitario?

M: A mí no me gusta hablar de diferencias entre población inmigrada y el resto de la población. Creo que las dificultades para acceder al sistema sanitario las tienen las personas que están excluidas de nuestra sociedad, ya sea inmigrantes o no. Personas que no acceden a una vivienda, que no acceden a trabajos y si lo hacen es en el marco de una nueva clase de explotación, la de los que no tienen papeles. Es un circuito duro.

L+P: Existe la idea de que la mayor parte de personas inmigradas con VIH ha adquirido la infección en nuestro país. ¿Es esto así?

M: Es algo difícil de saber. Hasta ahora se ha entendido que la mayor parte de las personas inmigradas ha adquirido el VIH aquí, pero creo que actualmente esto puede estar cambiando.

L+P: ¿Son las personas inmigradas en general más vulnerables frente a la infección por VIH y enfermedades de transmisión sexual?

M: No necesariamente. En general depende básicamente de factores sociales y económicos, también se muestra como un factor clave la información de que se disponga. Lo que para mí está claro es que todo el mundo tiene derecho a estar informado. Lo que ocurría hace tiempo es que muchas personas adquirían aquí la infección por falta de información, por desconocimiento. Otro hecho que se ha incorporado en los últimos años es una disminución en la edad de las personas inmigradas.

L+P: ¿Cómo valoras la labor de AIDS & Mobility?

M: La valoro muy positivamente. Han conseguido

realmente organizar una red europea. Han puesto una serie de herramientas a disposición de muchas personas y de muchas asociaciones que no habían tenido la posibilidad de encontrarse. Creo que sí, que realmente han hecho una red.

L+P: ¿Cuál es tu percepción sobre el cumplimiento por parte de nuestro país de la declaración de Atenas sobre el acceso por parte de los inmigrantes, grupos étnicos y otros grupos móviles a la atención sanitaria en VIH/SIDA?

M: En los puntos más importantes sí. Aquí en Catalunya todo el mundo tiene acceso a atención sanitaria y a tratamiento antirretroviral. Incluso antes de que se facilitara el acceso a la tarjeta sanitaria también se conseguían tratamientos. Había distintas formas de hacerlo, y los hospitales se preocuparon mucho de ello. En realidad, a mí no me consta que nadie se haya quedado sin tratamiento por estar en situación administrativa irregular. Nos falta dentro de la declaración de Atenas más centros adaptados culturalmente a las necesidades de las poblaciones inmigradas.

L+P: ¿Cómo valoras las políticas que llevan a cabo las administraciones de nuestro país a este respecto?

M: En cuanto al acceso al sistema sanitario y a los tratamientos creo que las políticas están bien encaminadas. En cambio, todavía falta que se dediquen más recursos al campo de la información y de la prevención. Falta, en definitiva, más dinero.

L+P: ¿Qué tipo de intervenciones serían necesarias?

M: Hay que conseguir que las comunidades sean más visibles y creo que debemos darles la palabra. Actualmente en Barcelona hay asociaciones que están mucho más estructuradas, que saben cuáles son sus necesidades. Por lo que deben reforzarse las iniciativas comunitarias. Desde la administración debería abordarse este tema de forma más comprometida +



AIDS & Mobility/Proyecto Europeo SIDA & Movilidad

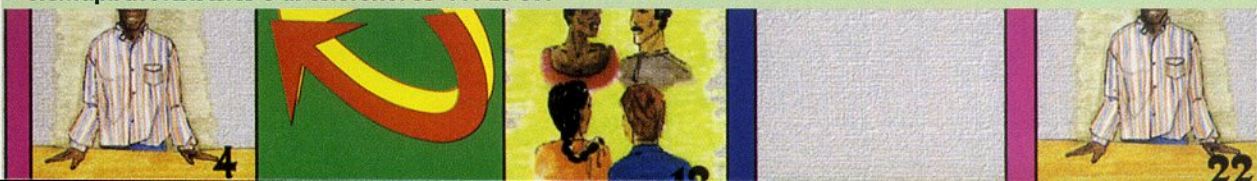


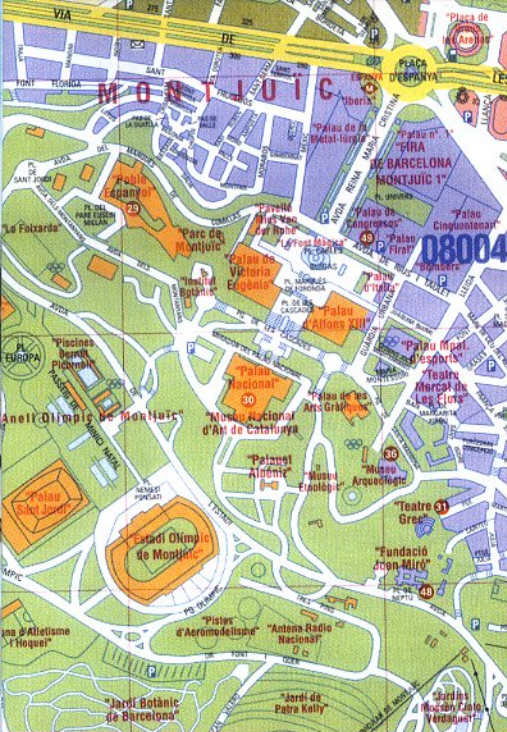
Aids & Mobility es un proyecto europeo que, desde el Instituto para la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades de los Países Bajos, tiene el compromiso de dar apoyo a todas aquellas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en sus esfuerzos para crear políticas e intervenciones sobre VIH/SIDA apropiadas para las personas migrantes, las minorías étnicas y otras poblaciones móviles. Una de las principales tareas de A&M es estimular el intercambio de conocimientos y experiencias a través del contacto directo en talleres, seminarios y otros encuentros, y también a través de la

distribución de publicaciones. Esta red lleva diez años en funcionamiento y se organiza mediante puntos focales nacionales (PFN). En algunos países como Francia o Alemania los PFN son organizaciones no gubernamentales, en cambio, en España se trata de una organización gubernamental, el Plan Nacional sobre el SIDA: www.msc.es/sida. Para más información se puede ir al sitio web de A&M: www.aidsmobility.org desde donde se ofrece la posibilidad de suscribirse a su lista de correo, de usar los servicios de su centro de documentación, de pedir o descargar publicaciones, de solicitar la asistencia a encuentros, etc.



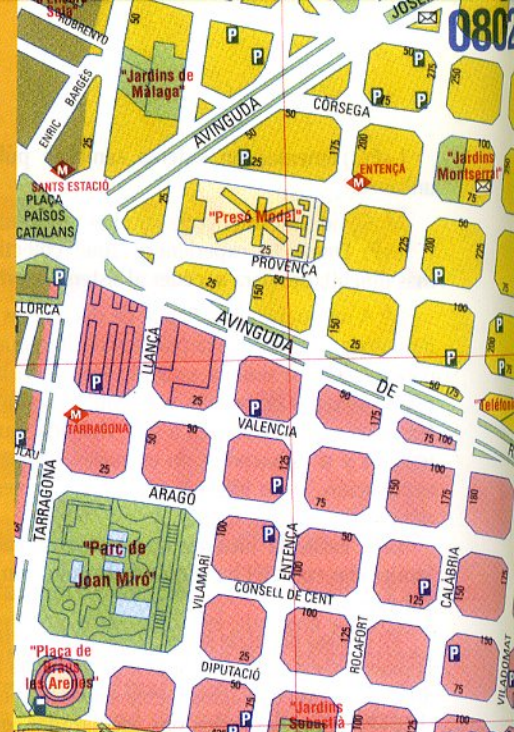
* Las imágenes utilizadas en estas páginas pertenecen a un juego de mesa denominado SIDAJOC, un material de prevención e información acerca del VIH dirigido a mujeres africanas y creado como herramienta para fomentar la creación de programas de prevención del VIH y la formación de mujeres africanas como agentes de salud. Para más información y para solicitar un ejemplar del juego podéis dirigirlos a Marisa Ros al e-mail: cvsmt.pbcn@ics.scs.es o al teléfono: 93 441 29 97.





Fira de Barcelona

Durante 7 días de julio, cerca de 15.000 personas se concentrarán en este pequeño espacio para hablar del VIH en el mundo. La alta concentración demográfica puede producir colapsos: se recomienda ropa ligera, gorras, abanicos clásicos y agua, mucha agua. También un diccionario de inglés.



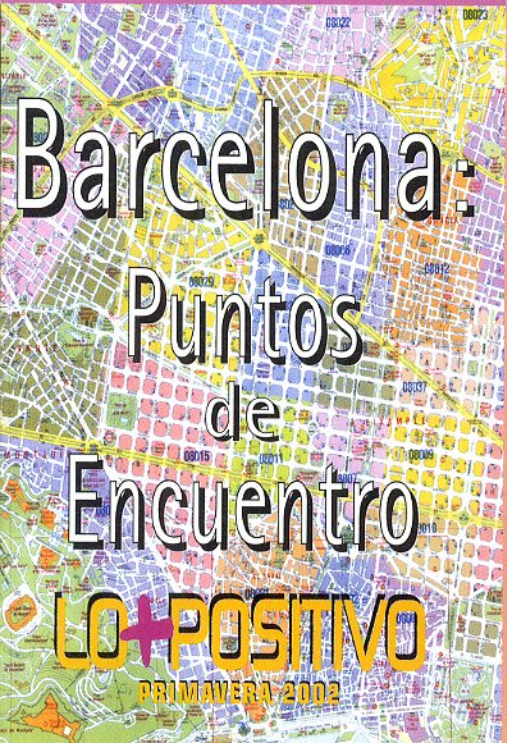
Camp Nou

Los alrededores del estadio del Club de Fútbol Barcelona acogen –es un decir– el trabajo sexual de una mayoría de personas transgénero. Sin protección legal ni reconocimiento social, su vulnerabilidad frente al VIH es de las más elevadas. Grupos comunitarios trabajan a pie de calle con ellas.



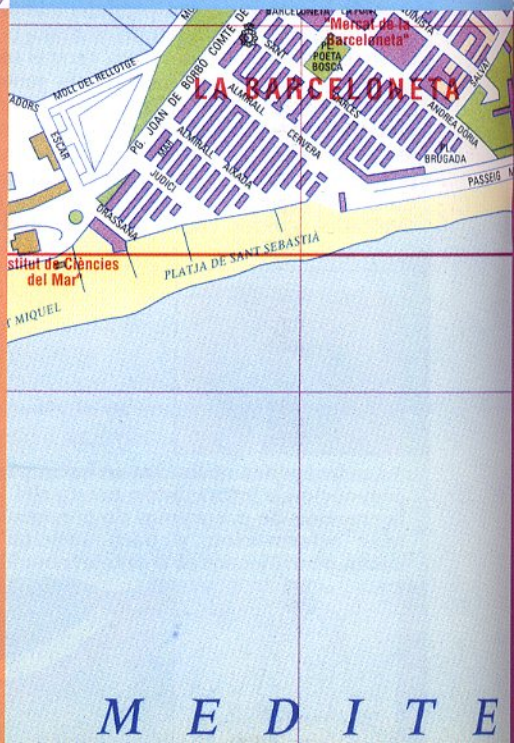
Hospital Clínic

Una de las unidades VIH con más actividad de todo el país: pero arantid no es calidad. Visita la sala de espera de Enfermedades Infecciosas en la escalera 4, planta 4 y quédate de piedra: espacio desangelado y deprimente. Lo compensa como puede un equipo de profesionales. Las enfermeras, de lo mejor.



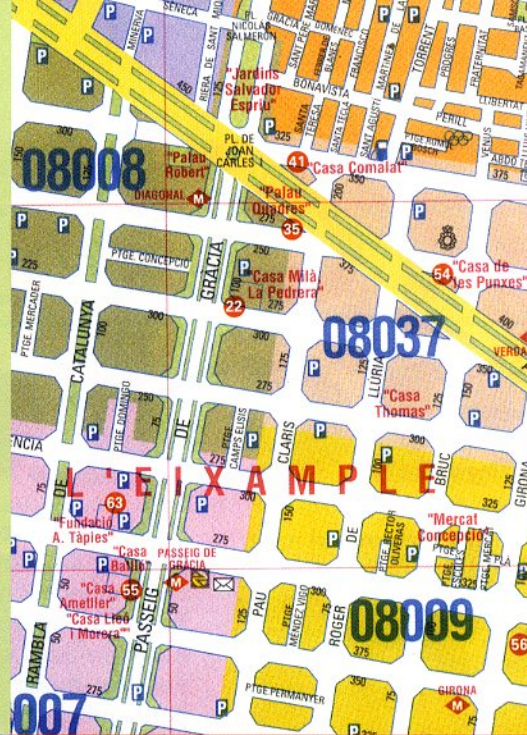
Platja Sant Sebastià

La primera playa nudista de Barcelona es nuestro remedo de Ibiza. Apta para todos los públicos, de noche el tono sube alrededor del chiringuito gay: música tecno y turistas con ganas de fiesta. Llévate montones de crema solar para el día y preservativos y lubricante para cualquier hora.



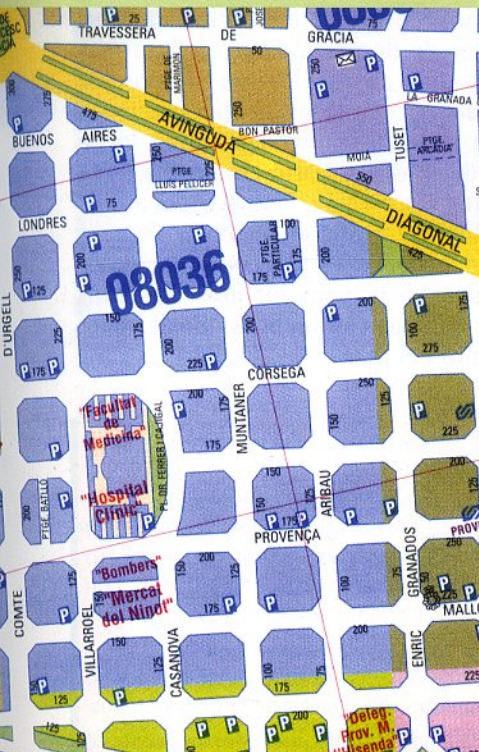
Presó Model

Ubicación de la cárcel Modelo, que es cualquier cosa menos modélica en la prevención de la transmisión de la VIH. Pese a haber demostrado ser seguros y eficaces, los Programas de Intercambio de Jeringuillas todavía no se han implantado en las cárceles catalanas. Sólo espíritus aventureros.



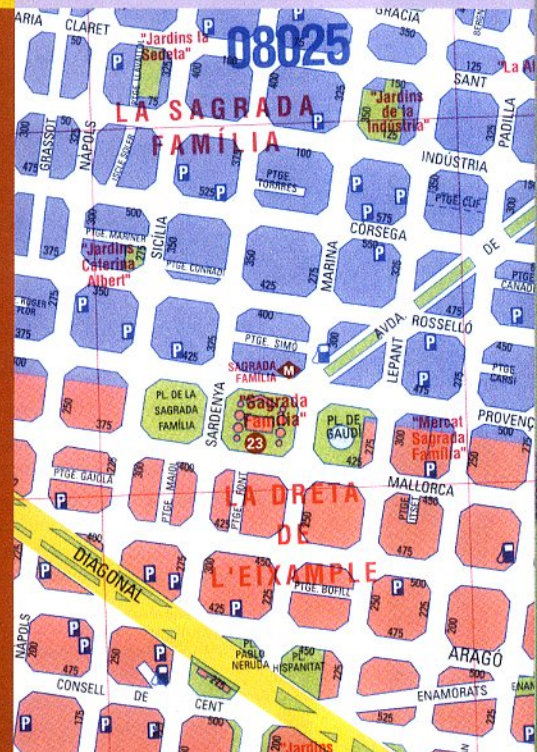
Eixample

Conocido como el Gaixample, este trozo del barrio del Eixample (el Ensanche construido en la ciudad a finales del XIX) concentra la vida gay de Barcelona. Algunos grupos no se resignan a la fatalidad e insisten en campañas de prevención y de visibilidad de las personas con VIH. Para incondicionales.



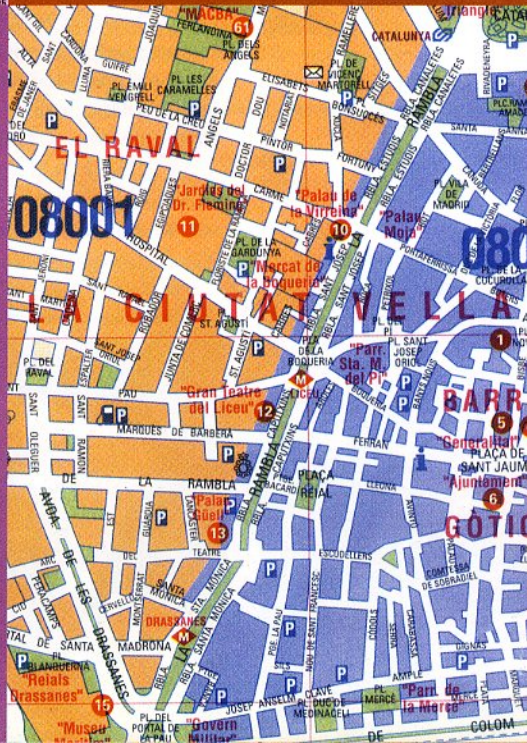
Sagrada Família

Obra eterna e icono turístico, podría ser el recinto adecuado para que la jerarquía de la Iglesia Católica rectificara su oposición al preservativo y celebrara la sexualidad como un don humano. En realidad, sólo encontrarás largas colas de visitantes con un único deseo: poder decir «yo estuve allí».



Can Tunis

Más allá del Anillo Olímpico hay vida. El barrio de Can Tunis es un supermercado de la droga donde usuari@s y vendedores mantienen transacciones las 24 horas del día. La reducción de riesgos y daños es la política activa de las entidades que l@s atienden. Imprescindible ir acompañad@.



Las Ramblas

Un paseo por el mestizaje: estatuas vivientes que sobreviven de la sorpresa (y las monedas) de l@s paseantes, pájaros y tortugas, flores y quioscos, carteristas y turistas enrojecid@s, locales de paseo camino de la Boquería. Cálzate algo cómodo, abre los sentidos y sumérjete en una calle que, según Lorca, «no debería acabarse nunca».

La vida láctea

La leche es lo primero que tomamos al nacer. Se trata de una exquisita selección de nutrientes, una mezcla homogénea de lactosa, glicéridos, proteínas, sales minerales, vitaminas, enzimas, etc. En la historia del

ser humano el consumo de leche de otras especies se data de muy antiguo. Ahora es cuando más consumimos y más oferta tenemos en el mercado. También ahora se sabe que el calcio presente en estos productos es fundamental para la salud de nuestros huesos, que con el paso de los años van perdiendo densidad. Las personas con VIH y muy especialmente las mujeres con VIH pueden presentar procesos de desmineralización ósea más acusados y prematuros, aunque los mecanismos por los cuales esto sucede todavía no se conocen en su totalidad. Los expertos recomiendan incluir leche o alguno de sus derivados a diario en nuestra dieta y a ser posible en cada comida. Pero a veces a uno se le acaban las ideas o se aburre de tomar siempre el mismo vaso de leche o yogur. A continuación os ofrecemos algunas ideas para elaborar distintos tipos de platos y bebidas con lácteos, ideales para cualquier momento del día.

Sobre el calcio

La cafeína, el sodio (sal) y las proteínas en cantidades elevadas provocan una mayor eliminación del calcio.

La cantidad de calcio que se obtiene de la leche de soja es inferior a la de la leche de vaca. Si prefieres leche de soja y quieres un aporte similar de calcio puedes escoger las que en su etiqueta se especifique que está enriquecida con calcio. Los yogures desnatados aportan más calcio +

Si además decides tomar suplementos de calcio puedes encontrarlo de las siguientes formas:

Carbonato de calcio: Necesita un estómago ácido para disolverse. Tómallo con comida. Ten en cuenta también que a medida que envejecemos tenemos menos ácido en el estómago.

Citrato de calcio: No necesita ácido en el estómago para ser absorbido y puede tomarse sin comidas. El inconveniente mayor es que suele ser más caro +

Además...

Los productos lácteos contienen lactosa, un glúcido. Si tienes intolerancia a la lactosa, puedes escoger quesos que tengan menos lactosa que la leche (cheddar, suizo, parmesano) o yogur hecho con bacterias vivas activas, empezando con pequeñas cantidades y mezclándolo con otro tipo de comida que tolere bien.

La cantidad de grasa de la leche es muy variable, en todo caso los triglicéridos constituyen la mayor parte de los lípidos.

Si necesitas una dieta baja en grasas puedes optar por leche y yogures descremados y quesos frescos.

De la leche obtenemos una gran variedad de minerales: fosfatos, citratos, cloruros, sulfatos, carbonatos, bicarbonatos de sodio, potasio, calcio, magnesio y también, aunque en cantidades inferiores, cobre, hierro, boro, manganeso, zinc y yodo.

En la leche están presentes todas las vitaminas. Las liposolubles (A, D, E y K) se encuentran junto a la grasa y se pierden con su eliminación en las leches descremadas. Las hidrosolubles (C y gran parte de las B) se suelen perder en el proceso de elaboración de los quesos +

30



Sopa refrescante de melón con yogur

- Un melón de 1kg y 1/2 • Tres yogures naturales, es decir, un yogur por cada 1/2kg de fruta • Una ramita de menta fresca

Saca la pulpa del melón, trocéala, añade los yogures y pásalo por la batidora. Pon sal a tu gusto teniendo en cuenta que no se necesita mucha; corta la menta muy fina y añádela. Resérvala en la nevera un tiempo antes de servir.

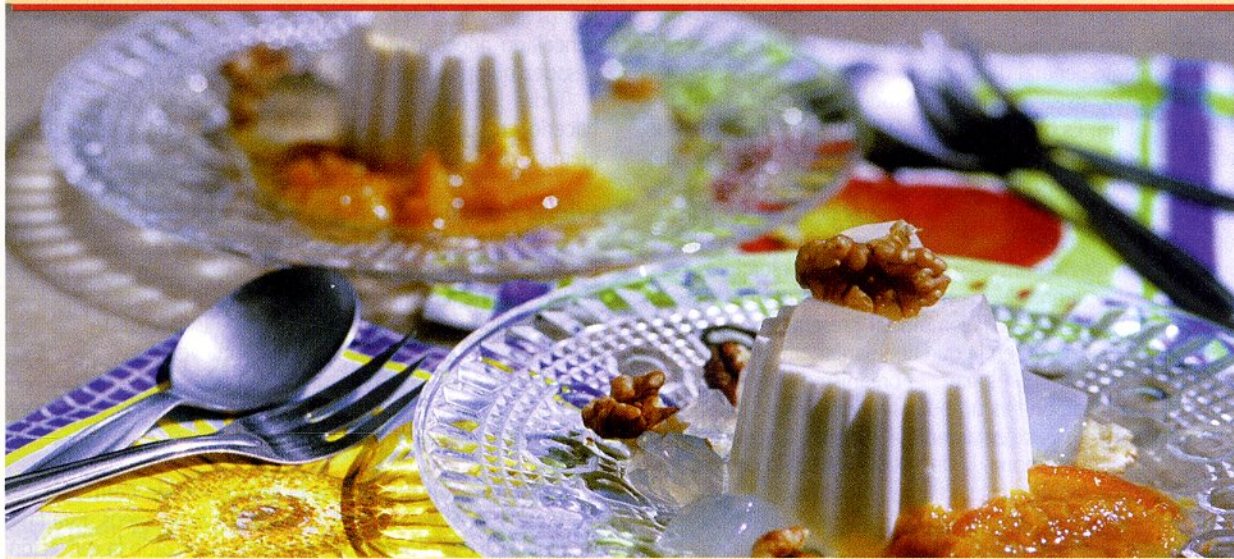
Consejo: Es mejor que el melón no esté excesivamente maduro.

Batidos de fruta

Con sandía, melón, fresa, kiwi, piña, uva, o cualquier otra fruta jugosa. Por cada 3/4kg de fruta, usa 0,4 litros de leche (2 vasos grandes). Mézclalo todo junto, pásalo por la batidora y sirve muy frío.

Con plátano, manzana, melocotón, mango, pera o cualquier otra fruta carnosa. Por cada 1/2kg de fruta, usa 0,4 litros de leche (2 vasos grandes). Mézclalo todo junto, pásalo por la batidora y sirve muy frío.

Consejo: Puedes perfumar ligeramente con cualquier aroma en polvo o líquido; como canela rallada o vainilla para dar un toque dulce, o nuez moscada o *curry* si quieres darle un toque de especias.



Queso & Co

- 250gr de queso de Burgos o de cabra fresco • 125gr de fruta (coco u otra fruta en almíbar, o mermelada de limón o de cualquier cítrico)
- 50gr de frutos secos troceados (nueces, almendras o pasas)

Para cuatro personas corta la pieza de queso en 4 porciones y coloca cada una en un plato, reparte la fruta o mermelada por encima y espolvorea con los frutos secos. Puedes servir este plato como entrante o postre.

Consejo: el coco, como otras frutas exóticas en almíbar, pueden conseguirse en tiendas de comida asiática.

Quiche a los tres quesos

Para la masa: 250gr de harina • 125gr de mantequilla o de margarina • 1 yema de huevo • 1/2 vaso de agua tibia • sal

Para el relleno: Dos huevos enteros • 3 yemas • 1/2 litro de leche • 100gr de cheddar troceado • 100gr de ricota • 100gr de emmental rallado

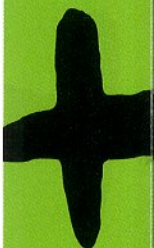
Masa: Mezcla la mantequilla (asegúrate de que esté blanda), la yema del huevo, el agua y la sal hasta conseguir una pasta uniforme. Añade la harina de golpe y mezcla hasta que quede una masa lisa y maleable, sin trabajarla demasiado. Le puedes echar más harina si es necesario para poder moldearla.

Colócala en la nevera durante 20 minutos para que se solidifique. Con la ayuda de un rodillo o una botella vacía, extiende la masa encima del mármol de la cocina, previamente espolvoreado de harina, hasta darle la forma del molde. Rellena el molde con la masa, pincha varias veces con un tenedor para que el fondo no se levante durante la cocción.

Relleno: Bate los huevos con la leche, rellena el fondo de la tarta y reparte el queso por encima. Calienta el horno, pon la quiche 25 minutos a 250°C (horno fuerte).

Consejo: Según tus preferencias, puedes usar otros quesos teniendo en cuenta que el emmental rallado es imprescindible para obtener una textura óptima. Por ejemplo puedes sustituir el ricota por queso de Burgos o queso fresco con hierbas, y el cheddar por manchego o gouda con comino, y darle un toque con queso azul.

Como sucedía con el flan, si no puedes utilizar crema de leche, añade una yema más.



AUTOGENIC

A diario, experimentamos diferentes estadios emocionales que varían de acuerdo con cada circunstancia, es decir, se manifiestan según los factores externos a los que debemos enfrentarnos día a día y por ende, nos afecta internamente, lo que conlleva en gran medida a situaciones de fatiga, ansiedad, miedo y estrés. El trabajo, los estudios, la familia, la economía, la pareja, la salud, etc. son todos factores que si no sabemos manejar sus posibles efectos, nos pueden ocasionar diferentes niveles de tensión, desajustes emocionales y desórdenes del funcionamiento general del cuerpo.

Hoy en día, existen muchos métodos y/o técnicas utilizados para tal fin. Es bien sabido que una buena relación entre la mente y el cuerpo nos ayuda a tener una visión más positiva de nosotros mismos y, por consiguiente, de la vida. También nos ayuda a mantener un control de la reacción fisiológica y psicológica en las situaciones estresantes, a modificar nuestras actitudes de ansiedad y miedo. Estos ejercicios permiten desconectarnos de los mecanismos estresantes que se originan en el cuerpo. Por ejemplo, al presentarse una situación difícil o de peligro en la que necesariamente se tiene que decidir si "luchar o abandonar", el organismo libera una hormona con cortisol, que es un potente inhibidor de la función inmunitaria que fluye directamente al torrente sanguíneo. A la vez se libera otra hormona, la del estrés, conocida como adrenalina, la cual se une a las células inmunitarias CD4 y las suprime hasta que la presión pase. Entonces, es allí precisamente cuando requerimos de mecanismos de defensa que nos permita manejar dichas situaciones.

Asimismo, el VIH para muchas personas que viven con él o son diagnosticadas puede constituirse en un elemento generador de estrés, debido a las posibles sensaciones de ansiedad y miedo que origina esta condición. Por esta razón algunos recurrimos a los métodos y/o técnicas de autoayuda o prácticas de relajación que, a través del manejo de la respiración y la meditación, pueden drenar toda la tensión acumulada y las preocupaciones originadas por la condición del VIH. También nos proveen de mecanismos para reforzar el proceso de autocuración de nuestro organismo y nos facilitan tomar importantes decisiones de una manera más relajada y de plena conciencia, sobre todo, cuando se nos presenta por ejemplo el dilema de iniciar, o no, terapia antirretroviral y en caso de hacerlo, de cuál nos convendría más.

Una de estas técnicas utilizadas últimamente es la conocida como *Autogenic Training* (AT) o Entrenamiento Autogénico, que consiste básicamente en una serie de ejercicios mentales con la intención de reducir el estrés y ayudar a la persona a desligarse de los factores estresantes en su cuerpo y mente a través de un estado de relajación profundo, ya que es un requisito importante previo para la sensación de alivio y bienestar.

El trato que el *Autogenic Training* da al VIH es exactamente el mismo que a cualquier otra condición. Lo que probablemente varía es el grado de soporte que requiere cada persona. Los expertos en este tema dicen que el AT puede cambiar la actitud de las personas hacia su situación y permitirles hacer una vida normal.

Básicamente los ejercicios del AT se dividen en seis pasos que contienen ciertas órdenes o mecanismos internos que pueden enseñar a tener hábitos saludables, a liberar la tensión y a aumentar la sensación de autocontrol. Las sesiones de entrenamiento las puedes incorporar fácilmente a tu día a día y no se requiere ropa o un equipo especial para practicar los ejercicios.

Antes de comenzar a ejecutarlos debes aprender a cancelar las órdenes de relajación de cada ejercicio. Debido que el AT

trabaja con niveles profundos de relajación es muy importante saber cómo deshacer estas órdenes.

Por ejemplo, para cancelar la relajación de los brazos la orden general es la siguiente:

Brazos firmes, respiración profunda y ojos abiertos

Estira y dobla los brazos vigorosamente, luego respira profundamente y abre los ojos. Recuerda siempre reanimar los brazos antes de abrir los ojos, ya que un ejercicio que no se ha cancelado adecuadamente puede originar una sensación de pesadez que puede persistir por algún tiempo.

Todas las órdenes se deben repetir mentalmente, ya que hacerlo en voz alta puede interferir en la concentración del ejercicio.

Primer paso: inducción a la relajación

Es simple, colócate en una posición en la que te sientas cómodo y relajado.

La secuencia completa de órdenes es la siguiente:

- El brazo derecho está muy relajado (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).

Comienza con el brazo izquierdo si crees que se puede relajar más y mejor que el derecho. Pero recuerda hacer siempre los ejercicios con ambos brazos.

Segundo paso: inducción a la sensación de calidez

Tiene la finalidad de dilatar los vasos sanguíneos. Esta fase se debe realizar sólo después de haber alcanzado la sensación de relajación.

La secuencia completa de órdenes es la siguiente:

- Estoy completamente en calma (una vez).
- El brazo derecho está muy relajado (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- El brazo derecho está muy cálido (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- El brazo derecho está muy cálido (seis veces).

Tercer paso: la práctica del corazón

La nueva orden de entrenamiento es la siguiente:

El corazón me late calmada y regularmente.

Las personas con problemas cardíacos pueden usar la siguiente orden:

El corazón me late muy calmadamente.

Cuando practiques esta orden, probablemente te reencontrarás con tu corazón, por ejemplo, empezarás a sentirlo.

La secuencia completa de órdenes es la siguiente:

- Estoy completamente en calma (una vez).
- El brazo derecho está muy relajado (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- El brazo derecho está muy cálido (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- El corazón me late calmada y regularmente (seis veces).
- El brazo derecho está muy cálido (seis veces)

Cuarto paso: la práctica de la respiración

La nueva orden es la siguiente:

Mi respiración está muy calmada.

Esto no significa del todo que ahora debas intentar influenciar tu respiración. Todo lo contrario, tu respiración debe regularse por sí misma.

La secuencia completa de órdenes es la siguiente:

- Estoy completamente en calma (una vez).
- El brazo derecho está muy relajado (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).

- El brazo derecho está muy cálido (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- El corazón me late calmada y regularmente (seis veces).
- El brazo derecho está muy cálido (seis veces).
- Mi respiración está muy calmada (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- Mi respiración está muy calmada (seis veces).

Quinto paso: la práctica abdominal

Después de que hayas aprendido a relajar las extremidades y los órganos que están a la altura del pecho, lo siguiente es aprender a calmar los órganos abdominales con las siguientes órdenes:

Tengo sensación de calidez en la barriga.

Tengo sensación de calidez en el plexo solar (VER GLOSARIO).

Subjetivamente sentirás una sensación de calidez placentera en la parte superior del abdomen mientras practicas. Algunas veces la calidez se extiende por todo el cuerpo.

La secuencia completa de órdenes es la siguiente:

- Estoy completamente en calma (una vez).
- El brazo derecho está muy relajado (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- El brazo derecho está muy cálido (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- El corazón me late calmada y regularmente (seis veces).
- El brazo derecho está muy cálido (seis veces).
- Mi respiración está muy calmada (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- Mi respiración está muy calmada (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- Tengo sensación de calidez en la barriga (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- Tengo sensación de calidez en la barriga (seis veces).

Sexto paso: la práctica de la cabeza

Usa la siguiente orden:

La frente está agradablemente fresca

La secuencia completa de órdenes es la siguiente:

- Estoy completamente en calma (una vez).
- El brazo derecho está muy relajado (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- El brazo derecho está muy cálido (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- El corazón me late calmada y regularmente (seis veces).
- El brazo derecho está muy cálido (seis veces).
- Mi respiración está muy calmada (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- Mi respiración está muy calmada (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- Tengo sensación de calidez en la barriga (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- Tengo sensación de calidez en la barriga (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- La frente está agradablemente fresca (seis veces).
- Estoy completamente en calma (una vez).
- La frente está agradablemente fresca (seis veces).

Y finalmente recuerda la orden de cancelación una vez finalizados los ejercicios. También te recomendamos que uses todas las frases completas de las prácticas hasta que las domines. Sólo cuando te hayas familiarizado con cada una de ellas, podrás abreviarlas de la siguiente manera:

**CALMADO – RELAJADO – CÁLIDO – CORAZÓN
Y RESPIRACIÓN COMPLETAMENTE CALMADOS –
SENSACIÓN DE CALÍDEZ EN LA BARRIGA –
FRENTE AGRADABLEMENTE FRESCA**

Si deseas tener información más detallada, puedes encontrarla en la siguiente página de internet: www.hscti.com/~autogenic/autogenic.html

Tu opinión también cuenta

Rellena, recorta (o fotocopia) y envíanos esta pequeña encuesta. Entrarás en el sorteo de 25 suscripciones gratuitas por un año. Te mantendremos informad@ durante 2002.

1-Sexo

- Hombre Mujer
 Transgénero

2-Edad

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

3-Estatus VIH

- VIH+ VIH-
 Desconocido

4-¿Sabes cómo adquiriste el VIH?

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

5-¿Tomas tratamiento antirretroviral?

- Sí No

6-¿Tomas suplementos vitamínicos o tratamientos alternativos?

- Sí No

7- ¿Cuáles?

.....
.....

8-¿En qué localidad vives?

.....

9-Valora Lo+Positivo de 1 a 10

- Contenido
 Diseño
 En general

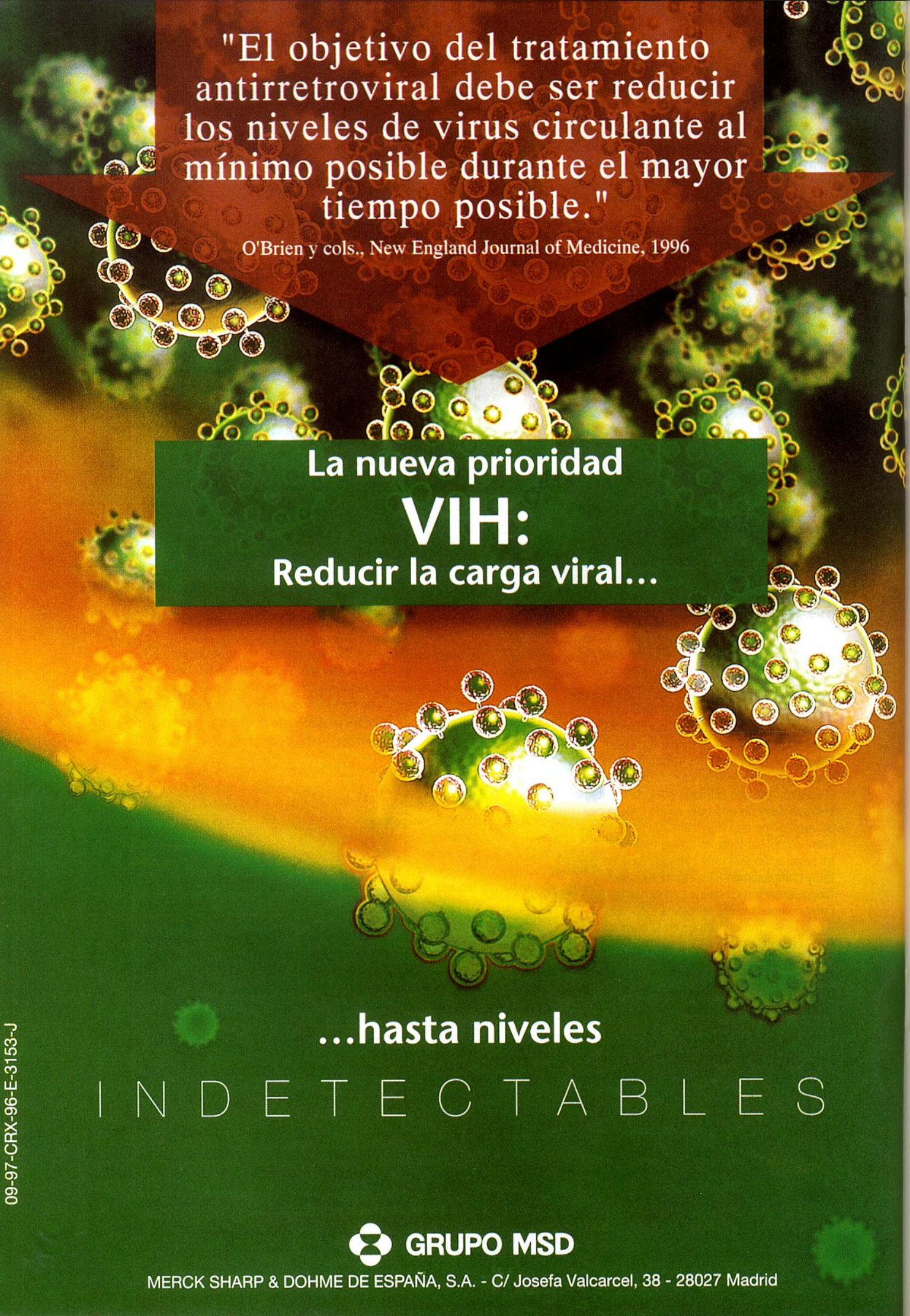
10-¿Qué temas te han gustado más?

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

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

.....
.....

Esta encuesta es anónima pero si quieres participar en el sorteo, manda también tus señas en un papel aparte a: GTT c/ del Pi, 10 1º 2ª 08002 Barcelona (España)



"El objetivo del tratamiento
antirretroviral debe ser reducir
los niveles de virus circulante al
mínimo posible durante el mayor
tiempo posible."

O'Brien y cols., New England Journal of Medicine, 1996

La nueva prioridad
VIH:
Reducir la carga viral...

...hasta niveles

INDETECTABLES

 **GRUPO MSD**

MERCK SHARP & DOHME DE ESPAÑA, S.A. - C/ Josefa Valcarcel, 38 - 28027 Madrid

un matiz en la nariz

tal vez tengas algún recuerdo de tu madre diciéndote que te limpiaras la nariz, que te sonaras o que te quitaras esos mocos de ahí. Pues bien, no estaba de broma y sabía de sobra lo que decía. Encontrar nuevas

maneras de limpiar las fosas nasales ha supuesto para mí una gran diferencia en la prevención de esos rebotes de sinusitis que tant@s de nosotr@s debemos soportar. Antes de seguir, una nota de atención: el texto que sigue nos es apto para cardíac@s o para l@s que temen morir ahogad@s.



Hace ya mucho tiempo que la sinusitis crónica ha sido asociada a un estado inmunitario deteriorado. Los conductos nasales son un campo de cultivo ideal para las bacterias, una suerte de cavernas dignas de Bin Laden donde es difícil que surta efecto el fuego cruzado de los antibióticos. Por tanto, ¿no sería mejor en este caso aplicar la máxima de más vale prevenir que curar? Aunque a veces no nos quede otra opción que recurrir a la artillería pesada de los antibióticos y los nebulizadores corticosteroides, lo ideal sería no tener que utilizarlos en primera instancia. Una vez te hayas asegurado que tu sinusitis no proviene de una alergia (consulta con el/la alergólogo@) ni por obstáculos estructurales como orificios estrechos o tabique desviado (consulta con el/la otorrinolaringólogo@) estarás listo@ para sumergirte en los placeres de las duchas nasales.

Una nariz limpia

En usos ancestrales de los yogis hindúes la limpieza de la nariz o práctica del *neti* era tan normal como el cepillado de los dientes; podemos encontrar esa misma práctica de múltiples formas y en cultura diversas. La limpieza de la nariz con agua tibia y salada o *neti*, si se hace adecuadamente resulta muy refrescante y deja una sensación en la nariz de apertura y purificación, te sientes libre de polvo, mocos e incluso partículas que producen alergia.

En Escandinavia la limpieza nasal se empleaba como un remedio simple para prevenir infecciones y resfriados. Los viejos marineros solían esnifar agua marina con el hueco de la mano o en pequeños cuencos y escupirla por la boca. A principios del siglo XX los farmacéuticos escandinavos vendían pequeños boles de cristal para tal fin. El método usado en una base militar en Suecia era aún más sencillo. Se tenía un barril de agua salada con un grifo y una pequeña manguera en la parte inferior y cuando una persona empezaba a notar síntomas de resfriado se acercaba la manguera a la nariz y dejaba correr el agua salada, lo que supuestamente era una eficaz forma de prevención.

Si examinamos la fisiología de la nariz y las fosas nasales, nos damos cuenta de lo importante que es su limpieza. Las mucosas están revestidas de unos pelillos microscópicos llamados cilios. Visto en un microscopio parece un campo de trigo mecándose en el viento. Estos cilios están recubiertos por una capa de mucosidad que atrapa la suciedad, el polvo y el polen y los arrastra como una cinta transportadora a través de la traquea hacia el estómago. Cuando las bañamos con agua salada, las mucosas se mantienen húmedas y los cilios estimulados por lo que las sustancias extrañas son repelidas antes de que puedan entrar en el cuerpo.

La jarra Neti

Ahora ya sólo te queda conocer (por si no lo sabes ya) el uso de la jarra *neti*, ¿su forma? pues como puedes apreciar en estas dos imágenes, de la familia del botijo pero a lo oriental.

Llena el recipiente con agua tibia y añade una cucharadita de sal común, no uses agua de mar porque podría causar una reacción alérgica. La concentración de sal que se consigue es similar a la del propio cuerpo y la sensación cuando el agua fluye es muy agradable. Inclínate sobre una pila o lavamanos, y coloca el pitorro de la jarra *neti* en un orificio nasal, ladea la cabeza y levanta suavemente la jarra de manera que el agua fluya suavemente y salga por el otro orificio nasal; repite la operación en el otro lado. Cuando hayas terminado tapa con el índice una aleta de la nariz y sopla suavemente por el lado contrario, repite el proceso con el otro lado hasta que la nariz esté seca.

La ducha nasal puede hacerse cada día, intenta incorporarla a tu rutina matinal como parte de tu aseo. Yo suelo adecuar la frecuencia, cantidad de agua y de sal según el estado de mis mucosas, escucha a tu cuerpo.

Otras opciones

Aquí nos hemos centrado en el *neti* porque es un método eficaz, sencillo y económico y las jarras pueden encontrarse sin demasiadas dificultades en herboristerías, tiendas de productos naturales y en algunas farmacias.

Para l@s que preferís productos preparados existe en el mercado una amplia gama de nebulizadores y aplicadores nasales con suero salino o soluciones fisiológicas de muy diversa composición +



Cuanto menos, mejor

36

Cuando las terapias combinadas o la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) a mediados de los años 90 empezaron a ser el tratamiento más acertado para el control de la infección por VIH en algunas de sus diferentes etapas, no se tenía muy en cuenta el inconveniente de tener que tomar no sólo tres o cuatro fármacos al mismo tiempo, sino también la cantidad de pastillas que se requería para cada uno de ellos. Por lo que, paulatinamente, se empezaron a presentar problemas con la adhesión a los fármacos y, por consiguiente, resistencias a algunos de ellos, ya que muchos pacientes debían ingerir a lo largo del día hasta 16 pastillas y algunas de ellas con ciertas restricciones tanto alimenticias como horarias, además de cuidar las condiciones de almacenaje, principal inconveniente para las personas que por motivos de trabajo deben viajar con mucha frecuencia.

Precisamente, desde hace un tiempo esta realidad ha originado que las organizaciones de base comunitaria que trabajan en el campo del VIH presionaran a los laboratorios farmacéuticos para que se invirtiera más en la investigación y desarrollo de nuevas y mejores dosificaciones. De este modo, se ha conseguido que las farmacéuticas tengan en cuenta este concepto y modifiquen la dosificación de los fármacos, con el fin de obtener regímenes más simples y reducir así su toxicidad y, por consiguiente, los efectos adversos, ya que en lugar de tomar dos o cuatro pastillas al día se reduce la cantidad a una toma única al día por fármaco.

Es importante señalar que aunque los fármacos sean más simples en su dosificación (pero a la vez más potentes), no implica que se deba tomar un solo fármaco en monoterapia, ya que la mejor forma de controlar la infección por VIH en sus diferentes etapas sigue siendo la combinación de varios antirretrovirales.

Hasta la fecha ya existen cinco fármacos autorizados por la Agencia Europea del Medicamento (EMA, en sus siglas en inglés), cuya dosificación es de una vez al día y en combinación con otros agentes antirretrovirales:

2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN):

- lamivudina (Epivir®) en combinación con otros fármacos para el control del VIH. Características: vida intracelular de 16 a 19 horas;
- didanosina (Videx®). Características: cápsula entérica cubierta Videx EC®. Esta cápsula requiere ser ingerida una sola vez al día sin necesidad de masticar o disolverla en agua. A pesar de que los usuarios de didanosina deben estar atentos aún a las restricciones alimenticias (debe ser ingerido con el estómago vacío), la reformulación ha conseguido eliminar ese sabor a naranja pastoso de la mañana. Tampoco puede ser ingerido con otros fármacos.

1 inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido (ITINN):

efavirenz (Sustiva®/Stocrin®). Características: única tableta de 600mg (del mismo tamaño a la ya existente de 200mg) en combinación con un IP o un ITIN. Recomendaciones: tomar con el estómago vacío y preferentemente antes de acostarse. En proceso de aprobación en España.

1 inhibidor de la proteasa (IP):

amprenavir (Agenerase®) junto con una pequeña dosis de ritonavir. Agenerase® 1200mg con ritonavir 200mg una vez al día.

1 nuevo inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleótido (ITINt):

tenofovir (Viread®), aprobado en España, pero aún no comercializado. Hasta el momento está restringido para pacientes que hayan experimentado al menos fracaso terapéutico. Sin embargo, se puede solicitar como medicación extranjera, ya que está comercializado en otros países de la Unión Europea. Características: inhibe la transcriptasa inversa del mismo modo que los ITIN pero requiere de un menor proceso intracelular. Tableta de 300mg una vez al día.

NUEVAS PRESENTACIONES DE FÁRMACOS EXISTENTES QUE ESTÁN EN ESTUDIO PARA SU REFORMULACIÓN

El proceso por el cual deben pasar los fármacos actuales que están en estudio para la modificación de su dosificación a favor de una mejor efectividad y menor toxicidad, se llama "reformulación". En estos momentos hay 5 fármacos que están en proceso de estudio:

Kaletra® (lopinavir/retonavir)

Durante la IX Conferencia anual sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI) celebrada en Seattle, Washington, en febrero del presente año se presentaron los resultados preliminares de un estudio sobre una sola toma al día de Kaletra® (inhibidor de la proteasa, IP) como tratamiento para pacientes naïve, el cual mostró que había una supresión del VIH similar a la que se lograba con el tratamiento de dos veces al día basado en regímenes de dosis estándar con Kaletra®. Si bien es cierto que este estudio es exploratorio, lo alentador de sus resultados garantiza estudios posteriores.

AZT (zidovudina, Retrovir®)

Aztec es una versión de liberación prolongada de AZT, el cual requiere ser ingerido una vez al día y, al combinarse con otros medicamentos de una sola toma diaria (ej.: Videx EC® o Sustiva®), podría obtenerse un régimen completo de una dosis diaria.



Zerit® (d4T, estavudina)
 Actualmente se está desarrollando la versión de una vez al día de este inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido (ITIN) en una formulación de liberación prolongada. La versión Zerit EC de 100mg está siendo estudiada en ensayos clínicos y evaluada, comparándola con la doble dosis diaria de 40mg utilizada en la práctica clínica actual.

Viramune® (nevirapina)
 Aunque para este ITIN durante las dos primeras semanas (14 días) se recomienda tomar 200mg/kg una vez al día (1 pastilla) para reducir la posibilidad de desarrollar un salpullido, existen recomendaciones no oficiales en las que se está estudiando la toma de 400mg/kg una vez al día (2 pastillas). Antes de acostarse.
 Se puede tomar nevirapina con ddi y antídotos. Nevirapina reduce el nivel de indinavir en la sangre, así que los médicos deben incrementar la dosis de indinavir a 1000mg cada 8 horas.

Fortovase® (saquinavir SCC cápsula blanca)
 La dosis recomendada es de 6 cápsulas blandas tres veces al día y puede tomarse con las comidas. No obstante, algunos estudios realizados indican que este IF, administrado una vez al día en combinación con una dosis baja de ritonavir (otro



inhibidor de la proteasa), mantiene los niveles en sangre de saquinavir por encima de los logrados normalmente mediante el régimen de Fortovase® tres veces al día, actualmente bajo licencia.
 El régimen de una vez al día de Fortovase® podría simplificar el plan de tratamiento y reduciría notablemente el número de pastillas que un/a paciente debe tomar, mientras mantiene una alta concentración de fármaco en su sangre.
 Algunos estudios preliminares apuntan que la farmacocinética de Invirase® con pequeñas dosis de ritonavir es similar a la de Fortovase® con pequeñas dosis de ritonavir, dato que habrá de considerarse dado el bajo coste de la primera formulación comparada con la de Fortovase®.

NUEVOS FÁRMACOS EN ESTUDIO

FTC (emtricitabina, Coviracil)

Se afirma que casi todos los nuevos ITIN que se están desarrollando actúan contra virus resistentes a los medicamentos de esta clase. Una excepción es el FTC de Trianglet Pharmaceuticals. Este producto es muy similar al 3TC (lamivudina, EpiVir®) y presenta el mismo perfil de resistencia. No obstante, el FTC parece ser más potente que el 3TC y sólo se tiene que tomar una vez al día. Al igual que el 3TC, el FTC también actúa contra el virus de la hepatitis B. Los resultados preliminares de regímenes de una sola dosis al día muestran una prometedora actividad contra el VIH.

Atazanavir (Zivada)
 Este es el primer inhibidor de la proteasa de Bristol-Myers Squibb, cuyo inminente inicio del acceso expandido en Europa acaba de informarse. El Atazanavir (BMS-232632) ha sido concebido para tomarse una vez al día a razón de 400mg-dos cápsulas-y con comida. Los datos disponibles hasta la fecha apuntan hacia un buen perfil lipídico de este nuevo IF.

Posibles inconvenientes

Los regímenes simples o de dosificaciones de una vez al día, en la mayoría de los casos, pueden facilitar la adhesión a los medicamentos. No obstante, aunque cambies tu tratamiento actual a dosis de una vez al día, ello no implica, necesariamente, que puedan ser tomados simultáneamente. Por ejemplo, ddi (Videx®) se debe tomar con el estómago vacío, lo cual significa que otros fármacos del régimen, como neftinavir (Viracep®), deben tomarse de forma separada al ddi. Por esta razón, cumplir con regímenes de una vez al día no es tan fácil como parece. Se debe también tener en cuenta que olvidarse de tomar una dosis en un régimen de la resistencia que no tomar más peligrosos para el desarrollo de la resistencia que no tomar una dosis de un fármaco que requiere varias tomas al día.
 Si estás interesado en alguno de estos fármacos, te invitamos a que lo discutas con tu médico y juntos valorar todos los posibles pros y contras +

Fuentes:

- <http://www.thebody.com/apla/espanol/sep01/medicamentos.html>
- <http://www.staf.org/tratamiento/hojadesinformacion.html#tpv>
- <http://www.projinf.org/spanish/fs/nuevosmed.html#tpv>
- Suplemento de Terapias Combinadas
- http://www.gti-vih.org/tr_suplementos.html

Inmunoterapia (terapias de base inmune, TBI): el estado de la cuestión (I)



38



el descubrimiento del VIH en la década de los 80 condujo a la búsqueda intensiva de terapias que bloquearan su incesante replicación, búsqueda que hasta la fecha ha fructificado en la aprobación de esa docena larga de antirretrovirales cuyas diversas combinaciones constituyen nuestro estándar actual de tratamiento anti-VIH: la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad o TARGA. Sin embargo, la investigación en terapias que pudieran mejorar o restaurar la función inmune en presencia del VIH (vacunas incluidas), ha resultado ser una empresa bastante más estéril, sobre todo porque continuamos sin comprender por completo los mecanismos por los que el VIH acaba deteriorando el sistema inmune. De hecho y por si no lo sabíais, ninguna de las muchas TBI investigadas en los últimos años ha ofrecido evidencia

suficiente sobre sus beneficios en personas VIH+ como para respaldar la aprobación de su uso en tal contexto.

A seis años vista desde la introducción de TARGA, sin embargo, los límites de ésta resultan cada vez más obvios, mientras que gana impulso la investigación sobre el papel potencial de las TBI como "refuerzos" terapéuticos que permitan el uso menos intensivo de unos fármacos que no curan, no siempre funcionan y parecen acumulativa y seriamente tóxicos. En efecto, cada vez son más los expertos que creen que más pronto que tarde alguna o algunas TBI encontrará su espacio en un futuro arsenal de estrategias terapéuticas anti-VIH. Si queréis saber cómo y cuáles son las candidatas, aquí va la primera parte de un resumen sobre el estado de la cuestión, centrado en nuestras amigas las citoquinas.

Terapias de base inmune con citoquinas

Las citoquinas son sustancias que segregan ciertas células inmunes, activadas por la presencia de patógenos, para que actúen como cruciales mensajeras químicas entre los distintos componentes del sistema inmunitario. Aunque tanto su variedad como las funciones que cumplen las distintas citoquinas en estos complejos intercambios comunicativos se conocen sólo parcialmente, sabemos que en el contexto de la infección por VIH su producción puede verse alterada tanto por exceso como por defecto. Por ello, el potencial uso anti-VIH de ciertas citoquinas ha sido uno de los primeros en explorarse.

Interleucina-2 (IL-2): las interleucinas son un subgrupo dentro de las citoquinas y la IL-2 es su miembro más veterano y famoso: su primera versión sintética se aprobó hace ya casi 20 años para el tratamiento de ciertos cánceres. Desde entonces, la IL-2 se ha convertido en la "terapia de base inmune" (TBI) más extensamente estudiada en VIH.

Cuando las células T CD4 se activan ante la presencia de microorganismos extraños producen IL-2 que, a su vez, "ordena" a los CD4 que se reproduzcan a sí mismos (lo que llamamos respuesta proliferativa), y a otras células inmunes que crezcan y maduren.

En la era pre-TARGA, el tratamiento con IL-2 presentaba un claro riesgo: en ausencia de una terapia que controlara la replicación del VIH, las células CD4 (infectadas por el VIH), aumentaban de número, cierto, pero estas nuevas células CD4 también se convertían en nuevas dianas para un VIH cuya replicación continuaba incontrolada. Hoy en día, el efecto inmune de IL-2 puede estudiarse con mayor seguridad en personas virológicamente suprimidas gracias a TARGA, ofreciendo así al

sistema inmune la oportunidad de beneficiarse del estímulo de esta citoquina sin que los nuevos CD4 resulten infectados por un virus cuya replicación está máximamente controlada. Eso sí, la pregunta clave sigue pendiente: ¿hasta qué punto estos nuevos CD4 conseguidos gracias a la IL-2 suponen más cantidad de vida y una vida más libre de enfermedades oportunistas para las personas VIH+?

La mayor parte de los estudios con IL-2 hasta la fecha han sido cortos y centrados en la medición de las respuestas inmunes. Sin embargo, sólo ensayos clínicos aleatorizados (distribución al azar entre personas VIH+ que toman sólo TARGA y personas que además de TARGA reciben IL-2) y que obtengan mediciones clínicas de resultados (o sea, cuántas personas en cada grupo progresan a SIDA o fallecen), podrán resolver tal interrogante. Lógicamente, dado que TARGA por sí solo ya ha mejorado muy notablemente la supervivencia y la salud de las personas VIH+, estos estudios precisan de largos periodos de tiempo y/o grandes cantidades de participantes para conseguir evidencias lo bastante fuertes de la existencia de diferencias en mortalidad y morbilidad entre grupos. Los ensayos clínicos SIL-CAAT y ESPRIT, actualmente en marcha y reclutando participantes, están diseñados con tal fin para distintos tipos de población VIH+, aunque pasarán algunos años antes de que finalicen y concluya el análisis final de sus resultados.



¿Y ahora, qué hacemos?

Estrategias de sucesión TARGA (I)

Los regímenes de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) fracasan con frecuencia (y por motivos muy diversos). De un primer tratamiento, que llamaremos "de primera línea", una persona VIH+ puede pasar a otro diferente (de segunda línea) y, de sucederse los fracasos, a terceras, cuartas y quintas líneas de tratamiento

que suelen denominarse "de rescate". A medida que la ciencia del VIH comprende más y mejor las razones de los fracasos y las complicaciones de TARGA (incluidas las resistencias del VIH), las elecciones iniciales y sucesivas de tratamientos se hacen más y más estratégicas, y sin duda más complejas. Entérate en esta primera entrega de cuándo y por qué una primera línea de TARGA puede considerarse fracasada y de qué te interesa tener muy en cuenta para construir la siguiente.

Algunas ideas previas

► Solemos decir que un régimen TARGA de primera línea "fracasa" cuando la carga viral no llega a ser indetectable o cuando rebrota y comienza a subir de nuevo. Este fracaso, que sería un "fracaso virológico", se detecta en las analíticas sanguíneas pero no se muestra de inmediato en el estado de salud (aunque sí implica un aumento del riesgo futuro de enfermar). El llamado "fracaso clínico" se refiere a la presencia de enfermedad y puede llegar meses después del fracaso virológico (cuando al aumento persistente de carga viral le sigue el descenso de CD4).

► Un cambio de tratamiento puede considerarse: si una primera combinación no consigue reducir tu carga viral hasta hacerla indetectable (al cabo de unos 6 meses de haberla iniciado); si la carga viral vuelve a subir (rebrota) en presencia de TARGA; si TARGA funciona pero sus efectos secundarios te resultan intolerables (en este caso se intentaría cambiar el fármaco o fármacos tóxicos buscando opciones más tolerables e igualmente potentes).

► Básicamente, los factores que influyen en el fracaso terapéutico dependen de:

① **Los fármacos.** Incluso si tomas todas las dosis como es debido, puede que haya problemas de absorción o de interacciones entre fármacos. O puede que tu TARGA no fuera lo bastante potente (o incluso que estuvieras usando menos de tres fármacos potentes, que es lo recomendado hoy en día).

② **El virus.** El VIH se replica a sí mismo constante y masivamente, y en este proceso comete pequeños y azarosos errores y genera cepas ligeramente distintas que llamamos mutaciones. En ausencia de fármacos, ninguna cepa mutada tiene por qué prevalecer, porque el tipo original del VIH (el llamado "tipo salvaje") es el más fuerte. Pero si continúa la replicación del VIH aun en presencia de los fármacos, por puro darwinismo pueden acabar prevaleciendo las cepas que tengan mutaciones resistentes a los

mismos. En tal caso, esos antirretrovirales (y quizá otros similares) perderían su eficacia para suprimir ese VIH. Algunos fármacos pueden perderla con una sola mutación (los ITINN* efavirenz y nevirapina, por ejemplo), mientras que otros necesitan desarrollar una serie progresiva de mutaciones para perder toda eficacia (así, a veces es posible superar cierto nivel de resistencia a un IP* aumentando su dosis [ver más abajo el apartado sobre Intensificación]).

③ **La adhesión al tratamiento.** Un asunto crucial que tiene mucho que ver con las dichas resistencias: si pierdes dosis, las tomas tarde o de forma distinta a la prescrita (por ejemplo, con comida), se eleva el riesgo de que aparezcan resistencias, porque la carga viral aumenta cuando no hay fármacos en sangre que la supriman.

Antes de realizar cualquier cambio conviene muy mucho que evalúes junto con tu médic@ qué aspecto o aspectos concretos del tratamiento han podido fallar y han hecho que tu carga viral no se suprima o que rebrote, para no repetirlos en tu próxima combinación (hoy por hoy, cada nueva línea TARGA supone una merma geométrica de opciones válidas). Si has tenido problemas de adhesión, por ejemplo, éste es el momento de discutirlos abiertamente con tu médic@ y de buscar junt@s la forma de evitarlos en el futuro.

¿Qué hacer ante una carga viral no suprimida o en aumento?

► Mantén la calma, pero tómatelo en serio.

► Conviene extraer sangre para una segunda prueba de carga viral en el mismo día que se tengan los resultados de la primera, para confirmar sus resultados y asegurarse de que no se trata de un "repunte" (un aumento pequeño y temporal de la carga viral) debido a una infección transitoria o a una vacunación (o que no es una "contaminación" o error de laboratorio).

▶ Si la segunda prueba de carga viral, que debería estar lista en unas dos semanas (lo que se llama "tiempo real"), muestra un nivel similar o aumentado de VIH (y tú has estado tomando los fármacos adecuadamente), es posible que hayas comenzado a desarrollar resistencias a alguno o algunos de los fármacos de tu TARGA. Un cambio de tratamiento realizado a tiempo (con una carga viral aún baja), te daría más posibilidades de éxito con una nueva combinación bien elegida. Es el momento de realizar una prueba de resistencias (o de congelar una muestra de tu sangre si es que tales pruebas no pueden realizarse de inmediato). Algun@s expert@s también considerarían un CTF** y tod@s insisten en la necesidad de identificar (y eliminar) las causas del fracaso de TARGA.

▶ Es importante que controles el nuevo tratamiento estrechamente (mejor con una carga viral a las 2-4 semanas del cambio y después cada 1-2 meses) y que hables con tu médic@ si experimentas efectos secundarios y/o problemas de adhesión.

Cambio de TARGA tras el primer fracaso

La nueva combinación que elijas dependerá de los fármacos que hayas tomado, de las razones por las que han fracasado y de los resultados de las pruebas de laboratorio**. Una vez decidido un cambio de tratamiento y dado que todos los IP tienen resistencias cruzadas entre sí y que lo mismo sucede a los ITINN, posiblemente lo más seguro es cambiar esta parte de tu combinación:

- ① Si has usado un TARGA con ITINN, puedes cambiar a tres o cuatro nuevos fármacos que incluyan uno o dos IP.
- ② Si has usado un TARGA con IP, puedes hacer lo mismo pero incluyendo un ITINN.

Tanto si recibes pruebas de resistencias como si no, es posible que lo mejor para un primer fracaso sea buscar un nuevo régimen con al menos 3 fármacos completamente nuevos (o sea, cambiar también los dos ITIN* que formen la base del régimen).

Un caso aparte: intensificación de TARGA

En algunos casos, no es necesario atenerse a la recomendación general de cambiar tantos fármacos como se pueda, y basta con añadir un único fármaco a la combinación existente. Esta estrategia se llama "intensificación", y puede resultar en aquellos casos en que un régimen ha funcionado pero no ha conseguido suprimir completamente la carga viral. Básicamente, existen dos formas de intensificación en un caso de primer fracaso:

- ① Añadir un fármaco completamente nuevo, por ejemplo, un nuevo ITIN para así tener un TARGA con 4 fármacos. Este tipo de intensificación sólo es segura si se realiza mientras la carga viral está aún en descenso o estable (si se hace con una carga viral en aumento puede ser como poner una monoterapia junto a un régimen en fracaso).
- ② Incrementar la concentración en sangre de alguno de los fármacos del TARGA en cuestión, bien sea añadiendo una mini-dosis de un segundo IP que incremente la concentración del principal, o bien incrementando la dosis de un fármaco si las pruebas CTF** indican niveles inadecuados del mismo. Esta intensificación podría realizarse incluso con una carga viral en aumento, aunque cuanto más pronto se realice más probabilidades hay de que el TARGA intensificado consiga la indetectabilidad y frene el posible desarrollo de resistencias +

* ITINN= Inhibidores de la Transcriptasa no Análogos de Nucleósido; IP=Inhibidores de la Proteasa; ITIN= Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos de Nucleósido.

** Ver caja al pie: A las pruebas me remito.

Referencias:

- ④ Euroguidelines/www.eacs.ws
- ④ Recomendaciones GESIDA/Plan Nacional del SIDA sobre el uso de TARGA (borrador)/www.gesidaseimc.com
- ④ Changing treatment: guide to second-line&salvage therapy. HIV i-Base/www.i-Base.org.uk

A las pruebas me remito

⊗ **Las pruebas de carga viral:** miden la cantidad de VIH en sangre hasta un cierto límite de detección. Gracias al avance tecnológico, estas pruebas son cada vez más sensibles, de manera que hoy en día existen modelos que detectan hasta 50 ó 20 copias de VIH, con lo que podemos tener un aviso cada vez más precoz de cualquier posible aumento de la carga viral. Estas pruebas, llamadas ultrasensibles, no están disponibles aún en todos los hospitales, aunque sería lo deseable.

⊗ **Las pruebas de resistencias:** pueden mostrar los fármacos a los que has desarrollado resistencias y que por tanto no tienen probabilidades de funcionar en tu caso, aunque no existe un consenso absoluto sobre la mejor forma de usarlas. Estas pruebas pueden ser de genotipado (las más comunes, que muestran qué fármacos NO tienen probabilidades de funcionar basándose en el registro de mutaciones del genoma del VIH) y de fenotipado (más complicadas y lentas, que muestran el grado de sensibilidad del VIH ante distintos fármacos).

Aunque se están desarrollando nuevos y más sensibles tests de resistencias, hoy en día es necesario tener un número mínimo de copias de VIH (carga viral) para poder realizarlas, lo que puede chocar con la necesidad de tomar decisiones rápidas sobre cambios de terapias. Además, hay que hacerlas mientras estás tomando la combinación en posible fracaso.

⊗ **Las pruebas de control terapéutico de los niveles de fármacos (pruebas CTF):** miden la cantidad de ITINN o IP en sangre con el fin de determinar si es la adecuada. Aunque hoy por hoy su uso no se recomienda en todas las situaciones, existe cierto consenso entre expert@s a la hora de utilizarlas en algunos casos. Por ejemplo, si has tomado todos tus fármacos correctamente y aun así TARGA no ha funcionado, cabe la posibilidad de que un CTF revele niveles inadecuados de fármacos en sangre (por razones de mala absorción, por interacciones, etc.) y que un cambio de dosis o una intensificación del tratamiento basten para remediarlo +

Metabolismo alterado y lipodistrofia: recomendaciones expertas a la española



Las alteraciones metabólicas y de distribución de la grasa corporal constituyen uno de los principales problemas de salud que pueden presentar las personas infectadas por el VIH que reciben tratamiento antirretroviral». Así comienza el documento de consenso que sobre este asunto ha elaborado un grupo de expert@s españoles del VIH en nombre del Grupo Español del SIDA (GESIDA) y del Plan Nacional sobre el SIDA. Para que tengáis una idea de qué aconsejarían nuestro@s expert@s para cada una de estas anomalías, el artículo que sigue os ofrece un apretadísimo resumen del mencionado documento.

Tres ideas preliminares:

- 1 las alteraciones metabólicas y las de la grasa corporal se dan juntas con frecuencia, pero no siempre;
- 2 su origen parece multifactorial;
- 3 el tratamiento antirretroviral es una condición necesaria pero no suficiente para explicar estos problemas: otros factores como el propio VIH u otros relativos a la persona (dieta, hábitos de vida, predisposición genética, etc.) parecen jugar un papel en su aparición y desarrollo.

¿Tan liad@s como al principio? No es extraño. Tampoco l@s expert@s tienen respuestas completas, a pesar de que el número de estudios sobre las alteraciones metabólicas en personas VIH+ en tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) no ha dejado de crecer en los últimos años, al igual que los esfuerzos por entender, frenar y tratar los cambios corporales que suelen englobarse bajo el término lipodistrofia. De momento, sin embargo, sólo disponemos de un conocimiento incompleto de sus causas y de un arsenal también imperfecto de posibles soluciones.

Las recomendaciones ante las alteraciones metabólicas y de distribución de la grasa corporal españolas pueden obtenerse en su versión completa en dos sitios de internet:

El de GESIDA
www.gesidaseimc.com/documentos/pdf/Lipodistrofia.pdf

El del Plan Nacional del SIDA
www.msc.es/sida/asesor/home.htm

¿Por qué preocuparse tanto por las alteraciones metabólicas y por los cambios de la distribución de la grasa corporal?

Tanto el exceso de lípidos (VER GLOSARIO) en sangre [colesterol (VER GLOSARIO) y/o triglicéridos (VER GLOSARIO)], como la

resistencia a la insulina (VER GLOSARIO) aumentan el riesgo de sufrir varios tipos de enfermedades cardiovasculares. Por lo que respecta a la grasa corporal, el documento de l@s expert@s españoles no deja lugar a dudas: «Los cambios corporales no son un mero problema estético [...] El impacto psicológico puede incluir erosión de la imagen corporal y de la autoestima, problemas en las relaciones sociales y sexuales, ansiedad y depresión. La repercusión psicológica en algun@s pacientes puede ser tan intensa que llegue a afectar la adhesión al tratamiento antirretroviral». Pues eso.

¿Cómo se evalúan las alteraciones de los lípidos en sangre?

Básicamente, el diagnóstico y control de las dislipidemias (o sea, de las alteraciones de los lípidos en sangre) en personas VIH+ se basarían, al igual que su tratamiento, en los rangos y recomendaciones establecidos para la población general. Para ello:

- 1 Tod@s l@s pacientes adult@s habrán de recibir en su primera evaluación mediciones en ayunas de su colesterol total, del colesterol LDL, el colesterol HDL y de los triglicéridos.
- 2 El objetivo será mantener los niveles de LDL por debajo de ciertos límites, que serán más y más bajos dependiendo de la presencia de enfermedad coronaria o condiciones equivalentes y de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular existentes**.
- 3 Si los triglicéridos están por encima de los 500 mg/dl el objetivo prioritario será prevenir la pancreatitis aguda mediante el descenso de los triglicéridos.

¿Y las del metabolismo de la glucosa?

- 1 Tod@s l@s pacientes con VIH habrán de recibir una determinación de la glucosa plasmática en ayunas. Si hay razones para suponer un metabolismo alterado de la glucosa**, sería recomendable efectuar la prueba de la tolerancia oral a la glucosa.



② Una diabetes *mellitus* (VER GLOSARIO) se diagnosticaría de darse al menos uno de los siguientes criterios: a) glucosa plasmática >200 mg/dl (en ayunas o no) acompañada de síntomas de diabetes*; b) glucosa plasmática en ayunas >126 mg/dl; c) glucosa plasmática >200 mg/dl a las dos horas de la prueba de tolerancia oral a la glucosa.

③ El objetivo del tratamiento de la diabetes *mellitus* será evitar las complicaciones metabólicas a corto plazo y las vasculares a largo plazo.

¿Diabetes?

Los síntomas característicos de la diabetes suelen conocerse como "la triple P", a saber:

- ◆ Poliuria: Orina frecuente.
- ◆ Polidipsia: Sed incesante.
- ◆ Polifagia: Hambre continua.

Otros síntomas podrían incluir visión borrosa, fatiga, sequedad de mucosas, infecciones genitales frecuentes o pérdida de peso involuntaria.

¿Qué hacer con las grasas y el azúcar de tu sangre?

Las recomendaciones comienzan por las opciones menos medicamentosas. O sea, antes de considerar el uso de fármacos antigrasa o antiazúcar, ¿qué te parecería probar con...?:

① ¡Mira lo que comes!: ajustar la dieta al problema metabólico dominante, ya sean los triglicéridos, el colesterol LDL o la glucosa en sangre podría ser incluso suficiente para normalizar los lípidos en algunos casos. En palabras de nuestro@s propi@s expert@s, «la consulta con un/a expert@ en nutrición debería contemplarse inicialmente siempre que sea posible».

② ¡Muévete!: el ejercicio aeróbico regular puede contribuir a disminuir los niveles plasmáticos de triglicéridos y glucosa, y los programas de ejercicio que evitan ganar peso también pueden producir un descenso ligero del colesterol total.

③ Fumar es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular sobradamente conocido contra el que cabe una solución que sólo está en tus manos: abstenerte de encender el pitillo. ¿Sabes si existe algún programa antitabaco en tu hospital o centro de atención primaria?

¿Imposible aplicar estas medidas? ¿Lo has intentado pero sigues con los lípidos elevados –hiperlipidemia– o la sangre dulce –hiperglucemia–? Entonces, dicen nuestros expert@s, «quizá haya que recomendar tratamiento farmacológico».

Pastillas antigrasa y antiazúcar

Si existe la posibilidad de hacerlo de forma segura, conviene comenzar la intervención farmacológica de control de la hiperlipidemia por la sustitución de los fármacos que se consideran más asociados con la misma: los inhibidores de la proteasa (IP). Los antirretrovirales de sustitución que han ofrecido los mejores resultados son el inhibidor de la transcriptasa análogo de nucleósido (ITIN) abacavir y el no nucleósido (ITINN) nevirapina. El ITINN efavirenz parece menos eficaz contra las elevaciones de colesterol y de triglicéridos, aunque podría mejorar el colesterol bueno o HDL.

Más allá de estas sustituciones de fármacos dentro de la combinación TARGA, que pueden o no ser posibles para una persona concreta, los fármacos de elección para las elevaciones de lípidos serían:

① La familia de las estatinas para el colesterol elevado. Dadas sus posibles interacciones con varios antirretrovirales, las estatinas más seguras serían la pravastatina y la atorvastatina. Una contraindicación clara para su uso sea "la existencia de enfermedad hepática activa o crónica" y, en todos los casos, se recomienda un control estrecho de las enzimas hepáticas.

② La familia de los fibratos para los triglicéridos elevados. El más utilizado en personas con VIH es el gemfibrozilo. Los fibratos suelen ser bien tolerados, no interactúan con los antirretrovirales y podrían también contribuir al descenso del colesterol LDL.

③ Distintas familias de fármacos para la diabetes dependiendo de su grado, de sus síntomas y de la presencia o no de cambios corporales. El tratamiento farmacológico de la diabetes para personas VIH+ dependerá de los factores mencionados y será generalmente oral. Ante la presencia de acúmulos grasos o de sobrepeso, el tratamiento de elección para la diabetes sería la metformina, mientras que los fármacos de la familia de las tiazolidindionas parecen los más prometedores si se trata de diabetes en personas con lipoatrofia. Combinar distintos fármacos, por lo demás, puede resultar necesario para un control óptimo de la diabetes *mellitus*.

¿Cómo se evalúan los cambios corporales?

A diferencia de lo que sucede con las mediciones y evaluaciones metabólicas, aún carecemos de un método consensuado de medida objetiva de los cambios corporales en personas VIH+ en tratamiento TARGA que ofrezca rangos de referencia estándar para poder cuantificarlos y calificarlos sobre la base de criterios diagnósticos. La grasa regional puede medirse objetivamente mediante varias técnicas como la antropometría (VER GLOSARIO) o la densitometría (VER GLOSARIO) (DEXA), entre otras, pero la aplicación de estas técnicas no está estandarizada y los expert@s españoles, de momento, no consideran justificado su uso rutinario «a menos que se realicen dentro del contexto de un estudio clínico».

¿Glucosa alterada?

Éstas serían las condiciones "sugestivas" de un metabolismo alterado de la glucosa:

- ◆ Obesidad (índice de masa corporal (IMC) ≥ 27 ; para calcular tu IMC basta con que dividas tu estatura por tu peso elevado al cuadrado).
- ◆ Familiares de primer grado con una historia de diabetes *mellitus*.
- ◆ Historia de diabetes gestacional o macrosomía (gestar y alumbrar niñ@s con peso excesivo).
- ◆ Historia de hipertensión.
- ◆ Colesterol HDL plasmático ≤ 35 mg/dl.
- ◆ Triglicéridos plasmáticos ≥ 400 mg/dl.
- ◆ Anomalías previas del equilibrio de la glucosa (como una glucosa en ayunas alterada o una glucosa plasmática de entre 140 y 200 mg/dl a las dos horas de la prueba de la tolerancia oral a la glucosa).



¿Qué hago con mi cuerpo, doctor/a?

Con mediciones objetivas o sin ellas, si consideras que se han producido o se están produciendo cambios en la distribución de la grasa de tu cuerpo aquí tienes una brevísima descripción de lo que podría, o no, ayudarte:

- 1 Si tu peso es adecuado para tu edad, sexo y altura, trata de mantenerlo estable: ni el acúmulo de grasa troncal ni la pérdida de grasa periférica habrían de asociarse a pérdidas o ganancias de peso.
- 2 El ejercicio físico puede ayudar a perder la grasa abdominal acumulada, aunque hayas de ejercerlo con moderación si también sufres lipoatrofía, puesto que su exceso también puede contribuir a una reducción aún mayor de la grasa periférica.
- 3 Algunas personas podrían considerar la cirugía plástica: liposucción para eliminar depósitos grasos localizados (aunque no los intraabdominales) e implantación de su propia grasa o de sustancias como el ácido poliláctico para corregir la lipoatrofía facial. La eficacia y seguridad a corto plazo de estas técnicas parecen satisfactorias, pero desconocemos lo que sucede a más largo plazo con unas intervenciones que además, hoy por hoy, pueden suponer un significativo desembolso privado.

4 Cambio de fármacos antirretrovirales para revertir o frenar los cambios corporales. Históricamente, la primera estrategia de cambio de fármacos para tratar la lipodistrofía consistía en poner un ITINN o un ITIN donde hubiera un IP. Los estudios realizados a partir de esta idea son numerosos y diversos pero, lamentablemente, poco fructíferos: no sólo adolecen en su mayor parte de defectos metodológicos, sino que la única mejoría corporal que algunos de ellos han llegado a registrar es cierta disminución de los acúmulos de la grasa abdominal en ausencia del IP, mientras que la grasa perdida no se recuperaba en grado alguno. Una segunda estrategia, más reciente y menos estudiada, es la de la sustitución del nucleósido d4T (del que se especula podría promover más que otros nucleósidos la pérdida de grasa), por otros ITIN (concretamente AZT y abacavir). La última revisión del documento de nuestro@s expert@s (aún no consensuada), se refiere a los datos más recientes al respecto, registrados en un par de estudios impecablemente diseñados y que han corroborado que la sustitución de d4T por AZT o abacavir, o de d4T y AZT por abacavir «comportaba una mejoría objetiva de la grasa subcutánea de pacientes con lipoatrofía». ¿Por fin buenas noticias? Pues no realmente, porque resulta que aunque las mediciones objetivas constataran "mejorías significativas" entre quienes sustituían d4T, éstas fueron tan pequeñas (200 gramos máximo en un estudio y no más del 1% en otro), que resultaron clínicamente irrelevantes. O sea, ¡ni siquiera los pacientes lo notaron! ¿Sería posible que un seguimiento más prolongado mostrara un aumento de tales mejorías? ¿Acaso éstas no apoyan en sí mismas la idea de que unos ITIN estén más implicados que otros en la pérdida de la grasa? Sea como fuere, lo cierto es que, a día de hoy, nuestro@s expert@s consideran que

«sería muy cuestionable inferir de estos resultados que la retirada de d4T constituye un tratamiento eficaz de la lipoatrofía».

- 5 Interrupciones estructuradas de TARGA (IET). Aun considerando razonable «la posibilidad de que las IET consigan influir favorablemente en la evolución de las alteraciones de la grasa corporal», el documento de consenso nos recuerda que, hasta la fecha, las mejoras significativas asociadas a estas estrategias parecen limitarse a las de lípidos en sangre. Sólo a la luz de los resultados de los actuales estudios en marcha podremos conocer mejor los posibles efectos de las IET en la evolución de la lipodistrofía.
- 6 Fármacos con efectos metabólicos para tratar los cambios de la distribución de la grasa corporal. La metformina podría ayudar con los acúmulos de grasa abdominal, aunque también podría «favorecer o agravar la lipoatrofía», mientras que la hormona del crecimiento es cara, sus efectos positivos en los acúmulos de grasa desaparecen en cuanto se interrumpe el tratamiento y sus efectos secundarios pueden ser significativos. El uso de esteroides como la testosterona podría mejorar la apariencia corporal pero «no tienen efecto alguno sobre la grasa corporal» y a la larga podrían «aumentar el riesgo de hepatotoxicidad y de diabetes mellitus». Por lo que hace a la grasa perdida, las opciones farmacológicas brillan por su ausencia. La rosiglitazona, un fármaco del que se esperaba pudiera ayudar a recuperar grasa subcutánea, ha ofrecido unos resultados decepcionantes en su primera prueba "fuerte" de investigación con personas VIH+: al menos a corto plazo (24 semanas) y con poc@s pacientes, no ha conseguido mostrar diferencias respecto al placebo en un estudio impecablemente diseñado.

A pesar de la falta de soluciones concretas para los problemas de redistribución de la grasa corporal en personas VIH+ que toman TARGA, vale la pena subrayar las palabras de nuestro@s expert@s cuando, en sus conclusiones, advierten de que un primer paso para su correcto abordaje sería «no minimizar el problema» +

**** Ver las cajas, tablas y comentarios complementarios correspondientes.**

Guía de tratamiento según los niveles plasmáticos de colesterol LDL (mg/dl)

Estado del/la paciente	Objetivo del colesterol LDL	Dieta	Fármacos
No EC ni riesgo equivalente de EC			
< 2FR	<160	>160	>190
≥ 2FR	<130	≥130	≥150
EC y riesgo equivalente de EC	<100	≥100	≥130

EC: Enfermedad coronaria.

Riesgo equivalente de EC: vendría dado por la presencia de diabetes mellitus, de otras formas de enfermedad aterosclerótica o de múltiples factores de riesgo que confieran un riesgo de sufrir EC a los 10 años mayor del 20%.

FR: Factores de riesgo que modifican los objetivos del colesterol LDL: edad (45 años o más para los hombres y 55 o más para las mujeres), historia familiar de enfermedad coronaria prematura, fumador activo, hipertensión, colesterol HDL bajo (<40 mg/dl). La presencia de colesterol HDL elevado (≥60 mg/dl) constituye un factor protector y permite restar un factor de riesgo.



Hagamos saber a nuestros líderes que el mundo necesita una vacuna contra el SIDA

Bajo este lema, la organización internacional IAVI (Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA) está desarrollando una campaña de recogida de firmas para dar apoyo a las vacunas contra el SIDA.

IAVI, que trabaja para acelerar el desarrollo de vacunas preventivas contra el SIDA y asegurar que éstas estén disponibles en todo el mundo, se ha propuesto conseguir dos millones de firmas hasta la XIV Conferencia Internacional del SIDA que tendrá lugar en julio de 2002 en Barcelona.

El SIDA es la gran enfermedad de la era moderna. La epidemia ya se ha cobrado las vidas de más de 20 millones de hombres, mujeres y niños en todo el mundo.

Inmersos en esta tragedia mundial, la esperanza ideal para terminar con la pandemia sería una vacuna preventiva contra el SIDA. Las pruebas en humanos de prometedoras candidatas a la vacuna contra el SIDA ya están en marcha, sin embargo, aún no está disponible la vacuna contra el SIDA. Con 15.000 nuevas infecciones de VIH al día, no hay tiempo que perder.

Con esta campaña de recogida de firmas, de alcance mundial, se pretende instar a todos los líderes mundiales a llevar a cabo, ahora, acciones concretas para asegurar el desarrollo de vacunas preventivas contra el SIDA, seguras, efectivas y accesibles, que se puedan usar en cualquier lugar en donde sean necesarias.

Para tal fin, IAVI y los firmantes de esta llamada a la acción, solicitan:

▶ destinar recursos nuevos y significativos en todo el mundo para la búsqueda y desarrollo de la vacuna contra el SIDA. En particular, se necesitan nuevos recursos para vacunas aplicables en países en vías de desarrollo. Estos fondos no deben desviarse de otros fines terapéuticos o esfuerzos de prevención.

▶ a los gobiernos que comprometan los recursos necesarios para que, cuando las vacunas contra el SIDA estén disponibles, las proporcionen sin demora a todo aquel que las necesite. Esto incluye la obtención de acuerdos contractuales para la financiación de la compra y entrega de vacunas para los países pobres.

▶ una mayor implicación por parte de la industria en el desarrollo de una vacuna contra el SIDA, ya que es en la industria donde reside la mayor experiencia y capacidad en la fabricación de vacunas.

▶ el apoyo a las pruebas de las vacunas en seres humanos; felicitamos a los voluntarios para la experimentación, héroes y heroínas desconocidos en el desarrollo de la vacuna.

▶ que la investigación y el desarrollo de la vacuna sean parte de una estrategia integral para luchar contra la epidemia. El mundo debe redoblar su compromiso con los programas de prevención existentes, incluyendo la educación. Y todas aquellas personas enfermas de SIDA merecen el mejor tratamiento posible, independientemente del lugar en el que vivan o de su capacidad de pago.

▶ al sector público de todas las naciones que trabaje con la industria privada, agencias internacionales y organizaciones no gubernamentales para acabar con la epidemia.

Tras veinte años de epidemia, el SIDA sigue siendo una emergencia mundial que requiere de una respuesta efectiva. Una vacuna preventiva es la mejor esperanza para terminar para siempre con el SIDA.

Esta **Llamada a la Acción Global a favor de las Vacunas contra el SIDA** fue lanzada durante la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA que se llevó a cabo en junio del pasado año +



Si quieres sumarte a esta campaña, todavía estás a tiempo: puedes firmar el manifiesto de apoyo entrando en nuestro sitio web www.gtt-vih.org y apretando el icono **Firma para dar apoyo a las vacunas contra el SIDA**.

Tu colaboración es crucial, ayúdanos a transmitir a los líderes mundiales este mensaje. **Más de 125.000 personas de 150 países ya lo han hecho.**

«La Noticia del Día»

«La Noticia del Día» es un servicio de información en español sobre tratamientos del VIH, del VHC y de las enfermedades oportunistas a través de internet.

Cidofovir para LMP

Un grupo de investigadores de la Clínica Mayo en Estados Unidos ha informado del éxito obtenido al administrar cidofovir más terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) a un hombre con leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) y SIDA. La LMP es una enfermedad cerebral responsable de más

del 5% de las muertes de personas con SIDA.

Cidofovir es un fármaco antirretroviral que fue aprobado para su uso en el tratamiento de la infección por citomegalovirus (CMV), pero que se ha venido utilizando de forma compasiva por distintos especialistas de todo el mundo para el tratamiento de la LMP y, en formulación tópica, para el tratamiento de la infección por *moluscum* contagioso.

El caso que ahora se ha descrito corresponde a un hombre de 55 años que desarrolló LMP al cabo de 6 meses de

empezar terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) tras recibir el diagnóstico de SIDA. Esta persona experimentó visión doble, problemas en el habla, falta de coordinación muscular al andar, insensibilidad y torpeza en el lado izquierdo de su cuerpo. Al añadir cidofovir a TARGA el estado de esta persona fue mejorando gradualmente y en 6 meses ya era capaz de realizar sus actividades diarias sin ayuda de muletas.

Aunque en algunos casos TARGA es eficaz frente a la LMP, no es así siempre, la LMP puede evolucionar incluso en situaciones en las que la persona ha conseguido cierta restauración inmune. Según el Dr. Raymond R. Razonable, especialista en enfermedades infecciosas y responsable de este caso en la Clínica Mayo, «la amenaza continua que la leucoencefalopatía multifocal progresiva supone para el tratamiento del VIH evidencia la necesidad urgente de una estrategia terapéutica efectiva» +

Fuente: www.hiv.medscape.com

Referencia: *Mayo Clinic Proceedings*. November issue.

Prometedores resultados de abacavir con niños naive

Es sabido que las opciones antirretrovirales para niños son particularmente limitadas tanto por lo inadecuado de muchas formulaciones como por la carencia de datos sobre su metabolismo en la población pediátrica VIH+. De acuerdo con los resultados de un nuevo

ensayo clínico que acaba de publicar la revista *The Lancet*, los regímenes antirretrovirales que contienen el inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido (ITIN) abacavir podrían ser una valiosa opción de primera línea para niños infectados con el VIH-1.

La red de investigación pediátrica europea en VIH (PENTA en sus siglas en inglés) estudió en el ensayo multicéntrico conocido como PENTA 5 la seguridad y eficacia de la terapia dual con ITIN en niños naive VIH+ en la presencia o ausencia de un inhibidor de la proteasa (IP). Un total de 128 niños (7 años de edad de media), de 9 países europeos se asignaron aleatoriamente a recibir zidovudina y lamivudina (n=36), zidovudina y abacavir (n=45) o lamivudina y abacavir (n=47). De estos niños, los 73 que experimentaban enfer-

medad avanzada por VIH recibirían también el IP nelfinavir, mientras que los restantes (clínicamente en buen estado) se asignaron aleatoriamente a recibir placebo o nelfinavir.

En palabras de la doctora y líder del estudio Diana Gibb, «al cabo de 48 semanas la combinación de abacavir/lamivudina resultó significativamente superior a las otras y, en general, las combinaciones con abacavir superiores a las de zidovudina y lamivudina». La propia Gibb manifestó a *Reuters* durante la pasada conferencia CROI que la utilización del dúo abacavir/lamivudina se debatió extensamente entre los investigadores antes de iniciar el PENTA 5: «existía cierta preocupación puesto que [este dúo de ITIN] nunca se ha utilizado en adultos por entender que comparten el mismo recorrido evolutivo de resistencias y que podría haber un problema de potencia al usarlos juntos».

Una preocupación que parecería infundada a la luz de los datos de seguimiento a 2 años que muestran patrones de respuesta similares en cuanto a las ventajas del brazo lamivudina/abacavir. Finalmente, Gibb aseguró que en este ensayo «no vimos muchos problemas en relación con la hipersensibilidad a abacavir [...]. La toxicidad resultó ser bastante similar a la conocida en adultos» +

Fuente: *Reuters Health/www.medscape.com*

Referencia: *Lancet* 2002;359:733-739

Nuevos fármacos para la hepatitis B

En España existen dos fármacos aprobados para el tratamiento del virus de la hepatitis B (VHB), la lamivudina de Glaxo Smith-Kline y el interferón alfa-2b de Schering-Plough. La lamivudina está siendo ampliamente utilizada en personas coinfectadas con VIH pues esta

molécula también tiene actividad anti-VIH; aunque, a pesar de los buenos resultados que se obtienen y de su bajo perfil de toxicidad, la sensibilidad a lamivudina disminuye con el tiempo por la aparición de resistencias. Por otro lado, el interferón que también se muestra eficaz en muchos casos, presenta efectos secundarios más importantes y no puede ser administrado a todas las personas con infección crónica por VHB.

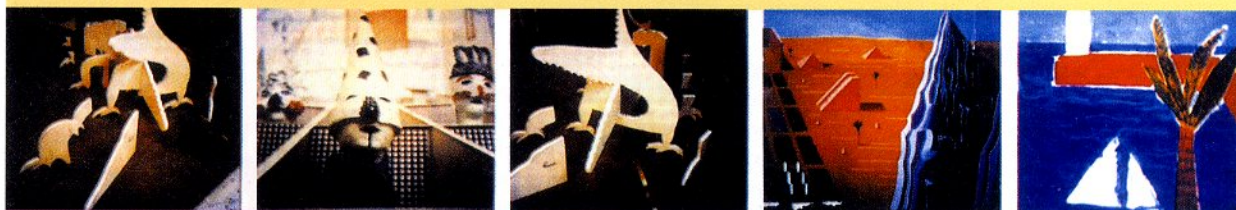
Después de una larga espera, ahora ya está disponible en nuestro país, bajo un programa de uso compasivo, adefovir de Gilead Science, activo frente a virus resistentes a lamivudina. Los criterios de inclusión del programa son: tener más de 18 años; en el caso de ser mujer, no estar embarazada ni utilizar métodos anticonceptivos durante el tratamiento; haber estado en tratamiento previo con lamivudina durante un periodo acumulado de más de 24 semanas o evidencia

genotípica de resistencias a lamivudina; evidencia clínica de resistencias a lamivudina; que el paciente presente riesgo de progresión de la enfermedad; y valores de función hematológica y de función renal adecuadas. No obstante, se analizará individualmente cada caso de pacientes que no cumplan estos criterios de elegibilidad pero para quienes su médico crea que es probable la progresión de la enfermedad o el fallecimiento en ausencia de tratamiento precoz. Si crees que puedes beneficiarte del uso de adefovir, consulta con tu médico el acceso a este programa de uso compasivo.

El mismo laboratorio está a punto de empezar la comercialización en España de tenofovir, que con indicación para el tratamiento del VIH ha mostrado actividad anti-VHB en virus resistentes a lamivudina. Estos datos deberán, sin embargo, ser confirmados en estudios más amplios.

Ahora en internet está disponible una tabla que incluye todos los fármacos aprobados y en investigación para el tratamiento del VHB, con información sobre cada una de las moléculas, su fabricante y la fase de investigación en que se encuentra. Lamentablemente los estudios se inician en personas mono infectadas y no es hasta fases más avanzadas de la investigación cuando se experimenta con personas coinfectadas con VIH +

Referencia: Se puede acceder a la lista de fármacos en http://www.hivandhepatitis.com/hep_b/treatment_chart.html



Un resultado de carga viral detectable NO significa necesariamente que el tratamiento esté fracasando

Según un informe publicado en el número del 8 de marzo de la revista *AIDS* una gran parte de personas VIH+ que reciben tratamiento antirretroviral y cuya carga viral se mantiene por debajo de 50 copias/ml, experimenta incrementos transitorios de carga viral que no significan necesariamente que el tratamiento

esté fracasando virológicamente.

Un equipo de la Escuela Universitaria del Royal Free en Londres, Reino Unido, encabezado por la Dra. Antonia L. Moore, recogió datos de 553 personas que recibían terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), con cargas virales por debajo de 50 copias, durante una media de 56 semanas.

Durante este periodo, el 35% de estas personas experimentó incrementos transitorios de carga viral, con valores de 50 a 400 copias/ml en la mayor parte de los casos, para volver posteriormente a valores por debajo de 50 copias/ml. En cambio, en un 8% del total el tratamiento fracasó

virológicamente, entendiéndose como fracaso virológico dos cargas virales consecutivas superiores a 400 copias/ml.

Según los autores de este estudio entre los factores que incrementan la posibilidad de experimentar rebotes virales transitorios destacan tener una mayor experiencia de uso de antirretrovirales y tener cargas virales iniciales altas. En el mencionado informe la Dra. Moore y sus colaboradores advierten que ante un solo incremento de carga viral es recomendable intensificar el seguimiento así como verificar la adhesión y establecer mecanismos que ayuden, en caso necesario, a mejorarla.

Por otro lado, en un encuentro sobre fracaso de tratamiento celebrado el pasado viernes en París, Francia, y organizado por TRT-5, la coalición de ONG VIH/SIDA de este país, la Dra. Dominique Costagliola afirmó que existe suficiente evidencia científica para afirmar que podemos hablar de rebote aceptable hasta cargas virales de 5.000 copias/ml. Según esta reconocida especialista un análisis de diversos estudios ha mostrado que es por encima de esta cifra cuando los CD4 pueden empezar a descender. No obstante, en estos casos será imprescindible repetir la medición y seguir un control más estrecho para descartar que el incremento se deba a un escape virológico que preceda al fracaso del tratamiento +

Fuente: www.hivandhepatitis.com / **Elaboración propia**
Referencia: *AIDS* 2002; 16:615-618.



Problemas reumatológicos asociados al uso de indinavir

Indinavir es un potente fármaco anti-VIH de la familia de los inhibidores de la proteasa y cuyo efecto adverso más conocido es la formación de piedras en el riñón como consecuencia de su toxicidad renal.

Ahora, el informe de un grupo de investigadores del Instituto

de Medicina Tropical de Amberes, Bélgica, liderado por el Dr. R. Colebunders y publicado en el número de enero del *Annals of Rheumatic Diseases*, describe los casos de 4 pacientes con infección por VIH que desarrollaron diversos desórdenes reumatológicos estando en tratamiento con indinavir.

En los cuatro casos, los síntomas incluyeron artralgias (dolor de las articulaciones), dolor y limitación del movimiento del hombro característico de lo que en lengua inglesa se conoce como *frozen shoulder* u "hombro helado", enfermedad de Dupuytren en las manos y disfunción temporomandibular (zona que va de las sienes a la mandíbula), un problema este último que los investigadores creen haber registrado por vez primera en asociación con el uso de IP.

Notablemente, los problemas reumatológicos sólo desaparecieron cuando indinavir se sustituyó por un fármaco no IP, en este caso el inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido nevirapina.

Por otra parte, los resultados del análisis conducido por un equipo de investigadores europeo con 878 pacientes con infección por VIH, 674 de los cuales habían recibido tratamiento con IP durante un tiempo medio de 15 meses, parecen confirmar el vínculo entre indinavir y los problemas reumatológicos, además de sugerir que otros IP también podrían causar artralgia. Concretamente, en este análisis la presencia de artralgias se registró de forma significativamente más frecuente ($p=0,001$) entre los pacientes que tomaban un régimen con IP que aquellos en tratamiento con combinaciones libres de IP (35,5% frente a 26%, respectivamente).

En los análisis multivariados subsiguientes (un tipo de trabajo estadístico mucho más complejo del que se espera un control más refinado de los potenciales factores de confusión), la artralgia continuaba asociándose con el uso de indinavir y de la combinación ritonavir-saquinavir. Estos investigadores recomiendan que se proceda a "la interrupción temporal del uso de IP y al cambio a otra familia de fármacos" con el fin de dilucidar el potencial causal del uso de IP en pacientes VIH+ que desarrollan problemas reumatológicos.

Fuente: Reuters Health/www.medscape.com

Referencia: *Ann Rheum Dis* 2002;61:82-84

48



Descritos 3 casos graves de complicaciones neuropsiquiátricas con nevirapina

Nevirapina (NVP; Viramune) es un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido (ITINN) utilizado para reducir la carga viral en la infección por VIH en combinación con otros antirretrovirales. Entre sus efectos adversos se incluyen la hepatotoxicidad, los síntomas gastrointestinales y el exantema (*rash*).

Médicos británicos de salud mental explican ahora 3 casos de efectos neuropsiquiátricos relacionados con nevirapina en personas con VIH sin historial previo de enfermedad mental en un artículo publicado en el número de 13 de abril del *British Medical Journal*.

M. E. Jan Wise y sus colegas de Londres describen primero a un hombre de 35 años que después de dos semanas con NVP empezó a tener mal humor y tuvo que dejar de trabajar debido a deficiencias cognitivas y conciencia nublada. Ingresó en el centro después de tomarse una sobredosis de NVP y el tratamiento fue interrumpido. Cinco días después, creyendo que las enfermeras querían matarle, saltó por la ventana sin sufrir mayores daños. Al no quedar clara la conexión temporal con su deterioro, se reinició el tratamiento con

NVP. Después de un periodo de dos semanas de lucidez, experimentó un proceso fluctuante de conciencia disfuncional, labilidad del afecto y alucinaciones visuales. NVP fue retirada y a las tres semanas estaba asintomático.

En un segundo caso, una mujer de 36 años experimentó delusiones de persecución e infestación dentro de las dos semanas posteriores al inicio del tratamiento con NVP. Las alucinaciones dieron lugar a un intento impulsivo de suicidio. En un tercer caso, una mujer de 42 años desarrolló delusiones persecutorias y pensamientos depresivos 10 días después de iniciar NVP. En ambos casos, sólo se pudo interrumpir la terapia con fármacos antipsicóticos tras varias semanas. Ambos pacientes permanecieron asintomáticos, lo que indica que no se trataba de un proceso degenerativo.

Los tres casos describen un estado orgánico afectivo de delirio y una psicosis orgánica. El momento en que los pacientes iniciaron tratamiento con NVP estaba claramente relacionado con la evidencia de los síntomas, y todos ellos se solucionaron al abandonar NVP. Los tres casos fueron presentados ante el Comité de Seguridad de Medicamentos británico y al fabricante, Boehringer-Ingelheim.

Fuente: Medical Advocates for Social Justice

Referencia: M E Jan Wise et al. *Neuropsychiatric complications of nevirapine treatment*. *BMJ* 2002;324:879 (13 April).

Las mujeres con VIH presentan un mayor riesgo de complicaciones tras la cirugía ginecológica

Los estudios sobre la relación entre el VIH y la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), por un lado, y las complicaciones ginecológicas, por otro, son muy escasos, y más aún sobre las técnicas de control.

Ahora, un grupo de investigadores alemanes advierte sobre el hecho de que las

mujeres con VIH son más propensas a padecer complicaciones después de pasar por cirugía obstétrica o ginecológica. De acuerdo con el Dr. Thomas A. Grubert y sus colegas de la Universidad Ludwig Maximilian de Munich, las observaciones clínicas indican que las mujeres con VIH experimentan más problemas postoperatorios que las seronegativas.

La morbilidad postoperatoria es incluso más probable al aplicar determinadas técnicas, si tenemos en cuenta los resultados obtenidos después de revisar los historiales de 235 intervenciones obstétricas y ginecológicas en mujeres con VIH, publicados en el número de 15 de marzo de la revista *Clinical Infectious Diseases*. Esta cohorte de pacientes fue

comparada con otro grupo control igual de amplio de mujeres seronegativas que fue emparejado por edad y técnica aplicada.

Las mujeres con VIH, especialmente aquellas cuyo sistema inmunológico estaba muy comprometido, tenían índices de morbilidad significativamente más altos. Las pacientes con VIH tenían casi 8 veces más probabilidad de sufrir complicaciones después del curetaje (técnica ginecológica de exploración o limpieza) mientras que el riesgo de morbilidad después de la cirugía abdominal era de más del triple. En estos casos, ni la profilaxis estándar con antibióticos ni el tratamiento antirretroviral redujeron el riesgo de morbilidad asociada a la técnica en las mujeres estudiadas.

Los autores concluyen diciendo que las indicaciones de realización de cirugía abdominal y curetaje de mujeres con VIH deben contrastarse con el riesgo potencial de complicaciones postoperatorias+

Fuente: CDC HIV/STD/TB Prevention News Update. Wednesday, March 20, 2002.

Referencia: Grubert T A et al. "Rates of Postoperative Complications Among Human Immunodeficiency Virus Infected Women Who Have Undergone Obstetric and Gynecologic Surgical Procedures". *Clinical Infectious Diseases* (March 15, 2002;34(6):822-830).

La FDA advierte sobre toxicidad neuromuscular y acidosis láctica asociadas al uso de d4T

El pasado viernes 1 de marzo, la Administración de Medicamentos y Alimentación de EEUU (FDA) hizo públicos los cambios en la sección de advertencias, precauciones, reacciones adversas e información al/la paciente del prospecto de Zerit (estavudina, d4T) que describen la

ocurrencia de acidosis láctica y toxicidad neuromuscular en personas que toman estavudina.

La FDA ha recibido informes sobre un total de 25 pacientes con debilidad neuromuscular que se parece al síndrome de Guillain-Barre en asociación con acidosis láctica en su Sistema de Registro de Efectos Adversos. En la mayoría de los casos, la terapia antirretroviral se mantuvo en presencia de síntomas que podrían haberse debido a la acidosis láctica, tales como el dolor abdominal, la náusea y el cansancio, lo que en seis pacientes les condujo al fallecimiento. La mayoría de estos pacientes (22 de 25) recibieron combinaciones antirretrovirales que contenían estavudina. A pesar de que no se ha podido establecer una relación de causalidad, estos hallazgos guardaban coherencia con informes recientes en revistas científicas sobre que el uso de estavudina en la terapia combinada antirretroviral aumenta el riesgo de acidosis láctica.

Cada día el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) selecciona una noticia relacionada con estos temas, la redacta en un lenguaje periodístico y te la envía por correo electrónico.

Con tan sólo cinco minutos al día, puedes mantenerte constantemente informado sobre los más relevante y actual en relación al VIH.

Por esta razón, sigue la FDA, el prospecto de estavudina (en EEUU) incluye ahora una advertencia de que su uso puede incrementar el riesgo de acidosis láctica, que representa un efecto adverso infrecuente pero grave. El prospecto incluye ahora los síntomas del síndrome de hiperlactatemia sintomático recientemente descrito, y la recomendación de suspensión inmediata de la terapia antirretroviral completa en los casos en los que se sospeche acidosis láctica con o sin debilidad neuromuscular. En los casos en los que se confirme la acidosis láctica debe considerarse un abandono permanente de estavudina.

Bristol-Myers Squibb (BMS), la compañía que produce y comercializa Zerit, está distribuyendo también entre los médicos estadounidenses una carta con información más detallada. Entre los síntomas que deben alertar sobre el desarrollo de un posible síndrome de acidosis láctica estarán, además de los mencionados por la FDA, los vómitos, la pérdida repentina e inexplicada de peso, problemas respiratorios y síntomas neurológicos, incluyendo la debilidad motora. Es importante observar que los síntomas asociados con la hiperlactatemia podrían continuar o empeorarse al abandonar la terapia antirretroviral+

Fuente: Food and Drug Administration (www.fda.gov)

Referencia: Puede obtenerse una copia del prospecto revisado de Zerit en inglés en <http://www.fda.gov/cder/foi/label/2002/20412S017.pdf>

Puedes subscribirte sin coste alguno en www.gtt-vih.org/mailman/listinfo/noticiadeldia

Además, puedes buscar temas que te interesen en las noticias de días anteriores archivadas en nuestro sitio de internet: www.gtt-vih.org



el abecé de la piel II



en el anterior número de **LO+POSITIVO**, os hablábamos de las infecciones fúngicas superficiales, profundas y virales más frecuentes. En esta ocasión, continuaremos nuestro recorrido por las infecciones de la piel describiendo otros tipos de infecciones virales (leucoplasia vellosa oral, verruga vulgar y condiloma acuminado), infecciones bacterianas e infestaciones, afecciones inflamatorias y tumores.

Infecciones virales

Leucoplasia vellosa oral

La leucoplasia vellosa oral es causada por el virus Epstein-Barr (VEB) y se caracteriza por placa blanquecina, normalmente unilateral y localizada en el borde lateral de la lengua. Presenta vellosidades microscópicas (ver glosario) semejantes a los pelos y, al contrario de la candidiasis, no puede ser retirada con una espátula. En algunos casos puede ser bilateral y/o afectar al dorso de la lengua y mucosa malar (parte interna de la mejillas).

El tratamiento se puede hacer por medio del uso local del ácido retinoico o por cauterización química con ácido tricloroacético.

Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH)

El VPH puede causar tanto la verruga vulgar como las verrugas genitales (también llamadas condiloma acuminado, o cresta de gallo). Cuando se da infección por el VIH las lesiones pueden ser mayores, más numerosas, resistentes al tratamiento, o altamente recidivantes. El problema mayor es que algunos subtipos de VPH son considerados oncogénicos, y están ligados al cáncer de cuello de útero, de pene, y del canal anal, y la inmunodeficiencia puede acelerar la transformación de una célula displásica infectada por el VPH en una célula cancerígena; estos tumores presentan un comportamiento más maligno en pacientes con SIDA que en inmunocompetentes. El tratamiento puede hacerse con aplicaciones semanales o quincenales de soluciones de podofilina, uso tópico de cremas que contengan 5-fluoruracilo, principalmente para las lesiones de condiloma acuminado, o soluciones que contengan ácido salicílico más ácido láctico para las verrugas vulgares. Quirúrgicamente podemos realizar electrocoagulación o crioterapia de las lesiones.

Infecciones bacterianas e infestaciones

Foliculitis

Las infestaciones bacterianas más comunes en los pacientes seropositivos al VIH son las foliculitis, los furúnculos y abscesos. Son causadas principalmente por estafilococos y se tratan normalmente con antibióticos a base de amoxicilina y cefalosporina. La inmunodeficiencia puede llevar a episodios de repetición, necesitando a veces del uso prolongado de estos antibióticos (más allá de los 7 a 10 días normalmente utilizados).

Escabiosis

La infestación más común es la escabiosis –más conocida por sarna– que se caracteriza por pápulas eritematosas (rojizas) semejantes a picadas de insecto, normalmente localizadas en las axilas, abdomen y región inguinal que son áreas ‘cálidas’, o entre los dedos de las manos. El síntoma más común es el prurito (picor), que habitualmente es nocturno, o al amanecer, puesto que son los momentos en que el ácaro camina por la piel haciendo túneles microscópicos, en los cuales deposita sus huevos. Es altamente contagiosa, y en los pacientes inmunodeprimidos podemos encontrar una forma diseminada, denominada sarna costrosa o sarna noruega, que es más resistente a los fármacos. Antigüamente el tratamiento se hacía solamente con pastillas de jabón y lociones que contenían permetrina, benzoato de bencilo, o monosulfiram. Hoy en día tenemos un tratamiento sistémico y bien eficaz como la ivermectina, normalmente en dosis única en los casos más leves, y en los casos más severos o en pacientes muy inmunodeprimidos el tratamiento se debe repetir al cabo de 1 a 2 semanas.



Infecciones inflamatorias

El desajuste del sistema inmune causado por el VIH lleva a un aumento de la respuesta inflamatoria para compensar la caída de la inmunidad celular (linfocitos T).

Ese aumento de la respuesta inflamatoria es responsable de la aparición de una serie de manifestaciones cutáneas que antes eran indicativas de la progresión de la inmunodeficiencia, y que hoy en día, con la aparición del TARGA, son consideradas en algunos casos como parámetro clínico de mejora de la inmunidad. Es como si el organismo trazase un sentido contrario, aquello que acontece con la pérdida de la inmunidad vuelve a suceder cuando se produce la recuperación de ésta.

Dermatitis seborreica

La dermatitis seborreica fue una de las primeras manifestaciones dermatológicas relacionada con la infección por el VIH. Común en la población general, tiene una incidencia aumentada en los pacientes con VIH/SIDA. Normalmente, se manifiesta con placas rojizas de superficie escamada, con escamas de aspecto graso, localizadas principalmente en la cara y el cuero cabelludo, aunque también puede aparecer en el tórax, región interescapular (zona de la espalda entre los omoplatos), axilas y región pubiana, que son zonas más oleosas, ricas en glándulas sebáceas. También llamada seborrea, o caspa, usualmente se concentra en el cuero cabelludo en el resto de la población; en cuanto a los pacientes con SIDA adquiere un carácter más severo, su aparición normalmente es abrupta y repentina, se concentra más en la cara, son más rebeldes al tratamiento, recidivan con gran frecuencia, y raramente los pacientes refieren historia previa de dermatitis seborreica.

La dermatitis seborreica normalmente responde bien a los tratamientos tópicos basados en cremas que contengan corticosteroides (principalmente los de baja potencia, como la hidrocortisona o desonido) o cetoconazol y champús anticaspa con alquitrán, cetoconazol, octopirox o piritionato de zinc. En los casos más severos, se utilizan corticosteroides sistémicos o isotretinoína oral.

Psoriasis

La psoriasis, otra afección eritemato–descamativa semejante a la dermatitis seborreica, pero de la que se diferencia por presentar escamas más secas, y porque las lesiones aparecen en áreas extensas; no obstante, en pacientes VIH+ se encuentra, con gran frecuencia, invertida, actuando en los pliegues, al igual que la dermatitis seborreica.

Para la psoriasis, se pueden utilizar corticosteroides tópicos de alta potencia y/o cremas a base de vitaminas D3 (calcipotriol o calcitriol) y en los casos más graves tratamiento con acitretín oral. Los corticosteroides sistémicos son contraindicados en el tratamiento de la psoriasis.

Prurigo

Otra manifestación común es el prurigo relacionado con el SIDA, que consiste en lesiones muy pruriginosas, que cursan con períodos de empeoramiento y calma, sin causa aparente, y de difícil tratamiento. Se caracteriza por pápulas rojizas o del color de la piel, normalmente escarificadas y con costras en la superficie debido al picor intenso, y que dejan marcas de color castaño como cicatriz. Estos pacientes, normalmente, presentan la piel reseca lo que hace aumentar la sensación de picor. El tratamiento se hace con cremas con corticosteroides

de media o alta potencia y antihistamínicos sistémicos, y en los casos más rebeldes se puede utilizar corticosteroides orales. Se debe mantener la piel hidratada a través de cremas o lociones hidratantes y evitar el uso excesivo de jabones y baños muy calientes, ya que retiran la oleosidad de la piel en exceso.

Reacciones adversas y fotosensibilidad

Reacciones adversas a los fármacos y fotosensibilidad son sucesos comunes durante el tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA. Varias medicaciones causan alergia con frecuencia, normalmente en forma de *rash* cutáneo (rojez de la piel) o de lesiones urticariformes, y normalmente muy pruriginosas.

El fármaco más comúnmente utilizado y que causa estos tipos de reacción es el sulfametoxazol–trimetoprima (usado en el tratamiento y profilaxis primaria y secundaria de la neumonía por *P. Carinii*). Entre los antirretrovirales los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleosido (efavirenz, nevirapina, delavirdina) son los que causan este tipo de alergia con mayor frecuencia, necesitando a veces de la suspensión del fármaco. Los inhibidores de la proteasa, principalmente indinavir, pueden causar la aparición de granuloma piógeno en las uñas de los pies ("uña clavada"), resacamamiento de la piel, y lesiones semejantes a la dermatitis atópica.

Algunos pacientes son más sensibles a la radiación ultravioleta después de la infección por VIH, y como algunos medicamentos son fotosensibles (como las sulfamidas y tetraciclinas), esta situación puede hacer activar o agravar la reacción al fármaco.

Tumores

Sarcoma de Kaposi

El sarcoma de Kaposi es un tumor que, actualmente se sabe, tiene como agente causal un virus del herpes denominado Virus del Herpes Humano 8 (VHH8 o VHSK), y que probablemente es transmitido sexualmente, aunque las vías de transmisión aún no están completamente establecidas.

Las lesiones se caracterizan por pápulas eritemato–violáceas (rojo–violetas) que se pueden localizar en cualquier parte de la piel. La lesión inicial puede ser única, o múltiple, y con la evolución, agruparse y formar placas de tamaños y formas variados. En los casos más graves algunas de estas placas se pueden volver vegetantes o ulcerar (ver glosario).

El sarcoma de Kaposi no causa ninguna sintomatología, a no ser que pase a presionar algún tejido adyacente, por ejemplo en la región de la ingle, causando hinchazón y dolor en las piernas, o atacar a un órgano vital, como el pulmón, causando problemas respiratorios.

Se debe siempre examinar la cavidad oral de estos pacientes, principalmente el paladar (el cielo de la boca), pues puede ser indicativo de lesiones internas.

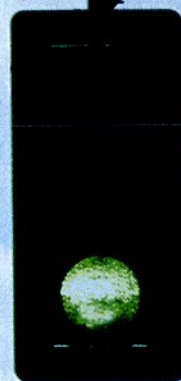
El tratamiento, actualmente, se debe hacer con el uso de terapia combinada que contenga inhibidor de la proteasa, el cual puede tratar de que las lesiones desaparezcan completamente, de 3 a 6 meses después del inicio de la terapia. En el tratamiento local, con vistas a un mejor resultado estético, se puede utilizar la crioterapia con nitrógeno líquido, infiltración intralesional (ver glosario) con vincristina o vinblastina o radioterapia de las lesiones. La quimioterapia sistémica está reservada a aquellos pacientes cuyas lesiones no desaparecen con TARGA o en el inicio de la terapia para acelerar la regresión de las lesiones en pacientes con enfermedad propagada +



¿Cómo se mide la Confianza en la terapia antirretroviral?

Puede medirse a través de los profesionales que confían en ella o a través de los miles de pacientes que se benefician de su tratamiento. Sin embargo, la respuesta de Boehringer Ingelheim para todos ellos va más allá, es el resultado de nuestro compromiso con el desarrollo de productos innovadores y de la máxima confianza, aportando toda nuestra experiencia y capacidad de investigación.

Porque entendemos que la confianza es también una medida de seguridad y comodidad en la terapia antirretroviral.



Biopsia SÍ O NO y otras discrepancias

L@s médic@s españoles no se ponen de acuerdo. Hay algun@s que piensan que la biopsia hepática debe limitarse a los casos dudosos; hay quien piensa que sólo debe excluirse cuando esté contraindicada. Pero no es lo único en lo que discrepan.

La biopsia hepática, esa extracción de tejido del hígado para su examen con fines diagnósticos, sigue siendo motivo de controversia. Un artículo reciente publicado en la revista *AIDS* (1) firmado por un panel internacional encabezado por Vicente Soriano argumentaba que los inconvenientes pueden superar las ventajas, de mantener la recomendación general de realización de la biopsia en personas coinfectadas. Dado que el virus de la hepatitis C (VHC) progresa de forma acelerada en las personas coinfectadas y que el tratamiento para el VHC ofrece ventajas en cuanto se aplica, éste debe recomendarse en términos generales siempre, por lo que la biopsia se torna prácticamente innecesaria. La única salvedad sería si alguien con genotipo 1 presenta niveles de ALT (GPT) normales, ya que entonces la biopsia podría dar idea del daño histológico.

Las nuevas directrices de GESIDA y la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, por el contrario, afirman que «el consenso del grupo respecto a la indicación de biopsia hepática antes del inicio de tratamiento anti-VHC en pacientes coinfectad@s por el VIH es recomendarla en todos los casos, excepto si existe una contraindicación formal para ello» (2).

Si bien es cierto que la técnica de realización de las biopsias ha mejorado, también depende de la destreza de quien la practica, y no siempre está exenta de efectos no deseados. Que te hagan o no biopsia dependiendo del/la médic@ que te toque no parece el mejor escenario. Podría darse, por ejemplo, que l@s pacientes eligieran el centro o el/la especialista dependiendo de que sea más o menos proclive a llevarla a cabo.

La segunda discrepancia destacable entre los dos documentos es la que se refiere a si el VHC afecta a la progresión del VIH o no (en lo contrario, que el VIH afecta a la historia natural de la hepatitis C están tod@s de acuerdo): mientras que el panel de Soriano abre la puerta a esa posibilidad, el comité oficial español la cierra. Esto podría llevar a la discusión de si el VHC debe tratarse en cuanto sea posible como una forma de impedir una posible influencia sobre progresión de la infección por VIH.

La tercera se refiere a las condiciones de l@s posibles candidat@s a recibir tratamiento para la hepatitis C en personas coinfectadas. El documento GESIDA/SPNS sigue la tradición al requerir un recuento mínimo de 200 CD4 para iniciar esa terapia. El panel internacional piensa que «denegar tratamiento a un/a paciente con un bajo recuento de células CD4 sobre la base de un umbral de CD4 determinado limita las posibilidades

del/la paciente de detener la progresión de la fibrosis, lo que lamentablemente es más probable en personas con bajos recuentos celulares».

En esta controversia parece subyacer posiciones más agresivas o más conservadoras para iniciar tratamiento del VHC en personas coinfectadas. El grupo de Soriano parece apostar por hacerlo siempre que sea posible, ya que existe siempre beneficio de un tipo u otro. El comité español prefiere un análisis más individualizado y contar con todas las técnicas de diagnóstico posible para tomar la decisión, que a veces se puede decantar por diferir la terapia.

Pese a que ambos documentos coinciden en muchos otros aspectos, la lección que podemos aprender es que un consenso oficial u oficioso no necesariamente es un consenso real en la medicina del VIH y del VHC +

(1) SORIANO ET AL. *Care of patients with chronic hepatitis C and HIV co-infection: recommendations from the HIV-HCV International Panel.* *AIDS* 2002, 16:813-828.

(2) Coinfección por VIH y virus de las hepatitis (VHA, VHB y VHC) en pacientes adultos. Revisión y recomendaciones de GESIDA/SPNS. Se puede acceder al texto completo y a las correspondientes tablas en formato pdf en www.gesidaseimc.org

Nuevos fármacos en desarrollo para la hepatitis C

Si sabes inglés y tienes interés en conocer qué sustancias están en proceso de experimentación para tratar la hepatitis C, visita la página

www.frontiernet.net/~monty/hcvpipel.html

Encontrarás una lista de los productos: de qué clase son, en qué fase están y enlaces con los sitios de internet de las compañías que los desarrollan.

Ten en cuenta que:

+ Los medicamentos para el VHC se prueban primero en personas mono infectadas, es decir, que no presentan ninguna coinfección, en especial con el VIH. Eso quiere decir que lo que funciona con personas sólo con VHC no tiene por qué funcionar o hacerlo de igual modo con las personas coinfectadas

+ El desarrollo de los fármacos puede detenerse en cualquier momento de las fases de investigación. Aunque es menos probable cuanto más avanzado esté, se han dado casos de rechazo a la petición de autorización administrativa en el último momento.

+ Por eso, intenta actualizar periódicamente tu información con nuevas consultas a este y otros espacios de internet.

Vamos de biopsias

Voy a hablaros de mi hígado, ese órgano tan preciado, tan necesario. Soy una de esos 12 millones de personas que viven en el mundo

coinfectadas por los dos virus VIH y VHC, que parecen aliarse en su batalla. En España el 47% de las personas que viven con VIH está coinfectado por el virus de la hepatitis C.

GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT
HOSPITAL CLÍNIC UNIVERSITARI
VALENCIA
Departamento Anatomía Patológica

N.º

Biopsia:00B0015332

Fecha de entrada: 18/09/2000

NOMBRE Y APELLIDOS BAUTISTA CASANOVA, BEGOÑA
N.º H.ª Clínica Médico Solicitante
Edad Sexo: MUJER Servicio UNIDAD ENFERMEDADES INFECCIOSA
ORGANO B- HIGADO. BIOPSIA CILINDRICA H. U. 935

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:
Cilindro de 1 cm.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:
Cilindro hepático constituido por nódulos parenquimatosos de pequeño tamaño delimitados por tabiques conectivos condensos infiltrados linfocitarios que se extienden, asimismo, al parenquima.

DIAGNÓSTICO:
CIRROSIS HEPÁTICA MICRONODULAR EN ACTIVIDAD.

Hace año y medio, y dado que presentaba síntomas de agudización de mi infección por VHC (crioglobulinemia, transaminasas elevadas, vasculitis...), mi médico me propuso realizar una biopsia hepática. Tenía claros indicios de enfermedad hepática crónica. El resultado de la biopsia fue **cirrosis micronodular en actividad**. Hasta entonces nunca me había preocupado demasiado de mi hígado (craso error), me sabía infectada por los dos virus desde hace más de 10 años pero pensaba que lo más determinante en mi vida era mi condición de seropositiva.

Me sentí fatal. La palabra **cirrosis** golpeaba en mi cabeza; intenté consolarme pensando que lo de micronodular sonaba a pequeño. Luego solicitaron una determinación de la **carga viral hepática**, cuyo resultado fue 2.470.000 UI/ml de ARN de VHC. De entrada me pareció otra barbaridad pero me dijeron que los resultados no eran comparables a los de la carga viral del VIH. Entonces me hablaron de ponerme en tratamiento con interferón y ribavirina para intentar frenar la evolución de mi enfermedad hepática.

Hace un tiempo descubrí que la información es poder, así que me puse a estudiar y recopilar lo que iba cayendo en mis

manos sobre el VHC, primero para poder entender y así luego poder tomar decisiones con mi médico en lo referente a mi hígado y también para conocer y poner en práctica los autocuidados que estaban a mi alcance.

El estudio de la hepatitis C empezó cuando estaba en pleno apogeo la pandemia por VIH y esto le ha restado importancia. La infección por VHC es casi 5 veces más frecuente que la infección por VIH y es ahora la principal causa de muerte en las personas coinfectadas, razones de peso para que aprendamos a conocer y a mimar nuestro hígado.

Los hepatocitos son las células diana del virus de la hepatitis C. La persistencia del virus en estas células produce en aproximadamente el 80% de los casos de personas infectadas el desarrollo de la enfermedad hepática crónica y de éstas un 20% puede desarrollar cirrosis. De todas formas, al parecer, en las personas con infección crónica se produce siempre algún grado de destrucción

del tejido hepático y por tanto podemos pensar que aunque tarde más o menos tiempo en evolucionar, a la larga, siempre se producirá una hepatitis crónica. Los análisis sanguíneos detectan la presencia en nuestra sangre de anticuerpos específicos que hemos desarrollado ante el virus de la hepatitis C, pero esto no quiere decir que exista una infección activa, esto podría confirmarse con la determinación de la carga viral.

La carga viral hepática es un método para determinar la presencia del virus C en sangre, confirma la presencia de la infección, pero a diferencia de lo que ocurre en la infección por VIH, la viremia en plasma por el virus de la hepatitis C (ARN-VHC) no nos indica la evolución de la enfermedad, suele permanecer estable en cada persona aunque puede presentar picos en algún rebote de la infección. Sí que nos vale para predecir la respuesta al tratamiento y para valorar su eficacia pues el objetivo de éste será mantenerla indetectable de forma sostenida. Los niveles altos de carga viral (>800.000 UI/ml en el test de Amplicor) predicen una peor respuesta al tratamiento combinado con interferón y ribavirina. Hay que tener en cuenta a este respecto que existen distintas técnicas para la cuantificación del ARN del VHC y sus resultados no son comparables.



LABORATORIO CENTRAL DE MICROBIOLOGIA

HOSPITAL CLÍNIC UNIVERSITARI

Nombre: BAUTISTA CASANOVÀ, BEGOÑA
 Nº de Volante ..: 23099
 Procedencia ...: H. CLINICO
 Servicio: INFECCIOSOS
 Médico: Casa :
 Diagnóstico ...: HIV (+)
 Fecha: 26/OCT/2000
 Nº Historia :
 P/S:
 Sexo:
 Edad:

PRUEBAS	RESULTADO	OBSERVACIONES
---------	-----------	---------------

Nº RNA ..3697
 Tipo de muestra: Plasma

Cuantificación de RNA de VIH-1 en plasma mediante RT-PCR (HIV-MonitorR)

No se detecta RNA de VIH-1 siendo el límite de detección de la técnica de 50 copias de RNA/ml de plasma.

Cuantificación de RNA de VHC mediante RT-PCR (HCV-Monitor)

Se han detectado 2470000 UI/ml de RNA de VHC,
 6.39 log

Una de las características del VHC como de casi todos los retrovirus –virus de ARN– es su alto grado de heterogeneidad genómica apareciendo así como consecuencia grupos virales genéticamente distintos o genotipos. En la actualidad están descritos seis genotipos divididos a su vez en más de 84 subtipos. Los genotipos se denominan por un número del 1 al 6. El genotipo no tiene influencia en la forma en que evoluciona la enfermedad pero es el factor que más influye en la probabilidad de respuesta efectiva al tratamiento antiviral. Los genotipos 1, 2, y 3 son los más ampliamente distribuidos en el mundo, el 1 es el más frecuente y el de peor respuesta al tratamiento. Las personas infectadas con los genotipos 2 y 3 responden más deprisa y presentan una mayor probabilidad de mantener esta respuesta que las infectadas por genotipos 1, 4 y 5.

Los niveles de transaminasas en sangre son sólo un dato orientativo con respecto a la hepatitis crónica por VHC, éstas

pueden estar elevadas por otras causas y además se elevan poco o pueden permanecer en valores normales durante largo tiempo. Sólo el examen del tejido hepático obtenido por biopsia nos dará información precisa sobre la enfermedad y su pronóstico pues podemos conocer el estado de las lesiones hepáticas y el grado de actividad de éstas. En la enfermedad hepática crónica por VHC el hígado es atacado continuamente por el virus y por las propias defensas, así los lobulillos van perdiendo plasticidad y se van fibrosando, se van formando cicatrices. Poco a poco el hígado va perdiendo capacidad funcional y van saliendo nódulos, la sangre no puede pasar correctamente y el hígado se va atascando, con lo que aumenta la presión (hipertensión portal). La sangre entonces busca caminos alternativos y provoca otras complicaciones (ictericia, ascitis, varices esofágicas...). Esta desestructuración del hígado es la cirrosis.

Los distintos estadios de fibrosis se clasifican en una escala de 0 a 4, en el estadio 0 el riesgo de progresión a cirrosis es mínimo, en el 1 (portal) el riesgo es intermedio y va aumentando, 2 (septal), 3 (portoseptal) hasta el estadio 4 que corresponde a cirrosis. Es importante saber que esta evolución es mucho más rápida en los pacientes inmunodeficientes. Bueno, amig@s, os diré que en aquel momento intenté el tratamiento combinado con interferón (3 inyecciones/semana) y ribavirina y lo tuve que abandonar por mala tolerancia. Ahora en mis últimas determinaciones de carga viral hepática ésta parece estabilizada en torno a 800.000 UI/ml, pienso volver a intentarlo con el interferón pegilado, que parece ser mejor tolerado, y cuando mi situación inmunológica esté un poco mejorada y estabilizada, pues es sabido que la respuesta es mejor cuando más altos son los valores de CD4. Tengo grandes esperanzas de que se impulsen más investigaciones al respecto y se amplíe el abanico de posibilidades de tratamiento de la hepatitis C, así como su efectividad y mejor tolerancia +



CONSULTAS

Consultas sobre tratamientos

gTt ofrece la posibilidad de atender cuestiones relacionadas con los tratamientos del VIH y sus enfermedades oportunistas.

Intenta que tu pregunta sea lo más clara y concisa posible y dirígenosla:

- ☎ por teléfono al 93 302 46 93;
- ✉ por correo electrónico a consultas@gtt-vih.org;
- 🏠 personalmente en nuestra sede, concertando cita con antelación (TEL. 93 302 46 93).

Consultes sobre tractaments

gTt ofereix la possibilitat d'atendre qüestions relacionades amb els tractaments del VIH i les seves malalties oportunistes.

Intenta que la teva pregunta sigui el més clar i concís possible i dirigeix-nos-la:

- ☎ per telèfon al 93 302 46 93;
- ✉ per correu electrònic a consultas@gtt-vih.org;
- 🏠 personalment a la nostra seu, concertant cita amb antelació (TEL. 93 302 46 93).

Con la colaboración del Departament de Sanitat i Seguritat Social, Programa de Drogodependències i SIDA, de la Generalitat de Catalunya

Glosario

Nivel de ALT (o GPT), alanina transferasa: Enzima hepática implicada en el metabolismo de las proteínas. La medición de los niveles en suero de esta enzima es común entre personas con infección por VIH porque sus niveles elevados en suero resultan indicativos de la existencia de daños en el hígado, bien sea por enfermedad hepática o como consecuencia tóxica de algunos fármaco anti-VIH.

Antropometría: palabra de origen griego que significa literalmente "medición del hombre" y que refiere a las técnicas de medición de los pliegues de la piel que permiten evaluar la cantidad de grasa de los mismos.

Colesterol "bueno" o HDL: siglas en inglés del "colesterol de alta densidad", un tipo de colesterol que ayuda a transportar otros lípidos desde las arterias al hígado para su eliminación. La presencia de HDL a niveles elevados (>60 mg/dL) se considera un factor protector de enfermedad cardiovascular.

Colesterol "malo" o LDL: siglas en inglés del "colesterol de baja densidad", un tipo de colesterol cuyo exceso se asocia con un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular.

Densitometría (DEXA): abreviatura correspondiente al inglés *dual energy x-ray absorptiometry*, o sea, absorciometría por rayos X de energía dual. Se trata de un método de medición que puede mostrar (y detectar cambios en) la distribución de grasa, músculo y hueso en el cuerpo. Sin embargo, se trata de una prueba cara y menos exacta en personas muy delgadas o muy gruesas.

Diabetes: un desorden del metabolismo caracterizado por un aumento de los niveles de azúcar en sangre. La diabetes puede ser de tipo I (asociada con una insuficiente

producción de insulina) o tipo II (conocida como diabetes *mellitus*, del latín "azucarada").

Infiltración intralesional: inyección de medicamento dentro de la lesión.

Insulina: una hormona fabricada por unos grupos especializados de células del páncreas. La insulina permite que la glucosa, fruto de la digestión de los alimentos, entre en las células de nuestro organismo para producir energía. Si existe un problema con la producción o con el funcionamiento de la insulina la glucosa no pasa a las células y permanece en la sangre.

Lípido: término general para las grasas de la sangre, que incluyen los distintos tipos de colesterol y los triglicéridos.

Metabolismo: del griego "*metabolē*", cambio, dice del proceso bioquímico que permite a las células proporcionar energía al organismo para que realice sus procesos vitales así como asimilar los nuevos materiales que resultan de la digestión de los alimentos.

Plexo solar: El área encima del ombligo y debajo del corazón. Red nerviosa que rodea a la arteria aorta ventral y procede especialmente del gran simpático y del nervio vago.

Triglicéridos: Un tipo de lípidos fabricados a partir de las grasas y los hidratos de carbono de nuestra dieta y que se almacenan como reserva energética en el tejido graso de nuestro organismo.

Úlcera: herida con pérdida de la piel y que puede ser profunda.

Vegetante: lesiones grandes, desarrolladas, que crecen como un vegetal.

Vellosidades: pequeñas rugosidades encontradas en algunas superficies en la parte interna del intestino +

56



Ref: 078 Chica de 37 años, seropositiva con síntomas, alegre y feliz. Desearía conocer a chicos para una posible relación, llevo una vida ordenada y sana. Escríbeme.

Ref: 079 Chico de 42 años, busca amigo para compartir amistad, sexo y posible relación sentimental. Gustos: cine, teatro, deportes y vida sana.

Ref: 080 Soy José, 37 años, heterosexual, simplemente busco amistad, para reír y si hay que llorar también, que no consuman sustancias tóxicas, ni frecuenten discotecas: gente que lleve una vida tranquila.

Ref: 081 Me llamo Jordi, tengo 52 años y soy de Barcelona. Estoy separado y soy VIH+. Hace 4 años que me diagnosticaron y me dieron año y medio de vida cosa que no fue cierta, por suerte. Pero a veces me siento muy solo. Me gustaría conocer a alguien para poder hablar y sentirme como una persona normal.

Ref: 082 Soy una chica de 38 años, VIH+, expolitoxicómana que busca chico de no más de 40 años, que no beba, ni fume, que le guste el contacto con la naturaleza, que no frecuente bares, ni discotecas, y que sea sencillo. Si te ves identificado, escríbeme.

Ref: 083 Luna, 38, seropositiva. Me gusta el mar, la música. Intento evolucionar como persona, ser honesta, no perder la sonrisa al levantarme y hacer planes al acostarme. Soy valiente y me gusta vivir. ¿Y a ti?

Ref: 084 Chico heterosexual, seropositivo de 32 años, quisiera mantener correspondencia con chicas, sean o no seropositivas, soy de complejión atlética, 1,80 m, bien parecido. Me gusta la montaña, el deporte y la informática y me encuentro muy solo por no tener a nadie.

Ref: 085 63 años, maduro de mente moderna, hago yoga, nado y me cuido. Tú activo, yo pasivo, para amistad o lo que surja. Y si hay cama, darle tiempo al tiempo.

Ref: 086 39 años, soltero y cansado de pasarlo un poco mal. Estoy preso por coger cosas prestadas.

Ref: 087 Hola soy José Luis de Santander. Me gustaría entablar amistad con personas que estén en mi posición, pues en estos momentos estoy muy apagado, con lo activo que yo era. Tengo 37 años, heterosexual pero no quita que me cartee con otras personas de distinta orientación.

Ref: 088 Hola, soy una escorpión de 50 años y soy seropositiva. Me gustaría compartir experiencias con algún hombre simpático, alegre y abierto. Me gusta salir, bailar, ir al cine... ¡Ah! Soy de Barcelona.

Ref: 089 Chico de 35 años VIH+, atractivo busca relacionarse con chica o chico bisexual. Me gusta el deporte, cine, lectura y la música. Contesto a tod@s, de toda España.

Ref: 090 Joven gay de 41 años, casi 20 siendo VIH+ y sin síntomas, me gustaría contactar con otros similares, que sean sencillos y sinceros sin malos rollos, de cualquier lugar de España, para amistad y llegado el caso formar pareja. Valoro la honestidad y la generosidad. Salud y besos positivos. Luis.

Ref: 091 Me llamo Mar, tengo 27 años. Soy brasileña y VIH+, busco chico sencillo que me dé un poco de mimo, preferiblemente que viva en la montaña o en un pueblo.

Ref: 092 Hola soy Gabriel de 37 años, VIH+. Me gustaría conocer a chica para amistad o posible relación estable, que sea positiva y que no quiera estar más sola. Soy de Madrid, me gusta el cine y salir.

Ref: 093 Hola soy José Antonio, un preso de 32 años, que desearía intercambiar correspondencia con tod@ aquel/lla que esté dispuest@ a compartir sus pensamientos conmigo. Estoy, sano, me gusta el deporte.

Ref: 094 Hola soy Diego, tengo 37 años, separado, VIH+, mido 1,71m y peso 71 kilos. No aparento la edad que tengo, quizá es el efecto invernadero, ya que estoy en prisión. Me gustaría cartearme con chicas de toda España.

Ref: 095 Hola, me llamo Anna y soy VIH+. Vivo cerca de mar, me gusta la playa, la música, viajar y las buenas compañías. Me gustaría conocer nuevos amigos. Escríbeme.

Ref: 096 Mujer de 45 años, seropositiva, heterosexual, alegre pero algo sola. Quisiera conocer a algún hombre de buen corazón que entienda nuestra problemática, a ser posible del norte, yo vivo en la Coruña.

Ref: 097 ¡Hola!, soy Juan. Tengo 43 años. Soy madrileño y seropositivo. Me gustaría relacionarme con chicas positivas para compartir alegrías y penas.

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

ARABA: *Vitoria-Gasteiz:* GAITASUNA 945289115 C.C.ANTI-SIDA 945257766 **ALBACETE:** ALVAS 967508860 **ALICANTE:** COLECTIVO GAYS-LESBIANAS 965132610 CIPS 965240563 *Benidorm:* AMIGOS 966804444 **ALMERÍA:** C.C.ANTI-SIDA 950254192 **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 COORDINADORA GAI-LESBIANA 932980029 EL PUNT AMB TACTE (CAS DE SANTS) 934901940 Ext.30 GAIS POSITIUS 932980029 PROJECTE DELS NOMS 933182056 *Granollers:* AUMMO 938601415 *Sabadell:* ACTÚA VALLÉS 937271900 **BIZKAIA:** *Bermeo:* TXO-HIESA 946179171 *Bilbo:* T-4 944221240 *Hegoak:* 944701013 *Itxarobide:* 944104624 **BURGOS:** C.C.ANTI-SIDA 947240277 **CÁDIZ:** A.ANTI-SIDA 654580206 *ARCADIA CÁDIZ:* Algeciras: C.C.ANTI-SIDA 956634828 *La Línea:* C.C.ANTI-SIDA 956176090 **CÁCERES:** C.C.ANTI-SIDA 927227613 **CASTELLÓN:** A.C.CONTRA EL SIDA 964213106 **CÓRDOBA:** COLEGA 957492779 CONVIHDA 957430392 PREVENCIÓN Y SOLIDARIDAD DEL SIDA 957430392 **A CORUÑA:** C.C.ANTI-SIDA 981144151 *Santiago de Compostela:* C.C.ANTI-SIDA 981573401 *Ferrol:* Lazos 981350777 **GIRONA:** ACAS Girona 972219282 ACAS Olot 972272136 ACAS Figueres 972672167 ACAS Sant Feliu de Guixols 972324005 **GRANADA:** NOS 958200602 C.C.ANTI-SIDA 958521352 **GUIPÚZKOA:** *San Sebastián-Donosti:* A.C.ANTI-SIDA 943472036 *HARRI BELTZA OIARTZUN* 943493544 *Mondragón-Arrasate:* HIES-BERRI 943792699 **LAS PALMAS:** *Las Palmas de Gran Canaria:* ASOCIACIÓN CARACOL 987402551 **LOGROÑO:** C.C.ANTI-SIDA 941255550 **LUGO:** C.C.ANTI-SIDA 982280263 **MADRID:** APOYO POSITIVO 913581444 COGAM GAYINFORM 915230070 FASE 900111000 FIT 913513682 UNIVERSIDA 913143233 **MÁLAGA:** A.C.ANTI-SIDA 952650596 COLEGA 952277199 **MURCIA:** C.C.ANTI-SIDA 968298831 *Cartagena:* C.C.ANTI-SIDA 968521841 **OURENSE:** C.C.ANTI-SIDA 988233000 **PALENCIA:** C.C.ANTI-SIDA 979749451 **PAMPLONA:** C.C.ANTI-SIDA 948212257 **SARÉ** 948177244 **PONTEVEDRA:** *Vilagarcía Arousa:* 986508901 **SALAMANCA:** C.C.ANTI-SIDA 923219279 **SANTANDER:** A.C.CÁNTABRA ANTI-SIDA 942313232 **SEVILLA:** COLEGA 954501377 C.C.ANTI-SIDA 954371958 **TENERIFE:** UNAPRO 901512035 *La Palma:* INFOSIDA 922402538 **VALENCIA:** COLLECTIU LAMBDA 963912084 AVACOS 963342027 C.C.ANTI-SIDA COMUNIDAD VALENCIANA 963676911 *Gandia:* SERVICIO INFORMACIÓN Y AYUDA AL/LA INFECTAD@ 962877371 **VALLADOLID:** C.C.ANTI-SIDA 983358948 **ZAMORA:** C.C.ANTI-SIDA 980534382 **ZARAGOZA:** C.C.ANTI-SIDA 976438135 IBERAIDS 976201686 LYGA 976395577 OM-SIDA 976370197 ○

Si quieres actualizar los datos o incluir una organización nueva, manda un fax al 933 173 832 o un correo a contact@ggtt-