

LO + POSITIVO

Núm. 26 • Otoño 2003

Publicación gratuita sobre la infección por VIH



SIDA y espiritualidad

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 la **nueva dirección** de gTt: c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona. Nosotr@s se lo haremos llegar al/a la interesad@.

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



Para poner un contacto:

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

Ref: 0209

Gay, 39 años, VIH+, romántico, atractivo, alegre, simpático, aficionado a la naturaleza, pintura, jardinería, ornitología. Deseo conocer persona similar para posible relación. (Zona Norte de España).

Ref: 0210

Antonio 37 años, VIH+, pasivo, sincero, honesto y agradable. Me gustaría encontrar chico de edad similar para amistad y posible relación. Espero vuestras respuestas, contestaré a todos.

Ref: 0211

Chico 34 años, VIH+, quisiera conocer chicos de Alicante o Murcia, con el fin de acabar siendo pareja, soy buena persona, amable y un tanto solo.

Ref: 0212

Me llamo Antonio, VIH+, 37 años. Me gustaría mantener correspondencia con chicos y chicas, no importa la edad. Me gusta la poesía, las personas nobles y sinceras. Contestaré a tod@s.

Ref: 0213

Hola me llamo Gabriel, 37 años, VIH+, asintomático. Me gustaría conocer chica para compartir lo bueno y lo malo que la vida nos da y hablar con toda libertad. Y con el tiempo... Soy de Madrid.

Ref: 0214

Me llamo Ana, tengo 34 años, VIH+. Soy una chica sana y desearía conocer a chico para compartir cosas. Soy gallega. Soy romántica y odio la soledad. No me importa de dónde seas. Prometo contestar.

Ref: 0215

Me llamo Bartolomé de 37 años, VIH+, soy de Madrid. Me gustaría escribirme con toda clase de gente y me encuentro en prisión. Escríbeme te sorprenderé.

Ref: 0216

Hola, soy Tony, 38 años, viudo, heterosexual, VIH+. Odio la soledad, deseo conocer chica para compartir las alegrías e inquietudes juntos. Las Palmas. ¿Te gusta viajar?.

Ref: 0217

Hola, soy José, VIH+, 1,84m, 75 Kg. Soy simpático, me gusta hacer maquetas de aviones y camiones, la pesca, el cine, la montaña y me gustaría encontrar una persona maravillosa para toda la vida.

Ref: 0218

Gaditano, 39 años, VIH+, asintomático, con muchas ganas de vivir y mucho amor que dar. Desearía encontrar una mujer a la que entregar lo mejor de mí. Si quieres conocerme mejor, escríbeme.

Ref: 0219

Chico, 39 años, VIH+, asintomático. Alegre, simpático, con muchas ganas de dar y recibir amor de algún chico de mi edad. Me gusta la playa, pasear, el cine y también soy hogareño. Animaros chicos. Barcelona/Maresme.

Ref: 0220

Hola, Soy José, tengo 29 años, gay y VIH+, vivo en Alicante, asintomático, me gustaría cartearme con gays en mi situación, jóvenes y con ganas de vivir la vida intensamente. Os espero.

Ref: 0221

Chico de 32 años, gay, VIH+, asintomático. Busco chicos en mi situación para buena amistad o la que surja, ya que es difícil llevar esto sin nadie al lado. Estoy bien física y emocionalmente. Canarias.

Ref: 0222

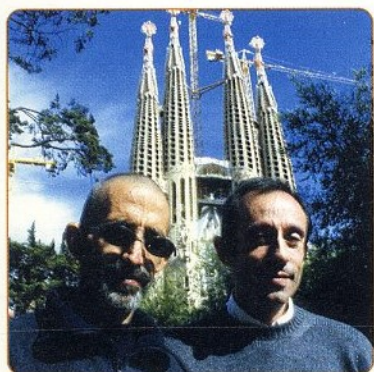
Chico de 43 años, VIH+ con muchas ganas de descubrir. Busco una relación nutritiva basada en el amor, la ternura y la creatividad. Escríbeme, no te arrepentirás.

Ref: 0223

Me llamo José, vivo en Valencia, tengo 40 años, cariñoso, alegre y luchador, desearía encontrar chica para compartirlo todo, si te gusta mirar hacia delante y todavía quieres ser feliz, escríbeme.

OPINIÓN

- 4 Aquí y en la India 5 Operación Invierno y opiniones
6 Un caracol sin casa 7 Mujeres en Varsovia 8 La imprecisión del lenguaje 9 El valor de vivir 10 Acceso en Bolivia 11 La innovación secuestrada 12 Una enseñanza moral 13 El hombre del sombrero rojo 14 Dinero para el SIDA



EN PERSONA

- 16 SIDA y espiritualidad 19 ¿Yo soy católico!
22 El budismo en mi camino 24 Diálogo interreligioso

CUIDARSE

- 30 ¡A por los radicales! 32 Esta articulación no responde 34 Para el cuerpo

A CIENCIA CIERTA

- 36 Asumo el riesgo 38 La interferencia del ARN
40 Noticias y breves 44 Resistencias a los fármacos
46 Pasos a dar (II)



AL DETALLE

- 48 ¿Qué hay de nuevo? Seguridad durante el embarazo 50 Grandes pérdidas en investigación 52 HIV/AIDS VAX en español 53 CAEX 54 Guía de recursos en internet





EN TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL,
EFICACIA Y TOLERABILIDAD
UNIDAS PARA SIEMPRE

¿Te atreverías a romper una relación así?

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

¿Estarías dispuesto a renunciar a ella?

Infórmate. Consulta con tu médico.



Discriminaciones, en España



Recientemente, en un número de su diario, pude leer un extenso artículo sobre la represión en China, basado en un documento de la organización estadounidense Human Rights Watch (HRW), el colmo de la expresión de dicho atentado contra los derechos humanos era que a l@s drogadiet@s de ese país se les analiza sin son portadores del virus del SIDA (VIH) sin su consentimiento.

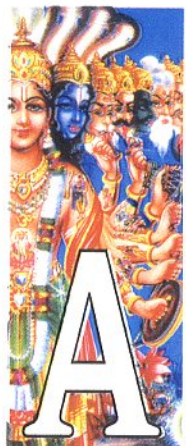
El número del 13 de septiembre de 2003 del periódico médico *British Medical Journal* (BMJ) insiste con dureza y justicia en la denuncia de esa discriminación. Yo, en mi condición de médico de hospital público en activo, soy consciente, sin embargo, como mis compañer@s, de lo que plenamente habitual y generalizado es que en España se hace extracción y determinación del VIH a innumerables personas/pacientes (preoperativos y otros problemas o procedimientos) sin que se les solicite consentimiento ni conozcan en absoluto tal hecho, como está legalmente establecido. Esta discriminación, junto a las otras muchas discriminaciones e inequidades sociales que se dan en la sociedad española, me hace dudar de si en realidad esta sociedad "nuestra" se rige por los principios democráticos por excelencia: "libertad, igualdad, fraternidad", o coexistimos con una amplia hipocresía moral y social. ¿Qué dicen

públicamente las autoridades sanitarias españolas sobre la práctica real en las entidades sanitarias acerca del VIH y el consentimiento informado?

*Benito Otero Martínez, médico, Gijón
Carta al Director de 'El País', publicada el 20 de septiembre de 2003.*

Tal y como informa el Dr. Benito Otero en su carta publicada en *El País*, la realización de la prueba de detección del VIH/SIDA sin el consentimiento informado del paciente se está generalizando en la práctica clínica de los hospitales españoles. En el Hospital del Valle de Hebrón de Barcelona, según fuentes cercanas al centro hospitalario, la prueba de detección del VIH se realiza sistemáticamente a todas las mujeres en el tercer mes de embarazo sin el consentimiento escrito de la paciente. Esta práctica irregular también se podría estar dando en otros hospitales catalanes y probablemente del resto del país al amparo de un tema de salud pública y protección a terceros.

Esta medida viola los derechos fundamentales de l@s pacientes recogidos en los artículos 9, 10, 11 y 66 de la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986 (Ley 14/1986) y en concreto el derecho del consentimiento informado según el cual se requiere el consentimiento escrito del/la paciente para cualquier intervención.



A principios del mes de noviembre han sido puestos en libertad los quince activistas del VIH indios detenidos irregularmente en el aeropuerto de Sahar (Mumbai) cuando regresaban de la Conferencia de Personas que viven con VIH/SIDA celebrada en Kampala, Uganda, del 26 a 31 de octubre.

Los seis detenidos, entre los que se incluye una mujer, se encontraban en los mostradores de inmigración del aeropuerto. L@s activistas manifestaron que eran personas seropositivas y que volvían de la conferencia de Kampala (Uganda) al tiempo que presentaron sus correspondientes informes médicos extendidos por los responsables de sus respectivas regiones en los que se establecía que debido a su inmunosupresión no se les aconsejaba la vacuna contra la fiebre amarilla.

Sin embargo, el oficial médico del departamento de inmigración se negó a reconocer los certificados oficiales expedidos y solicitó de una de las personas detenidas el pago de 150 dólares para que les dejara ir, cantidad que se negaron a pagar. El mencionado doctor insistió en que tendrían que ser detenid@s en cuarentena hospitalaria por la fiebre amarilla y les comunicó que tendrían que pagar 120

rupias por persona por el traslado al hospital, que se encuentra a sólo 1,5km del aeropuerto. De nuevo, se negaron al pago y se les obligó a tomar un *ricksshaw* (esos carros de tracción humana) hasta el hospital a las 3 de la madrugada en presencia del personal de inmigración y fueron encerradas en el desierto hospital. Las autoridades se marcharon tras encerrarlas dentro.

L@s detenid@s, que mencionaron que eran seropositiv@s y que tenían que tomar alimentos a intervalos regulares, sufrieron desfallecimientos, sin embargo las autoridades se negaron a atender a las personas enfermas y aseguraron que su trabajo consistía en encerrarl@s, no en cuidarl@s. Afirmaron que era posible que viniera un médico hacia el mediodía y que entonces podrían preguntar si era necesaria alguna medicación para l@s detenid@s enferm@s.

La situación del hospital donde estuvieron retenid@s es deplorable. Se encuentra en medio de un área con espesa vegetación en la que abundan los mosquitos. L@s activistas indios no recibieron repelente y temieron contraer alguna infección como la malaria o el dengue por las picaduras de los mosquitos.

L@s activistas indios fueron liberad@s tras la intervención de varios organismos internacionales y la movilización de personas de todo el mundo.

Operación Invierno

Actualmente en la ciudad de Barcelona hay muchas personas que viven y duermen en nuestras calles. Su situación se vuelve crítica durante los meses invernales. Los dispositivos puestos en marcha son escasos y poco funcionales.

Además, ciertos grupos más específicos se encuentran en una situación de exclusión agravada: usuari@s de drogas, inmigrantes sin papeles, aquell@s que padecen enfermedades mentales, mujeres y ancian@s, son discriminad@s ya que la mayoría de recursos existentes no tienen prestaciones adecuadas a sus necesidades, llegando incluso a negárseles el acceso y a limitarles el tiempo de estancia. No pocas de estas personas viven con VIH

Ante el desfase entre los recursos existentes en Barcelona y el elevado número de personas que duermen en la calle Reclamamos y exigimos:

- ▶ La habilitación de espacios públicos y/o privados con plazas disponibles que cubran las necesidades reales en cuanto al número de personas sin techo.
- ▶ Una asistencia socio-sanitaria que se adapte a las demandas concretas, curas, derivaciones y seguimientos adecuados.
- ▶ Un trato digno hacia estas personas como ciudadan@s de pleno derecho.
- ▶ La disponibilidad de los recursos durante toda la época invernal, no solamente a partir de una temperatura determinada arbitrariamente.

Las condiciones de vida precarias de estas personas así lo exigen.

Plataforma de reivindicación de los Derechos de las personas con problemas con las drogas

Operación Invierno: operacioninvierno2003@yahoo.es

¡Cuánta alegría!



Cuánta alegría deciros que desde aquí, os mando mis felicitaciones y me es grato deciros que desde que escribí a vuestra sección de Contactos me han llovido las solicitudes de amistad de la más variada gente, teniendo en común, no sólo esta enfermedad, sino un ansia de vivir, de ser comprendid@s. No de forma lastimera, sino con los pies en la tierra y la cabeza alta. Con determinación os oigo gritar que el VIH no es un accidente social y pasajero sino una realidad la cual debemos compartir, pues ningun@ en estos días está libre de pecado, si es que podemos llamarlo así, pero hay

que llamarlo de alguna forma: y ¿qué sucede? Que la generación que tenía la fuerza de voz ha muerto, desgraciadamente esta generación no tiene voz porque a l@s más activ@s e inteligentes, Dios en silencio se l@s ha llevado poco a poco en el tiempo. He vuelto a mi tierra tras una ausencia de casi 25 años y parece que hubo una epidemia como la peste.

Quiero animaros a continuar con esta revista. A mí me ha servido de mucho y me ha dado oxígeno de relaciones.

Gracias, os saluda.
Luis Málaga 29-05-2003

Piensa en mí



HOLA lectores y trabajadores de LO+POSITIVO. Me llamo José y actualmente me encuentro preso en un penal de los que dan pena, aquí en Cataluña, como toda persona sabe, la crítica, ya sea positiva o negativa, siempre es buena, y yo hoy por hoy será por desinformación o será por mi circunstancia actual, sólo tengo quejas hacia la falta de información y la falta de seguimiento psicológico que hay actualmente en las cárceles de Cataluña.

Aquí estamos unos centenares de personas VIH+ y en programas con metadona y consumiendo todo lo que pillan, no es mi caso, yo si soy seropositivo y hace meses dejé la metadona, pues volví a engancharme a la heroína en la cárcel Modelo de Barcelona, y tuve que recurrir a la metadona, la cual dejé pues me urge más el tratamiento "piloto" de la Hepatitis C que sigo en el Hospital de Terrassa; a parte de que tengo cuarenta años y uno no está como para ir

buscando camellos. ¡Menuda vergüenza! y cuando salga, con casi los cincuenta años y la verdad ya da vergüenza.

Aquí llegan en cuentagotas las noticias sobre el SIDA, pero me parece que se pegan muchas fiestas, algunos a costa de nuestra desgracia ¿no? Y los que aquí vegetamos nadie se preocupa de atendernos, sólo fármacos y metadona y no des mucho la lata, pues te "joden" vivo, no esperan a que te mueras, te van "matando" poco a poco, aquí a los tres años, siempre enfermamos (salvo excepciones).

Por ello quisiera pedir aquellas personas y asociaciones que tanto saben pedir, que den un poco, y se interesen más por los que yacemos aquí. A mí si no no me contestáis personalmente, no me enteraré, porque me tienen incomunicado, por decir lo que pienso y sin violencia.

Un saludo cordial,
José

La estrategia del caracol

La sidofobia deja sin local a una asociación de Ponferrada

Hola amig@s de LO+POSITIVO. Desde nuestra asociación queremos contaros lo que nos viene sucediendo desde hace un tiempo en nuestra ciudad.

Caracol es una asociación, formada fundamentalmente por personas seropositivas que viene funcionando en la zona del Bierzo desde el año 94. Desde hace cuatro años tenemos alquilado un piso en una de las calles más importantes de la ciudad. Anteriormente estábamos en un cuchitril de unos nueve metros cuadrados que nos había cedido el Ayuntamiento de Ponferrada. Ya cuando quisimos marcharnos de ahí tuvimos los consiguientes problemas derivados de los prejuicios y la hipocresía de la mayoría de l@s propietari@s de esta ciudad, que no querían alquilarnos sus pisos u oficinas.



Por fin alquilamos este piso situado en la calle General Vives 34 3º A, ya que la dueña le importaba más el dinero que los prejuicios. Pues bien, después de casi cuatro años, l@s vecin@s iniciaron un movimiento en nuestra contra buscando nuestro desalojo. Los comentarios que detrás se fraguaban eran del tipo, "que habían aparecido alguna jeringuilla, que había aparecido orina o excrementos, algún graffiti en el ascensor o alguien que había dormido en el edificio".

Por supuesto, dados los prejuicios y la tendencia a culpabilizar a las personas con VIH/SIDA, l@s responsables éramos nosotr@s. En el lote del desalojo en principio pretendían incluir a unas personas de raza negra que vivían en el segundo (según l@s vecin@s, por escándalo; se fueron rápidamente por miedo a las consecuencias).

Pues bien, contrataron un abogado sin escrúpulos, de esas personas que sólo les interesa el dinero y que suelen hacer de la política un asunto de corrupción y nos demandaron basándose en que los estatutos de la comunidad no permitían la realización de actividades como las nuestras. Señalar que en todas estas historia se han destacado todas las cualidades negativas (bajezas) de las personas que

conviven en el edificio, siendo incapaz ningun@ de ell@s de ponerse a nuestro favor negándose a firmar el acuerdo de la comunidad. Esto lo señalo porque dos de nuestr@s vecin@s, muy conocid@s por nosotr@s ya que han tenido hij@s con problemas de drogadicción y a l@s que personalmente se ha ayudado cuando se estaban rehabilitando, no dieron ningún apoyo. Así mismo, la dueña del piso, que decía estar encantada con nosotr@s fue la primera en firmar, para que no la demandaran a ella, y nunca nos lo comunicó.

Llevamos movilizándonos desde hace seis meses: un sector importante de la sociedad nos apoya, numerosas asociaciones culturales, sociales de vecin@s, sindicatos, además de CESIDA y asociaciones anti-SIDA de todo el estado. El Ayuntamiento ha aprobado por unanimidad una declaración institucional a nuestro favor, comprometiéndose a cedernos un local público.

En el terreno judicial estamos protegid@s, gracias a que todavía hay personas que son capaces de renunciar al dinero por solidaridad y por combatir las injusticias, en este caso un antiguo eurodiputado del parlamento europeo al que le estamos muy agradecid@s, nos lleva el caso.

Seguiremos con nuestra estrategia, la estrategia del caracol, que he titulado como la película de Sergio Cabrera. Aún no hemos ganado, pero estamos poniendo en boca de tod@s el rechazo y la discriminación que existe en nuestro entorno social a lo que es diferente y estamos obligad@s a tomar partido.

Nosotr@s amamos la diversidad, luchamos por el placer de la igualdad y creemos que otro mundo es posible.

Juan Manuel Rego
Asociación Caracol C/ General Vives, 34 3º A
24400 Ponferrada Tel. 987 40 25 51

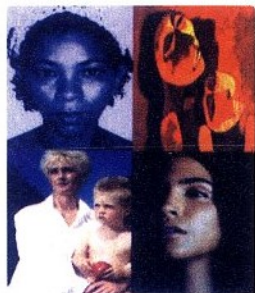
ECLIPSE en el Cirque du Soleil

Cuando Mathew Cusick se incorporó al Cirque du Soleil en 2002 reveló que vivía con VIH desde hacía 10 años. Eso no pareció ser un problema y tras una fase de entrenamientos estaba listo para el estreno de *Mystère* en las Vegas. La compañía le despidió dos días antes del estreno alegando razones de seguridad.

Desde entonces se han sucedido las muestras de protesta y se han multiplicado las peticiones de readmisión o reparación para Cusick. ¿Puede alguien creer que el hecho de que un trapecista viva con VIH es un riesgo para el público? ¿Dónde quedan dos décadas de información y lucha contra el estigma?

Mujeres en Varsovia

Varsovia fue la sede de la 9ª Conferencia Europea sobre el SIDA (EACS, en sus siglas en inglés), que tuvo lugar del 25 al 29 de octubre. A pesar de su nombre y del peso del viejo continente, las presentaciones científicas, en términos de novedades, no fueron como para romper la pena. Al abordar la relación entre el VIH, sus tratamientos y asuntos relacionados con el sexo y el género, sólo se presentaron 9 trabajos específicos sobre mujeres y 6 sobre género. Demasiado poco para un asunto sobre el que, al menos de boquilla, tod@s estamos de acuerdo en que no está contemplado como debería. Como aspecto positivo a resaltar, la cantidad de trabajos presentados por grupos españoles, de los que aquí os reseñamos dos.



Entre las escasas aportaciones sobre aspectos específicos de la infección en mujeres destacan por su interés para nuestro país dos estudios realizados en hospitales españoles.

El primero de ellos ("Los tiempos han cambiado: evolución de la epidemia del VIH en mujeres y hombres", *abstract* 18.3/2), dirigido por el Dr. Suárez Lozano y llevado a cabo en la unidad de enfermedades infecciosas del hospital Infanta Elena de Huelva, con participación de 17 centros de todo el estado, tenía como objetivo establecer las tendencias de la epidemia en el estado español al tiempo que valorar las diferencias de las mismas por sexos.

Se trata de un estudio descriptivo, multicéntrico, basado en la cohorte española VACH entre 1997 y 2001 sobre un total de 5.478 pacientes, de los cuales un 22% eran mujeres.

Los resultados obtenidos en el estudio indican que se ha producido un aumento significativo en la edad de las mujeres en el momento del diagnóstico (un 77% de ellas tenía menos de 30 años cuando fueron diagnosticadas antes de 1995 y ese porcentaje ha descendido a sólo un 40% en 2000).

Otro dato significativo lo constituye el cambio producido en la vía de transmisión: antes de 1995 el índice de transmisión por intercambio de material inyectable entre mujeres usuarias de drogas por vía intravenosa era de un 70%, pasando a partir de esa fecha a ser la transmisión por relaciones sexuales el principal factor de riesgo. Las conclusiones del estudio resaltan que aunque estos dos cambios se han producido tanto en hombres como en mujeres, no se han producido al mismo tiempo en ambas poblaciones, lo cual es indicio de la posible influencia de aspectos de género en estos hechos.

Este estudio viene a confirmar la existencia de cambios importantes en la epidemiología, cambios que habría que tener en cuenta en la elaboración de políticas preventivas. Los resultados también



deberían servir para promover modificaciones en cuanto a la percepción de la población general sobre el riesgo real, ya que todavía pervive la creencia de que el riesgo de transmisión se reduce al consumo de drogas, con lo que se relaja la prevención relacionada con otras prácticas y otras poblaciones.

El otro estudio ("Metáforas del SIDA y atención de enfermería en mujeres embarazadas de diferentes culturas acabadas de diagnosticar"; *abstract* 10.3/3), llevado a cabo por un grupo de enfermeras de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, tenía como objetivo inicial evaluar las diferencias en cuanto a la percepción del SIDA entre mujeres pertenecientes a diferentes culturas.

Se realizó el estudio en mujeres embarazadas a las que se realizó la prueba del VIH durante el embarazo y que resultaron positivas. Se les pasó una encuesta semiestructurada con una batería de preguntas sobre aspectos sanitarios y sociales, y una entrevista posterior sobre la que se realizó un análisis de lenguaje con el fin de detectar sus percepciones sobre el VIH/SIDA. Este análisis se realizó en 8 mujeres procedentes de diferentes entornos culturales: 1 latinoamericana, 4 africanas que no hablaban español ni inglés y 3 españolas. Todas compartían dos factores: que su embarazo era deseado y que resultaron ser positivas a la infección por VIH durante el mismo.

La mayoría de las participantes (7 de 8) compartían una idea similar del SIDA como muerte, vergüenza, crimen y castigo, culpa, temor a la infección del bebé, estigma social y familiar, carga y traición, lo cual lleva a las investigadoras a concluir que el entorno cultural no es un factor de diferencia en cuanto a las percepciones individuales. También señalaron las ventajas del *counselling* y la educación sanitaria en la reducción del sufrimiento y la vergüenza.

FUENTE: Libro de *abstracts* de la 9ª Conferencia Europea sobre SIDA.

REFERENCIA: www.eacs-conference2003.com



La imprecisión del lenguaje

Desde que me enteré que tenía el VIH, me he parado a pensar en lo chocante que resulta que nos llamen seropositivos/as. Ahora tendré que decir: soy seropositiva. Lo mismo que yo había oído decir: Es seropositivo/a.

No sé qué cosa resonaba en mi interior de rechazo hacia tal denominación. La verdad es que yo no me siento que sea un estado serológico andante. Yo siento que soy simpática, inteligente, bajita y todos los adjetivos calificativos que se me quieran poner. Pero calificarme de seropositiva; eso ya no me resulta aceptable. No es algo intrínseco, propio de mi persona. No es ni más ni menos que la consecuencia de la transmisión de un virus. Es decir, algo totalmente ajeno a mí, a mi carácter, a mi personalidad, a mis encantos y a mis defectos. Simplemente no es más que un maldito virus que vive en mi cuerpo de prestado y el día que acaben con él se irá para siempre.

Por lo tanto yo no sé por qué el lenguaje tiende a calificar a las personas con VIH y a etiquetarlas. ¡Es injusto e inaceptable!

Yo, personalmente, prefiero decir: "Tengo el VIH" en vez de: "Soy seropositiva". No es lo mismo "tener" que "ser". Quizá se me tache de exagerada, pero sinceramente, yo me siento mejor usando la primera frase.

Si "tengo" algo es porque lo he adquirido y me puede gustar o no y hacerlo mío o no y que forme parte de mi vida o no. Puedo hasta deshacerme de ello, si dejo de quererlo. Aunque del VIH no me puedo librar, si lo puedo combatir con la medicación. Es decir puedo decidir sobre él. Mientras que si yo "soy" algo parece que forme parte de mí de manera más íntima y profunda; de manera más indisoluble, más genuina.

Yo pienso que esta forma de utilizar el lenguaje es equivocada y contribuye más aún a estigmatizar a las personas. ¿Verdad que no se dice: Es canceroso, infartoso, hepatítico, alzheimeriano, cirrótico...?. Sino: tiene tales enfermedades. No sólo ocurre esto con el VIH, también pasa con las personas que tienen diabetes, hemofilia, hemoplejías y seguramente algunas más. Se dice: Es diabético, hemofílico, hemoplégico, etc...

Yo no soy lingüista y no sé si esta manera de utilizar el lenguaje entra dentro de las normas académicas. Sea apropiado o no, no me importa mucho; y ya puestos en el tema podían decir algo al respecto. A los lingüistas me refiero. Digo que no me importa mucho la corrección lingüística, pero lo que sí me importa son los sentimientos de tod@s nosotr@s. A mí no me gusta que me digan: "es seropositiva", aunque sea sin intención de calificar o de etiquetar.

Ya sé que la costumbre y la inercia hace que la gente lo diga "alegremente" y en lo que menos se piensa es en que pueda molestar. Tod@s nos acostumbramos a que sin darnos cuenta vayan quedando posos muy sutiles y que pasan inadvertidos. Pero no dejan de ser usos que reflejan una estigmatización, que por otro lado se intenta contrarrestar a muchos niveles, oficiales o no, con campañas o declaraciones grandilocuentes, que no dejan de ser puntuales y pasajeras, pero que no calan en lo profundo de la cotidianidad.

Cambiando lo cotidiano, lo que se repite día a día, los pequeños detalles, es lo que genera transformaciones reales; y en el mundo del VIH necesitamos transformaciones radicales de mentalidades.

No sé si otras personas con VIH son tan susceptibles como yo o lo sienten de la misma manera. Son pequeños detalles que sin casi percibirlo hacen que nosotr@s mism@s nos conformemos con una condición que parece que nos defina, que nos encasilla en una especie de submundo que no es donde están los otr@s y crea como un sentimiento de no pertenencia al grupo.

"Ahora que tengo el VIH, ya no soy como los demás". Y por lo tanto me siento excluido y me aílo. Por otro lado, el grupo también genera exclusión una vez que conoce la serología positiva de alguien (despidos laborales, etc...). Yo no sé si esto tiene arreglo o lo tendrá algún día. Pero lo que sí sé, es que somos nosotr@s los que no tenemos que autoexcluirnos y al menos intentar que los demás no lo hagan.

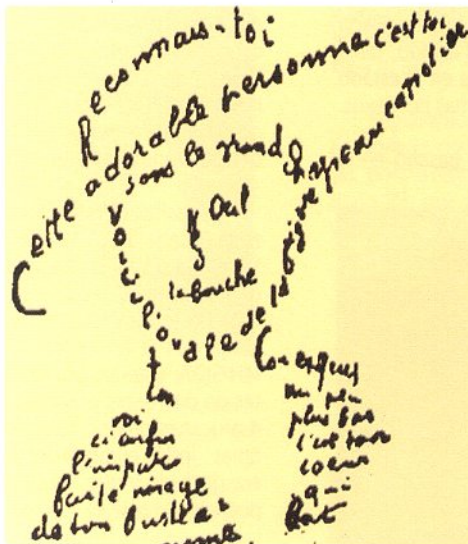
El uso del lenguaje desvela el pensamiento del que lo utiliza. En como habla la gente del VIH se siguen detectando muchas incomprendiones, intolerancias y sobre todo desconocimiento. Es más; pienso que incluso cuando no se habla o se habla poco, también se desvelan las pocas ganas de afrontar el VIH. Hablar del VIH en fechas señaladas, tampoco acostumbra a la gente a tomarlo como un tema cercano.

En los medios de comunicación tendría que estar más presente el tema del VIH; no sólo con noticias médicas puntuales sino con temas de debate y opinión que abarcaran más allá de lo estrictamente médico o científico. Muchas de las cosas que salen en esta revista por ejemplo, podrían ser tema de artículo de periódico o crónica de semanario o debate de televisión y no quedarse circunscritas a esta publicación, que siendo necesaria e imprescindible, sólo llega a un número limitado de personas.

Aquí dejo abierto el tema: ¿es el uso del lenguaje una constatación más de la discriminación de las personas con VIH?

¿Haría falta más debate, más corrientes de opinión en los medios de comunicación para hacer más visible y más palpable que el VIH está presente en nuestra sociedad?

La gente joven, ¿tiene algo que decir? Me despido con un beso.



El valor de vivir

Este puede ser un buen momento para hablar del valor de vivir, del valor de vivir con VIH. Lo cual puede ser leído en un doble sentido. Por un lado, el valor que tiene el hecho de vivir para un niño que nace infectado por el VIH, del valor que toma la vida cuando cada día vivido con el virus, las pastillas y demás es un logro. Pero también del acto de coraje que supone vivir hoy con VIH teniendo en cuenta la estigmatización que ello sigue suponiendo muy a nuestro pesar.

Est@s chic@s necesitan un entorno suficientemente sólido para acogerl@s y dar respuestas a sus necesidades específicas que a menudo pueden ser diferentes. Un entorno de personas, servicios e instituciones que les atiende, ya que el hecho de vivir con VIH puede llevarl@s a necesitar más apoyo y más soporte en momentos concretos.

A pesar de su juventud, su vida se ha convertido en una apuesta arriesgada y en el coraje de creer en un futuro. Lo que más necesitan l@s niños y l@s jóvenes que viven con VIH para esta apuesta es respeto. Entendemos el respeto como el hecho de tratar a otra persona de igual a igual sin encerrar ningún tipo de desigualdad y de considerar su situación personal con atención para comprenderla, interesarse y comprometerse en aquello que pueda llevar a su mejora o incluso resolución.

La cuestión es si realmente vivimos en un entorno que permita cultivar este respeto como una base para la convivencia. En los últimos tiempos, demasiados acontecimientos parecen poner en evidencia que algunos valores están en crisis.

Se dice por ahí que hay una crisis de valores, sobre todo cuando se habla de los problemas de la juventud. Pero quizás es mejor y más real pensar que son los valores los que están en crisis y más concretamente ciertos valores. Sí, sí, pero realmente ¿qué son los valores? Los valores son una expresión formal de una manera de hacer, de ver y sobre todo de justificar las cosas. De esta forma consideramos los valores como una parte de las estrategias que seguimos para la acción más que una mera declaración de principios (S.Cardús, 2000).

En nuestra vida cotidiana tomamos decisiones constantemente, y lo hacemos de acuerdo a las formas de hacer que hemos aprendido y experimentado. Así, seguimos opiniones que son el resultado de una reflexión seria e informada o también, incluso más a menudo, seguimos opiniones fruto de prejuicios e ideas injustificadas.

Y hablar de infancia y de futuro quiere decir hablar de educación obligatoriamente. Para plantearnos este futuro de respeto para l@s niños que viven con VIH deberíamos apoyar y favorecer una educación asentada en la reflexión y el diálogo permanentes, un espacio que dé cabida a la diferencia y a la resolución de conflictos. Una educación con y en valores.

La educación en valores se concibe y se entiende como una transmisión de actitudes básicas, una transmisión ligada fuertemente a la experiencia. Tal idea de educación va más allá de la clase de ética de un jueves por la mañana en escuelas e institutos y debe llegar hasta los ratos de recreo, en los partidos de fútbol, por ejemplo,...donde las actitudes que se viven acostumbran a ser ojo por ojo, la ley del más fuerte o incluso llegar a creer que ser de otro equipo puede merecer la muerte. De este modo, las asignaturas de ética, las campañas a favor de la solidaridad, la paz o la tolerancia, se convierten en rituales de exorcismo de los problemas que tiene la sociedad, pero no transmiten actitudes que se puedan convertir en acciones. Para ello necesitamos compartir y transmitir actitudes como

- ▶ juego limpio,
- ▶ respeto a la confidencialidad,
- ▶ generosidad franca,
- ▶ placer de la coherencia,
- ▶ curiosidad por lo diferente o desconocido,
- ▶ humildad de saber perder, la humildad de saber ganar,
- ▶ confianza en la palabra de otra persona,
- ▶ interés por lo ajeno, etc.

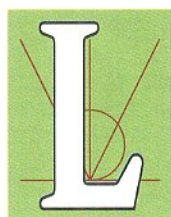
La educación en valores está directamente ligada a la mismísima experiencia y sobre todo al ejemplo, por lo tanto no tiene nada que ver con sermones sino con el tiempo compartido y la convivencia entre personas diferentes.

Para las nuevas generaciones que viven y vivirán con VIH en un sentido lo más amplio posible, la educación en valores para un futuro lleno de respeto requiere apostar por un objetivo atrevido: dar y transmitir el coraje necesario para pensar en el futuro e inventar uno de nuevo.

Así, educar se convierte en una invitación a inventar nuevas maneras de actuar y vivir, donde el respeto por un@ mism@ y l@s demás nos brinde la posibilidad de prestar atención a l@s niños que viven con VIH, comprender su situación, interesarnos por sus necesidades y comprometernos en la elaboración de respuestas creativas.



El acceso a los antirretrovirales en Bolivia



La industria farmacéutica lanza al mercado medicamentos cada vez más eficaces para controlar el VIH, los métodos de diagnóstico y seguimiento son cada vez más confiables y millones de personas que viven con VIH y SIDA (PVVS) centran sus esperanzas en poder acceder a los nuevos avances de la ciencia.

Mientras que en los países desarrollados se habla del VIH/SIDA como una enfermedad crónica más y de las dificultades de la adherencia a los ARV, en Bolivia gran parte de la población sobrevive para obtener la alimentación cotidiana, con la incertidumbre y la angustia de no tenerla al día siguiente.

En Bolivia, hablar de acceso gratuito y sostenido a los antirretrovirales (ARV) es ilusorio, lejano y quizás utópico. Pero, no faltan los discursos políticos y las promesas de las "autoridades" que manifiestan que "estamos haciendo todo lo que podemos para que la próxima semana ya se cuente con los medicamentos", "sólo falta la firma del viceministro", "ya llegamos a acuerdos con Brasil", etc. Para terminar, agregan: "Quede claro que el VIH/SIDA es un problema prioritario para el gobierno".

Mientras tanto, las personas que requieren ya el tratamiento se sienten angustiadas al sentir que la muerte los acecha. Algunas organizaciones que trabajan en la atención médica a las PVVS se sienten impotentes ante la ausencia de medicamentos y la imposibilidad de asegurar al menos un año el tratamiento.

En Bolivia, se registraron 998 personas diagnosticadas con VIH hasta diciembre del 2002. Las estimaciones de los organismos especializados son diez veces más que estas cifras. La mayoría fue diagnosticada en fase tardía y el 43% ya falleció. Según una encuesta nacional a las PVVS, sólo el 3,7% tiene acceso a un esquema de triterapia aceptado por la OMS, que se obtuvo por donaciones de amigos y ONG que reunieron pastilla a pastilla de pacientes que cambiaron el tratamiento en algún país desarrollado.

El Estado no tiene una política de acceso sostenible de medicamentos ARV. Sólo busca donaciones de otros países, pero no garantiza la continuidad. Las medidas cautelares solicitadas por 52 PVVS

ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la OEA en octubre de 2002, para que el gobierno boliviano asuma su compromiso ante las Naciones Unidas de conseguir el acceso gratuito de ARV tampoco se cumplió. Sólo existen promesas de dar respuestas a las medidas cautelares y durante esta espera ya fallecieron 11 PVVS en 8 meses.

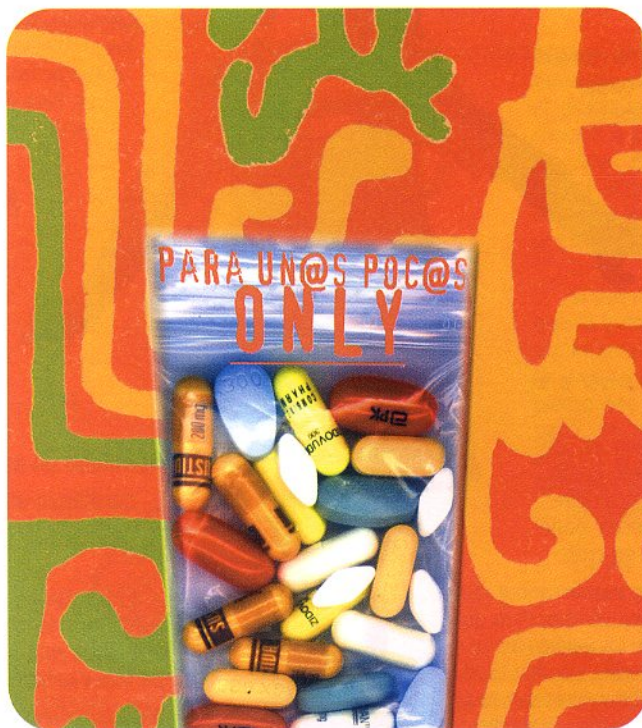
Sin duda alguna, el tratamiento con ARV es caro, pero a pesar de ello, los beneficios compensan la inversión. En 1996, Brasil gastó en medicamentos 34 millones de dólares, en 1997 aumentó este presupuesto 10 veces más. Gracias a esta inversión se evitó hospitalizar a 47.332 personas en 1998, lo que representó un ahorro de 100 millones de dólares.

Lamentablemente nuestras autoridades se limitan a observar sólo el costo de los medicamentos y no ven el problema global a medio plazo que representa el VIH/SIDA, porque los costos hospitalarios serán enormes por enfermedades oportunistas, internaciones prolongadas y frecuentes, disminución de la fuerza laboral, defunciones, aumento de niños huérfanos, etc.

Sin el acceso a medicamentos ARV y tampoco para el tratamiento de enfermedades oportunistas, el derecho a la salud de las PVVS está siendo vulnerado. Lamentablemente las defunciones seguirán aumentando, no sólo por la

falta de medicamentos, sino también por las malas condiciones de vida, higiene, la discriminación de nuestra sociedad y la indiferencia del Estado. El IDH – SidAcción Bolivia, como organización que atiende a las PVVS, nos sentimos frustrados, impotentes en nuestras acciones y con la bronca de no poder aliviar de manera más efectiva el dolor de nuestros semejantes.

*Médico responsable de la formación del personal de salud y de la atención de PVVS
Instituto para el Desarrollo Humano – Programa SidAcción



La innovación secuestrada



ería a finales de la década de los 80 cuando un sabio profesor, sutil con las palabras y las ideas, José María Valverde, nos hacía notar que si existían países subdesarrollados (en esa época no se había acuñado el eufemismo en vías de desarrollo) es porque había países subdesarrollantes; otro no menos sabio, Noam Chomsky, tilda de estados canallas a los países que coartan el desarrollo de otros. Si repasamos el acceso a la medicación antirretroviral en los últimos diez años, podremos fácilmente detectar en Occidente actitudes cicateras y una contumaz indiferencia ante la mayor crisis sanitaria de la historia.

En efecto, Occidente ha ideado, desarrollado y dado vida y forma a unos dieciséis medicamentos vitales en quince años trepidantes. No obstante, olvidando que la salud es un bien global, las multinacionales occidentales con la connivencia de organismos y gobernantes han mantenido esta innovación férreamente secuestrada. ¿El precio del rescate? Las ingentes sumas de dinero con las que se costean los tratamientos antivirales, de los que por razones de solvencia económica queda excluido un 95% de las personas que viven con VIH en el mundo.

Potentes patentes

Si buscamos respuestas a preguntas como ¿por qué llegan tan pocos fármacos a los países en desarrollo? o ¿por qué sólo oigo noticias desesperantes sobre el SIDA en África si creo que ya se están produciendo genéricos? tendremos que adentrarnos en el proceloso mundo de los derechos de propiedad intelectual, sumergirnos en mares de siglas: OMC, ADPIC, FGST y hasta viajar a ciudades exóticas como Doha o Cancún.

Cualquier producto farmacéutico con un nuevo principio activo se denomina invención de empresa o preparado original. Antes de salir al mercado recibe una 'protección anti-copia', una patente.

En la actualidad, las patentes medicinales se encuentran reguladas por los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC o TRIPS, en sus siglas en inglés) establecidos por la Organización Mundial del Comercio (OMC). Los ADPIC requieren que los países integrados en la OMC aprueben regímenes de patentes que garanticen la protección de todas las innovaciones tecnológicas—incluyendo los fármacos empleados para tratar el VIH/SIDA—por un período de veinte años.

Entre los que defienden a ultranza las patentes—no sólo la existencia, sino también su endurecimiento—encontramos a representantes de la industria. En su opinión estimulan la investigación y son indispensables para amortizar las cantidades invertidas en Investigación y Desarrollo (I+D) necesarias para la obtención de un medicamento original. Para conseguir un nuevo antirretroviral, por ejemplo, son necesarios entre 500-800 millones de euros y puede llevar entre 7 y 9 años.

Sus detractores afirman que la suma es exagerada y argumentan que buena parte de la inversión está cubierta con fondos públicos, existen convenios con universidades públicas y parte del coste de I+D es deducible de impuestos; añaden, además, que la industria farmacéutica gasta tres veces más en administración y mercadotecnia que en I+D.

Sea como fuere, el debate de las patentes está ahí y ha dado pie a reflexiones interesantes: «Patentar recursos bioquímicos/genéticos y conocimiento agrega una instancia inédita a la historia de la humanidad. No sólo la vida en sí, la "materia orgánica" o el material genético ha dejado de tener especificidad y singularidad y se ha

constituido en la materia prima de la biotecnología y la ingeniería genética, sino también el conocimiento, que es esencialmente parte constitutiva colectiva del ser humano, ha pasado a ser reclamado como propiedad privada y objeto monopolista de comercio.»⁽¹⁾

Pacientes impacientes

La situación de injusticia flagrante o "la parodia de los derechos humanos a escala mundial" en palabras de Nelson Mandela lleva años siendo contestada en todo el planeta.

Desde programas comunitarios de tratamiento como el de Kayalitsha en Suráfrica, a la consecución de antivirales a través de medidas cautelares o recursos de amparo empleados por los activistas como es el caso de Colombia o Costa Rica; de furiosas campañas de acceso global (en inglés www.globaltreatmentaccess.org y www.healthgap.org) al inteligente ensamblaje como grupo unitario de presión de sesenta y siete países en el Grupo Internacional de Preparación al Tratamiento; pasando por la creación del Fondo Global para Combatir el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria www.theglobalfund.org/es/ (véase también artículo en LO+POSITIVO#24).

Todas las acciones hasta la fecha buscaban conseguir el acceso universal a medicamentos básicos, cosa que parecía haberse alcanzado en la IV Conferencia Ministerial de la OMC celebrada en Doha, Qatar, en noviembre de 2001.

En la famosa e incumplida Declaración de Doha se da prioridad a la salud pública frente a las patentes y en los ADPIC se incluyen salvaguardas para los países en desarrollo: las licencias obligatorias en casos de emergencia de salud, las importaciones paralelas y las estrategias para acelerar la introducción de genéricos.

En una próxima entrega veremos como 'los estados canallas' empiezan a echarse atrás en los compromisos adquiridos e intentan limitar la lista de medicamentos esenciales, al tiempo que complican hasta el infinito la burocracia en las importaciones paralelas.

No obstante, hay luz al final del túnel. La contundente actitud del gobierno brasileño y su éxito innegable, los vacíos legales empleados por empresas indias hasta convertirse en superproductores de genéricos de calidad y la unánime decisión de conseguir 3 millones de personas en tratamiento para 2005, pueden servirnos de acicate.

(1) *De Río a Cancún: los derechos de los pueblos no son negociables*, Silvia Rodríguez y cols. Fundación Heinrich Böll. Berlín 2003



Colm Tóibín: el SIDA como enseñanza moral

Escritor y ensayista irlandés, Colm Tóibín pasa largas temporadas en España desde que tras licenciarse descubrió Barcelona, de la que quedó fascinado. Fruto de ese encantamiento es su *Homage to Barcelona*, recientemente traducido al catalán. Pero Tóibín es sobre todo el fabulador contemporáneo del SIDA entre gays y su impacto moral y social sobre nuestras formas de vida. Con un técnica cada vez más depurada, emplea a fondo y sin tapujos el valor edificante que sin duda para él ha supuesto la crisis de la pandemia.

Un canto a la solidaridad entre positivos

Crónica de la noche. Emecé.

Entra con suavidad, utilizando una narrativa bella en su sencillez, y justo cuando parece estar a punto de caer en la monotonía, abre la puerta al amor, el dolor, el miedo y la esperanza. *Crónica de la noche* es una novela que te gana por su ausencia de pretenciosidad y que te explica, con los atributos justos, una historia personal que acaba siendo una historia de todos: la de la solidaridad entre personas viviendo con VIH.

Richard Garay es un medio argentino medio inglés estrechamente vinculado a una madre instalada en su propio mundo, el de una idealizada Gran Bretaña dejada atrás hace muchos años. Ella, incapaz de entender las visiones de la vida de quienes la rodean, decide limitarse a ver pasar el tiempo que le queda hasta una plácida muerte.

Richard será un niño sin apenas amistades, con su sólito amor adolescente imposible y las desazones al sentir su orientación homosexual. Para el contexto, la Argentina de los años 80 (con el inciso temprano de una corta pero intensa visita a Barcelona), son desazones asumidas con una sorprendente facilidad, algo que podría deberse a su educación inglesa, poco dada a los apasionamientos (sólo se permitirá uno al comprar impulsivamente una casa demasiado cara, como una premonición de lo corta que puede ser la vida y cómo hay que disfrutarla).

Es también el narrador, y por este punto de vista se entiende un cierto maniqueísmo en las situaciones que experimenta con terceros. Los amantes argentinos serán sórdidos, y sólo conocerá el amor al cruzarse con la oveja negra de una familia rancia que ha pasado una larga temporada en EE UU. También es estadounidense un matrimonio al parecer compuesto por dos benignos agentes de la CIA instalados temporalmente en Buenos Aires y que son su verdadera conexión con el mundo exterior, sobre todo ella; y lo serán una pareja gay de visita que será su choque con la realidad del SIDA y el médico que le atenderá cuando se le manifiesten los primeros síntomas.

En cambio, los argentinos de la novela son zafios, corruptos e indiferentes ante la catástrofe que se les avecina. El protagonista cede una vez a la tentación del soborno, pero quedará tan apesadumbrado que decidirá cortar radicalmente con esa práctica.

Tóibín, cierto, retrata esta historia de la noche bonaerense sin aspavientos, desnudándola de adjetivos, pero lo hace marcando a los personajes: el SIDA se le manifestará a Richard en el transcurso de una absurda experiencia sexual buscada por despecho amoroso y durante la cual probará por primera vez la cocaína. El autor irlandés no pudo evitar fruncir el ceño, expeler un aire moral (¿o moralista?) sobre el sexo y las drogas. ¿Será la vieja educación católica de la muy

católica Irlanda? El SIDA, en fin, acaba dando un sentido trágico y solidario, pero sentido al fin y al cabo, y devolviendo el amor a una vida anodina.

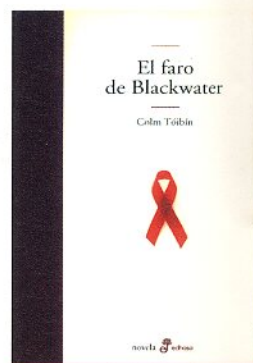
Cosas que nunca te dije

El faro de Blackwater. Edhasa.

En la contraportada de la edición española de *El faro de Blackwater* se reproduce una cita del rey británico de la sátira universitaria, el inigualable pero ya un poco repetitivo David Lodge, que reza: "Puede recordar a Hemingway, pero tiene más sentido del humor". Hace referencia, claro, a Tóibín, y éste su libro más celebrado. Choca esta observación de Lodge, porque en *El faro de Blackwater* se detectan ironías, algunas muy agudas, y se dejan deslizar sarcasmos muy amargos, pero humor, lo que se dice humor, está más bien ausente.

Y es que la historia de los, o mejor dicho de las, Devereux, se toma a ratos un respiro, pero es fundamentalmente trágica, y por muy optimista que uno sea, poco amable. Tres generaciones de mujeres –abuela, madre e hija–, hilan una historia que el narrador ofrece desde la óptica de la más joven, aunque ya con sus propios hijos pequeños. Las tres, aunque sobre todo madre e hija, tendrán que enfrentarse a su propio pasado y a unas relaciones viciadas cuando el único varón superviviente de la estirpe –Declan, gay y promiscuo, para más señas– se le caiga literalmente encima agonizando de un SIDA en la era previa a las combinaciones.

En esta obra, Tóibín gana en robustez literaria a costa de la ternura, y el relato de los últimos días de Declan es un devenir imparables hacia lo que parece un fatal desenlace –descrito con un pulso firme, estremecedor–, que es difícil no dar por predestinado. La frialdad casi sórdida de las relaciones entre las Devereux –una impresión agravada por una traducción al español pésima, como para que te devuelvan el dinero– sólo chirría en algún momento ante la presencia de dos amigos de Declan, antítesis uno del otro, pero gays formales emparejados al fin y al cabo y seronegativos, no como el culo perdido del benjamín de la familia. El escritor irlandés apenas esconde su mencionada visión moral del amor gay: es el libertino Declan el seroconvertido, y no sus sacrificados –en honor de su compañero enfermo– colegas, que para más heroicidad son además sus cuidadores principales, una suerte de familia sustituta, cuya presencia es fuente



de tirantez con la familia digamos oficial hasta que ésta se rinde. Es más, uno de los amigos, Paul, el más entregado, como prueba de amor a un francés con un trauma bastante infantil, que más que un amante en mi opinión necesitaría un terapeuta o dos bofetadas, según se mire, busca y consigue la bendición sacramental del matrimonio en una ceremonia clandestina oficiada por un atrabillario sacerdote: trauma solucionado.

La crítica entendida dice que *El faro de Blackwater* es la obra maestra de Colm Tóibín. No cabe duda de que la fuerza, el ritmo e incluso el color de las palabras han madurado respecto a *Crónica de la noche*. Pero allí donde el SIDA sólo se apunta como eje redentor de una vida sin sentido, aquí surge como detonante de una catarsis entre mujeres inmaduras que sólo han sabido hacerse daño. ¿De verdad nos ha hecho falta el SIDA para darnos cuenta de tantas cosas?

www.colmtoibin.com

Colm Tóibín cuenta con una elegante página web en internet. El sobrio color burdeos es ideal para decorar este homenaje a sí mismo que incluye biografías, reseñas, enlaces, ensayos, críticas, entrevistas en prensa, radio y televisión, la agenda de sus apariciones públicas en las próximas semanas y hasta ¡un foro especializado! Aunque algo dejada en las actualizaciones y poco precisa en algunos datos (las traducciones, por ejemplo), los incondicionales del autor irlandés experimentarán un placer indescriptible al visitarla.

El hombre del sombrero rojo

Nacido en 1955, Hervé Guibert murió de SIDA en París en 1991. Fotógrafo reconocido, crítico cultural en el diario *Le Monde*, se le conoce sobre todo por sus libros autobiográficos, en parte póstumos, que cuentan minuciosamente su combate contra la enfermedad.

Quería disimular su calvicie incipiente debajo de un sombrero elegante levemente calado en la cabeza...

Así se asoma Hervé Guibert por la portada de *L'homme au chapeau rouge* (una posible traducción al español sería *El hombre del sombrero rojo*), tercer volumen de su historia personal iniciada por *Al amigo que no me salvó la vida* y continuada por *El protocolo compasivo*. La foto en blanco y negro de Hans Georg Berger que le quita el color sangriento a la prenda no deja de sorprender. Hervé con un libro de tapas claras bajo el brazo y el cuello ceñido por una bufanda está mirando por la ventana un paisaje de contornos borrosos. La claridad del ojo, el perfil agudo de la oreja y la ventana de la nariz entreabierta lo manifiestan como un *ecce homo* contemporáneo abierto al mundo y expuesto a la vez a la manera de esas estatuas vivas de Clara y la penumbra de José Carlos Somoza.

De hecho, en algo menos de ciento cincuenta páginas, el libro nos brinda la quintaesencia de la experiencia vital guibertiana. Las sesenta y nueve secuencias que lo ritman oscilan entre las *Cosas vistas* de Victor Hugo y los *Apuntes de Malte Laurids Brigge* de Rilke. Más que un diario, es un calidoscopio humano, entre realidad y ficción, placer y dolor, deseo y angustia. Hervé juega con los nombres -Juliette, Lena, Jules, Aivasouski, Tartirius...- como si fueran objetos -«Acababa de preguntarle a Lena lo que significaba su nombre en ruso y me había contestado que era el nombre de un río»- y, en cambio, da vida a los lienzos entrevistados, anhelados poseídos: «El cuadro iba conquistando mi deseo. Lo reconocía como un objeto familiar, una posesión de toda la vida». La ciudad, detestada cuando se asimila a un quirófano, le encanta como laberinto estético: «me acuerdo de cada autobús que me ha permitido descubrir un cuadro». Por muy paradójico que sea, los cuadros tan inmóviles como su retrato de portada le permiten viajar, mudar y hasta travestirse. Cuenta que un día, en una galería, se hizo pasar por un *art dealer* (marchante) estadounidense, un tal Keith y que la estafa le provocó

un placer desconocido. Al desmenuzarlo, la experiencia del dolor le acerca a los retratos en miniatura como si fueran espejos de Dorian Gray: «un exvoto siciliano que había descubierto diez años atrás en Palermo, un perfil de muchacho con el cuello, mi cuello que habían abierto en busca de una prueba de un linfoma». Empero no se contenta con esa apariencia fugaz por estática, quiere experimentarla y por eso no le basta la realidad de los frecuentes contactos con el famoso pintor Balthus que se convierten pronto en una especie de acoso desenfrenado y decepcionante. La va sustituyendo por la fantasía de una visita al estudio de Yannis -*incipit* de su odisea literaria - *in absentia*: «Me gustaba Yannis. No se trataba de una atracción erótica. Me fascinaba su obsesión de sí mismo [...] Me observaba a través de ese hombrecito genial, verdugo de su obra y loco por sí mismo». Y acaba - ¿o empieza? - por soñar la vida como si fuera una obra de arte frágil y violenta a la vez, confiriendo a su *amour des garçons* un tinte placentero de eternidad: «Hay pandillas de jóvenes en mi barrio que regresan en moto a las cinco de la mañana. Me moriría por estar con ellos en una de los motos en vez de dormir en mi cama.» Al final del libro, Hervé nos confiesa que ha perdido unas cincuenta páginas de su manuscrito en un aeropuerto y que aunque se las sabe de memoria no podrá reproducirlas porque una vez escritas las cosas le parecen definitivamente borradas.

El hombre del sombrero rojo se ha ido pero nos ha dejado esas ciento cincuenta páginas con la promesa de las cincuenta perdidas como un testimonio sutil de que, más allá de nuestras vidas, pervivimos gracias a la contemplación del arte.

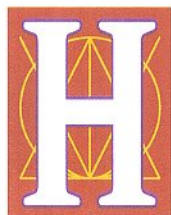
1. Hervé GUIBERT, *L'homme au chapeau rouge*, París, Gallimard Folio, n.º 2647, 1992. Las traducciones al español son mías.
2. Planeta, 2001.
3. "Había salido rumbo a Corfú para reunirme con el pintor Yannis"

L'homme au chapeau rouge



Dinero para el SIDA no para IRAK

**Carta abierta al Presidente del Gobierno Sr. José María Aznar
Presidencia del Gobierno. Palacio de la Moncloa. Madrid**



**Cc: Medios de comunicación
22 de octubre de 2003
Sr. Presidente:**

Hemos sabido por los medios de comunicación que el Consejo de Ministros que usted preside acaba de aprobar una ayuda conjunta de 300 millones de dólares destinados a la reconstrucción de Irak.

Permítanos expresarle que tal decisión nos ha provocado un profundo disgusto. Sin duda, Irak necesita de fuertes inversiones monetarias para volver a dotarse de infraestructuras y servicios que permitan su desarrollo y aseguren el bienestar de su población, pero creemos que para alcanzar este objetivo bastaría con que se devolviera a los iraquíes la soberanía sobre sus recursos naturales. Según prestigiosos economistas como Jeffrey Sachs, catedrático de la Universidad de Columbia en EE UU, si las tropas ocupantes salieran del país y se restituyera un gobierno propio reconocido, Irak podría obtener fácilmente y a corto plazo 10.000 millones de dólares anuales derivados de los beneficios de la venta de petróleo, y también podría beneficiarse de donaciones dotadas con el ahorro que supondría la retirada de los ejércitos extranjeros, entre ellos los españoles, de su territorio.

Por el contrario, necesitamos mucho más dinero para abordar la crisis mundial provocada por el SIDA y otras enfermedades transmisibles. El Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, una iniciativa unánime de Naciones Unidas, y en consecuencia respaldada por su gobierno, se encuentra en la bancarrota por la reticencia de los países industrializados a cumplir sus compromisos económicos. Hace poco más de un año, España comprometió 50 millones de dólares para la primera fase del Fondo Global, la del 2002-2003: esto no es suficiente. Además, el gobierno que usted preside todavía no ha hecho público ningún compromiso de donación

respecto a las siguientes rondas del Fondo para 2004 y 2005, pese a la gravedad del problema de salud y de seguridad con que nos enfrentamos.

Su vicepresidente y Ministro de Economía, Sr. Rodrigo Rato, ha declarado que la contribución española a la reconstrucción de Irak -los 300 millones de dólares que mencionamos- está de acuerdo con el peso porcentual de nuestro país en la economía mundial. Si nos basamos en un riguroso estudio de la ONG Ayuda en Acción, al tener en cuenta dicho peso porcentual -del que usted se siente tan orgulloso-, la contribución inicial de España al Fondo Global tendría que haber sido de 12 millones más, hasta llegar a los 62, y la próxima aportación, si aplicamos el criterio de progresión consensuado por la comunidad internacional, de 269. Estamos hablando pues de 281 millones de dólares, 19 menos que los que su gobierno quiere aportar innecesariamente a Irak.

Se trata de un asunto muy grave y urgente. Cada día 8.500 hombres, mujeres y niños mueren de SIDA en el mundo. Cada día se producen 14.000 nuevas infecciones por el VIH, el virus que causa el SIDA. Según estimaciones de los organismos internacionales, hacia 2010, a los 42 millones de personas que viven con la infección por VIH en el mundo se agregarán otros 45 millones, y se calcula que para entonces habrán fallecido 80 millones de personas.

Por ello, porque no podemos eludir nuestras responsabilidades ante la magnitud de esta catástrofe mundial, le rogamos encarecidamente, como ciudadanos y ciudadanas de este país, que proponga al Consejo de Ministros que revoque la decisión de donar 300 millones de dólares a la empresa de reconstrucción de Irak y que destine en cambio dicha partida al Fondo Global de Naciones Unidas de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Atentamente,

Adhesiones de Entidades

•RED2002 de ONG SIDA •FAUDAS (Federación Estatal de Asociaciones de Personas Afectadas por las Drogas, el VIH y Grupos Afines) •FADSP (Federación de Asociaciones en Defensa y Mejora de la Sanidad Pública) •Foro Español de Activistas de Tratamientos (FEAT) •Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) •Creación Positiva •Actua Vallès •VIH-DA Associació •SIDA-Studi •Comitè 1er de Desembre - Plataforma Unitària d'ONG SIDA de Catalunya •VIHVIR-HUESCA •Plataforma Popular Gay (PPG) •ASUT-Ourense (Asociación de Usuarios Ex-Usuarios y Técnicos en drogas)

•ALAS Mallorca •ACASGI (Asociación Ciudadana Anti-Sida de Gipuzkoa) •ASAUPAM-AUPA'M •Associació Ciutadana Anti-Sida de Catalunya •A.C.A.S. Olot (Girona) •Comité Ciudadano Anti-SIDA de Asturias •Asociación Itxarobide •Asociación Genera •ACAS (Associació Comunitària Anti-Sida) Alt Empordà - Girona •RAIS EUSKADI (Gipuzkoa) •Comisión Anti-SIDA de Bizkaia •Plataforma de Reivindicación por los Derechos de las Personas con Problemas de Drogas (Catalunya) •Asociación Ciudadana de Lucha contra el Sida y Autoapoyo a los Afectados T-4 de Bilbao.

Adhesiones personales

•Mª José Vázquez (Barcelona) •Ussi Sebastián (Barcelona) •Agnès Capera (Barcelona) •Esther Estallo (Barcelona) •Georgina Fabrès (Barcelona) •Joan Tallada (Barcelona) •Jaume Fabrès (Barcelona) •Xavier Franquet (Barcelona) •Carlos Alberto Biendicho (Madrid) •Hugo Borrachina (Madrid) •Juanse Hernández (Barcelona) •Gerardo Holgado (Córdoba) •Lierni Irizar (Guipúzcoa) •William Mejías (Barcelona) •Alicia Molina (Barcelona) •Carme Olivé (Barcelona) •Enrique Rodríguez (Zaragoza) •Pedro Sánchez (Barcelona) •Miquel Torres (Barcelona) •Marion Zibelli (Barcelona) •Miguel Ángel Vázquez (Barcelona) •Juan Carlos Pueyo (Huesca) •Abdou Mawa Ndiaye (Barcelona) •Elisenda Polinyà (Barcelona) •David Brunet i García (Barcelona) •Xavi Millán Cañamares (Barcelona) •Xavier Costas (Barcelona) •Miriam Tintoré (Barcelona) •Mònica Aparici Guirao (Barcelona) •Jesús Edison Ospina Valencia (Barcelona) •Montse Pineda (Barcelona) •MªLuisa García (Barcelona) •Victor Feijoo Fernández (Ourense) •Isabel Iglesias Quintana (Ourense) •Mª Josefa Castro Rodríguez (Ourense) •Ramón Carbajales Lage (Ourense) •Federico Bragado Trigo (Ourense) •Michel Bourret (Barcelona) •Charles McCarthy (Barcelona) •M. Mar Alcalá Miravalls (Madrid) •Susana Poch (Gipuzkoa) •Olga Monistrol (Barcelona) •Ane Lasa (Gipuzkoa) •Paki Lucha (Gipuzkoa) •Sonia Mayordomo (Bizkaia) •Xavier Sánchez Pretel (Barcelona) •Ana Fábregas (Barcelona) •Enrique Góngora (Barcelona) •Mª Dolores Rodríguez (Madrid) •Ana Fernández Montraveta (Barcelona) •Helena Aulina Quintana (Olot, Girona) •Eva Aulina Quintana (Olot, Girona) •Fina Aulina Quintana (Olot, Girona) •Gemma Serra Collelldevall (Olot, Girona) •Cristina Castells Jimenez (Olot, Girona) •Patricia Vaquero Aulina (Olot, Girona) •Ana Isabel Serrano Ruiz (Olot, Girona) •Maikel Vallejo Oller (Olot, Girona) •Clara Aulina Ros (Olot, Girona) •Pere Aulina Toronell (Olot, Girona) •Pilar Quintana Sala (Olot, Girona) •Lluisa Toronell Cuscot (Olot, Girona) •Anna Puig Tarradellas (Olot, Girona) •Miquel Aulina Toronell (Olot, Girona) •Alex España Aulina (Olot, Girona) •Carla España Aulina (Olot, Girona) •Matias Sabaro Aulina (Olot, Girona) •Anxel Rodríguez Moreno (Asturias) •Montserrat Grau i Mateu (Barcelona) •Montserrat Vallis i Prat (Barcelona) •Angeles Alonso Alonso (Barcelona) •Pedro Moreno Abellán (Barcelona) •Marc Alós Martínez (Barcelona) •Benito Otero Martínez (Gijón) •Maite Brosa Larramendi (Gipuzkoa) •Miguel Angel Ruiz Caro (Gipuzkoa) •Rosario Larramendi Urretavizcaya (Gipuzkoa) •Ana Brosa (Gipuzkoa) •Jose María Izaguirre (Gipuzkoa) •Itziar Brosa Larramendi (Gipuzkoa) •María Micaela Larramendi Urretavizcaya (Gipuzkoa) •Udiarraga García Uribe (Bizkaia) •Javier García-Ogara (Bizkaia) •Idoia Franco (Bizkaia) •Iñaki García Uribe (Bizkaia) •Zakari Garamendi Rey (Bizkaia) •Belén Fábregas (Barcelona) •Silvia Valls (Mataró, Barcelona) •Elena Tarres (Mataró, Barcelona) •Dominique Cubells González (Barcelona) •Manuela González Palacios (Barcelona) •Mar Linares Muñoz (Barcelona) •Rosenda Heredia Heredia (Barcelona) •Adoración Gonzáles (Barcelona) •Adela González (Barcelona) •Francisca González (Barcelona) •Verónica García (Barcelona) •José Manuel García (Barcelona) •José García (Barcelona) •Josefa Miró (Barcelona) •Antonio Pereiro (Barcelona) •Josefa Muñoz (Barcelona) •Francisco García (Barcelona) •Carmen Solomando (Barcelona) •Angel Solomando (Barcelona) •Montse Solomando (Barcelona) •María Serra (Barcelona) •Pilar Hernaiz (Zaragoza) •Xetxu Donate (Zaragoza) •Amparo Aznar (Zaragoza) •Pedro Aznar (Zaragoza) •Mª José Clement (Barcelona) •José Mª Muñoz (Barcelona) •Laura Sánchez (Barcelona) •Rosario Gª-Cañedo Fdez. (Oviedo, Asturias) •Clarisa Velocci (Barcelona) •Rafaela Otero Martínez (Madrid) •Maite Brandariz (Gipuzkoa) •María Xesus Llope (Asturias) •José Luis Hidalgo Fernández (Barcelona) •Margarita Maragall (Barcelona) •Anna Puit (Papiol, Barcelona) •Martín Gimenez (Papiol, Barcelona) •Belén García (Barcelona) •Jorge Gonzales (Barcelona) •Ana Mª Estela (Barcelona) •José Puig (Barcelona) •Luis Carballal Puente (Asturias) •José Luis López Alonso (Barcelona) •Carla Bosacoma Cortada (Barcelona) •Mª José Roman García (Barcelona) •Francina Costa Guillén (Barcelona) •Montse Pont Sabata (Barcelona) •Mª José

LUBRIFICANTES

www.bodyars.com

bodyars@bodyars.com



BODY ARS

León Puig (Barcelona) •Emma Fernández González (Barcelona) •David Paricio Salas (Barcelona) •Lourdes Perramon Bacardit (Manresa, Barcelona) •Mónica Calderón Viñas (Barcelona) •Lidia Casado Vazquez (Barcelona) •Angela Sanz (Madrid) •Francisco Fabrès (Madrid) •Marta Pastor De la Cal (Bizkaia) •Nerea Garaizar Velasco (Bizkaia) •Amando Alonso Palacios (Bizkaia) •Rocio Valle Tobalina (Bizkaia) •Enrique Ilundain (Barcelona) •Ana Mª Lopez Zuñiga (Bilbao, Bizkaia) •Alvaro Ortiz de Zarate Perez (Bilbao, Bizkaia) •Mª Teresa Urrutia Lopez (Bilbao, Bizkaia) •Iratxe Etxebarria Fernandez (Bilbao, Bizkaia) •Igor Santos Miguez (Bilbao, Bizkaia) •Libe Mariscal Ormazabal (Bilbao, Bizkaia) •Guillermo Ayuso González (Bilbao, Bizkaia) •Lorena Melania Paz Miño (Bilbao, Bizkaia) •Paul Cummings (Barcelona) •José Manuel Gracia •Carmen Izaguirre Zugazaga •Rafaela Martín •Gustavo Domato Palmerio •Montse Batiste Cuberta (L'Espluga de Francolí, Barcelona).

ORDEN DE PAGO POR BANCO

NOMBRE

BANCO O CAJA

DOMICILIO AGENCIA

Código C/ C (20 dígitos)

LOCALIDAD

C.P.

FIRMA

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

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

NOMBRE

DIRECCIÓN

POBLACIÓN PROVINCIA

C. POSTAL TEL. FAX

Autorizo una donación anual de:

20€

40 €

€

Forma de pago:

Talón nominativo adjunto

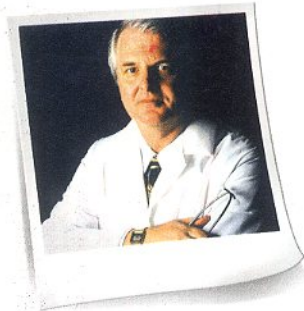
Giro postal

Por Banco

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

Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt)

c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona (España)



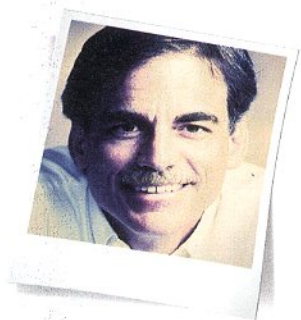
El médico



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



Espiritualidad

PARA much@s, el tratamiento del VIH no sólo se resume en tomar cócteles de fármacos antirretrovirales y hacerse pruebas. De hecho, varios estudios muestran que algunos factores sociales y psicológicos que contribuyen de forma destacada en la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con el VIH, pueden tener una influencia considerable sobre la eficacia del tratamiento y la progresión de la infección por VIH. Entre otros aspectos, estos factores incluyen la dieta, el estado físico y psicológico, la situación profesional, el contexto familiar, las relaciones amistosas y sentimentales, que se trabajarán para mejorar el bienestar general.

La manera de conseguirlo varía en función de las preferencias de cada un@ y existe un panel de recursos disponibles: terapias alternativas y complementarias (medicina tradicional, masajes, yoga, homeopatía, reiki, técnicas de relajación), cuidar la imagen corporal (nutrición, ejercicio físico, toma de vitaminas), buscar apoyo psicológico, encontrar el empleo apetecido (que

sea dentro de la comunidad del VIH o fuera), ser creativ@, volver a estudiar, etc.

En algunos casos, se puede incluso combinar recursos y estrategias. En este sentido, las religiones pueden ofrecer una fuente de recursos de gran ayuda puesto que albergan varios de los aspectos arriba expuestos a la vez por implicar prácticas tales como la relajación, la reflexión y la meditación. Por estas razones, algunas personas pueden haber encontrado o estar buscando conseguir el bienestar en la espiritualidad y en el apoyo de una comunidad religiosa con la cual comparten los mismos valores y las mismas creencias y en la cual se puedan expresar y saberse escuchad@s.

El equipo de LO+POSITIVO ha encontrado a dos personas cuyas creencias espirituales forman parte íntegra de su vida y de su manera de vivir con el VIH, y en las cuales encontraron fuerza y esperanza en los momentos más difíciles de su existencia de manera general, y más específicamente en su vida con el VIH.

A

LEX tiene cuarenta y dos años y lleva trece sabiendo que vive con el VIH. Es ingeniero industrial de formación, pero dejó de trabajar en este campo para dedicarse a colaborar con la Asociación UNESCO para el Diálogo Interreligioso. Sin poder explicarse por qué, desde muy joven se sintió muy atraído por el cristianismo católico. Con el tiempo, en los momentos de su vida cuando más apoyo requería, la Iglesia Católica ha sabido tenderle la mano que necesitaba para salir de la duda y de la soledad.

YO SOY católico!

L+P: ¿Desde cuando sabes que vives con VIH?

Álex: Desde el año 89, tenía veintinueve años.

L+P: ¿Qué implicaciones personales ha tenido para ti vivir con el VIH?

Álex: En el 89, yo tenía mi vida bastante estructurada. Trabajaba en el mundo de la ingeniería industrial. Provengo de una familia normal, de la burguesía media de Barcelona. Se me había educado para vivir con las motivaciones de la sociedad actual, que significa que para tener éxito hay que tener un buen trabajo, ganar dinero; se da más importancia al tener que al ser. Cuando me enteré de que era VIH+, estaba trabajando en una empresa como director en un departamento de exportación. Tenía un futuro "brillante" en el mundo laboral y se me fue todo al traste. Mis valores cambiaron. No sé por qué pero desde siempre había tenido en el interior de mi corazón una inclinación hacia la espiritualidad. Me acuerdo de que cuando iba a la universidad y alguna vez hacía campana, me escapaba al monasterio de Montserrat para escuchar vísperas. No conocía a ningún monje en Montserrat ni tenía relación especial alguna con nadie. Me sentaba allí en las últimas filas y escuchaba el rezo de la comunidad de los monjes benedictinos.

L+P: ¿Y ahora cómo te defines espiritualmente?

Álex: Yo me defino cristiano y ahora reivindico también la palabra católico porque creo en la figura de Cristo, pero no quiero que la palabra católico se asocie sólo con ciertos grupos; los grupos más conservadores que existen en la Iglesia Católica. Hay muchos movimientos dentro de la Iglesia Católica que son progresistas y que no comparten el punto de vista de algunos sectores de la Jerarquía de la Iglesia. No quiero dejar que la palabra "católico" sólo se use para grupos como el *Opus Dei*. Católicos somos la Asociación Cristiana para Gays y Lesbianas de la cual formo parte, católicos somos el *Col·lectiu de dones per l'Església*, católicos somos la gente de *Cristianisme i Justícia*. ¡Yo soy católico!

L+P: ¿Espiritualmente, para ti, ha habido un antes y un después del diagnóstico?

Álex: Sí. Yo siempre tuve esa base espiritual, no te podría decir por qué. Cuando me enteré de que era VIH+, la primera persona a quien se lo dije fue un monje de Montserrat. Quiero comentar que años atrás, cuando descubrí mi sexualidad y mi manera particular de querer, viví un conjunto de experiencias que tuve que ir superando. Y siempre me acordaré, entonces tenía unos veinte años, que un día, cuando fui a escuchar vísperas, me armé de valor y entré en un confesionario. En ese confesionario había un monje que para mí ha sido como la mano de Dios que me ha ayudado en toda mi vida. Una de las cosas que me dijo y que me ha dado mucha fuerza es que "Dios me quiere tal como soy". A partir de allí, él me fue ayudando en mi vida espiritual, y cuando me enteré de que era VIH+ la persona a la que acudí fue a él.

L+P: ¿Se puede vivir siendo gay, seropositivo y católico?

Álex: Para mí sí, evidentemente.

L+P: ¿Has dudado alguna vez de tus creencias?

Álex: No, nunca. De hecho, yo reconozco que los gays católicos lo tenemos difícil. Lo tenemos difícil en el mundo homosexual,

porque cuando dices que eres católico, cristiano, no lo entienden. Te rechazan de alguna manera. Y cuando dices en algunos ámbitos de la Iglesia que eres homosexual también te pueden rechazar. Somos rechazad@s por los dos lados. Pero también es cierto que no todos los católicos rechazan a los gays, ni todos los gays rechazan a los católicos. En mi caso tengo la gran suerte de pertenecer a un grupo estupendo. Hace unos años hice ejercicios espirituales y de allí se formó un grupo de personas que nos reunimos una vez al mes y formamos un grupo de plegaria. Hace más de diez años que nos reunimos y en la actualidad participan matrimonios, con o sin hijos, monjas, sacerdotes, y también gays.

Yo estoy unido en pareja desde hace siete años. Nos unimos legalmente y hicimos una celebración dentro del grupo. En mi caso jamás me he sentido rechazado por ser gay en los ámbitos católicos en los que me he movido.

L+P: ¿Y cómo fue la actitud de la Iglesia?

Álex: Yo he llegado a un acuerdo mental con ella. La Iglesia Católica es una Iglesia que lleva dos mil años existiendo. Ha pasado muchas cosas durante todo este tiempo. En la actualidad tenemos a un Papa que opina de una manera. Antes había otro Papa, Juan XXIII, que hizo el Concilio Vaticano II e impulsó grandes reformas dentro de la Iglesia. Y cuando desaparezca el Papa actual, habrá otro que opinará de distinta forma. Yo estoy de acuerdo con los valores fundamentales de la Iglesia, pero luego para mí hay otros parámetros que han sido totalmente variables a lo largo de la historia, como por ejemplo el matrimonio de los sacerdotes.

L+P: ¿Matrimonios de homosexuales católicos, sí o no?

Álex: Yo soy una persona que intenta acercar y conciliar posturas. La palabra "matrimonio" está muy ligada al concepto de unión heterosexual. A mí me da igual que lo llamen matrimonio, unión de parejas o unión civil. Pienso que las parejas de gays y de lesbianas en la sociedad en la que vivimos, tendríamos que tener los mismos derechos y deberes que una pareja civil heterosexual.

L+P: ¿Y en el ámbito estrictamente religioso, dentro de Iglesia Católica, qué se opina de ello?

Álex: ¿Del matrimonio entre gays? A ver, hay sectores de la Iglesia Cristiana, como alguna Iglesia Protestante, que ya admiten el matrimonio y realizan uniones de parejas homosexuales. En la Iglesia Católica lo veo difícil a corto plazo, pero también es cierto que con mi pareja, después de ir al notario, con un grupo reducido de personas fuimos a la Iglesia. Allí dimos gracias a Dios, porque habíamos hecho un compromiso para toda la vida, y eso lo hicimos como acción de gracias ante Dios.

Yo soy cristiano y mi pareja también, aunque él utiliza técnicas de meditación orientales.

L+P: ¿Alguna vez te has sentido culpable respecto a la infección? ¿Has tenido que trabajar este sentimiento?

Álex: Al principio sí, pero ahora ya no. Al principio, fue como cuando sabes que eres gay. Tienes sentimientos contradictorios. Ahora, no sé si fueron de culpabilidad. Lo que sí me acuerdo fue de la pregunta: ¿por qué yo? Cuando me enteré de que era VIH+,

supongo que sí tuve sentimientos de culpabilidad y también de pérdida de autoestima. Supongo que pasé por todo el proceso que todas las personas hemos compartido. También he pertenecido a grupos de ayuda mutua de seropositiv@s. Estamos en 2003 y estoy hablando del 89. Era un punto de transición a la aceptación. Probablemente yo tuve sentimientos de culpabilidad, pero siempre tuve el apoyo de este monje que nunca, jamás, ni tampoco en los ambientes católicos, me ha culpabilizado de nada. En todo caso los sentimientos de culpabilidad han salido de mi interior.

L+P: ¿Cómo lo has ido trabajando?

Álex: Lo he ido trabajando con el tiempo, me han ayudado mis compañer@s de la asociación Actua, los grupos de apoyo mutuo y en el ámbito espiritual, las personas de la Iglesia Católica que siempre han estado a mi lado apoyándome y dándome fuerza para continuar adelante.

L+P: ¿Qué sentimientos o valores te has tenido que trabajar durante este tiempo?

Álex: El paso a la espiritualidad no fue debido en su totalidad al hecho de ser VIH+. Algunas personas dicen que "gracias" al hecho de ser seropositivo, han descubierto unos nuevos valores. Lo que sí he aprendido es a intentar ver la vida por su lado positivo. He trabajado valores como la amistad, como intentar siempre conciliar a las personas, intentar llevar un poco de paz y de esperanza vaya donde vaya. Por eso cuando ya no pude continuar en el mundo laboral por

Diálogo Interreligioso. Soy co-animador de un grupo de jóvenes y para mí esta experiencia es un regalo, el poder estar en una misma mesa con una chica judía, con un chico musulmán, con un par de chicos Bahá'ís, etc. Tod@s hablando de algún tema que pueda preocuparnos y motivarnos. Es que tod@s desde nuestra tradición, desde nuestra manera de ser, desde nuestra cultura, somos capaces de entendernos, de hablar, de dialogar porque tod@s de alguna manera compartimos la misma experiencia. Tod@s tenemos la misma intuición que algo existe, pero en ninguna creencia religiosa nadie ha vuelto para decir que sí existía. Y eso te hace sentir reconfortado. También en la sociedad en que vivimos, una sociedad laica, una sociedad donde parece que la espiritualidad no exista, cada vez que hablan de religión los medios de comunicación es para dar una mala noticia. Jamás hablan de la religión en positivo. A veces he llegado a pensar que hay un interés, no sé si económico, en derribar la espiritualidad porque no entiendo por qué siempre que se habla de religión se hace con connotaciones negativas.

L+P: ¿Has encontrado a personas seropositivas a las que hayas podido dar apoyo dentro del grupo interreligioso?

Álex: La Asociación UNESCO para el Diálogo Interreligioso tiene una actividad que se llama "Espiritualidad y Sida". Esta actividad incluye testimonios de personas religiosas sobre la temática del Sida, testimonios de personas afectadas. También realizamos unas plegarias mensuales y organizamos una plegaria en motivo del día mun-



motivos de salud y comencé el voluntariado, mi sentimiento fue que en los años que Dios me diera de vida, no podía dedicarlos sólo a mí. Quería dedicarme también a los demás y quizás éste es el camino que yo he realizado con la ayuda de Dios.

L+P: ¿Cuál es tu visión de la muerte?

Álex: La muerte en sí, pienso que es un paso más de la vida. Para mí la vida no tiene un fin en la muerte. La vida empieza cuando nacemos o incluso antes, y la muerte es un paso más. Después de la muerte habrá una cosa que intuyo, aunque no hay ninguna seguridad de que exista nada. Honestamente tampoco me preocupa, porque el hecho de pensar y de estar convencido de que existe Dios y que existe otra vida, me ayuda a vivir ésta.

Yo soy de los que piensan que el cielo hay que empezarlo ahora, no tenemos que esperar a morirnos sino intentar ser felices, dar esperanza, intentar dar amor a las personas que nos rodean y a nosotr@s mism@s. Por eso, para mí la muerte es el fin de un estado, pero en ningún caso va a terminar con la vida, porque la vida va a continuar.

L+P: ¿En qué dirección vas en el tema espiritual?

Álex: En estos momentos tengo la gran suerte de poder compartir mi vida, mi creencias con personas de distintas tradiciones religiosas. Realizo mi voluntariado en la Asociación UNESCO para el

dial del SIDA. Lo que me consta es que todas las personas que buscan apoyo desde las distintas tradiciones religiosas lo van a encontrar en nuestra asociación. Conocemos guías espirituales, les podemos llamar maestr@s, que colaboran con nosotr@s que pueden dar apoyo espiritual desde cualquier tradición religiosa.

L+P: ¿Querías añadir alguna cosa más?

Álex: Me gustaría enviar un mensaje a las personas que vivimos con VIH+. Quiero decir que, evidentemente, los tratamientos médicos son importantes y se ha demostrado que gracias a ellos nuestra calidad de vida ha mejorado. Pero también creo que es importante el contexto emocional en el que vivimos, el entorno familiar o social nos ayuda a vivir con VIH. Pienso que una buena formación espiritual tanto sea cristiana, protestante, hinduista, budista, musulmana, judía, cualquiera, es importante. Creo que no debemos olvidar que los hombres y las mujeres tenemos una dimensión espiritual y que si también trabajamos en este sentido, esto nos ayuda a vivir. Cada mañana antes de tomar mis pastillas me pongo a rezar, pido a Dios que me dé fuerzas, que tenga un buen día, que no diga palabras que puedan dañar o ofender y que me ayude a llevar esta mochila, para mí pesadísima, y que no sé si es el VIH, la medicación o ambas a la vez.

En mi vida es importante que lo físico, lo emocional y lo espiritual vayan de la mano.



A

GUSTÍN Navarro tiene cuarenta y cinco años. Sabe que vive con VIH desde hace dieciocho. En aquel tiempo llevaba casi veinticinco años trabajando como técnico de producción para la cadena TVE y fue cuando decidió plantearse un giro completo de vida. En el rumbo hacia el cambio, se cruzó con el budismo que cambió su existencia de manera radical y que desde aquel momento no dejó de acompañarle en su manera de vivir y de abordar la infección.

EL BUDISMO en mi Camino

L+P: ¿Desde cuándo sabes que vives con VIH?

Agustín: Desde el año 85, aunque me dijo el médico que probablemente, por el tipo de vida que había llevado, debía de ser uno de los primeros afectados.

L+P: ¿Qué implicaciones personales ha tenido para ti vivir con el VIH?

Agustín: Bueno, al principio creía que ninguna, mientras conservé una imagen, un status laboral, una salud. Para mí en esa época tener el VIH, era como tener un grano. Luego cuando vinieron malos tiempos, me di cuenta de que se había producido un cambio en las condiciones de mi vida, que quisiera o no asumirlo, allí estaba. Ha repercutido en todo, en mis relaciones afectivas, en mi entorno de vecin@s, mi familia. En mi caso, no he sufrido nunca el rechazo o la discriminación. He sentido el efecto contrario. Mi familia estaba demasiado preocupada. Siempre me preguntaba cómo me encontraba, una y otra vez. Es lógico. En otros momentos de mi vida, seguramente me hubiera comportado igual. Yo pienso que cualquier enfermedad grave, que sea el SIDA o un cáncer por ejemplo, condicionan totalmente tu vida.

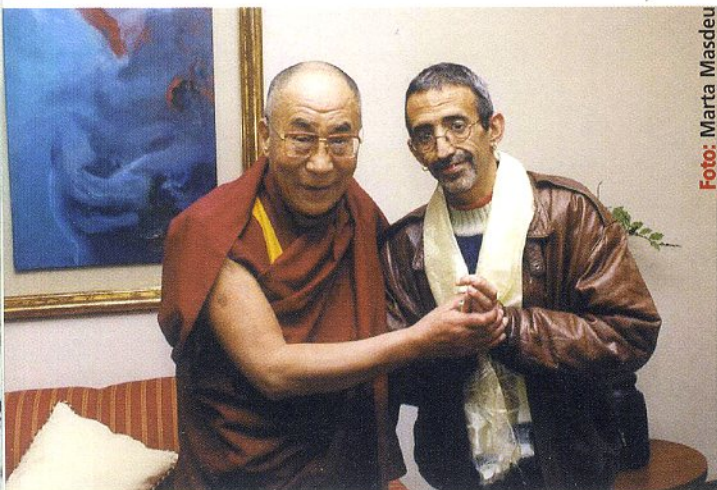


Foto: Marta Masdeu

L+P: ¿Cómo te defines en términos espirituales?

Agustín: He recibido una educación más bien laica, y desde hace casi once años soy practicante budista. La educación religiosa que he recibido era cuando mi madre me decía que tenía que ir a misa, y yo no iba, por lo que casi nada. Siempre tuve unos valores, como resistirte a creer que cuando mueres se acaba todo. Yo pensaba ¡algo habrá! Concretamente, con el budismo, cambió radicalmente mi visión de la muerte y de la vida.

L+P: ¿Espiritualmente, ha habido un antes y un después del diagnóstico?

Agustín: Supongo que sí, como todo en la vida. Todo determina todo, ¿no? Hará unos diecisiete o dieciocho años que soy VIH+, y cuando me empecé a acercar al budismo, tenía gracia porque yo siempre me había reído del yoga, de la meditación, me lo había tomado bastante a coña. Pasaron ocho años entre cuando supe que

era VIH+ y cuando contacté con el budismo. No fue inmediato. No sé por qué empezó, pero empecé a tener un afán, no de religión, no de predicción después de la muerte, porque no esperaba que alguien me dijera que había algo después de la muerte, ya que nadie me lo podía demostrar. Mi acercamiento al budismo lo determinó una sensación de vacío que empecé a experimentar. Me tomaba las cosas muy a pecho, tenía comportamientos que no entendía. Por ejemplo, casi me avergonzaba de haber perdido los papeles. Mi acercamiento al budismo me gusta definirlo como "la búsqueda de un conocimiento". Antes de acabar en el budismo, picoteé mucho en el New Age, o sea mirando cosas. La mayoría no me convencía, hasta que contacté con esta gente.

L+P: ¿Fuiste tú el que intentaste relacionarte con el budismo?

Agustín: No, yo lo tenía apartado. Precisamente, de todas las cosas que estaba mirando, el budismo nunca me había llamado la atención. Pero mira, por las circunstancias de la vida, un día estaba en un sitio y conocí a un maestro tibetano, y las cosas que hablé con él no me parecieron ninguna tontería. Entonces me puse receptivo. Ha sido muy gradual, no he sido un converso que pasa de una facción a otra.

L+P: ¿Sigues teniendo dudas ahora o las has tenido?

Agustín: No, no tengo ninguna. Aunque la duda vive con nosotros, es intrínseca del ser humano. Pero la actitud que yo intento adoptar frente a la duda es la indagación y si veo que no hay manera de quitarme la duda, lo que hago, y es una de las cosas que trabajé con el budismo, es que lo aparco y lo dejo para más adelante. Así lo veo de otra manera.

L+P: Muchas personas con VIH se han sentido en algún punto de la vida culpable por tener la infección. ¿Cómo lo has vivido tú? ¿Has tenido que trabajar este sentimiento?

Agustín: Claro. Yo creo que no inventamos nada. Supongo que habré pasado por el proceso por el que hemos pasado tod@s. Te preguntas, "¿por qué a mí?", y te dices, "¡vaya putada, no me lo merezco!". Ahora los mensajes no son tan bestias, pero los que te llegaban antes eran que tenías que haberlo cogido antes por haber sido malo. Posiblemente esto fue uno de los factores que me llevó a buscar algo espiritual, porque yo me negaba a aceptar que alguien me estuviera condenando por algo que no tenía que dar cuentas a nadie sino a mí mismo. Entonces eso no me cuadraba, quizás por mi manera de trabajar la angustia de la culpabilidad.

L+P: ¿Qué otros sentimientos o valores has ido trabajando?

Agustín: Muchos, muchos. Lo primero que yo intenté identificar es lo que me hacía daño antes de enfrentarme a ello: la ira, la rabia, la duda, las emociones negativas. Me di cuenta de que me hacía mucho daño. Era como llevar una rabia contenida contra el mundo por lo que me estaba pasando. Curiosamente era una época en la que me encontraba bien, y por esto estos sentimientos aún me jodían más. No lo entendía. Si estoy enfermo (con enfermo me refiero a que has tenido problemas), me resulta más fácil irlo trabajando que trabajar una cosa que ha de venir que no sé ni cuándo ni cómo. El tema de las relaciones sexuales, lo pasaba fatal porque tuve muchos problemas de impotencia. Con mis parejas ocasionales, no les quería decir nada, pero me ponía preservativo y me preguntaban por qué,

por lo que prefería no enrollarme para evitar esto. Afortunadamente, esto ya lo solucioné cuando me casé con una seropositiva. Lo solucioné de una manera que además me enorgullece.

L+P: ¿Qué más has encontrado en el budismo?

Agustín: Yo, en el budismo he encontrado sobre todo el sentido de la vida, sobre todo la fuerza que me ha hecho escapar de la culpa. Me ha aportado unos instrumentos para trabajar cosas de mí que no me gustaban, pero sobre todo, incluso en los momentos más malos, me ha aportado felicidad y esperanza. Cuando digo esperanza, no hablo de la esperanza como se entiende normalmente, sino que hablo de otro tipo de esperanza, que todo es posible, que estás ahí por algo, y que estés o no estés puedes hacer un montón de cosas.

L+P: ¿Cómo es la comunidad budista en Barcelona?

Agustín: El budismo ha sufrido una expansión brutal en Occidente. Hace poco hubo una encuesta en la que 5.000 franceses se confesaron próximos al budismo, probablemente sean 100.000. Yo pertenezco a una comunidad budista. Tenemos varios centros. Dentro del budismo hay escuelas. Cada escuela tiene unos centros, y si yo voy a un centro no voy a otro. Te quedas normalmente en el centro en el que conoces a la gente. Tienes un maestro, pero por nada más. Entre todas las escuelas hay buenas relaciones. Del 10 al 17 del mes de noviembre hubo un encuentro en París con su santidad el Dalai Lama y vino gente de las distintas escuelas. Yo durante muchos años he ido a la escuela Gelugpa de budismo tibetano. En el budismo tibetano hay cuatro escuelas. Las diferencias, o bien son tan metafísicas que sólo lo entienden los eruditos, aunque la práctica es la misma, o vienen determinadas por épocas históricas, y por figuras principales. La última que ha aparecido en el 1400 es la Gelugpa, y su santidad el Dalai Lama es la cabeza de esta escuela pero también de todas las demás escuelas, porque él ha tenido maestros de todas las escuelas.

L+P: Dentro de tu comunidad, ¿cómo han percibido el hecho de que vivieras con VIH? ¿Has sentido alguna vez rechazo?

Agustín: Por parte de los maestros he recibido un apoyo incondicional. Veo mucho a mi maestro y hablamos mucho. Dentro de la Shanga, que es la comunidad budista, es como la vida misma, hay personas que he visto y con las que no he hablado nunca, y dentro de la Shanga hay personas con las que me trato y ellas no me han rechazado. Una de las premisas del budismo es que "no hay nada que haga diferentes a los seres humanos". Entonces claro, sería una contradicción. No quiero decir que no exista rechazo pero yo lo desconozco. Ahora, por parte de los maestros, son como madres para mí.

L+P: Antes apuntabas que te sentías relajado con el tema de la muerte. ¿Nos puedes explicar por qué?

Agustín: Yo lo contemplo de la siguiente manera. Bueno no lo contemplo yo, es el punto de vista de la filosofía budista. Si hay algo cierto e inevitable, es la muerte, más tarde o más temprano, pero es inevitable. Si sé que algo es cierto y que tendré que enfrentarme a ello, lo mejor que puedo hacer es prepararme para enfrentarme al momento de la muerte, tratando que mi mente esté lo más tranquila posible en esos momentos. ¿Cómo hago eso? Como cualquier cosa. La meditación es una disciplina como el deporte. A nadie se le ocurriría ponerse unos pantalones cortos y decir "me voy a correr los 100 metros". Necesitas una preparación de años. Porque una cosa es hablar de la muerte aquí relajadamente, y otra es hablar de la muerte en una cama con tubos. El budismo me ha proporcionado instrumentos para ejercitar la mente y el control, a agarrar y soltar como si fuera un músculo. Y el control de la mente se consigue con la meditación.

L+P: ¿En qué dirección vas ahora respecto a tus creencias y a tu estilo de vida?

Agustín: El otro día cuando estuvimos en el médico, las noticias no fueron buenas. En realidad fueron muy malas y mi mujer me dijo:



"Oye, si quieres a partir de ahora haz lo que te apetezca", y yo pensé "pero si es lo que hago". Si me dicen que voy a morir la semana que viene, no hay nada que quiera hacer, porque ya hago lo que quiero. En el fondo hago lo que todos los seres humanos hacemos: intento ser feliz. El budismo me ha ayudado mucho. Los grupos abiertos en los que he participado (los baans) también. Quizás una auto-crítica que hago es que nos miramos mucho el ombligo. Es verdad que yo tengo el SIDA, pero hay un montón de gente que tiene unas enfermedades que te cagas. A mí me ha dado una perspectiva muy diferente. Me he dado cuenta de que quejarse no sirve para nada. De alguna manera la salud que tengo es la que determinará mi vida futura, por supuesto. Si yo tuviera salud me iría al Monasterio, pero si tuviera salud estaría trabajando. Todo es una maraña y no sé qué saldrá de todo esto, pero me gustaría morir en dransaga con un maestro cerca.

L+P: Hay personas que critican el budismo porque dicen que es un sistema de valores conformista.

Agustín: Al contrario. Yo también pensaba eso, pero el budismo nunca dice que te conformes, al contrario, te dice que no te resignes. De alguna manera siempre nos resignamos a la pobre imagen que tenemos de nosotros mismos. Las enseñanzas te dicen que no tienes que vivir con ese concepto que tienes de ti mismo, de sólo pensar en ti y nadie más. No es siquiera conformismo. Al contrario, lo que pasa es que a veces se confunde aceptación o adaptación con conformismo.

L+P: Estás vinculado con la Asociación UNESCO para el Diálogo Interreligioso, ¿qué actividades desarrollas?

Agustín: Concretamente en la página web de la asociación tenemos un apartado sobre VIH/SIDA. Damos informaciones no médicas sino desde el punto de vista espiritual. Hay historias de vida y testimonios sobre la muerte y la enfermedad, siempre desde la perspectiva de las diferentes tradiciones. Ahora sobre todo estamos centrados en el Fórum 2004, en el cual del día 7 al 13 de julio se celebrará el *Parlament de les religions del món* (Parlamento de las Religiones del Mundo). Es el cuarto que se ha hecho hasta ahora. El primero fue en 1893 en Chicago. Cien años después, en 1993, se volvió a hacer en Chicago, en 2000 en Johannesburgo. El de Barcelona es importante porque es el primero que se hace fuera del ámbito anglosajón. A ese encuentro vendrán comunidades practicantes de todas las religiones del mundo. Concretamente, el jueves vamos a Madrid porque vendrá Su Santidad el Dalai Lama y nos ha concedido una entrevista de media hora y me han colado. Esto es básicamente el trabajo que hago de voluntario, aparte de preparar las presentaciones en el Parlamento, debates, mesas redondas. Es un trabajo que me gusta, porque queda totalmente aparte del VIH, conoces a un montón de personas que no tienen que ver con ello.

L+P: ¿Qué crees que el diálogo interreligioso puede aportarte a ti como personas con VIH y al VIH en general?

Agustín: Como he comentado antes, creo que nos preocupamos tal vez demasiado por nosotros mismos y nos olvidamos de los demás. El diálogo interreligioso a mí lo que me aporta es conocer a gente de otras tradiciones, compartir, intercambiar, hacer la historia. Para mí las intervenciones en el Parlamento es hacer historia, es poner tu granito de arena con respecto a la solidaridad, la paz, con la justicia.

Con el VIH en general, es muy relativo. Hay personas que viven con VIH y a quienes no les interesa lo más mínimo la espiritualidad. Para otras personas que incluso estén lo mínimo abiertas a este tema, la espiritualidad puede ayudarles a darse cuenta de lo grande que es el mundo, de la gran cantidad de sufrimiento que puede caer en un solo planeta, que no sólo es el nuestro, sino el de 5.000 millones de personas más. Pienso que puede ser enriquecedor.

L+P: ¿Quieres añadir algo más en la entrevista?

Agustín: Agradeceremos la oportunidad que me habéis dado para expresar mis ideas y nada más.

LA ASOCIACIÓN UNESCO PARA EL DIÁLOGO INTERRELIGIOSO

¿Qué es la asociación UNESCO para el diálogo interreligioso?

Es una asociación catalana que se dedica a fomentar el conocimiento, el diálogo y la cooperación entre las distintas religiones que existen en la ciudad de Barcelona y de manera general en Cataluña. La entidad reagrupa varias confesiones espirituales y moviliza cerca de un centenar de personas de más de diez tradiciones religiosas distintas. Esta red la conforma un grupo de trabajadores cualificad@s que cuentan con la colaboración de representantes oficiales y de expert@s procedentes de las diferentes religiones. En la actualidad, la junta directiva de la asociación se constituye de una protestante, una musulmana, un hindú, un judío, un budista y dos católicos.

¿Cuál es su vínculo con el VIH/SIDA?

La Asociación UNESCO para el Diálogo Interreligioso no tenía ninguna actividad relacionada con el tema del VIH/SIDA hasta que, hará unos tres años, entró en contacto con la Fundació Dimensió SIDA (Fundación Dimensión SIDA) que desde su creación en 1995 se dedicaba específicamente al tema de espiritualidad y SIDA. La fundación se extinguió en el año 2000 después de que se enfermara su fundador y presidente, el Doctor Antoni Mirabet. El proyecto sobre "espiritualidad y SIDA" se presentó a la Asociación UNESCO para el Diálogo Interreligioso, y se ofreció incorporarlo en las actividades de la asociación. El proyecto que ha nacido de este encuentro intenta por tanto perpetuar el trabajo de la Fundació Dimensió SIDA y de su fundador.

Más concretamente, la intención es ayudar a estimular la dimensión interior de las personas que viven con el VIH, en el respeto de su propia trayectoria religiosa y espiritual. Asimismo se quiere fomentar la sensibilidad y las acciones de las distintas iglesias y confesiones religiosas en el acompañamiento espiritual de las personas afectadas y de su entorno, en la solidaridad y la convivencia entre personas con opciones de vida distintas, y en la prevención de la infección desde una visión amplia y plural de las diferentes maneras de conseguirlo.

www.audir.org

En su página web, la asociación dedica una sección sobre espiritualidad y SIDA con la cual se pretende crear un espacio de reflexión sobre el VIH/SIDA con una dimensión religiosa o espiritual.

La sección recoge noticias internacionales sobre SIDA y religión, información sobre el VIH/SIDA, testimonios e historias de vida, enlaces, así como las reflexiones de miembros eminentes de la Comunidad Israelita y de la Iglesia Católica de Barcelona, de la Comunidad Bahai de Cataluña, de la Doctrina Ayur-Védica, de la Comunidad Budista Soto Zen y del templo Luz Serena y de la Comunidad Jesuita, que ofrecen una manera de abordar la pandemia desde una perspectiva espiritual.

También se puede encontrar un programa que recopila las actividades de la Asociación UNESCO para el Diálogo Interreligioso relacionadas con el VIH/SIDA, tales como los actos de plegaria interreligiosa organizados cada mes (véase recuadro).

Jornada de debate sobre «Espiritualidad y SIDA» de la XIV Conferencia Internacional del SIDA



El 12 de julio de 2002, la Asociación UNESCO para el Diálogo Interreligioso organizó una jornada de debate sobre espiritualidad y SIDA en la que intervinieron personas que viven con VIH o que trabajan con personas

afectadas, y que nutrieron el debate sobre cómo prevenir y afrontar la infección con sus distintas perspectivas religiosas y espirituales. Una crónica del encuentro está disponible en la *web*.

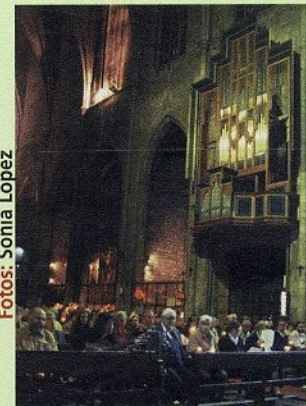
Una plegaria bajo el lema de «Espiritualidad y SIDA»

Cada mes, la Asociación UNESCO para el Diálogo Interreligioso organiza una sesión de plegarias de treinta minutos en la cripta de la Iglesia de Santa María del Pi, en Barcelona. El acto está abierto a tod@s y acuden de manera regular personas con orientaciones espirituales distintas. Hemos decidido compartir este momento con ell@s.

Me aproximo a la puerta de la Iglesia del Pi y advierto a Álex y Ana sentados el uno al lado de la otra en la serenidad del humilde santuario. Están compartiendo palabras en voz baja y se nota mucha ternura en sus movimientos y en sus sonrisas. Al verme, Álex se levanta y le sigue Ana. En la cripta, el acto está a punto de terminar y quedamos en vernos fuera. Álex me presenta a Ana. Hablo con ella. Vive en Barcelona y el segundo jueves de cada mes, acude a la cita para orar en memoria de su amiga que murió hace poco de SIDA. Poco a poco llega más gente y la conversación se hace más vivaz. Son personas que viven con VIH, familiares, amig@s, de diversas tradiciones espirituales y que comparten el mismo deseo de evocar en este espacio de reflexión, de silencio y de meditación a seres perdidos por causa del SIDA.

Una vez acabada la misa, penetramos en la cripta que brilla

por su simplicidad. Nos sentamos y Álex reparte una hoja con las plegarias de esta sesión. Pone música. Esta noche el acto se efectuará según la tradición cristiana, pero en otras ocasiones se hizo siguiendo ritos bahal's, judíos, budistas... "y suele hacerse a menudo", recalca Álex. Tod@s nos callamos y tras un breve instante, se oye el silencio por encima de la sinfonía. De pronto se alza una voz. Es la de Ana. Nos cuenta el salmo 36-11 con un tono claro y un



Fotos: Sonia López

tanto emocionado. Luego es el turno de Álex, que lee un texto

precioso titulado "tengo tiempo" y que exhorta a aprovechar de la vida y del tiempo. Las plegarias que siguen tampoco proceden de la Sagrada Escritura. Son más bien obras literarias y poéticas que hablan de la creación y del amor y que escribieron autores desconocid@s de hoy o de ayer. El acto termina con el texto "llamas de amor" y



algun@s se levantan para encender una vela y dedicarla a un ser querido. Es un momento de intensa emoción. Viene el turno de Álex que quiere evocar a su amigo Agustín Navarro que esta noche no ha podido acudir a la cita por haber viajado a Madrid para entrevistar al propio Dalai Lama. Antes de dejar la cripta, tod@s nos levantamos y cogiéndonos de la mano, formamos un círculo para recitar un último Pater Noster al unísono. Salimos sin darnos prisa. Fuera hace frío y me despido del resto del grupo que se va alejando entre risas y alegría.

Cada último jueves de noviembre, antes del 1 de diciembre, se organiza un encuentro de oración interreligiosa del Día Mundial del SIDA a la que tod@s los que lo desean están invitad@s a participar. Para más información llamar al 93 457 69 80.

Tu opinión para 2004

Tu opinión cuenta, nos importa y nos ayuda a mejorar

1-Sexo

- Hombre Mujer
 Transgénero

2-Edad

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

3-Estatus VIH

- VIH+ VIH-
 Desconocido

4-¿Sabes cómo adquiriste el VIH?

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

5-¿Tomas tratamiento antirretroviral?

- Sí No

6-¿Tomas suplementos vitamínicos o tratamientos alternativos?

- Sí No

7- ¿Cuáles?

8-¿En qué localidad vives?

9-Valora Lo+Positivo de 1 a 10

- Contenido
 Diseño
 En general

10-¿Qué temas te han gustado más?

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

Asegurando el hoy y el mañana

Asegurando un comienzo lleno de opciones de futuro

Asegurando las más amplias alternativas farmacológicas

En definitiva, manteniendo el horizonte terapéutico

Trabajamos por un mundo sin VIH

Roche

EN internet



EN INTERNET se pueden consultar varios portales de ámbito espiritual y religioso que dedican alguna sección al VIH/SIDA, o webs exclusivamente dedicadas a espiritualidad y SIDA. Algunos ofrecen foros e incluso servicios de *counselling* electrónico para las personas que viven con VIH y que desean abordar la infección desde un punto de vista espiritual.

EN ESPAÑOL:

Catholics for a Free Choice (Católic@s por el derecho a elegir) www.cath4choice.org

Catholics for a Free Choice es una organización sin ánimo de lucro que anima a la investigación, al análisis político, a la educación y a la defensa de los derechos en temas como igualdad de sexos y salud reproductiva, en la tradición de la justicia social católica.

Al anuncio de la Iglesia Católica sobre el uso inseguro de los preservativos, la asociación respondió con una campaña de sensibilización, pidiendo a l@s católic@s del mundo que reaccionaran enviando mensajes a organizaciones como la OMS u ONUSIDA, porque "dichos organismos internacionales tienen que recordar que no toda la comunidad católica comparte la posición de los altos cargos de la Iglesia respecto al uso del preservativo, sobre todo cuando se trata de prevenir enfermedades". (véase artículo *Lo+Positivo* número 24, <http://www.gtt-vih.org/LO+POSITIVO/LO+POSITIVO24/23.Fe/>).



Mormones gays de España <http://groups.msn.com/jdhf6icqlngbcgvkc38rjgi54>

El portal se creó para que la comunidad formada por los miembros homosexuales de la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (los Mormones) del mundo entero pueda contar con un espacio propio, aunque no oficial, en el que sea posible comunicar con otras personas con las mismas preferencias. La sección sobre SIDA ofrece informaciones básicas y generales sobre la infección, las vías de transmisión y los tratamientos. En foros y debates, ocasionalmente se comparten opiniones sobre el SIDA y se publican artículos sobre la infección.

EN INGLÉS:

Sección sobre Religión y SIDA en *TheBody.com* www.thebody.com/religion.html



En la sección sobre Calidad de Vida de la prestigiosa web sobre el VIH/SIDA *TheBody.com*, se ha incluido una rubrica especialmente dedicada al tema de la espiritualidad. La rubrica se ordena por religiones (cristianismo, judaísmo, budismo, islamismo, sincretismo, etc.) y en cada subsección se puede acceder a una lista de noticias, artículos e informes que tratan del SIDA desde la perspectiva de cada religión. Muchos de los comunicados provienen de los centros de control de las enfermedades de EE UU (CDC, en sus siglas en inglés). La sección ofrece también un servicio en línea de *counselling* sobre VIH (tratamientos, prevención, efectos secundarios, aspectos sociales y psicológicos, etc.), administrado por representantes de los diferentes grupos religiosos.

United Methodist HIV/Aids Ministries Network (Sacerdotes para el VIH/SIDA de los Metodistas Unidos) <http://gbgm-umc.org/health/aids/>

La Iglesia de los Metodistas Unidos lleva afrontando la crisis del VIH/SIDA desde el principio de los años ochenta. Los Sacerdotes para el VIH/SIDA de los Metodistas Unidos integran a miembros de la Iglesia y otras personas directamente o indirectamente afectadas por la pandemia de SIDA en el mundo. Se crearon concretamente para ofrecer apoyo espiritual a l@s que lo necesitan y responder de primera mano a las necesidades de las personas con infección por VIH en el mundo. Entre otros proyectos, llevan a cabo programas de educación, prevención, tratamientos y cuidados del VIH/SIDA en el mundo entero y proyectos dedicados a l@s niñ@s que se quedaron huérfan@s a causa del SIDA.

EN FRANCÉS:

***Chrétiens et Sida* (Cristianos y SIDA) <http://www.vih.org/cs/index.htm>**












Chrétiens et Sida es una asociación ecuménica promovida por cristian@s de distintas confesiones. El objeto de la iniciativa es hacer que las diferentes iglesias tomen sus responsabilidades frente a la crisis del SIDA, y que sensibilicen e informen a l@s creyentes. Asimismo la asociación apoya a l@s cristian@s implicad@s en la lucha contra el SIDA en el mundo y desea ofrecer a las personas afectadas y al resto de la sociedad un espacio de intercambio y de diálogo para reflexionar sobre la enfermedad y luchar contra ella.



Julio

Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	
						

Agosto

Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					













Septiembre

Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			
						

Octubre

Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31
						

Noviembre

Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.
						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Diciembre

Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.
						
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		
						

!A por los radicales!



N ESTOS meses de frío y humedad necesitamos platos que nos den equilibrio, calor interior, reforzantes y mineralizantes. Por lo que en este número de LO+POSITIVO os hablaré de la hortaliza más sana y la mejor fuente natural de betacaroteno o pro vitamina A, además de pigmentos carotenoides que protegen el organismo de los radicales libres, la zanahoria contiene vitaminas C y E, así como antioxidantes.

Otras de las cualidades de la zanahoria es que al masticarla actúa como dentífrico natural, ayuda a paliar los síntomas de la úlcera, ya que tiene propiedades cicatrizantes a nivel gástrico e intestinal.

Una de las cualidades más destacadas es su contenido en betacaroteno o pro vitamina A, (de 8 a 12mg. por cada 100gr.) por lo que es un gran aliado para la salud de la vista, la piel y el cabello.

Para acabar deciros, que cien gramos de zanahorias aportan el 110% de la vitamina A, el 13% de la C, el 5% de la E y el 10% del ácido fólico que necesitamos cada día.

Y para los que hayan aumentado su nivel de colesterol debido a los antirretrovirales, deciros que en un estudio realizado en Escocia, voluntarios que ingirieron 200gr de zanahorias crudas al día, redujeron un 11% su nivel de colesterol en tres semanas. Asimismo, la ingesta elevada de betacaroteno se relaciona con una reducción de hasta el 50% del índice de cáncer de vejiga, interino, colon, próstata, laringe y esófago, y un descenso del 20% del riesgo de padecer cáncer de mama después de la menopausia.

Espero que después de saber todas las virtudes de esta hortaliza, y teniendo en cuenta su bajo precio en el mercado, la tengáis presente diariamente en vuestra dieta.

Radicales libres

El cuerpo utiliza el oxígeno para obtener energía de los alimentos y la suministra a los procesos corporales. La hemoglobina, que contiene hierro, conduce el oxígeno por todo el cuerpo. Gracias a la hemoglobina nuestra sangre puede absorber cincuenta veces más oxígeno que el agua. A este proceso de conversión de oxígeno en energía se le denomina oxidación y es esencial para la vida.

El sistema inmune crea procesos de oxidación para generar oxidantes (radicales libres, RL) que permiten la eliminación de bacterias y virus, producir hormonas y activar enzimas, pero la producción de estos oxidantes en exceso pueden interferir en los procesos bioquímicos normales y dañar las células corporales si no existe un control suficiente de los RL.

También se pueden hallar en la naturaleza: contaminación atmosférica, la radiación ultravioleta, el tabaco, los rayos X, determinados medicamentos, etc. Además, las dietas ricas en grasas producen

más RL, ya que se oxidan más rápidamente que las proteínas o los hidratos de carbono. Los alimentos fritos a altas temperaturas en aceites animales, aumenta su producción.

Pero, ¿qué son los radicales libres?

Los RL son átomos o grupos de átomos inestables que han perdido un electrón y por ello, fácilmente reaccionan con otras sustancias. En la naturaleza los electrones tienden a ir en parejas, por ello, los RL buscan constantemente el electrón que les falta. Para ello, desorganizan a otras moléculas biológicamente estables, que a su vez se transforman en RL y así sucesivamente, provocando una reacción en cadena que progresivamente va dañando a los tejidos.

Un exceso de RL contribuye, en gran medida, a muchas enfermedades incluyendo las coronarias, el cáncer, las respiratorias, enfermedades inflamatorias, enfermedades neurológicas y determinadas enfermedades del ojo.

Y, ¿cómo se pueden controlar?

La solución está en los antioxidantes, ya que se encargan de neutralizar o inactivar a los RL, emparejando a los electrones que estaban desaparejados. Esta acción permite la desintoxicación y protección del organismo, previniendo la destrucción de las membranas celulares biológicas.

Los principales antioxidantes se encuentran en las vitaminas A, C y E.

Una fuente importante de vitamina A es el betacaroteno, del que os hablamos en esta sección. La vitamina C es un antioxidante que a su vez protege a otros antioxidantes como la vitamina E. Finalmente, la vitamina E previene la oxidación de los lípidos, sobre todo de las membranas celulares. Afortunadamente estos tres tipos de vitamina las podemos obtener de las zanahorias.

Fuente

http://cultura.terra.es/cac/ciencia/consulta/portada.cfm?consulta_id=205
<http://www.revistanatural.com/primavera299/antioxidantes.htm>

Crema de zanahoria

Raciones: 4 • Preparación: 20' • Cocción: 20'

Ingredientes: 6 zanahorias • 1/4 de calabaza • 1 cebolla • 1 patata • Pimienta blanca • aceite de oliva • sal • un poco de leche (opcional) • piñones o pipas de girasol • salsa de soja.



Se pelan las zanahorias (es preferible rasparlas con un cuchillo). Se pelan y se parten en trozos la calabaza y la patata. La cebolla se pela y se cortará en trozos pequeños o en medias lunas. A continuación, en una cazuela se pocha la cebolla en un poco de aceite de oliva, a fuego lento, hasta que esté transparente. Después se añade la zanahoria, la calabaza y la patata cortada en trozos y se remueve bien con la cebolla y se añade caldo de pollo hasta que se cubra todo. Se sazona y se deja cocer hasta que todo está cocido, es decir, se pueda partir con un tenedor.

Una vez cocidos los ingredientes, se ponen en una batidora. Añadimos un poco de leche y sal, y batimos hasta que obtenga la consistencia de una crema.

La crema de zanahorias se puede servir caliente o fría. Después se pone en un cuenco y se echa un chorrito de salsa de soja por encima y se adorna con piñones o pipas de girasol.



Ensalada tibia de atún

Ingredientes: 4 filetes de atún fresco • escarola • 1 manojo de rúcula • 1 manojo de canónigos • cebolleta • aceite de oliva • vinagre de módena • sal • limón • salsa de soja

Macera el atún en aceite de oliva al limón de seis a doce horas. (Este aceite se prepara dejando macerar durante veinticuatro horas unas rodajas de limón dentro del aceite previamente calentado.) Calienta una sartén al fuego. Sala los filetes de atún, de algo menos de un dedo de grosor, y ponlos en la sartén. No los dejes hacerse mucho rato, porque la gracia del plato es que el atún quede marcado por fuera pero más bien poco hecho por dentro. Retira el atún de la sartén y colócalo en una ensaladera plana para que se vaya enfriando.

Corta la cebolleta en medias lunas, añade un poco más de aceite a la sartén, y ponla a pochar a fuego lento. Una vez pochada, retírala y resérvala. Lava y corta en trozos la rúcula, los canónigos y la escarola.

Para preparar la vinagreta, pon cuatro cucharadas de aceite de oliva del que te habrá sobrado de macerar el atún en un bol, sal y pimienta al gusto, y un chorrito de vinagre de Módena y otro de salsa de soja. Bátelo con un tenedor y déjalo preparado para aliñar la ensalada.

En la ensaladera donde has colocado los filetes de atún, ves poniendo la rúcula, los canónigos y la escarola separadamente y aliña todo con la vinagreta.



Yogurt con kiwi y miel

Ingredientes: 4 yogures • 4 kiwis • miel

Se pelan los kiwis, y se cortan en rodajas, se ponen en un cuenco y se vierte el yogurt encima y luego endulzamos con un poco de miel, una sugerencia sería disolver la miel en el yogurt y verterlo encima del kiwi. Se puede adornar con trocitos de nueces u otros frutos secos. El kiwi se puede sustituir por otras frutas como el pomelo, el albaricoque, o el mango, todos ellos altos en betacaroteno.

Esta articulación no responde



HAS SENTIDO en alguna ocasión que el dolor de una articulación o músculo te ha hecho remover cielo y tierra para descubrir la causa? ¿Te ha remitido el/la médic@ a un/a reumatólog@ para averiguarlo? Si existe algún reumatólogo con conocimientos de VIH en tu entorno puede que encuentres algunas respuestas.

La fuente subyacente de varios tipos de artralgia o dolor articular que sufren las personas con VIH puede ser de difícil identificación, incluso para un/a expert@. En algunos casos, puede servir de ayuda tomar suplementos de glucosamina y sulfato de condroitina.

El Dr. Keith Henry, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Minnesota, asegura que hasta un tercio de nosotros experimentamos alguna forma de dolor articular, lo cual puede ser debido a una forma de artritis reactiva provocada por la propia infección por VIH, los efectos secundarios de algunos fármacos antirretrovirales o, Dios no lo quiera, los estragos de la edad. Esto trae a colación la eterna pregunta: ¿es por el SIDA, por la edad o por los fármacos? Probablemente sea debido a todos estos factores. Paradójicamente, el dolor de articulaciones también puede ser un problema transitorio relacionado con la reactivación del sistema inmunitario en personas que han iniciado tratamiento recientemente.

Una rápida mirada a las páginas web de CATIE y Project Inform nos dirá que la artralgia es un efecto secundario bastante común de determinados fármacos de cualquiera de las clases. Puedes hablar con tu médic@ para ver si puede que el problema sea, en efecto, el tratamiento, si el dolor se hace intolerable y si sería factible un cambio de fármacos si la carga viral se encuentra por debajo del límite de detección. Por otro lado, si te diagnostican una forma de osteoartritis, puede que te recomienden tomar analgésicos, suplementos o ambos.

La osteoartritis es una enfermedad de "usar y romper" de las articulaciones que es capaz de causar una inflamación aguda, pero que implica principalmente la degeneración del cartilago articular y la formación de callos óseos en varias articulaciones. Entre los factores de riesgo se incluye un traumatismo de alto impacto, tensión repetida y obesidad. Mientras que la osteoartritis se asocia con una edad avanzada en la población general, en especial en mujeres de más de cincuenta años, los síntomas pueden aparecer más pronto en personas con VIH.

En los últimos años, la eficacia de la glucosamina y el sulfato de condroitina a la hora de aliviar los síntomas se ha visto promocionada

en gran medida por el boca a boca. Se cree que la glucosamina, un azúcar amínico, incrementa la formación y reparación de cartilago. La condroitina, un carbohidrato, es un componente del cartilago que se supone que aumenta la retención de líquido y la elasticidad al tiempo que inhibe las enzimas que destruyen el cartilago. Ambos componentes son fabricados por el organismo, probablemente en cantidades menores a medida que nos hacemos mayores con el VIH.

Las sales de glucosamina, bien por sí solas o combinadas con condroitina, se dieron a conocer con la publicación de *The Arthritis Cure*, por el médico americano Jason Theodosakis en 1997. Se trata de un especialista en medicina preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Arizona y durante mucho tiempo afectado por la artritis. Mientras que muchos reumatólogos se han apresurado a atribuir la creciente reputación de la glucosamina y la condroitina a un efecto placebo, existe un cuerpo de investigación en crecimiento dedicado a sostener las afirmaciones efectuadas.

En marzo de 2000, un estudio publicado en el *Journal of the American Medical Association*, llegó a la siguiente conclusión:

Los ensayos realizados con preparados de glucosamina y condroitina contra los síntomas de la osteoartritis demuestran efectos moderados a importantes, pero temas relativos a la calidad y posibles sesgos de la publicación sugieren que estos efectos son exagerados. No obstante, parece probable que se produzca cierto grado de eficacia con estos preparados.

Quizás no se trate de un resultado para echar las campanas al vuelo, pero todavía hay más.

En enero de 2001, un importante estudio belga publicado en *The Lancet*, con 212 pacientes que padecían osteoartritis en la rodilla llegó a la conclusión de que la glucosamina no sólo aliviaba los síntomas sino que se demostró que disminuía el deterioro del cartilago. Todavía existen dudas respecto a la estandarización de rayos X utilizados en este estudio para documentar los cambios del espacio articular, por lo que los que seáis escépticos podéis decidir esperar



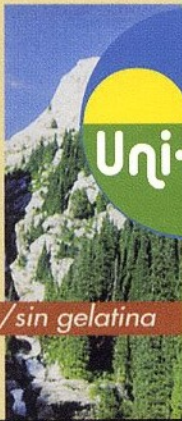
MUMIJO-ACTIVO

Mineralerde aus dem Hochgebirge Zentralasiens

Nahrungsergänzung

Arcilla mineral virgen de las serranías de Asia Central

complemento alimenticio



Uni-Nat

MUMIJO-ACTIVO
“el oro del Himalaya”

«El Mumijo es una sustancia negra, soluble en agua parecida a la resina, con un agradable olor característico; se utiliza como remedio eficaz en la regeneración en general, contra las infecciones y las intoxicaciones.»

Robert James (1776) farmacéutico

ohne Gelatine/sin gelatina

60 Kapseln/
cápsulasImportado por: Universo Natural S.L.L.
Tel. 933 577 616 Fax. 933 571 116www.uni-nat.com
conozca nuestros productos

Visita nuestra web:
www.lapastilla.com

ORGANIZADORES
para la medicación
Varios tamaños
y compartimentos

Pastilleros con alarmas

TEL. ATENCIÓN AL CLIENTE:

916 332 271

630 765 422

lapastilla@lapastilla.com

hasta el año 2005, en el que se espera tener resultados de un importante estudio de los NIH —los Institutos Nacionales de Salud de los EE UU— con 1.200 personas que sufren de osteoartritis de la rodilla.

Mientras que los estudios han observado en general muy pocos efectos adversos derivados de cualquiera de ambos suplementos, aparte de un aumento de gases intestinales y heces blandas, la investigación realizada en animales ha apuntado la posibilidad de que la glucosamina podría empeorar la resistencia a la insulina. Esto supone una fuente de preocupación importante para las personas que están tomando TARGA, que es posible que ya les haya situado en riesgo de desarrollar diabetes del adulto. No debemos confundir la glucosamina con glucosa, ya que son sustancias diferentes que siguen rutas distintas de eliminación. Estudios clínicos realizados hasta la fecha no han demostrado un aumento de los niveles de azúcar en sangre o de insulina en la población general, aunque habría que controlar la glucemia si fuera necesario, y evitar la glucosamina si te han diagnosticado un trastorno del metabolismo de los glúcidos. Consulta con el/la médic@ o un/a naturópata al respecto, o si has tenido alergias al marisco antes de tomar glucosamina. Debes tener en cuenta que en la mayoría de casos las alergias son provocadas por proteínas del marisco, no por la quitina, un carbohidrato del que se extrae la glucosamina.

Si estás tomando sulfato de condroitina además de una medicación anticoagulante o terapia diaria con aspirina, deberías seguir

controles frecuentes del tiempo de coagulación. Este suplemento es similar en su estructura a la heparina y la combinación de ambos puede provocar hemorragias en algunas personas. Las mujeres embarazadas y las que están pensando en esa posibilidad no deberían tomar estos suplementos, ya que no se han estudiado durante el tiempo suficiente para establecer sus efectos sobre el bebé o sobre el feto en desarrollo.

Estudios en humanos han mostrado que la glucosamina y el sulfato de condroitina pueden aliviar el dolor artrítico y la rigidez con menos efectos secundarios que los fármacos convencionales, y algunas personas consideran que deben utilizar ambas opciones. Ambos suplementos pueden tomarse de manera independiente o combinados en una sola cápsula. Las dosis diarias recomendadas, por ejemplo, las utilizadas en el estudio belga, son de 1.500mg de glucosamina y 1.200mg de condroitina diarios. Hay que tener cuidado con los suministros de glucosamina en crema, ya que son un engaño, y ten en cuenta que habrás de tomar los suplementos durante un mes antes de poder ver resultados. En general, la glucosamina y la condroitina han estado obteniendo opiniones muy positivas por parte de los usuarios, y eso es lo que cuenta.



¿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.



El EFECTO PROTECTOR del PESCADO AZUL

Si bien desde hace ya años los epidemiólogos sugieren que comer pescado azul puede reducir el riesgo de experimentar accidentes cardiovasculares, el mecanismo por el que este efecto ocurre no era del todo conocido. Esos accidentes están en el punto de mira de los efectos adversos de los antirretrovirales (ARV).

Ahora un equipo de investigadores de la Universidad de Harvard, Boston, EE UU, ha dado con la clave después de varios estudios realizados en modelos animales. Según afirma el profesor Alexander Leaf, los experimentos muestran que los ácidos grasos omega-3, presentes en el pescado azul, se almacenan en las membranas de las células del corazón y pueden así prevenir un repentino ataque de corazón o una arritmia fatal. Estos ácidos grasos poliinsaturados regulan los flujos excesivos de sodio y calcio en el corazón, que de ocurrir provocarían descargas eléctricas excesivas que alterarían

de forma peligrosa el ritmo cardíaco. Los ácidos grasos omega-3 se encuentran en el pescado azul (salmón, atún, sardinas, etc) tanto si es fresco como congelado. Estos autores advierten que el atún de lata en aceite no es una buena elección porque éste extrae el omega-3 del pescado. En cambio, si recomiendan el atún de lata conservado con agua.

Según un comunicado reciente de la Asociación Americana del Corazón, es preferible que estos ácidos omega-3 se obtengan a través de la dieta (a razón de un gramo por día), aunque las personas con enfermedad coronaria pueden precisar más cantidad y por ello recurrir a la toma de suplementos.

Fuente: www.aegis.org

El CARDIO MARIANO no parece mejorar la HEPATITIS C

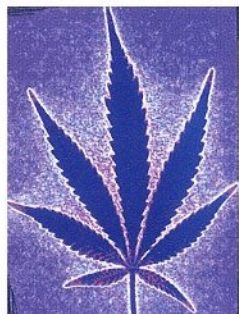
El cardo mariano es una hierba que suele ser utilizada por personas con hepatitis C crónica por sus supuestos efectos beneficiosos. Sin embargo, existe muy poca información sobre su eficacia a la hora de mejorar los parámetros hepáticos y los síntomas de esta dolencia. Por ello, un equipo de investigadores australianos, con Adam Gordon a la cabeza, ha llevado a cabo un estudio prospectivo, aleatorizado, doble ciego y con control placebo en el que han participado 24 personas con hepatitis C crónica. Un grupo recibió 600mg de cardo mariano al día; otro grupo, 1200mg diarios; y otro, placebo. El estudio consistió en 12 semanas de tratamiento con un periodo intermedio de 4 semanas de lavado. Después del último curso, estas personas fueron seguidas durante 12 semanas más. Se les midió los

parámetros bioquímicos de la función hepática y se les realizó una evaluación de la calidad de vida.

Al final del estudio, el uso de cardo mariano se mostró seguro y fue bien tolerado pero no se observaron mejoras significativas en la calidad de vida, ni en la ansiedad, ni en los valores de ALT en comparación con las personas que tomaron placebo, por lo que según estos resultados, el cardo mariano tendría poca eficacia en el tratamiento de la hepatitis C crónica.

Fuente: www.natap.org

MARIHUANA contra la DEPRESIÓN



El Centro Médico de San Mateo, el único que en EE UU cuenta con fondos públicos para investigar con marihuana, está realizando estudios encaminados a evaluar el efecto terapéutico de esta hierba en las personas que viven con VIH, en especial en el tratamiento del dolor, como en el caso de la neuropatía periférica.

Para recoger información previa a la realización de los estudios se entrevistó a 252 pacientes de dicho centro, de los que 58 (23%) aseguraron haber fumado marihuana en las últimas cuatro semanas.

La sorpresa para los investigadores vino cuando tras preguntar por la razón principal por la que los pacientes usaban esta hierba, la mayoría aseguró que fumaba marihuana para mejorar síntomas mentales, tales como la ansiedad y la depresión. Este hallazgo sorprendió a los científicos pues a priori creían que se usaba más como alivio para la náusea y



estimulante del apetito, o como paliativo del dolor, razones esgrimidas en segundo y cuarto lugar respectivamente por los encuestados. El tercer lugar en esta encuesta lo ocupó el uso recreativo.

Estos resultados se presentaron el pasado mayo de 2003 en el transcurso la conferencia anual de la Asociación Psiquiátrica Americana causando diversidad de opiniones. El Dr. Israelski, director del Centro Médico San Mateo declaró que no es un campo de estudio fácil: "No se quiere tocar por razones políticas".

La administración Bush se ha mostrado contraria a cualquier legalización de la marihuana, incluso por razones médicas, aduciendo que no hay investigación que pruebe que aporta beneficios. El Dr. Israelski comenta que es un pez que se muerde la cola: "Si lo ponen tan difícil para que se realicen estudios, ¿cómo se pueden obtener evidencias científicas?".

Fuente: www.aegis.org



Asumo el riesgo: quiero el medicamento

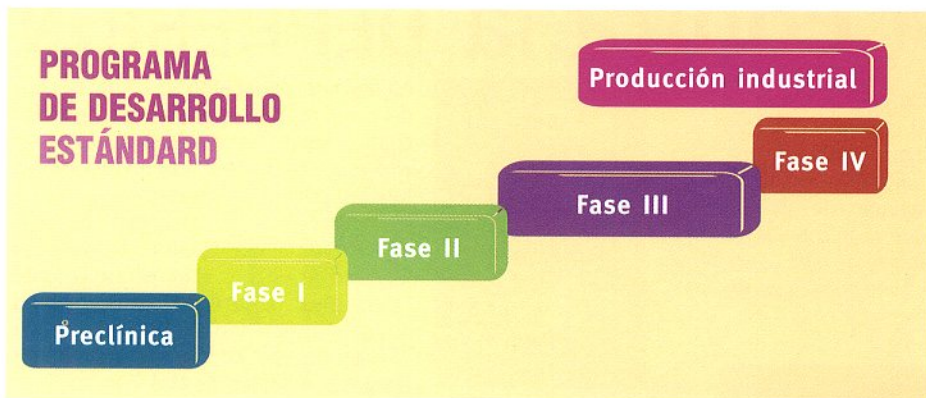
Pese a los avances terapéuticos, todavía un número considerable de personas mueren de SIDA en los países industrializados. En España, los cálculos oficiales ofrecen en los últimos tiempos la cifra de unas 2.300 personas anuales, aunque si la hepatitis C se considerara una enfermedad oportunista, la cifra se dispararía sin duda. La vida de otras miles está en peligro, y la de otras tantas está muy deteriorada. A todas ellas les podría compensar acceder a fármacos experimentales en la mayor brevedad. Pero no pueden hacerlo porque no hay producto disponible.

En el proceso de desarrollo de un fármaco, las compañías deben llevar a cabo diferentes fases consecutivas: primero la investigación en laboratorio y pruebas en animales (fase preclínica), y luego ensayos en humanos (Fase I, Fase II y Fase III). La idea es que no es ético dar una medicación experimental a una persona si el riesgo que le comporta supera el beneficio que pueda obtener, y las investigaciones por fases intentan dilucidar cuándo es así. En el caso del VIH, el beneficio que se puede alcanzar es nada y nada menos que salvar la vida, por lo que el riesgo que una persona que ya haya agotado otras opciones de tratamiento y cuya salud sea crítica podría llegar a asumir es muy alto.

Usualmente en VIH, el acceso expandido o compasivo a un fármaco experimental se pone en marcha cuando la Fase III está a punto de completarse y el proceso regulatorio se encuentra muy avanzado, de manera que quedan pocos meses para la eventual comercialización. Eso es demasiado tarde para mucha gente en situación de riesgo de que su salud empeore gravemente o incluso fallezca.

do, es decir, en las que ya no funcionan los otros antirretrovirales, sea por resistencias o por toxicidad, tienen los estudios en Fase III para acceder al fármaco experimental que necesitan. Pero no es así: estos ensayos se diseñan con criterios de inclusión (quién puede participar) y de exclusión (quién no puede participar) para seleccionar una población en la que el medicamento muestre una eficacia superior a la de otros. Éste es el motivo por el que de los estudios de Fase III se excluye a personas con un diagnóstico grave o bien se limita su número a una proporción menor. Si la mayoría de los participantes en estos estudios estuvieran en una situación de rescate profundo, el nuevo medicamento tendría dificultades para mostrar un mejor resultado que los ya disponibles.

Esto es comprensible, aunque tiene sus limitaciones. Al excluir a pacientes, los estudios de Fase III no recolectarán datos que reflejen todo el espectro de personas que utilizarán el medicamento una vez se apruebe, lo que cercena el conocimiento pleno sobre el grado de eficacia.



Lo que desde luego no es comprensible es que no existan alternativas para quienes quedan excluidos de los estudios de Fase III pese a su imperiosa necesidad de acceder al fármaco experimental. Por ello, diferentes grupos de activistas han decidido pedir a la Agencia Europea del Medicamento (EMA, en sus siglas en inglés) que establezca un mecanismo por el cual las compañías farmacéuticas estén obligadas a abrir un acceso expandido de un antirretroviral en investigación tan pronto como finaliza la Fase II o al mismo tiempo que empieza la Fase III.

¿Por qué no abrir antes el acceso expandido? Al finalizar la Fase II de desarrollo de un medicamento antirretroviral ya conocemos normalmente cuál es la dosis recomendable, cuáles son los posibles efectos secundarios por lo menos a corto plazo y qué eficacia probable tiene sobre un número limitado de pacientes. Desde luego, antes de aprobar el fármaco, es necesario hacer ensayos con una cantidad amplia de personas (la Fase III), pero ya entonces tenemos datos suficientes como para considerar que el uso del fármaco puede salvar vidas, y que eso compensa el riesgo de que aparezcan efectos secundarios no previstos o que la eficacia sea inferior a la esperada.

Se podría pensar que las personas en terapia de rescate profun-

Las empresas multinacionales alegan que en ese estadio de desarrollo no es tan sencillo fabricar suficiente cantidad de producto como para satisfacer los requisitos de los estudios y además abrir un acceso expandido abundante. Los casos de hasta hace poco T-20 y en la actualidad tipranavir dan muestra de tal escasez: apenas se dispuso en su momento (T-20) o se dispone actualmente (tipranavir) de unos pocos centenares de tratamientos para miles de europe@s que estaban o están en riesgo cierto de fallecer.

Los grupos activistas entienden que es responsabilidad de las compañías el planificar con suficiente antelación lo necesario para que en el momento preciso de comenzar la Fase III también haya

producto para el acceso expandido amplio. Y entienden además que tal disponibilidad de un fármaco vital no puede quedar a la buena voluntad de la empresa, sino que debe haber un mandato de las agencias reguladoras.

Utilizando todos estos argumentos, el Grupo Europeo de Tratamientos del SIDA (EATG, en sus siglas inglés), el Foro Español de Activistas de Tratamientos (FEAT), la Coordinadora Estatal del VIH/SIDA (CESIDA) de España, el Grupo Portugués de Activistas de

Tratamientos (GAT), el Comité Italiano de Asesoramiento Comunitario (ICAB) y el Grupo Interasociativo sobre Tratamientos e Investigación Terapéutica (TRT5) de Francia, han dirigido una carta a Daniel Brasseur, presidente del Comité de Especialidades Farmacéuticas (CPMP, en sus siglas en inglés) de la EMEA, para solicitarle que la agencia tome cartas en el asunto.

Esperamos que así sea.

Dos ejemplos: T-20 y tipranavir

En el texto de la carta a la EMEA, los activistas describen los recientes estudios de Fase III de enfuvirtida (T-20, Fuzeon) y de tipranavir (TPV) potenciado por ritonavir. En el primero, ya concluido, los pacientes fueron excluidos después del proceso de selección porque estaban demasiado enfermos, lo que implicaba el riesgo de que el estudio no demostrara eficacia si se hubiese admitido a demasiadas personas que necesitan con urgencia nuevas alternativas de tratamiento. En el segundo, todavía en marcha, a los pacientes se les excluye del ensayo según los resultados genotípicos: hay exclusión a partir de más de tres mutaciones primarias en la proteasa. Con lo que, aseguran los representantes comunitarios, la selección de la población en estudio se realiza de tal modo que tipranavir/r demostrará seguramente eficacia al compararse con el resto de alternativas de tratamiento disponibles.

Los grupos entienden que las compañías Roche (con T-20) y Boehringer-Ingelheim (con tipranavir) tengan necesidad de demostrar la eficacia del compuesto, y que para ello se deje fuera a algunos pacientes de los programas de Fase III. Pero en ciertos

casos la tasa de exclusión ha sido muy alta: en el programa de Fase III de tipranavir/r esa tasa llega al 55%. Ciertamente que a algunos se les ofreció entrar en otro estudio, pero las plazas de éste eran muy pocas. Los pacientes excluidos corren un grave riesgo de empeoramiento de su estado de salud y de fallecer, como así ha ocurrido.

Para muchos pacientes que necesitan alternativas de tratamiento, sin embargo, la participación en estos ensayos es la única manera de acceder a un nuevo fármaco: incluso en el caso de que al entrar en el estudio el sorteo asigne el brazo control, los ensayos como el de T-20 y el de TPV permiten tener acceso al antirretroviral en desarrollo si su régimen falla después de 8 semanas.

Otros pacientes son inscritos en los ensayos pero no pasan el primer filtro de selección. Ocurre entonces que tras haber discutido con el/la médico/a las ventajas e inconvenientes, haberse prestado a ser inscrito/a, haber firmado un consentimiento informado, que se les haya extraído sangre, y de haber esperado a los resultados, se les rechaza sin que se les ofrezca una alternativa.

La propuesta comunitaria

Los grupos activistas no quieren volver a oír excusas sobre limitaciones de producción para justificar la escasez de medicación experimental. Lo que quieren es que las compañías se vean obligadas a planificar con antelación y que en el momento justo haya suficiente fármaco disponible.

La propuesta es que las agencias reguladoras, como la EMEA o incluso los organismos nacionales (aquí, la Agencia Española del Medicamento o la Dirección General de Farmacia), establezcan la obligatoriedad de que paralelamente a los ensayos de eficacia de la Fase III, se abran ensayos de tolerabilidad en los que puedan entrar quienes no pueden participar en los primeros.

Estos ensayos serían conocidos como de Fase IIIb. Permitirían evaluar el balance riesgo-beneficio de utilizar este antirretroviral en personas excluidas de los estudios de eficacia, lo que además de dar acceso a quien lo necesita, nos aportaría resultados de tolerancia y eficacia también en esta población.

Otra alternativa sería que las agencias públicas concedieran una autorización de comercialización provisional y muy limitada a los

pacientes que se encuentran en situación de rescate profundo. Ello siempre y cuando se dispusiera de bastantes datos sobre la seguridad del fármaco.

La tercera modalidad sería obtener un compromiso formal de las empresas farmacéuticas, pero los grupos desconfían de que lo lleven realmente a la práctica. De hecho, afirman que cuando han planteado este asunto a los responsables correspondientes, sólo se han obtenido buenas palabras que los hechos no han corroborado. Prefieren pues que exista una disposición legal que no puedan ignorar.



Tratamientos para el siglo XXI (III)

La interferencia del ARN

En el número anterior de LO+POSITIVO repasamos algunas de las nuevas estrategias de tratamiento del VIH en investigación, como la inhibición de la entrada del virus a la célula a infectar, la inhibición de la integrasa en el núcleo celular y la inhibición del ensamblaje final de las partículas provirales en la célula infectada. Diseños cuya investigación avanza y que en el caso de los inhibidores de la entrada, se han materializado ya con el desarrollo y aprobación en Europa del primero de la nueva clase: Fuzeon® (T-20). En esta segunda entrega abordamos principalmente una nueva táctica que se encuentra en fases mucho más preliminares, pero que causó gran expectación en la X Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI) celebrada este año en Boston. Contó con un simposio en exclusiva y la sala se llenó hasta la bandera. Se trata de la interferencia del ARN.

Por amor a la petunias

Según cuenta Scott M. Hammer en un interesante artículo publicado en prn.org [1] en 1996 un grupo de investigadores botánicos de la Universidad de Arizona, EE UU, liderado por el Dr. Rich Jorgensen, intentó intensificar el color de unas petunias introduciéndoles un nuevo gen productor de pigmentación. El resultado no fue satisfactorio, todo lo contrario, las flores palidieron, incluso algunas perdieron su color y quedaron blancas. Después de darle muchas vueltas, estos investigadores se dieron cuenta de que el nuevo gen y el gen de las petunias se habían suprimido mutuamente. Uno había anulado al otro y viceversa. Este experimento sirvió para descubrir un nuevo mecanismo celular: el silenciamiento de genes.

Posteriormente se descubrió que además de en muchas plantas puede darse también en seres vivos superiores, incluso en mamíferos. Este fenómeno se debe a una maquinaria celular que puede degradar el ARN (ácido ribonucleico) inactivándolo. "El truco es introducir en las células pequeñas piezas sintéticas de ARN que tienen la misma secuencia de firmas que la del ARN al que se quiere atacar", aseguró el Dr. Mario Stevenson del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts en Worcester (EE UU) en el transcurso de una rueda de prensa en el Hynes Convention Center de Boston durante la Conferencia sobre Retrovirus.



El silencio de los genes

Desde que se descubriera que la interferencia de ARN funciona en células humanas, varios grupos de investigadores han estado trabajando en el desarrollo de técnicas de silenciamiento para inhibir la replicación del VIH. Según Hammer hay dos posibles áreas de trabajo a tener en cuenta:

1. El silenciamiento de los genes responsables de la expresión de los receptores y correceptores claves de las células no infectadas.
2. La interferencia de los genes responsables de la replicación del VIH dentro de las células infectadas.

La Dra. Judith Lieberman del Centro Médico de la Universidad de Harvard en Boston (EE UU), presentó en la CROI datos de una investigación de laboratorio en la que en el tubo de ensayo infectaron a macrófagos con ARN_{ic} (segmentos cortos de ARN interferente) [2]. El resultado fue una significativa supresión de la replicación del VIH incluyendo a cepas resistentes a los antirretrovirales disponibles en la actualidad. "Descubrimos que las combinaciones de ARN interferente corto (ARN_{ic}) dirigidas a los genes celulares y virales pueden suprimir por

completo la infección por VIH en macrófagos", dijo a los participantes en el simposio de la conferencia. "Una única aplicación de ARNiC proporciona una protección de larga duración en estas células no divisoras, y desaparece a las 2 ó 3 semanas." Otro interesante descubrimiento de este equipo fue que las células ya infectadas con VIH podían ser suprimidas.

La prueba en ratones

Un paso más allá y experimentando *in vivo*, con dos modelos de ratones con un tipo de hepatitis autoinmune, la Dra. Lieberman intentó silenciar la expresión del receptor celular Fas. "La mayoría de las hepatitis fulminantes de etiología diversa son mediadas por Fas", explicó. Tras la inyección intravenosa de ARNiC, el 90% de las células del hígado absorbió el ARNiC. La expresión de Fas se silenció eficazmente y la protección se prolongó durante 10 días [3].

Los hallazgos sugieren que "puede que tal vez no sea necesaria la terapia génica para aplicar el ANRic", dijo la Dra. Lieberman, pues "la inyección de ARNiC puede ser absorbida por las células hepáticas y el silenciamiento puede ser muy eficaz, muy específico y de larga duración." Según esta investigadora se trata de la primera demostración de la protección en seres vivos utilizando la interferencia del ARN en un modelo de enfermedad.

Quedan todavía muchos interrogantes, añadió. "No está claro que estos hallazgos puedan extrapolarse a organismos superiores..."

como el CXCR4, usado en las fases más avanzadas de la infección. Además, ahora hace un año se presentaron datos que señalaban que la inhibición del CCR5 podría propiciar una más rápida evolución del virus de la hepatitis C, lo que cuestionaría el uso de esta estrategia en personas con VIH y VHC.

Tendremos que esperar a la CROI de 2004 para saber cómo evolucionan las investigaciones de esta novedosa estrategia y si existe fundamento para que los experimentos pasen a la clínica.

El antisentido

La idea de las terapias antisentido consiste en el diseño de moléculas que son un 'reflejo' exacto de parte del código genético del virus diana, en este caso del VIH. El fármaco se encaja al virus y lo bloquea desactivándolo. En 1998, la aprobación de la primera terapia antisentido para tratar la retinitis por citomegalovirus, Vitravene®, disparó el interés por esta clase de compuestos. Este antiviral fue desarrollado por Isis Pharmaceuticals y comercializado por CIBAVision, divisiones oftalmológicas del gigante farmacéutico Novartis.

En la actualidad Enzo Therapeutics, otra compañía especializada en este campo, está desarrollando un fármaco antisentido para el tratamiento del VIH, el HGTV43, que está diseñado para suministrar genes antisentido a células de personas con infección por VIH. Estos genes se incorporan al ADN de las células madre para que a conti-



Ilustraciones: Montserrat Moliner

Pero es concebible que la aplicación regional sea una alternativa para los primates. Esto es sólo el principio, pero creo que es un interesante primer paso."

Según el Dr. Stevenson, estos hallazgos tienen amplias implicaciones sobre el tratamiento de infecciones causadas por virus o bacterias. "La esperanza es que este tipo de aproximaciones inicie su camino como terapia para el VIH/SIDA en un futuro no demasiado lejano", afirmó.

Otro trabajo, llevado a cabo por un equipo del Instituto Médico Howard Hughes de la Universidad de Duke (EE UU) con el Dr. B. R. Cullen a la cabeza, mostró como en el tubo de ensayo introduciendo ARNiC directamente o mediante plásmidos o vectores retrovirales se inhibía la replicación del VIH en células humanas; atacando al ARN mitocondrial (ARNm) del VIH o bloqueando el correceptor CCR5, indispensable para la replicación del VIH. [4]

Como apuntábamos en el número anterior el bloqueo del CCR5, el correceptor que el VIH usa en las fases iniciales de la infección, no es garantía de que el VIH no mute y seleccione otros correceptores,

nuación se diseñe la producción de ARN antisentido anti-VIH que ofrezca resistencia al VIH y así prevenga su replicación. Este compuesto se encuentra en Fase II de investigación en humanos. De completarse, sus resultados darán luz a la viabilidad de esta sofisticada técnica.

Referencias:

- [1] Scott M. Hammer: View From the Pipeline: The 2003 Review of Experimental Antiretrovirals (www.prn.org).
- [2] J. Lieberman. Some Steps Towards Moving RNA Interference to the Clinic. 10th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections, Boston 2003. Abstract 51.
- [3] D. Mitchell. La interferencia de ARN podría constituir una nueva aproximación terapéutica a la infección por VIH. Dr.Fax 77 (www.gtt-vih.org).
- [4] B. R. Cullen. Using RNA Interference to Inhibit HIV-1 Replication and Infection. 10th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections, Boston 2003. Abstract 52.

La Noticia del Día

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

Con tan sólo cinco minutos al día, puedes mantenerte regularmente informado sobre lo más relevante

y actual en relación con el VIH, sus patologías asociadas y los tratamientos.

Puedes subscribirte sin coste alguno en la sección «La Noticia del Día» de nuestro sitio www.gtt-vih.org. Aquí también dispones de un buscador de temas que te interesen en el archivo de noticias anteriores.

Activistas europeos protestan por el escaso acceso a tipranavir

El VIH es un virus con una alta capacidad para mutar y desarrollar resistencia a los fármacos antirretrovirales. En la actualidad miles de personas que viven con VIH experimentan el fracaso de sus tratamientos. Estas personas necesitan urgentemente nuevas opciones terapéuticas. Por ello, diversos laboratorios están desarrollando nuevos fármacos que puedan ser eficaces frente a virus resistentes a los tratamientos disponibles en la actualidad.

Boehringer Ingelheim, farmacéutica internacional con sede central en Alemania, que cuenta ya con un antirretroviral en el mercado, nevirapina (Viramune®), está desarrollando un nuevo inhibidor de la proteasa (IP) llamado tipranavir que combinado con una pequeña dosis de ritonavir puede potencialmente beneficiar a las personas con VIH que necesitan urgentemente un tratamiento de rescate.

En septiembre de 2003, tras meses de presión por parte de varias ONG que trabajan en el campo del VIH/SIDA, Boehringer Ingelheim finalmente inició un programa de acceso compasivo. Este programa cuenta, no obstante, con sólo 600 plazas para todo el mundo hasta mediados de 2004 y en ningún caso cubrirá las necesidades de las miles de personas cuyas opciones terapéuticas se han agotado y se ven abocadas a la progresión del SIDA y la muerte.

Además, para este programa de acceso compasivo Boehringer está prohibiendo el uso concomitante de otro IP junto a tipranavir/r en la combinación de rescate. Esta decisión es contraria al reciente hallazgo científico que muestra que se obtiene más potencia usando tipranavir/r junto a otro IP que tomándolo como IP único en la combinación. El pasado mes de julio el comité independiente del ensayo 1182.51 de Boehringer recomendó que todas las personas que participaban en el estudio y tomaban tipranavir/r como único IP pasaran a tomar una combinación que además de inhibidores de la transcriptasa inversa y tipranavir/r incluyera otro IP adicional.

Por este motivo esta mañana el Grupo Europeo de Tratamientos del SIDA (EATG), organización no gubernamental paneuropea, y la coalición de activistas en tratamientos de Francia, TRT-5, han realizado una acción de protesta en el marco de la IX Conferencia Europea sobre Aspectos Clínicos y Tratamiento de la Infección por VIH que fue inaugurada ayer en Varsovia, Polonia.

Los activistas europeos piden a Boehringer que el acceso compasivo se amplíe para proporcionar tipranavir/r a todas aquellas personas que no tienen otras opciones de tratamiento. También piden que la compañía respete la recomendación del comité independiente del ensayo 1182.51 y permita a las personas que participan en este programa la inclusión de un IP adicional en su combinación.

Fuente:

ELABORACIÓN PROPIA / COMUNICADO DE PRENSA CONJUNTO DEL EUROPEAN AIDS TREATMENT GROUP (EATG) Y TRT-5 (GROUPE INTERASSOCIATIF TRAITEMENTS & RECHERCHE THERAPEUTIQUE).

La FDA aprueba fosamprenavir

La agencia estadounidense encargada de la aprobación de los medicamentos (FDA), anunció ayer lunes la aprobación del nuevo inhibidor de la proteasa (IP) fosamprenavir (FAPV), un profármaco del ya aprobado amprenavir (Agenerase) y desarrollado por GlaxoSmithKline (GSK) y Vertex Pharmaceuticals. Este profármaco, que también era conocido bajo la denominación 908 y tendrá como nombre comercial Lexiva, no presenta restricciones dietéticas.

La FDA establece las siguientes dosis para pacientes naive: FAPV 1400mg BID (sin RTV), o bien FAPV 1400mg QD más RTV 200mg QD o bien FAPV 700mg QD más RTV 100mg QD. Aunque la agencia no lo explicita en su comunicado, FAPV es un candidato

claro a que se controlen los niveles de fármaco en sangre (TDM) de forma individualizada.

La agencia de EEUU recomienda en personas pretratadas: FAPV 700mg más RTV 100mg ambos BID, y rechaza expresamente la administración en este colectivo de una vez al día. Además, las autoridades estadounidenses advierten que este estudio entre pacientes experimentados no era lo suficientemente grande como para alcanzar una conclusión definitiva sobre la equivalencia clínica de FAPV/RTV frente a Kaletra.

Los efectos secundarios de FAPV son similares a los de los otros IP.

Fuente:

AIDSINFO E-NEWS: OCTOBER 21, 2003 BY THE FDA/ELABORACIÓN PROPIA.

Referencia: aidsinfo.nih.gov

Alerta sobre el uso de tenofovir con lamivudina y abacavir en primera línea

El pasado 30 de julio, la EMEA (Agencia Europea de Evaluación de los Medicamentos) y el Comité de Especialidades Farmacéuticas (CPMP en sus siglas en inglés) difundieron un comunicado de alerta a los profesionales de la salud europeos en el que se advierte de no prescribir en primera línea la combinación de toma diaria compuesta por lamivudina (Ziagen) y abacavir (Epivir), dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN) comercializados por GlaxoSmithKline, y tenofovir (Viread), el primer análogo de nucleótido, producido por Gilead Sciences.

La decisión surgió de los resultados de un estudio de GSK que comparó la combinación tenofovir/abacavir/lamivudina como tratamiento para el VIH en primera línea con la combinación abacavir/lamivudina con el ITIN efavirenz (Sustiva, Stocrin). El estudio reveló una tasa alta de no respuesta en la combinación que incluía tenofovir respecto a la combinación con efavirenz. Después de ocho semanas, no se observó ninguna respuesta virológica en casi la mitad (49%) de los 102 pacientes naives que recibían la combinación que incluía tenofovir. Al cabo de 12 semanas, tam-

poco se observó en el 48% de 63 pacientes. En cambio, solamente el 5% de los pacientes que tomaban la combinación con efavirenz no consiguió desarrollar respuestas tanto al cabo de ocho como de doce semanas. Se observaron resultados similares en un estudio piloto llevado a cabo por el investigador británico Charles Farthing y presentado durante el último encuentro de la Sociedad Internacional del SIDA en París.

La EMEA también informa que se ha cancelado el brazo del estudio que recibía tenofovir. GSK todavía tiene que determinar las causas exactas que llevaron a que los pacientes no respondieran a esta combinación de fármacos.

En su anuncio, la EMEA agrega que los pacientes que reciben la combinación tienen que ser "frecuentemente controlados con una prueba sensible de carga viral" y que habría de "considerarse un cambio de tratamiento en el caso de que aumentara la carga viral." Por otra parte, las personas que están recibiendo o que prevén tomar un tratamiento antirretroviral que incluya abacavir y lamivudina en combinación con tenofovir tienen que consultar con su médico "cuanto antes".

Fuente:
www.kaisernetwork.org

Referencia:
EMEA PUBLIC STATEMENT ON EARLY VIROLOGIC NON-RESPONSE IN PATIENTS WITH HIV INFECTION TREATED WITH TENOFOVIR IN COMBINATION WITH LAMIVUDINE AND ABACAVIR.
www.emea.eu.int/pdfs/human/press/pus/2019403en.pdf

muy breves

Prometedor microbicida rectal cianovirina

En 1997, Michael Boyd y sus colegas del Instituto Nacional del Cáncer en EE UU anunciaron que habían aislado una proteína antiviral llamada cianovirina-N (CV-N), que en las pruebas *in vitro* parecía mostrar propiedades anti-VIH (Boyd, 1997). Extraída de una alga verdiazul conocida como *cyanobacterium*, la CV-N se une a los azúcares pegados a la proteína de la envoltura del VIH y evita que ésta se una a su vez a las superficies celulares de las mucosas en la vagina o el recto.

El pasado julio, Che-Chung Tsai y sus colaboradores en la Universidad de Washington presentaron pruebas de que la CV-N

podía prevenir la transmisión rectal del VIS (virus de inmunodeficiencia simia) en macacos. En sus estudios, ninguno de los macacos tratados con gel al 1% o bien al 2% de CV-N mostró evidencias de infección por VIS y ni el gel de CV-N ni el de placebo provocaron ningún efecto adverso en ninguno de los macacos tras la aplicación rectal.

Los resultados de este estudio y de otros en marcha sobre CV-N sugieren que merece que se siga desarrollando como un microbicida potencial para prevenir la transmisión del VIH en humanos.

Fuente:
Global Campaign for Microbicides
www.global-campaign.com

La no recomendación del régimen ddl, 3TC y tenofovir se extiende a los pacientes pretratados

(CPMP y EMEA, respectivamente, en sus siglas en inglés).

En la carta, que sigue a una anterior de no recomendación de la combinación ddl, 3TC y TFV en pacientes naive en julio (véase *La Noticia del Día 09/09/03*) y a una reciente misiva de Gilead en EE UU de las mismas características (véase *La Noticia del Día 15/10/03*). El nuevo texto, fechado el 20 de octubre, insiste en no recomendar la combinación a pacientes naive y, ahora, tampoco a pacientes experimentados.

El argumento que se utiliza para descartar el uso de ddl+3TC+TFV en esta población ya tratada deriva de los datos sobre mutaciones de resistencia de un estudio piloto a 24 semanas.

La empresa farmacéutica Gilead Sciences, que comercializa el antirretroviral análogo de nucleótido tenofovir DF (TFV) bajo el nombre de Viread, ha enviado una carta del tipo "Apreciado Doctor" a todos los especialistas de países de la Unión Europea. El contenido de la carta ha sido acordado con el Comité de Especialidades Farmacéuticas de la Agencia Europea del Medicamento

Participaron 24 pacientes (20 hombres y 4 mujeres) del mismo centro, con una edad mediana de 39 años (rango 28-57 años), naive a los tratamientos y que tomaron ddl GR 250mg, 3TC 300mg y TFV 300mg una vez al día. Jemsek y sus colegas comunicaron oralmente que se había detectado una alta frecuencia de fracaso virológico (91%), definido como una reducción inferior a 2 log₁₀ en niveles plasmáticos de ARN de VIH a la semana 12.

Se hicieron pruebas de resistencia a 21 pacientes. De éstos, 20 (95%) tenían la M184I/V y 10 (50%) la K65R además de la M184V. De los 19 pacientes de los que se dispuso las pruebas de resistencia fenotípica, todas las muestras mostraron susceptibilidad a TFV (<1,4x tipo salvaje), mientras que 5/10 participantes con la K65R mostraron una reducción de la susceptibilidad a ddl (>1,7x tipo salvaje). Estos resultados, que muestran un muy alto índice de fracaso precoz, llevaron a la interrupción del estudio.

Además de no recomendar la combinación ddl+3TC+TFV ni a pacientes naive ni a pretratados, se aconseja que se haga un seguimiento estrecho de quienes ya la toman y se considere una modificación del tratamiento al mínimo signo de aumento de la carga viral.

Fuente:
European AIDS Treatment Group (EATG)

Aprobación europea de emtricitabina

El análogo de nucleósido emtricitabina (EMB, nombre comercial Emtriva®) ha sido aprobado por la Comisión Europea para su comercialización en los 15 estados miembros de la Unión.

Los efectos adversos más corrientes observados en los estudios hasta ahora son dolor de cabeza, diarrea, náusea y elevaciones en la creatina kinasa. También se detectó una mayor frecuencia de decoloración cutánea entre quienes tomaban EMB. Esta decoloración de la piel provocada por hiperpigmentación en las palmas de la mano y en las plantas de los pies, según Gilead, es ligera y asintomática.

El comunicado recuerda que se deben tomar especiales precauciones en personas con problemas renales, quienes pueden necesitar un ajuste de dosis o del intervalo de ésta. También hay que tener cuidado en pacientes coinfectados con VIH y hepatitis B (VHB), ya que la discontinuación de EMB puede conllevar una exacerbación de la hepatitis B.

Representantes españoles de la compañía han declarado a este reportero que esperan que Emtriva esté comercializado en España hacia febrero de 2004, tras la negociación del precio con las autoridades españolas. Mientras, EMB estará disponible en nuestro país como medicación extranjera.

Fuente:

Comunicado de prensa de Gilead Sciences / Elaboración propia.

L@s más pequeñ@s más propens@s a aumentos de lactato

La hiperlactatemia y la acidosis láctica son complicaciones que pueden ocurrir en adultos con infección por VIH en tratamiento antirretroviral y que se asocian más específicamente al uso de inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido.

Un estudio reciente publicado en *Pediatric Infectious Diseases Journal* ha permitido establecer la incidencia, el curso y los factores de riesgo de la hiperlactatemia en la población pediátrica con infección por VIH.

Hubo ocurrencia de hiperlactatemia en 23 niños (29%), aunque en 9 casos se relacionó seguramente a dificultades encontradas al extraer sangre de las venas, pues no se correspondió con un incremento de alanina. Los 14 niños restantes (17%) tenían concentraciones patológicas de alanina, con niveles máximos medios de lactato que se elevaban a 2,67mmol/l. Ninguno de los niños padecía acidosis metabólica ni mostraba síntoma alguno. El tratamiento se prolongó en todos los participantes y en 5 niños los niveles de lactato progresaron espontáneamente hacia valores normales.

Por otra parte, se observaron casos de hiperlactatemia asintomática en los niños con infección por VIH que recibían análogos de nucleósido.

L@s autores del ensayo concluyen que en este estudio, el único factor de riesgo estadísticamente significativo de desarrollar hiperlactatemia es ser más joven de edad al iniciar tratamiento antirretroviral. Según su opinión, sería recomendable proceder al control de las concentraciones de lactato en sangre de manera aleatoria como parte del seguimiento de los niños con VIH de menos de 3 años que se tratan con análogos de nucleósido, ya sean sintomáticos o no.

Fuente:

www.hivandhepatitis.com

Referencia:

A NOGUERA ET AL. HYPERLACTATEMIA IN HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS-INFECTED CHILDREN RECEIVING ANTIRETROVIRAL TREATMENT. *PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASES JOURNAL* 22(9): 778-782. SEPTEMBER 2003.

con ningún efecto adverso grave y que además presenta una respuesta antiviral estadísticamente significativa respecto al grupo de placebo.

Hay que ser precavidos a la hora de analizar este comunicado, ya que no se incluyen todos los datos, el número de participantes es bajo y no se ha completado todo el curso de la terapia, o sea no se ha llegado todavía al punto en que se evalúa la respuesta virológica sostenida: las 24 semanas posteriores al fin de la toma del régimen. Sin embargo, sí que son suficientes para apoyar la continuidad del estudio.

Fuente:

NATAP / Elaboración propia

Referencia:

www.natap.org/2003/oct/101703_1.htm

En este estudio prospectivo y observacional, llevado a cabo por un equipo de investigadores del Hospital Sant Joan de Deu y del Hospital Clínic de Barcelona (España), se examinaron durante un periodo de 28 meses las concentraciones de lactato en la sangre de 80 niños con infección por VIH que estaban recibiendo antirretrovirales en su mayoría.

Las mediciones de los niveles de lactato en vena se efectuaron cada seis meses, y las muestras de sangre se extrajeron en condiciones óptimas. Los niveles de alanina se midieron a partir de las mismas muestras de sangre cuando las concentraciones de lactato eran altas. Los resultados de estos análisis muestran que la excesiva elevación de los niveles de alanina en sangre se observa únicamente cuando el proceso de fosforilación oxidativa mitocondrial está alterado de manera crónica.

Buenos resultados preliminares de merimepodib, un nuevo fármaco para el VHC

La empresa Vertex ha desarrollado el merimepodib, una molécula pequeña de administración oral que también se denomina VX-497, para el tratamiento del virus de la hepatitis C (VHC). La compañía ha hecho públicos los resultados de un estudio ínterin a los 6 meses como parte de uno más extenso que tiene como objetivo primario evaluar la seguridad y la tolerabilidad del fármaco, y como objetivo secundario determinar la actividad clínica y si mostraba una respuesta antiviral estadísticamente significativa.

Aunque el estudio completo se prolongará por 6 meses más de tratamiento y otros 6 de seguimiento, Vertex ha aportado resultados a 24 semanas que indican que el fármaco no se asocia

Dos nuevos fármacos inhiben la entrada del VIH en la célula

La cuadragésima tercera Conferencia Interciencias sobre Agentes Antimicrobianos y Quimioterapia (ICAAC, en sus siglas en inglés) dedicó en parte su atención a dos nuevos antirretrovirales.

El T-1249 que al igual que T-20 está siendo desarrollado conjuntamente por Trimeris y Roche, es un inhibidor de la fusión del que se espera que sea activo frente a virus resistentes a Fuzeon. NATAP informa de los

resultados de 11 días de terapia con T-1249 en 51 pacientes que habían desarrollado resistencia a T-20: hubo un descenso mediano en la carga viral de 1,26log (según un análisis de intención de tratamiento), y el 73% de los pacientes alcanzaron una reducción de por lo menos 1log. La respuesta no era tan buena en las personas que habían permanecido más tiempo con T-20 pese a tener un VIH detectable: 21 de 25 pacientes a los que se administró T-20 menos de 65 días con una carga viral de >5.000 copias presentaron una reducción de al menos 1log, frente a 16 de los 26 que estuvieron

en las mismas condiciones pero más de 65 días. El T-1249 presenta un perfil de toxicidad parecido a T-20 en cuanto a las reacciones cutáneas en el lugar de la inyección, aunque tiene la ventaja de que sólo se inyecta una vez al día y no dos.

El UK-427,857, o 427 para simplificar, es del gigante Pfizer y ha pasado sus primeras pruebas en humanos. Su objetivo es inhibir la acción del correceptor CCR5, uno de los dos (el otro es el CXCR4) que el VIH utiliza tras acoplarse al receptor CD4 para conseguir penetrar en la célula. En el estudio que se presentó ayer, 7 de 7 pacientes con un virus trópico de CCR5 a nivel basal experimentaron una reducción de cuando menos 1log en su carga viral (mediana de 1,41log) tras 10 días de monoterapia con 100mg del 427 dos veces al día.

Los resultados positivos de estas investigaciones han de confirmarse en futuros estudios más amplios y duraderos.

Fuente:

www.natap.org / Elaboración propia

Referencia:

43RD ANNUAL ICAAC. SEPTEMBER 14-17, 2003. CHICAGO (USA). www.icaac.org



Complicaciones postoperatorias después de la cesárea en mujeres VIH+

La cesárea programada ha sido una de las estrategias que se ha venido utilizando para reducir el riesgo de la transmisión vertical del VIH, es decir, de la madre al recién nacido, a la luz de algunos estudios observacionales que han mostrado su efecto protector. En otros estudios, en cambio, no se ha observado tal efecto, por lo que su papel como instrumento para reducir la transmisión vertical ha sido muy debatido.

Un estudio italiano, retrospectivo, publicado en la edición de octubre de *Archives of Gynecology and Obstetrics*, ha evaluado las complicaciones asociadas con la cesárea en las mujeres VIH+.

Cada mujer VIH positiva (n=45) se comparó con un grupo control de 10 mujeres VIH negativas (n=450) por edad, número de fetos, edad de gestación, indicación para la cesárea, estado de las membranas y tipo de anestesia. Todas las mujeres dieron a luz en el mismo hospital usando un protocolo uniforme.

Los investigadores evaluaron la duración de la estancia en el hospital después de la operación, la necesidad de antibióticos después de la cesárea, la incidencia de complicaciones postoperatorias menores (anemia moderada, temperatura moderada o fiebre 24 horas después de la operación, hematoma o infección, infección del tracto urinario, endometritis) y complicaciones postoperatorias mayores (anemia grave, neumonía, efusión pleural, peritonitis,

sepsis, coagulación intravascular diseminada, tromboembolismo).

La mayoría de mujeres VIH positivas (64,5%) tuvo una recuperación complicada después de la operación. Se observó una mayor incidencia de complicaciones postoperatorias mayores y menores en el grupo de mujeres VIH positivas que en el grupo control. En el grupo VIH positivo, hubo una incidencia mayor, estadísticamente significativa, de anemia moderada, temperatura o fiebre moderada, infección de tracto urinario y neumonía.

Las mujeres VIH positivas con menos de 500 CD4 tuvieron una morbilidad más alta después de la cesárea que las mujeres positivas con más de 500 CD4.

La mediana de duración de estancia en el hospital fue significativamente más alta en el grupo de mujeres VIH+ (7 días) que en el grupo de mujeres VIH- (4 días). La proporción de transmisión vertical fue de 8,8%. Se encontró mayor morbilidad después de la cesárea en las mujeres VIH+ que en el grupo control.

"Desgraciadamente", concluyen los autores, "las mujeres VIH+, con bajos recuentos de CD4, cuyos hijos se beneficiarían más de parto con cesárea, son también las mujeres con mayor probabilidad de experimentar complicaciones postoperatorias".

Fuente:

www.hivandhepatitis.com

Referencia:

S FERRERO AND G BENTIVOGLIO. POST-OPERATIVE COMPLICATIONS AFTER CAESAREAN SECTION IN HIV-INFECTED WOMEN. ARCHIVES OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS 268(4): 268-273. OCTOBER 2003.

Una aproximación a las resistencias a los fármacos antirretrovirales



La aparición de resistencias en el VIH representa uno de los mayores obstáculos para el éxito de la terapia antirretroviral. Una mala adhesión o niveles subóptimos de fármacos pueden causar, en la mayoría de los casos, la aparición de mutaciones que provocan la disminución de la eficacia de los fármacos antirretrovirales. En Europa y en América del Norte, con el uso generalizado de los fármacos anti-VIH, va en aumento la transmisión de VIH farmacorresistente lo que puede limitar en el futuro las opciones de tratamiento, al igual que desarrollar resistencias mientras se toma tratamiento antirretroviral reduce la gama de fármacos de los que una persona VIH+ se puede beneficiar.

¿Qué son las resistencias? ¿Por qué se producen las resistencias?

Decimos que el VIH es 'resistente' a un fármaco cuando éste continúa reproduciéndose mientras se toma tratamiento antirretroviral a las dosis adecuadas, es decir, el fármaco es incapaz de conseguir que la carga viral descienda hasta niveles indetectables.

La resistencia es un ejemplo más de los principios de la evolución darwiniana. El VIH se reproduce a sí mismo muy rápidamente, produciendo mil millones de virus nuevos cada día. Dado que el virus a menudo comete equivocaciones cuando se copia a sí mismo, cada nueva generación se diferencia un poco de la anterior. A estas pequeñas diferencias en su estructura se les llama "mutaciones".



Algunas mutaciones se producen en las partes del VIH que los fármacos antirretrovirales eligen como diana. Como consecuencia de ello, pueden surgir cepas del VIH que hayan reducido drásticamente la sensibilidad a los fármacos. A éste tipo de cepas del VIH se les denomina 'farmacorresistentes'.

En algunos casos tan sólo es necesaria una mutación para que el VIH desarrolle resistencia (mutación primaria), es el caso de 3TC (Eпивir) y de algunos inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido. Para otros fármacos, el VIH debe experimentar

toda un serie de mutaciones antes de desarrollar resistencias (mutaciones secundarias).

Las mutaciones se describen usando una combinación de números y letras, M184V, por ejemplo, es la mutación de Eпивir (lamivudina, 3TC). El 184 se refiere a la posición del aminoácido en la enzima de la transcriptasa inversa, que es la diana de acción del fármaco. La M por metionina es el código para el aminoácido en la posición 184 de un virus de tipo salvaje (sensible a los medicamentos). La V es por valina y se refiere a la mutación que provoca la resistencia al medicamento. Es decir, el aminoácido metionina en la posición 184 ha sido reemplazado por uno de valina. Este cambio impide a un medicamento antirretroviral unirse con la enzima para evitar que el virus se multiplique.

Tipos de resistencias

Atendiendo al momento en que el virus adquiere la resistencia, podemos distinguir entre **resistencias primarias**, el virus es portador de la resistencia antes de infectar a una persona, y por consiguiente, se dan en pacientes que nunca han recibido tratamiento antirretroviral, y **resistencias secundarias**, el virus adquiere la resistencia en personas VIH+ por el uso (o mal uso) de la terapia antirretroviral.

Por lo que respecta a su acción, decimos que la **resistencia es cruzada**, cuando una mutación de VIH es resistente a más de un fármaco, lo que implica que si se desarrolla resistencia a un compuesto determinado, el VIH resistente podría serlo también para medicamentos que todavía no se hayan tomado. La resistencia cruzada es importante a la hora de cambiar de fármacos, pues la resistencia a un fármaco de cualquiera de las familias actuales de medicamentos antivirales afectará en la elección de los otros medicamentos de la misma clase.

¿Cuándo pueden aparecer las resistencias?

⊙ Incluso tomando fármacos antirretrovirales, sabemos que pueden aparecer resistencias mientras el VIH continúa

reproduciéndose. El VIH puede desarrollar resistencias a cada uno de los fármacos disponibles en el mercado. El hecho de tomar una terapia combinada eficaz retrasa la aparición de resistencias porque el efecto múltiple de una combinación es más potente y eficaz sobre el virus y porque a éste le resulta más sencillo desarrollar resistencias a un solo fármaco que a todos los de una combinación.

⊙ Un factor pronóstico para la aparición de resistencias es el nivel nadir de la carga viral al inicio de un tratamiento, es decir, el nivel más bajo al que la carga viral desciende. Cuanto más bajo es el nadir, menor es el riesgo de desarrollar resistencias.

⊙ Otro factor que implica el desarrollo de resistencias a los fármacos antirretrovirales está relacionado con la adhesión al tratamiento prescrito. Es muy importante tomar los fármacos tal y como han sido prescritos teniendo muy en cuenta la toma de cada dosis a su hora y las restricciones alimenticias. ¿De qué manera puede influir la pérdida de una dosis o no tomarla con el alimento recomendado en el desarrollo de resistencias? Al parecer el fenómeno está relacionado con la cantidad mínima necesaria de un fármaco en el cuerpo para que, en combinación con el resto de fármacos prescritos, pueda atacar el VIH. Perder sólo unas pocas dosis al mes puede ser motivo suficiente para que el tratamiento fracase. Toda una serie de estudios recientes que se han centrado en el efecto a largo plazo de la no adhesión a TARGA (terapia antirretroviral de gran actividad) en el desarrollo de resistencias, han llegado a la conclusión que es necesaria una adhesión del 90% o más para prevenir la emergencia de resistencias clínicamente significativas. Esto es el equivalente a la pérdida en un período de 4 semanas de no más de cinco dosis de un régimen de dos veces al día, o de tres dosis de un fármaco de una vez al día durante un mes.

⊙ Antes de iniciar un tratamiento por primera vez o una nueva combinación, es de vital importancia sentirse plenamente preparad@ y en el caso de que éste no funcione se desaconseja interrumpirlo bruscamente sin pedir antes consejo de un/a médic@ especialista en VIH: en algunas combinaciones una interrupción brusca podría provocar la aparición de VIH resistente.

Pruebas de resistencia

Existen dos tipos de pruebas que permiten examinar la resistencia a los fármacos:

Los tests genotípicos: buscan mutaciones específicas en los genes del VIH que se sabe están relacionadas con la resistencia a los fármacos anti-VIH.

Los tests fenotípicos: miden la concentración de un fármaco necesaria para reducir la replicación viral en una muestra determinada.

En general, existe un consenso bastante generalizado en el uso de las pruebas genotípicas en la práctica clínica, aunque en la actualidad no hay indicios claros de que una prueba sea más útil que otra. La balanza se inclina hacia el test de genotipado quizás por dos razones nada desdeñables: éstas pruebas son más baratas que las del fenotipado y los resultados se obtienen mucho más rápido, en el plazo de los 14 días aproximadamente tras la extracción de sangre.

Recomendaciones

Aunque en España el estándar de tratamiento de las personas VIH+ hoy por hoy no incluya las pruebas de resistencias antes de seleccionar una combinación de primera línea, muchos investigadores consideran que es una cuestión de tiempo y que en un futuro estos tests se incorporarán en la práctica clínica habitual con el fin de evaluar si una persona está infectada por cepas resistentes y en tal caso, seleccionar la combinación teniendo en cuenta los resultados del test.

En las siguientes tablas podemos observar la comparación de las recomendaciones de tres organismos, dos nacionales y uno internacional, para la realización de las pruebas de resistencias genotípicas en distintas situaciones clínicas [1].

Comparación de recomendaciones en pacientes sin tratamiento antirretroviral previo

	Pacientes naive			
	<6 meses	>6 meses	PEP	Embarazadas
GESIDA	R	C*	C*	R
SPNS	R	NC	C*	R
IAS	C	C	NC	R

Comparación de recomendaciones en pacientes pretratad@s

	Pacientes pretratados			
	1er fracaso	2º-3º fracaso	>3 fracasos	Embarazadas
GESIDA	R	R	C*	R
SPNS	C	R	NC	R
IAS	R	R	R	R

R: recomendado
C*: según contexto

C: considerar
NC: no comentado

SPNS: Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA

GESIDA: Grupo de Estudio de SIDA de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

IAS: International AIDS Society

Hacia dónde vamos

A todas luces, la introducción de TARGA en el panorama clínico del VIH supuso evidentes beneficios en las personas que viven con VIH. No obstante, su empleo trae consigo un aumento gradual de VIH farmacorresistente y unas consecuencias que no escapan al análisis de algunos investigadores: "Es el viejo argumento riesgo-beneficio", afirma la Dra. Susan Little, de la Universidad de San Diego, EE UU, "el riesgo a corto plazo de la resistencia a fármacos es muy pequeño comparado con los enormes beneficios para el/la paciente, pero las consecuencias a largo plazo para la población son considerables si no se interviene con medicación más potente o una vacuna antes de que la resistencia se nos vaya de las manos" [2].

Se necesitan nuevos fármacos y estrategias que impidan que los pacientes con VIH multiresistente desarrollen SIDA y fallezcan, del mismo modo que los pacientes con infección aguda infectad@s con virus resistentes.

Por otro lado, subyace también la cuestión sobre la transmisión de las cepas resistentes a los fármacos. Los estudios más recientes han mostrado que en EE UU un 20% de las nuevas infecciones por VIH lo son de virus resistentes a los fármacos y un panorama bastante similar se observa en Canadá y Europa. Además, estos estudios han puesto sobre la palestra la transmisión sexual del VIH, especialmente entre hombres homosexuales blancos residentes en grandes ciudades con altos índices de VIH. Según los investigadores, estos índices elevados de nuevas infecciones con VIH farmacorresistente significa que una proporción de personas que conocen su estado serológico al VIH y están en tratamiento antirretroviral, tienen prácticas de sexo no seguro. Por ello, sería importante volver a insistir en la prevención sexual del VIH entre aquellas personas que se saben portadoras de VIH y están en tratamiento antiviral, e incorporar la prevención dentro de la práctica clínica habitual.

[1] Documento de consenso de GESIDA sobre la utilización de los estudios de resistencias en la práctica clínica, *Enferm Infecc Microbiol Clín* 2001; 19 (Monográfico): 53-60.

[2] d'Adesky, A-Ch., "Diversos estudios advierten sobre la resistencia a fármacos mundial", *La perspectiva en Tratamientos de amfAR*, vol.3, nº2 (abril-mayo 2002), 2-5.

Pasos a dar (II)

El abordaje de la coinfección VIH-VHC exige más atención y recursos

Segunda parte de la lista, iniciada en el número anterior, de medidas políticas y médico-científicas esenciales para enfrentarse a esta doble pandemia, que está siendo la principal causa de fallecimiento entre las personas con VIH en España. Queda una apéndice sobre ciencia básica y desarrollo farmacológico, que está disponible en nuestro sitio de internet, en una versión ampliada de este mismo artículo.

11. Intensificar la investigación sobre métodos no invasivos para sustituir o reemplazar la necesidad de una biopsia hepática

El uso de la biopsia hepática (la extracción de una minúscula parte del hígado para su examen microscópico) sigue siendo habitual pese a estar envuelta en cierta polémica. Se emplea con el objetivo de determinar el grado de inflamación, el daño y la muerte de los hepatocitos, identificar otras causas de deterioro hepático y orientar las decisiones de tratamiento. Pese a que la técnica ha mejorado mucho en los tiempos recientes, todavía una biopsia puede ser dolorosa y dar lugar a complicaciones como hemorragias o la punción accidental de otros órganos cercanos.

Por ello, sería un gran paso adelante la identificación, desarrollo y validación de una alternativa rentable y no invasiva a la biopsia. Mientras tanto, hay que reducir el riesgo de dolor, complicaciones y errores de muestreo, y en consecuencia las biopsias las deben ejecutar médicos experimentados guiados por ultrasonidos, y debe abordarse adecuadamente el manejo del dolor del/la paciente.

Atención y tratamiento

12. Desarrollar sistemas de atención integrados y multidisciplinarios para personas con patologías múltiples: VHC, VIH, trastorno mental, adicciones

Con frecuencia, las personas con VHC tienen que afrontar también otras dolencias o circunstancias: el VIH, la depresión, la problemática asociada al uso de drogas ilegales, en su caso mantener la rehabilitación, la pobreza, la fatiga, la falta de techo o la cárcel. La atención multidisciplinaria debe ser parte de los cuidados y el tratamiento de personas que viven con VHC o con la coinfección VIH/VHC.

13. Promocionar la prevención de la infección de la hepatitis A y B entre personas con VHC o coinfectadas.

La incorporación de la prevención de otras infecciones en la visita al/la especialista es uno de los temas pendientes en nuestro país. En la visita del médico debería estar presente la prevención y la oferta de vacunación de la hepatitis A y la B, y ello con la ayuda de los facultativos debidamente formados, de educadores de salud y de profesionales de otro tipo de servicios, como los servicios sociales.

14. Desarrollar estrategias para reforzar la inmunogenicidad de las vacunas de la hepatitis A y la hepatitis B en personas con VIH

Las vacunas para los virus de la hepatitis A (VHA) y B (VHB) son seguras en personas con VIH, pero el nivel de protección inmunológica es menor, sobre todo con bajos recuentos de células CD4. Según estudios de los CDC, sólo entre el 66 y el 75% de las personas con VIH desarrollan una respuesta de anticuerpos protectora frente a la hepatitis A.

Por su parte, la eficacia de la vacuna para el VHB se reduce si los CD4 bajan de 200, por lo que se recomienda la revacunación. Por ello hay que dar prioridad a la investigación sobre intervenciones para reforzar la inmunogenicidad de las vacunas para el VHA y el VHB en este colectivo.

15. Aumentar la investigación sobre la seguridad y la eficacia de los tratamientos en poblaciones poco estudiadas

Como sucede habitualmente en los ensayos clínicos, la mayoría de los estudios sobre la eficacia y la seguridad de los tratamientos para el VHC se han centrado en poblaciones con factores de pronóstico favorables. Los sujetos con otras dolencias médicas o psiquiátricas han sido excluidos de los estudios más importantes sobre interferón pegilado y ribavirina, por lo que los resultados que se derivan no necesariamente son aplicables a la mayoría de personas con la infección por VHC.

Hace falta con urgencia más investigación sobre la seguridad, la eficacia y la dosificación y duración óptimas del tratamiento del VHC en las personas con VHC, las que tienen cirrosis, grupos étnicos minoritarios, usuarios de drogas, personas en programas de metadona, con trastornos mentales, trasplantados, con disfunción renal, con dolencias auto inmunes, de mayor edad, niños, adolescentes y quienes no han respondido a terapias previas para el VHC o han recaído posteriormente.

16. Asegurar el total acceso a los servicios de prevención, asistencia y tratamiento del VHC para las personas encarceladas

Las necesidades relacionadas con la prevención y el tratamiento del VHC en las cárceles están lejos de quedar satisfechas. Las políticas pueden ser muy diferentes según los centros, y no existe una garantía de acceso. En ciertos casos, los reclusos han tenido que recurrir a acciones legales para que se les proporcionaran los servicios de salud que necesitan: esto debe cambiar.

17. Incrementar la investigación sobre el manejo de los efectos adversos del tratamiento para el VHC y su interacción con los fármacos para el VIH

Los efectos secundarios de la terapia del VHC pueden ser tan graves que incluyen la posibilidad de que la persona que la sigue abandone o tenga tendencias suicidas. En el caso de los trastornos psicológicos, como la depresión o la ansiedad, no existe un abordaje claro, y el/la paciente puede recibir mensajes contradictorios dependiendo del/la especialista. Esto es especialmente grave cuando la persona mantiene a la vez el régimen para el VIH y el del VHC, y el primero contiene, por ejemplo, efavirenz (EFV, Sustiva). Ante una depresión grave o reacciones psicóticas, el/la hepatólogo@ suele suspender la combinación del VHC, sin considerar la posibilidad de sustituir EFV: esta problemática se acentúa por la incomunicación entre los especialistas de las dos patologías (VIH y VHC).

Se ha prestado poca atención a la posibilidad de reducir la dosis de interferón pegilado para mitigar los efectos adversos, en lugar de prescribir un abandono completo. En general, se debe dar prioridad a la investigación que aumente la tolerabilidad y por ende la adhesión al tratamiento para el VHC en personas tanto mono infectadas como coinfectadas.



18. Identificar las estrategias óptimas de dosificación

Los dos interferones pegilados actualmente disponibles (el de Schering Plough "Peg-Intron" y el de Roche "Pegasys") emplean tipos diferentes de moléculas PEG para prolongar la vida media del compuesto. Mientras que el Pegasys se presenta ya mezclado y se administra en un dosis fija igual para todos, el Peg-Intron se dosifica según el peso y se mezcla justo antes de ser inyectado, lo que para algunos hace que ambos productos sean difícilmente comparables (hay un estudio en marcha patrocinado por Schering-Plough en este sentido). Además, las personas obesas parecen responder peor al Peg-Intron, lo que indica que no se ha definido adecuadamente el rango y el límite superior de la dosis del compuesto según el peso. Por su parte, la dosis exacta de ribavirina según el tipo de genotipo sigue siendo objeto de controversia.

Finalmente, no se ha abordado suficientemente la variabilidad de la dosificación en diferentes subpoblaciones: personas con hepatitis aguda, con disfunción renal, con enfermedad hepática avanzada, no respondedores a terapias previas, quienes han tenido recaídas, niños, personas con dolencias auto inmunes y trasplantados.

Aspectos claves de la investigación en la coinfección por VIH/VHC

19. Investigar la secuenciación del tratamiento para el VIH y el VHC

Los médicos discuten cuándo deben iniciar la terapia antirretroviral las personas coinfectadas. Tal vez necesitarían tener un límite recomendado de CD4 superior al de las personas mono infectadas con VIH, entre otras razones porque es más habitual que la enfermedad hepática terminal (EHT) se desarrolle en personas con bajos niveles de CD4. Es esencial desarrollar estudios que determinen si una iniciación más precoz de TARGA puede reducir la incidencia y la progresión de la EHT en personas coinfectadas.

20. Establecer una definición universal sobre la hepatotoxicidad y caracterizar su gravedad

Se necesita una definición universal de la hepatotoxicidad en la investigación y la práctica clínica para reforzar la consistencia y la interpretación de los datos de los ensayos clínicos, tanto para orientar las decisiones terapéuticas como para permitir la recolección de datos sólidos sobre eventos adversos.

También hace falta más investigación para entender si la hepatotoxicidad asociada a TARGA empeora la enfermedad por VHC, y para diferenciar entre elevaciones transitorias de las enzimas hepáticas y los síntomas clínicamente relevantes que alertan de progresión clínica.

21. Examinar los niveles farmacocinéticos de personas coinfectadas

Una buena parte de los antirretrovirales se metabolizan por el hígado. El daño hepático provocado por el VHC puede disminuir la capacidad del hígado para metabolizar estos medicamentos. Los niveles farmacológicos pueden ser inferiores o superiores en personas con daño hepático. En el primer caso, la eficacia supresora de los antirretrovirales puede quedar comprometida, con el consiguiente riesgo de fracaso y de aparición de resistencias. En el segundo, puede haber una mayor incidencia, número y gravedad de efectos secundarios y una más alta probabilidad de interacciones con otros medicamentos. Se requiere pues más investigación y documentación sobre la incidencia de las complicaciones de la terapia antirretroviral entre las personas coinfectadas.

22. Dar apoyo al acceso a y la investigación sobre el trasplante de hígado en personas con VIH

La principal causa de fallecimiento entre las personas coinfectadas con VIH y VHC es el fallo hepático. Por ello, deberían ser incluidas en las listas de trasplante de órganos españolas, pero esto no es así. Durante mucho tiempo, los médicos se negaron a trasplantar a individuos con VIH, y aun hoy día la mayoría no son partidarios de hacerlo porque creen que el pronóstico postoperatorio no es bueno. Sin embargo, la mejora introducida por TARGA en la supervivencia y la calidad de vida de las personas con VIH hace que ese axioma tenga que ser revisado.

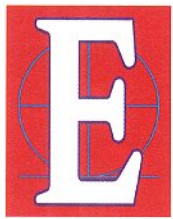
Hacen falta más estudios prospectivos que proporcionen información de una importancia vital sobre los trasplantes en personas con VIH en relación con los riesgos específicos de tal práctica, y que contribuyan a identificar las estrategias de manejo clínico óptimo para la mejora y prolongación de la supervivencia de sujetos con VIH trasplantados.

REFERENCIA:

Adaptado de TRACY SWAN. *Research & Policy Recommendations for Hepatitis Virus (HCV)/HIV Coinfection*. TAG. Febrero 2003. Se puede acceder a la versión original completa en inglés en www.aidsinfonyc.org/tag/comp/hcvhivresearch.html

¿Qué hay de nuevo?

Seguridad y la toxicidad de los antirretrovirales durante el embarazo



EL PASADO mes de mayo, los Centros para el control de las enfermedades de EE UU (CDC, en sus siglas en inglés) actualizaron los datos sobre el uso de los antirretrovirales durante el embarazo, basándose en nuevos resultados de estudios en humanos y en observaciones de cohortes.

Lo que sigue no es un repaso de las recomendaciones generales de tratamiento durante el embarazo sino una síntesis de las modificaciones más destacadas que afectan a algunos fármacos únicamente y permiten completar los datos publicados en números anteriores de la revista LO+POSITIVO. El artículo no incluye información sobre el primer fármaco de la clase de los inhibidores de la fusión, el T-20 (enfuvirtida), de nombre comercial Fuzeon, porque al tratarse de un fármaco usado en situación de rescate, está previsto examinar su uso durante el embarazo más detalladamente en un próximo número.

Se confirma el riesgo de acidosis láctica con los análogos de nucleósido

En vista de nuevos casos de acidosis láctica, algunos fatales, la agencia estadounidense del medicamento (FDA, en sus siglas en inglés) y la compañía farmacéutica Bristol-Myers Squibb publicaron una carta de alerta dirigida a los profesionales de la salud, en la que avisan que las mujeres embarazadas podrían presentar altos riesgos de desarrollar acidosis láctica con terapias combinadas que incluyan didanosina (ddl) y estavudina (d4T). Recomiendan a los médicos mayor precaución a la hora de prescribir dicha combinación y solamente cuando otras combinaciones de análogos de nucleósido han fallado o han producido toxicidad y efectos secundarios inaguantables.

Los beneficios de zidovudina (AZT) siguen superando los riesgos potenciales

El grupo de revisión sobre seguridad perinatal llevó a cabo un análisis retrospectivo de las muertes ocurridas entre los niños nacidos de madre infectada por el VIH-1 y seguidos entre 1986 y 1999 en cinco amplias cohortes perinatales prospectivas en EE UU. Son en total más de 16.000 niños, sin o con exposición a antirretrovirales, que constituyeron la base de datos del análisis en el que no se identificó ningún fallecimiento clínicamente atribuible a un caso de toxicidad mitocondrial, ni se pudo comparar a los casos observados en un estudio francés en el cual dos de ocho niños no infectados y expuestos *in utero* a zidovudina (con o sin lamivudina) y que padecieron daños mitocondriales, fallecieron de enfermedades neurológicas graves. La mayor parte de los niños expuestos a antirretrovirales lo habían sido a ZDV (zidovudina) únicamente, y sólo una proporción relativamente reducida (aproximadamente un 6%) había sido expuesta a ZDV y 3TC (lamivudina).

Por otra parte, se revisaron los datos sobre efectos adversos neurológicos de 1.798 niños incluidos en el ensayo perinatal PETRA llevado a cabo en África y que comparó regímenes de ZDV y 3TC en tres intervalos distintos. Cualquiera que fuese la intensidad del tratamiento, no se observó ningún riesgo elevado de eventos neurológicos entre los niños tratados con ZDV y 3TC en comparación con el grupo con placebo.

Por último, en otro estudio con 382 niños sin infección por VIH nacidos de madres con VIH-1, una serie de ecocardiogramas efectuados de manera prospectiva de cada cuatro a seis meses durante

los primeros cinco años de vida de los niños, de los que el 9% había sido expuesto a ZDV antes del nacimiento, no reveló diferencias significativas en la función ventricular entre los niños expuestos a ZDV y los que no lo estuvieron.

En conclusión, a pesar de que se ha demostrado que la disfunción mitocondrial se asocia con la exposición a antirretrovirales en el útero, el desarrollo de enfermedades mitocondriales graves e incluso mortales en el grupo de niños observados fue algo tan poco frecuente que se puede considerar que lo que supera es el beneficio evidente de ZDV y su eficacia en reducir de un 70% la transmisión de una infección mortal.

Perfiles farmacocinéticos

ITIN – estavudina y lamivudina

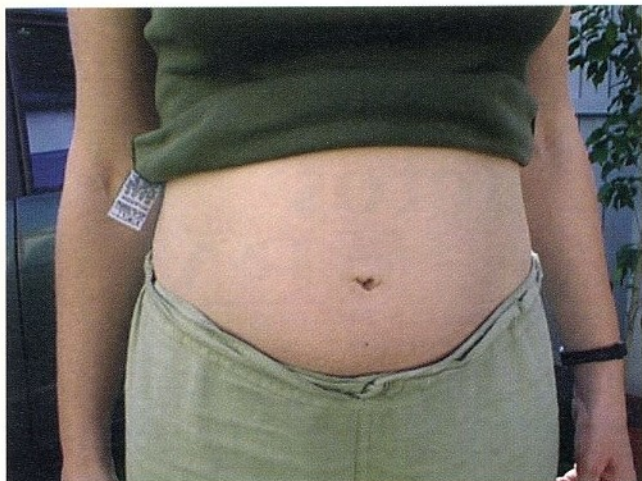
El uso de estavudina (d4T) con lamivudina es bien tolerado con perfiles farmacocinéticos similares a los que se observan en los adultos no gestantes. Los resultados de ensayos con monos también indican que el embarazo no afecta las características farmacocinéticas de d4T.

ITINN – nevirapina

Se estudiaron los perfiles farmacocinéticos de nevirapina (NVP) en las mujeres con VIH que empezaron una terapia crónica tarde en el tercer trimestre y sus niños. Con la dosis inicial del fármaco los perfiles eran similares a los observados en los adultos no gestantes. Al día 7 de vida de 4 de 8 niños, las concentraciones de nevirapina en sangre bajaron por debajo del nivel de concentración diana (100 ng/ml), lo que sugiere que su eliminación se acelera en los niños cuya madre recibe este fármaco de manera crónica en comparación con los recién nacidos cuyas madres solamente reciben una única dosis de nevirapina en el transcurso del parto.

La mayor parte de las mujeres que descubren su estado serológico durante el embarazo reciben una combinación de antirretrovirales que incluye generalmente zidovudina, más una dosis adicional del mismo fármaco por vía intravenosa durante el parto. Luego suele darse ZDV a los recién nacidos durante seis semanas.

Un ensayo perinatal de Fase III mostró que el régimen de una única dosis de NVP en combinación con una terapia antirretroviral estándar, o sea como mínimo el régimen de ZDV (fue el caso del



77% de las mujeres en el ensayo) no ofrecía beneficios adicionales en la reducción de la transmisión, puesto que ésta no varió significativamente entre las mujeres que tomaron una dosis única adicional de NVP (1,4%) y las que no la tomaron (1,6%).

IP – nelfinavir, ritonavir y saquinavir

Se estudió la dosis de 750mg de nelfinavir tres veces al día asociada a la combinación de zidovudina y lamivudina. Después de observar que las concentraciones del fármaco eran de manera general inferiores a las observadas en los adultos no gestantes, se aumentó a 1250mg dos veces al día, lo que resultó en niveles adecuados de nelfinavir para las mujeres embarazadas.

En un estudio semejante, se ha podido observar que lo mismo ocurría con ritonavir, pues de todas las mujeres del estudio el 83% tenía niveles de concentraciones en la sangre del cordón por debajo del límite y el 27% restante mostraba niveles de 0,38ug/ml.

De la misma manera, se evaluó la combinación de saquinavir (800mg) con una dosis de ritonavir (100mg), ambos administrados dos veces al día. Este régimen fue bien tolerado y se observaron niveles adecuados de saquinavir en las mujeres embarazadas.

Teratogenicidad y toxicidad sobre el desarrollo del feto

ITIN – estavudina, lamivudina y zidovudina

En el Registro de Antirretrovirales y Embarazo se controlaron las exposiciones repetidas durante un número suficiente de veces a estavudina y lamivudina durante el primer trimestre con el objetivo de detectar un aumento de al menos dos veces del riesgo de defectos generales de nacimiento y de los daños más corrientes tales como los que pueden aparecer en los sistemas cardiovasculares y genitourinarios. Con ninguno de los dos fármacos se observaron

defectos de nacimiento de tal envergadura. La prevalencia de defectos de nacimiento que se relacionan con la exposición suficientemente repetida durante los primeros tres meses era del 2,2% para estavudina y del 3% para lamivudina en comparación con las tasas totales de prevalencia de dichos defectos en la población de EE UU basadas en el control de los CDC (3,1%).

Por lo que hace a zidovudina, la tasa de prevalencia era del 2,8%, lo que confirma que la incidencia de las anomalías congénitas es parecida con zidovudina y en los grupos de placebo, y que no existe ningún modelo específico de defectos.



ITINN – nevirapina

No se observó ningún aumento de los defectos de nacimiento con nevirapina y la prevalencia de dichos defectos durante los tres primeros meses era del 2%.

IP – nelfinavir

En el caso de nelfinavir, se observó que la prevalencia de defectos de nacimiento después de una exposición al fármaco durante los tres primeros meses del embarazo era del 2,9%.

Traspaso por la placenta y la leche materna

IP – indinavir, lopinavir/r, nelfinavir y saquinavir

Tres estudios de Fase I con mujeres embarazadas y sus niños mostraron que el pasaje a través de la placenta de indinavir, nelfinavir y saquinavir era mínimo. Otro análisis reveló que las concentraciones de indinavir en la sangre del cordón umbilical de 21 mujeres tratadas con este fármaco durante el embarazo eran inferiores al nivel máximo de detección, y que las de nelfinavir estaban por debajo del nivel máximo de detección en 24 de 38 mujeres tratadas con el antirretroviral (las concentraciones eran bajas en las 14 mujeres restantes).

Por lo que hace a lopinavir/r, los resultados de los ensayos con humanos mostraron que el pasaje de ritonavir a través de la placenta era mínimo.

Se contraindica

IP – amprenavir (fórmula oral)

La solución oral de amprenavir contiene niveles altos del excipiente glicol de propileno. El glicol de propileno usa el alcohol y la enzima aldehído dehidrogenasa para metabolizarse. Algunas personas, incluidos los niños de menos de cuatro años, las mujeres embarazadas, las personas con fallos hepáticos o renales y las que reciben tratamientos con disulfiram o metronidazol, tienen dificultades para metabolizar y eliminar completamente el glicol de propileno, lo que puede llevar a una acumulación del agente así como a potenciales eventos adversos. Por consiguiente, el uso de la solución oral de amprenavir está contraindicado para las mujeres embarazadas y los niños menores de cuatro años, aunque sí pueden tomar la fórmula en cápsula.

ACIDOSIS LÁCTICA: acumulación elevada y potencialmente fatal de lactato en sangre a un ritmo mayor que el de su eliminación, que se debe a una disfunción mitocondrial y se asocia al uso de análogos de nucleósido.

PERFILES FARMACOCINÉTICOS: resultados del estudio del proceso de los fármacos en el cuerpo, picos de concentración en plasma, interacciones y vía de eliminación.

TERATOGENICIDAD: daños en el embrión o el feto.

Grandes pérdidas en los productos en investigación de BMS



UCH@S analistas se vieron sorprendidos cuando Bristol-Myers Squibb (BMS) anunció hace dos años que iba a comprar DuPont Pharmaceuticals por 7.800 millones de dólares.

Circularon entre los inversores ciertos rumores relativos a que el precio de compra fue casi dos mil millones superior a la oferta más alta. No quedó claro de qué manera pretendía Bristol recuperar una inversión de tal envergadura. Esa cuestión parece ser incluso mayor ahora: Bristol ha abandonado uno detrás de otro toda la gama de nuevos y prometedores fármacos contra el VIH. Hasta el momento, el resultado de la anexión ha sido el aumento de la proeza comercial de Bristol al aumentar el rango de sus fármacos VIH de dosis diaria al tiempo que elimina la posible competencia que representaban los agentes en investigación de DuPont.

Deslices hacia la cuneta

DuPont traía consigo una gama especialmente rica de fármacos ARV experimentales. La compañía disponía de un activo programa clínico para el desarrollo de las tres familias estándares de antirretrovirales: inhibidores de la proteasa, e inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido y no análogos de nucleósido (ITINN). Algunos de estos compuestos de "segunda generación" ya habían iniciado ensayos clínicos y se mostraban prometedores para el tratamiento de virus resistentes.

Pero Bristol ya tenía sus propios fármacos ARV que promocionar. Los análogos de nucleósido d4T (Zerit) y ddI (Videx) tenían buenas ventas y ahora están disponibles en formulaciones de dosis diaria. También hay un inhibidor de la proteasa de dosis diaria, atazanavir, que está a punto de ser aprobado por la Food and Drug Administration (FDA, siglas en inglés de la Agencia de Alimentación y Fármacos) (véase el artículo siguiente). Al añadir a este trío efavirenz, de administración una vez al día, Bristol obtenía un abanico completo de fármacos ARV para la terapia combinada y podría retar de inmediato a GlaxoSmithKline en el dominio del mercado de los ARV.

Aunque puede que los nuevos fármacos no sean opciones originales, retrasarlos sería una tremenda pérdida para el creciente número de personas con VIH multiresistente. Directivos de Bristol

mantuvieron al principio que el ITINN de segunda generación de DuPont, DPC 083, podría estar en el mercado en 2003, para servir de ayuda a aquéllos para quienes efavirenz y otros ITINN ya no funcionaban. Pero DPC 083 no se encuentra a la vista y otros agentes experimentales de Dupont también se han deslizado silenciosamente hacia la cuneta.

El primero en caer

El primer fármaco prometedor en ser abandonado por BMS fue DPC 817, un potente análogo de nucleósido que estaba en estudio en Fase I. Este compuesto tenía licencia de DuPont, junto con una familia de otros compuestos de Pharmasset, un laboratorio de Atlanta fundado por el conocido creador de fármacos ARV Raouf Schinazi, de la Universidad de Emory. Tras la compra de DuPont Pharmaceuticals, varios ejecutivos de Bristol se reunieron en el centro de DuPont en Wilmington, Delaware, para oír las presentaciones de los miembros del equipo de virología sobre la situación de sus productos en investigación. Se instruyó al personal de DuPont para que no se preocupase por el DPC 817. Bristol ya tenía dos análogos de nucleósido y estaba buscando otros.

"Anunciaron que no estaban interesad@s", afirmó un@ de los virólogos de DuPont presente en aquella reunión. Poco después de decidir la compra en la primavera de 2001, Bristol optó por devolver DPC 817 a Pharmasset. Sin embargo, en una reunión comunitaria en febrero de 2002, directivos de BMS informaron de que DPC 817 había sido abandonado debido a su toxicidad en animales. "Eso es mentira", afirmó Otto. De hecho, tras el retorno del fármaco a Pharmasset, Otto y su compañía continuaron su desarrollo y reiniciaron por su cuenta los ensayos en humanos. Otto reconoce que el fármaco no es tolerado por las ratas, pero asegura que por ahora no ha aparecido ningún aspecto obvio relativo a la seguridad en humanos. BMS parece estar de acuerdo con Otto ahora. En una entrevista reciente, Brian Henry, Director Adjunto de Virología en Asuntos Corporativos de Bristol, aseguró que la razón de la devolución de DPC 817 a Pharmasset fue una decisión comercial basada en el "abultado" catálogo de BMS. Henry no hizo comentarios sobre informes previos relativos a la toxicidad del fármaco.



Dosis únicas de DPC 817 en voluntari@s no pretratad@s dieron como resultado una caída media de 0,44log (64%) de la carga viral. Pharmasset afirma que está desarrollando este fármaco (renombrado ahora Reverset) para su uso en terapia de rescate principalmente, de acuerdo con el efecto *in vitro* sobre mutaciones del VIH resistentes a los fármacos.

Prioridad para su propio inhibidor de la proteasa

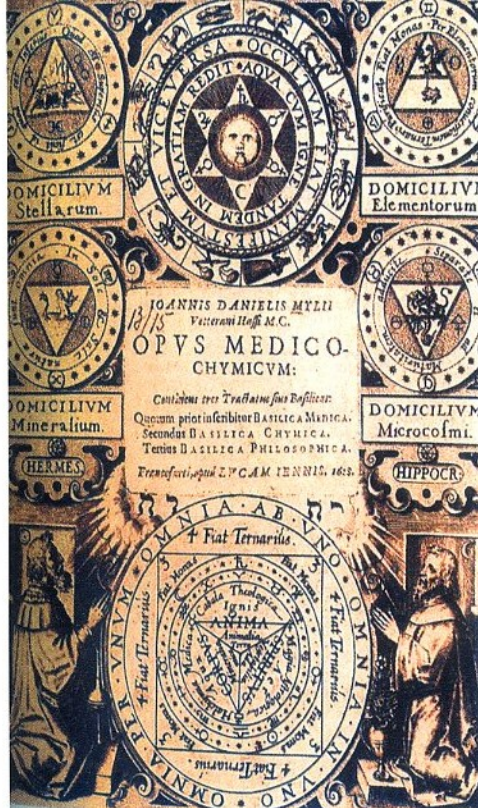
Bristol también bloqueó con rapidez el programa de inhibidores de la proteasa de DuPont en sus primeros estadios. Antes de la venta a BMS, dos inhibidores de la proteasa de segunda generación (DPC 681 y 684) completaron estudios de Fase I. Aunque no se prosiguió con estos compuestos, su progreso espoleó otro intento de encontrar inhibidores de la proteasa con actividad similar contra el VIH resistente a los actualmente existentes. En las conversaciones iniciales entre virólogos de DuPont y ejecutiv@s de BMS, se reservó poco tiempo a debatir la situación del programa con inhibidores de la proteasa de cinco años de duración con participación de 50 personas.

Cinco minutos, para ser exactos. "La impresión fue que tenían un IP (atazanavir), por lo que eso era de poco interés para ell@s", observó el virólogo de DuPont presente en la reunión. Bristol ha seguido centrándose en atazanavir y ha descartado, por ahora, los inhibidores de la proteasa candidatos de DuPont. No hemos podido obtener ninguna declaración oficial respecto a su situación actual.

Cuanto más altos, mayor la caída

La historia más difícil y complicada de los productos en investigación de DuPont es DPC 083. Este fármaco fue elegido como el principal compuesto candidato a servir de respaldo a efavirenz. Era menos probable que las mutaciones de resistencia que limitaban en gran medida la potencia de efavirenz influyeran en 083. La actividad frente a virus resistentes lo convirtió en un compuesto prometedor y había muchas esperanzas de que tuviera éxito con Bristol. Antes de la venta de DuPont, estaban en marcha dos ensayos en Fase II con 083 (DPC083-201 y -203). El estudio 203 hizo frente a múltiples complicaciones. Muchos centros no fueron capaces de inscribir el número necesario de participantes debido a unos criterios de inclusión muy estrictos. Para acelerar la selección, directiv@s de DuPont empezaron a cambiar el protocolo del estudio mientras el ensayo estaba en marcha. El máximo permitido de carga viral al inicio se elevó a mitad del estudio de 5.000 a 10.000 copias/ml, un umbral de la carga viral más habitual.

Pero la selección en el estudio se demoró incluso después de aumentar este límite. Aparecieron frecuentes polémicas en torno a la experiencia previa en tratamientos y la elegibilidad para el estudio. L@s coordinadores del estudio se comunicaban diariamente vía telefónica con directiv@s de DuPont en un intento de seleccionar siete u ocho voluntari@s. El tamaño previsto del estudio era de 150, divididos por igual entre las dosis de 100 y 200mg. La dosis de 200mg sólo se evaluó en Europa debido a que la FDA estadounidense tenía dudas sobre la seguridad de esta dosis. El número total de voluntari@s acabó siendo de 31. Con tan escas@s participantes resultó difícil extraer datos útiles. "Éste fue el protocolo peor escrito de todos los que dirigí. Las cosas empezaron a desbordarse y nosotr@s estábamos perdiendo todo contacto con la solidez científica", afirmó un miembro de la plantilla de uno de los centros del estudio. Sin embargo, ninguno de estos problemas salió a la superficie hasta que Bristol tomó el control. Este miembro de la plantilla conjeturó sobre el hecho de que la calidad del estudio 203 se viera afectada por los



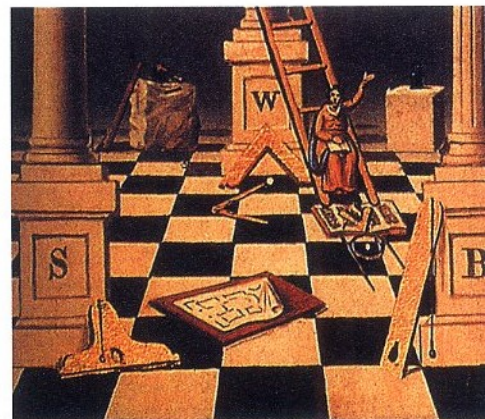
cambios de personal que se produjeron en DuPont a medida que se aproximaba la fecha de la venta oficial.

En el estudio 203, el 45% de los voluntari@s (14 de 31) fue expulsado debido a que se saltaron el protocolo. El problema fue que est@s voluntari@s siguieron tratamiento previo con inhibidores de la proteasa, lo que, según Bristol, les convertía en no elegibles. Todavía existe cierta confusión en este aspecto. L@s responsables

del centro donde se hacía el ensayo insisten en que el protocolo oficial sólo excluía a personas que hubieran abandonado el inhibidor de la proteasa debido a un rebrote viral. Pero Bristol siguió mostrando públicamente su compromiso con el 083. Parecía, en general, a partir de éste u otros estudios, que el 083 era un fármaco potente con un perfil de seguridad similar al de efavirenz. El exantema parecía ser peor pero los efectos sobre el sistema nervioso central asociados a efavirenz parecían menos prevalentes. Aunque este estudio en Fase II fue una chapuza, no tenía por qué ser el final del DPC 083. En una presentación oral en la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas de 2002, la investigadora de Bristol (ex-DuPont) Nancy Ruiz afirmó en sus conclusiones que estaban planificando un nuevo ensayo en Fase II. Luego, el desarrollo del 083 fue interrumpido sin un anuncio público. "Actualmente hemos interrumpido el desarrollo del DPC 083. No seguimos adelante", confirmó Henry esta primavera. Dijo que Bristol abandonó el 083 sencillamente "porque no se estableció su eficacia ante fracasos con ITINN".

Ruiz había dicho a algun@s clínicos que trabajaban en el estudio 203, que se exploraría otro de los cuatro candidatos ITINN, pero al menos un@ de est@s medic@s considera que no es probable. BMS no llegó a confirmar trabajos con ningún otro ITINN. No mantengas las esperanzas.

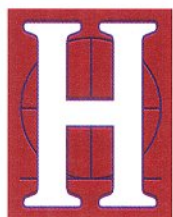
Aunque representantes de BMS han afirmado que siguen muy comprometid@s con su programa de VIH, la compañía puede haber desbaratado las mejoras más avanzadas de DuPont sobre fármacos convencionales. BMS se encuentra inmerso en escándalos financieros, relativos a beneficios exagerados, y el precio de sus acciones ha caído en picado. Su declive financiero amenaza cualquier esperanza de que los compuestos de DuPont vean la luz algún día.



Extracto de un artículo del mismo título publicado en *La Perspectiva en Tratamientos de amfAR*, volumen 4, núm. 5, agosto, 2003. La versión española completa está disponible en www.gtt-vih.org/AL%20DETALLE/amfAR/amfAR4n5/

Más información en español, por favor!

HIV/AIDS VAX, un nuevo boletín sobre los avances de I+D en las vacunas contra el SIDA



HIV/AIDS VAX es un boletín mensual que ofrece una versión condensada de los artículos del *IAVI Report*, un boletín sobre la investigación en vacunas de la Iniciativa Internacional por las Vacunas contra el SIDA. Cada número incluye artículos sobre los avances más recientes en investigación de vacunas e información sobre los ensayos en curso y futuros, así como un dossier temático sobre cuestiones básicas relativas a las vacunas contra el SIDA. HIV/AIDS VAX está disponible en español en nuestro portal de internet. Os reproducimos un extracto del número correspondiente a octubre.

La Conferencia sobre Vacunas de 2003 se centra en los desafíos

Coordinación y desafíos fueron los temas centrales de la Conferencia sobre Vacunas que se celebró del 18 al 21 de septiembre de 2003 en la ciudad de Nueva York. Se trata de una cita anual patrocinada por los Institutos Nacionales de la Salud de EE UU, el programa francés de investigación ANRS y la Organización Mundial de la Salud (OMS). El encuentro ofreció una actualización de la ciencia y de los

ensayos clínicos de vacunas. Muchas presentaciones describieron los progresos seguidos en estas áreas, aunque no se anunció ningún avance significativo. En cambio, los participantes reflexionaron sobre los desafíos a los que se enfrenta el campo de las vacunas contra el SIDA e insistieron en la necesidad de perpetuar el trabajo por lo que hace a la ciencia básica (estudios de laboratorio sobre vacunas y las respuestas inmunitarias), la creación de más centros de ensayos clínicos, y los ensayos para descubrir un correlato de protección* que podría utilizarse para identificar rápidamente cuáles son las vacunas eficaces en los ensayos en animales y en humanos. Gary Nabel, responsable del Centro de Investigación sobre Vacunas de EE UU declaró que un ensayo que determina el correlato de protección sería un

"Necesitamos equipos constituidos por los mejores y más brillantes especialistas en la resolución de problemas para superar los obstáculos científicos", afirmó el principal vicepresidente del departamento de Investigación y Desarrollo de IAVI.

Dicho trabajo de coordinación lo podría llevar a cabo la Coalición Mundial por las Vacunas del SIDA, una iniciativa recientemente propuesta por un grupo de investigadores de vacunas entre los cuales está Richard Klausner de la Fundación Bill y Melinda Gates. Larry Corey, responsable de la Red de ensayos en vacunas del SIDA de EE UU (HVTN, en sus siglas en inglés), hizo el repaso de las actividades de preparación de la Coalición, que incluyó un encuentro en agosto en la ciudad de Washington. Durante el encuentro, se formaron grupos de trabajo sobre cuestiones relativas a reglamentación, organización y financiación, capacidad para llevar a cabo ensayos humanos, temas de producción y el hallazgo de las vacunas, con el objetivo de desarrollar un plan de acción.

Corey declaró que "el verdadero desafío y el auténtico trabajo estarán en ponerse de acuerdo en que el plan que emerja de los grupos de trabajo sea lo suficientemente satisfactorio como para que las personas que en realidad lo financien reconozcan" que el apoyo de los desarrolladores de vacunas del SIDA es general. La Coalición todavía carece de financiación y de miembros oficiales. José Esparza, responsable del Programa Conjunto sobre Vacunas de la OMS y de ONUSIDA, insistió en la flexibilidad del proyecto. "La Coalición por ahora es sólo una idea. No se trata de una organización. Tampoco es un club", declaró. "La intención es involucrar a toda la comunidad mundial."

Correlato de protección: una respuesta inmunitaria (células inmunitarias o anticuerpos) que corresponde a un alto grado de protección de la vacuna. Sigue sin conocerse qué tipo o qué nivel de repuesta inmunitaria indica una protección contra una nueva infección por VIH. El correlato se identificará probando vacunas en ensayos humanos y estudiando las respuestas inmunitarias en personas que están protegidas contra la infección por VIH.

IV AIDS VAX en español

www.iavi.org

SEPTIEMBRE 2003

este número

INFORMACIÓN Y ENLACES

Programa Aliado de Vacunas

Programa Aliado de Vacunas

UNA PUBLICACIÓN DEL IAVI REPORT

El boletín de la Iniciativa Internacional por las Vacunas contra el SIDA

accontamiento revolucionario" en este campo.

Muchos ponentes hicieron hincapié en la necesidad de multiplicar los esfuerzos de colaboración y de coordinación entre EE UU y Europa, y entre el mundo industrializado y los países en desarrollo.

Nueva sección sobre Vacunas del SIDA en www.gtt-vih.org

La nueva web de gTt cuenta con una sección especialmente dedicada a las vacunas contra el SIDA exclusivamente en español, donde además del boletín mensual de IAVI, HIV/AIDS VAX, podrás encontrar las otras publicaciones de la organización en español: hojas informativas, el boletín europeo de información y notas de prensa. También puedes acceder a

documentos fundamentales para entender las vacunas del SIDA y publicados por organizaciones tan prestigiosas como la Coalición para la Defensa de las Vacunas contra el SIDA (AVAC, en sus siglas en inglés), y el Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA (ICASO, en sus siglas en inglés).

CAEX

C/ Diego M.ª Crehuet, 15 – Bajo Izq.– 10002 Cáceres

Tel: 927 227 613 • Fax: 927 226 143 • e-mail: caex@caextremadura.org • website: www.caextremadura.org

El Comité Antisida de la Comunidad Extremeña (CAEX), aparece a finales de 1994 ante la problemática que plantea el SIDA y ante la necesidad de hacer algo para paliar sus consecuencias. Se constituye como una asociación no gubernamental (ONG) formada por profesionales de distintos ámbitos (psicólogos, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.), por personal voluntario y por personas VIH+. Todos los voluntarios que colaboran con el CAEX desarrollan una labor tan importante como los profesionales.

La finalidad del CAEX es la promoción y realización de actividades y programas que tengan como objetivo y/o efecto la lucha contra el SIDA.

Principales Objetivos

- Educar e informar sobre el SIDA como forma de intentar detener la propagación del VIH.
- Apoyar a los afectados y familiares y evitar la discriminación.
- Impulsar la formación de agentes de salud en VIH/SIDA, que sirvan como efecto multiplicador de un mensaje preventivo y solidario.

Servicios

Los servicios que prestamos están divididos en cinco grandes grupos de atención.

Servicios sociales:

- Programa de Ayuda a Domicilio para personas VIH/SIDA.
- Programa de acompañamiento y ayuda hospitalaria.
- Programa de Inserción Socio-laboral (pisos tutelados).

Atención psicológica:

- Grupos de Autoayuda.
- Ayuda en Centros Penitenciarios.

- Atención a familiares.
- Contactos telefónicos entre Afectados.

Servicio de asesoría:

- Asesoría Jurídica: aspectos legales de las personas VIH.
- Asesoría Biológica: tratamientos, dietas, enfermedades asociadas, etc.
- Teléfono de información.

ESSC:

Escuela de Prevención de SIDA:

- Desde esta "escuela" se coordinan todas las intervenciones educativas que tienen lugar en la ciudad de Cáceres y en cualquier municipio que se solicite, así como intervenciones en cursos.
- Centros penitenciarios: es un programa de intervenciones sobre la enfermedad y talleres varios con personas privadas de libertad.
- Centros educativos

Otros Servicios:

- Estudios de investigación: Elaboración de estudios de investigación, actualmente: Estudio de investigación sobre comportamientos, conocimientos y actitudes de adolescentes y estudio de investigación sobre comportamientos, conocimientos y actitudes de futuros docentes.
- Cursos en la Universidad de Extremadura.
- Jornadas abiertas.
- Participación en organización de congresos nacionales.
- Asistencia a cursos, congresos, etc.

Teléfono de información:

- Resolución de cualquier duda o cuestión referente al VIH por teléfono en horario de oficina: de lunes a viernes de 10h a 14h y de lunes a jueves de 17h a 20h. Tel: 927 227 613.

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:** CIPS 965240563 DECIDE-T 600968210 *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 CREACIÓN POSITIVA 934314548 COORDINADORA GAI-LESBIANA 932980029 EL PUNT AMB TACTE (CAS DE SANTIS) 934901940 Ext.30 GAIS POSITIVS 932980029 GTT 933020411 PROJETE DELS NOMS 933182056 RED2002 934120083 SIDA-STUDI 932681484 *Granollers:* AUMMO 615681422 *L'Hospitalet:* P.A.I.T 934370458 *Sabadell:* ACTUA VALLÉS 937271900 **BIZKAIA:** *Bermeo:* TXO-HIESA 946179171 *Bilbo:* T-4 944221240 Hegoak: 944701013 *Itxarobide:* 944449250 **BURGOS:** C.C.ANTI-SIDA 947240277 **CÁDIZ:** A.ANTI-SIDA 654580206 *ARCADIA CÁDIZ* 965212200 *Algeciras:* C.C.ANTI-SIDA 956634828 *La Línea:* C.C.ANTI-SIDA 956237146 *Arcos de la Frontera:* GIRASOL 956717063 **CÁCERES:** C.C.ANTI-SIDA 927227613 **CASTELLÓN:** A.C.CONTRA EL SIDA (CASDA) 964213106 **CÓRDOBA:** COLEGA 957492779 CONVIHDA 957430392 PREVENCIÓN Y SOLIDARIDAD DEL SIDA 957430392 **A CORUÑA:** C.C.ANTI-SIDA 981144151 *Santiago de Compostela:* C.C.ANTI-SIDA 981573401 *Ferrol:* Lazos 981350777 **GIRONA:** ACAS Girona 972219282 ACAS Olot 972272136 ACAS Figueres 972672167 ACAS Sant Feliu de Guixols 972324005 **GRANADA:** NOS 958200602 C.C.ANTI-SIDA

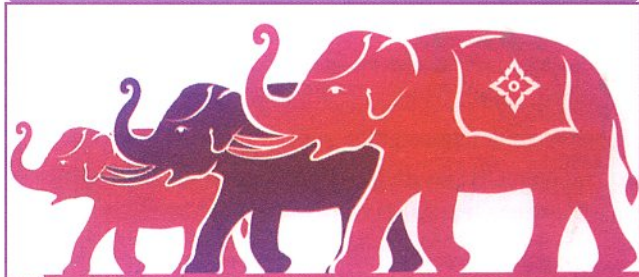
958521352 **GUIPÚZKOA:** *San Sebastián-Donosti:* A.C.ANTI-SIDA 943290722 *HARRI BELTZA OIARTZUN* 943493544 *Mondragón-Arrasate:* HIES-BERRI 943792699 **LAS PALMAS:** *Las Palmas de Gran Canaria:* AMIGOS CONTRA EL SIDA 928149969 **LLEIDA:** A.ANTI-SIDA 973221212 **LEÓN:** C.C.ANTI-SIDA 987235634 *Ponferrada:* ASOCIACIÓN CARACOL 987402551 **LOGROÑO:** C.C.ANTI-SIDA 941255550 **LUGO:** C.C.ANTI-SIDA 982280263 **MADRID:** APOYO POSITIVO 913581444 COGAM GAYINFORM 915230070 FASE 900111000 FIT 913513682 SERPOSITIVAS 917987714 UNIVERSIDA 913143233 **MÁLAGA:** A.C.ANTI-SIDA 952650596 COLEGA 952277199 **MURCIA:** C.C.ANTI-SIDA 968298831 FUNDACIÓN CONTRA EL SIDA 968904001 *Cartagena:* C.C.ANTI-SIDA 968521841 **OURENSE:** C.C.ANTI-SIDA 988233000 **PALENCIA:** C.C.ANTI-SIDA 979749451 **PAMPLONA:** C.C.ANTI-SIDA 948212257 SARE 948177244 **PONTEVEDRA:** *Vilagarcía Arousa:* 986508901 **SALAMANCA:** C.C.ANTI-SIDA 923219279 **SANTANDER:** A.C.CÁNTABRA ANTI-SIDA 942313232 **SEVILLA:** COLEGA 954501377 C.C.ANTI-SIDA 954371958 **TENERIFE:** UNAPRO 901512035 *La Palma:* INFO/SIDA 922402538 **VALENCIA:** COLLECTIUM LAMBDA 963912084 AVACOS 963342027 C.C.ANTI-SIDA COMUNIDAD VALENCIANA: OFICINAS Y NAIF 963920153 CENTRO DE DÍA EL FARO 963910254 CENTRO CALOR Y CAFÉ 963676911 *Gandía:* SERVICIO INFORMACIÓN Y AYUDA AL/LA INFECTADO@ 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** 976201646 ○

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

en la web

www.aids2004.org

XV Conferencia Internacional del SIDA.
Bangkok 11-16 de julio de 2004



Parece que fue ayer cuando clausuramos la Conferencia de Barcelona y ya tenemos encima la de Bangkok. La XV Conferencia internacional del SIDA se celebrará en la capital tailandesa del 11 al 16 de julio de 2004.

Así que desde ahora os iremos informando periódicamente sobre convocatorias y oportunidades de participación en ese acontecimiento. Las posibilidades, no obstante, están en función de nuestras posibilidades y de las que ofrece la Conferencia. Un aspecto importante es que toda la documentación va a estar en inglés, y sólo ocasionalmente se podrá ofrecer la traducción al castellano.

Para empezar, os ofrecemos información sobre tres cuestiones: las becas, la presentación de *abstracts*, los talleres y la presencia de RED2002. Toda la información está disponible en:

www.aids2004.org

Becas: las becas se conceden a personas con VIH o que trabajen profesional o voluntariamente en grupos comunitarios o en un medio de comunicación. Pueden incluir una inscripción gratuita, el transporte y el alojamiento (beca total) o bien sólo uno o dos de los tres elementos (beca parcial).

En la *web*, ya está disponible el cuestionario para la solicitud de becas en el apartado Scholarship Program.

Hay tres tipos de categoría:

- Presentadores de *abstracts* (para qué es un *abstract*, véase más abajo).
- No presentadores de *abstracts*.
- Medios de comunicación.

Sólo se puede solicitar en una categoría. Las solicitudes podrán enviarse a partir de principio de noviembre por vía electrónica o por envío postal antes del 2 de febrero de 2004. No se aceptarán solicitudes enviadas por fax.

NOTA: Recordad que la cantidad de becas que se conceda a personas de un país europeo como España será probablemente muy limitado. Por ello es importante que las personas interesadas empiecen ya a explorar otras posibilidades de financiación.

Presentación de *abstracts*: un *abstract* es el nombre internacionalmente aceptado para denominar el resumen escrito de un estudio. Para que acepten la presentación de un trabajo en la Conferencia, es necesario enviar antes un *abstract*, que debe estar dentro de alguna de las categorías o itinerarios en que se estructura la convocatoria.

La estructura por itinerarios (*tracks*) ha vuelto a ser modificada. En Bangkok habrá 5 itinerarios (en vez de los 7 de BCN).

Track A: Ciencia básica.

Track B: Investigación clínica, tratamiento y atención.

Track C: Epidemiología y prevención.

Track D: Aspectos sociales y económicos.

Track E: Implementación de políticas y programas.

Las fechas límite son:

- 14 enero, 2004: Envío del *abstract* en copia más disquette o CD.
- 21 enero, 2004: Presentación *online*.
- 26 mayo, 2004: Presentación de última hora.

Recordad que la aceptación de un *abstract* no implica necesariamente concesión de beca.

Talleres (Skills building): La Conferencia ofrece un variado programa de talleres de formación de capacidades que abordan un amplio abanico de asuntos, aunque siempre tienen un carácter práctico, de aprendizaje de herramientas.

Durante los meses de diciembre 2003 y enero 2004 se aceptarán solicitudes para quien quiera impartir un taller. Se puede visitar la página *web* en esa época y buscar *Call for submissions* en la sección *Skills Building Program* o bien si se prefiere se puede solicitar que se envíe la información cuando esté disponible a los organizadores en skillsbuilding@aidsthai.org.

La fecha límite es el 2 de febrero, 2004.

Recordad que la aceptación de un taller no implica necesariamente concesión de beca.

Presencia de RED2002: Como entidad coorganizadora de la Conferencia inmediatamente anterior, la RED2002 de ONG SIDA está negociando poder enlazar con la comunidad local tailandesa y con la comunidad internacional por medio de un *stand* y de un taller sobre nuestra experiencia. El *stand* puede servir para alojar material de todas las ONG españolas que lo deseen, aunque no pertenezcan a RED2002. Encontraréis más información en www.red2002.org

Programa Cultural

Habrà un programa cultural tradicional y también una versión electrónica. Los organizadores invitan a individuos y grupos relacionados con todo tipo de expresión artística, con la creación escénica, y a músicos a presentar su solicitud de participación antes del 15 de diciembre de 2003. El formulario se encuentra en el sitio *web*, y también puedes pedir más detalles (en inglés) en cultural2004@aidsthai.org

www.red2002.org

RED2002 de ONG SIDA: ¡nuevo diseño del portal!

RED2002 ha rediseñado por completo su portal para que refleje mejor la tarea que llevan a cabo las entidades e individuos adheridos en el campo del VIH. El nuevo portal incluye noticias, documentación, suscripción a listas de correos, un apartado sobre América Latina (Grupo Iberoamericano de Publicaciones del VIH) y cinco secciones dedicadas a los Grupos de Trabajo de la Red: Mujer y VIH, Transversal de Inmigración, Reducción de Riesgos y Daños, Prevención Sexual y Observatorio de Derechos Humanos.

www.princast.es/servlet/page?_pageid=2371&_dad=portal301&_schema=PORTAL30
PAVSA

Es el Programa de Prevención y Atención a las personas afectadas por el VIH/SIDA en Asturias. Tres son las líneas prioritarias desarrolladas desde el PAVSA: la vigilancia de la epidemia por el VIH/SIDA, la prevención de la misma y la asistencia y la rehabilitación de las personas afectadas. El PAVSA desarrolla la planificación de estas tres líneas que luego serán ejecutadas por distintos agentes y organismos.

www.observatorio.red2002.org
Observatorio de Derechos Humanos y SIDA

Web específica sobre el estigma y la discriminación relacionados con el VIH. Incluye documentación especializada, formularios de denuncia, consejos prácticos, foro virtual y noticias. También un apartado de Acción Política, con destacado énfasis en el abordaje del acceso a tratamientos en países en desarrollo.

Tiene la particularidad que se pueden denunciar casos de discriminación en torno al VIH en España, que tendrán seguimiento por parte del Grupo de Derechos Humanos de la RED2002 que a su vez ofrece orientación y servicios locales del área donde viva la persona.



www.canalsida.org

«Estrategias de intervención comunitaria en el trabajo sexual»

*«Yo no pido que me acepten, pero sí que me respeten»
(BABY, travesti brasileña)*

El interés por las personas que ejercen la prostitución ha estado, a lo largo de la historia, muy vinculado a cuestiones de salud pública. Las políticas y las diferentes estrategias de intervención social se han centrado en el control de las ITS y principalmente del VIH/SIDA.

Hoy en día, en la mayoría de los países, principalmente los europeos, el debate de la prostitución ha vuelto a las agendas políticas por otro motivo, el aumento de personas procedentes de otros países que, en busca de una mejora de sus condiciones de vida, han emigrado y la prostitución se convierte en parte de su proyecto migratorio.»

Busca el artículo completo en canalsida.org

www.redesnuevafrontera.org.ar
Redes Nueva Frontera

Es una Asociación civil sin fines de lucro de Mendoza (Argentina) que nace por inquietud de un grupo de personas viviendo con VIH/SIDA, a las que se sumaron otras sensibilizadas, con la intención de construir espacios de contención que contribuyan a disminuir los altos costos que provoca el dolor derivado de la marginación, la estigmatización y la soberbia de algun@s.

www.synergyaids.com/lacri aids/defaultsp.asp
USAID

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Oficina de Latinoamérica y el Caribe, con el apoyo técnico del Proyecto Synergy, ha actualizado su sitio web para mejorar el acceso y el intercambio de buenas prácticas, herramientas, investigaciones, guías y experiencias de programa, por medio de la Iniciativa Regional de VIH/SIDA de Latinoamérica y el Caribe (LACRI). Este sitio web es un buen medio para alcanzar intercambios de recursos en la Región.

www.accionensida.org.pe
Acción en SIDA

Bienvenido a Acción en SIDA, un espacio de comunicación abierto en América Latina y el Caribe que busca mejorar la eficacia de tu intervención individual e institucional sobre el VIH/SIDA en la región. En Acción en SIDA puedes participar de debates regionales, acceder a información práctica actualizada, aprender de experiencias de intervención exitosas y conocer estrategias y recursos de comunicación novedosos.

www.global-campaign.org/inotherlanguages.htm

Campaña Mundial por los Microbicidas

Dispone de una nueva sección con información en español sobre sus actividades. La Campaña Mundial por los Microbicidas es un amplia labor internacional destinada a generar el apoyo de autoridades, líderes de opinión y el público en general, a fin de aumentar la inversión en microbicidas y otros métodos preventivos del VIH/SIDA que el/la usuario/a pueda controlar. Mediante el apoyo activo, el análisis de políticas y los estudios de ciencias sociales, la Campaña opera con miras a impulsar el desarrollo de productos, facilitar el acceso y uso generalizados, y proteger las necesidades e intereses de los usuari@s, sobre todo las mujeres.

www.indetectable.org
Indetectable

Un formidable sitio colombiano que te da información y apoyo con relación a VIH y SIDA. Fue fundado y es dirigido por personas viviendo con VIH y cuenta con un amplio equipo de expert@s y colaborador@s.

www.apla.org/espanol/index.htm

AIDS Project Los Angeles (APLA)

Bienvenidos a la página en español de AIDS Project Los Angeles. Éste es un esfuerzo más de APLA para llegar más de cerca a la comunidad de habla española en Estados Unidos y América Latina, generando contenido e información en español para las personas que se ven afectadas y/o infectadas con el VIH/SIDA. En este espacio encontrará la revista IMPACTO! y mucha más información sobre el VIH/SIDA e información relevante e importante para la comunidad latina.

Ref: 0224

Soy Guillermo, tengo 32 años, divorciado, VIH+ y VHC. Estoy privado de libertad y me gustaría cartearme con chicas que deseen compartir su vida. Si crees que eres tú mi media naranja, escíbeme, no te arrepentirás.

Ref: 0225

Hola, soy Juan, 42 años, soltero, sensible. Me gusta la literatura, la pintura y todas las artes. Me encantaría que una mujer me escribiera. Soy VIH+, vivo en Barcelona.

Ref: 0226

Chico de 39 años, VIH+, me gustaría conocer chicas. Aficionado al cine, deporte y lectura. Bilbao y alrededores.

Ref: 0227

Círculo de amig@s de toda España, seas de dónde seas, escríbenos, entre tod@s haremos que nuestras vidas sean más interesantes. Un beso de este chico bilbaíno.

Ref: 0228

José Israel, 27 años, desearía mantener correspondencia con chicas hasta 40 años. Me encuentro en prisión.

Ref: 0229

Antonio, 48 años, desearía mantener correspondencia con personas de cualquier edad y procedencia. Me encuentro en prisión. Prometo contestar.

Ref: 0230

Fran, 39 años del Ferrol, soy VIH+ y me gustaría encontrar pareja, me gustan los animales, los caballos, la música y pasear. Contestaré, lo prometo.

Ref: 0231

Gisela, 25 años, apasionada por la naturaleza y la mitología griega. El tiempo libre lo dedico a escribir poesía. Deseo cartearme con ibicencos o canarios mayores de 35 años.

Ref: 0232

Me llamo Manolo, 28 años, heterosexual, VIH+. Quisiera cartearme con mujeres ya que me encuentro solo y aquí en la cárcel una simple carta te alegra la vida. Soy de Mallorca.

Ref: 0233

Chico de 36 años, 1,70m, 70kg. Aparento menos edad, fuerte, rubio, ojos verdes. Solo VHC, privado de libertad de momento. Busca chica seria, sincera, romántica. Necesito un poco de ánimo ya que solo no puedo. Prometo contestar a todas. (Piscis).

Ref: 0234

Ana, 29 años, VIH+, asintomática, enfermera, psicóloga, madrileña. Añoro compartir lo cotidiano. Busco chico tierno, profundo, acogedor, espiritual, equilibrado, sincero, inteligente y con inquietudes, para cuidarnos y crecer juntos como personas.

Ref: 0235

Hola, soy un chico de granada, 36 años, VIH+, me gustaría conocer a chicos de Andalucía en mi misma situación para mantener relaciones.

Ref: 0236

Hola, soy Lorenzo, 29 años, VIH+, soy de Mataró. Busco chicas VIH+ de 25 a 35 años para amistad o posible relación preferiblemente de Barcelona. Ex-culturista.

Ref: 0237

Hola, soy una chica de 34 años de Bilbao, VIH+, asintomática. Me gusta lo que te guste, me encanta lo que te encante, posiblemente..., espero lo que tú esperas. Escíbeme. Te escribo.

Ref: 0238

Soy Nino, tengo 29 años, VHC y VIH+, soy de Cáceres. Me gusta la música, la poesía y conocer cosas antiguas como cuevas y castillos. Me encantaría conocer chicas para amistad o lo que surja, busco sinceridad. Escíbeme.

Ref: 0239

Soy Paco, 35 años, VIH+, heterosexual. Me gusta leer, la música, el campo, los animales. Soy de Córdoba. Me gustaría escribirme con chicas de 25 a 40 años. Prometo contestar.

Ref: 0240

Viuda, 43 años, atractiva, legal, extrovertida y con buen corazón, asintomática y solvente. Busco al hombre de mi vida con las mismás cualidades que yo. Soy de Bilbao, necesito enamorar. No tardes. Te espero.

Ref: 0241

Me llamo George y tengo 39 años, VIH+. Me gustaría conocer a chica. Me gusta salir de día y de noche, cuando se pueda, iclaro!

Ref: 0242

Desearía mantener correspondencia con personas presas en España y de otros países. No importa la situación penal, anuncio serio de carácter, humanitario/solidario. ¿A qué esperas? ¡Escíbeme!

Ref: 0243

Hola, soy Antonio, 38 años, VIH+. Me gustaría conocer chicos gays para amistad o lo que surja. Soy moreno, 1,76m, 78Kg, pasivo. Me gusta el cine, la naturaleza, la música. Prometo contestar a todos.

Ref: 0244

Malgrat la malaltia crec, com tothom, que és possible trobar la felicitat; primer en un mateix i després amb l'altre. Si vols establir una relació amb mi, estic obert a l'aventura. Tinc 54 anys i em dic Salvador.

Ref: 0245

Hola, me llamo Santiago, soy muy joven y busco señoras para pasarlo bien. Soy de Pontevedra.

Ref: 0246

Hola, soy Juan Antonio, 33 años, deportista y con muchas ilusiones, pero estoy preso en Burgos, pero aún conservo un pedacito de humor y armonía para compartir contigo; chica, mujer, estudiante, ama de casa. Besos y un fuerte abrazo.

Ref: 0247

Seropositiva, 40 a. Bona salut. Sense càrregues familiars. Mai problemes amb tòxics. M'agrada cuinar, jocs de taula, cinema, ball...M'agradaria conèixer persona amb qui poder conversar una mica de tot. BCN.

Ref: 0248

Homo, VIH+ de 55 años de Barcelona. Quisiera amistades nobles y sinceras. Soy pensionista, mido 1,73m y peso 83 kilos. Indetectable, me encuentro muy solo.

Ref: 0251

Soy Vicenç, 42 años, VIH+. Me encuentro privado de libertad en Lérida. Me gustaría cartearme y hacer amigas, más o menos de mi edad para lo que pueda surgir. Me gusta el fútbol y la naturaleza. Anímate, soy cariñoso.

Ref: 0254

Joven maduro con alma de adolescente, cerca ya del medio siglo, privado de libertad por su afición a "fumar", le encanta mantener correspondencia, sin importarle edad, sexo o condición....

Ref: 0257

Hola me llamo Marco, tengo 37 años, VIH+, indetectable. Si te sobra un poco de amor, escríbeme, yo ofrezco lo mismo. Mejor de Barcelona. Un beso.

Ref: 260

Me llamo Jorge, VIH+, soy de Cuba y me gustaría conocer a todo el que conozca el sentido de lo que es un buen amigo o el que sepa lo que es el amor, los espero.

Ref: 0263

Soy Carmen, 39 años, VIH+. Me gustaría escribirme con personas que me ayuden a sobrellevar la soledad. Por encima de todo valoro la sinceridad. Me gusta leer, el cine, los animales.

Ref: 0249

Chico, moreno, VIH+, indetectable, 1,73m, 74 Kg. Busco hombre varonil y buena persona de 43/48 años de la provincia de Barcelona o Tarragona, que necesite amar y ser amado. Si mandas foto, te enviaré otra mía. Te espero.

Ref: 0252

Persona sin libertad, desea cartearse con chicas de 30 a 40 años. Alto, moreno y muy alegre, con ganas de vivir. Contesto a todas.

Ref: 0255

Chic@s de 25 a 40 años. Pienso que lo que realmente nos pertenece es el tiempo, incluso el que no tiene nada más, lo posee. Si deseas romper un poco esa soledad o tiempo muerto, aquí tenéis a un amigo que promete ante todo sinceridad y respeto...¡Os espero!

Ref: 0258

Hola soy Juanpe. 32 años, VIH+, me gustaría cartearme con chicas de mi misma condición para amistad en un principio. Preferiblemente Valencia o Palma de Mallorca.

Ref: 261

Hola, soy Silvia, 39 años, VIH+, estoy en buen estado de salud, me encanta viajar, cocinar. Me gustaría conocer hombres de mi generación (no vicios). Me infecté por no ponerme condón.

Todos los contactos publicados hasta la fecha pueden consultarse en www.gtt-vih.org en la sección ConTacto de cada número de LO+POSITIVO

Ref: 0250

Hola, me llamo José, VIH+, tengo 39 años, muy optimista, soy de Tarragona y desearía conocer chicos sinceros y compartir buenos momentos. No se descarta relación estable.

Ref: 0253

Me llamo Juan Manuel, soy de Barakaldo, heterosexual, VIH+, 39 años, 1,90m, 84 Kg. No tomo medicación, busco chica de mi zona (Bilbao) para salir, conocernos y poder rehacer mi vida, sin malos rollos. Me encuentro solo por ser VIH+.

Ref: 0256

Chico de 27 años, privado de libertad, no fumador, sin malos rollos. Desearía cartearse con chicas para tener una bonita amistad, ya que aquí una carta hace mucho o que se encuentre en la misma situación que yo.

Ref: 259

Hola, me llamo Daniel tengo 30 años y soy VIH+, me gustaría encontrar mujeres de 20 a 35 años, que como yo se encuentren solas. Me gusta la música, las motos y salir a pasarlo bien y si llegamos a tener alguna relación esporádica mejor. Soy sincero y cariñoso.

Ref: 262

Chico de 54 años, VIH+, diabético. Me gustaría conocer chico también seropositivo para mantener buena amistad y posible relación. Me gusta cocinar. Soy cariñoso y romántico, llevo barba, 173cm, 88Kg. Contestaré a todos.

Ref: 0264

Me llamo José Luis, 35 años, VIH+. Soy de Ourense, me siento solo y me gustaría que me contestases lo antes posible. Me gusta leer, música tranquila, el cine. Soy heterosexual. Escríbeme por favor. Posible relación estable.

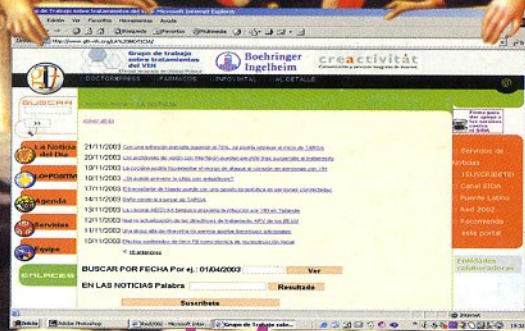
Nuevo Teléfono

9 3 4 5 8 2 6 4 1

CONSULTAS
sobre
tratamientos

MARTES Y VIERNES
de
16 a 20h

por correo electrónico
a
consultas@gtt-vih.org



www.gtt-vih.org
visita nuestro portal!

HIV/AIDS
vax
en español
BOLETÍN DEL IAMI FORT



doctorXpress