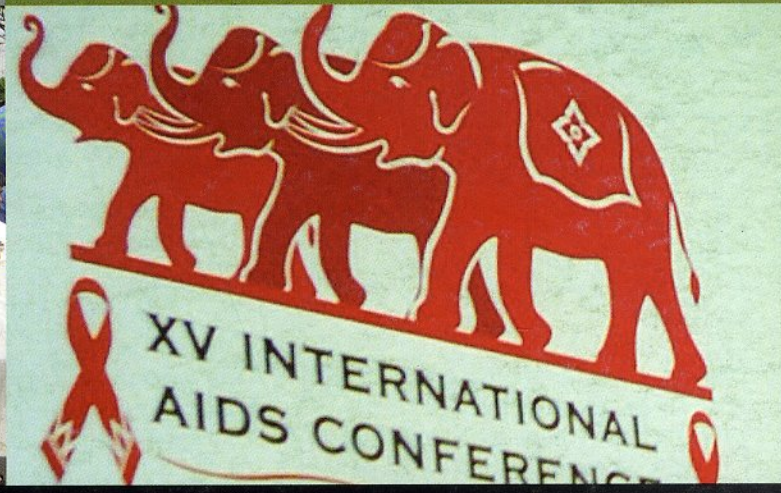


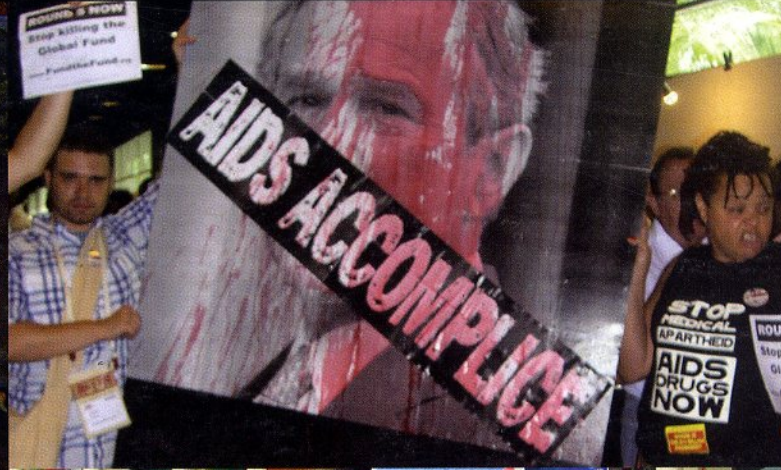
LO+POSITIVO

NÚM. 29-OTOÑO 2004

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH



BANGKOK 2004: Acceso para tod@s

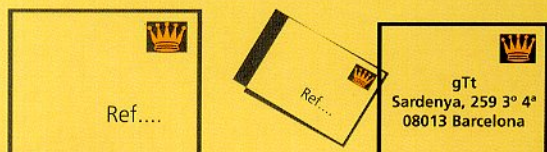


CONTACTO

Para responder a un contacto:

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

Recordad que es imprescindible franquear las cartas de respuesta. 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: 0336

Mi nombre es Rafael, soy VIH+ desde el año 1987, y mi estado de salud es bueno y asintomático. Quisiera encontrar una compañera para posible relación. Vivo en Madrid y tengo 46 años.

Ref: 0339

Soy gay, 56 años, VIH+ de Barcelona y desearía tener amigos de mi misma edad que vivan en BCN para aliviar la soledad que esta situación conlleva. Sólo pido plena sinceridad y que sean libres de todo cargo.

Ref: 0342

Chica de 44 años, asintomática, con fachada en remodelación e interior saneado, busca chico relacionado con las artes para realizar proyecto común.

Ref: 0345

Ángel de BCN, 40 años, gay, VIH+, 1,66m, 68kg. Simpático, sencillo, honesto. Busco similar de aspecto masculino. No importa físico. Para amistad sincera y después ya veremos. Anímate.

Ref: 0348

Alberto, VIH+, asintomático, de 47 años, bisexual, desearía conocer a chicos y chicas entre 40 y 50 años. Preferiblemente del País Vasco. Tampoco me importa de otras comunidades.

Ref: 0351

VIH+, 41 años, con mucha imaginación, desea mujer ardiente con mucha pasión, porque creo que estoy muy necesitado de sexo y de comprensión. Después de haber estado tres años en prisión y de haber saboreado la frustración. Parece una canción, me muero por una contestación.

Ref: 0337

Chico moreno, busca chico pelirrojo y delgado, mejor de pueblo, para relación estable. Yo tengo 32 años y tú debes tener entre 25 y 35 años. Valoro la sinceridad. Sur de Pontevedra y Norte de Portugal.

Ref: 0340

Hola, me llamo Juan, tengo 44 años, asintomático, VIH+. Me gustaría conocer a esa compañera que busco para compartir mi vida. Tengo trabajo estable y me gusta mucho la naturaleza. Vivo en Jerez de la Frontera.

Ref: 0343

Eduardo, 45 años, VIH+, 1,84m y 78kg. Busco una relación creativa para disfrutar de la vida y hacer que valga la pena con un compañero leal. Madrid.

Ref: 0346

José, VIH+, rubio, 1,75m, gallego. Mis aficiones son los deportes, la lectura y viajar. Me gustaría encontrar una mujer cariñosa, alegre y, sobre todo, fiel. Soy soltero y busco relación o lo que surja.

Ref: 0349

Me llamo Adolfo, Madrid, 34 años, VIH+ y tratamiento con interferón ya casi acabado. Estoy solo y triste. Busco chica para poder darle la cantidad de amor que llevo dentro. Madrid y alrededores.

Ref: 0352

Chico de 36 años, me infecté hace cuatro años por contacto hetero. Me gustaría volver a relacionarme con chicas que entiendan esta enfermedad y poder llevar una sana vida familiar. Yo trabajo, sincero, cariñoso, educado, culto y bien parecido. Para amistad también.

Ref: 0338

Hola, me llamo Jorge, 44 años, 1,70m, 64kg, VIH+. Me gusta hacer deporte, ir al cine, viajar. Soy pasivo. Busco chico similar activo máximo 45 años, para amistad y posible relación estable. Barcelona.

Ref: 0341

José, 40 años, delgado, VIH+. Soy comprensivo, cariñoso, cándido. Busco chica para salir o lo que surja. No importa físico.

Ref: 0344

Valenciano, 42 años, VIH+/VHC, separado siete años. Busco mujer VIH+ con ganas de vivir, sincera y alegre, para amistad y posibilidad de establecer pareja.

Ref: 0347

Cincuentón bien conservado, 1,78m, 80kg, VIH+. No me afecta para nada, soy muy romántico y cariñoso, con ganas de encontrar un chico de 30-45 años, cariñoso, alegre y buena persona para poder compartir la vida juntos. Barcelona

Ref: 0350

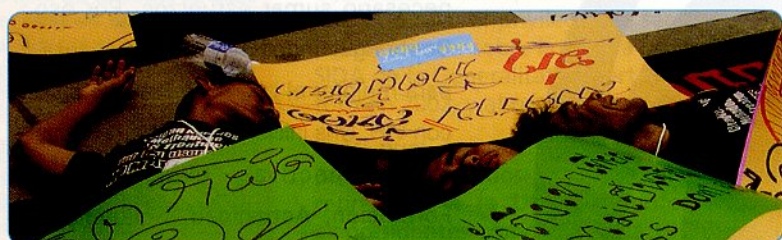
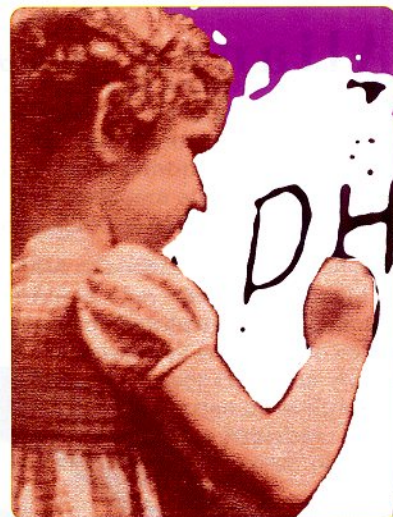
Chica de 38 años, asintomática. Soy alegre y atractiva, sin vicios. Me gustaría conocer chicos para amistad o posible relación. Se ruega foto.

Ref: 0353

Me llamo Fernando, tengo 36 años, indetectable. Soy alegre, moreno, gallego. Estoy solo y me encantaría conocer gente nueva que tenga inquietudes parecidas.

OPINIÓN

- 4** Ric@s y pobres en EE UU **5** En Kaliningrado + Rebelde y libertario **6** El día de Tomás Fábregas **7** La fuerza de la voluntad **9** Represión en las cárceles **10** Entrar en la menopausia **11** Nacer niña **12** Colombia, ¿hay o no acceso? **13** Calor **14** La poesía del corazón



EN PERSONA

- 15** Acceso para tod@s

CUIDARSE

- 32** Recicla **34** Adhesión, ¡vaya quimera!
35 Poderosas mitocondrias



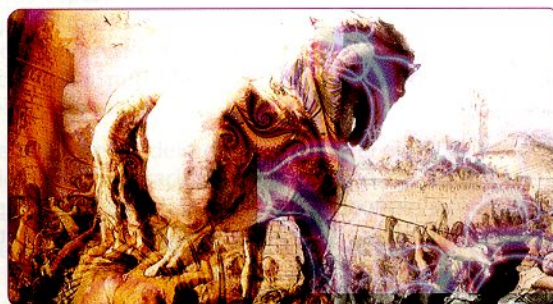
A CIENCIA CIERTA

- 36** La primera elección **38** Pegintron o Pegasys **39** Tratamiento en l@s más jóvenes (III) **40** Sarcoma de Kaposi: ¿qué hay de nuevo?
42 Mutaciones de resistencia a los IP **47** Flashes informativos



- 50** Caballos de Troya contra el SIDA **52** SIDAGALIZA **53** Buena búsqueda **54** Cuando una amiga se va **55** Recursos en internet

AL DETALLE



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



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



Alianza
Sumando Esfuerzos en VIH



EL EQUIPO DE LO+POSITIVO SOMOS:

Georgina Fabrès
Jaume Fabrès
Xavier Franquet
Juanse Hernández
William Mejías
Ángela Sanz
Joan Tallada
M^a José Vázquez
Marion Zibelli

EN ESTE NÚMERO HAN COLABORADO:

Paul Cummings
Paquita Flores
Alejandro Gallardo
Montserrat Moliner
Jordi Palasí
Silvia Pascucci
M^a Eugenia Sebastián
Antón Unai

LO+POSITIVO es una publicación del **Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTT)**, una asociación sin ánimo de lucro declarada Entidad de Utilidad Pública, que trabaja para mejorar el acceso a la información sobre tratamientos del VIH y el SIDA.

LO+POSITIVO es una revista GRATUITA: ¡nunca pagues por leerla! Si deseas contribuir a su mantenimiento, y lo necesitamos, contacta con:

REDACCIÓN:

C/Sardenya, 259 3^a 4^a
08013 Barcelona España
Tel: +34 932 080 845
Fax: +34 932 070 063
E-mail: contact@gtt-vih.org
Web: www.gtt-vih.org

IMPRESIÓN:

Jesse & James Design, S.L.
Tf: +34 932 156 440
Depósito Legal: B-40431-97

CON EL PATROCINIO DE:

Laboratorios Abbott
Boehringer Ingelheim
Chiron Ibérica
Gilead Sciences
GlaxoSmithKline
Productos Roche
Schering-Plough
Tibotec Virco

CON LA COLABORACIÓN DE:

- **Ajuntament de Barcelona**
Àrea de Serveis Personals
- **Diputació de Barcelona**
Salut Pública i Acció Social
- **Generalitat de Catalunya**
Departament de Sanitat i Seguretat Social
Programa de Drogodependències i SIDA
- **Ministerio de Sanidad y Consumo**
Plan Nacional sobre el SIDA

Y EL APOYO DE:

Iniciativa Internacional por una Vacuna para el SIDA (IAVI)

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

La información científica tiene una validez de tres meses.

Miembro del
Grupo
Iberoamericano
de Publicaciones
sobre el VIH



Con las manos vacías

Casi nadie duda de que el SIDA es el principal problema de salud y de desarrollo económico, social y político que acecha al mundo: si millones de personas enferman y mueren, y además lo hacen marcadas por el estigma y la discriminación, sus países están estancados, o peor: son países en deterioro. Nosotr@s defendemos que el SIDA además es una de las principales amenazas a la seguridad, incluso más que el terrorismo, ya que el SIDA es una verdadera arma de destrucción masiva que pone en cuestión la viabilidad de la mayor y más empobrecida parte de la humanidad.

Por eso se esperaba que la XV Conferencia Internacional del SIDA celebrada en Bangkok en julio pasado fuera algo más que promesas incumplidas. Y lo que fue es algo menos: ni siquiera se hicieron nuevas promesas que se pudieran incumplir. La experiencia de Barcelona, dos años antes, fue determinante: los líderes políticos que se atrevieron a salir a la palestra se encontraron con la exigencia por parte de la sociedad civil de que dieran respuesta a la mayor crisis que vive la humanidad. Así que en Bangkok excepto las autoridades tailandesas que ejercían de anfitrionas, y que según nuestr@s colegas de grupos comunitarios locales mentían más que hablaban, y que excepto el ministro de salud estadounidense, el temerario Tommy Thompson, apenas ninguna autoridad más de alto nivel.

Ni siquiera de España, porque además de la asistencia de la Secretaria del Plan Nacional del SIDA, Lourdes Chamorro, hubiera sido exigible la presencia activa de la ministra en representación del país que tuvo el privilegio de ser anfitrión de la Conferencia precedente. Claro que lo mismo se puede afirmar sobre la exigua presencia de las autoridades catalanas –el Director del Programa del SIDA de la Generalitat, Albert Giménez- y la nula de las barcelonesas. Tod@s se quisieron hacer la foto en 2002, y ahora si te he visto, no me acuerdo.

Así pues, aunque bastantes african@s, no estuvieron ministr@s de salud o presidentes de los países enriquecidos. Ni a Bush, ni a Blair ni a Chirac se les vio el pelo. Ni a Solana, que dicen que representa a la UE. Las Conferencias Internacionales parecen el espacio reservado para ex presidentes como Mandela o Clinton, o famosos del cine, como Richard Gere, con toda la autoridad moral o popularidad que se quiera, pero sin poder real para tomar decisiones políticas y presupuestarias que aborden el VIH/SIDA global con realismo.

Así que volvimos de Bangkok con las manos más vacías que nunca frente al escenario más apabullante imaginable. Como bien dijo la mozambiqueña Graça Machel: "Nuestr@s niet@s no creerán que fuimos verdaderos líderes si no demostramos que somos capaces de dar una respuesta adecuada a la crisis del VIH/SIDA".

El sueño de la ministra Salgado

La ministra de Sanidad y Consumo tiene un sueño: que se encuentre una vacuna contra el SIDA. Así lo afirmó en el famoso número de verano de la revista *Vogue*, en unas bienintencionadas declaraciones que quedaron sepultadas bajo la polémica del posado fotográfico en las escalinatas de La Moncloa, pieles animales incluidas.

Señora Ministra: ¡haga realidad su sueño! Para ello no tiene más que proponer al Consejo de Ministr@s que el gobierno español se comprometa política y financieramente y de manera sólida con las diferentes iniciativas multilaterales, término tan preciado por nuestro presidente, en marcha. Una vez tomada la decisión al máximo nivel, nos llenaría de gozo escuchar como José Luis Rodríguez Zapatero afirma que el SIDA es una amenaza para la seguridad mundial, por lo que el apoyo a los esfuerzos internacionales para ampliar los recursos en prevención, asistencia, acceso a tratamientos y consecución de la vacuna son una prioridad de su administración.

Ese liderazgo político se tendría que traducir en mayores aportaciones a los programas de Naciones Unidas, como el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, con el que España se ha mostrado tan cicatera hasta ahora. Pero también en una apuesta coherente por la investigación y desarrollo en vacunas que no se juegue todo a una carta, apoyando sólo una única vacuna candidata, cuando hay más de 30, porque si fracasa se habrá perdido un tiempo precioso.

Señora Ministra: piense en el modelo de los esperanzadores resultados muy recientes de la vacuna contra la malaria. Ha sido promovida por el madrileño Pedro Alonso, vinculado al Clínic de Barcelona, que creó el núcleo investigador con dinero de la cooperación al desarrollo española, forjó el prototipo con tecnología privada (de GlaxoSmithKline) y dispuso para los ensayos de financiación filantrópica (Fundación Bill y Melinda Gates).

Convenza a sus compañer@s de gabinete de que este modelo de alianzas es el ejemplo a seguir, e impulse con les responsables de la política de cooperación del Ministerio de Exteriores la concesión de las ayudas que España se puede permitir por su posición en la economía mundial.

Señora Elena Salgado: si usted no puede perseguir su sueño de conseguir una vacuna contra el SIDA eficaz y segura, ¿quién puede?

ricos y pobres en ESTADOS UNIDOS

En EE UU, la gran superpotencia planetaria, el sistema de atención sanitaria no es público. Es decir, o tienes un seguro privado, o intentas acogerte a los infradotados programas federales para personas mayores o pobres de solemnidad. Pero si no posees suficiente dinero para pagar las primas ni demasiado poco como para que te ayude la beneficencia, quedas fuera. Para las personas con VIH y sin recursos existe el Programa Asistencial de Medicamentos para el SIDA (ADAP, en sus siglas en inglés), que ha llegado a un punto crítico por las limitaciones presupuestarias y el aumento de los precios de los antirretrovirales.

ADAP se creó en 1987 justo después de la aprobación de AZT en 1987, aunque no fue hasta 1996 que los programas se extendieron a todos los estados. Tenía la finalidad de suministrar medicación antirretroviral a personas con VIH con pocos recursos, no aseguradas o con pólizas que no contemplan la asistencia y los fármacos para tratar la infección. No obstante, estos programas no cuentan con una partida presupuestaria garantizada, sino que dependen, año tras año, de subvenciones del gobierno federal de EE UU y de las ayudas que cada estado les otorgue. Por ello, deben competir con otros organismos y programas para recibir las subvenciones públicas, lo que facilita que en algunos estados los estándares de cuidado no sean iguales para tod@s o no se cumplan todas las expectativas de cobertura.

Casi todos los programas de ADAP ofrecen cobertura de ámbito nacional sin necesidad de que el/la usuari@ deba indicar su ciudadanía, requiriendo solamente el diagnóstico por VIH y una prueba que avale su dirección en la localidad en la que recibirá su atención médica. En los últimos cuatro años estos programas han venido sufriendo una serie de recortes presupuestarios que están afectando a su buen desarrollo. Según un informe de 2002 del propio ADAP, sus programas estaban funcionando con un déficit de 82 millones de dólares, y en los años siguientes se han mantenido los recortes en las ayudas que reciben. El problema se agrava teniendo en cuenta que los costes por atención sanitaria con los nuevos tratamientos, protocolos y medicamentos contra el VIH cada vez son más elevados y, seguirán aumentando.

Durante 2003, en los estados de Florida, Oregón, Washington y Wyoming, entre otros, se disminuyeron parte de los servicios de ADAP. En esta misma línea, según la Alianza Nacional de Directores Estatales y Territoriales para el SIDA (NASTAD), otros doce programas de ADAP cerraron el registro de nuev@s pacientes y crearon listas de espera con restricciones para medicamentos y para la cobertura sanitaria.

Como resultado del peor de los recortes presupuestarios en los últimos dos años que los programas ADAP están sufriendo desde su creación, a partir de 1 de julio de 2002 los nuev@s usuari@s de estos programas se tienen que apuntar en unas listas de espera que los activistas estadounidenses han denominado como "lista de la muerte," ya que, según denuncian los activistas, muchas personas de esas listas han muerto durante la interminable espera. En la actualidad hay más de 1.600 personas inscritas en ellas en todo el país.

Por otra parte, los recortes presupuestarios están obligando a estos programas a tomar otras medidas aún más drásticas como son

la reducción de personas que califican para participar en los programas y el recorte en la cantidad de medicamentos que cubren habitualmente. Éste es el caso de ADAP del estado de Arkansas, que está considerando seriamente eliminar de su programa el suministro de dos medicamentos esenciales para tratar enfermedades oportunistas como una medida desesperada para reducir los elevados costes.

Lo más preocupante para los activistas norteamerican@s es que muchas personas en todo el país están en riesgo de quedarse sin medicamentos. Durante 2003, ONG estadounidenses como Gay Men's Health Crisis, Care Resource, Project Inform, Treatment Action Group entre otras enviaron una carta al Congreso de Estados Unidos solicitando un incremento de 162 millones de dólares de ayuda federal en el presupuesto del programa ADAP para finales de ese año como un intento de solventar la crisis presupuestaria y eliminar las dichas listas de espera.

A finales de junio de 2004, la administración Bush anunciaba que se distribuirían 20 millones de dólares entre los ADAP de los estados que tuvieran listas de espera. No obstante, Project Inform de San Francisco declara que, por primera vez desde que el gobierno federal comenzó a suministrar fondos para los programas para el SIDA, el presidente Bush ha propuesto sumas fijas, es decir, sin ningún incremento posible para los programas de atención y tratamiento para el VIH, durante sus dos primeros presupuestos. Además, la

Administración Bush implementó recortes a los impuestos al mismo tiempo que conducía al país hacia una guerra. Estos recortes, sumados a los miles de millones de dólares requeridos para llevar a cabo la "guerra contra el terrorismo", se traducen en una menor cantidad de dinero en las arcas federales, lo que ha limitado la capacidad de financiar programas de salud como Medicaid y Medicare (estos programas están destinados a servir a algunos de los miembros más vulnerables de la población estadounidense).

¿Será que el país de las oportunidades, como much@s lo califican, tiene la capacidad de movilizar miles de millones de dólares para librar guerras injustas, pero es incapaz de establecer ningún mecanismo eficaz y seguro para cubrir las necesidades de atención sanitaria en materia de VIH a sus propios conciudadan@s o a cualquiera que resida en ese país y que, debido a sus circunstancias, las requiera? Sobre todo, en un momento en que el país ya cuenta con 43 millones de personas sin cobertura de seguro de salud.

Lo más preocupante para los activistas norteamerican@s es que muchas personas en todo el país están en riesgo de quedarse sin medicamentos

Referencia:

AIDS Project Los Angeles, Project Inform, CDC NEWS, AEGIS

AHORA EN Kaliningrado

Años atrás en EE UU y Europa los activistas trabajábamos para que la industria produjera a la mayor celeridad medicación antirretroviral, sin saber siquiera si eso era posible. Ahora que los medicamentos anti-VIH son una realidad, en los países ricos somos testigos de cómo los activistas del resto del mundo empobrecido luchan sin cuartel para que la realidad de estos fármacos se haga extensiva a cualquiera que pueda necesitarlos. Esta vez las peticiones de ayuda están escritas en cirílico.

El pasado 12 de octubre activistas rusos de las organizaciones Front AIDS y Rainbow Saviours fueron arrestados tras encadenarse a las puertas del ayuntamiento de Kaliningrado. La acción buscaba llamar la atención sobre las duras condiciones que soportan las personas que viven con VIH en esa zona. Con 700 personas fallecidas hasta la fecha, se conoce que el acceso a los medicamentos antirretrovirales es extremadamente limitado sin saberse exactamente cuántas de las 6.000 personas seropositivas reciben medicación.

La protesta surge ante la pasividad y dejación de las autoridades del puerto báltico, donde los antivirales son carísimos y ni se incrementa la partida para adquirirlos ni se ponen en práctica mecanismos de reducción de precios. Lo que para las autoridades es una violación de la ley, para otros es una lucha por su propia vida y por la de miles de compatriotas, que además de vivir con VIH muchas de las personas están también coinfectadas con hepatitis.

La voz de alarma saltó; y tanto en la alcaldía de esa ciudad como en la central de la policía empezaron a llegar faxes y correos de un buen número de entidades europeas de derechos humanos y organizaciones comunitarias del VIH. Parece que tras la puesta en libertad de las 14 personas, se ha convocado una mesa redonda para tratar el tema de los tratamientos para el VIH. La rápida propagación del VIH en el este y la desidiosa actuación de sus autoridades es una preocupación y una prioridad europea para muchas organizaciones occidentales; además de la falta de inversión y ayuda preocupa la corrupción endémica en la zona.

Jaume Fabrés

rebelde y LIBERTARIO

Prisión de Pereiro de Aguiar, 13 de septiembre de 2004

Sí, vale yo me he equivocado.
O la sociedad, o que más da quién.
Triste, puede ser. Tristeza.
Pero también aprendes de ella
Y eso es lo que vale. Estoy vivo.
Cuando te has librado del abrazo
Fatal de la muerte varias veces,
Vives, vivo cada día como un
Regalo al que me aferro como el
Hormigón y hierro de mi encierro.

Hola amigos de LO+POSITIVO. Un saludo rebelde y libertario al comienzo de estas letras, carta-denuncia o en lo que quiera que termine esto.

Comienzo con unos versos que mi alma quería sacar, como un volcán cuando explota y suelta su magma más profundo en un estrepitoso golpe al exterior.

Estoy en una puta celda de aislamiento durante 21 horas al día. Todo lo tienes que pedir por medio de instancias, poniéndote en huelga de hambre o con quejas al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria (que te hará caso, si le da la gana). Cuando digo pedir, amigos, no me refiero a caprichos, hablo de derechos fundamentales, y en este caso me refiero a la sanidad. Soy VIH+ y VHC+, con una subida de la carga viral en cuatro meses de 500.000 copias (aún subiéndome los CD4, unos 600). Además una cándida bucal, que uno de los "médicos" me dijo tener ya curada (cuando no era así, como se demostró tres días después por parte de otro "médico"). Tras más de mes y medio de tratamiento (tres botes de Micostatin jarabe), se me acaba el tratamiento el día antes de tener consulta

(pides cita... y el día que te toque). Voy a la enfermería y se lo digo. El "médico" que me dijo 18 días antes que tenía curada la candidiasis sale corriendo y una ATS me dice que pida cita para otro día (instancia al director de la cárcel y me pongo en huelga de hambre por este motivo). A las 6 de la tarde llega un jefe de cárcel "para arreglarlo de manera pacífica". ¿He tenido acaso una actitud violenta? Bueno sí, violenta contra mí mismo en todo caso.

Me ve un médico suplente. ¿No quieren dar la cara los interinos? El día 10 tenía consulta y pido a la subdirectora médico, doña María, cita para que me vea y haga un seguimiento VIH/SIDA en un hospital con un especialista y no ellos, que son médicos de cabecera. Se niega. Solicito mediante instancia dicha cita Art. Del Reglamento Penitenciario y Ley Orgánica General de Penitenciarias 207.1,2 y 3; Art.2081 y 2; Art.2091.1 y 2.2. Me imagino que alegará (debería hacerlo por escrito, para yo poder tomar las medidas jurídicas oportunas, aunque me llamará y me lo dirá de palabra) que los CD4 están bien y que en esa prisión no te bajan al especialista si no es algo grave. A estas alturas entiendo que, como carceleros, mi vida y salud no les importa lo más mínimo y no están acostumbrados a que nadie se queje.

Yo no juzgo al Sistema porque no creo en él, pero como en el poema, estoy vivo de milagro y quiero vivir día a día, segundo a segundo, en libertad, en sus zulos, pero por mi vida y mi salud yo me enfrento y volcán soy.

Nada más amigos, besotes y abrazos desde las cloacas de esta prisión. Salud, vida y esperanza envuelto en todo mi amor a todos los que leáis esto y especialmente a los que os curráis LO+POSITIVO.

Sólo acabar con una frase de un libro que leí: "La mejor arma contra el SIDA son las ganas de vivir".

Go i o (contacto en el N°28 de la revista LO+POSITIVO).

el día de TOMÁS FÁBREGAS

EN MEMORIA

10.º ANIVERSARIO DE SU MUERTE

Se acuerda que yo, Frank M. Jordan, alcalde de la ciudad de San Francisco, en reconocimiento a sus históricos y valientes esfuerzos, proclame el 25 de julio del año 1992 como día de Tomás Fábregas en San Francisco.



Lo que supuso Tomás Fábregas (nacido en A Coruña en 1958 y fallecido el 22 de septiembre de 1994 en Oakland, California) en la historia mundial del SIDA, nos llegó de mano del compañero Pedro Morlán, quien fue testigo de primera mano de su labor en EE UU. Pedro se convirtió en el narrador del inmenso drama que se desarrollaba a su alrededor y en las mismas carnes de Tomás. La muerte campaba y a diario se recibía la noticia del fallecimiento de un amigo o del amigo de un amigo... No en vano, sólo en EE UU, son ya centenares de miles los muertos por el SIDA.

Con estas novedades llegó el ánimo de investigar y pudimos acceder a una pequeña parte (impactante por sí misma) del currículum de Tomás. Destaca el hecho de que Tomás ha merecido el reconocimiento de la UNESCO al punto de hacerlo figurar en sus páginas con el significativo apelativo de "cruzado" de la lucha contra el SIDA y sus perniciosos efectos sociales. También que la ciudad de San Francisco dedicó un día en homenaje a su labor. O que, también a su memoria, se dedicó el manual *HIV & Immigrants: A Manual for AIDS Service Providers*, publicado en Estados Unidos. Fue integrante de la organización internacional ACT-UP y directivo de la Fundación Anti-SIDA de San Francisco. A día de hoy se sigue fallando un premio con su nombre, "Tomás Fabregas Award", dedicado a aquellas personas que se distinguen en la lucha contra el SIDA.

Para Milhomes clama al cielo que un personaje tan importante en la historia de la salud humana no haya tenido el más mínimo reconocimiento en su ciudad natal (tampoco nos consta que otros puntos de la geografía española lo hayan recordado), y por eso hemos concitado la colaboración de esta publicación para que, con motivo del décimo aniversario de su fallecimiento, su labor no quede en el olvido.

Podría parecer pretencioso ensalzar "los aparentemente pequeños gestos de rebeldía" de un "anodino" inmigrante en EE UU, y quizás lo fuese si no se diese la circunstancia de que se producían en el ojo de un huracán que barre la faz de la tierra, provocando una devastación equiparable a una guerra mundial (según estimaciones de la ONU, las previsiones son que en el año 2020 habrán muerto más de 70 millones de personas). Tomás fue una persona a la que la vida le abrió, delante de él, las puertas de la historia. Su valiente decisión fue traspasar esas puertas y dedicar el tiempo que inexorablemente y con celeridad le acercaba a la muerte, en dar vida a otras muchas personas.

Cualquier gesto de inconformidad y rebeldía ante la actitud pasiva de las instituciones políticas, sanitarias y religiosas ante el genocidio que se estaba perpetrando delante de sus ojos, resultó crucial en

aquel momento. Por lo poco o mucho que haya podido forzar cualquiera de estas protestas (y la de Tomás la ponemos entre lo mucho) el desarrollo de la prevención e investigación del SIDA, tenemos en nuestros días una ingente cantidad de personas salvadas de la muerte.

Debo recordar aquí (de no hacerlo no sería fiel a la memoria del colectivo que represento) que la expansión del SIDA en nuestro planeta se debió en gran medida a la satisfacción que producía en poderosas instituciones (iglesias de todo tipo, grupos políticos...) el hecho de que esta enfermedad pareciera matar sólo a homosexuales. Más tarde empezarían a ser también los heroinómanos y los haitianos. Más rápido que el virus fisiológico se extendió el virus ideológico que implicaba a este insignificante ser en los designios de un poder divino que venía a exterminar a los "pecadores".

Lo que Milhomes pretende con el homenaje a la memoria de Tomás es que el humano conozca al humano. No podemos seguir sustentando nuestro futuro en prejuicios absurdos e infundados como la homofobia y otras fobias, porque no hay mayor aliado de la catástrofe que la ignorancia.

No estamos al margen de que esta barbarie se pueda volver a producir. La gripe asiática es un ejemplo de ello. ¿Qué hubiese sucedido si el período de incubación de una enfermedad que se propaga con tantísima facilidad fuese más largo? Y el hecho de saber que se morían sólo "chinos"... ¿dejaría indiferente al resto del mundo hasta que fuese demasiado tarde?

En cualquier caso, la lección de las dos enfermedades es bien clara: el género humano es uno y sólo uno. Regodearnos en la desgracia del prójimo por considerarlo en términos despectivos y no conocer su verdadera realidad y valía nos pone a todos, literalmente, al borde de la extinción.

Puntualizar que el momento crucial, por el cual adquirió proyección mundial



su trabajo, aconteció en 1992, cuando la administración del presidente George Bush disponía que ningún extranjero con SIDA pudiese entrar en el país. Por ese motivo la Conferencia Mundial del SIDA tuvo que trasladar su convocatoria a Holanda. Tomás iría a esa conferencia, lo que significaba salir del país y tener que volver a entrar en el mismo siendo "un extranjero con SIDA". Seguramente podría haberlo hecho discretamente, avalado por la solidaridad de reputadísimos personajes públicos, pero optó por hacer la denuncia pública de una normativa altamente discriminatoria. Advirtió al presidente Bush de su salida y le retó a impedirle entrar... No fue capaz, la administración Bush, de impedir su regreso al país, con lo cual se

sentó el precedente para que Tomás lograra sus objetivos de progreso social y a nadie más le fuese impedida la entrada al país por este motivo.

A Tomás, por todo, gracias.

José Carlos Alonso Sánchez
 Portavoz de "Milhomes", Grupo de Gays,
 Lesbianas, Transexuales y Bisexuales
 de A Coruña.

la fuerza de la VOLUNTAD

Respuesta a la Carta "Comer en prisión" LO+POSITIVO#28

Les escribo estas letras para deciros que yo estuve en la misma prisión y me daban el suplemento de comida como a este chico, pero yo no cobraba la Pensión No Contributiva. El médico de la prisión también le daba el suplemento de comida a deportistas sanos sin el VIH y no les cobraban nada.

A mí me gustaría poder escribirle a este chico para darle ánimos y que le mande un escrito al Sr. Juez de Vigilancia Penitenciaria y le esponga sus quejas. Me parece fatídico y miserable aprovecharse de las personas que, como yo, padecemos la enfermedad y nos quitan el dinero injustamente.

También les digo que ni aquí en Tenerife, ni en ninguna otra prisión que yo sepa, descuentan dinero de la paga para dar a la persona enferma dicho suplemento.

Yo hoy en día estoy rehabilitado de las drogas, tomo mi medicación y estoy a punto de tener mi alta terapéutica por parte de las personas que me han ayudado a salir del oscuro mundo de la droga.

Estoy en un centro de enfermos VIH en Tenerife, que es el único en todas las Islas que ayudan a las personas VIH y drogodependientes. Es un centro que lo subvenciona Caritas, aunque tiene otras ayudas que desconozco, pero de aquí sale la persona bien y rehabilitada.

Con esto quiero deciros que una persona enferma, con la ayuda de esta gente y la fuerza de voluntad de cada uno, puede dar a su vida un giro de 180 grados.

José A. Vide

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

ORDEN DE PAGO POR BANCO

NOVEMBRE
 BANCO o CAJA LOCALIDAD
 DOMICILIO AGENCIA C.P.
 Código C/ C (20 dígitos) FIRMA

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

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

NOMBRE

DIRECCIÓN

POBLACIÓN PROVINCIA

C. POSTAL TEL. FAX

Autorizo una donación anual de:

20 € 40 € €

Forma de pago:

Talón nominativo adjunto Giro postal Por Banco

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

Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt)
 c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona (España)



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.



REPRESIÓN en las CÁRCELES

I Dueso, Santoña, 26 de agosto de 2004

Estimad@s amig@s:

E

En primer lugar, agradeceremos que me mandéis vuestra revista, la cual es un libro de estudio diario para conocer cada día más mi enfermedad crónica y la experiencia de los que, como yo, somos VIH+ y no tenemos mucha información de lo que pasa ahí fuera con lo referente a nuestra común enfermedad.

Aquí en la prisión los médicos, dioses jerárquicos de nuestras vidas, dominad@s por nuestra puesta en libertad, siguen con el "no se preocupe", "no sea hipocondríaco" y todas esas parafernalias que utilizan para que, en definitiva, nuestras preguntas en vez de crearnos un estado de información y seguridad nos creen otro estado de confusión, nerviosismo y cabreo.

Habría que decirle a la directora general de Instituciones Penitenciarias que se preocupe menos por Mario Conde y más por las medidas higiénico-sanitarias de sus cárceles, en las que vivimos y de momento son nuestra casa y en las cuales carecemos de espacios libres de suciedad, malos olores, bacterias y otros bichitos que campan a sus anchas, sin que a nadie le preocupe.

El motivo de todo esto es hacer referencia al CAPRI, sobre el cual habéis redactado un artículo en el que se habla de ONG, funcionarios, etc., pero seguimos sin ver la representación de los intern@s. Ellos sí pueden decir las carencias, ya que las viven día a día, pero eso no interesa, y si algun@ decide decir algo, ¡al loro!, ya sabe lo que le queda, conducción a otra cárcel, fuera permisos, fuera condicional, y si pide algo, buscarán la manera legal de no dárselo.

Al igual que les sucede seguramente a las ONG, si dan un poco la lata, se les prohíbe la entrada y arreglado, o se buscan algún preso o presos de confianza (normalmente violadores o extranjeros) para que asistan a la charla, previa invitación, y no realicen demasiadas preguntas o que éstas sean de fácil contestación. Ya sabéis, libertad de expresión mientras me digas lo que quiero escuchar.

Bueno, no os molesto más con lo que me podría suponer horas de denuncia contra la represión en las cárceles. Pero para eso ya hay otras ONG que, aunque no las dejan entrar en las cárceles, luchan por la igualdad dentro de las mismas. Sólo pediros que como tod@s los presos que estamos próximos a permisos, condicionales, etc., y éste sí es mi caso, si algún día se os ocurre publicar algo de esta carta, hacedlo anónimamente. Yo también tengo miedo, y si no miedo, temor, por sí acaso. Un fuerte abrazo.

M .

o por correo electrónico a: contact@gtt-VIH.org
o por FAX al: 932 070 063

Puedes dirigir tus cartas para la sección Opina a:
LO+POSITIVO c/Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona

entrar en la MENOPAUSIA

N

o se puede decir que se haya aumentado de manera significativa la inclusión de las mujeres y los temas que nos conciernen en la investigación a gran escala. La mayor parte de los datos sobre mujeres que se presentan en las Conferencias se refieren a la transmisión vertical o a los aspectos psicosociales, o se derivan de algunos estudios específicos, como es el caso del estudio WIHS (siglas en inglés de Estudio Interagencias sobre Mujeres y VIH), formado por una gran cohorte de mujeres (2.641 mujeres, de las cuales 2.066 VIH+), en seguimiento desde que finalizó su reclutamiento en 1995, y del que está emanando una gran parte de los datos clínicos disponibles sobre mujeres.

La Conferencia de Bangkok ha sido una vez más un ejemplo de la escasez de datos y ha sido necesario realizar una exhaustiva búsqueda para encontrar algunas presentaciones específicas, entre las que destacamos las siguientes:

Menopausia

No sólo existe un gran vacío de información en torno a este tema sino que la poca que existe es contradictoria.

L.E. Fantry y colaboradores realizaron un estudio sobre 123 mujeres con VIH entre 40 y 57 años en un intento de aclarar si existe alguna diferencia en el momento de aparición de la menopausia y sus posibles efectos en esta población.

El 95% de las participantes eran afroamericanas y el 58% estaban tomando tratamiento ARV. Un 49% de ellas estaban en premenopausia (definida por la presencia de 12 menstruaciones en el último año), un 26% en perimenopausia (menos de 11 menstruaciones en el mismo período) y un 25% en postmenopausia (ausencia de menstruación en los últimos 12 meses). La edad media de inicio de la menopausia fue de 43,9 años ($\pm 6,4$).

Tras analizar en los tres brazos la presencia de una serie de síntomas observaron que algunos, como sequedad vaginal o sofocos, eran más frecuentes en el grupo de postmenopáusicas, aunque los tres grupos eran similares en muchos otros. Tampoco se detectaron diferencias en cuanto a recuento de CD4, IMC (índice de masa corporal), uso de antirretrovirales, tabaquismo y uso de contraceptivos orales. También se observó que un número significativamente mayor de mujeres informó haber consumido cocaína, metadona, heroína o marihuana entre las postmenopáusicas que entre las premenopáusicas.

Estos resultados sugieren que la metadona o el uso de drogas, más que el propio VIH o la terapia antirretroviral, pueden estar asociados con la menopausia, la cual puede verse adelantada entre las mujeres VIH+ que consumen estas sustancias.

Por otra parte, un póster que presentaba resultados del estudio prospectivo WIHS (Estudio Interagencias sobre Mujeres y VIH) pretendía caracterizar la menopausia en mujeres con VIH y compararla con las no infectadas de la cohorte.

En este subestudio se incluyeron 1.335 mujeres, de las cuales 1.063 eran seropositivas, no embarazadas, en tratamiento hormonal o con más de 55 años que no hubieran sido histerectomizadas, con una edad media de 38,6. Se definió menopausia como la ausencia de menstruación en los últimos 6 meses y un nivel de FSH (hormona foliculoestimulante) >25 mIU/ml.

El análisis de los datos no observó asociación entre el serostatus y la menopausia, siendo la edad de inicio de ésta similar entre las mujeres seropositivas y las seronegativas (47,7 y 48,0 años). Tampoco se detectó asociación entre edad, embarazos o consumo de trabajo o drogas, pero sí se estableció una relación entre el IMC y la edad de inicio de la menopausia ($p=.001$), en el sentido de que un menor IMC estaba asociado con un inicio más temprano. Entre las mujeres VIH+ no pareció que el recuento de CD4, la carga viral o el uso de ARV tuvieran ninguna influencia.

Como vemos, parece que ambos estudios eran unánimes en considerar que ni el VIH ni TARGA influían en la aparición de cambios en el inicio de la menopausia. Pero parecen llegar a conclusiones divergentes en cuanto a cómo actúa el IMC.

Dislipidemia y riesgo cardiovascular

Éste es otro aspecto en el que existen enormes lagunas de investigación en mujeres VIH+. Los resultados presentados en Bangkok han contribuido a aclarar algunos aspectos y los investigadores/as defienden la necesidad de aumentar los conocimientos sobre los índices de riesgo cardiovascular en mujeres seropositivas.

Un póster presentado por S.E. Dolan mostraba los resultados de un estudio con 100 mujeres VIH+ y 75 controles no infectadas, en el que se observó un aumento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en las mujeres con VIH, y recomendaban el establecimiento de un control más estrecho, así como estrategias destinadas a mejorar la distribución anómala de grasas y reducir el riesgo cardiovascular entre las mujeres.

En otro interesante estudio presentado por K. Anastos (WIHS) se estableció la diferencia de las concentraciones de lipoproteínas entre hombres y mujeres, aunque no se han descrito adecuadamente los patrones de lipoproteínas asociadas con la infección por VIH y TARGA en mujeres.

Las participantes de este estudio eran 89 mujeres VIH- y 183 VIH+ (de las cuales 90 no tomaban TARGA y 93 sí la tomaban) pertenecientes a la cohorte de WIHS. Se midieron el colesterol total, el LDL, el HDL y los triglicéridos.

Tras analizar los resultados por estado serológico y de tratamiento, y ajustarlos por edad, raza, IMC y recuento nadir de CD4 anterior a TARGA, el equipo investigador llegó a la conclusión de que es el uso de TARGA (no la infección por VIH) el que está asociado con los valores anómalos de triglicéridos y colesterol total y LDL, factores estos que indican un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular. La infección en sí misma está asociada con un nivel más bajo de HDL, el cual no

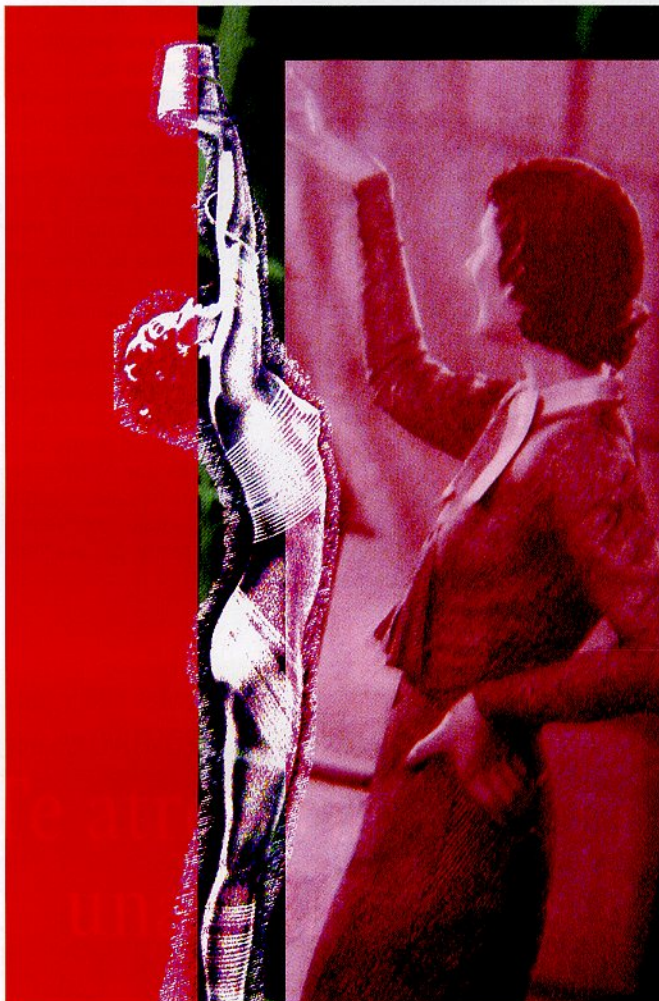
revirtió con el uso de TARGA, y este hallazgo muestra un patrón diferente del descrito en los hombres y que podría tener efecto en la respuesta a la terapia.

Estos resultados deberían animar a los profesionales médicos a realizar controles más atentos de sus pacientes femeninas para detectar posibles factores de riesgo cardiovascular, así como a desarrollar estrategias para reducirlos, sobre todo a medida que más mujeres en TARGA entran en la menopausia, y por tanto han de afrontar un riesgo aún mayor de problemas cardiovasculares.

Fuentes:

Abstracts de la XV Conferencia Internacional del Sida Bangkok2004 (Poster MoPeB3255: L E Fantry et al; Poster WePeD6504 H.E. Cejtin et al; Póster WePeB5869 S E Dolan et al; Póster WePeB5964 K. Anastos et al): <http://www.IAS.se/ejias>

Cobertura de la Conferencia en The Body: www.thebody.com



NACEREMOJO

niña



Si se puede decir, y se puede, que en el año 2020 el número de muertes (causadas por el VIH/SIDA) en África se acercará al número de muertes, civiles y militares, de las dos guerras mundiales del siglo XX, entonces debería decirse también que una gran mayoría de esas muertes serán mujeres y niñas. El costo en mujeres y niñas va más allá de lo imaginable, plantea a África y al mundo un desafío práctico y moral que coloca al género en el centro de la condición humana(...), (Stephen Lewis, enviado del Secretario General de Naciones Unidas para África en temas relacionados con el VIH/SIDA, julio de 2002).

En una tarde cálida de este nuevo otoño, navegaba tranquilamente por los espacios de internet cuando esta cita me sorprendió. No decía nada demasiado nuevo... era la contundencia final "un desafío práctico y moral que coloca al género en el centro de la condición humana". Fue un momento de esos en que la comprensión de una situación o un fenómeno se integran en tu interior para convertirse en saber profundo. Ello me llevó a releer lo que hay sobre el VIH y la vulnerabilidad específica de las niñas. Lo confieso, lloré. La magnitud de lo que significa nacer niña hoy en día en nuestro planeta, me conmociona.

Hoy, el azote del VIH/SIDA afecta desproporcionadamente a las niñas, en muchas partes del mundo.

¿Y por qué las niñas son más vulnerables al VIH/SIDA?

Las niñas y las mujeres jóvenes son biológica, social y económicamente más vulnerables tanto a la infección como al sexo sin protección y coercitivo. El tejido vaginal de las niñas es más frágil que el de las mujeres adultas, permitiendo al virus penetrar más fácilmente.

La generalización de las situaciones de niñas practicando sexo con hombres incrementa altamente su riesgo. A menudo las niñas no pueden rehusar a tener sexo o negociar el uso del condón (dentro y fuera del matrimonio), a escoger sus propias parejas, lo cual influye en su comportamiento sexual.

Las niñas son socializadas para ser castas y sumisas al mismo tiempo. La presión social a conservar su virginidad contribuye al riesgo de transmisión ya que se ven obligadas a mantener prácticas sexuales de riesgo, como el sexo anal sin protección, para seguir siendo vírgenes.

La ignorancia femenina en asuntos de sexo y la inexperiencia, se ven como un signo de pureza e inocencia. Se niega a las niñas el acceso a una información crítica, educación y conocimientos sobre sexualidad y cómo protegerse del VIH.

Las niñas cargan con el peso de las tareas domésticas, especialmente cuando son huérfanas, dejan de ir al colegio para trabajar o cuidar a los familiares enfermos.

Las niñas a menudo se ven forzadas a sobrevivir intercambiando sexo por comida o dinero.

Durante las guerras y conflictos armados, las jóvenes y las niñas tienen más posibilidades de ser víctimas de violencia sexual y coerción.

La discriminación de género

Los derechos de las niñas son negados y violados desde el nacimiento. El valor tan bajo que se atribuye a las niñas las sujeta a la exclusión, explotación y violencia. El no acceso a la educación, la

falta de un cuidado adecuado de la salud, los abusos sexuales, las ablaciones y los embarazos precoces, son algunos de los obstáculos que impiden un desarrollo completo y priva a millones de niñas de la oportunidad de tener un rol de igualdad y productividad en su sociedad.

Generalmente, las privaciones y desigualdades que sufren las niñas son aceptadas como parte de su preparación para ser mujeres.

Una cosa está clara, allí donde existen y persisten estas condiciones: donde las niñas no tienen acceso a la educación ni a la salud, donde mujeres y niñas están sujetas a la violencia continuada y al abuso, allí el VIH no puede ser derrotado o vencido.

¿Qué necesitan hoy las niñas del mundo para hacer frente al VIH?

- Educación, incluyendo información y habilidades;
- Soporte y respeto, por parte de los adult@s;
- Igual status;
- Acceso a un sistema de salud reproductiva que tenga en cuenta a las niñas;
- Seguridad, privacidad y protección de la violencia, el abuso y el sexo no deseado;
- Soporte de iguales y redes sociales;
- Participación en las decisiones que tienen que ver con sus vidas;
- Un rol en el cambio social.

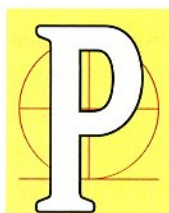
En este sentido, la continuidad de las desigualdades tradicionales hará imposible para las niñas poder contribuir a los cambios fundamentales necesarios para crear sociedades más equitativas y un desarrollo sostenible. Además, intensificar los esfuerzos para poner en duda o cuestionar los estereotipos y actitudes de género, las desigualdades de género en relación con el VIH, requiere obligatoriamente la implicación activa de hombres y niños del mundo de hoy.

Falsos mitos que contribuyen a la infección por VIH en las niñas:

- "Las niñas no casadas no son sexualmente activas."
- "La ignorancia en materia sexual es un signo de inocencia y pureza."
- "Los matrimonios tempranos protegen a las niñas del SIDA."
- "El sexo sin protección con una niña virgen cura o previene al hombre del SIDA."
- "La educación sexual provoca un incremento de la actividad sexual."
- "Saber cómo se hace o usar un condón es un signo de promiscuidad sexual."

COLOMBIA

¿hay o no acceso?



Podemos comenzar este artículo afirmando que: “En Colombia legalmente cualquier ciudadano o residente viviendo con VIH o SIDA, tiene derecho y acceso a terapia antirretroviral y a servicios de atención integral” y continuémoslo repitiendo algo que popularmente decimos en el país: “Éste es un país de leyes, pero que no se cumplen”; estas afirmaciones, “relativamente” ciertas, nos muestran el panorama de contradicciones de nuestra realidad, que expondremos a continuación:

La legislación

La Constitución Política garantiza los derechos fundamentales de las personas, entre los cuales se contempla el derecho a la vida, el de petición, a la intimidad, a la igualdad y al libre desarrollo de la personalidad, entre otros, que tienen que ver con el tema a tratar acá. Esta garantía se da mediante un mecanismo legal denominado “tutela” que permite que cualquier persona (sin intermediación de un abogado) se dirija a un juez en forma escrita o verbal y le pida que se tutelen sus derechos, si están, o se encuentran, en amenaza de ser vulnerados; el juez está en la obligación de dar un fallo en 10 días hábiles.

Por otra parte existe el Decreto 1.543 de 1997, que reglamenta todo lo relacionado con el tema VIH, SIDA e ITS, allí se contempla la obligatoriedad de brindar atención integral, y los derechos y deberes de las personas que vivimos con VIH, el equipo de salud, el Estado y la comunidad en general.

El sistema de salud

El Sistema General de Seguridad Social garantiza que tod@s los ciudadan@s sin excepción reciban atención en salud, existen dos formas para ser acogid@s por este sistema, se denominan regímenes: el primero es el régimen contributivo, a éste pertenecen las personas que contribuyen pagando una cuota mensual (ya sea porque son emplead@s y se descuenta esa cuota de sus salarios o porque como trabajadores independientes se afilian y pagan esta cuota). En el caso de VIH, SIDA y enfermedades de alto costo se requiere haber estado afiliado a éste régimen durante aproximadamente dos años; si por alguna razón aún no se tiene ese tiempo será necesario pagar en forma proporcional por los servicios de salud de acuerdo al número de semanas que hagan falta para completar este tiempo. Si la persona no tiene dinero y así lo demuestra, el sistema deberá darle atención aunque no tenga los dos años; la falta de dinero no es barrera para acceder a los servicios. Y existe el segundo régimen denominado subsidiado, a él pertenecen las personas que no pueden pagar directamente, para ser beneficiar@s de este régimen se aplica una encuesta que verifica que realmente requieren de este subsidio; no existe diferencia en calidad de servicios entre los dos regímenes. El régimen subsidiado se financia en parte por un porcentaje de lo que pagan quienes están en el régimen contributivo y otra parte lo da el gobierno de los impuestos aplicados a juegos de azar, alcohol y tabaco. Hay personas que no se encuentran en ninguno de estos regímenes, a ellas se les denomina “vinculadas” y es un estado que se supone será temporal, mientras se ubican en alguno de los dos regímenes; estas personas también reciben los servicios que requieran, quien paga por ellas son los municipios donde viven. En Colombia, el Estado no está encargado de forma directa de prestar los servicios

de salud, estos servicios son prestados por entidades particulares, las cuales el Estado contrata para que atiendan a los ciudadan@s y el Estado se encarga de vigilar y reglamentar para que esta atención sea adecuada.

Cómo se obtuvo el acceso

La existencia de este marco legal y especialmente de la Tutela que fue utilizada creativamente por las personas viviendo con VIH o SIDA del grupo de autoapoyo –Club de la Alegría–, con la asistencia del abogado Germán Rincón, logró que mediante una estrategia legal y de medios denominada “operación avispa” se consiguiera que varios fallos de jueces obligaran a las entidades que prestan servicios de salud a entregar antirretrovirales y lo que define el Decreto 1.543 como atención integral; esto se logró desde 1994 y se repitió en 1996 con el advenimiento de los inhibidores de proteasa; de esta forma Colombia fue uno de los primeros países de la región en tener acceso a terapias.

La historia muestra que esto no fue el resultado de la voluntad política del gobierno e incluso Colombia no estaba preparada para ello; la comunidad ha respondido frente a la problemática desde lo que les permiten sus limitantes económicas, de infraestructura y de preparación, sobreviviendo en medio del conflicto social colombiano, que permite al gobierno argumentar la priorización de otras áreas. En medio de esta adversidad la comunidad ha forzado cambios trascendentales y realiza una importante gestión de participación ciudadana en salud.

Entre el consultorio y el juzgado

Hace una década se consiguió esto, y sin embargo actualmente, existen entidades que niegan servicios y tratamientos, por lo que se siguen colocando tutelas. La mayoría de las tutelas que se colocan en el país son por asuntos relacionados con la salud. Quienes vivimos con VIH deambulamos entre los consultorios y los juzgados buscando la atención y el respeto por nuestros derechos, aprender a hacer una tutela es para nosotr@s tan común e importante, como aprender el manejo de la terapia; mientras tanto el Estado es muy débil o cómplice en el no cumplimiento de las leyes. Su indiferencia frente a la atención también se refleja en la prevención, en Colombia no existe un Programa Nacional de SIDA (existió hace ya varios años pero se disolvió y las leyes no permiten reactivarlo).

La calidad

Los medicamentos que se empezaron a dar en 1994 fueron los innovadores, y al poco tiempo, también se empezaron a dar genéricos y copias, así ocurre en la actualidad se entregan de todo

tipo y la entidad que presta los servicios puede decidir cuál dar (incluso los medicamentos retirados del listado de la OMS aún se siguen entregando); tradicionalmente, en la medida que son aprobados por la FDA son traídos poco tiempo después al país; el INVIMA (Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos), la entidad encargada de dar el registro a los medicamentos, no exige

estudios de biodisponibilidad ni bioequivalencia para su aprobación; lo cual nos coloca en un estado de incertidumbre frente a la calidad; de nuevo acudiendo a las leyes que permiten la participación ciudadana en salud hemos empezado a realizar acciones (aún muy incipientes) en farmacovigilancia y esperamos presionar para que existan mecanismos que garanticen la calidad.

CALOR



Al abrir los ojos no pude mover la cabeza como de costumbre. Una especie de quemazón me presionaba. Fue al llevarme la mano cuando descubrí que mi nuca tenía un bulto prominente. Suspiré. No tenía ganas de llorar. Ya lloré bastante con las piernas, la barriga, el culo...

Tenía que trabajar. No me podía quedar en casa. En la ducha intenté darme un masaje, algo me alivió, pero al verme las piernas mis lágrimas se confundieron con el agua. Esas venas... unas venas enormes que me envolvían como si fuese alambre de espinas, que cada día al vérmelas me pinchara, castigándome un poco más.

Me sequé con cuidado de no darme en la nuca, la quemazón se había transformado ahora en unos pinchacitos, como si se me hubiera dormido. Me sentí un monstruo con dos cabezas. Y prácticamente sólo dos cabezas, porque el resto de mi cuerpo me producía tal asco que lo repudiaba.

Me vestí con el mismo traje de todos los días, la misma corbata, la misma camisa, el mismo pantalón... Pero lo que la gente no sabía era que llevaba tres capas de ropa más, debajo del traje. Sin ellas sería un hilillo flotante, algo así como las semillas de diente de león que a veces cuando leía en el parque pasaban ante mis ojos. Se comenta que conceden deseos. No creo. Si los diese yo sería como ese chico que salía enseñando el culo en la tele, anunciando una fragancia. 25 de agosto. Calor. Para los pies, aunque me sudaran y olieran, botas y calcetines. No permitiría que me vieran los alambres. Después desayuné mi cóctel de pastillas. Salí con algo de prisa hacia la oficina, tenía que revisar con mi superior unas cuentas que no cuadraban. Unas cuentas absurdas, sin sentido, mal llevadas. Como mi cuerpo. Calor. El camino más corto era por el marítimo pero no lo cogía nunca, prefería irme por las calles paralelas para así evitar ver la playa. Tener lipodistrofia y vivir en verano en la ciudad más turística del país no es fácil de llevar. Procuraba no mirar a mi izquierda, donde cientos de alemanes, ingleses, suecos... se apolonaban en la arena después de salir de las discotecas, sin dormir, a tostarse e intentar ser color inmigrante. Los rechazamos pero queremos ser como ellos. Es curioso. Me pregunté si querían tener lipodistrofia. Calor. Me paré en seco. El sudor se deslizaba por mi cara, mi segunda cabeza, mi alambre... Los dos palillos que me mantenían en pie estaban pegados a la ropa. Como si la tuviera tatuada. Empecé a mirarlos y me pregunté por qué.

¿Por qué este suplicio? ¿Por qué castigarme a mí mismo?

Nadie me había dicho que la lipodistrofia tenía que ocultarse.

Los suecos que querían ser marrones estaban rojos. Por un momento me pareció peor ser rojo. Esboqué, después de mucho tiempo, lo que pareció un intento de sonrisa.

Con semejante mueca y parado en medio del paseo me pareció estar ridículo. Sonó el móvil. El trabajo. Lo desconecté.

Sentí curiosidad por el tacto de la arena. Supuse que no pasaría nada por bajar y tocarla un rato.

Nada más poner pie en la arena de la playa me arrepentí. La gente me miraba. Semejante monstruo de dos cabezas rodeado de alambres y con dos palillos por piernas no tenía derecho a bañarse.

Me di cuenta de que estaba obsesionado con mi enfermedad cuando descubrí que la gente me miraba por esta vestido con traje en mitad de la playa.

Si me quedaba así, haría el ridículo. Si me quitaba la ropa, la gente sabría que tenía lipodistrofia, y por tanto sabrían de mi estado serológico, porque todas las personas en mi mundo eran expertas en VIH.

Estaba harto de que mis pómulos operados fuesen lo único que me permitiera estar tranquilo.

Me quité la chaqueta. La camisa. Ahora estaba en pantalón de pinzas y sudadera.

Me la quité. Camiseta de manga corta y pantalón de pinzas. La gente me miraba estupefacta. Fue curioso, pero cuando me quedé en pantalón corto ya dejaron de clavar en mí sus ojos. Estaban

al descubierto mis alambres, mis palillos, mis dos cabezas... y nada.

Calor. Seguía con calor. Dejé las cosas en una esquina y caminé hacia el agua. No recordaba cuando fue la última vez que me bañé en el mar, y eso que vivía a 50 metros de él. Alguna noche furtiva corrí hacia la playa. Pero me detenía el miedo.

Ahora no me detenía nadie. El agua fue como una purificación. Un nuevo bautismo, pero esta vez de vida. Al salir del agua me desnudé totalmente. Me dio igual todo.

Ahora era una persona nueva. Le iba a decir lo que sentía. Y lo que era. Sin miedo.

La gente nos rechaza muchas veces porque no nos mostramos como somos, ni con naturalidad. A mí nadie me iba a ver con la cabeza baja. Porque no. Una vida nueva, gracias al calor.



la poesía del CORAZÓN

De nuevo os ofrecemos los poemas de Andrés Ramos, un amigo y lector de LO+POSITIVO que fue protagonista del reportaje del número 27 *Hepatitis: un nuevo desafío*. Andrés cultiva con pasión su afición por la poesía y comparte una vez más con tod@s nosotr@s sus versos escritos desde el corazón.

SER NOMBRE

Tengo una pesadumbre
en mi espíritu...
y debe de existir,
aunque sólo exista
en el hipotálamo
de mi cerebro.

En fantasmas...
creo... que no creo,
ni en almas prisioneras
en sustancias invisibles
de ningún cuerpo.

Sí creo en la energía
que recreo el movimiento,
y en nuestra existencia
y en las múltiples longitudes
del incógnito universo.

Creo en la mentira de la razón
desesperada en lo cierto,
que para alcanzar la verdad,
encierra nuestros sentidos
en una cárcel de sentimientos.

Creo en los fósiles
de mares inmensos,
que han hallado su fragancia
en las montañas, arropándose,
con todas las sales del desierto.

Creo firmemente
en las selvas vírgenes
violadas en su fuero interno
por flores extraordinarias
que esparcen el polen
sobre tibios gineceos
y se hinchan de vidas
que nunca antes han sido...
que por no nombradas -todavía-
nunca fueron.



DESTINO

Mi destino no está escrito
en las líneas de mis manos,
ni en la mecánica celeste
por la que se rigen los planetas,
ni en los simbólicos arcanos
que giran en su misma rueda.

No está en ninguna filosofía
al margen de la naturaleza,
ni en la conciencia perversa
por investigadores sin conciencia,
ni en el progreso invertido
en inmensos capitales de guerra.

No está en ningún camino
que me lleve por la vía estrecha,
ni en las ideas selváticas
de una ideología perfecta,
ni en los ojos del peregrino
que sueña con las estrellas.

Mi destino es un presente
moviéndose en la sorpresa.

Resumir una semana de actividades frenéticas no es que sea difícil, es prácticamente imposible. Y eso es lo que sucedió en Bangkok durante la XV Conferencia Internacional del SIDA, del pasado mes de julio: más de 15.000 personas asistieron a decenas y decenas de acciones reivindicativas, celebraciones, sesiones de presentación, talleres formativos, comidas y cenas de trabajo, y miles de entrevistas personales en pasillos y áreas de exposición.

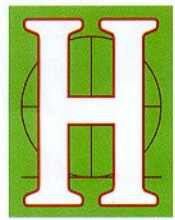
Uno va a estos encuentros a aportar y a aprender, cómo no, pero también, o sobre todo, a conocerse y reencontrarse con personas con las que interactuamos en la distancia gracias a las nuevas tecnologías de la comunicación y la información.

Sería inútil pretender abarcarlo todo, así que en este reportaje sobre Bangkok 2004 hemos intentado cubrir ciertas áreas clave. Encontraréis un resumen de los cinco itinerarios del programa oficial, además de un foco especial en temas como prevención entre hombres gay, reducción de daños, mujeres y acceso en países en desarrollo, incluyendo varias firmas invitadas.

Esperamos que sirva para tener una idea aproximada de lo más destacado, y de cualquier manera que incite a la reflexión y, por qué no, al debate.

ACCESO
para
TOD@S

Invertir LA corriente



ACE POCO MÁS DE UN AÑO que ciertos datos empezaron a hablar de un repunte en los casos de infección por VIH entre los hombres gay en algunas grandes ciudades de países industrializados. Algunas voces se han alzado para denunciar la supuesta relajación del sexo más seguro y otras para denunciar que tales datos hay que interpretarlos con prudencia para evitar la reestigmatización. Un simposio previo a la Conferencia se interrogó sobre qué estaba pasando y por qué. No hay respuestas contundentes, como tal vez era de esperar.

El título original del encuentro, "Turning back the tide", podría traducirse por algo así como "Invertir la corriente". El subtítulo del simposio era más o menos "Abordaje de los aumentos de las infecciones por VIH en grandes comunidades gay". Pero ¿existe tal corriente? Según el primero de los ponentes, Andrew Grulich, epidemiólogo australiano, la respuesta es sí. Para sustentar su hipótesis aportó referencias de estudios de vigilancia en su propio país, Australia, y en Noruega, Suiza y el Reino Unido, y de incidencia en San Francisco, Vancouver, Madrid (Centro Sandoval) y Amsterdam, que coinciden en mayor o menor grado con un "brote" del VIH entre hombres que practican el sexo con hombres (HSH).

Podría pensarse que este aumento de la transmisión por VIH corre paralelo al de la penetración anal no protegida, pero Grulich cree que es simplificar en exceso. Según datos de la cohorte de Sydney, los hombres seronegativos que practican sexo anal no protegido con parejas ocasionales declaran que sólo un 36% es receptivo (pasivo), sólo un 12% es receptivo con eyaculación, y sólo un 6% es receptivo con eyaculación con una pareja casual cuyo estado serológico desconocen (5,9%), o bien de la que saben que es positivo (0,1%).

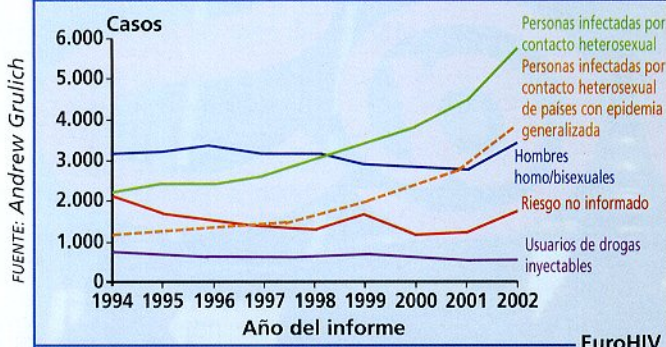
Stevie Clayton, de Sydney, George Ayala, de Nueva York, y Nick Partridge, de Londres, ilustraron estas mismas ideas con los datos referentes a sus ciudades y países. Parecía haber coincidencia en el reconocimiento de un aumento de la penetración anal no protegida

(especialmente con una pareja ocasional fuera de la relación estable), que a su vez parecía asociado al aumento del uso de la metaanfetamina y de los contactos por internet.

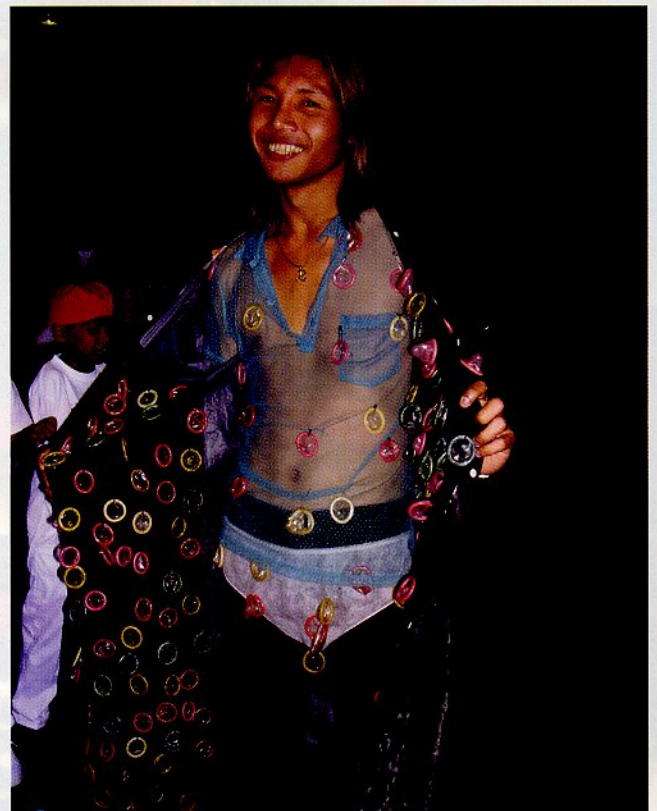
Durante el debate la mayoría parecía inclinarse porque la descripción del paisaje podía aplicarse a prácticamente cualquier comunidad gay de gran tamaño. No tengo tan claro que pueda hacerse un paralelismo con la española.

Me explico: en urbes como las mencionadas, se insistió en que los mensajes preventivos orientados a la comunidad gay alcanzaron un grado de saturación, y que diferentes factores subyacentes, algunos ya conocidos (los modelos y valores de las relaciones personales en la cultura occidental y los conflictos de identidad y autoestima que generan) y otros nuevos (falsas creencias sobre la reducción del

**Nuevas Infecciones por VIH por vía de transmisión
1994-2002, Europa occidental***



* Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Grecia, Islandia, Luxemburgo, Noruega, Suecia, Suiza, Reino Unido.



riesgo de transmisión ligada a la indetectabilidad viral o sobre la "cronificación" de la enfermedad), han contribuido a una reaparición del sexo no protegido, sobre todo del sexo anal. Mi pregunta es: ¿en España llegamos alguna vez a alcanzar un nivel saturado en los mensajes preventivos para hombres gay? Los grupos han hecho en términos generales un gran trabajo, pero hasta donde han podido con los recursos disponibles, si bien me resulta extraño hablar de "saturación" o incluso "cansancio" en la prevención en la comunidad gay.

Eso me recuerda que cada vez que se hacen públicos datos sobre la comunidad gay, en San Francisco, por ejemplo, y el VIH, los medios lo recogen como si sucediera lo mismo en todas partes. No es así, y lo vimos en este taller.

En mi grupo de discusión éramos 20 activistas, cinco de los cuales provenían de Beijing (Pekín), en China, un país que sólo recientemente ha admitido que tiene un grave problema de VIH derivado de las prácticas fraudulentas en la compraventa de sangre. En esta misma región, la comunidad gay apenas se está organizando. Es muy difícil acceder a la gente por motivos legales y culturales: la mayoría de los hombres que practican sexo con hombres son casados y no quieren ser vistos con otros gays en lugares públicos, donde suele

haber redadas. Para colmo, los preservativos son bastante caros y no muy accesibles. Esto mismo ocurre en otras zonas de Asia, incluida la propia Tailandia, como explicó Rapeepun Jommaroeng, de la Asociación Rainbow Sky con sede en Bangkok.

El representante del Banco Mundial nos recordó machaconamente (estaba en lo cierto) que mientras algun@s nos alarmábamos ante el ligero repunte de casos de VIH en nuestras ciudades, los hombres gay de países en desarrollo se están muriendo por falta de acceso a todo: información, preservativos, recursos comunitarios y medicinas.

¿Quién se moviliza en el Norte para ayudarles? Resulta paradójico que los activistas hayamos creado gracias a internet el mayor movimiento global en favor del acceso al tratamiento antirretroviral y, sin embargo, apenas seamos capaces de forjar alianzas para defender la vida y la dignidad de los hombres gay y mujeres lesbianas del mundo en desarrollo. Como para reflexionar.

Referencia

Se puede acceder a todas las presentaciones originales en inglés de este simposio en la web de la Federación Australiana de Organizaciones de SIDA: www.afao.org.au

PRUEBAS en vez de MITOS

PAISAN SUWANAWONG fue sin duda el héroe de la Conferencia de Bangkok. Enjuto y apasionado, Paison supo representar la lucha por una vida digna de las personas que viven con VIH en Tailandia y en toda Asia, dando presencia y valor a l@s miles de usuari@s de drogas invisibilizad@s. Os ofrecemos un extracto del discurso que pronunció en la inauguración y que repitió en la clausura.

Me gustaría hablaros un poco de mí mismo. Crecí en una de las barriadas de chabolas más grandes de Bangkok, no muy lejos de aquí. Vi a mucha gente tomando drogas, pero nunca imaginé que yo mismo me convertiría en un usuario de ellas. La primera vez que fumé marihuana lo viví como un desafío a todas esas campañas públicas que decían que las drogas eran "malas" y "peligrosas". Comprendí que esto no era cierto y seguí fumándola. Entonces empecé a fumar heroína, y me convertí en un adicto sin darme cuenta. No tenía ni un céntimo, sentía los síntomas de abstinencia y un amigo me ofreció compartir su heroína e inyectarme. Sí, la primera vez tuve miedo.

Me arrestaron por lo menos 20 veces. La mayoría de ellas no tenía drogas encima. La policía me las metía para forzarme a confesar y me golpeaba si no firmaba sus documentos. No podía llevar encima una jeringuilla, porque si la policía me detenía, los cargos hubieran sido más graves. Había oído sobre el riesgo de adquirir el VIH al compartir jeringuillas, pero cuando tienes ansia de heroína no piensas en nada más: lo único que quieres es inyectarte.

Fui a la cárcel dos veces. Las condiciones eran terribles y tenía que permanecer en nuestras celdas durante más de 15 horas al día. Para mí no hay nada peor que perder tus propios derechos y tu libertad. No me sorprende que en la cárcel la gente tome drogas y se inyecte, incluso aunque no las haya tomado antes. Creo que cogí el VIH allí porque me inyectaba a diario.

Salir de las drogas no es nada fácil. Muchas veces me apuntaba a tratamientos de desintoxicación sólo por satisfacer a mi familia, desembarazarme de la policía, o para tomarme un respiro porque la cantidad de droga que necesitaba se iba haciendo demasiado cara, pero no porque yo quisiera dejarlo; y el trato de los responsables de los programas sólo hacía que me sintiera peor. Otras veces, quería dejarlo de verdad, pero ¿podéis imaginaros cómo se siente uno cuando deja el programa y vuelve a casa, sin nada que hacer? ¿Cómo de difícil es encontrar un empleo y explicar de dónde sales? Mi propia familia controlaba cada uno de mis movimientos. Podía ver en su mirada que no confiaban en mí. Estaba demasiado avergonzado como para ir a ver a mis amigos, cuyas vidas parecían haber

Paisan Suwannawong en la ceremonia de clausura de XV CIS.

tenido tanto éxito. Estaba muy solo. Sentía que en esos momentos no me quedaba nada. En lo único que podía pensar era en volver a tomar drogas.

Por fin, dejé las drogas hace 13 años. Sabía que necesitaba ayuda de verdad. Decidí acudir a una "comunidad terapéutica" o "CT". Allí es donde supe que tenía el VIH. Todavía hoy se exige la prueba para entrar en una CT, pero entonces no había *counselling* ni antes ni después del test. En realidad, los resultados se los dieron a mi hermana, no a mí. Hoy en día todo esto ha cambiado muy poco. Todavía se considera que los usuarios de drogas son moralmente débiles, mala gente. Tenemos que enfrentarnos al estigma y a la discriminación en la sociedad y en los centros de salud. Experimentamos de forma continuada el acoso policial y la ineficacia de los servicios. En Tailandia, los usuarios de drogas inyectables (UDI) son el único grupo cuya prevalencia al 50% no ha cambiado en 15 años. Un tercio de todas las nuevas infecciones por VIH están relacionadas con UDI, y esta cifra sigue creciendo. Y, sin embargo, seguimos careciendo de una respuesta efectiva por parte del gobierno.

Durante la reciente guerra contra las drogas en Tailandia, más de 2.500 personas fueron ejecutadas de forma extrajudicial en los tres primeros meses de campaña. Se arrestó a más de 50.000 personas, cientos de miles fueron forzadas a recluirse en centros de rehabilitación militarizados, y se abocó a los usuarios de drogas a la clandestinidad y a apartarse de los servicios a los que ya era difícil acceder de por sí. El año pasado, la Red Tailandesa de Usuarios de Drogas elaboró una propuesta de prevención, asistencia y apoyo entre pares para quienes se inyectan, y la presentó al Fondo Global. Tuvimos que superar el Mecanismo de Coordinación de País y presionar con la ayuda de los activistas internacionales para obtener apoyo político a nuestra propuesta. En octubre, nos concedieron una subvención de 1,3 millones de dólares, pero a día de hoy todavía no hemos recibido el dinero. A pesar de que el gobierno tailandés afirma que su actual política es tratar a los usuarios como "pacientes" y no como "criminales", ser un/a usuario de drogas aún es ilegal. Nos siguen arrestando y nos siguen ofreciendo elegir entre la cárcel o los centros

de rehabilitación militarizados. ¿Y cómo debemos considerar esto, reducción o producción de daños?

La experiencia más dolorosa en la que puedo pensar, después de vivir con VIH durante 13 años, es ser pobre y tener VIH. Una y otra vez he visto morir delante de mí a muchos de mis amigos de infecciones oportunistas sólo porque son pobres y no pueden permitirse un tratamiento. Lo que nos mata no es el SIDA, sino la codicia. Las multinacionales farmacéuticas inflan los precios de sus fármacos sin pensar en la gente pobre. Hace cuatro años, los tailandeses/as con VIH/SIDA pedimos al gobierno que utilizara una licencia obligatoria para ddl, pero las autoridades tenían demasiado miedo a las represalias comerciales por parte de EE UU. Al final, llevamos a Bristol Myers-Squibb a los tribunales y ganamos el derecho a producir localmente ddl en forma de tableta. En la sentencia final, el tribunal estableció que dado que las patentes conllevan altos precios y limitan el acceso a las medicinas, los pacientes tienen el derecho de denunciar al titular de la patente. Ganamos esta importante batalla, pero la guerra aún no ha terminado.

Hace cinco años, médicos, enfermeras y muchas otras personas nos decían a mis amigos y a mí que el acceso a antirretrovirales era un sueño imposible. Recientemente, Tailandia ha anunciado que va a proporcionar antirretrovirales a todo el/la que lo necesite, y que el programa llegará a 50.000 personas antes de fin de año. Hoy, os animo a tod@s a soñar en un día en que nuestro planeta esté lleno de amor, unión y paz. Y creo que cuando soñamos juntos, nuestros sueños se hacen realidad.

PAISAN SUWANNAWONG es director del Grupo de Acción Tailandés en Tratamientos del SIDA.

Referencia

El discurso completo en inglés puede ser visionado en http://www.kaisernetwork.org/health_cast/hcast_index.cfm?display=detail&hc=1185

Cada minuto, una persona se infecta por el VIH al utilizar una jeringuilla usada. En todo el mundo, una de cada tres nuevas infecciones fuera de África están relacionadas con UDI. De hecho, las jeringuillas usadas suponen la mayor cuota de nuevas infecciones en Europa del Este y Asia. La OMS dice que los usuarios de drogas tienen igual derecho en todos los niveles a la asistencia, pero en la práctica se nos deniega el acceso al tratamiento, así como a intervenciones básicas de prevención, como jeringuillas nuevas, y, además, la metadona sigue siendo ilegal en muchos países.



ACCESO para TOD@S

Las estrategias de prevención para reducir la transmisión del VIH han sido ampliamente tratadas en el programa de esta decimoquinta conferencia, la primera en un país del Sureste asiático.

El título elegido, "Acceso para tod@s", afirma que no se puede vencer ninguna batalla contra el SIDA si no se garantiza a tod@s el acceso al conocimiento y a la prevención, pero sobre todo a los tratamientos para las personas que son ya seropositivas al VIH. Y mientras que l@s niñ@s –en cuanto "víctimas inocentes"– continúan ocupando de manera estable las primeras posiciones de l@s "derechosahientes", la última posición pertenece sin duda a l@s drogodependientes, y eso a pesar de que ONUSIDA estima que el intercambio de jeringuillas infectadas representa la mayor fuerza impulsora de la epidemia en Asia y en Europa del Este, regiones en las que se observa un crecimiento exponencial de los casos.

Antes de que se iniciara la conferencia, l@s activistas ya habían denunciado que l@s drogodependientes representan una minoría entre l@s poquísim@s afortunad@s que reciben un tratamiento anti-retroviral en el sur del mundo, apelando a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que garantice su inclusión en la campaña '3x5'. En Bangkok l@s activist@s han renovado su petición para que se proceda a una inmediata revisión de la legislación internacional en materia de drogas, y para que la metadona y la buprenorfina se incluyan en la lista de fármacos esenciales.

La buena noticia es que, en el transcurso de la conferencia, Andrew Ball, hablando en nombre de la OMS, dijo: "La OMS reconoce que existen indicios ya irrefutables respecto a la eficacia de la metadona y la buprenorfina en el tratamiento de la dependencia de los opiáceos, y ha iniciado la producción de los materiales necesarios para demostrar su importancia en la prevención y en el cuidado de la infección por VIH", añadiendo que "un comité independiente está ya considerando su inclusión en la lista de fármacos esenciales". En este mismo sentido se manifestó Jim Kim, director del departamento de VIH/SIDA de la OMS, al final de la manifestación organizada por l@s activist@s antes de la ceremonia de apertura de la conferencia.

Para l@s activist@s internacionales la manifestación fue una ocasión de poner voz a sus preocupaciones, reivindicaciones y peticiones. Para l@s activist@s tailandeses fue, sobre todo, una ocasión para pedir el fin de la campaña gubernamental contra el consumo de drogas, en el transcurso de la cual ya han sido asesinadas más de 2.500 personas, mientras decenas de miles de personas han sido fichadas por la policía y derivadas a estructuras militares para su "desintoxicación", con el único efecto de haber complicado aún más la situación.

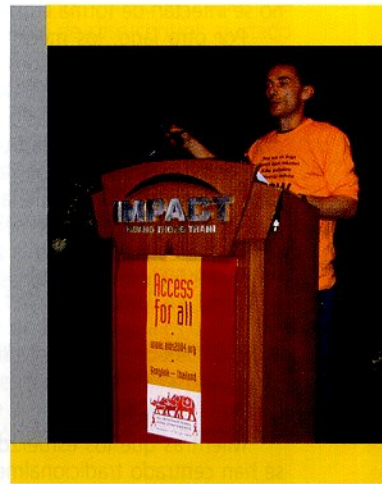
No es casual la denuncia que l@s activist@s han realizado a lo largo de la conferencia en el sentido que los abusos contra l@s usuari@s de sustancias inyectables representan un obstáculo para el control de la epidemia. Así, han denunciado que en muchos países, y en particular en Europa del Este y en Asia Central, es prácticamente imposible tener acceso a una aguja limpia; que la metadona está prohibida por ley en nueve países de la antigua Unión Soviética, los cuales suman el 80% de los drogodependientes seropositivos; que el intercambio de jeringuillas infectadas es la primera causa de transmisión en China, Malasia y Vietnam, mientras que en EE UU, donde el uso de sustancias por vía parenteral se asocia al 28% de nuevos casos de transmisión, la posesión de jeringuillas está regulada por ley; que en muchos estados norteamericanos los agentes de policía pueden



incluso confiscar las jeringuillas distribuidas en el marco de los programas de reducción de daños, a pesar de ser absolutamente legales.

Además, en Rusia, donde el 90% de las transmisiones se asocia al consumo de drogas, a quienes las usan se les niega sistemáticamente el tratamiento antirretroviral, mientras que en Ucrania, donde el 69% de los casos registrados por VIH se asocia al consumo de sustancias inyectables, sólo el 20% de l@s que reciben una terapia combinada son drogodependientes en activo. "Much@s médic@s son reaci@s a tratar a l@s drogodependientes en activo porque l@s consideran personas irresponsables, sustancialmente incapaces de adherirse a un tratamiento complejo", ha señalado Jim Kim, de la OMS, "pero los datos demuestran que l@s drogodependientes en activo están en condiciones de obtener resultados equiparables a aquellos observados en cualquier otra población", subrayando la importancia de acompañar el tratamiento antirretroviral con programas sustitutivos con metadona y buprenorfina.

L@s activist@s nunca han cesado en la denuncia de las violaciones de los derechos humanos que se cometen sistemáticamente en nombre de "la lucha contra la droga", y piden una revisión de las leyes internacionales y una valoración independiente del impacto de la prohibición sobre la salud pública. Además han puesto de manifiesto cómo el SIDA continúa recordándonos que todas las enfermedades transmisibles están profundamente arraigadas en el tejido socioeconómico de cada país, y cómo el respeto por los derechos humanos es un elemento imprescindible en la respuesta global a la epidemia del VIH/SIDA.



El programa científico de la XV Conferencia Internacional del SIDA (CIS) de Bangkok se estructuró en cinco itinerarios (o *tracks*) paralelos: *a*) ciencia básica, *b*) ciencia clínica y tratamientos, *c*) epidemiología y prevención, *d*) temas sociales y económicos y *e*) aplicación de políticas y programas. A continuación os ofrecemos las noticias más relevantes de cada uno de estos itinerarios.

el JUEGO del escondite

EN UNA CONFERENCIA CIENTÍFICA, el itinerario o *track* A está tradicionalmente reservado a abordar la ciencia básica del VIH. En contra de lo que este nombre pudiera dar a entender, no es la ciencia de fácil comprensión, sino la investigación de laboratorio que intenta descifrar cómo se comporta el virus de la inmunodeficiencia humana, cómo el sistema inmunitario del huésped, o sea nosotr@s, y sobre todo cómo interactúan ambos hasta el punto de que el primero consigue destruir al segundo. Las explicaciones pueden resultar áridas y a ratos cuesta creer que tengan relevancia práctica en nuestras vidas, pero la tienen, y mucho.



En la respuesta inmunitaria hay tres factores, y no sabemos cuál de ellos es el más importante: la respuesta celular, los anticuerpos y los condicionantes innatos. Si sabemos que de una forma u otra son capaces de hacer algo frente al virus, pero que en último término no son de controlar la situación. Quien acaba controlando todo, hasta el punto de manipular no sólo las células que infecta, sino una amplia serie de proteínas y funciones, es el virus. El VIH se esconde, manipula y actúa cómo y dónde quiere.

Hay, sin embargo, excepciones intrigantes. Ya se ha hablado con profusión de los no progresores a largo plazo (personas que pueden vivir con VIH un prolongado período de tiempo sin necesidad de tratamiento), pero todos los intentos de imitar ese fenómeno con intervenciones terapéuticas han fracasado por ahora. También están las personas que se mantienen negativas pese a exponerse al VIH: un estudio en China mostró que estos individuos tienen niveles muy bajos de ADN de VIH-1 en su sangre periférica. ¿Por qué entonces no se infectan de forma crónica?

Por otro lado, los mecanismos de patogénesis e infección por VIH en los tejidos no linfoides han mostrado que las células progenitoras pueden infectarse por VIH. Estas células, que en el cerebro se diferencian como neuronas o astrocitos (un tipo de célula nerviosa), puede que sean en realidad un importante reservorio del VIH en el sistema nervioso central. Se ha descubierto que la apoptosis o suicidio neuronal deriva más de la estimulación de componentes virales que de los efectos de elementos liberados por células infectadas. ¿Explicaría este fenómeno la alta asociación entre VIH y problemas cognitivos incluso en personas con carga viral indetectable?

Pasar de actuar sobre el virus a actuar sobre la célula

Mientras que los esfuerzos por desarrollar fármacos antivirales se han centrado tradicionalmente en agentes dirigidos a diferentes

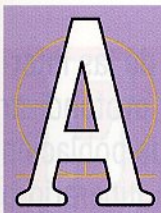
objetivos virales, como la transcriptasa inversa o la proteasa del VIH, hoy se está prestando una atención creciente a las funciones celulares necesarias para la replicación viral. Es decir, estamos pasando de atacar al virus a manipular a la célula que necesita para su reproducción.

Este enfoque ofrece algunas ventajas significativas. De entrada, abre un amplio abanico de funciones a inhibir o alterar. Es de esperar que la resistencia directa a estos agentes se manifieste más lentamente, y es además improbable que los productos que se desarrollen con este propósito tengan resistencia cruzada, como pasa con los actuales antirretrovirales.

En Bangkok hubo varias presentaciones sobre nuevos compuestos que intentan dirigirse a estos objetivos celulares. Unos son los inhibidores de los correceptores CCR5 y CXCR4 del VIH: Schering-Plough está desarrollando el SCH-D, que ya se encuentra casi en su Fase II, igual que el inhibidor de Pfizer, para inhibir el CCR5 e impedir que el VIH se ancle en la célula para entrar en ella y reproducirse. GSK cuenta con otro en un estadio menos avanzado, el 873140. En cambio, el POL2438, investigado por dos pequeñas empresas suizas, se dirige al CXCR4, un correceptor asociado con la enfermedad avanzada. Pero también hay otros objetivos: Roger Pomerantz describió la proteína DDX-1 que junto con el gen rev del VIH, puede jugar un importante papel en la exportación del ARN del VIH desde el núcleo celular. Inhibir su acción ayudaría a evitar la replicación viral.

Otro ejemplo de alteración de las funciones celulares necesarias para la replicación del VIH nos lo da el gen ras. En la infección por VIH, ras está sobrerregulado. Dado que la kinasa abl regula ras, y dado que ambos regulan de forma sinérgica NF-kB (una familia de proteínas que están activamente implicadas en la reactivación del VIH desde CD4 latentes), se puede conjeturar que al inhibir ras se podría inhibir la replicación del VIH. Esto tiene especial interés porque hace poco que un inhibidor de ras, imatinib (Gleevec), ha sido aprobado para el tratamiento de algunos tipos de cáncer. Zeichner ha estudiado el efecto de imatinib en la replicación del VIH en células latentemente infectadas expuestas al virus, y ha descubierto que este producto inhibe la reproducción viral, lo que nos lleva a la conclusión de que alterar las condiciones del entorno celular de manera tal que sea menos adecuado para la replicación ofrece nuevas alternativas de tratamiento. O eso esperamos.

SABER combinar



ANTES DE INICIARSE LA CONFERENCIA hubo la impresión generalizada de que este encuentro no iba a aportar grandes novedades en el campo de los tratamientos del VIH. La epidemia del VIH/SIDA ha crecido a un ritmo tan vertiginoso que las cuestiones políticas y sociales y de acceso al tratamiento tomaron el protagonismo en la XV CIS de Bangkok. No obstante, hubo espacio también para presentar y debatir cuestiones relativas a la investigación clínica y los tratamientos. De ello se ocupó el itinerario o *track B*.

Desde 1983 hasta nuestros días se han aprobado un total de veinte medicamentos antirretrovirales que permiten a través de su combinación tratar de manera más o menos eficaz la infección por VIH. Con estos veinte fármacos podríamos realizar hasta 1.333 combinaciones diferentes de tres, pero ahora bien, ¿cuál es la mejor de ellas?

No es nada fácil responder a esta pregunta y cualquier intento de respuesta debe pasar primero por una definición del concepto "combinación ideal". Una definición podría ser la combinación capaz de bajar la carga viral por debajo de 50 copias/ml después de 24 semanas, con una baja toxicidad. En este sentido, en la XV CIS se presentaron los resultados finales del estudio 903, que comparó tenofovir con d4T en pacientes que también recibieron efavirenz y 3TC. La eficacia antiviral fue excelente y similar en ambos brazos y el 80% de los participantes del estudio 903 consiguió carga viral indetectable a la semana 24.

Tenofovir presentó una clara ventaja respecto a la toxicidad con sólo un 3% de neuropatía periférica frente a un 10% de d4T; un 3% de lipodistrofia frente a un 19% en el brazo de d4T; y muchos menos cambios en el perfil lipídico. No se produjeron eventos de toxicidad renal en ninguno de los brazos, aunque conviene aclarar que no se incluyeron en el estudio pacientes que hubieran padecido anteriormente fracaso renal. Respecto a la pérdida de la densidad ósea, el estudio muestra resultados similares en ambos brazos (aunque con más fracturas en el de d4T), por lo que los investigadores aconsejan un seguimiento posterior de los pacientes.

Un 80% de respuesta virológica a la semana 24 es un buen logro, pero ¿se puede alcanzar todavía un resultado mejor? La respuesta es sí, al menos si nos basamos en los resultados a las 24 semanas presentados en Bangkok del estudio Staccato realizado en Tailandia. En este estudio participaron 167 personas sin experiencia previa con antirretrovirales, que tomaron una combinación de saquinavir/ritonavir (1600/100mg una vez al día) más d4T (30 o 40mg dos veces al día) y ddI (250 o 400mg una vez al día).

El análisis por intención de tratar (o ITT, que permite una estimación del beneficio de un tratamiento más cercana a la práctica diaria) reveló que un 91% de los participantes tuvo una carga viral por debajo de las 50 copias/ml a las 24 semanas. Según los expertos, de entre las diferentes combinaciones existentes, se trata de un récord de éxito virológico.

Hay que tener en cuenta no obstante que el análisis es a sólo 24 semanas; seguramente un período más prolongado llevaría a mayo-

res índices de fracaso por ITT, ya que la combinación de d4T más ddI, además de estar desaconsejada en prácticamente todas las directrices, conlleva una alta toxicidad en términos de neuropatía periférica, riesgo de acidosis láctica y probabilidad de experimentar lipoatrofia.

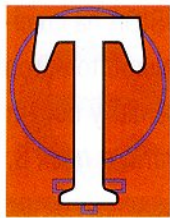
Otra definición posible de "combinación ideal" sería aquella que permite una eficacia a largo plazo sin el desarrollo de resistencias. En este sentido, la balanza se inclina a favor de Kaletra (lopinavir/ritonavir) en combinación con 3TC y d4T. En la XV CIS se presentaron los resultados a cinco años del estudio 720, que evaluó el desarrollo de resistencias durante un período de cinco años en pacientes no experimentados con antirretrovirales que tomaban una combinación basada en lopinavir/ritonavir. El estudio mostró que durante el tiempo que duró el tratamiento no se desarrollaron resistencias. Además, la reducción de la carga viral se mantenía en la mayoría de pacientes tras cuatro años en tratamiento; y lo que parece más sorprendente, en aquellas personas que tuvieron un rebote viral, por ejemplo por el incumplimiento de las pautas de la terapia, no hubo evidencias tampoco de desarrollo de resistencias.

Y, por último, podríamos definir "combinación ideal" como aquella que permite la supervivencia a largo plazo. En la XV CIS se presentaron los datos de un estudio que trató de responder a la pregunta de qué terapia combinada ofrece mejor índice de supervivencia en San Francisco. Para tal fin se compararon los regímenes aprobados por la OMS en su estrategia "3x5" (3TC, d4T, nevirapina; 3TC, d4T, efavirenz; 3TC, AZT, nevirapina y 3TC, AZT, efavirenz) con otros tipos de TARGA. Es un estudio de caso-control, ajustado por múltiples parámetros, en el que un "caso" es una persona con SIDA que fue tratada con TARGA y falleció, mientras que un "control" es una persona con SIDA tratada con TARGA y que permanece viva. El principio del estudio, a grandes líneas, es que un régimen de fármacos eficaz debería relacionarse con la supervivencia, y uno ineficaz, con la muerte. En el estudio los pacientes que iniciaron tratamiento con alguna de las combinaciones de la estrategia "3x5" tuvieron mejores índices de supervivencia que aquellos que empezaron con otras combinaciones (cociente ajustado de posibilidades de fallecimiento = 0,47, $p=0,001$).

¿Y para cuándo una combinación de antirretrovirales que permita a la vez descender la carga viral hasta niveles indetectables, sin graves efectos secundarios, con una eficacia a largo plazo sin el desarrollo de resistencias y que asegure la supervivencia del/la paciente? Quizá en Toronto 2006, la próxima cita de la Conferencia Internacional del SIDA.



las MUJERES y las jóvenes primero



ODA UNA SERIE DE ESTUDIOS que tienen como finalidad mostrar la eficacia de las intervenciones médicas para frenar la transmisión de la infección por VIH/SIDA y profundizar en los comportamientos que hacen más vulnerables a determinados grupos de población frente a la epidemia, fueron debatidos en la XV CIS. El marco elegido fue el itinerario o *track C*, que se ocupa de los aspectos epidemiológicos y preventivos.

Aproximadamente 40 millones de personas viven con VIH en el planeta, de las cuales casi cinco millones adquirieron el virus en 2003. Según el Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2004, presentado por ONUSIDA pocos días antes del inicio de la conferencia, se trata de la cifra más alta de nuevas infecciones en un solo año desde el comienzo de la pandemia. África subsahariana continúa siendo el centro de la epidemia mundial del VIH/SIDA, donde viven las dos terceras partes de la población total infectada junto con doce millones de niños huérfanos, de uno o ambos padres, que ha dejado la infección.

La epidemia se extiende como la pólvora a un ritmo alarmante en Asia, donde 7,4 millones de personas viven ya con VIH. Los esfuerzos por frenarla son desiguales en la zona, y algunos países como Tailandia y Camboya se han convertido en modelos regionales en la prevención del VIH, por lo menos en la promoción del uso del condón en el contexto del sexo comercial. Durante la conferencia, los expertos alertaron de que si no se aborda inmediatamente el crecimiento de la epidemia en Asia las implicaciones podrían tener un alcance mundial (conviene recordar que el 60% de la población mundial está localizada en esta zona del planeta).

Por otro lado, las mujeres y las jóvenes cada vez están más expuestas al riesgo de contraer el VIH, representan casi la mitad de todas las personas que viven con VIH en el mundo, y en África subsahariana esta cifra asciende hasta el 57% de las infecciones. La infección por VIH/SIDA está adquiriendo un "rostro femenino", y son las mujeres y las niñas las que soportan la peor parte del impacto de la epidemia: tienen más probabilidades de atender a las personas enfermas de la familia, perder el trabajo, quedarse sin ingresos y abandonar la escuela, factores que contribuyen a su vulnerabilidad y, por consiguiente, al riesgo de contraer la infección. Durante la XV

CIS se presentó el informe conjunto de ONUSIDA, UNFPA y UNIFEM *Mujeres y VIH/SIDA: Enfrentar la crisis*, según el cual no se podrá dar una respuesta eficaz y global a la epidemia sin reconocer y aplicar primero los derechos fundamentales de las mujeres, y entre ellos los derechos reproductivos y sexuales.

La prevención en su más amplio espectro, es decir, educación sexual, disponibilidad de preservativos, provisión de material de inyección limpio y diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, es una de las herramientas clave en la respuesta global al VIH/SIDA. El concepto de prevención fue ampliamente debatido en la Conferencia de Bangkok y hubo dos corrientes enfrentadas con principios bien distintos de cómo entender la prevención. Una corriente estuvo representada por la estrategia *Condoms, Needles and Negotiation Skills* (Condomes, Jeringuillas y Capacidad de Negociación). La mayoría de los asistentes a la XV CIS de Bangkok, científicos, activistas y expertos en salud coincidieron que hoy por hoy los preservativos son el elemento fundamental de los programas de prevención y el método más eficaz para reducir la infección por VIH y otras ITS.

La otra corriente, conocida por la estrategia ABC (*Abstinence, Be faithful and Condoms*), propugna la abstinencia (hasta el matrimonio), la fidelidad (durante el matrimonio) y los condones (sólo en caso de alto riesgo). Es la estrategia adoptada y defendida a ultranza por la Administración estadounidense de George W. Bush, de la que hace depender su ayuda para cooperación, y enormemente criticada por la mayoría de los delegados de la XV CIS. En la conferencia, muchos ponentes desde sus diferentes ámbitos de actuación pusieron de manifiesto la escasa eficacia que tiene la estrategia ABC, especialmente entre las mujeres, las cuales en algunas regiones del planeta no tienen control de su vida sexual y reproductiva y su estatus legal es escaso en comparación con el hombre. En países de África subsahariana, la primera experiencia sexual entre las mujeres en muchas ocasiones se produce de forma involuntaria y como consecuencia de un acto sexual violento. Por otro lado, muchas mujeres, aun siendo fieles a sus compañeros, acaban contrayendo el VIH/SIDA como consecuencia de las relaciones sexuales extramatrimoniales de sus maridos. Y, por último, tampoco tienen la posibilidad de negociar el uso del condón con sus parejas sexuales; no pueden negarse a mantener relaciones sexuales si el compañero no usa preservativo.



POBLACIONES VULNERABLES

EL ITINERARIO O *TRACKD* destacó tres áreas de investigación científica relativas a la dimensión social y económica de la epidemia del VIH/SIDA y su impacto. La mayor parte de las sesiones estuvieron dirigidas a una mejor comprensión del riesgo y la vulnerabilidad de las personas y del modo de prevenirlos; de las estrategias para mantener la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA; y de las formas de desviar el impacto de la epidemia de personas, familias, comunidades y de la sociedad en general. El resto de sesiones se centraron en temas metodológicos y en la transformación de la investigación en acciones.

El tema principal de este itinerario fue sin duda mejorar nuestro conocimiento del contexto en el que grupos de personas son vulnerables a la infección, y muchas sesiones estuvieron dedicadas a grupos concretos de personas en situación de riesgo. Sin embargo, la epidemia no sólo ha incrementado el número de personas en situación de riesgo, también ha reducido y atenuado la barrera entre grupos en situación de alto y bajo riesgo.

Algunas presentaciones fueron más allá de la simple descripción de los factores contextuales que aumentan la vulnerabilidad, e intentaron explicar las razones estructurales que subyacen en esta vulnerabilidad, como por ejemplo la pobreza, la ausencia de derechos, el estigma y la discriminación asociados y el infortunio de aquellos que tradicionalmente no han sido activ@s a la hora de promover sus necesidades, como los mayores y los más jóvenes. Estas mismas presentaciones identificaron posibles respuestas que pueden reducir esta vulnerabilidad, entre ellas la concesión de microcréditos o los programas de alfabetización.

El binomio SIDA y pobreza ha hecho descender en picado el nivel de vida de muchos países. Según datos de ONUSIDA, numerosos estados han experimentado un retroceso sin precedentes en su desarrollo y en especial países de la zona subsahariana, donde los índices de pobreza y hambre han aumentado como consecuencia del SIDA en las últimas dos décadas.

La epidemia del VIH/SIDA no sólo representa una gran crisis humana, sino también una amenaza creciente para el desarrollo sostenible global, social y económico. Durante la XV CIS de Bangkok se presentó un informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la influencia de la epidemia en el trabajo, que alerta sobre la inminente desaparición de un enorme capital humano. Según este informe, 50 millones de trabajadores habrán fallecido en 2010 y unos 74 millones en 2015, si no mejora la atención y el acceso a los medicamentos antirretrovirales. Esta pérdida de capital humano podría tener repercusiones en el crecimiento económico y "constituye una amenaza directa para los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducir la pobreza y promover el desarrollo sostenible", señaló Franklyn Lisk, director del Programa de la OIT sobre VIH/SIDA y el Mundo del Trabajo.

Todavía hay grupos concretos de población cuya situación requiere ser examinada con urgencia, sobre todo las mujeres, y especialmente las jóvenes casadas en contextos de recursos limitados. A pesar de que el 50% de las nuevas infecciones se producen entre mujeres jóvenes, todavía hoy se las excluye de muchos programas de VIH/SIDA y de la toma de decisiones. Las jóvenes necesitan más información sobre sus derechos y los servicios que necesitan, y urge abordar la violencia sexual, socialmente aceptada en algunas culturas, contra las mujeres y las jóvenes (y también, por supuesto, la violencia de hombres contra hombres jóvenes). El papel de los sistemas de

educación tiene en este sentido una importancia crucial. Y una forma de incrementar el acceso a la información y a los servicios sobre VIH/SIDA entre las mujeres y las jóvenes pasa por potenciar los servicios de salud reproductiva.

También los hombres que practican sexo con hombres (HSH) son un grupo en situación de riesgo en aumento no sólo por su propia vulnerabilidad personal, sino también porque desempeñan un papel "de puente" con la población femenina. Varias presentaciones de África, Asia y América Latina pusieron de relieve el hecho de que muchos HSH no se definen a sí mismos como homosexuales. La gran variedad de contextos y comportamientos relacionados con los HSH en países en desarrollo necesitan abordarse con mucha más atención para reducir el estigma y ofrecer respuestas y mecanismos de apoyo apropiados.

Por último, las poblaciones móviles y desplazadas son también vulnerables a la infección por VIH tanto por las presiones sociales y económicas como por nuestra limitada comprensión sobre cómo proporcionarles prevención, cuidados y tratamiento. Algunas presentaciones enfatizaron los obstáculos principales a los que se enfrentan las poblaciones migradas: estigma, ausencia de derechos básicos, acceso limitado a servicios y recursos económicos y restricciones fronterizas para las personas positivas.



UN POCO DE ORDEN por favor



ALGUIEN DIJO UNA VEZ que el infierno está lleno de buenas intenciones. A pocas cosas se puede aplicar esta sentencia mejor que a la ayuda humanitaria y a la cooperación al desarrollo, en especial en lo que tiene que ver con el VIH/SIDA. Desde la Conferencia de Durban, en 2000, se han multiplicado las iniciativas para paliar en lo posible la situación de las poblaciones más azotadas por la pandemia. Pese a que el principal problema sigue siendo la escasez extrema de recursos frente a la desproporción de la crisis a abordar, otros aspectos como la descoordinación, el colonialismo político, la estrechez de miras y la falta de habilidades amenazan el éxito de lo poco que se puede llegar a hacer. El itinerario o track E de la Conferencia de Bangkok dedicó buena parte de sus discusiones a este escenario.

Pongamos el caso español. El Gobierno central apenas ha dedicado hasta ahora atención al VIH/SIDA en su precaria política de cooperación al desarrollo. Pero el Gobierno central no es el único donante español en esta área: están las comunidades autónomas, los ayuntamientos, consejos comarcales y mancomunidades, universidades, fundaciones, centros de salud públicos, semipúblicos o privados, ONG de desarrollo y/o ayuda humanitaria, ONG de VIH/SIDA, ONG de carácter religioso y tantas otras, sindicatos, cajas de ahorro y un larguísimo etcétera. A eso hay que añadir los organismos multilaterales como la OMS, Naciones Unidas y su Fondo Global, UNICEF, UNIFEM y el resto, además de los diferentes órganos de la Unión Europea: en todos ellos España participa en la contribución y asignación de presupuestos.

O sea, el dinero es escaso y no está coordinado. Esta situación produce deficiencias varias, pero la más llamativa es la carga que supone para el país y la comunidad receptores de ayuda. Cada donante establece su propio formulario de solicitud, sus propios criterios de concesión, sus propios plazos, áreas de interés o prioridad, tiempos de ejecución, cantidades disponibles, aportación límite, contribución local, modalidades de pago, partidas subvencionables, fichas de seguimiento, modelos de evaluación de impacto o de memoria económica y, sin ánimo de ser exhaustivos, sus propias visitas programadas. Todos estos requerimientos, pensados para satisfacer la burocracia del donante y garantizar un uso no fraudulento y eficaz de los recursos transferidos, supone una alta carga para quien debe afrontar cotidianamente la catástrofe humana y social que provoca el VIH/SIDA.



Algunos países se ven obligados a recibir más de 30 visitas anuales de duración variable, una cada quince días, que no son más que inspecciones por parte del donante. Esto consume un tiempo precioso y genera repeticiones innecesarias. Además de ignorar con frecuencia las necesidades expresadas como perentorias por quien trabaja en el terreno, porque las políticas establecidas en despachos del Norte sobre a dónde deben ir los dólares o euros no ceden ante lo evidente, además, se reiteraba en Bangkok, en ocasiones se guían por principios ideológicos o morales (como la promoción de la abstinencia o la monogamia) que menosprecian evidencias científicas y el sufrimiento de la gente.

El relator de este itinerario, Edward Green, de Guyana, lo expresó con elegancia eufemística: "Las lecciones aprendidas de programas que han tenido éxito deberían guiar el desarrollo de políticas que faciliten un enfoque más coordinado para la movilización de recursos y la planificación y la puesta en marcha de programas. (...) Las políticas, sobre todo las que se orientan según intereses externos, que impiden el éxito no deberían dictar los objetivos de los programas (...). Creemos que los programas y políticas deberían basarse en realidades científicas en vez de en la ideología o el idealismo".

Para evitar o superar estos obstáculos los donantes tienen que aceptar dos hechos. El primero es que los objetivos de las políticas mundiales definidos por países poderosos no deben sobreponerse a las respuestas nacionales o regionales de los países receptores. Claro que para ello es esencial que los dirigentes políticos del mundo en desarrollo (África, Asia, América Latina) ejerzan con fuerza un liderazgo visionario. Visionario en el sentido de que tenga una visión de futuro que oriente el camino a seguir.

El segundo es que las comunidades de personas afectadas por el VIH se involucren a todos los niveles en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de esas políticas y los programas que las despliegan. Se trata de que las personas que viven con VIH y las que viven en riesgo de contraer el VIH, sus familias y allegad@s y las organizaciones de voluntari@s y profesionales que los atienden, participen de igual a igual con instituciones públicas en iniciativas conjuntas que además incorporen a grupos religiosos y al sector privado.

Para que todo este engranaje funcione, finalmente, es esencial establecer las fórmulas de formación y capacitación adecuadas para que cada uno de estos actores pueda ejercer su papel con efectividad, ya que de poco servirá que los donantes incrementen y coordinen sus ayudas sino se transfieren las herramientas apropiadas para obtener de ellas el máximo beneficio.



¿ACCESO a qué?

Mientras en unos salones escuchábamos las maravillas de los tratamientos, en otras se sumaban los millones de muertes de personas pobres que no tienen acceso a ellos, ni a las más mínimas condiciones de una vida digna; sin esperanzas claras hacia el futuro y sin decisiones reales de apoyo de un mundo que es indiferente a su enfermedad, soledad y falta de oportunidades. Much@s saben qué se debe hacer, cuál es el camino, pero no tienen el poder para hacerlo; a much@s les conviene impedirlo; a otr@s les conviene retrasar el avance, distraer la atención. Aún no hemos aprendido a actuar solidariamente como raza humana, porque aunque las soluciones podrían estar al alcance, las políticas, las fronteras, las ideologías y la pugna de intereses económicos lo impiden, la globalización es de mercancías, no de ciencia, educación, amor o solidaridad, yo te vendo mi mercancía pero no me importa tu dolor, y si no la puedes comprar no me interesas, si vienes a comprar te doy visa, si vienes a pedir oportunidades, solidaridad, te la niego...

La infección por VIH y la enfermedad del SIDA han puesto en tela de juicio creencias, valores, políticas, ideologías, han movido el mundo a terrenos prohibidos, silenciados, y su solución nos impulsa a cambios trascendentales que tocan aspectos no solamente de la salud entendida como bienestar físico, sino entendida en el amplio sentido de armonía con el entorno, de igualdad, de desarrollo, de respeto por los derechos de tod@s; requerimos una revolución social. En el micro-mundo de la conferencia, éste fue el grito silencioso o, dicho de otra forma, la verdad que conocemos pero sabemos utópica.

Es tiempo de apropiarnos en el sentido amplio del lema de esta conferencia, "Acceso para tod@s", reclamando no sólo acceso a medicamentos, sino también a prevención, educación, recursos, a las instancias de poder y toma de decisiones, acceso a la ciencia, a la investigación, etc. Y acceso por supuesto a estos eventos para sentir el pulso del SIDA en sus dimensiones de amor y dolor.

Participar de la Conferencia Internacional del SIDA como activista y como persona viviendo con VIH es una experiencia poblada de esperanzas, sinsabores, asombros, incertidumbre, rabia y dolor. Es también un reafirmarse en los compromisos comunitarios y de vida, y una recarga de energía para continuar en esta labor, porque ante la puja de poderes e intereses no podemos ser nosotr@s l@s vencid@s, ni las velas que lleva el viento que esté soplando en cada momento. La llamada es a ampliar la mirada, involucrarnos en todos los espacios de toma de decisiones, conocer qué se negocia en los pasillos, qué se pretende, hacia dónde se apunta, quiénes manejan los hilos del poder, a qué aspiran las diversas ideologías, quiénes nos utilizan, etc.

Pude evidenciar en el frenético palpitar de este magno evento cómo nos movemos l@s actores y actrices de este drama de la vida real; la lucha de l@s "buen@s" contra los "mal@s" y cómo los discursos se adaptan habilidosamente a los intereses que defienden, luciendo impecables y libres de sospechas. Y así viví las protestas diarias de l@s activistas, la destrucción de los stands de las farmacéuticas y su mágica reconstrucción, la crítica contra los líderes del G7 por su cínico incumplimiento con el Fondo Global, la absurda defensa de la política ABC de Bush por parte de su representante, la voz fuerte del presidente francés por el chantaje comercial de Bush a los países con los que negocia tratados de ¿libre? comercio. La iglesia tampoco salió bien librada; quedó claro que entorpecer la labor de la ciencia con ideologías religiosas que impiden la prevención, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, simplemente se traduce en enfermedad, muerte, pobreza, ignorancia, atraso y marginación.



un foro de PALABRAS VACÍAS

PASAN LOS AÑOS, los foros internacionales sobre el VIH/SIDA se suceden unos tras otro y, sin embargo, las cifras hablan por sí solas y detrás quedan muchas vidas humanas...

¿Cómo podemos seguir aceptando que un mismo problema de salud tenga todavía dos realidades tan diferentes? Es inconcebible que justamente en los países más pobres, donde se encuentra la mayor magnitud de la pandemia, tan sólo el 7% de las personas infectadas por el VIH que necesitan terapia antirretroviral (ARV) estén recibiendo tratamiento. Se ha demostrado fehacientemente que la introducción de ARV es factible aún en países con recursos limitados y eficaz incluso para aquellos estadios avanzados de la enfermedad; sin embargo, se ha avanzado muy poco. ¡No hay ninguna excusa para aceptar la falta de acción y compromiso político!

Las iniciativas internacionales, como el Fondo Global o el 3x5 de la OMS, entre otras, siguen aportando escasa financiación, se ven restringidas por causas políticas, y adolecen de procesos burocráticos u otras limitaciones que retardan considerablemente su puesta en marcha. De todas formas, en Bangkok quedó patente que quien está dictando en la actualidad las políticas de SIDA a escala mundial y creando barreras en el acceso a una atención digna de las personas que viven con el VIH/SIDA en dichos países, es el programa norteamericano PEPFAR (Plan de Emergencia Presidencial para Paliar el SIDA) que, potenciado por la industria farmacéutica, dispone por sí solo de un presupuesto mayor al del Fondo Global (15.000 millones de dólares).

La simplificación del tratamiento, incluyendo el uso de tres ARV genéricos en una sola dosis fija combinada (DFC), permitió a Médicos Sin Fronteras incrementar rápidamente los programas de tratamiento de SIDA de 1.500 pacientes en 10 países a 13.000 pacientes en 25 países en el plazo de dos años. A pesar de que los datos

presentados en la XV Conferencia Internacional del SIDA en Bangkok han mostrado de forma contundente que los medicamentos genéricos son seguros, efectivos y permiten acelerar el acceso al tratamiento por su bajo coste, Estados Unidos está adoptando una posición totalmente contraria con el fin de fortalecer la protección de los medicamentos de marca. Por otro lado, los acuerdos sobre los derechos de la propiedad intelectual relacionados con el comercio ADPIC y los acuerdos bilaterales imponen restricciones cada vez más rigurosas que favorecen que las patentes sigan impidiendo el acceso a medicamentos esenciales. El Tratado de Libre Comercio limita, por ejemplo en Centroamérica, la compra o producción de medicamentos genéricos.

Esta insuficiente evolución esconde, además, problemas específicos de los países más pobres y afectados que necesitan ser afrontados con urgencia. Una vez más nos encontramos con dos realidades: afortunadamente ya no hay prácticamente niñ@s infectad@s en los llamados "países desarrollados", sin embargo el SIDA pediátrico afecta ya a 2,5 millones de niñ@s, especialmente en África subsahariana. El escaso interés económico conlleva así a la falta de formulaciones adecuadas para tratar a l@s niñ@s, así como métodos diagnósticos accesibles para detectar la infección por el VIH de forma temprana. La profilaxis para la prevención de la transmisión del VIH de madres a hij@s ha sido otro tema clave en esta conferencia, ya que el protocolo hasta ahora basado en la monoterapia con nevirapina (simple y barata) ha dejado de ser seguro por la creación de resistencias.

Por otro lado, teniendo en cuenta que los tratamientos de segunda línea en los países pobres llegan a costar hasta 5.000 dólares por paciente al año —veinte veces más que el coste de los regímenes de primera línea— difícilmente llegarán a ser asequibles para l@s pacientes que lo necesitan.

¿Por qué tanta indiferencia e hipocresía? El derecho a la salud y a la vida ¿no debería ser más que un lujo una necesidad?

Esta conferencia ha replanteado la necesidad de adoptar nuevas estrategias de presión y asumir un papel más activo por parte de la sociedad civil desde todos los ámbitos para que exista voluntad política en la lucha contra el SIDA en los países con menos recursos.

Las objeciones presentadas por los países ricos, especialmente el norteamericano, y las farmacéuticas con la intención de desacreditar la medicación genérica, no son más que argucias para defender una vez más interés económicos y políticos.



Sigue faltando dinero para la lucha internacional contra el SIDA



EL PASADO MES DE JULIO, en los días previos a la Conferencia de Bangkok, se organizó el primer Foro de Asociados del Fondo Global para la lucha contra el SIDA. Se trata de un espacio que da voz a organizaciones e instituciones interesadas en el Fondo Global, pero que no participamos de sus otras estructuras. Las organizaciones que trabajamos muy cerca del Fondo Global tuvimos la oportunidad de compartir experiencias en un foro oficial y de dar nuestra opinión sobre cómo está funcionando, para hacer propuestas que mejoren su funcionamiento.

Esta iniciativa provocó una discusión muy rica, con gran variedad de posicionamientos muy distintos y muchas diferencias en aspectos importantes, especialmente entre las organizaciones y los gobiernos. Pero, a pesar de todo, hubo un aspecto en el que coincidimos una inmensa mayoría de los allí presentes, y es en la necesidad de que, aunque en estos momentos no estén asegurados los recursos a medio plazo, el Fondo Global debe continuar con su tarea y debe convocar nuevas rondas de financiación, incluso si esto supone incumplir su política de no aprobar ninguna propuesta si no se tiene asegurada la financiación completa.

Es decir, se pasa la pelota al tejado de los gobiernos donantes, que serán los que tengan que darse prisa en hacer nuevas y cuantiosas donaciones si no quieren provocar que el Fondo fracase estrepitosamente por falta de financiación.

Ya durante la Conferencia Internacional, unos días después, el dinero volvió a ser un tema importante. El primer día se habló mucho de la financiación de los mecanismos internacionales, como el Fondo Global y la iniciativa 3x5 de la Organización Mundial de la Salud, que pretende llevar medicamentos a tres millones de personas para finales de 2005. Aunque la versión oficial es otra, casi nadie duda ya que estos objetivos no se llegarán a cumplir. Estamos en el último trimestre de 2004, y las metas intermedias que hay que cumplir para llegar a esos tres millones se están alejando cada vez más. Pero tampoco hay duda que ésa no es razón suficiente para retirar el apoyo a la OMS, porque lo que sí es cierto es que hay seis millones de personas que necesitan tratamiento y no lo tienen, y eso no se puede permitir.

Los medios de comunicación de todo el mundo retransmitían a diario la marcha de la Conferencia, de forma que millones de personas en todo el mundo supieron que esos días se estaba debatiendo sobre los escollos que el VIH supone para el desarrollo de los países con menos recursos, y sobre lo difícil que se lo ponen los países más ricos para hacer donaciones que pongan solución al problema.

Probablemente por eso, en los últimos días de la Conferencia se anunciaron nuevas donaciones al Fondo Global por parte del gobierno de Tailandia, anfitrión de la Conferencia, del gobierno del Reino Unido y de la Comisión Europea, donaciones todas ellas muy necesarias, pero también muy insuficientes. El Fondo Global sigue estando muy falto de recursos y los donantes no quieren llegar a un acuer-



do para que cada uno asuma que le corresponde donar una cantidad fija anual, de acuerdo a las necesidades del momento y a la riqueza de cada país.

Otro de los temas estrella de la Conferencia estuvo también relacionado con la financiación internacional, aunque en este caso también con políticas que se considera que responden a intereses muy distintos a la erradicación del VIH. Se trataba del PEPFAR o, lo que es lo mismo, el Plan de Emergencia Presidencial para el Alivio del SIDA. Las críticas a este plan fueron brutales, con abucheos a los portavoces, manifestaciones en contra e incluso la suspensión de una rueda de prensa sobre el tema, porque hubiera sido imposible llevarla a cabo.

Estas críticas no son gratuitas, sino que responden a que este plan no cumple con ninguna de las condiciones que los expertos consideran necesarias en la lucha internacional contra el VIH, que sí cumplen mecanismos como el Fondo Global. A saber, que el país aceptado participe en la elaboración de las estrategias y en señalar las prioridades; que el dinero vaya a las poblaciones que más lo necesiten; que haya transparencia en los procesos; y, sobre todo, que los gobiernos donantes no marquen el destino de los fondos en base a sus propios intereses.

En definitiva, el dinero vuelve a estar en el centro de las discusiones. Hay otros temas importantes, sin duda, pero la financiación sigue siendo un requisito previo para que cualquier estrategia contra el VIH/SIDA pueda funcionar.



Estamos a tiempo de parar el sida.



Necesitamos tu firma antes del 25 de Noviembre para solicitar al Gobierno español que incremente la aportación española al Fondo Global.

En 2001 la Comunidad Internacional creó el **Fondo Global**. Los gobiernos de los países desarrollados se comprometieron: 10.000 millones de dólares anuales para financiar los programas de salud de atención al sida. Pero no se ha alcanzado ese objetivo.

23 años después... El sida avanza. 20 millones de personas han muerto. **Hoy, 40 millones viven con el VIH/Sida.** 2 millones y medio son niños.

La lucha de Odir Miranda por salvar su vida

Cada día miles de personas mueren de Sida en los países más pobres porque se les ha negado el derecho a recibir tratamiento y muy pocos, como Odir Miranda salvan sus vidas.



Odir Miranda Cortez, de la asociación Atlacatl Vivo Positivo, con la que colabora Ayuda en Acción El Salvador desde 2002. Diagnosticado VIH+ en 1996. El Estado le negó el tratamiento médico por falta de presupuesto.

Lideró la denuncia de su caso ante las autoridades judiciales y lo elevó a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos que dictaminó en beneficio de Odir y de 34 personas que viven con el VIH/Sida.

Hoy, Odir Miranda continúa su lucha para que millones de personas, como él, reciban medicamentos y tengan la esperanza de vencer el sida.

FIRMA en www.ayudaenaccion.org

Gracias a tu apoyo, millones de personas podrán salvar sus vidas.

SI ESTO TE DUELE, LLAMA AL MÉDICO

Llama al 902 250 902
o entra en www.msf.es y hazte socio.



Con una simple llamada puedes evitar muchas muertes por enfermedades que podrían curarse. Porque hoy, como cada día, 19.000 personas morirán de SIDA, tuberculosis, malaria, enfermedad del sueño o leishmaniasis, ante la aparente indiferencia de la comunidad internacional. Hazte socio de Médicos Sin Fronteras y con tus aportaciones podremos combatir las enfermedades olvidadas en los países sin recursos. Por ejemplo, con 10 euros al mes podremos evitar la transmisión del VIH/SIDA de madre a hijo en 950 partos. Hazte socio. Tu compromiso es la mejor ayuda.



En la lucha contra el VIH estamos en la misma línea: **hacer
crecer
tu vida**

Desde el principio hemos estado a tu lado en la lucha contra el VIH, con terapias eficaces y cada vez más cómodas, que simplifican los tratamientos para mejorar la calidad de vida.

Y, desde hace más de 10 años, nuestro compromiso con la sociedad se manifiesta con una política de precios preferentes para los países en vías de desarrollo, donaciones y ayudas sociales a través del programa "Positive Action".

Así luchamos día a día contra el VIH, así trabajamos para hacer crecer la vida.

DE **B**angkok **A**Toronto

UNA PERSPECTIVA CANADIENSE

ESTUVE EN LA XV CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL SIDA en Bangkok pensando que el lema "Acceso para tod@s" significaba principalmente acceso a las terapias antirretrovirales para las personas del mundo en desarrollo. Rápidamente me desengañé de esta idea simplista. El acceso significa cosas distintas para personas distintas (y para sus gobiernos). Mientras intento descifrar el lema de la conferencia de este año, espero que las impresiones y opiniones que vais a leer estimulen el debate para el trabajo de la próxima conferencia que tendrá lugar en Toronto en agosto de 2006.

El acceso al tratamiento continúa dominando la agenda política de estas conferencias, y por una buena razón. El fracaso en proporcionar los muchos tratamientos que ahora existen se hace evidente cuando sólo un 7% de los cinco o seis millones de personas que se calcula que en los países en desarrollo necesitan tratamiento lo están recibiendo. Hasta la fecha, la iniciativa global de la OMS para tratar a tres millones de personas en 2005 ha significado tratamiento tan sólo para 400.000 personas con SIDA.

Acceso al tratamiento también significa acceso a la prueba del VIH, a herramientas de diagnóstico transportables y asequibles para determinar la carga viral y los recuentos de CD4 y para controlar el desarrollo de resistencias. En muchas sesiones se oyeron las voces, a menudo subidas de tono, de activistas preocupad@s de todo el mundo. Desde miembros de ACT-UP París que destrozaron stands de las compañías farmacéuticas a usuari@s de drogas tailandeses pidiendo el derecho a recibir tratamiento del VIH, y hasta líderes mundiales de opinión como Kofi Annan y Nelson Mandela que han sumado sus voces al coro de la urgencia que exhorta a l@s investigadores, la industria y los gobiernos a actuar con la mayor rapidez y diligencia.

Una mujer de Nigeria que vive con VIH, Rolake Nwagwu, escribe en un artículo que los fármacos disponibles ahora en su país mediante la iniciativa "3x5" de la OMS, o a través del Fondo Mundial, están yendo a áreas urbanas, mientras que las personas que viven en la Nigeria rural han sido situadas, una vez más, al final de cola. En mi relativamente rico país, Canadá, continuamos viendo las dificultades que las personas de zonas rurales tienen para encontrar un especialista y servicios de apoyo.

Pero como estamos aprendiendo, la lucha mundial contra el SIDA debe avanzar de forma simultánea en frentes diferentes que, en la práctica, preparen el terreno para que más personas consigan acceso a terapias asequibles y manejables. ¿Cómo puedes tener acceso al tratamiento si vives en un país donde prácticamente no existe la atención sanitaria? ¿Cómo puedes empezar a construir un sistema de salud sin un liderazgo político sólido que lo asuma como una prioridad? Éstos son temas de acceso que superan las propias posibilidades y que la conferencia internacional hoy trata de abordar.

Bangkok es la primera conferencia que ofrece un itinerario dedicado al "liderazgo". Fue un inicio, aunque no completamente exitoso si atendemos al hecho de que el gobierno tailandés tuvo que cancelar una cumbre sobre SIDA ya planeada porque de 10 jefes de estado invitados, sólo el presidente Museveni de Uganda confirmó su asistencia. La capacidad de los líderes mundiales para crear conciencia sobre la epidemia es sólo uno de los aspectos del liderazgo. En Toronto me gustaría que la conferencia ampliara su visión de liderazgo para incluir el tutelaje de personas que viven con VIH como líderes en sus propias

comunidades y enseñarles a ellas y a los líderes políticos cómo tender puentes en su trabajo. Esto no se puede llevar a cabo sin involucrar completamente ONG internacionales como ICASO (Consejo Internacional de Organizaciones en SIDA, en sus siglas en inglés), una de las coorganizadoras de la conferencia, cuya misión es construir la respuesta comunitaria a la epidemia en todo el mundo.

Me di cuenta, una mañana escuchando al presidente Museveni de Uganda hablar en una sesión plenaria, que podría ser que estuviéramos yendo hacia atrás en la creación de acceso a la información y mejores prácticas para prevenir la extensión del VIH. El presidente Museveni invirtió mucho más tiempo del que tenía asignado a promocionar la política reaccionaria conocida como ABC. Esta estrategia de prevención promueve la abstinencia y la monogamia mutua por encima del uso del condón. Ignora el hecho de que muchas mujeres que practican "abstinencia" o "monogamia" son infectadas por hombres que no lo hacen. Ignora el hecho de que muchos de estos hombres se han acostado con trabajadoras del sexo. Ignora la realidad de la epidemia en países donde las tasas de infección están aumentando entre gente joven, usuari@s de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. El presidente de Uganda debe estar preocupado por la actual ayuda exterior de la administración Bush, que también ha creído apropiado reservar los fondos de prevención a aquellos países y programas que apoyan la ideología ABC. Esto es especialmente preocupante en un momento en que las tecnologías clave en la prevención, como los microbicidas y las vacunas, se encuentran todavía a años de distancia.

Canadá ha apoyado desde hace tiempo una política de reducción de daños que basa sus programas de prevención en "CNN": Condones, Agujas y Negociación (en sus siglas en inglés). Aunque CNN no se refiere al canal de noticias, el acceso a la información y la habilidad en comunicar son activos clave de la economía global del conocimiento y deben ser aprovechados para movilizar la sociedad civil si vamos a detener y revertir la pandemia para el año 2005, tal como ha sido propuesto por el Objetivo de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas.

"Acceso para tod@s" seguirá siendo un sueño utópico sin suficientes recursos para financiar investigación, programas y tecnologías prácticas de prevención, y atención sanitaria y tratamiento asequibles. El acceso no tiene significado a no ser que los países pobres sean capaces de adquirir o producir las medicinas que necesitan. El acceso no tiene sentido si los pobres y vulnerables, especialmente las mujeres, continúan siendo alejadas de la atención sanitaria por miedo a desvelar su estatus. Quizás la tensión dinámica entre ciencia y política en las conferencias internacionales es, de hecho, un signo de salud.

Ron Rosenes es miembro de Canadian Treatment Action Council, una organización canadiense que aboga por el acceso al tratamiento, y ahora es miembro del Comité Local que participa en la organización de la XVI Conferencia Internacional del SIDA, Toronto, 2006.

RECICLA



Con frecuencia, cuando cocinamos un plato, nos sobran algunos alimentos que hemos utilizado en su preparación o incluso nos puede quedar parte del mismo. En la cocina casi todo se puede aprovechar; recuerda que platos muy populares de la cocina tradicional, como ropa vieja, croquetas o la misma pizza, tienen su origen en este afán de reciclar alimentos sobrantes. Os proponemos algunos platos pensados para tal fin: aprovechar productos que tenemos en nuestra despensa.

Quiche de verduras



Este plato se puede preparar con cualquier verdura que hayáis comprado para realizar otros guisos como por ejemplo un puré de verdura, y os haya sobrado; o bien, con cualquier verdura que tengáis en la nevera (zanahorias, puerros, judías verdes, etc.). Es muy fácil de realizar, incluso la masa quebrada.

Ingredientes

Masa quebrada: 80gr de margarina o mantequilla blanda (2 cucharadas) • 200gr de harina (6 cucharadas colmadas y 2 rasas) • 1 cucharada de aceite frito • 1 cucharada de agua • 1 huevo • Una pizca de sal

Relleno: 6 huevos • 1/2 litro de nata líquida • 3/4 kilo de verduras variadas (cebollas, puerros, calabacines, zanahorias, pimientos...)

PREPARACIÓN

En un bol mezclamos con cuchara de madera los ingredientes de la masa y amasamos hasta que quede una bola que se desprenda de los dedos y de las paredes del recipiente. La colocamos en el centro de un molde para hornear de unos 20cm de diámetro y la extendemos presionando con los dedos desde dentro hacia los bordes del molde, subiendo la masa por las paredes de éste, dejando la masa lo más fina posible y pinchamos el fondo con un tenedor para que no suba. Horneamos a temperatura media, hasta que la masa quede seca sin llegar a tostarse.

Mientras, salteamos en una sartén las verduras cortadas al gusto, dejándolas crujientes, empezando por la cebolla y puerros, luego los pimientos, después la zanahoria, los calabacines, brócoli...

Mezclamos los huevos batidos con la nata, salpimentamos y juntamos las verduras rehogadas. Vertimos el relleno en el molde con la masa y volvemos a hornearlo todo hasta que cuaje y quede la superficie dorada.

Saldrán unas 6-8 raciones.



Pimientos del piquillo rellenos de pescado en salsa de chipirones



Se puede preparar con cualquier pescado asado o hervido que os haya sobrado de otra comida anterior como merluza, mero, bacalao...

Ingredientes

Pimientos: 3 o 4 de pimientos del piquillo por persona (una o dos latas)

- 300gr de pescado desmenuzado
- 2 cucharadas de aceite de oliva
- 3 cucharadas de harina
- 350cl de leche (un vaso y medio)
- 1 diente de ajo

Salsa: 2 rebanadas de pan • 1 diente de ajo • perejil • 1 cebolla • 1 tomate maduro • 2 bolsitas de tinta de calamar • aceite para freír

PREPARACIÓN

Se fríe un diente de ajo en una cacerola con las dos cucharadas de aceite. A continuación se tuesta la harina y se agrega el pescado desmenuzado (merluza, mero, bacalao...). Incorporamos la leche y removemos hasta que la masa se desprende de las paredes. Salpimentamos (queda algo similar a una masa de croquetas).

Con esta crema rellenamos los pimientos, ayudándonos de una cucharita o una manga pasteleira.

Por otro lado, freímos las rebanadas de pan en un poco de aceite y lo majamos en un mortero con un diente de ajo y perejil. En el mismo aceite de haber frito el pan, freímos una cebolla y después el tomate a fuego lento. Incorporamos el majado y cubrimos de agua. Cuando ésta empiece a hervir, se echan las tintas de calamar, pasándolas por un colador fino para que no se hagan grumos y se comprueba el punto de sal. Se pasa la salsa por una batidora o un chino.

Extendemos la salsa en un plato y colocamos los pimientos encima. Se puede decorar con perejil.



Granada con zumo de naranja

Ingredientes: 1 o 2 granadas grandes • zumo de 2 o 3 naranjas • 1 plátano • miel • una pizca de canela



La granada es la fruta reina del otoño, y, además, no se puede comer en otra época del año, por lo que debemos aprovechar ahora para hacerlo. Tienen mucha vitamina C y mucha agua.

PREPARACIÓN

Desgranamos la granada en una fuente. Es muy fácil hacerlo, dando golpes, no muy fuertes, con la mano de un mortero por toda la granada antes de abrirla, luego la abrimos por el medio y los granos se desgranarán solos. Rociamos con el zumo de naranja, en el que habremos diluido un poco de miel. Cuando se va a servir, se cortan rodajas de plátano y se espolvorea con canela por encima.



¡Adhesión! ¡Vaya QUIMERA!

«Me llamo Ángel y trabajo en una fábrica en el turno de noche.

Hacemos piezas para coches y yo estoy de peón en una prensa hidráulica. Me prescribieron una medicación que hay que tomar por la noche y me dijeron que por la mañana podría sentirme mareado, pero que con los días podría ir pasando esta sensación. Tomé la medicación según me indicaron y la verdad es que las cosas no marchan bien; pues, en lugar de sentir el mareo por la mañana, lo siento por la noche ¡mientras trabajo! No sé qué tendrán estos fármacos... más que mareado me siento como "colocado". El otro día, la prensa casi se me lleva el brazo. Me asusté mucho. Al día siguiente no tomé la medicación y al otro tampoco; luego probé otra vez, pero nada, la misma molestia. Ahora lo he dejado hasta que pueda hablar con alguien que me asesore.»



he conseguido un tratamiento de una vez al día. Lástima lo de las resistencias.»

«Me llaman Curro y soy sevillano. Yo no soy de los que habla mucho del tema, además procuro que mi familia no sepa nada. Tendría que empezar contándoles que soy gay y todo eso... y mi familia no lo entendería, mis padres son muy católicos y vaya, me lo huelo, que si les cuento... a mi madre le doy un disgusto que la mato; y mi padre ya no quiero ni pensar, o me da una paliza, o me echa de casa, o las dos cosas. Y claro, con dieciocho años que tengo, aún estudiando y sin trabajo, pues ya ves, ¿no? A lo que iba: este verano empecé el tratamiento para el VIH y me está costando mucho conseguir hacerlo bien. Hay uno de los medicamentos que tiene que guardarse en la nevera, y aunque puede quedarse fuera algunos días, con lo que aprieta aquí el calor en verano no hay cosa que aguante mucho fuera de la nevera. Como vivo con mis padres y no quiero que vean las pastillas en la nevera, le pedí a mi vecina Rosa (con ella tengo mucha confianza y lo sabe todo) si podía guardármelas, así yo me pasaría a por pastillas una vez al día. Pero no ha funcionado, porque no puedo ir siempre a la misma hora y, a veces, no la encuentro en casa, y se me pasa el momento de la toma. Luego tengo que llamarla, localizarla... Y con ella que conste que no hay problemas, pero se complica todo bastante. Así que hay días que no las tomo y otros que lo hago más tarde. Mi médico me preguntó la última vez si estaba "cumpliendo bien la pauta" y, claro, me mira como me mira mi padre cuando me va a dar la bulla, y no sé... me entra algo que... vaya, que no me atrevo a decirle la verdad.»

jinete del pueblo,
que la tierra es tuya.

¡A galopar,
a galopar,
hasta enterrarlos en



«Hola, soy Natalia. La verdad es que yo soy un poco despistada para todo. Ya se lo dije a mi doctora, pero me convenció de que este tratamiento que se toma dos veces al día es el mejor para empezar. Yo había oído que había combinaciones que podían tomarse una vez al día, pero mi doctora, que es muy convincente, me lo quitó de la cabeza: "Los estudios demuestran que es mejor empezar con esto". Pues nada, a apechugar, pensé. Así que tomo unas pastillas por la mañana antes de salir de casa y otras por la noche. Pero, francamente, las de la noche me las olvido muchas veces, porque después del trabajo a menudo me voy a tomar algo con mis amigas a Lavapiés; y

como digo, soy tan despistada que cuando me acuerdo es siempre tarde. Eso si no he tomado unos vinos y se me va el santo al cielo. Mis amigas tampoco son muy útiles para recordármelo, y yo no soy buena para manejar alarmas o martingalas electrónicas. Total, que ahora me encuentro que he hecho resistencia al tratamiento éste, y encima me he llevado bronca porque no lo he tomado como debía, y eso que le dije que yo soy muy despistada. Bueno, en resumidas cuentas, al final

Estos tres casos son inventados, pero no por ello se alejan de la realidad. Hay muchos Ángeles, Natalias y Curros que no consiguen una óptima adhesión al tratamiento, puesto que les ha sido prescrita una terapia que no se adapta a ellos. En ocasiones, ni siquiera les han dado la posibilidad de pactar algún cambio en su estilo de vida que permita que el tratamiento se adapte mejor, ni por supuesto las herramientas para que lo lleven a cabo. ¿Por qué? Algo estará fallando. Un grupo de especialistas en VIH/SIDA, de cuya buena fe no dudo, está preparando un nuevo documento con recomendaciones para mejorar la adhesión. Según se señala en este documento(1), los estudios realizados en España muestran que entre un 20 y un 50% de personas en tratamiento antirretroviral presentan una adhesión inadecuada. La definición de adhesión que proponen sigue poniendo al/la paciente en la picota, siendo él o ella quien tiene que adaptarse al tratamiento. Ésta es la definición propuesta de adhesión: "Es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral". Y así estamos... ¿No será que el tratamiento también debería tener la capacidad para adaptarse al estilo de vida de la persona? Además, ¿cómo puede alguien implicarse en la elección si no se le presentan todas las opciones disponibles?

(1) Las recomendaciones para mejorar la adhesión están disponibles en www.gesidaseimc.com

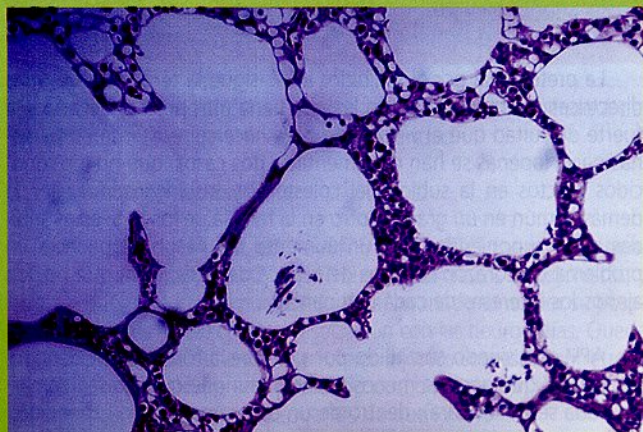
M PODEROSAS MITOCONDRIAS S

Hay un suplemento nutricional en el horizonte que puede ser una buena noticia para nuestras mitocondrias.

Probablemente no hayas pensado que tienes que preocuparte por ello, pero entre las muchas toxicidades a las que hacen frente las personas que llevan mucho tiempo tomando terapia antirretroviral (TAR) está el daño en las mitocondrias o fábricas de energía de las células. Se sabe desde hace tiempo que la clase de fármacos de los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN) causan daño en las mitocondrias de las células. La fatiga es un síntoma conocido de toxicidad mitocondrial pero raramente es extrema. Si lo es, puede suponer un riesgo para la vida. Un ejemplo es la acidosis láctica que puede ocurrir debido a la acumulación de lactato, un bioproducto de la actividad mitocondrial. Los investigadores continúan preguntándose qué papel debe jugar el daño en la mitocondria en el desarrollo de lipodistrofia junto con la alteración del metabolismo del azúcar (resistencia a la insulina) y niveles de lípidos (o grasas) elevados en la sangre. En la edición de este año de la Conferencia sobre Retrovirus (CROI) se presentaron datos que muestran que las personas que llevan mucho tiempo tomando TAR reciben más diagnósticos de diabetes y enfermedad cardiovascular.

El doctor Ulrich Walker, de la Universidad de Freiburg en Alemania, está estudiando un suplemento nutricional que contiene uridina, una sustancia que se encuentra en el organismo de forma natural. La uridina es en sí mismo un nucleósido que nuestro cuerpo usa para producir ADN, pero ello sólo puede ocurrir si las mitocondrias están intactas. Su investigación apoya la teoría de que los actuales ITIN son, de hecho, malos nucleósidos tóxicos para la mitocondria, porque inhiben la gamma polimerasa, una enzima esencial para la replicación del ADN mitocondrial. Según esta teoría, el ADN mitocondrial es necesario para que las células sean capaces de "respirar internamente", lo que produce energía y crea productos de desecho como el lactato. Cuando esta cadena respiratoria se estropea, el cuerpo no puede producir otros nucleósidos naturales como la uridina (los "nucleósidos buenos"). Aunque no existe todavía una prueba sencilla de laboratorio para determinar la extensión del daño mitocondrial en personas que llevan tiempo tomando TAR, tu doctor puede pedir una prueba para comprobar si tienes niveles altos de lactato en sangre.

Los estudios de uridina *in vitro* (en el tubo de ensayo) y en células del hígado de ratones que han estado expuestas a d4T, ddC, AZT y 3TC llevados a cabo por el doctor Walker y su equipo, mostraron



resultados prometedores en la reversión del daño en el ADN mitocondrial. Un estudio mostró la capacidad de la uridina para prevenir la anemia y la leucopenia (niveles bajos de glóbulos blancos) inducida por AZT. En estos estudios se usó la uridina en forma de Nucleomax[®], un suplemento nutricional que viene en sobres y cuyo contenido se disuelve en leche, zumo o agua. Nucleomax[®] contiene Mitocnol[®], un extracto de caña de azúcar con grandes cantidades de nucleósidos "buenos". Nucleomax[®] se puede conseguir en internet, pero es caro. Sugeriría que antes de correr al teclado, esperáramos los resultados de nuevos estudios en humanos. Se han desarrollado protocolos de investigación para estudiar los efectos de la uridina en humanos y en otros tipos de células, incluidas las células grasas, nerviosas y de los músculos. Uno de los estudios, que se desarrollará en Estados Unidos, observará la lipodistrofia en personas que toman d4T.

Hay varios aspectos que vale la pena comentar. No todos los nucleósidos son iguales a la hora de causar toxicidad mitocondrial y sólo los nucleósidos de una clase química llamada "pirimidinas", mencionados arriba (d4T, ddC, AZT y 3TC), responden a la uridina. Los fármacos de la clase de las "purinas", como ddI, no lo hacen. Esto probablemente se deba a que la uridina por sí misma pertenece al grupo de las pirimidinas. Además se necesitan estudios para descartar las dudas sobre si la uridina puede afectar negativamente las concentraciones en sangre de los análogos de nucleósido. En estudios iniciales en los que se usaron altas concentraciones de uridina intravenosa, unos cuantos ratones desarrollaron diarrea moderada que desapareció tan pronto como la uridina fue interrumpida. Hasta ahora esto no se ha observado en personas que toman Nucleomax[®] a la dosis recomendada. Aunque uno siente simpatía por los ratones.

Hablando de cosas más agradables, tenemos que decir que hay un novedoso nucleósido en desarrollo que parece no inhibir la formación del ADN mitocondrial sano. Pero esto será para un nuevo artículo.

Puedes averiguar más sobre Nucleomax[®] en www.nucleomaxX.com.

La primera ELECCIÓN



Seguimos con la serie de artículos que abordan las recomendaciones oficiales de tratamiento del VIH actualizadas a 2004. Hay que advertir que con las nuevas tecnologías los textos se convierten en textos vivos que en cualquier momento pueden sufrir una variación, por lo que conviene contrastar siempre lo que leas aquí con la página *web* de GESIDA www.gesidaseimc.com. Para guiarnos con siglas y nombres, por favor, consultad la leyenda.

Un ejemplo del fenómeno "documento vivo" que quieren ser las recomendaciones españolas, como lo venían siendo las de países de nuestro entorno, es que a finales de julio de 2004 los especialistas españoles propusieron incluir atazanavir como opción de primera línea, en oposición a las condiciones de aprobación de la Agencia Europea del Medicamento (EMA, en sus siglas en inglés), que excluyen a los llamados pacientes naive, es decir a los que nunca antes han tomado tratamiento. El borrador recibió diferentes alegaciones y en el momento de redactar este artículo todavía no se conoce la decisión del "comité de sabios".

A continuación os reproducimos las combinaciones de tratamiento inicial favoritas de los redactores del texto. Esto no quiere decir que si estás tomando algo diferente estés en una situación necesariamente arriesgada o experimental (o sí, depende), ya que las pautas tienden a ser muy conservadoras y lentas en reflejar las tendencias cada vez más heterogéneas. Además, el requisito de llegar a acuerdos entre muchos hace que queden fuera fórmulas que ya no son tan raras de ver, como la combinación doble entre TDF y Kaletra, por poner un ejemplo.

Cuadro 1

Combinaciones de tratamiento antirretroviral recomendadas en pacientes con una infección crónica por el VIH, no tratadas previamente	
Pautas preferentes	2 ITIN + 1 ITINN 2 ITIN + 1 o 2 IP
Pautas alternativas	3 ITIN

Queda claro más abajo que el mantenimiento como pauta alternativa de 3 ITIN, una posibilidad que ha recibido varios palos últimamente en términos de resultados de eficacia en estudios, es sólo por si resulta inconveniente utilizar ITINN o IP, o porque lo pida el/la interesado/a, añado yo. Combinaciones que contenían TDF han sido las más perjudicadas (véase Tabla 1), aunque el asunto ha cooleado bastante y ha habido polémica sobre el porqué del fracaso. Por su parte, hay un número relativamente modesto de personas naive que sólo toman Trizivir® (AZT + 3TC + ABC) y parece que les va bien, por un tiempo al menos, pese a que en conjunto tampoco ha salido muy bien librado de algunos ensayos. Claro que, como dice el refrán, cada uno cuenta la feria según le ha ido.

Tabla 1

COMBINACIONES DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES SIN TERAPIA PREVIA	
COMBINACIONES POSIBLES	PAUTAS
PAUTAS PREFERENTES	EFV + 3TC + (AZT o TDF o d4T o ABC) LPV/r + 3TC + (AZT o d4T)
PAUTAS ALTERNATIVAS	Nevirapina + 2 ITIN Saquinavir/r + 2 ITIN Nelfinavir + 2 ITIN Indinavir + 2 ITIN Indinavir/r + 2 ITIN Amprenavir/r + 2 ITIN
PAUTAS SI NO SE PUEDE UTILIZAR IP O ITINN	Abacavir + 3TC + AZT
PAUTAS CONTRAINDICADAS	Pautas con Saquinavir-cdg (Invirase®) no potenciado. Pautas con algunas combinaciones de ITIN (véase comentario): ABC + TDF + 3TC ddl + TDF + 3TC

Vamos a ver. Dejar a IDV no potenciado con RTV suena a broma, porque estamos hablando de un IP que se toma tres veces al día. Ni siquiera estaría justificado si la persona no tolerara la dosis pequeña de RTV, lo que es muy infrecuente, ya que entonces habría la opción de NFV, por ejemplo. Un despropósito.

La preferencia por el inhibidor LPV/r sigue la tendencia de otras directrices internacionales, en las que tiene más peso la eficacia y la fuerte dificultad que el virus tiene para hacerse resistente en personas naive (apenas se han documentado dos casos) que no los conocidos efectos en la subida del colesterol y los triglicéridos, por lo demás común en un grado u otro en la familia de los IP. Si estas subidas están suponiendo o no un aumento del riesgo de padecer un problema de corazón es fruto de fuertes debates, a los que no son ajenos los intereses de cada compañía.

APV está siendo sustituido por una nueva formulación denominada FAPV que permite menos pastillas (aunque cuando sea comercializada será más cara), dentro de un programa de uso expandido.

SQV-cbg no potenciado queda en el aire, ya que ni se menciona, algo censurable: si un antirretroviral está en el mercado, debe orientarse qué hacer con él. Y aunque sea en cantidad variable, los médicos y las personas que lo emplean merecen atención.

El comité considera, en sus propias palabras, que tanto EFV como NVP pueden ser una buena opción en el TAR de inicio. Los datos de estudios clínicos sugieren mayor eficacia de pautas que incluyen efavirenz, aunque la comparación entre los dos fármacos no permite obtener conclusiones definitivas, dicen. En base a estos datos, el panel considera tanto a EFV como a NVP de primera elección, y decantarse por uno u otro se haría en función de los efectos secundarios específicos de cada uno. Si ésta es la convicción de los especialistas, es un contrasentido y crea una confusión prescindible que no aparezcan juntos en la tabla.

Finalmente, aunque no aparecen en esta lista por estar datada en fecha previa, el ya mencionado IP atazanavir y el nucleósido emtricitabina, muy parecido a 3TC, vieron como se autorizaba su comercialización en España este mes de septiembre.

Tabla 2

COMBINACIONES RECOMENDADAS DE ITIN	
COMBINACIONES RECOMENDADAS	OBSERVACIONES DEL DOCUMENTO OFICIAL
AZT + 3TC	Es una pauta sencilla, eficaz y con un perfil de toxicidad aceptable y con una amplia experiencia clínica.
TDF + 3TC	Es eficaz en combinación con EFV. No se han realizado estudios sobre el uso de TDF y 3TC en combinación con un IP como tratamiento inicial y, por lo tanto todavía no es posible realizar recomendaciones sobre esta combinación.
d4T + 3TC	Ha demostrado su eficacia en múltiples estudios, aunque produce más alteraciones del metabolismo de los lípidos, lipodistrofia y neuropatía periférica que la combinación TDF + 3TC.
ABC + 3TC	Es equivalente a AZT + 3TC, aunque aproximadamente el 8% de los pacientes pueden desarrollar síndrome de hipersensibilidad.
AZT + ddl o ddl + 3TC	Existe escasa información clínica.
d4T + ddl o AZT + ddC	Pueden ser más tóxicas y deben utilizarse en caso de no poder usar alguna combinación de las descritas previamente.

La elección de cada una de estas combinaciones dependerá del tercer fármaco elegido y del perfil de seguridad.

No recomendadas

AZT + d4T, ddC + ddl, ddC + d4T y ddC + 3TC. Las razones principales son en el caso de AZT y d4T que son fármacos antagonistas, y en el de ddC, que fue un nucleósido desafortunado tanto por su posología (tres veces al día) como su asociación con las neuropatías. Queda alguien por ahí que defiende que fuimos injustos con este antirretroviral, y que podría recuperarse probando otra dosificación. Va a ser difícil convencer a facultativos y usuarios de que lo intenten.

Tabla 3

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LAS COMBINACIONES DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL		
COMBINACIONES DE ANTIRRETROVIRALES	VENTAJAS	INCONVENIENTES
2 ITIN + 1/2 IP	<ul style="list-style-type: none"> * Combinación con mayor tiempo de experiencia * Eficacia clínica demostrada 	<ul style="list-style-type: none"> * Posología compleja * Interacciones farmacocinéticas * Dificulta futuros tratamientos con IP * Toxicidad limitante a medio-largo plazo
2 ITIN + 1 ITINN	<ul style="list-style-type: none"> * Permite diferir IP * Posología sencilla 	<ul style="list-style-type: none"> * Pocos datos en pacientes con inmunosupresión grave * Interacciones farmacocinéticas * Invalida futuros tratamientos con ITINN
3 ITIN	<ul style="list-style-type: none"> * Permite diferir IP e ITINN * Posología sencilla 	<ul style="list-style-type: none"> * Pocos datos en pacientes con inmunosupresión grave * Menor eficacia que pautas con EFV * Menor eficacia que IDV en pacientes con CV > 100.000 copias/ml * Limita futuros tratamientos con ITIN

Conviene recordar que EFV y NVP, dos antirretrovirales de la familiar de los ITINN, muestran una alta resistencia cruzada. Esto es, habitualmente cuando el virus se hace resistente a uno, también al otro, de ahí la observación "invalida futuros tratamientos con ITINN". Hay un matiz: mientras esto es cierto casi al 100% cuando el primero en emplearse es EFV, podría sólo serlo parcialmente cuando el primero es NVP. Es decir, los datos de laboratorio y algún estudio indican que en ocasiones se puede recuperar el fracaso de NVP con EFV. Pero en la práctica, el proceso es prolijo, lleva tiempo y es costoso, por lo que se quedará reservado para terapias de rescate, o sea, las que se intentan cuando otras ya no sirven.

También los ITIN y los IP pueden presentar resistencia cruzada entre sí, aunque ése es el tema de otro artículo en esta revista.

Referencia: El documento completo de las recomendaciones y sus tablas anexas puede descargarse de www.gesidaseimc.com

Legenda

Las abreviaciones y siglas siguen las habitualmente utilizadas en LO+POSITIVO, no coinciden siempre con las del documento de GESIDA. La identificación entre unas y otras, sin embargo, es sencilla.

ITIN= Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido/nucleótido;
ITINN= Inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos;
IP= Inhibidores de la proteasa.
AZT= zidovudina, Retrovir®, también parte de Combivir® y de Trizivir®
3TC= lamivudina, Epivir®, también parte de Combivir® y de Trizivir®
ABC= abacavir, Ziagen®, también parte de Trizivir®

d4T= estavudina, Zerit®
ddl= didanosina, Videx®
ddC= zalcitabina, Hivid®
TDF= tenofovir, Viread®
FTC= emtricitabina, Emtriva®
EFV= efavirenz, Sustiva®
NVP= nevirapina, Viramune®
SQV= saquinavir en cualquiera de sus dos presentaciones
SQV-cdg= saquinavir en cápsula dura de gel, Invirase®
SQV-cbg= saquinavir en cápsula blanda de gel, Fortovase®
IDV= indinavir, Crixivan®
NFV= nelfinavir, Viracept®
RTV= ritonavir, Norvir®
LPV/r= lopinavir/ritonavir, Kaletra®
APV= amprenavir, Agenerase®
FAVP= fosamprenavir, Telzir®
ATV= atazanavir, Reyataz®
CV= carga viral

¿PEGINTRON

O PEGASYS?

E

l tratamiento estándar para el virus de la hepatitis C (VHC) consiste en una combinación de interferón pegilado (IFN-PEG) en inyecciones subcutáneas una vez a la semana más una dosis variable de ribavirina (RBV) oral dos veces al día. De ambos fármacos existen dos formulaciones, pero mientras que las de la RBV son equiparables, no es el caso del IFN-PEG: una, Pegasys de Laboratorios Roche, es de dosis fija, mientras que otra, PegIntron de Schering-Plough, se ajusta según el peso. ¿Da igual un interferón que el otro?

A principios de este año, la multinacional suiza Roche dio a conocer los resultados del estudio APRICOT en el que por primera vez se estudiaba la eficacia a gran escala (868 participantes) del uso de IFN-PEG versión Pegasys y RBV en personas coinfectadas con el VIH y el VHC. La respuesta viral sostenida (la "curación" del VHC) se dio en un 40% de los participantes, el doble que con el interferón tradicional y RBV. Sin embargo, el porcentaje descendía al 29% para los pacientes con genotipo 1, el más común en España y, junto con el 4, el que responde peor al tratamiento.

Schering-Plough ha contraatacado este verano con la publicación simultánea de varios estudios que han utilizado su versión del interferón pegilado, PegIntron. Uno de ellos es del Hospital Clínic de Barcelona, en el que se inscribió a un total de 95 personas, de las que en conjunto obtuvieron respuesta viral sostenida un 44%; si sólo contamos los participantes con los genotipos 1 y 4 (los más resistentes al tratamiento), la cifra se sitúa en un 38%, es decir 9 puntos más de eficacia que la mostrada en el APRICOT por Pegasys. Pero esta comparación es engañosa: el estudio catalán es casi 10 veces más pequeño que el internacional, y establecía como criterio de entrada tener más de 250 CD4, mientras que el APRICOT tenía el límite general en 200 CD4 pero lo bajaba a 100 si se contaba con menos de 5.000 copias de carga viral. Y es sabido que con CD4 bajos el éxito del tratamiento de la hepatitis C disminuye drásticamente. Los participantes con menos de 200 CD4 fueron pocos, por lo que es difícil saber qué influencia tuvo este factor, si es que alguna.

Preguntamos al coordinador barcelonés, Josep Mallolas, quien negó que el estudio publicado permita inferir que PegIntron es superior a Pegasys, y que en su unidad utilizan ambos, aunque no aclaró qué criterio emplean para prescribir uno u otro. ¿Entonces?

Federico Pulido, del Doce de Octubre, afina un poco más: «Ante la ausencia de estudios comparativos no es posible afirmar que ninguna de las dos formulaciones es mejor que la otra. El hecho de que Pegasys se administre por jeringas precargadas puede disminuir la necesidad de manipulación y hacerlo en la práctica más atractivo para algunos pacientes».

María Jesús Pérez-Eliás, del Ramón y Cajal de Madrid, matiza: «Yo tiendo a utilizar más Pegasys por los datos en pacientes cirróticos y muchos de mis primeros pacientes lo son, y porque he vuelto a tratar a pacientes que habían recibido PegIntron a dosis bajas. Los datos del estudio de Mallolas, probablemente nos hablan de una eficacia comparable entre las dos estrategias».

El peso de la ribavirina

Pero es que además en el APRICOT con Pegasys las dosis de ribavirina eran más bajas. De hecho, aunque ya hemos dicho que las pre-

sentaciones de RBV son equivalentes, las dosis que se utilizan no lo son. Tracy Sawm, del Grupo de Acción en Tratamientos (TAG, en su siglas en inglés), de Nueva York, cree que aquí puede estar parte de la clave en las importantes diferencias entre los resultados del estudio del Clínic y del APRICOT, como de éstos con los del estadounidense AACTG 5071 (que utilizó Pegasys) y del RIBAVIC francés (que utilizó PegIntron): cada uno daba cifras de eficacia muy divergentes, y en ocasiones casi abismales.

«El AACTG 5071 utilizó una estrategia de escalado de dosis para RBV, empezando a 600mg/día, elevando a 1.000mg/día si se toleraba, mientras que [APRICOT y RIBAVIC] utilizaron 800mg/día», señala Sawm. Por nuestro lado comprobamos, que el estudio del Clínic, en cambio, ajustó la dosis entre 800 y 1.200mg/día según el peso.

Otra parte de las diferencias puede estar relacionada con que en unos estudios (AACTG 5071 y APRICOT) se permitió el uso de factores de crecimiento para paliar los efectos secundarios de la terapia (anemia, depresión, etc.) mientras que en otros no (RIBAVIC y el del Clínic).

La activista estadounidense piensa que más allá de preguntarse cuál de los dos interferones es superior al otro, «los verdaderos interrogantes puede que tengan que ver con dar apoyo a las personas mientras siguen la terapia para la hepatitis C, cuál debe ser la duración de dicha terapia y cuál la estrategia óptima de manejo de los efectos secundarios».

Es posible que tenga razón, pero seguimos sin saber si un interferón es mejor que otro. Puede que la respuesta sea que no para el conjunto de personas coinfectadas con VIH y VHC, pero y ¿por tipos de pacientes? Por ejemplo, diferencias según el genotipo (1 y 4, por un lado; 2 y 3, por el otro) o según la carga viral del VHC. Pero como indica Sawm, estos estudios tendrían que ser enormes y por ello muy costosos, «lo que hace que sean improbables».

Schering está llevando a cabo un ensayo denominado IDEAL para comparar las dos estrategias de tratamiento basadas en PegIntron y Pegasys, respectivamente, que ha recibido abundantes críticas una vez más por las diferentes dosis de RBV en cada brazo, pero de todas formas tiene aquí un interés relativo, ya que es únicamente para personas con solo VHC.

Afortunadamente, el Clínic, como otros centros, están reclutando participantes coinfectados VIH/VHC para comparar frente a frente ambos interferones pegilados, con la esperanza de determinar si uno es mejor que otro. O no.

NOTA:

Encontrarás referencias a estos estudios en nuestro sitio www.gtt-vih.org. Simplemente, teclea el nombre en el buscador de la página principal o en el de La Noticia del Día.

El tratamiento del VIH en @s más jóvenes [y 3]:

Combinaciones de fármacos antirretrovirales recomendadas en primera línea para el tratamiento de la infección por VIH en la población pediátrica



o que sigue es la tercera y última parte de una serie de artículos publicados en números previos de esta revista, y que ofrecieron un repaso de las ventajas y desventajas de cada uno de los fármacos de las clases de antirretrovirales disponibles, en la población pediátrica (véase LO+POSITIVO #27 y #28). Esta vez, presentamos las combinaciones que se recomiendan y las que se han de evitar, para el tratamiento de primera línea de la infección por VIH en @s más jóvenes.

COMBINACIONES BASADAS EN INHIBIDORES DE LA PROTEASA	
Muy recomendadas	● Dos ITIN ¹ más lopinavir/ritonavir o nelfinavir o ritonavir
Recomendadas como alternativa	● Dos ITIN ¹ más amprenavir (niños de 4 años o más) ² o indinavir
COMBINACIONES BASADAS EN NO ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDO	
Muy recomendadas	● Niños de más de 3 años: dos ITIN ¹ más efavirenz ³ (con o sin nelfinavir) ● Niños de 3 años o menos o que tienen dificultades para ingerir cápsulas: dos ITIN ¹ más nevirapina ³
Recomendadas como alternativa	● Dos ITIN ¹ más nevirapina ³ (niños de más de 3 años)
COMBINACIONES BASADAS EN ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDO	
Muy recomendadas	● Ninguna
Recomendadas como alternativa	● zidovudina más lamivudina más abacavir
Recomendada en circunstancias excepcionales	● Dos ITIN ¹
Combinaciones no recomendadas	
	● Monoterapias ⁴ ● Algunas combinaciones de dos ITIN ¹ ● Dos ITIN ¹ más saquinavir en cápsulas de gel duro o blando como único inhibidor de la proteasa ⁵
No existen datos suficientes para elaborar recomendaciones	
	● Dos inhibidores de la proteasa, incluidos saquinavir en cápsulas de gel blando o duro con dosis reducida de ritonavir, salvo lopinavir/ritonavir más lamivudina ● ITIN más ITINN más inhibidor de la proteasa ⁶ ● Regímenes que contengan tenofovir ● Regímenes que contengan enfuvirtida (T-20) ● Regímenes que contengan emtricitabina (FTC) ● Regímenes que contengan atazanavir ● Regímenes que contengan fosamprenavir

Referencia: Recomendaciones para el uso de los agentes antirretrovirales contra el VIH en la población pediátrica, a 20 de enero de 2004 (Grupo de Trabajo estadounidense sobre Terapia Antirretroviral y Manejo Médico en @s niños infectados por el VIH).

Fuente: El documento entero original está disponible en inglés en www.aidsinfo.nih.gov

1 Combinaciones de dos ITIN:

Muy recomendadas: zidovudina más didanosina o lamivudina; o estavudina más lamivudina

Recomendadas como alternativa: abacavir más zidovudina o lamivudina; o didanosina más lamivudina

Recomendadas en circunstancias excepcionales: estavudina más didanosina; o zalcitabina más zidovudina

Datos insuficientes: regímenes que contengan tenofovir o emtricitabina

No recomendadas: zalcitabina más didanosina, estavudina o lamivudina; o zidovudina más estavudina

2 Amprenavir no tendría que administrarse en niños de menos de 4 años debido a que la preparación oral líquida contiene glicol propileno y vitamina E, y que no se dispone de datos farmacocinéticos en la población de esta edad.

3 En la actualidad efavirenz está solamente disponible en cápsulas, aunque se está llevando a cabo un estudio para determinar la dosis apropiada en los niños con VIH de menos de 3 años para una posible formulación en jarabe; nevirapina sería el ITINN favorecido para los niños de menos de 3 años o que requieren una formulación líquida.

4 No se recomiendan los regímenes de monoterapia excepto dentro del marco de un tratamiento de profilaxis para los niños expuestos al VIH durante las 6 primeras semanas de vida para prevenir la transmisión perinatal del virus; si se confirma que el niño se ha infectado con el VIH mientras recibe zidovudina como tratamiento de profilaxis, se tendría que interrumpir la toma del fármaco o pasar a una terapia de combinación de antirretrovirales.

5 Con la excepción de lopinavir/ritonavir, los datos sobre la farmacocinética y la seguridad de las combinaciones con dos IP (por ejemplo dosis reducida de ritonavir para potenciar saquinavir, indinavir o nelfinavir) son limitados y no se recomiendan este tipo de combinación en una terapia de primera línea. En cambio, dichos regímenes podrían tener alguna utilidad en segunda línea para los niños cuyo tratamiento inicial ha fallado. Saquinavir en cápsulas de gel blando y duro necesita potenciarse con una dosis reducida de ritonavir para obtener los niveles requeridos en los niños, aunque los datos sobre las dosis apropiadas todavía no están disponibles.

6 No se recomienda esta combinación con la excepción de la que se basa en efavirenz más nelfinavir más 1 o 2 ITIN que se estudió en los niños con VIH y mostró su eficacia virológica e inmunológica en un ensayo clínico. (Starr SE, Fletcher CV, Spector SA, et al.)

SARCOMA DE KAPOSÍ:

¿Qué hay de nuevo?



Las lesiones oscuras en la piel típicas del sarcoma de Kaposi se han asociado ya desde el principio de la epidemia al SIDA, siendo históricamente una de las manifestaciones clínicas más estigmatizantes para las personas con VIH/SIDA. Este tipo de cáncer que se da mayoritariamente entre hombres no sólo tiene consecuencias sobre el aspecto físico, sino que también puede comprometer la función de órganos vitales y causar la muerte. Aunque con el uso de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) la prevalencia de esta malignidad ha descendido en los países occidentales de forma importante, todavía hay personas que necesitan tratamientos específicos para el sarcoma de Kaposi, ya sean recién diagnosticadas con VIH, personas en las que TARGA ha fracasado o personas sin acceso al tratamiento antirretroviral.

¿A qué se debe?

Aunque se trata de un tipo de cáncer que ya se conocía antes, el sarcoma de Kaposi (SK) observado en las personas con VIH/SIDA es más agresivo y se da 20.000 veces más que en la población general y 300 veces más que en otras personas inmunodeprimidas como, por ejemplo, las que han recibido un trasplante de órgano. Ello es así por las condiciones especiales que se establecen en la infección por VIH.

En la aparición del SK asociado a SIDA intervienen distintos factores: un virus, relacionado con el virus del herpes humano tipo 8 (VHSK o VHH-8, en sus siglas en inglés); una alteración de la expresión y respuesta a las citoquinas; y una proteína del VIH llamada Tat que estimula el crecimiento de los tumores. Y posiblemente otros factores aún desconocidos que se desvelarán a medida que las investigaciones en curso vayan arrojando más luz sobre esta malignidad.

La manifestación y evolución del SK asociado a SIDA es muy variable: puede ser mínimo y muy localizado, o puede experimentar un crecimiento muy rápido que comprometa la vida de la persona. Las lesiones en la piel suelen darse en las piernas, cara (especialmente en la nariz) y genitales. Pueden ser de color rosa, rojo, púrpura o marrón y de distintos tamaños, desde unos milímetros hasta centímetros. También se puede extender en forma de placas, especialmente en las piernas. Aunque en el caso de las lesiones cutáneas es posible realizar un presunto diagnóstico con una simple observación, se recomienda confirmarlo con una biopsia de piel.

Además de la piel, se da en la boca (paladar, encías) en un tercio de personas. El sistema gastrointestinal también suele verse afectado por las lesiones, incluso sin que aparezcan en la piel. Dependiendo de su gravedad pueden observarse síntomas como pérdida de peso, dolor abdominal, náusea, vómitos y sangrado.

La afectación de los pulmones es también habitual y no necesariamente va acompañada de lesiones en la piel. Los síntomas son dificultad al respirar, fiebre, tos, hemoptisis (expulsión de sangre con tos) o dolor en el pecho. En algunos casos no se da sintomatología y su diagnóstico se lleva a cabo cuando se realizan rayos X del tórax o una broncoscopia. Se trata de una prueba mediante la cual se pueden observar lesiones en los bronquios y que evita la realización de una técnica más invasiva como la biopsia, no recomendada en estos casos por el riesgo de sangrado.

La aparición de lesiones en los nódulos linfáticos es frecuente y también puede ocurrir sin que existan lesiones en la piel. De hecho, cualquier órgano sólido puede verse afectado, según indican los resultados de autopsias en las que se ha encontrado SK en hígado, páncreas, corazón, testículos y médula ósea.

Opciones de tratamiento

Los principales objetivos del tratamiento del SK son: la paliación de síntomas (intentar que los tumores se reduzcan para aliviar los edemas, el daño en órganos internos y el estrés psicológico que provoca); la prevención de la progresión; y en el mejor de los casos la cura.

Las opciones de tratamiento dependerán mayormente de la extensión de la enfermedad y del ritmo de su progresión, de la carga viral del VIH y del estado de la persona (recuentos de CD4, estado general de salud). Además es importante tener en cuenta si la función de ciertos órganos está dañada, lo que podría incrementar la posible toxicidad del tratamiento. Para evitar falta de eficacia o un incremento de la toxicidad también resultará útil explorar las posibles interacciones con otros fármacos que se estén tomando en dicho momento.

El uso de corticosteroides puede inducir o exacerbar el SK. Las personas con VIH/SIDA pueden recibir tratamientos con corticosteroides, por ejemplo, en caso de trombocitopenia inmune o neumonía por *Pneumocystis carinii*.

La terapia antirretroviral

De entrada, ante la aparición de SK se recomienda el inicio de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), puesto que existen datos suficientes que indican que es posible la regresión y desaparición de las lesiones cutáneas con esta estrategia.

El hecho de que TARGA por sí misma pueda tratar el SK responde a distintos factores: la inhibición de la replicación del VIH y por tanto de la producción de la proteína Tat del VIH; la mejora de la respuesta inmune frente al VHSK o VHH-8; y la actividad de ciertos inhibidores de la proteasa (IP) que también inhiben la angiogénesis; es decir, dificultan el crecimiento de los vasos sanguíneos que un tumor necesita para crecer. De todas formas, todavía está por determinar si los regímenes con IP son más activos en el tratamiento del SK que aquéllos basados en no análogos de nucleósido (ITINN).

Tratamiento local de lesiones

Aunque el SK es una enfermedad que puede afectar a todo el organismo y manifestarse en puntos distintos, el tratamiento local de ciertas lesiones puede resultar útil cuando éstas son muy abultadas. También se puede usar por razones cosméticas, cuando las lesiones son visibles.

Una de las limitaciones de este tipo de tratamiento es que no previene que aparezcan nuevas lesiones en zonas que no estén siendo tratadas.

El único tratamiento tópico de auto administración que ha sido aprobado para el SK es el gel de alitretinoína (Panretin®). Se trata de un retinoide que precisa ser aplicado entre 4 y 8 semanas para que se note el efecto y cuya principal complicación es la irritación de la piel que en algunos casos puede ser importante.

Otros tratamientos locales que pueden resultar útiles para controlar el crecimiento de un tumor son:

* **La quimioterapia intralesional.** La vinblastina es el agente más usado y ofrece muy buenos resultados, las lesiones palidecen y se reducen, aunque no las suele eliminar completamente.

* **La radiación.** Útil para tratar lesiones demasiado grandes para el uso de quimioterapia intralesional y demasiado pequeñas para que se realice un tratamiento sistémico. Aunque produce malestar puede realizarse en un periodo corto de tiempo: unas 2 semanas a razón de 3 sesiones cada semana.

También pueden resultar útiles la terapia con láser y la crioterapia (nitrógeno líquido).



TRATAMIENTO SISTÉMICO (O GENERAL)

Quimioterapia

Aunque algunos viejos agentes quimioterapéuticos han mostrado ser muy activos frente al SK tanto solos como en combinación (doxorubicina, bleomicina, vinblastina, vincristina y etoposida), el tratamiento sistémico actual para el SK incluye las nuevas antraciclinas, así como el paclitaxel. La formulación liposomal de la antraciclina aporta la ventaja de una vida media en plasma más larga, concentraciones más altas de fármaco en los tumores y menos toxicidad en aquellos órganos que no necesitan tratamiento; es decir, una mejor relación beneficio/riesgo si comparamos con la quimioterapia convencional.

Dos antraciclinas liposomales ya aprobadas, doxorubicina liposomal (Caelyx®) y daunorubicina liposomal (DaunoXome®), se han convertido en el tratamiento de quimioterapia de primera línea para personas con SK sintomático diseminado. La dosis recomendada de doxorubicina liposomal es de 20mg/m² cada tres semanas y la de daunorubicina liposomal es de 40mg/m² cada dos semanas.

Estos tratamientos no sólo reducen los tumores, sino que además mejoran el estado del sistema linfático, de los síntomas gastrointestinales, reducen el dolor y las lesiones desfigurantes. Con este tipo de fármacos no son habituales los efectos secundarios típicos de la quimioterapia, tales como la pérdida de cabello y las neuropatías. Tampoco se han asociado a cardiopatías, una complicación que limitaba el uso de las antraciclinas no liposomales.

El paclitaxel (Taxol®) es otro agente quimioterapéutico aprobado para el SK y ha mostrado una gran eficacia incluso en personas con resistencia a las antraciclinas. La duración media de la respuesta observada en los estudios realizados es la más larga obtenida con tratamientos del SK (unos 10 meses), pero las elevadas tasas de pérdida del cabello, mialgia, artralgia y supresión de la médula ósea, hacen que esta terapia sea menos atractiva que las antraciclinas liposomales. Además, su administración consiste en una infusión de 3 horas de duración. La dosis recomendada es de 100mg/m² cada 2 semanas o 135mg/m² cada 3 semanas. Para evitar una reacción alérgica además deberá administrarse un tratamiento previo que incluye dexametasona, difenidramina y ranitidina o equivalente.

En caso de tomar tratamiento antirretroviral habrá que tener en cuenta también la posible interacción de paclitaxel con los inhibidores de la proteasa (IP) y los no análogos de nucleósido (ITINN), puesto que todos se metabolizan en el hígado por la misma vía (el citocromo P450) pudiendo resultar en un aumento de la toxicidad de paclitaxel. Aunque existen pocos datos al respecto, se ha informado de un incremento notable de la toxicidad en una persona que tomaba, además de paclitaxel, delavirdina (ITINN no disponible en España) y saquinavir. Por el contrario, en un estudio farmacocinético con una sola persona no se vieron diferencias estadísticamente significativas con grupos de control históricos cuando paclitaxel se administraba con indinavir, ritonavir, saquinavir y nevirapina.

Interferón alfa

El interferón alfa es un modificador de la respuesta biológica que puede producir respuestas clínicas significativas en personas con SK, especialmente en aquellos casos en los que las lesiones se limitan a la piel y cuando la inmunosupresión es moderada. En un estudio de los ACTG estadounidenses (Grupo de estudios Clínicos del SIDA, en sus siglas en inglés) se obtuvieron respuestas similares con dos dosis distintas de interferón alfa (1 millón y 10 millones de unidades diarias) en combinación con didanosina (Videx®). Sin embargo, las dosis altas de este agente se asocian a una toxicidad sistémica elevada (fiebre, escalofríos, neutropenia, hepatotoxicidad y daño cognitivo). Es importante también tener en cuenta que en personas con recuentos de CD4 inferiores a 200 células/mm³ la respuesta tumoral es pobre y los efectos secundarios se exacerban.

Tratamientos en experimentación

* **Inhibidores de la angiogénesis.** Puesto que la angiogénesis juega un rol importante en la patogénesis del SK, no es de extrañar que la mayor parte de inhibidores de la angiogénesis que se desarrollan se estén probando en personas con SIDA y SK. Los siguientes productos han mostrado respuestas duraderas en ensayos clínicos: fumagillina, talidomida, metastat, IL-12 e imatinib.

* **Antiherpéticos.** Esta estrategia se basa en el tratamiento del virus del herpes asociado al SK (VHSK o VHH-8). En un análisis longitudinal de la cohorte MACS realizado en hombres gay se observó que en aquéllos con enfermedad por citomegalovirus (CMV) el uso de ganciclovir y foscarnet se asoció, aunque no de forma significativa, a una reducción del riesgo de SK. Sin embargo, son necesarios estudios prospectivos que puedan aportar datos más concluyentes sobre esta posible forma de tratar el SK.

REFERENCIA:

Resumen y adaptación al castellano de Dezube B.J., Pantanowitz L., Aboulafia D.M. Management of AIDS-Related Kaposi Sarcoma: Advances in Target Discovery and Treatment. AIDS Read 14(5):236-253, 200. Versión completa en inglés disponible en www.medscape.com

MUTACIONES

de resistencia a los IP



Seguimos la serie de artículos dedicados a las resistencias a los fármacos antirretrovirales que iniciamos en LO+POSITIVO 26. Esta ocasión es el turno de las mutaciones del VIH que confieren resistencia a los inhibidores de la proteasa (IP). Nos detendremos también en algunas de las últimas novedades sobre este tema que se presentaron en la pasada XV Conferencia Internacional del SIDA de Bangkok.

Los inhibidores de la proteasa (IP)

A diferencia de otras familias de fármacos, los inhibidores de la proteasa (IP) tienen una **barrera genética** alta, es decir se necesita que se acumulen varias mutaciones para que se produzca resistencia y, por consiguiente, ésta acostumbra a desarrollarse lentamente.

Se ha observado con frecuencia una amplia resistencia cruzada a los IP en el VIH que presenta mutaciones en las posiciones **33, 82, 84 y 90** del gen de la proteasa. A este tipo de mutaciones se las conoce como mutaciones universales asociadas a los inhibidores de la proteasa (UPAM, en sus siglas en inglés). Por consiguiente, existe un alto nivel de resistencia cruzada principalmente entre saquinavir (SQV), nelfinavir (NFV), indinavir (IDV) ritonavir (RTV), y atazanavir dependiendo de la línea de tratamiento.

Se distinguen dos tipos de mutaciones que confieren resistencia a los IP: las mutaciones **primarias** y las **secundarias**. Las mutaciones primarias se localizan justo en la enzima de la proteasa del VIH e impiden que los IP se unan a ella. Estas mutaciones producen una alteración en el **fitness viral**, en la **capacidad de replicación** o en ambos a la vez (véase **recuadro más abajo**). Son mutaciones bastante concretas para cada uno de los fármacos. Las **secundarias** se localizan fuera del lugar activo de la proteasa y en general aparecen más tarde que las primarias. Por sí solas no causan resistencia a los fármacos, pero permiten al virus adaptarse al efecto producido por la mutación primaria.

Fitness viral: Se refiere a la capacidad de una cepa de VIH de reproducirse (o replicarse) más eficazmente que otras en un medio determinado.

Capacidad de replicación: Se trata de la cantidad de virus producida en cada serie de replicación. En un fracaso parcial de tratamiento la reducción de la capacidad de replicación de virus resistentes a fármacos depende, en parte, de la estabilidad inmunológica sostenida pese a la replicación viral continua.






Mutaciones

- Las mutaciones en las posiciones **10, 20, 36, 63, 71, 77 y 93** no causan resistencia a los fármacos por sí mismas, pero contribuyen a resistencia cuando aparecen con otras mutaciones en el gen de la proteasa.

- La mutación **I84V** produce resistencia a todos los IP.
- Resistencia a saquinavir (SQV, Fortovase®):** La resistencia primaria a SQV implica con mucha frecuencia a la mutación **L90M** seguida de una acumulación de mutaciones secundarias como la **L10I**, la **A71V** y la **G73S**. En casos de alta concentración de SQV (cuando se combina con RTV) en un tratamiento con IP en primera línea, se puede observar también la mutación **G48V**, que causa un aumento de la resistencia a SQV de 10 veces; si además también aparece la **L90M**, el aumento de la resistencia es de 100 veces.
- Resistencia a indinavir (IDV, Crixivan®) y a ritonavir (RTV, Norvir®):** La mutación **V82A** confiere resistencia a IDV y a RTV. Para que se produzca una resistencia significativa requiere siempre de una acumulación posterior de mutaciones secundarias como la **M46I** o la **I54V**. Cuando IDV se administra tres veces al día sin RTV, la resistencia emerge de forma muy lenta. Se han dado dos posibles explicaciones a este fenómeno: una, que mutaciones individuales o un pequeño número de mutaciones parecen favorecer niveles remarcablemente bajos de resistencia a IDV, con niveles altos sólo alcanzados tras una acumulación de varias mutaciones; dos, que el perfil farmacocinético de IDV, con períodos frecuentes de bajas concentraciones valle en plasma, pueda facilitar un estallido de la replicación del virus de tipo salvaje, que no necesita acumular mutaciones para replicarse durante estos intervalos de tiempo.
- Resistencia a nelfinavir (NFV, Viracept®):** La mutación característica de resistencia primaria a NFV es la **D30N**, que aparece en más de dos tercios de los casos de fracaso con NFV. Tras esta mutación primaria, suelen desarrollarse otras mutaciones secundarias como la **N88D**. En las fases temprana de selección, la mutación **D30N** no provoca resistencia cruzada a otros IP. Sin embargo, este beneficio desaparece cuando junto con la **N88D** se desarrollan también otras mutaciones como la **M46I**, la **A71V** u otras.
- Resistencia a amprenavir (APV, Agenerase®):** El principal interés de APV es que está afectado sólo ligeramente por resistencia cruzada. Ésta es únicamente significativa cuando se acumula un alto número de mutaciones, entre las que se incluyen las muy nocivas mutaciones **I84V** y **I54V**. Cuando APV forma parte de un régimen de primera línea, selecciona sólo mutaciones primarias como la **I50V** o la **I47V**, que inducen resistencia cruzada limitada a otros IP, excepto a lopinavir. APV será sustituido en

TABLA I: INHIBIDORES DE LA PROTEASA (IP)

Mutación	SQV saquinavir	IDV indinavir	RTV ritonavir	NFV nelfinavir	APV amprenavir	LPV lopinavir
10						
20						
24						
30						
32						
33						
36						
46						
47						
48						
50						
53						
54						
63						
71						
73						
77						
82						
84						
88						
90						
93						

 Causa resistencia fenotípica y clínica	 Contribuye a resistencia fenotípica y clínica	 Mutación de resistencia accesoria	 se desconoce	 no causa resistencia
--	---	---	---	--

breve por el nuevo IP del mismo laboratorio: fosamprenavir (véase más abajo).

- **Resistencia a lopinavir (LPV, LPV/rtv, Kaletra®):** Hasta el momento no hay en la proteasa ninguna mutación específica que pueda por sí misma provocar resistencia significativa a LPV. Sin embargo, las mutaciones que aparecen en las posiciones 10, 20, 24, 46, 53, 54, 63, 71, 82, 84 y 90 pueden provocar una disminución de la susceptibilidad a este medicamento, al igual que a los fármacos de la misma familia. En casos de fracaso en regímenes con LPV en primera línea, el desarrollo de resistencia es extraordinariamente bajo. LPV potenciado con RTV posee un cociente inhibitorio (IQ) de >75. El IQ expresa la diferencia entre la concentración mínima y la concentración necesaria para frenar el virus. El uso de LPV/r determina que los niveles mínimos suban mucho, hasta 75 veces de diferencia. Al frenar la replicación del virus, se consigue que éste tenga más dificultades para mutarse y desarrollar resistencias.

Otros inhibidores de la proteasa:

- **fosamprenavir (FAPV, Telzir®):** Es un profármaco de APV (Agenerase®), es decir este producto se convierte en APV, su forma activa, una vez en el organismo y durante el proceso de absorción. Con el profármaco el compuesto se absorbe mejor, es decir, se alcanzan niveles similares de APV tomando menos

cantidad de producto. La mutación característica es la I50V que no tiene resistencia cruzada, pero pueden producirse mutaciones en la posición 54, que tienen implicaciones más amplias de resistencia cruzada.



- **atazanavir (ATV, Reyataz®):** Este IP ha sido aprobado en Europa potenciado con RTV y como tratamiento de segunda línea (en EE UU se aprobó sin limitaciones). Cuando ATV es el primer IP utilizado, se ha observado la mutación I50L (que no se asocia con resistencia cruzada a otros IP) en combinación con la A71V, que provocó una reducción de la susceptibilidad a ATV, pero al tiempo un aumento de la susceptibilidad a APV, IDV, NFV, RTV y SQV. Sí se observa resistencia cruzada en pacientes pretratados.
- **tipranavir (TPV/r):** Este IP, que el pasado mes de octubre el laboratorio que lo fabrica presentó a la EMEA y a la FDA una solicitud de aprobación acelerada (reservada a medicamentos nuevos que demuestren ser vitales para las personas afectadas), según los resultados de los ensayos RESIST I y II parece ser eficaz en personas con virus resistentes a otros fármacos de la misma clase.

INHIBIDORES DE LA FUSIÓN

En la XI Conferencia sobre Retrovirus y Enfermedades Oportunistas (CROI, 8-11 de febrero de 2004, San Francisco, EE UU) se presentó un estudio italiano que ofreció datos sobre las mutaciones que confieren resistencia al primer inhibidor de la fusión, enfuvirtida, también conocido como T-20. Se trata del primer resultado sobre las mutaciones en la gp41, la glicoproteína que regula la unión del VIH-1 a las membranas de la célula huésped, que confieren resistencia *in vitro* e *in vivo* al T-20. Se estudiaron 12 personas que habían sido tratadas entre uno y dos años en el TORO II, uno de los estudios en los que se basó la aprobación del fármaco. Con una metodología específica para los inhibidores de la fusión, se hallaron mutaciones que conferían resistencia en 7 de las 12 personas. La mayor parte de estas mutaciones se encuentran entre los aminoácidos 36 y 45.

Tras la interrupción del tratamiento, 2 personas recuperaron la cepa salvaje. La resistencia era de más de 100 veces respecto a la secuencia basal. Ninguna de las personas con virus mutado presentó resistencia cruzada con el T-1249, otro inhibidor de la fusión cuyo desarrollo se detuvo en enero de este año.

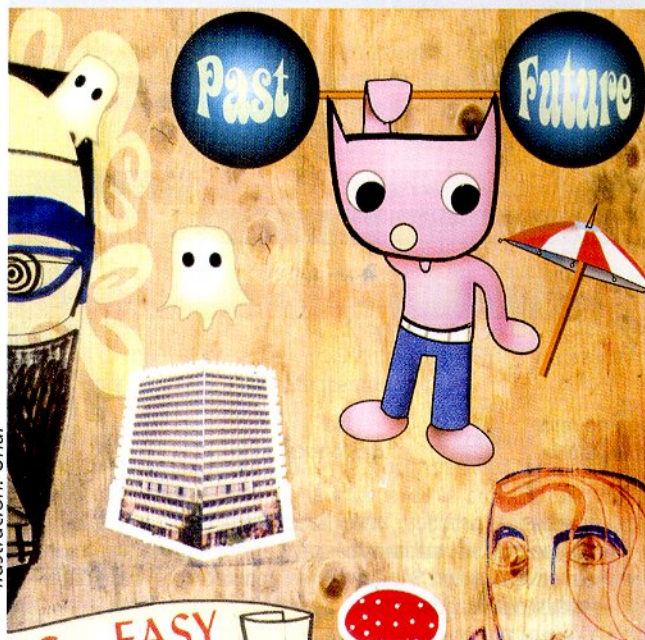


Ilustración: Unai

Mi virus se resiste a los IP, ¿qué puedo hacer?

Si un virus ha mostrado ser resistente al IP de tu primer régimen estándar (2 ITIN + 1 IP), todavía dispones de algunas alternativas de sustitución que conviene tener en cuenta, a pesar de las resistencias cruzadas de los fármacos de esta clase.

- Conviene recordar, en primer lugar, que tomar los medicamentos ARV según las pautas prescritas (es decir, procurar una adhesión óptima a TARGA) evita o retrasa el desarrollo de mutaciones de resistencias.
- Saber con seguridad si el régimen está fracasando como consecuencia del desarrollo de resistencias a los IP (u a otros fármacos) sólo será posible tras conocer los resultados de un test de resistencias. Otros factores también podrían estar relacionados con el fracaso del tratamiento: problemas de farmacocinética (nivel de medicamento en sangre, que puede variar entre personas), una escasa adhesión al tratamiento o la baja potencia de la combinación.

- Las mutaciones primarias para cada uno de los IP son bastante específicas. Este hecho implica que si un régimen basado en IP fracasa, se podría sustituir ese IP por otro IP, un IP potenciado con RTV o dos IP, sobre todo si se hace en la mayor brevedad posible y si no se han acumulado varias mutaciones en la proteasa. Los IP de rescate podrían ser IDV/r o SQV/r, este último sobre todo en pacientes que han fracasado a una primera pauta con NFV. Si el primer IP de tu régimen ha sido LPV/r, éste podría substituirse por FAPV/r o SQV/r; no obstante, la información clínica al respecto es muy preliminar. El uso de nuevos IP, como TPV/r, que hayan demostrado su eficacia en personas con virus resistentes al resto de IP, es una opción a tener en cuenta.
- Otra posibilidad consistiría en el cambio a un segundo IP potenciado con RTV, más dos nuevos ITIN y un ITINN ya que algunos estudios han mostrado que en pacientes ya tratados con IP e ITIN la adición de un ITINN podría mejorar la respuesta virológica.
- Si tienes problemas de adhesión a tu régimen, una alternativa de cambio sería un nuevo régimen con dos ITIN, habiendo descartado primero la resistencia cruzada entre los ITINN de la segunda y primera línea, y un ITINN.

RÉGIMEN PREVIO	RÉGIMEN NUEVO
2 ITIN + IP	2 ITIN + IP 2 ITIN + 1 ITINN 2 ITIN + 1 ITINN + IP

[Fuente: Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el VIH (junio 2004)]

RESISTENCIAS DESDE BANGKOK

La XV Conferencia Internacional del SIDA (XV CIS) de Bangkok aportó algunas novedades en el campo de las resistencias a los fármacos antirretrovirales. Aquí os reseñamos algunas de las más importantes:

- El tratamiento con el ITINN nevirapina fue objeto de varias presentaciones tanto por su interés como fármaco para reducir la transmisión del VIH de madre a hij@ como por su alta capacidad de desarrollar resistencias lo que compromete su uso en embarazos siguientes o como parte de una terapia futura. Una muy esperada presentación de última hora se interesó en demostrar si se puede prevenir el desarrollo de resistencia a nevirapina cuando se utiliza en la profilaxis de la transmisión materno-infantil. El estudio presentado por un equipo de la Universidad de Witwatersrand, en Johannesburgo, Suráfrica, probó añadir Combivir (AZT-3TC) a nevirapina durante 4 o 7 días en 61 mujeres embarazadas con el fin de evitar el desarrollo de resistencias y así preservar sus opciones de tratamientos futuras. La estrategia, según los datos de un análisis ínterin presentados, pareció ser bastante exitosa pues al analizar la aparición de resistencias 2 o 6 semanas después del parto se halló que sólo el 9,8% de las mujeres que habían tomado Combivir y nevirapina tuvo mutaciones de resistencias, en comparación con el 50% que había tomado únicamente nevirapina.

Se presentaron también datos del estudio 720 sobre los tests de resistencia a 5 años con lopinavir/ritonavir (LPV/r) en 100 pacientes sin experiencia previa, de los cuales 68 terminaron el estudio a 252 semanas. El 99% de las 68 personas mostraron carga viral <400 copias/ml y el 94% de ellos <50 copias. No se observaron resistencias ni a LPV ni a d4T, aunque en 3 personas se observaron resistencias a 3TC. Las mutaciones secundarias en la proteasa en 6 pacientes no se asociaron a las de LPV y, por consiguiente, el riesgo de desarrollar resistencias en un periodo superior a cinco años en personas sin experiencia con LPV/r es bajo.

Algunas presentaciones informaron sobre la relación entre los repuntes (*blips*, pequeñas elevaciones temporales) y el desarrollo de resistencias. En un estudio de 22 personas que tomaban distintos regímenes ARV y tenían bajo niveles de viremia en un periodo medio de 28 meses, un tercio no desarrolló resistencias, pero el resto sí, siendo la M184V y la K65R las más habituales. A partir de este estudio se puede confirmar el desarrollo de resistencia en pacientes con repuntes. Los investigadores señalaron que esto podría tener un impacto negativo en las opciones futuras de tratamiento y que favorece el cambio temprano de regímenes subóptimos.

Respecto a los nuevos fármacos cabe destacar los datos presentados sobre el nuevo ITINN TMC125, activo tanto frente a cepas salvajes como a cepas resistentes al resto de ARV de la misma clase y con una barrera genética elevada contra el desarrollo de resistencias. *In vitro* los estudios han mostrado que la actividad viral no disminuye en presencia de las mutaciones típicas de los ITINN. Algunas mutaciones no prevalentes se han asociado a una disminución de la actividad antiviral del compuesto, por lo que los investigadores están evaluando la actividad antiviral a largo plazo en pacientes resistentes al resto del ITINN. Se presentaron también datos del desarrollo de resistencias en pacientes que estaban tomando T-20 (enfuvirtida). Cuarenta y un pacientes desarrollaron mutaciones en el gen gp41, entre los codones 36 y 38, en el plazo de dos meses, por lo que los investigadores consideran que enfuvirtida podría tener una barrera genética baja y un valor limitado en el tratamiento de pacientes avanzados que no cuenten con al menos otros antirretrovirales todavía activos para construir una combinación eficaz. También se informó de los resultados del estudio CONTEXT sobre los factores pronósticos de desarrollo de resistencia en pacientes experimentados en tratamiento con el IP fosamprenavir potenciado con ritonavir. Los factores pronósticos más relevantes de fracaso terapéutico son la presencia de mutaciones en la proteasa en las posiciones 82, 84 y 90 según reveló el análisis genotípico. Además, si se observaba por medio de análisis fenotípicos una disminución de la susceptibilidad mayor a 2,5 veces junto con la mutación L90M o en la posición 46, la probabilidad de fracaso ascendía al 80% de los casos.

Referencias:

Clavel, F, Soriano, V, Zolopa, A R, *HIV Infection Antirretroviral resistance. Scientific basis and Recommendations for management*, Bash, Paris, 2004.

Listado ampliamente reconocido de mutaciones del VIH de la Universidad de Stanford, California, EE UU:

http://hivdb6.stanford.edu/asi/deployed/input/scores/Comments_RT.txt

Interesante sitio web dedicado exclusivamente a la resistencia a los fármacos antirretrovirales: www.hivresistanceweb.com

Siglas:

IP: Inhibidores de la proteasa

ITIN: Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido

ITINN: Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido

Tu opinión para 2005

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

Flashes informativos de nuestro sitio *web*: gtt-vih.org

Mediante este espacio el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) quiere ofrecer a sus lectores/as una muestra de sus variados productos informativos, a través de una selección de títulos con fragmentos de noticias y boletines sobre tratamientos y VIH que distribuye a través de correo electrónico. En nuestro sitio www.gtt-vih.org se puede acceder a la información completa de esta resumida selección.

LA NOTICIA DEL DÍA

La Noticia del Día es un servicio informativo de noticias diarias sobre lo más relevante y actual relacionado con el VIH, sus patologías asociadas y los tratamientos. Cada día gTt selecciona una noticia de interés, la redacta en un lenguaje periodístico y te la envía por correo electrónico. Puedes suscribirte en www.gtt-vih.org/BOLETIN

¿CUAL ES EL UMBRAL PARA UTILIZAR IL-2?

4-10-04

La interleucina 2 (IL-2) es una sustancia que genera el propio organismo cuya función consiste en estimular la producción de células del sistema inmunitario. Su uso en la infección por VIH se centra en los denominados pacientes discordantes: tienen persistentes bajos niveles de linfocitos CD4 pese a una carga viral controlada.

Fuente: Elaboración propia

LA EMEA RECOMIENDA LA APROBACIÓN DE KIVEXA®

17-09-2004

El pasado jueves 16 de septiembre el Comité de Especialidades Farmacéuticas (CPMP, en sus siglas en inglés) de la Agencia Europea del Medicamento (EMA, en sus siglas en inglés) decidió recomendar la aprobación de Kivexa®. Se trata de una nueva combinación a dosis fija de dos fármacos antirretrovirales, EpiVir® (lamivudina, 3TC) y Ziagen® (abacavir, ABC), en una sola pastilla para su uso con otros antirretrovirales para el tratamiento de la infección por VIH.

Referencia: El comunicado de prensa completo puede consultarse en el sitio web de la EMA (www.emea.eu.int/hotpress/h7432904.htm)

EMTRIVA® YA ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑA

14-09-2004

Casi un año después de su aprobación por parte de la EMA (la Agencia Europea del Medicamento) finalmente el análogo de nucleósido emtricitabina (FTC, Emtriva®) acaba de recibir, con fecha 7 de septiembre, luz verde por parte de las autoridades españolas para que pueda ser comercializado en este país.

Fuente: Gilead Sciences España / Elaboración propia

EFICACIA DE LA L-ACETIL-CARNITINA PARA LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA

08-09-2004

Los resultados de una investigación publicada recientemente por un equipo de investigadores británicos aportan nuevos datos que confirman los beneficios del uso de L-acetil-carnitina (LAC) como tratamiento de la neuropatía tóxica asociada al uso de antirretrovirales, la causa más común de neuropatía periférica.

Fuente: HIV Treatment Bulletin. August/September 2004. www.i-base.org.uk

Referencia: Hart AM, Wilson ADH, Youle M et al. Acetyl-L-carnitine: a pathogenesis based treatment for HIV associated antirretroviral toxic neuropathy. AIDS 18(11):1549-1560, July 23, 2004.

LA FDA APRUEBA PARA EE UU DOS NUEVAS COMBINACIONES DE DOS FÁRMACOS EN UNA SOLA PASTILLA

03-08-2004

La FDA (Agencia Estadounidense del Medicamento y los Alimentos) anunció ayer la aprobación de dos combinaciones a dosis fijas de fármacos antirretrovirales para su uso con otros agentes antirretrovirales para el tratamiento de la infección por VIH. Estas combinaciones a dosis fijas son Epzicom™ de GlaxoSmithKline (abacavir/3TC) y Truvada™ de Gilead Sciences (tenofovir disoproxil/emtricitabina).

Fuente: www.aegis.org

Referencia: Comunicado de prensa de la FDA.

Las Noticias de NAM: Actualización en Tratamientos

Son noticias adaptadas al español por gTt de una de las más importantes ONG británicas en materia de tratamiento NAM. Puedes encontrar estas noticias en nuestra *web*, en la sección "Actualización en Tratamientos". Si resultan de tu interés puedes leerlas completas en nuestra *web*:

<http://www.gtt-vih.org/AL%20DETALLE/NAM/indice/>



Un estudio francés encuentra que las personas mayores reciben su diagnóstico más tarde y tienen una restauración inmune más lenta

11-10-2004

Un estudio francés con 3.015 pacientes en primera línea de TARGA, de los cuales 401 (13%) tenían más de 50 años, ha encontrado que la recuperación de CD4 es más lenta en personas mayores y que el riesgo de progresión a SIDA o muerte tras el inicio del tratamiento es mayor. Y ello a pesar de que las personas mayores de este estudio mostraron una mejor respuesta virológica a TARGA.

Referencia:

Grabar S et al. Immunologic and clinical responses to highly active antiretroviral therapy over 50 years of age. Results from the French Hospital Database on HIV. AIDS 18: 2029-2038, 2004.

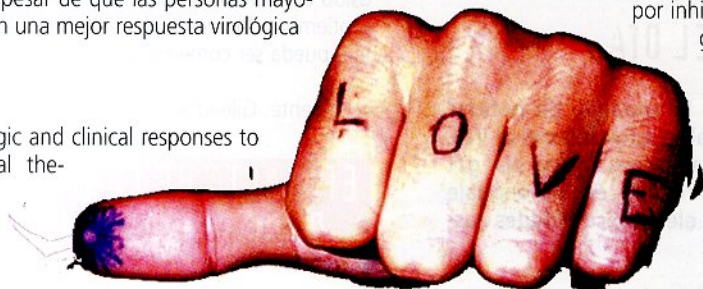


Ilustración: Unai

Se publican los resultados finales de los estudios APRICOT y ACTG 5071 sobre coinfección VIH/VHC

04-08-2004

En la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas del pasado febrero se presentaron los datos esperados con ganas de dos grandes estudios del tratamiento de la hepatitis C (VHC) en personas coinfectadas con VIH. Los resultados finales de los ensayos APRICOT y ACTG A5071 se han publicado en la edición del 29 de julio de la revista *New England Journal of Medicine*.

Referencias:

Torriani FJ et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection in HIV-infected patients. NEJM 351: 438-450, 2004.

Chung R et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin versus interferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C in HIV-coinfected persons. NEJM 351: 451-459, 2004.

Pawlotsky J-M. Treating hepatitis C in "difficult-to-treat" patients. NEJM 351: 422-423, 2004.

¿Puede una bebida de caña de azúcar tratar eficazmente la toxicidad mitocondrial?

07-05-2004

Según una carta publicada en el número de 30 de abril de *AIDS*, un equipo de investigadores alemanes informa del éxito alcanzado con un suplemento oral de caña de azúcar, mitocnol, en la rápida reversión de los signos de toxicidad mitocondrial inducida por inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN) que suponen una amenaza para la vida.

Referencia:

Walker UA et al. Beneficial effects of oral uridine in mitochondrial toxicity. AIDS 18 (7), 1085-86, 2004.

doctorXpress

Este boletín es un proyecto informativo de gTt que incluye artículos científicos y médicos con profundidad sobre ciencia básica y clínica del VIH, sus patologías asociadas y tratamientos. Para recibir este boletín por correo electrónico y de forma gratuita puedes suscribirte en

www.gtt-vih.org/BOLETIN

doctorXpress #18

Persistencia de la resistencia a la nevirapina como consecuencia de las intervenciones de prevención de la transmisión materno-infantil

El uso de nevirapina para evitar la transmisión materno-fetal en países sin acceso a la terapia combinada está ampliamente aceptado como una medida de reducción de daños. No se aborda la asistencia a la madre, y las probabilidades que el niño o niña adquieran el VIH a lo largo de su vida adulta son considerables, pero vale la pena.

doctorXpress #17

Grandes reducciones en los niveles farmacocinéticos en plasma de saquinavir, amprenavir y lopinavir/r al administrarse con tipranavir/ritonavir

Uno de los estudios más importantes presentados en el taller fue el primer análisis de la interacción entre tipranavir (TPV) y otros inhibidores de la proteasa, del ensayo BI 1182.51. Los resultados tienen importantes implicaciones para las personas que utilizan actualmente TPV en regímenes que también contengan saquinavir (SQV), amprenavir (APV) o lopinavir/r (LPV/r).

doctorXpress #15

Comprender el desarrollo de la Resistencia Farmacológica al VIH en nuevos fármacos y dianas: atazanavir, fusión (T-20) e inhibidores de los receptores

Escrito para NATAP por el Dr. Mike Youle, Director de Investigación Clínica en VIH, Centro Royal Free de Medicina del VIH, Hospital Royal Free, Londres, Reino Unido. Mike Youle suele hacer informes muy personales, en los que hasta incluye expresiones digamos literarias que quizá no sean del gusto de tod@s. Pero no está mal de vez en cuando leer una particular interpretación de un taller, en este caso el Europeo sobre Resistencias, sobre todo si vienen de los pocos *enfant terribles* que hay en la medicina del VIH, en la estela del siempre provocativo Brian Gazzard. ¿Para cuándo uno/a valiente español?

HIV/AIDS VAX es un boletín mensual que ofrece una versión condensada y accesible de los artículos del IAVI Report, un boletín sobre la investigación en vacunas de la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA. HIV/AIDS VAX está disponible en versión electrónica y en documento pdf. Los grupos que deseen publicar sus propias ediciones combinando los artículos de VAX con noticias locales pueden también pedir una plantilla del HIV/AIDS VAX. Para más información, se puede enviar un mensaje a vax@iavi.org.

Invitamos a reproducir y distribuir los artículos de HIV/AIDS VAX por entero, con el mensaje de crédito siguiente. Este artículo ha sido reproducido a partir del número mensual de HIV/AIDS VAX, una publicación de la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA (www.iavi.org/iavireport).

AGOSTO 2004

Vol. 2 ■ Núm. 7

Número especial
XV Conferencia
Internacional del SIDA,
Bangkok

GENERALIDADES

◆ **Historia de dos marcos temporales:** agendas a corto y largo plazo en la respuesta contra el SIDA.

DESTACADOS DE LA CONFERENCIA

◆ **Informes de reclutamiento de todo el mundo**
◆ **Adolescentes y participación en los ensayos**
◆ **Una nueva coalición entre activistas**

INSTANTÁNEAS DE BANGKOK

◆ **Visto y oído**

Informe especial:

XV Conferencia Internacional del SIDA, Bangkok 2004

En julio, más de 19.000 personas de todo el mundo se reunieron en Bangkok, Tailandia, en la XV Conferencia Internacional del SIDA. Como en años anteriores, esta reunión resultó colorida, caótica y en ocasiones controvertida, y también una oportunidad para reflexionar sobre los signos de progreso y las dificultades de la respuesta global ante el VIH/SIDA.

GENERALIDADES

◆ **Historia de dos marcos temporales:** agendas a corto y largo plazo en la respuesta contra el SIDA.

En ocasiones, la XV Conferencia Internacional del SIDA en Bangkok (11-16 de julio de 2004) bulló con el escándalo y el activismo que animó la reunión de 2000 en Durban; en otros momentos, se hizo eco de la conferencia de 2002 en Barcelona, donde hubo frustración ante el escaso progreso realizado en el acceso a fármacos antirretrovirales (ARV) en muchas partes del mundo. En última instancia, sin embargo, la reunión de Bangkok sobrepasó a las anteriores reuniones y fue la primera de su clase desde que diversos países en desarrollo lanzaron programas de tratamiento con ARV con la ayuda del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPARIAR, en sus siglas en inglés), el Banco Mundial y otros recursos. La conferencia ofreció un primer destello de las estimulantes posibilidades y los atajos significativos de los primeros esfuerzos que se han puesto en marcha para una introducción "escalada" del tratamiento ARV en los países de escasos recursos del planeta.

Con un programa repleto y un amplio abanico de participantes, Bangkok también ofreció un primer atisbo de diversas formas en que la relación entre los esfuerzos de prevención y tratamiento puede cambiar en la era de la introducción progresiva del tratamiento. El mensaje general fue claro: a medida que se lanzan los programas, la prevención sigue siendo tan importante como siempre. "Sin un esfuerzo preventivo amplio, el tratamiento es sencillamente insostenible", aseguró Peter Piot, director de ONUSIDA, durante la ceremonia de clausura de la conferencia. Las últimas estadísticas de ONUSIDA, distribuidas durante la conferencia, subrayan este punto: en 2003, el número de infecciones por VIH fue más alto que nunca: cinco millones de nuevas infecciones en todo el mundo.

¿Cómo debería aumentar este esfuerzo de prevención? Muchos ponentes pusieron de manifiesto la importancia de ampliar el acceso a estrategias de prevención disponibles y de probarla eficacia, como los condones y las jeringuillas nuevas, al tiempo que continúa la investigación de otras intervenciones que podrían proporcionar protección adicional, como las vacunas, los microbicidas y la profilaxis pre-exposición.

Sin embargo, Bangkok también destacó algunos de los retos que supone la convergencia de las agendas de tratamiento y prevención. Quizás más que ninguna otra conferencia mundial de SIDA, la de Bangkok de este año iluminó el contraste entre los marcos temporales de las respuestas a corto plazo (como la introducción progresiva del tratamiento y la expansión de programas preventivos ya existentes) y las respuestas a largo plazo, que se centran principalmente en el desarrollo y ensayo de nuevas tecnologías, como las vacunas contra el SIDA y los microbicidas.

VAX en español es un boletín mensual que ofrece una versión condensada de los artículos del IAVI Report, un boletín sobre la investigación en vacunas de la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA. Para recibir este boletín por correo electrónico y de forma gratuita puedes suscribirte en

www.gtt-vih.org/BOLETIN

Actualización en investigación sobre microbicidas

JUNIO 2004, Vol. 2, Núm. 5

El campo de las vacunas del SIDA se enfrenta a muchos obstáculos científicos específicos, pero todavía está muy relacionado con el tratamiento y las otras áreas de investigación sobre el SIDA. En concreto, el campo de las vacunas del SIDA tiene mucho en común con el campo de la investigación en microbicidas, que está tratando de desarrollar un gel, crema o supositorio eficaz que pueda ser usado vaginal o rectalmente para prevenir la transmisión sexual del VIH.

Entender qué es una vacuna parcialmente eficaz

MAYO 2004, Vol. 2, Núm. 4

Desde luego, muchas vacunas proporcionan unos altos niveles de protección muy duradera de enfermedades causadas por patógenos. Sin embargo, no existe una vacuna que ofrezca una protección del 100%, el 100% del tiempo. En este sentido, todas las vacunas son "parcialmente eficaces". Aun así, es importante recordar que las vacunas todavía son muy beneficiosas para los individuos y los grupos. Son las herramientas más poderosas de las que disponemos para prevenir enfermedades en todo el mundo. Entender la "eficacia parcial" puede ayudar a comprender los actuales objetivos de las vacunas contra el SIDA.

UNA PUBLICACIÓN DEL IAVI REPORT

[El boletín de la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA]

Versión en español del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH / gTt, Barcelona, España.

The amfAR Global Link Treatment Insider es un boletín de riguroso periodismo de investigación sobre VIH/SIDA de la American Foundation for AIDS Research (amfAR) y que el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) adapta al español para toda la comunidad hispanohablante. Puedes acceder a este boletín en nuestra *web* a través de

<http://www.gtt-vih.org/AL%20DETALLE/amfAR/indice/>

En torno a las grandes farmacéuticas

amfAR 5/5 (2004)

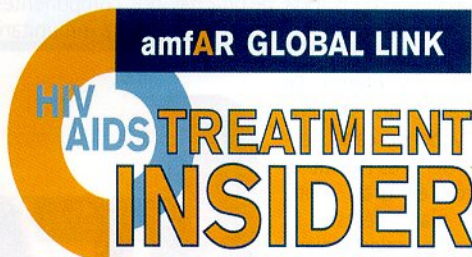
Si el año pasado fue un monzón, este año estamos ante una sequía de nuevos fármacos contra el VIH. En estos momentos, no hay ningún producto esperando aprobación por parte de la FDA y mientras tanto, un número creciente de informes sobre el desarrollo fallido de fármacos y de agotadas canteras en las grandes compañías farmacéuticas comienza a alarmar tanto a inversores como a consumidores. Y para subsanar las carencias, muchas están comprando a pequeñas compañías productos en fases finales, un concepto al que se denomina "bajo licencia".

Apenas un rayo de luz: desigualdad de género y pandemia del SIDA

Entrevista con Stephen Lewis

amfAR 5/4 (2004)

Stephen Lewis trabaja en Naciones Unidas como enviado especial de VIH/SIDA para África del Secretario General Kofi Annan. Apasionado orador y activista de confianza en derechos humanos, el Sr. Lewis describe con pasión y crítica abiertamente la indolente respuesta del mundo ante la epidemia del SIDA. Lewis se ha centrado recientemente en el devastador impacto del VIH en las mujeres africanas y se ha convertido en una voz firme por la equidad entre géneros.



Agosto 2004
Volumen 5
Número 5

1 En torno a las grandes farmacéuticas

5 La terapia genética para el VIH aún está en progreso

9 El creciente examen de precios de los fármacos ofrece cierta esperanza

En torno a las grandes farmacéuticas

Por Kristen Kresge

Si el año pasado fue un monzón, este año estamos ante una sequía de nuevos fármacos contra el VIH. En estos momentos, no hay ningún producto esperando aprobación por parte de la FDA y mientras tanto, un número creciente de informes sobre el desarrollo fallido de fármacos y de agotadas canteras en las grandes compañías farmacéuticas comienza a alarmar tanto a inversores como a consumidores. Y para subsanar las carencias, muchas están comprando a pequeñas compañías productos en fases finales, un concepto al que se denomina "bajo licencia".

Estas pequeñas compañías utilizan un enfoque especial para encontrar nuevos fármacos. Más que invertir los aproximadamente 8 millones de dólares necesarios para el descubrimiento de una nueva terapia, comienzan por seleccionar lo que otros han descartado. Las compañías "recicladoras", como se las conoce, descubren nuevos posibles fármacos revolviendo en las papeleras -o más probablemente, en las bibliotecas virtuales- de otras compañías. También exploran el uso para nuevas enfermedades de fármacos aprobados, lo que la industria llama "redefinición" de viejos productos.

"Es un abordaje pragmático que permite llegar a la clínica con mayor rapidez", aseguró Adeb Mahmud, un socio en el desarrollo corporativo de CombinatoRx,

una compañía recicladora de Boston. "Estos compuestos ya han sido probados en cuanto a seguridad y son, con toda probabilidad, de fabricación sencilla."

Compañías recicladoras como CombinatoRx representan la última tendencia en la investigación farmacológica, y se las considera las compradoras de salud del mundo farmacéutico. Estas pequeñas industrias, a menudo financiadas con capital de inversión, triunfan debido a que incurren en un riesgo mínimo. La mayoría de los compuestos, si no todos, ya habían sido estudiados con profundidad y sólo necesitaban leves mejoras para convertirse en fármacos viables, pero debido a que no es probable que las grandes compañías inviertan en un ajuste tan preciso, estas compañías recicladoras entran en acción para adecuar los fármacos, financiar las pruebas iniciales y a menudo vender la licencia de estos productos a las grandes farmacéuticas para que éstas realicen estudios de eficacia a gran escala y para su posible aprobación para la comercialización.

"Nadie deseaba financiar una compañía durante los 6 o 7 años que se tardaba en obtener un compuesto desde su descubrimiento hasta la prueba de concepto. Las compañías necesitaban obtener productos para la prueba de concepto con mayor rapidez", comentó Roger

American Foundation for AIDS Research

www.amfar.org/GlobalLink

Caballos de Troya

contra el SIDA

O cómo optimizar el papel de las dendritas en el control de la infección mediante una vacuna terapéutica



a Dra. Teresa Gallart es una apasionada inmunóloga que lleva investigando en este campo de la infección por VIH desde hace años. En la actualidad, participa en el ensayo de una vacuna terapéutica contra el VIH, cuyos trabajos de laboratorio coordina, y que lleva a cabo el Grupo de Investigación sobre el SIDA del Hospital Clínic-IDIBAPS de Barcelona.

LO+POSITIVO: ¿Nos puede explicar qué es una vacuna terapéutica contra el VIH y cómo funcionaría en las personas que viven con VIH?

Dra. Teresa Gallart: Con una vacuna terapéutica se intenta estimular una respuesta inmunitaria más intensa y eficaz contra el virus, con el fin de que ello pueda conseguir un control del virus una vez suspendida la terapia antiretroviral, tal como ocurre en las personas no progresoras.

LO+POSITIVO: ¿En qué se basa la vacuna terapéutica que estáis investigando?

Dra. Teresa Gallart: En toda vacuna hay dos componentes: el antígeno contra el que se quiere inducir la respuesta inmunitaria, y el adyuvante o sustancia que facilita que la respuesta sea intensa. En nuestro caso el antígeno es el propio virus inactivado de cada persona. La fuente del virus ha sido el plasma obtenido en gran cantidad mediante plasmátesis. El virus se inactiva por calentamiento, se concentra mediante centrifugación de alta velocidad y luego se almacena congelado hasta el momento de su uso. Nuestro adyuvante está constituido por las células dendríticas de la misma persona. Estas células se obtienen fácilmente a partir de los monocitos de la sangre mediante un cultivo celular de unos 6-7 días. Luego las enfrentamos durante otros dos días de cultivo con el virus inactivado de la misma persona que guardábamos congelado. Después estas células dendríticas "cargadas" con el antígeno (virus inactivado) "se devuelven" a la persona, mediante una simple inyección subcutánea cerca de la axila.

LO+POSITIVO: ¿Cuál es la razón por haber elegido las células dendríticas para usarlas como adyuvante?

Dra. Teresa Gallart: Las células dendríticas son células especializadas en capturar a los agentes infecciosos y en "procesarlos" apropiadamente para que los linfocitos T CD4 y CD8 los puedan reconocer y desarrollar una respuesta específica fuerte y eficaz contra dichos agentes. En realidad, son el "adyuvante fisiológico" y el más potente que se conoce. Aunque es novedoso hacerlo en el campo de la infección por VIH, el uso de vacunas terapéuticas basadas en células dendríticas se viene realizando en numerosos ensayos de inmunoterapia antitumoral.

LO+POSITIVO: ¿Cuál es el mecanismo mediante el cual estas células podrían ayudar a controlar la infección?

Dra. Teresa Gallart: El virus, al penetrar en las dendríticas, se aprovecha de su trabajo para propagarse hacia los linfocitos T CD4. Por eso suele decirse que las dendríticas actúan como "caballos de Troya". Además, su funcionalidad se ve dañada por el virus. Esto probablemente tenga mucho que ver con la falta de respuesta óptima de los linfocitos T que permita controlar la infección. La vacuna intenta soslayar tales problemas porque las células dendríticas que preparamos no están infectadas y las "cargamos" con el virus inactivado que actúa de antígeno no infeccioso, por lo que inducirán una respuesta en los linfocitos T CD4 y CD8 contra el virus sin que transmitan la infección.

LO+POSITIVO: ¿En qué Fase está el estudio? ¿Nos podría describir el diseño?

Dra. Teresa Gallart: Se trata de un estudio de Fase III, cuyo diseño se detalla a continuación. (Véase figura en la otra página)

LO+POSITIVO: ¿Esta vacuna terapéutica presenta efectos secundarios?

Dra. Teresa Gallart: Se observaron algunos efectos locales y sensación de febrícula al día siguiente en algunas de las personas, como ocurre con cualquier vacunación. La vacuna es segura y muy bien tolerada, sin ninguna toxicidad.

LO+POSITIVO: ¿Y cuáles son las respuestas que se observaron hasta ahora?

Dra. Teresa Gallart: Se han visto respuestas de los linfocitos CD4 y CD8 contra el virus que son esenciales para poder controlar al virus.

LO+POSITIVO: ¿Cuáles son los siguientes pasos para el estudio?

Dra. Teresa Gallart: Se necesita mejorar el proyecto para un nuevo ensayo. Necesitamos utilizar una cantidad muchísimo mayor de virus inactivado en cada inmunización. Estamos realizando estudios *in vitro* preclínicos sobre ese aspecto para poder presentar una solicitud de un nuevo ensayo.



LO+POSITIVO: ¿No teme que el uso de un virus inactivado para una vacuna terapéutica pueda crear problemas de aceptación?

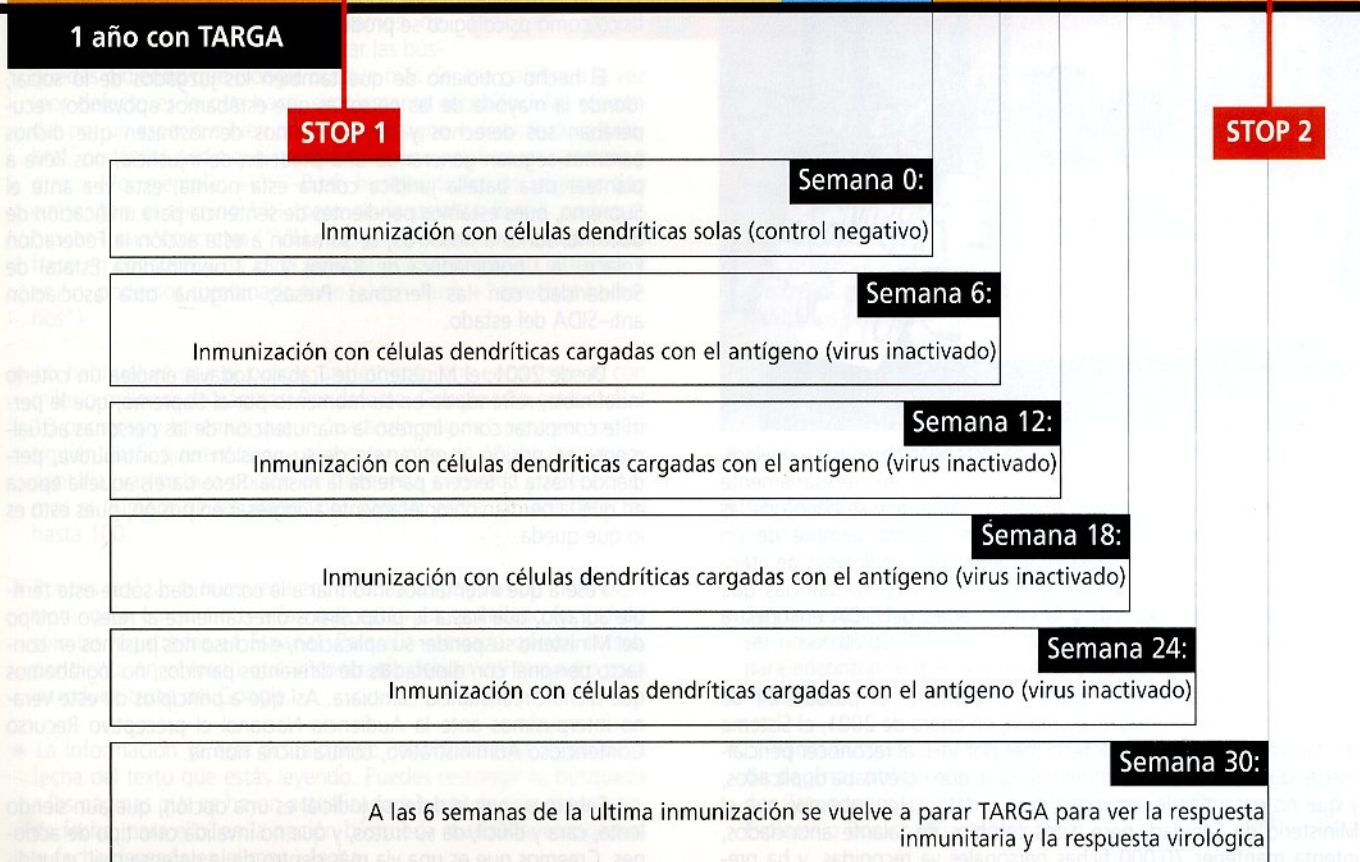
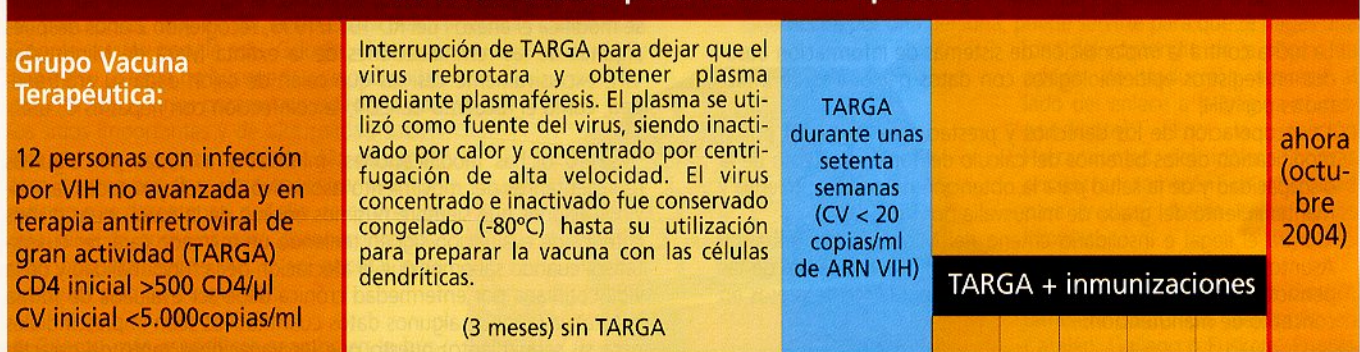
Dra. Teresa Gallart: Todos los procedimientos de laboratorio se realizan según los criterios de máxima seguridad clínico-biológica, microbiológica y farmacéutica (condiciones de "Buenas practicas médicas"). La inactivación del virus fue exhaustivamente comprobada. El virus, además, era el de la misma persona que recibía las inmunizaciones, y esta persona durante las inmunizaciones recibía TARGA. El ensayo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital, así como por la Agencia Española del Medicamento como un ensayo clínico con PEI (Producto en fase de investigación). Este tipo de aprobación por dicha Agencia es muy difícil de conseguir, pues como es lógico exigen un control de calidad clínica y biológica muy riguroso y estricto.

LO+POSITIVO: ¿Quién colabora con esta iniciativa?, y ¿cómo se financia?

Dra. Teresa Gallart: El proyecto recibe apoyo y financiación de

ORVACS, una iniciativa científica europea sin ánimo de lucro por las vacunas terapéuticas, contra el VIH, que actúan como asesores. También hemos recibido fondos de TV3 (Maratón del SIDA), del Ministerio de Educación y Ciencia y de la Fundación FIPSE. El ensayo clínico fue promovido por José M^a Gatell, José M^a Miró y yo misma. José M^a Gatell es el director del Grupo de Investigación sobre el SIDA, una de cuyas principales líneas de investigación es el desarrollo de este tipo de vacuna terapéutica. Felipe García fue el responsable de toda la coordinación clínica del ensayo. Para la preparación de las vacunas, trabajo que yo he coordinado, fue esencial el trabajo de Marylène Lejeune; también colaboró en esta tarea Núria Climent. También hay que destacar el trabajo de Cristina Gil y Tomas Pumarola en los aspectos virológicos, el de Montse Plana para las pruebas inmunológicas de las células T, el de José Alcami (Instituto de Salud Carlos III, Madrid) para los anticuerpos neutralizantes, y el de Arturo Pereira para las plasmaféresis. Finalmente, debemos expresar nuestro agradecimiento y reconocimiento a todos los pacientes por su seguimiento disciplinado y entusiasta de todas las pautas que el ensayo implicaba.

Estudio de Fase I/II para evaluar la seguridad, la tolerancia y algo de eficacia de la candidata para vacuna terapéutica



Grupo Control (n=6): Características idénticas al grupo de la vacuna, con el uso de TARGA, pero sin plasmaféresis, ni inmunizaciones

SIDAGALIZA:

por la vía judicial



a mesa de trabajo SIDAGALIZA, integrada por todos los colectivos gallegos a excepción del Comité Anti-SIDA de A Coruña (PreS.O.S., Komunal, Colectivo Moucho, Asut-Ourense, Comites Anti-SIDA de Lazos-Ferrolterra, Lugo, Ourense, Santiago, e Vilagarcía), realiza como red informal operativa, un trabajo coordinado de defensa jurídica ante los tribunales de los derechos de l@s afectad@s especialmente en 3 frentes:

- ❑ La lucha contra la implantación de sistemas de información basados en registros epidemiológicos con datos personales de infectad@s por VIH;
- ❑ La recuperación de los derechos y prestaciones afectadas por la modificación de los baremos del cálculo del funcionamiento de la discapacidad y de la salud para la obtención del reconocimiento y mantenimiento del grado de minusvalía por VIH/SIDA;
- ❑ Contra el ilegal e insolidario criterio del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de retrotraer hasta el 33% de la cuantía de las pensiones no contributivas de las personas actualmente presas en concepto de manutención.



Comprendemos que a la hora de defender derechos y reivindicaciones, existen vías que usan otros espacios, no necesariamente excluyentes si se demuestran eficaces, como la que se ocupa de las antesalas oficiales y administrativas, pero dentro siempre de un marco de mínimos que incluya en igualdad de condiciones de atención y de visibilidad, las tradicionales y nuevas circunstancias que rodean la infección por VIH y la enfermedad del SIDA en nuestra comunidad.

La Audiencia Nacional anuló íntegramente el pasado 24 de marzo la orden ministerial que creaba, en enero de 2001, el Sistema de Información de Nuevas Infecciones por VIH, al reconocer pericialmente que vulneraba la confidencialidad, que no evitaba duplicados, y que no garantiza la seguridad de sus datos. Hoy sabemos que el Ministerio de Sanidad, pese a los cambios de talante anunciados, intenta mantener 70.000 fichas personales ya recogidas, y ha presentado recurso de casación ante el Tribunal Supremo a cuya admisión nos hemos opuesto, lógicamente.

Le toca ahora el turno a las versiones autonómicas de los registros de afectad@s: el 1 de abril presentamos un recurso ante el Tribunal Superior de Galiza, contra el decreto que lo creaba (publicado 2 meses antes de conocer la anulación estatal). Pero también es momento de reclamar definitivamente, a l@s que legislan, que cumplan con las normas vigentes y pregunten y conozcan el criterio de las organizaciones de base, aunque no les guste.

El 4 de octubre de 2003, se publicó el RD 1169/2003 por el que se modifica el anexo I del RD 1971/1999, recogiendo 2 años después algunas de las reivindicaciones de la extinta Mesa de Minusvalías VIH, exclusivamente casi las que caían de cajón dada su arbitrariedad, como el recuento de CD4, la coinfección con hepatitis C, etc.

Pero dichas modificaciones, mínimas y avaladas por algun@s representantes del movimiento asociativo, no reflejan todas las reivindicaciones que siempre pusimos encima de la mesa, pues dichos criterios de evaluación siguen teniendo un marcado carácter cuantitativo, cuando sabemos que la afectación de la funcionalidad y de la vida cotidiana por enfermedad crónica debe ser evaluada de forma cualitativa (aunque algunos datos cuantitativos sean imprescindibles para su seguimiento) puesto que las variaciones tanto de carácter físico como psicológico se producen continuamente.

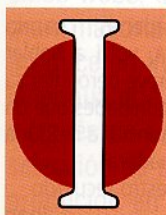
El hecho cotidiano de que también los juzgados de lo social, (donde la mayoría de las personas que estábamos apoyando, recuperaban sus derechos y pensiones) nos demostrasen que dichos baremos seguían generando una situación de injusticia, nos lleva a plantear otra batalla jurídica contra esta norma, esta vez ante el Supremo, pues estamos pendientes de sentencia para unificación de doctrina. Junto a nosotr@s, se sumaron a esta acción la Federación Enlace, la Coordinadora de Barrios y la Coordinadora Estatal de Solidaridad con las Personas Presas; ninguna otra asociación anti-SIDA del estado.

Desde 2001, el Ministerio de Trabajo todavía emplea un criterio indefinible, refrendado en su momento por el Supremo, que le permite computar como ingreso la manutención de las personas actualmente en prisión, y retirárselo de su pensión no contributiva, perdiendo hasta la tercera parte de la misma. Recordaréis aquella época en que la perdían completamente al ingresar en prisión, pues esto es lo que queda.

Pese a que intentamos informar a la comunidad sobre este terrible agravio, que hasta le propusimos directamente al nuevo equipo del Ministerio suspender su aplicación, e incluso nos pusimos en contacto personal con diputad@s de diferentes partidos, no lográbamos que dicha circunstancia cambiara. Así que a principios de este verano interpusimos ante la Audiencia Nacional el preceptivo Recurso Contencioso Administrativo, contra dicha norma.

Sabemos, que la defensa judicial es una opción, que aun siendo lenta, cara y difícil, da su fruto, y que no invalida otro tipo de acciones. Creemos que es una vía más dentro de la defensa civil, y jurídica claramente, que debemos desarrollar todos los colectivos de acuerdo con su dimensión o con su capacidad de trabajar en red.

Buena búsqueda



Internet pone a nuestra disposición una cantidad de información que antes hubiera sido impensable, periódicos, publicaciones, portales webs de empresas y organizaciones... De hecho, tal avalancha de información puede llegar a suponernos un serio obstáculo, ¿cómo puedo encontrar la información que busco, la dirección de tal o cual organización, ese dato que necesito?

Afortunadamente contamos con una herramienta para ayudarnos, los buscadores. Hoy en día, el buscador más conocido y usado es el Google (www.google.es). Google debe su fama a su sistema de búsqueda que ordena las páginas según unos parámetros de forma que los sitios importantes y de alta calidad suelen salir en una posición más alta. No obstante, esto no siempre sirve para encontrar la información que deseamos y por ello, te ofrecemos una serie de consejos para obtener información buscada (sobre VIH o en general para cualquier tipo de búsqueda):

- Cuanto más específicos seamos en la búsqueda, más posibilidades tendremos de encontrar algo útil. Podemos acotar las búsquedas pidiendo que Google busque más de una palabra a la vez (por defecto es lo que hace, simplemente escribiéndolas separadas por un espacio o bien poniendo un signo + delante de la palabra), podemos pedir que no aparezca una palabra en concreto y otra sí (Por ejemplo: +VIH -Bush buscará todas las páginas que contengan el término VIH, pero no la palabra Bush), podemos buscar frases concretas ("VIH y derechos humanos" buscará esta frase en concreto y no cada palabra por separado en el texto), y en fin, podemos combinarlo todo (+VIH -Bush + "derechos humanos").
- Lo habitual es que al buscar un término, nos encontremos con miles o millones de páginas. Por defecto, Google sólo presenta las 10 primeras y tenemos que ir "pasando página" para ver los 10 siguientes. Si queremos que aparezcan más de 10 resultados por pantalla, vamos a la opción de búsqueda avanzada y seleccionamos el número de resultados por página, entre 10 (por defecto) hasta 100.
- Puedes realizar la búsqueda entre todas las páginas de internet, o restringirla únicamente a las que estén en castellano (o incluso sólo las registradas en España). Para ello marca la opción correspondiente en el menú que encontrarás debajo del recuadro para introducir texto del Google.
- La información se está actualizando continuamente, fíjate en la fecha del texto que estás leyendo. Puedes restringir tu búsqueda a las páginas que se hayan actualizado a partir de una determinada fecha, para ello, en la opción búsqueda avanzada, escogemos la fecha deseada en el menú fecha.
- Podemos personalizar algunas de nuestras opciones en el menú preferencias globales (ahí podemos marcar el idioma predetermi-

nado, el idioma en el que queremos que se haga la búsqueda, el número de resultados presentados por página y si queremos que los resultados de la búsqueda se presenten en una página nueva). Una vez seleccionado nuestras preferencias, las grabamos en Grabar Preferencias.

- Gran parte de la información está inglés. Google te ofrece un traductor automático para traducir las páginas de otros idiomas al elegido por defecto, que aunque no tan fiable como una traducción hecha por una persona, puede servirte para que te hagas una idea del contenido de la página (la opción de traducción aparece al lado del enlace a la página correspondiente). En la sección Herramientas del idioma podrás encontrar también una utilidad para traducir frases entre varios idiomas.

- La versión española de Google también contempla versiones en Catalán, Gallego o Euskera. Puedes seleccionar estos idiomas en la página principal de www.google.es.

- En la sección Directorio, encontrarás también la información clasificada por temas (al estilo de otros populares buscadores como el Yahoo!, que durante mucho tiempo fue la referencia entre los buscadores de internet).
- Si lo que quieres es realizar la búsqueda únicamente entre las noticias, puedes ir a NEWS, y la búsqueda se restringirá sólo a las noticias de los medios de comunicación que tienen sección digital. Los resultados se pueden ordenar por fecha o por relevancia.

Por último, aplicable a la búsqueda en cualquier buscador, es usar el sentido común:

- **Desconfía** de noticias sobre curas o remedios milagrosos.
- **Contrasta fuentes:** en la red cualquiera puede colgar una página y si no acudes a una fuente conocida, puede que la información no sea demasiado verídica.
- **Sé paciente,** Google te facilita la búsqueda, pero tendremos que ser nosotr@s quienes buceemos entre las páginas que nos ofrece para encontrar lo que nos sea útil, y no siempre será cuestión de minutos.
- Si haces búsquedas habituales, puedes hacerte tu **propia base de páginas útiles** a partir de los resultados que hayas encontrado (las puedes guardar en la sección Favoritos del Internet Explores o Bookmarks del Netscape).

Si deseas más información acerca del Google, puedes consultarla en <http://www.google.es/intl/es/about.html>.

¡Buena búsqueda!





Cuando una amiga se va

Helena Aulina se ha ido. Esta vez no se ha marchado a ninguna conferencia a dar visibilidad y defender a las personas con VIH; ni tampoco está dando ninguna charla sobre el VIH y cómo enfrentarse a él; ni la encontrarás en su asociación, donde ha estado batallando en primera línea desde hace años, apoyando a su comunidad. Helena, donde quieras que estés, que tu ejemplo de lucha y optimismo ilumine siempre nuestro camino. No te olvidaremos.

Hola amig@s,

Desde la Asociación Comunitària Anti-SIDA del Baix Empordà queremos expresar el gran dolor que nos produce la pérdida de nuestra amiga y compañera Helena, por el trabajo realizado como activista en primera fila, pero también queremos destacar su humanidad y entrega en esta causa tan injusta como era luchar con el VIH.

Se ha ido una gran persona.

Se ha ido una gran amiga.

Se ha ido una persona muy querida por nosotr@s y que nos enseñó mucho en su lucha, seguiremos tu trabajo Helena, no lo dudes.

*Tus amig@s que no te olvidarán,
ACAS Baix Empordà*

Queridos y queridas compañer@s,

Nos han comunicado que nuestra compañera y amiga Helena Aulina ha fallecido. Llevaba cierto tiempo con graves problemas de salud. Nosotras desde Crea sólo queremos expresar nuestra tristeza porque creemos que todos y todas perdemos a una persona que ha estado en primera línea y que su activismo en su comunidad ha dejado huella, como lo ha dejado en tod@s nosotr@s.

Nos gustaría recordarla como en los encuentros, con su vitalidad y compromiso para la comunidad.

*Gracias HELENA.
Creación Positiva*

Yo también quiero darte las gracias, Helena, por haberte involucrado activamente en la batalla contra el VIH/SIDA y, a la vez, quiero también solidarizarme con las personas que dejas atrás y que te han querido.

*Ferran Pujol
HISPANOSIDA*

Amics de l'ACAS,
Tinc i tindrè l'Helena present en els meus pensaments.

*Una abraçada molt forta.
Xavier Franquet*

Hola a tod@s,
Siento muchísimo recibir tal noticia. Helena ha representando y representa una forma de compromiso personal en el día a día, duradero, como el recuerdo que siempre tendremos. Hoy nuestro mundo tiene un poco menos de esperanza, pero seguiremos. De verdad, un bico para tod@s l@s compañer@s de Girona.

*Manel Rodríguez
Recurso KOMUNAL*

Hola amig@s,
Yo conocía hace muchos años a Helena, era una gran mujer.
Todo mi reconocimiento hacia ella. ¡¡Un abrazo!!

Udiarraga

Hola tod@s,
Siempre nos dejan l@s mejores y Helena es una de ést@s.

Hacía tiempo que no me encontraba en el trance de que alguien cercano querido nos dejase. Helena, desde donde estés, que sepas que te quiero y tu ejemplo nos ayuda a tod@s.

Carlos Alberto Biendicho

Compañer@s,
Sólo un abrazo y silencio para reconfortar. Siento demasiado vuestra pérdida, pese a no haber conocido a Helena, ya que habiendo tant@s de l@s mal@s, siguen yéndose l@s buen@s...

No más palabras.

Gonza

Querid@s compañer@s,
Estoy muy apenada. Siempre recordaré a Helena como una persona comprometida, luchadora y con muchas ganas de aprender, una persona que nunca se resignó a que las cosas siguieran igual y que en ello puso todas sus energías.

Helena, estés donde estés, un beso muy grande.

*Esther
CCASCV*

Querid@s amig@s,
Hace unos 10 días apenas, cuando Helena estaba ya ingresada, volví a hablar con ella por teléfono, una breve pero intensa conversación sobre las oportunidades que da o quita la vida. No quiso renunciar a ninguna hasta el final: toda una luchadora.
Que Helena siga viva en nuestro recuerdo.

Joan

Hola,

Os envié unas palabras que Helena escribió en 1983 y que en su entierro el sábado quisieron que llegaran a tod@s sus amig@s y compañer@s (no las traduzco porque creo que se entienden y quiero respetar su memoria):

«Un camí, nous horitzons fins a arribar a trobar la vida. Les meves comes no paren, el meu cos resisteix sota el sol i la pluja. No sé d'on he vingut i no sé on aniré. El que sé és que estic aquí ara en aquest instants.»

Montse

¡Caray Helena!

Cuando me dio la noticia Udi, helado me quedé aunque ya la esperaba. ¿Y qué te digo yo? Ahora iré a SEISIDA y me acordaré del año pasado en Bilbao. ¿Recuerdas la que organizamos en el hotel? ¿Y buscando un helado de chocolate a las dos de la madrugada?

Allí donde estés te vas a encontrar a José que se te adelantó dos semanas; dale un beso, él también es de Girona aunque estaba viviendo en Zaragoza. ¡Y que no me olvide de Geni! Lleva unos pocos meses más que vosotr@s: cuidamela por fa. Aquí l@s demás nos quedamos peleando en la trinchera en la que tú destacabas como una estupenda guerrillera. No te podré olvidar ni quiero hacerlo.

*Un beso Helena.
Juan Carlos*

"Y la muerte no tendrá señorío. Desnudos los muertos se habrán confundido con el hombre del viento y la luna poniente; cuando sus huesos estén roídos y sean polvo los limpios, tendrán estrellas a sus codos y a sus pies; aunque se vuelvan locos serán cuerdos, aunque se hundan en el mar saldrán de nuevo, aunque los amantes se pierdan quedará el amor; y la muerte no tendrá señorío."

Dylan Thomas

en la

web

La XV Conferencia del SIDA en Español

Durante la XV Conferencia Internacional del SIDA, celebrada este año en Bangkok, muchas organizaciones comunitarias, medios de comunicación e instituciones y organismos internacionales se hicieron eco, a través de sus sitios *webs*, tanto de la propia conferencia como de las noticias y actividades que allí se originaron. No obstante, la gran mayoría de esta información, como siempre, se produce en inglés y muy poca es la que se traduce en la lengua que nos compete, el español. Es por ello, que a través de este espacio hemos querido ofrecerte una selección de sitios *webs* que han recogido, traducido y producido en lengua castellana noticias, declaraciones y compromisos surgidos de la Conferencia.

www.unaids.org/bangkok2004

La primera de esta selección es el sitio *web* de ONUSIDA. Aunque la mayoría de la información contenida en su apartado sobre Bangkok está en inglés se pueden encontrar varias informaciones en español. Unas de éstas son las *Factsheets* (Hojas informativas) que contienen noticias sobre los fondos para la lucha contra el SIDA; de la prevención del VIH; del acceso a los tratamientos y los cuidados; y de la situación de la mujer frente al SIDA.

Otras de las posibilidades en español que se ofrecen son: el discurso pronunciado en la ceremonia de inauguración del Director Ejecutivo de ONUSIDA, el Dr. Peter Piot; y el Plan de Acción y la Declaración Conjunta de Compromiso de los Activistas en Tratamientos, Microbicidas y Vacunas.

www.unaids.org/bangkok2004/report.html

También podrás descargar en PDF y en español el *Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2004* que ofrece ONUSIDA.

www.indetectable.org

La segunda *web* es la de la organización colombiana "Fundación en Acción", una de las organizaciones más importantes, en materia de VIH/SIDA, de Colombia. Esta organización con el apoyo de ONUSIDA pudo tener un enviado especial en Bangkok, el activista Rafael Sandoval, quien elaboró un completo y extenso informe sobre noticias, novedades e incidencias que ocurrieron durante la conferencia. Este informe lo podrás encontrar en su sitio *web*: y éstos son algunos de los títulos que podremos leer en este informe: *Tailandia muestra con hechos su compromiso frente al SIDA*; *Aumentar el acceso a la atención, educación, y tratamientos*; y *Compromisos Hechos y Compromisos Rotos*.

www.feim.org.ar

La tercera de nuestra selección es del sitio *web* de la "Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer" (FEIM) de Argentina. Su objetivo es desarrollar investigación, estudios, programas, proyectos, cursos y otras actividades para mejorar la condición social, laboral, legal, política, económica, familiar y de salud de las mujeres en la Argentina. Esta fundación también estuvo en Bangkok y en su *web* podrás encontrar varios documentos traducidos al español, entre ellos: *La declaración de compromiso de líderes en Bangkok*, presentada por Graca Machel, Jefa del Programa de Liderazgo de la Conferencia de Bangkok; los *Compromisos del Foro de Mujeres Líderes en Bangkok*; el *Mensaje de la gente para la gente*, presentado en la Sesión de Clausura de la Conferencia por Donald de Gagne; una entrevista al Dr. Peter Piot: "El objetivo es extender los tratamientos"; y *La OIT y ONG tailandesas elaboran una guía para ayudar a las empresas a afrontar la epidemia del SIDA*.

www.choike.org/nuevo/ eventos/8.html

La cuarta selección es de la "Red del Tercer Mundo," con sede en Uruguay, cuyo objetivo es brindar un espacio a un grupo de organizaciones y personas que expresan en foros globales puntos de vista de la sociedad civil del Sur. A través de su sitio *web* se ofrece una nutrida selección de documentos, noticias e informes en español sobre la conferencia. Entre ellos destacamos los siguientes: *Los jóvenes y la conferencia Internacional*; *Patentes vs. Acceso a medicamentos*; *La batalla que la humanidad está perdiendo*; y *La salud librada al mercado*.

www.ayudaenaccion.org

La quinta selección es de la organización "Ayuda en Acción", una Organización No Gubernamental de Desarrollo (ONGD) independiente, aconfesional y apartidista que tiene como objetivo principal mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas, las familias y las comunidades de los países más desfavorecidos de América, Asia y África. A través de su sitio *web* se ofrece un apartado especial llamado "Conferencia SIDA", en el que podrás encontrar una crónica sustancial de la conferencia, de la que destacamos un reportaje sobre América Latina, además de informes, dossiers, publicaciones e investigaciones sobre el SIDA. Y por último, una presentación de "Vidas en Positivo", una muestra fotográfica que tiene como objetivo fundamental dar una visión más humana del SIDA.



OBSERVATORIO Derechos Humanos y VIH/SIDA

¡tienes derecho!

Si consideras que has sido objeto de una discriminación relacionada con el VIH, puedes enviar el formulario que encontrarás en nuestro sitio web o escribir a:

Apartado 158 08080 Barcelona

o si lo prefieres llamar al: 607 733 411

Visita nuestro sitio web en

www.observatorio.red2002.org.es

Servicio de Consultas del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH

Consultas acerca de la infección por VIH, las enfermedades asociadas y sus tratamientos.

Consultas presenciales (con cita previa) en nuestra sede
Sardenya, 259 3º 4º 08013 Barcelona
y **telefónicas** Martes y Jueves de 16:00h a 20:00h

9 3 4 5 8 2 6 4 1

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



Sólo en inglés

www.aids2004.org

A pesar de que toda la información contenida en el sitio web oficial de la XV Conferencia Internacional del SIDA está sólo en inglés no podemos obviarla. Así que si te atreves con el inglés o estás haciendo algún curso para aprenderlo o mejorarlo te invitamos a que la visites y empieces a practicar, ya que encontrarás toda la información que requieras sobre este evento de carácter mundial.

www.kaisernetwork.org/aids2004/

Finalmente, te recomendamos el sitio web de la Kaisernetwork. Esta web ofrece una muy extensa cobertura de información diaria llevada a cabo durante la Conferencia, en la que se recogen noticias, vídeos de las presentaciones, declaraciones, sesiones de trabajo, entrevistas y más. Así como informes y documentos presentados y elaborados en Bangkok.



La Parrala

c/Humilladero, 4
Tel. 91 366 90 50
La Latina • Madrid

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

ARABA: Vitoria-Gasteiz: GAITASUNA 945289115 C.C.ANTI-SIDA 945257766 **ALICANTE:** CIPS 965240563 DECIDE-T 600968210 Benidorm: AMIGOS 966804444 **ALMERÍA:** COLEGA 950276540 **ASTURIAS:** Gijón: C.C. ANTI-SIDA 985338832 Oviedo: XEGA 985224029 **BADAJOS:** PLATAFORMA DIVERSIDAD 924259358 **BALEARS:** Mallorca: BEN AMICS 971723058 ALAS 971715566 **BARCELONA:** ACAS CATALUNYA 933170505 ACTUA 934185000 CREACIÓN POSITIVA 934314548 COORDINADORA GAI-LESBIANA 932980029 GAIS POSITIUS 932980029 GTT 932080845 P.A.I.T 934240400 PROYECTE DELS NOMS 933182056 RED2002 932080685 SIDA-STUDI 932681484 Granollers: AUMMO 615681422 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 COLEGA 958263853 **GUIPÚZKOA:** San Sebastián-Donosti: A.C.ANTI-SIDA 943290722 HARRI BELTZA OIARTZUN 943493544 Mondragón-Arrasate: HIES-BERRI 943792699 **HUELVA:**

COLEGA 959284955 HUESCA: Vihvir 676099749 **JAÉN:** COLEGA 953271284 **LANZAROTE:** FARO POSITIVO 928801793 **LAS PALMAS:** Las Palmas de Gran Canaria: AMIGOS CONTRA EL SIDA 928149969 **LLEIDA:** A.ANTI-SIDA 973221212 **LEÓN:** C.C.ANTI-SIDA 987235634 Ponferrada: ASOCIACIÓN CARACOL 987402551 **LOGROÑO:** C.C.ANTI-SIDA 941255550 **LUGO:** C.C.ANTI-SIDA 982263098 **MADRID:** APOYO POSITIVO 913581444 COGAM GAYINFORM 915230070 COLEGA 915211174 FIT 915912019 SERPOSITIVAS 917987714 UNIVERSIDA 913143233 **MÁLAGA:** A.C.ANTI-SIDA 952650596 COLEGA 952223964 **MURCIA:** C.C.ANTI-SIDA 968298831 FUNDACIÓN CONTRA EL SIDA 968904001 Cartagena: C.C.ANTI-SIDA 968521841 **OURENSE:** C.C.ANTI-SIDA 988233000 **PALENCIA:** C.C.ANTI-SIDA 979749451 **PAMPLONA:** C.C.ANTI-SIDA 948212257 SARE 948177244 **PONTEVEDRA:** Vilagarcía Arousa: 986508901 **SALAMANCA:** C.C.ANTI-SIDA 923219279 **SANTANDER:** A.C.CÁNTABRA ANTI-SIDA 942313232 **SEVILLA:** COLEGA 954501377 COLEGA Morón: 637169671 Federación Andaluza Colegas: 902118982 **TENERIFE:** UNAPRO 901512035 La Palma: INFO/SIDA 922402538 **VALENCIA:** COL·LECTIU LAMBDA 963912084 AVACOS 963342027 C.C.ANTI-SIDA COMUNIDAD VALENCIANA: OFICINAS Y NAIF 963920153 CENTRO DE DÍA EL FARO 963910254 CENTRO CALOR Y CAFÉ 605921206 Gandia: SERVICIO INFORMACIÓN Y AYUDA AL/LA INFECTAD@ 962877371 **VALLADOLID:** C.C.ANTI-SIDA 983358948 **ZAMORA:** C.C.ANTI-SIDA 980534382 **ZARAGOZA:** C.C.ANTI-SIDA 976438135 IBERAIDS 976201686 LYGA 976395577 OmSIDA 976201642

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

Ref: 0354

Mi nombre es Rafa, tengo 36 años y soy de Madrid. VIH+ desde el 87, asintomático. Busco una compañera seria y sincera para este viaje que es la vida. Mis gustos ya se los diré a la persona que quiera saberlos.

Ref: 0357

Me llamo Antonio, tengo 35 años y soy VIH+. Deseo conocer mujer sana y con ganas de vivir en pareja. ¡No te arrepentirás!

Ref: 0360

Soy Mari, tengo 37 años, VIH+ con tratamiento, pero sin síntomas, peso 62kg y mido 1,62m. Soy guapica, y me gustaría conocer chico en mi misma situación. Si pudiera ser de Alicante.

Ref: 0363

Tengo 36 años, VIH+, sin síntomas, no mal parecido. Me siento muy solo, por lo que me gustaría encontrar una chica para posible relación. Soy de Barcelona, pero no me importa desplazarme.

Ref: 0366

Hola, soy hombre de 43 años, 1,70m, 63kg. Pasivo, VIH+, indetectable. Busco hombre activo de 35 a 45 años de Barcelona. Buena persona y con ganas de vivir. Te espero.

Ref: 0369

Chico de BCN, de 29 años, VIH+, carga viral indetectable, buena salud, atractivo, 1,69m, 68kg, atlético, masculino 100% y 0% pluma... busca similar para conocernos.

Ref: 0372

Francesc, 50 años, VIH+, asintomático, 1,75m, 65kg. Con muchas ganas de dar y recibir amor de algún chico entre 35 y 40 años. Me gusta pintar, la fotografía, leer y la naturaleza. Soy romántico y cariñoso. Soy del Maresme. Os espero. Un beso.

Ref: 0375

Me llamo Pablo, 31 años, VIH+, privado de libertad. Me gustaría escribirme con mujeres de 20 a 35 años que quieran tener una amistad o posible relación.

Ref: 0378

Hola, me llamo Sisco, 35 años, VIH+. Estoy preso en Lleida; acuario. Me gusta viajar, la naturaleza, la música, la buena amistad y sobre todo la sinceridad. Me gustaría cartearme con chicas con ganas de tener amistad o posible relación estable, con ilusión y ganas de tirar para delante.

Ref: 0355

Gay, 39 años, buena salud. Prefiero el día a la noche, la amistad al sexo. Defiendo la cultura, la música y el idioma de la cordillera Cantábrica. Busco amigos para charlar, compartir momentos. Sólo pido cabeza amueblada y fuera del armario.

Ref: 0358

José, 46 años, busco chica. Santiago, A Coruña.

Ref: 0361

Hola, soy gay, VIH+, me llamo Pedro y me gustaría conocer a hombres que sepan lo que quieren, formales. De 35 a 50 años. Granollers y cercanías.

Ref: 0364

Francisco, 39 años, VIH+ desde hace dos años, busco chica cariñosa y mimosa que quiera reirse y animarnos juntos. Y quién sabe, quizás empezar algo bonito. Guipúzcoa.

Ref: 0367

Jorge, recién infectado, 44 años, bisexual, 1,72m, 73kg. Busco gente entre 35-45 años que quiera conocerme y lo que surja. No plumas. Alicante.

Ref: 0370

Chico de 36 años, heterosexual, VIH+, asintomático. Bastante tiempo sin tener vida amorosa, ni social, ni de ningún tipo. Me siento sólo. Busco chica entre 30 y 45 años, para amistad y posible relación. Escríbeme. Te contesto seguro.

Ref: 0373

Alfonso, 34 años, VHC+, me gustaría conocer chica entre 20 y 30 años que sea cariñosa, sincera y con ganas de vivir la vida, no me importa el físico, para relación y amistad. Me encuentro privado de libertad. Espero vuestras cartas. BCN.

Ref: 0376

Hola, me llamo Txema, tengo 45 años, VIH+ desde 2000. Me gustaría conocer alguna chica de 35 a 45 años en la misma situación que yo y con ganas de luchar. Contestaré a todas las cartas.

Ref: 0379

Hola me llamo Antonio, tengo 25 años, VIH-. Me encuentro preso en Lleida por circunstancias de la vida, y me gustaría cartearme con chicos y chicas de toda España, pues me siento solo y necesito de alguien que me ayude a ver la vida de otra forma. Os responderé.

Ref: 0356

Luis, 44 años, Madrid. Busco chica inteligente, positiva, alegre, que sepa hablar y escuchar, sincera, independiente, buena persona, buena compañera, responsable y coherente. Y ya puestos, no fume, no alcohol duro; sí deportista, viajar, reír, vivir, feliz... ¿Dónde estás?

Ref: 0359

Chico gay, VIH+, busco amigo que sepa valorar las pequeñas cosas. Me gusta la vida tranquila. Busco amistad y comprensión, lo demás surge. Bilbao y cercanías.

Ref: 0362

Me llamo Enrique, tengo 42 años, VIH+. Piscis, muy cariñoso, simpático, alegre, me gusta la montaña, la playa, la música. Soy amigo de mis amig@s. Me gustaría conocer mujeres en mi misma situación que sean de Barcelona. Escribid lo antes posible.

Ref: 0365

Hola, me llamo José, tengo 44 años, VIH+. Busco chico 18-30 años para amistad y posible relación estable. Pido y doy seriedad y sinceridad; si lo cumples, animate que no perdemos nada por conocernos. Un beso.

Ref: 0368

Chica transexual de 33 años, aparento menos, VIH+, guapa, 1,70m, 64kg. Morena, agradable, cariñosa, femenina. Práctico deporte, me gusta salir, el cine y la naturaleza. Busco chico para relación estable. Madrid.

Ref: 0371

Chica 44 años, VIH+. Extrovertida, luchadora, independiente. Soy feliz, pero necesito un hombre a mi lado. Quizás estés lejos y por eso no te he encontrado. Vivo en Bilbao, pero escríbeme de cualquier lugar, si es posible con foto que devolveré.

Ref: 0374

Rafa, 37 años y privado de libertad, de momento, busca chico joven para rehacer mi vida en breve. Sólo busco un abrazo y un beso cada mañana al despertar.

Ref: 0377

Chico 35 años, VIH+, asintomático de Barcelona. Estoy cansado de no encontrar lo que busco. ¿Qué busco? Mi otro yo, mi otra mitad, mi complemento, mi princesa. ¡Podrías ser tú! Valoro mucho la dulzura y la feminidad en una mujer. Interesadas escribid cartas.

Ref: 0380

Hola, me llamo Manuel, tengo 40 años, VIH+, sin síntomas. Me gustaría conocer chicas para salir y compartir los ratos de soledad. Me gusta pasear, el cine, soy sincero, amable y cariñoso. Prometo contestar a todas las cartas, porque lo peor que hay es la soledad.

La Noticia del Día

Abre tu correo electrónico y encuentra a diario información en español sobre cualquier aspecto relacionado con el VIH.
http://www.gtt-vih.org/fr_noticia.html

VAX

Nueva sección en la que encontrarás información actualizada sobre la investigación y el desarrollo de vacunas contra el SIDA.
www.gtt-vih.org/AL%20DETALLE/vacunas/indice/



amfAR Global Link Treatment Insider

Versión española del boletín sobre tratamientos y aspectos sociales editado por la American Foundation for AIDS Research.

http://www.gtt-vih.org/fr_suplementos.html

infovihtal

Fichas informativas sobre aspectos básicos del VIH destinadas a población inmigrada en español, inglés, francés, árabe, ruso y urdu.

http://www.gtt-vih.org/fr_infovihtal.html

www.gtt-vih.org

doctorXpress

Noticias, resúmenes de artículos, abstracts y comentarios propios sobre las últimas novedades en el tratamiento del VIH.
http://www.gtt-vih.org/fr_drfax.html

CONSULTAS

Podemos ayudarte con cuestiones relacionadas con los tratamientos antivirales, manda un correo a: consultas@gtt-vih.org
http://www.gtt-vih.org/fr_consultas.html



nam en español

Actualizaciones diarias con las últimas novedades seleccionadas del portal de NAM www.aidsmap.com

<http://www.gtt-vih.org/AL%20DETALLE/NAM/indice/>

LO+POSITIVO

Todos los textos, fotos e ilustraciones de los veintinueve números de la revista que tienes entre manos. Desde el #19 descargable en pdf.

http://www.gtt-vih.org/lmp/pos_indice.html