

LO+POSITIVO

Núm.44 · Otoño 2009

Publicación gratuita sobre la infección por VIH

INCLUYE LA GUÍA:
LIPODISTROFIA,
HECHOS Y DERECHOS

Reproducción asistida

Además:

• Resultados de una vacuna terapéutica • Despensa para el invierno • Vacunación gripe A

EL MÉDICO.



LA INVESTIGACIÓN.



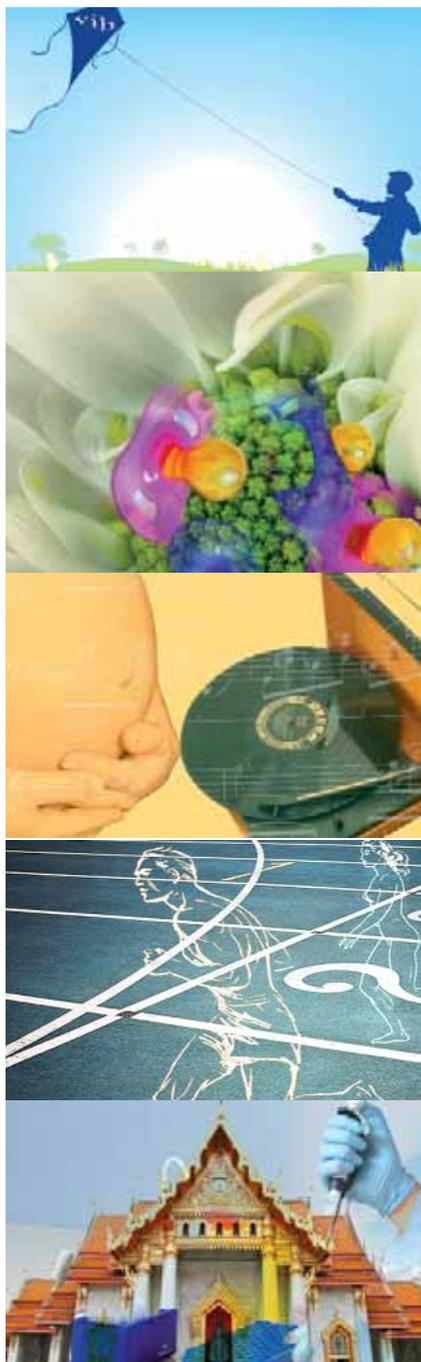
LAS PERSONAS.



UNIDOS SOMOS MÁS FUERTES

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





opina

4 ¿Del apartheid a la esterilización femenina forzada? 5 Algo pasa con Murcia y Prevenir discriminando 6 Eclipse: la historia de amor de Mily y Sisco 7 Padre soltero adoptivo y Miedo al bichito 8 La experiencia de Lázaro 9 La gente y Hace falta valor 10 La tiranía de las subvenciones para el VIH en la Comunidad de Madrid 12 Exprésate 2009 13 VIHvO

en persona

14 Reproducción humana asistida: un camino de obstáculos para personas con VIH 18 TARV durante el embarazo y en recién nacidos 20 Vamos a por el segundo 23 Embarazo natural controlado 27 La experiencia española y ¡Lo conseguimos! 30 El derecho a la maternidad 32 Reproducción humana asistida, un derecho de las personas con VIH

cuidarse

34 Preparar la despensa para el invierno 37 Infovihtal: los básicos 38 Aumentar la fertilidad 40 Ser mamá: embarazo y terapias complementarias

a ciencia cierta

42 VIH en semen y no en sangre y Colonoscopias 43 Kaletra® una vez al día 44 Raltegravir en el tratamiento de inicio 45 Se actualiza la ficha técnica de etravirina y Café para el hígado 46 VIH y gripe A

al detalle

47 Campaña de vacunación contra la gripe A 49 Voces contrarias a la circuncisión universal 50 Más que nunca, una vacuna es posible 51 Buenos resultados en una vacuna terapéutica y En la web 52 Enrique Durán, in memoriam 53 ConTacto 56 Listado de ONG del Estado español



Miembro del Grupo Iberoamericano de Publicaciones sobre el VIH

EL EQUIPO DE LO+POSITIVO SOMOS: Georgina Fabrés, Jaume Fabrés, Xavier Franquet, Juanse Hernández, Francisc Martínez, William Mejías, Montserrat Moliner, Jordi Piqué, Bárbara Simó, Miguel Vázquez
EN ESTE NÚMERO HAN COLABORADO: Jancho Barrios, Ana Burgos, Paul Cummings, Jose Fernández Quero, José Miguel Gutiérrez Chico **LO+POSITIVO** es una publicación del **Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt)**, una asociación sin ánimo de lucro declarada Entidad de Utilidad Pública, que trabaja para mejorar el acceso a la información sobre tratamientos del VIH y el sida **LO+POSITIVO es una revista GRATUITA:** ¡nunca pagues por leerla! Si deseas contribuir a su mantenimiento contacta con: **REDACCIÓN:** C/Sardenya, 259 3º 1ª 08013 Barcelona España **Tel:** +34 932 080 845 **Fax:** +34 932 070 063 **E-mail:** contact@gtt-vih.org **Web:** www.gtt-vih.org **IMPRESIÓN:** Gràfiques Cuscó www.grafiquescusco.com Depósito Legal: B-40431-97 **CON EL PATROCINIO DE:** Laboratorios Abbott, Boehringer Ingelheim, Gilead Sciences, GlaxoSmithKline, Janssen-Cilag, Merck Sharp & Dohme, Pfizer, Schering-Plough **CON LA COLABORACIÓN DE:** Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, Ministerio de Sanidad y Política Social, Àrees de Salut Pública i Consum i Acció Social de la Diputació de Barcelona. **LO+POSITIVO** no necesariamente comparte el contenido de los artículos firmados. La información científica tiene una validez de tres meses.



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.

Reproducción humana asistida en España: un derecho pendiente

Los progresos en el ámbito de la reproducción humana asistida y en el conocimiento y manejo de la infección por VIH han permitido a muchas personas seropositivas plantearse la posibilidad de tener hijos. Sin embargo, el acceso a las técnicas reproductivas, que posibilitan reducir espectacularmente el riesgo de transmisión horizontal y vertical del virus, continúa estando limitado para la población seropositiva.

El sistema sanitario público español —que adolece de problemas estructurales en materia de reproducción asistida— está siendo incapaz de responder con eficacia a las demandas asistenciales de las personas con VIH con deseos reproductivos. Las comunidades autónomas están incorporando —a un ritmo más lento de lo deseable— las técnicas dentro de las prestaciones sanitarias en las unidades de infertilidad de los centros hospitalarios, por lo que, mientras siga sin concretarse su extensión universal, muchas parejas que no puedan asumir el gasto en la sanidad privada se verán obligadas a afrontar un embarazo de mayor riesgo.

Si este acceso limitado pone a las personas seropositivas en un plano de desigualdad respecto a la población general, la situación todavía es más flagrante

en el caso de las mujeres con VIH, a las cuales, con frecuencia, todavía hoy se las excluye por su estado serológico en muchas unidades de reproducción asistida. Los esfuerzos de la sanidad pública por promover los derechos reproductivos de las personas con VIH se han centrado en facilitar el acceso de los hombres con VIH y sus parejas seronegativas a las técnicas reproductivas, y han dejado a un buen número de mujeres seropositivas sin la posibilidad de ejercer, de forma real y efectiva, su derecho a la maternidad.

El acceso de hombres y mujeres con VIH a la reproducción humana asistida en la sanidad pública en igualdad de condiciones que el resto de la población requerirá en los próximos años superar, más que dificultades técnicas, las barreras de la discriminación asociada con la infección por VIH. Las administraciones públicas deberán garantizar y promover, mediante sus acciones en materia de salud, el reconocimiento real del derecho fundamental a la reproducción, y apartar del camino los obstáculos que dificultan a las personas seropositivas ejercer de forma plena un derecho que legítimamente les corresponde.

Una destitución inesperada

A pocas semanas del Día Mundial del Sida, la responsable del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad y Política Social fue cesada. Con sorpresa, por lo inesperado de la noticia, el movimiento asociativo del VIH/sida reaccionó rápidamente. Los comunicados que emitieron la Coordinadora Estatal de VIH-Sida (CESIDA) y la plataforma RED2002 —que aglutinan al grueso de personas y entidades que, desde la comunidad, trabajan en el campo del VIH en España— dieron cuenta del carácter dialogante de Teresa Robledo con las organizaciones de la sociedad civil.

La forma en que se conoció la noticia del cese —se filtró a la prensa— y las escasas explicaciones del súbito cambio han creado un clima enrarecido que ha propiciado todo tipo de conjeturas sobre el futuro del Plan Nacional sobre el Sida. Probablemente, una mayor transparencia ayudaría a encajar mejor los cambios. Al cierre de esta edición, se ha conocido —de nuevo a través de la prensa— el nombre de la persona que va a ocupar el lugar de Robledo, Tomás Hernández, quien tendrá que terminar de desplegar el Plan Multisectorial 2008-2012 frente a la infección por VIH

y el sida en España, con acciones encaminadas a la prevención, el control de la epidemia y la atención a las personas que viven con VIH. La lucha contra el estigma y la discriminación de las personas afectadas debería ser uno de los pilares ideológicos sobre el que asiente su gestión el nuevo responsable ministerial.

En los últimos años, se ha puesto un acento especial en el diagnóstico, con el claro objetivo de reducir el número de personas que lo reciben en fases avanzadas de la infección, cuando el sistema inmunitario ya está muy debilitado. Durante el primer semestre de 2010, bajo la presidencia española de la Unión Europea, se celebrará una conferencia internacional sobre el diagnóstico precoz en Europa.

El liderazgo que España busca en este tema será más sólido si va también acompañado de una ambiciosa estrategia para garantizar la debida atención a este número creciente de personas con VIH que hay en nuestro país, sin menoscabo de los compromisos internacionales y de ayuda al desarrollo que el Gobierno tiene en esta materia, pero sin supeditar lo primero a lo último, como han insinuado recientemente fuentes ministeriales.

¿Del apartheid a la esterilización femenina forzada?

“Hacia una generación libre de VIH”. Con este lema de campaña, el nuevo ejecutivo del actual presidente de Sudáfrica, Jacob Zuma, pretende hacer frente al galopante problema de la infección por VIH en el país africano, donde vive el mayor número de personas afectadas por esta enfermedad en el mundo: más de cinco millones en cifras absolutas.

La reciente historia del VIH en Sudáfrica se vio empañada por las políticas negacionistas del sida del gobierno del ex presidente Thabo Mbeki.

Campaña inquisitoria

El pasado mes de octubre, algunas organizaciones del VIH sudafricanas alertaron de que la masiva campaña gubernamental, que se ha difundido a través de todos los medios posibles para llegar a todo el país, atenta contra los derechos humanos fundamentales. Esta campaña, que bajo un prisma de tolerancia, concienciación, normalización y promoción de la salud podría ser eficaz, ha sido calificada de inquisitoria y discriminatoria por los activistas del VIH, entre ellos Priti Patel, abogada del Proyecto VIH/Sida para el Southern Africa Litigation Centre, una organización con sede en Johannesburgo.

Coincide con Patel el Centro Legal de las Mujeres de Sudáfrica, que denunció que la citada campaña es, más bien, una cruzada contra las personas con VIH, apoyándose en hechos con-

tundentes y documentados, como por ejemplo la esterilización sin consentimiento de una docena de mujeres seropositivas; práctica que parece contar con el apoyo de un plan gubernamental que intenta poner freno a la transmisión del VIH de madre a hijo.

Políticas negacionistas

Por su parte, voces afines a esta polémica campaña han publicado en diarios digitales que se tomen “medidas excepcionales” para impedir que la epidemia afecte a las nuevas generaciones. En otras palabras, secundan el viejo adagio popular de que “el fin justifica los medios”.

La reciente historia del VIH en Sudáfrica se vio empañada por las políticas negacionistas del sida del gobierno del ex presidente Thabo Mbeki. Uno de los ejemplos más sonados fue el de la doctora Remolacha —referido a la ministra de Sanidad, Manto Tshabalala-Msimang—, quien no sólo se negó rotundamente a promover el acceso a los antirretrovirales, sino que, además, se atrevió a recomendar el uso de remedios caseros como el ajo, la remolacha y el limón para combatir el sida. Como consecuencia de las políticas de Mbeki y su gabinete, según la organización sudafricana Campaña de Acción en Tratamientos (TAC), se produjeron en Sudáfrica dos millones de muertes por sida, de las cuales al menos 300.000 pudieron haberse evitado si se hubieran implementado las medidas necesarias.

Optimismo y preocupación

El presidente Zuma, durante su primer discurso dirigido a la nación, prometió el acceso al tratamiento antirretroviral a, como mínimo, un 80% de las personas con VIH, preferentemente mujeres embarazadas. Una medida en consonancia con las directrices mundiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, y que hubiera supuesto un cambio radical en las políticas sanitarias respecto a la anterior administra-



ción. Sin embargo, no es un reto nada fácil y menos en plena recesión mundial. Se calcula que, para el próximo año, se necesitarán unos 90 millones de euros adicionales para hacer accesible el tratamiento a la mayoría de sudafricanos que lo requieren. TAC considera que la solución del problema pasa por seguir el modelo de otros países, como Brasil, la India o Tailandia, que han apostado por la producción de antirretrovirales genéricos.

En su momento, las organizaciones sudafricanas acogieron con optimismo las palabras de Zuma y su objetivo de reducir a la mitad las nuevas infecciones por VIH. No obstante, ahora preocupan sobremanera los medios que se van a utilizar para lograrlo, como por ejemplo promulgar leyes para la esterilización de las mujeres con VIH.

Es responsabilidad tanto de la comunidad del VIH como de los organismos internacionales vigilar ésta y otras posibles medidas que puedan atentar contra los derechos humanos fundamentales de las personas seropositivas.

Fuente:

• *El Periódico de Catalunya.*

Algo pasa con Murcia

Los recortes presupuestarios amenazan la respuesta al VIH en la región

Las organizaciones murcianas llevan tiempo alertando sobre el incremento de los nuevos diagnósticos de VIH y la escasa respuesta que las administraciones sanitarias regionales están dando para invertir esta tendencia.

La Consejería de Sanidad, además de cruzarse de brazos y no tener una voluntad política firme para responder de forma eficaz a la infección por VIH en la región murciana, está recortando la financiación de los programas de las ONG ó denegando las nuevas solicitudes. La continuidad de los proyectos y programas de asociaciones como el Comité Antisida de Murcia (Casmu) pende de un hilo. Casmu había solicitado una subvención para llevar a cabo un programa de pruebas rápidas de detección del VIH, siguiendo el modelo que otras ONG están desarrollando a lo largo y ancho del país. Según declaraciones de Bartolomé de Haro, gerente de Casmu,

en el periódico *La Verdad*, la Consejería ha paralizado el proyecto por recortes presupuestarios.

De Haro señala que las pruebas rápidas de detección del VIH sólo pueden realizarse en toda la región de Murcia en el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual de Cartagena. Sin embargo, el centro está a punto de cerrar porque el médico de la unidad se marcha y no se ha previsto una sustitución.

Asimismo, Casmu denuncia que los recortes anunciados, de incluso un 50%, en las ayudas para los programas de prevención y atención del VIH pueden suponer el cierre de los dos únicos pisos de acogida en todo el territorio murciano para personas seropositivas en situación de exclusión social y laboral, y el fin del programa de intercambio de jeringuillas.

Ante tal despropósito y falta de previsión en la financiación de los programa-

mas de VIH/sida, sería muy deseable que el Gobierno murciano administre mucho mejor los 11,6 millones de euros que recibirá del Gobierno de España a través del 'Plan E' para el desarrollo de la Ley de Dependencia.

Fuente:
• laverdad.es

Los recortes anunciados, de incluso un 50%, pueden suponer el cierre de los dos únicos pisos de acogida para personas seropositivas en Murcia.

Prevenir el VIH discriminando

La Coordinadora Estatal de VIH-Sida (CESIDA) ha denunciado la campaña preventiva *No entres en la lista del sida*, de la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana, por fomentar el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH/sida, y dificultar, a su vez, los trabajos de prevención y los esfuerzos dirigidos a la detección precoz de la infección.

La campaña pretendía concienciar sobre el sexo seguro a través de una simbología desafortunada, que utiliza la estrategia del miedo para trasladar el mensaje preventivo. El cartel se ilustra con un listado de nombres propios –que representan a las personas infectadas–

y un preservativo, lo que se presta a la interpretación de que: si no quieres ser uno más, protégete.

CESIDA considera que el lema de la campaña choca frontalmente con los esfuerzos de las ONG que trabajan en el ámbito del VIH/sida por concienciar a la población sobre la importancia de la detección precoz del VIH, a través de mensajes dirigidos a la prevención y no a la discriminación de las personas que viven con VIH/sida. En este sentido, Santiago Pérez Avilés, presidente de CESIDA, afirma que "el mensaje, además de fomentar la estigmatización, asusta a las personas que podrían hacerse la prueba del VIH y dificulta las campañas de de-

tección precoz, y por tanto la prevención del VIH/sida".

Según el comunicado de la coordinadora, en la elaboración de esta campaña no se ha contado con la participación de ninguna ONG, lo que pone de manifiesto que las asociaciones del ámbito del VIH/sida de la Comunidad Valenciana están excluidas desde hace tiempo en el desarrollo y elaboración de las políticas preventivas dentro del Plan Autonómico.

Al cierre de esta edición, hemos podido saber que la Conselleria de Sanidad ha decidido paralizar la campaña ante las críticas recibidas por las organizaciones que trabajan en el ámbito del VIH.

Eclipse: la historia de amor de Mily y Sisco

Soy una afectada por el VIH desde 1996 y os voy a relatar mi historia. Todo comienza en la Navidad de 1995.

Conocí a quien creí que sería el amor de mi vida. Todo transcurrió muy rápido, y en dos meses ya estaba viviendo con él. Nunca me dijo que tenía VIH, así que nunca tomé precauciones. En mayo de 1996, en el preoperatorio de una intervención, me detectaron el virus, y una llamada telefónica me citó con urgencia en la consulta del médico, quien me comunicó que era portadora del VIH. Yo no sabía de qué me estaba hablando, hasta que mencionó la palabra 'sida'. Creí morir en ese momento; a partir de aquel día, todo cambió para mí. El miedo y la ignorancia sobre la enfermedad me llevaron a un estado de depresión.

Al comunicárselo a mi pareja, éste me culpó de que yo lo había infectado. Pasó el tiempo y no me adaptaba a ninguna medicación, caí en picado. Sufrí varias neumonías, estrés, tratamiento psiquiátrico, aislamiento social; en fin, no era vida. Pensé que lo mejor era irme de este mundo, y lo intenté, pero, por algún motivo que aún no entiendo, lograron salvarme del intento de suicidio. Cuando desperté, no reconocía ni siquiera a mis hijas.

Fue entonces cuando una doctora de medicina interna —la cual se dio cuenta de que, aparte de mi enfermedad por VIH, había algo más— me brindó su apoyo y confianza, y detectó que estaba siendo maltratada psicológicamente por mi pareja. Él no paraba de repetirme, día a día, que tenía que estar con él, pues nadie iba a querer a una 'sidososa'. Esa frase era el obstáculo que me impedía revelarme.

A finales de 1997, como un regalo de Navidad, encontré entre sus cosas, bien escondida, una carta del hospital, en la que pude leer que él no toleraba el tratamiento para el VIH; la misiva estaba fechada en 1994. Entonces, lo comprendí todo: él conocía su enfermedad y nunca me lo dijo; no sólo me infectó, sino que, además, me hizo cargar con la culpa de su infección. Le pedí una explicación; se derrumbó. Me pidió perdón, me manifestó que me amaba, que tenía miedo a perderme. Sentí tanta rabia que pensé en abandonarlo... pero al final lo creí, lo perdóné y me quedé con él. En 1998, nació nuestra hija, perfectamente sana, pero fue pasando el tiempo y también el amor. Me volqué por completo en aquella criatura que tanto me necesitaba.

En 2004, a través de la organización UNAPRO, donde me informaban de todo lo relacionado con mi enfermedad, y mediante tratamiento psicoterapéutico, pude conocer a personas que compartieron generosamente sus experiencias y su sabiduría. Me fortalecí y ocurrió: me separé y me quedé yo sola con mis hijas.

Un día, en el descanso de una terapia, llegó a mis manos *LO+POSITIVO*. Leyendo la página de contactos, me llamó la atención el anuncio de un hombre; yo no buscaba nada, sólo compartir con alguien mi historia. Estaba lejos y pensé que me sería fácil desahogarme con una persona que creí que jamás conocería; me daba vergüenza, pero le escribí una carta de saludo, brindándole mi amistad. Al cabo de un mes, recibí una carta; al leerla, descubrí que era el hombre al que yo había escrito. No puedo negarlo, me emocioné, pues sus palabras me hacían sentir como si lo conociera de toda la vida.

Estaba preso, sin esperanzas, con una inmensa soledad, igual que yo. Seguimos escribiéndonos como amigos, era genial; nos parecíamos tanto que, sin darnos cuenta, surgió la chispa del amor. Le facilité mi teléfono y, por fin, pudimos hablar. Fue emocionante; me declaró su amor y me pidió un compromiso formal.

Acepté. Me llenaba de vida, era un hombre especial. A partir de entonces, mi vida cambió: quería luchar, vivir, reír. No dejamos de hablar ni un día, a pesar de nuestra distancia; sólo me faltaba verlo, pues me había enamorado de un hombre sin rostro. Él, sin embargo, sí me conocía por fotos.

En junio de 2007, lo arregló todo para que fuera a visitarlo. Viajé de Tenerife a Barcelona. Su familia me acogió en su casa; él me esperaba. Cuando llegó el día de visita, mis hijas y yo, nerviosas y emocionadas, fuimos a Lleida. Llegó el momento: 8 de junio a las tres de la tarde. Los pies no me respondían, pero ya no había marcha atrás. Cruzé el pasillo hasta una habitación, y allí estaba él, mirándome. Las niñas corrieron hacia él a abrazarlo. Ambos teníamos nuestras miradas clavadas, nos abrazamos... No tengo palabras para describir tanto amor, al



vernos y sentirnos tan cerca. ¡Confirmado!, estábamos hechos el uno para el otro. Nos vimos tres veces más, pero tuve que regresar a casa con todo nuestro dolor, pero éramos conscientes de la situación.

Hasta el día de hoy, seguimos juntos. Es un hombre culto, sincero, apasionado, inteligente y lleno de esperanzas.

Quizá a finales de este año le den la condicional a Tenerife en tercer grado y así podremos empezar (o continuar) nuestra gran historia de amor.

Conclusión: Si mi destino era pasar por esta enfermedad para conocerlo, ha merecido la pena, pues el amor lo cura todo. Soy otra mujer, trabajo, estoy bien física y mentalmente, y todo gracias a

vuestra revista. Nuestro amor tiene nombre por decisión mutua: ECLIPSE; por lo grande y maravilloso que es. Pasamos de la oscuridad a brillar como el sol.

En nombre de los dos, os agradezco que estéis ahí.

Milagros

Padre soltero adoptivo

¡Hola a todos y todas! Deseo compartir con vosotros una maravillosa experiencia. Soy padre soltero adoptivo de una pequeña de tres años que vive con VIH.

Hace casi un año, realicé una solicitud de adopción ante el gobierno local y, después de un largo proceso de evaluación psicológica y socioeconómica, me autorizaron para ser padre adoptivo y me propusieron a la que ahora es mi hija.

Desde el primer momento, me dijeron que vivía con VIH, pero eso nunca fue un impedimento para aceptarla. Cuando inicié el proceso de adopción, manifesté que no tendría ningún problema en aceptar a niños con alguna necesidad especial o discapacidad. Acepté pronto y, ahora que ya está con su nueva familia, empieza una nueva etapa de lucha contra el estigma y la discriminación, que sufrimos todos los días, especialmente en el sistema de salud.

He luchado por defender los derechos de mi hija y por lograr que lleve una vida como todos los niños de su edad, pero no es fácil. Ahora, he decidido no compartir con nadie el diagnóstico de mi hija y apoyarme en familiares y amigos muy cercanos para administrarles los medicamentos anti-VIH.

Ojalá que otros se animen a adoptar niños con esta condición, la cual no los hace ser menos que los niños seronegativos.

¡Un abrazo a todos y todas!

Simón



Miedo a que el bichito se despierte

Hola a todos y, en especial, a esa gente que suele estar por aquí ayudando a los demás y a sí mismos. Hace 15 meses que vivo con VIH y todavía estoy jodido; no consigo olvidarme, en ningún momento, de lo que me pasa, ni de la posibilidad de contagiar a alguien.

He recibido bastante información y sé perfectamente cómo se transmite el virus, pero no deja de preocuparme.

Tengo 23 años y me siento de puta madre, no me medico, no tomo drogas, no bebo alcohol y como

bien. Me cuido bastante porque tengo un miedo impresionante a que se despierte el bichito. No sé si alguien ha pasado por esto; y por el miedo a quedarse solo.

¿Puede desarrollarse la enfermedad llevando una vida sana?

Me gustaría conocer a personas con ganas de vivir la vida y de tirar hacia delante pase lo que pase. Deseo vivir con todas mis fuerzas.

Un besazo y ánimo.

Fran

La experiencia de Lázar



La idea de poder hablar de una enfermedad, que nace después de un período de tiempo de incubación y que se transmite por la sangre, los fluidos corporales y las relaciones sexuales, no es fácil.

Hoy, una vez más, recuerdo ese día de 1983 como una fecha fatídica de mi vida, en la que me comunican mi "seropositividad" y que un anticuerpo recorre mi sangre.

Quisiera transmitir, desde mi experiencia, lo mucho que sufrí tras comprobar, a lo largo de estos años, la poca sensibilidad y preocupación de unos servicios médicos asustadizos e ignorantes. En 1987, cuando se inició el tratamiento con Retrovir® (zidovudina), la mayoría de las personas que eran portadoras empezaron a tomarlo como un remedio para la enfermedad que se les venía encima. En su mayor parte, ellas se quejaban de los efectos secundarios y devastadores que producía dicho tratamiento. Desde ese año, las patologías relacionadas con el sida aparecían, produciendo sufrimiento, dolor y muerte.

Pocos y pocas fueron los que sobrevivieron a una enfermedad que vino sin saberse bien de dónde, pero que afectó, de forma desproporcionada, a todo un grupo de personas: los usuarios de drogas.

Después de 25 años de "seropositividad", tengo que decir que se puede vivir con dignidad, ilusión y con expectativas de futuro. Mi mensaje es optimista, puesto que, desde mi condición de persona que, por fortuna, está bien de salud, considero importante aceptar el VIH y mis anticuerpos (que lo intentan mantener a raya), para, de esta forma, normalizar el problema y enfrentarme día a día con las ganas de luchar y vivir.

A todas aquellas personas que estén en mi situación, o incluso en otras situaciones no tan favorables como la mía, quiero decirles que fueron esos propios anticuerpos del VIH los que me proporcionaron más ganas de vivir, de llevar una vida plena como nunca la había tenido antes. Es verdad que la droga me brindó momentos de placer, nuevas sensaciones y otras muchas cosas, pero no es menos cierto que me pude dar cuenta de que también estaban asociados a la muerte, a la enfermedad, al sufrimiento y, sobre todo, a una gran soledad que es muy difícil de llenar con algo.

En mi caso, las drogas arruinaron mi vida, deterioraron mi salud y destruyeron toda mi esperanza depositada en ellas. No puedo dejar de citar la importancia de la vida, de poder llevarla con la lucidez y la naturalidad que dan las

ilusiones, los sueños y las esperanzas reales. Quiero recordar a esos miles de muertos por la enfermedad. En mi recuerdo están, y jamás olvidaré, todo lo que ellos esperaban: comprensión, cariño, un abrazo o un '¿cómo estás?'; algo que, en los últimos momentos de su vida, abandonados en la soledad de una cama, no tuvieron. Para todos ellos, mi respeto y cariño.

Estas reflexiones que comparto en este texto no son más que mi mundo interior, un escrito que deseo dejar como legado, experiencia y regalo a los chavales de las unidades terapéuticas; unas divagaciones, deseos, ilusiones y pensamientos íntimos que, sin ningún temor, quiero compartir.

Fueron esos propios anticuerpos del VIH los que me proporcionaron más ganas de vivir, de llevar una vida plena como nunca la había tenido antes.

Ahora siento una especie de paz interior que inunda mi ser, una necesidad de que el mundo sepa quién soy, sin sombras; esta sed de vida me arrastra hacia la verdad, sentirme vulnerable es estar cerca de todos vosotros.

Lázar Blanco
Agente de Salud
Unidad Terapéutica y Educativa del
Centro Penitenciario de Villabona
(Asturias)

La gente

Este verano conocí, fuera de mi ciudad, a una mujer que parecía superenrollada, de izquierdas —lo sé, no quiere decir nada—, colaboradora de ONG, del sector sanitario, abierta de miras, siempre con una sonrisa, etc.

De pronto, me dijo que había tenido un día fatal y que encima había llegado al ambulatorio un "sidoso" al que había tenido que curarle una herida en el culo —¡encima!—, que se había puesto tres guantes (porque esta gente le da un asco...), y que, cuando ha acabado, sin querer, ha tocado con el guante una pulsera que tenía —¡qué asco!— y que la ha tirado. ¡Buah!

Por cortesía hacia la demás gente, tuve que mirarla algún rato

más. No podía creerlo; no pude dormir en toda la noche.

¡Esto sigue siendo un calvario! Mi pareja me dice que es que soy muy cerrada con la gente, que tengo una coraza, que no me fio. ¡Qué rabia!

Cabreada



Hace falta valor

Estoy pasando por una gran duda: Creo estar enfermo de VIH, aunque no me he hecho la prueba aún para descartarlo; mi temor es si sale positivo.

Muestro algunos síntomas que creo que se pueden asociar con el VIH: me duelen algunos músculos del cuerpo, me siento muy agotado y tengo cierta calentura, como si pasaran la plancha sobre algunas partes de mi cuerpo y cara.

Sufrí una bronquitis hace unos días, pero sin medicamentos ni nada me ha pasado.

Tengo mucho temor a hacerme la prueba, pero, cada día que pasa, estoy más obsesionado con esta situación.

De verdad que no tengo valor para hacerme la prueba.

Jorge

Boletín de Suscripción

ORDEN DE PAGO POR BANCO

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

NOMBRE

BANCO O CAJA

LOCALIDAD

DOMICILIO AGENCIA

C.P.

CÓDIGO C/ C (20 DÍGITOS)

FIRMA

Nombre

Dirección

Población

Provincia

C. Postal

Tel.

Móvil

Autorizo una donación anual de:

25€ 50€ €

Forma de pago: Giro postal

Talón nominativo adjunto Por Banco

En el caso de pago por banco, rellena y envía también la Orden de Pago adjunta a: Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) c/ Sardenya, 259 3º 1ª 08013 Barcelona (España)

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

La tiranía de las subvenciones para el VIH en la Comunidad de Madrid

Las ONG que trabajamos en proyectos de prevención y apoyo a las personas con VIH de esta comunidad autónoma queremos lanzar la voz de alarma respecto a las ayudas en forma de subvenciones que percibimos de su Consejería de Sanidad.

Para que os hagáis una idea, se calcula que, en la Comunidad de Madrid, vive el mayor número de personas infectadas por VIH, aproximadamente unas 30.000 (aún no está operativo el registro de nuevos diagnósticos) y, desde el año 1981, se han registrado 18.330 casos de sida.

Según la propia Consejería de Sanidad, las ONG "desempeñamos un papel importante como agentes encargados de proporcionar información, educación y apoyo asistencial a sectores de población especialmente expuestos a esta infección y menos accesibles desde la red sociosanitaria". Esta idea se recoge también en la misma convocatoria de subvenciones.

Pues bien, para demostrar lo importantes que somos, el presupuesto destinado a estas ayudas no ha aumentado desde 2007, al revés, ha disminuido en 2009, siendo la cantidad total este año de 266.000 euros para proyectos de prevención y 240.000 para proyectos de carácter asistencial (ayuda domiciliaria y recursos residenciales), a repartir entre todas las ONG, en torno a unas 30 en total. Si se compara con las cantidades destinadas en otras comunidades autónomas, teniendo en cuenta criterios de población, estimación de casos de nuevas infecciones, casos de sida, y otros, se verá que las comparaciones dejan en un pésimo lugar a la Comunidad de Madrid.

Según la propia Consejería de Sanidad, las ONG "desempeñamos un papel importante como agentes encargados de proporcionar información, educación y apoyo asistencial a sectores de población especialmente expuestos a esta infección".

Tu opinión cuenta, nos importa y nos ayuda a mejorar

Rellena, recorta (o fotocopia) y envíanos esta pequeña encuesta a: gTt c/Sardenya, 259 3º 1ª 08013 BCN (España)

1 Sexo

- Hombre Mujer

Transgénero

2 Edad

- >20 20-30
 31-40 41-50
 51-60 <60

3 Estado al VIH

- VIH+ VIH-
 Desconocido

4 ¿Sabes cómo adquiriste el VIH?

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

5 ¿Tomas tratamiento antirretroviral?

- Sí No

6 ¿Tomas suplementos vitamínicos o tratamientos alternativos?

- Sí No

7 ¿Cuáles?

8 ¿En qué localidad vives?

9 Valora *LO+POSITIVO* de 1 a 10

- Contenido En general Diseño

10 ¿Qué temas te han gustado más?

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

Para redundar en nuestro “importante papel”, nos encontramos durante la práctica totalidad del periodo de ejecución de los proyectos subvencionados (si es que finalmente se subvencionan) desconociendo la cantidad asignada y la fecha de cobro; si bien lo normal es que, cuando tenemos dicha información, el proyecto ya esté más que ejecutado.

Factor tiempo

En 2009, ambas convocatorias de subvenciones han sido publicadas en el mes de julio. Su objeto es la ayuda a proyectos que se han realizado desde octubre de 2008 a septiembre de 2009. Es decir, la convocatoria sale a escaso mes y medio —vacaciones mediante— de que acabe el plazo de ejecución. El plazo de resolución es de seis meses, lo que quiere decir que, en febrero de 2010, sabremos si recibimos ayudas y la cuantía para aquellos proyectos que hace seis meses finalizamos. Pero además, después de resolverse, ha de pasar por intervención, que si no se demora puede tardar, tranquilamente, otro mes, y por último a tesorería, desde donde realizan los pagos. Así que, a estas alturas, no sabemos ni siquiera si vamos recibir, ni cuánto, ni cuándo lo que ya hemos gastado. En el mejor de los escenarios, cobraríamos en mayo del próximo año, con suerte.

Dado que las asociaciones no tenemos mucho dinero, pues dependemos sobre todo de las ayudas públicas, hemos llegado al límite de nuestras posibilidades para poder dar continuidad a nuestro trabajo. Hasta un punto en el que, dentro de nuestro entorno asociativo, se ha tenido que reducir a mínimos el personal técnico de intervención, con la consiguiente disminución de las actividades e iniciativas que estamos llevando a cabo.

Pero, de todo esto, lo que más nos preocupa es la imposibilidad de poder atender como se merecen, con dignidad y profesionalidad, a todas las personas que nos lo solicitan, tanto directamente como derivadas de las instituciones públicas, desde la responsabilidad de querer realizar un trabajo serio e innovador y con resultados que se puedan reflejar en un beneficio para la sociedad, en general, y de las personas con VIH, en particular.

Plan de Actuaciones frente al VIH

Sabemos que hay muchas cosas por hacer, tanto en educación, prevención, como en atención a las personas que están en un mayor riesgo de exclusión social por un deterioro físico o psíquico, situaciones de calle, discriminación social, sanitaria y laboral, soledad... Nos



sentimos impotentes ante la imposibilidad manifiesta, por falta de medios económicos, de poder efectuar nuestra labor, que se debe desarrollar dentro de un ámbito de continuidad.

El Plan de Actuaciones frente al VIH 2005-2007 nunca ha sido renovado, ni adecuadamente evaluado. Y si existen algo así como unas líneas estratégicas, las asociaciones, desde luego, no hemos participado en su definición. “Participación” es un concepto que parece no estar en la agenda de nuestros políticos. ¿Cómo podemos, entonces, contribuir a ese acceso a sectores de la población que no pueden o no quieren acceder a la red sociosanitaria? La Oficina Regional de Sida, creada en el marco del Plan de Actuaciones, y en la que estábamos representadas las ONG, no ha vuelto a reunirse desde 2008, por lo que la interlocución formal con la institución se ha visto interrumpida. En el trasfondo está el gravísimo asunto de la desaparición de la Dirección General de Salud Pública, de la que dependía la Oficina Regional.

Cambios a peor

El pasado año, las ONG nos reunimos con la directora general de Atención Primaria —de la que pasaron a

depender las actuaciones en materia de VIH/sida—, quien nos aseguró, tanto a los presentes como más adelante, en una nota de prensa, que nada iba a cambiar con la desaparición de la Dirección General y que se mantendría el presupuesto destinado a las subvenciones. Pero los hechos son otros: las cosas sí han cambiado, considerablemente a peor, y el presupuesto se ha reducido; de 311.000 a 266.000: en torno a un 15%.

Tampoco existe en la red sanitaria una atención psicosocial que pueda ayudar a paliar o mitigar la problemática que conlleva saber que se tiene una enfermedad crónica, con una fuerte connotación social de culpabilidad y responsabilidad, que desde el conocimiento del diagnóstico hasta el cansancio psicológico que conlleva esta carga pueda ayudar a hacerlo más fácil.

Máxime teniendo en cuenta que la intervención psicológica tanto individual como grupal (grupos de autoayuda, autoapoyo, reciente diagnóstico, etc.) dentro de este colectivo conlleva unas necesidades muy específicas, derivadas de la estigmatización y discriminación, que históricamente han acompañado a las personas afectadas por VIH. Esto hace que la especialización en dicha intervención psicológica con este colectivo sea fundamental, ya que, además del conocimiento y dominio de técnicas psicológicas o de intervención social, se hace fundamental el manejo de información a nivel médico, biológico, farmacéutico y legal.

Por todos y todas es conocido que la actual crisis económica conlleva un recorte de gastos y presupuestos por parte de los organismos públicos y privados, pero como asociación que trabaja en defensa de los derechos y el bienestar de todas las personas afectadas por VIH, no podemos dejar de denunciar esta situación que, desgraciadamente, se ceba en los colectivos más desfavorecidos, reivindicando en este sentido, puesto que una política social preventiva supone un mayor ahorro a medio y largo plazo para toda la sociedad, sobre todo en el ámbito sociosanitario.

Arranca la cuarta edición del proyecto *Exprésate*, en la que jóvenes de toda España denunciarán a través del arte la discriminación asociada al VIH y el sida.

Con el lema *VIH-sida: conocer antes de juzgar*, el proyecto que coordina CESIDA se desarrollará este año en dieciséis comunidades autónomas. El proyecto *Exprésate'09* está financiado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida, y cuenta con la colaboración de Merck Sharp & Dohme de España.

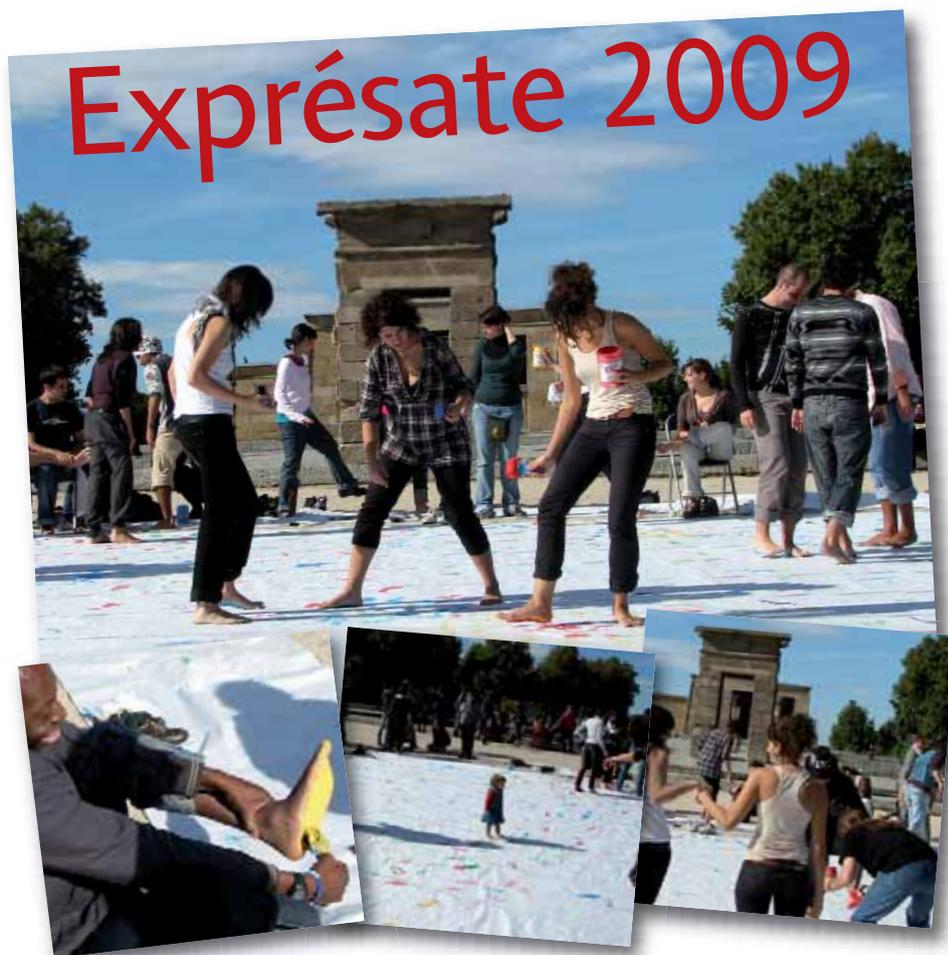
Dentro de las acciones planificadas, la primera ciudad que ha comenzado a desarrollar el proyecto ha sido **Granada**, donde la asociación Hogar20 ha presentado las actividades en el IES Hermegegildo Lanz de la ciudad andaluza. Más información: Gaspar Garijo, 609 211 233.

La Asociación Antisida de **Cantabria** ha desarrollado unos talleres en el IES Manuel Gutiérrez Aragón de Viérnoles, Torrelavega. La exposición sobre los trabajos se puede visitar hasta el 30 de noviembre. Más información: Carmen Martín, 942 313 232.

En **Baleares** se han desarrollado talleres, acciones de publicidad con estudiantes de diseño e intervenciones en bibliotecas y centros culturales. Exposición de los materiales hasta el 24 de noviembre. Más información: SILOÉ, 971 144 266; ALAS, 971 714 488.

En la región de **Murcia**, AMUVIH propone, además de varios talleres, unas convocatorias de poesía, pintura, escultura, imagen, fotografía y diseño gráfico. La exposición de trabajos será entre el 15 y el 31 de diciembre. Más información: Francisco Ibáñez, 669 219 236.

En **Málaga**, ASIMA prepara diversos talleres, un espectáculo de danza el 29 de noviembre en el Conservatorio Superior de Danza, y en enero de 2010, una exposición en el Museo de Bellas Artes de fotografías, objetos y productos diseñados y elaborados por personas que viven con VIH/sida. Más información: Antonia Montañez, 952 601 780.



Imágenes de la acción de la Asociación Cultural DANTE el pasado 23 de octubre frente al estanque del Templo de Debod en Madrid. Es el quinto año consecutivo que esta organización realiza intervenciones en el ámbito de la discriminación asociada al VIH/sida. En esta

oportunidad, contaron con la colaboración de la coreógrafa Marta Carrasco y la participación de alumnos de facultades y escuelas de arte para convertir el conocido monumento en el escenario de un gran lienzo-collage de pies como inicio de sus actividades.

Durante los meses de octubre y noviembre, se han celebrado en **Valencia** numerosas charlas y acciones en la Facultad de Bellas Artes. El 1 de diciembre se inaugura la exposición de trabajos en la sala Municipal "Eduard Escalante", en el Complejo Cultural de Abastos, y el día 2 queda abierta una exposición de animaciones y carteles participantes en el espacio Ca Revolta. Más información: Claudia Figna, 963 731 002.

En **León**, la asociación Caracol ha programado un serie de talleres de prevención en institutos de toda la provincia. Asimismo, se han convocado concursos de expresión artística, fotografía, carteles y grafiti. El 28 de noviembre, se celebrará un concierto en la sala Univer-

sidad de Ponferrada. Más información: Unai, 987 414 349.

En **Álava** se presenta un documento visual en colaboración con la Sociedad Alavesa de Medios Audiovisuales (SAMA). Más información: Sejo Carrascosa, 945 257 766.

En **Castellón**, entre el 26 y el 28 de noviembre se presentan en diversos locales de ocio los trabajos del alumnado de la Escuela de Arte y Superior de Diseño de Castellón. Más información: Manuel de Gregorio, 964 213 106.

El 30 de noviembre, se prepara una actividad lúdico-festiva en la Praza de Ferraría de **Pontevedra**, y el 1 de diciembre se inaugurará un mural en el Muelle de Ferrazzo de Vilagarcía de

Arousa (Pontevedra). Más información: Nando Culler, 695 557 373.

En Barcelona, el 26 de noviembre se inaugura una exposición de trabajos en Àmbit Dona. Más información: Toni Feixa, 933 056 888.

UNAPRO realizará durante el mes de noviembre un vídeo sobre el estigma asociado al VIH junto con el alumnado de la Universidad de la Laguna en Tenerife. Para el 15 y 16 de diciembre están convocados unos talleres en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de dicha universidad. Más información: Patricia y Ely, 922 63 29 71.

En el Campo de Gibraltar se presentan obras de alumnos de la Escuela de

Artes y Oficios de la ciudad de Algeciras, y la última semana de noviembre se inaugura una exposición que recorrerá algunas ciudades de la provincia. Más información: Sandra, 956 634 828.

Faro Positivo, de Lanzarote, prepara un cine-forum y una exposición de carteles entre el 25 de noviembre y el 3 de diciembre. Más información: Natividad Guadalupe, 928 80 17 93.

En Zaragoza, OMSIDA realizará un documento gráfico con entrevistas a personas que asistan a los talleres programados durante el mes de noviembre. El vídeo-montaje podrá verse hasta el 31 de diciembre. Más información: Jancho Barrios, 976 201 642.

En Palencia, los días 1 y 2 de diciembre se inaugura una exposición de carteles en la sede de la Caja Laboral. Más información: Bárbara López, 979 105 705.

En Madrid, el 30 de noviembre se leerá el manifiesto elaborado por las entidades que conforman la Coordinadora Estatal de VIH-Sida (CESIDA) en la sede del Ministerio de Igualdad en Madrid. Asistirá la directora general contra la Discriminación, representantes del Ministerio de Sanidad y representantes de otras organizaciones sociales.

Más información sobre *Exprésate* en www.cesida.org o llamando a José Miguel Gutiérrez Chico (915 223 807).



Entre el 26 de noviembre y el 4 de diciembre del 2009, se celebrará en Madrid una muestra cultural y artística sobre el VIH, organizada por la fundación Triángulo.

El objetivo de la muestra es promover la visibilidad y sensibilización de aquellos aspectos relacionados con la infección con el fin de reducir el estigma y

la discriminación hacia las personas que viven con el VIH.

A lo largo de la muestra, se exhibirán las obras de artistas noveles y consagrados en espacios del centro de Madrid. También se expondrán las fotografías de personajes del mundo del arte para sensibilizar a la sociedad sobre la realidad actual de las personas con VIH.

El acto inaugural de VIH VO será el 26 de noviembre en el Museo Chicote, donde permanecerá hasta el 4 de diciembre la muestra fotográfica de los artistas Joan Crisol, Sergi Margalef y Pedro Walter. La muestra de artes plásticas —pintura, fotografía y vídeo-creación— en relación con el VIH se ubicará en la Galería Monstsequi. La colección de obras donadas a la causa estarán instaladas en el café Baires.

También están programados una pieza teatral en el Teatro Circo Price, el estreno de un documental sobre la transexualidad femenina y el VIH, y el recital 10 años de poesía frente al VIH.

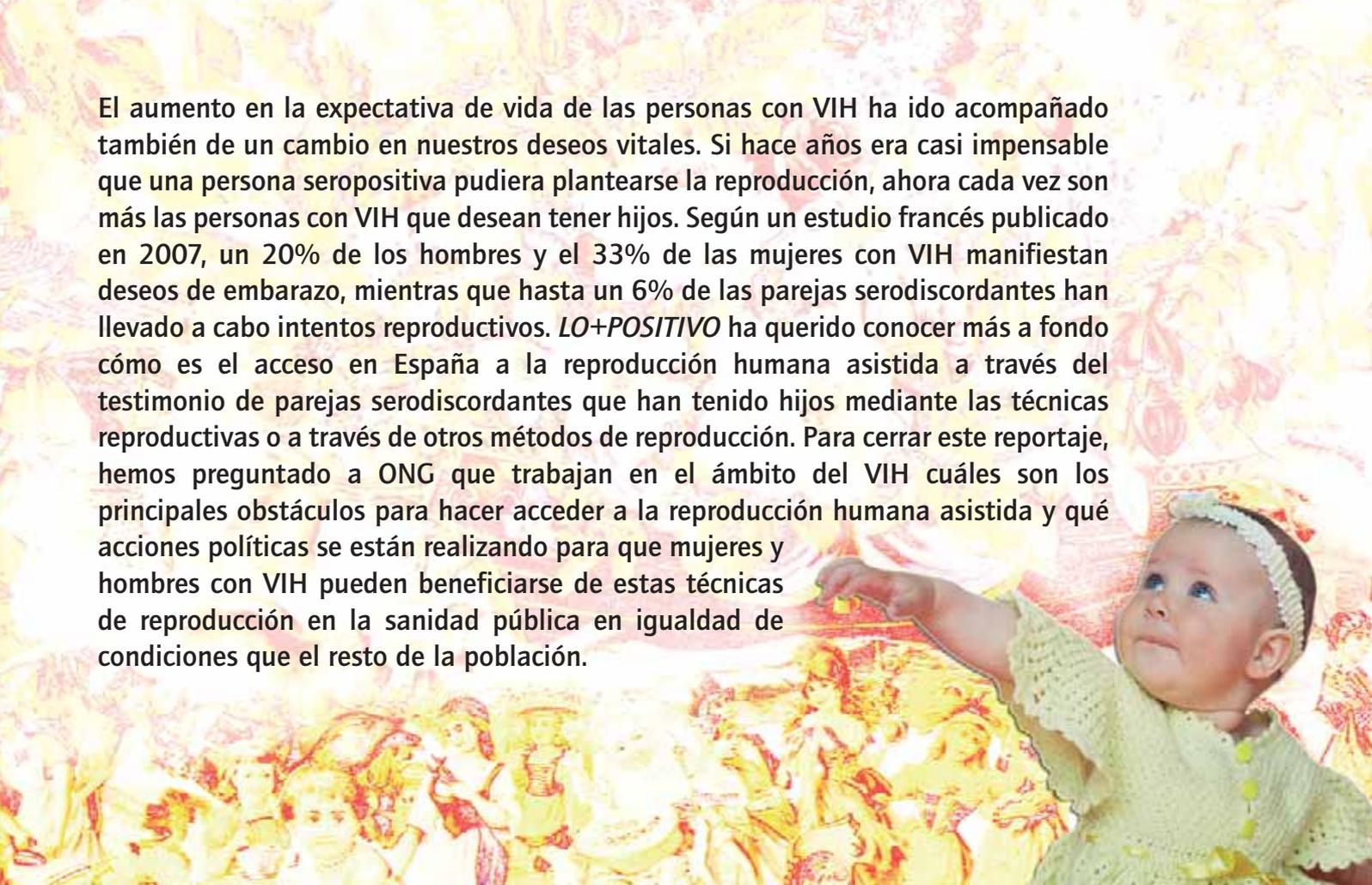
El 4 de diciembre, una fiesta benéfica inspirada en el cabaret clausurará la muestra en la madrileña Sala OHM.

Más información:

www.fundaciontriangulo.es



El aumento en la expectativa de vida de las personas con VIH ha ido acompañado también de un cambio en nuestros deseos vitales. Si hace años era casi impensable que una persona seropositiva pudiera plantearse la reproducción, ahora cada vez son más las personas con VIH que desean tener hijos. Según un estudio francés publicado en 2007, un 20% de los hombres y el 33% de las mujeres con VIH manifiestan deseos de embarazo, mientras que hasta un 6% de las parejas serodiscordantes han llevado a cabo intentos reproductivos. *LO+POSITIVO* ha querido conocer más a fondo cómo es el acceso en España a la reproducción humana asistida a través del testimonio de parejas serodiscordantes que han tenido hijos mediante las técnicas reproductivas o a través de otros métodos de reproducción. Para cerrar este reportaje, hemos preguntado a ONG que trabajan en el ámbito del VIH cuáles son los principales obstáculos para hacer acceder a la reproducción humana asistida y qué acciones políticas se están realizando para que mujeres y hombres con VIH puedan beneficiarse de estas técnicas de reproducción en la sanidad pública en igualdad de condiciones que el resto de la población.



Reproducción humana asistida: un camino de obstáculos para personas con VIH

Los avances de la ciencia en materia de reproducción humana asistida han posibilitado que muchas personas con VIH que desean tener hijos puedan beneficiarse también de los métodos reproductivos que se ofrecen al resto de población. Vaya por delante que, en general, la infección por VIH en una mujer o en un hombre no es una contraindicación para acceder a las técnicas de reproducción: si a una persona que cumpliendo los requisitos se le niega la reproducción asistida por su estado serológico al VIH, tal exclusión constituye una vulneración de uno de sus derechos fundamentales –el derecho a procrear– y, por consiguiente, una discriminación inaceptable.

No obstante, las trabas para acceder a la reproducción asistida continúan existiendo, y muchas parejas serodiscordantes o mujeres con VIH solas (o con pareja femenina), al final, deciden abandonar su deseo de tener hijos, recurrir a la sanidad privada –en caso de poder hacer frente a los costes– u optar por la reproducción natural controlada.

Los problemas crecen

La incorporación de nuevas técnicas e indicaciones para la reproducción humana asistida ha propiciado que, en la

actualidad, más personas puedan beneficiarse de estos avances terapéuticos. Sin embargo, el incremento de las demandas de los nuevos usuarios potenciales no se ha visto reflejado, de manera habitual, en una mejora de la atención asistencial en materia de reproducción asistida en la sanidad pública española. Profesionales de la salud y organizaciones de pacientes coinciden en señalar los principales problemas de los que adolece la reproducción asistida en el sistema sanitario público: listas de espera de varios años, estrictos criterios

de inclusión y priorización de las y los pacientes, y una cartera de prestaciones geográficamente desigual y lenta en la incorporación de novedades técnicas y nuevas indicaciones.

Como consecuencia de ello, la distancia entre la atención en la sanidad pública y la privada se va haciendo cada vez más grande, de la misma manera que aumenta el descontento y el malestar de los pacientes que no pueden realizarse en la sanidad pública algo que ya se ofrece en la privada.

En el ámbito que nos ocupa, la infección por VIH, esta diferencia en el acceso a las técnicas de reproducción asistida entre la sanidad pública y la privada es todavía mayor. La oferta de reproducción humana asistida para parejas serodiscordantes (hombre con VIH y mujer sin VIH o a la inversa), seroconcordantes (ambos miembros con VIH) o para mujeres con VIH (sin pareja o con parejas femeninas) en la sanidad privada española es mucho mayor que la que brinda la pública. Pese a que no parece existir una limitación en la normativa para que las personas con VIH puedan acceder a estas técnicas, lo cierto es que los servicios públicos de salud de muchas comunidades autónomas no las incluyen en sus protocolos de reproducción humana asistida. Los posibles motivos que subyacen los acabamos de mencionar: o bien no se ha incluido todavía la indicación (prevención del VIH para parejas serodiscordantes), o existen criterios de priorización (que colocan a las personas con VIH en un plano de desigualdad) o bien no se dispone de la tecnología específica o de las instalaciones adecuadas (laboratorios independientes) para el manejo de

muestras contaminadas. Además, el estigma y la discriminación que se asocian todavía hoy con la infección por VIH son un obstáculo que dificulta a las personas seropositivas a ejercer de forma plena un derecho que legítimamente les corresponde (véase en la página 30 la entrevista a Creación Positiva).

Diversas opciones, diferentes situaciones

En el contexto de la infección por VIH, el objetivo de los métodos de reproducción asistida es reducir al máximo el riesgo de transmisión del virus al miembro no infectado de la pareja –en el caso de los varones seropositivos– y la eliminación total del mismo, en el caso de parejas en las que la mujer vive con VIH. La reproducción humana asistida está también indicada para aquellas mujeres con VIH, sin pareja, que desean quedarse embarazadas o para parejas de mujeres lesbianas con deseos reproductivos, posibilidades ambas que, con frecuencia, parecen obviarse cuando se habla de salud y derechos reproductivos de las personas seropositivas.

Además, estas técnicas permiten tratar los trastornos de la capacidad repro-

ductiva (esterilidad) que los estudios clínicos han asociado, aunque con resultados contradictorios, con la infección por VIH.

Existen diferentes técnicas de reproducción para personas con VIH cuya elección depende de quién sea el miembro infectado de la pareja: hombre seropositivo/mujer seronegativa, hombre seronegativo/mujer seropositiva, ambos miembros de la pareja seropositivos y mujer sola con VIH (o con pareja femenina) con deseos reproductivos (véase tabla 1).

Algunas unidades de VIH de los hospitales ofrecen consejo reproductivo a parejas serodiscordantes, seroconcordantes o pacientes sin pareja que desean tener hijos. Idealmente, los especialistas deberían proporcionar información relativa a las diferentes opciones de reproducción (asistida o natural controlada), según cada caso, que incluyese una explicación precisa sobre cada técnica, los riesgos de transmisión, probabilidades de éxito de embarazo, acceso (sanidad pública, privada o combinada), criterios de inclusión y exclusión, y el tratamiento antirretroviral en el embarazo y su toxicidad asociada. Las parejas, una vez informadas y habiendo valorado con detenimiento cada uno de las diferentes métodos de reproducción, podrían decidir por cuál decantarse. No obstante, la elección de una opción reproductiva concreta a menudo está condicionada por las limitaciones que hay en el acceso a muchos de estos métodos, por lo que, en realidad, se reduce considerablemente el abanico de posibilidades.

Análisis, pruebas diagnósticas y consentimiento

Tanto si las parejas optan por un método de reproducción asistida como por la reproducción natural controlada, antes de iniciar el proceso se requiere que ambos miembros de la pareja se sometan a un examen médico que evalúe, por un lado, el estado general y específico frente al VIH y otras infecciones, y por otro, el potencial fértil de la pareja (véase tabla 2).

En el caso de las parejas serodiscordantes (varón VIH+ / mujer VIH-) que se decantan por técnicas de reproducción asistida, el principal criterio de inclusión en el protocolo es que la infección por VIH del hombre esté estabilizada. En la

Tabla 1: Métodos de reproducción asistida en personas con VIH

Hombre VIH+ / mujer VIH-	Mujer VIH+ / hombre VIH-	Mujer VIH+ / hombre VIH+	Mujer VIH+ (sola o con pareja femenina)
Lavado de semen + Inseminación intrauterina ó Fecundación <i>in vitro</i> con microinyección espermática	Inseminación intrauterina ó Fecundación <i>in vitro</i> con microinyección espermática	Inseminación intrauterina ó Fecundación <i>in vitro</i> con microinyección espermática	Inseminación intrauterina con semen de donante ó Fecundación <i>in vitro</i> con microinyección con espermatozoos de donante

Otros métodos de reproducción

Reproducción natural controlada	Autoinseminación Reproducción natural controlada	Autoinseminación Reproducción natural controlada	
---------------------------------	---	---	--

Tabla 2: Evaluación infectológica y de fertilidad

Evaluación infectológica		Evaluación de la fertilidad	
Hombre VIH+ y mujer VIH+	Mujer VIH- y hombre VIH-	Hombre VIH+ y VIH-	Mujer VIH- y VIH+
Carga viral en plasma del VIH (<50 copias/mL) Carga viral y proviral del VIH en fluidos genitales (<50 copias/mL) Recuentos de linfocitos Cribado de infecciones genitales Serología de sífilis, VHB y VHC Infecciones oportunistas previas u otras complicaciones asociadas al VIH Historia de tratamientos antirretrovirales Uso de medicación concomitante	Analítica general que incluya serología para el VIH, VHB, VHC, rubéola y sífilis Cribado de infecciones genitales Citología cervicovaginal Determinación del VPH	Historia clínica (antecedentes de enfermedades del testículo, infecciones virales en la infancia, ITS, etc.) Examen físico completo Seminograma Analítica general (hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas)	Historia clínica Examen físico Estudio hormonal del ciclo ovárico Ecografía ginecológica Histerosalpingografía ¹ ¹ Técnica diagnóstica de imagen que permite visualizar la cavidad uterina y las trompas de Falopio.

actualidad, no existen recuentos de linfocitos-T CD4 ni de carga viral del VIH en sangre limitantes. Además, previamente a la aplicación de la técnica, ambos miembros de la pareja necesitarán dar su consentimiento mediante la firma de un documento en el que se especifica que uno y otro han sido informados y han comprendido los riesgos de la técnica y el concepto de reducción (que no eliminación) del riesgo de infección por VIH.

En las parejas serodiscordantes que optan por la reproducción natural (véase pág. 23) a través de relaciones sexuales no protegidas limitadas únicamente a los días fértiles de la mujer y en condiciones de bajo riesgo de transmisión del virus, el embarazo está desaconsejado cuando el miembro con VIH de la pareja tiene una enfermedad oportunista activa, un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³, una carga viral detectable (>50 copias/mL) en los últimos 3-6 meses en plasma (o en los fluidos genitales) y/o una mala tolerancia o adhesión al tratamiento antirretroviral (independientemente de la carga viral).

Tanto en la reproducción natural como en la asistida está contraindicado el uso de ribavirina (uno de los dos medicamentos para tratar la hepatitis C) en cualquiera de los dos miembros de la pareja en los últimos seis meses, como consecuencia del efecto potencialmente dañino de este medicamento para el embrión.

Lavado de semen

Esta técnica, asociada a la inseminación intrauterina o la fecundación *in vitro* con microinyección espermática (FIV-ICSI) en la mujer, es el método de reproducción asistida que ofrece mayor seguridad a parejas serodiscordantes en las que el hombre está infectado por VIH.

Consiste en separar los espermatozoides del resto del plasma seminal mediante una técnica específica y, a continuación, utilizarlos para practicar una inseminación intrauterina o una fecundación *in vitro* con microinyección espermática en la mujer.

Es bien sabido que el esperma es un vehículo de transmisión del VIH. El semen se compone de espermatozoides

(células reproductoras), líquido o plasma seminal y un conjunto de células no espermáticas. Se considera que los espermatozoides, en tanto que no tienen receptores en su superficie a los que el VIH pueda acoplarse, no pueden contener virus en su interior; pese a ello, el líquido seminal sí puede contener viriones del VIH (virus libres) o partículas de éste (ADN proviral) integradas en el interior de las células no espermáticas. Generalmente, en personas que toman un tratamiento antirretroviral eficaz, existe una buena correlación entre carga viral indetectable en la sangre y en los fluidos genitales. Sin embargo, no siempre es así y varios han sido los estudios que han mostrado la presencia de VIH detectable en el semen de hombres con virus indetectable en sangre.

En el lavado seminal, la muestra facilitada por el paciente se lava mediante centrifugación y resuspensión en gradientes de densidad discontinuos (quedando separados los espermatozoides del resto de componentes del plasma seminal) y, a continuación, se realiza un *swim-up*, una técnica que permite separar los espermatozoides sobre la base de su motilidad y morfología (véase *Proceso de lavado de esperma*).

Los espermatozoides resultantes del lavado seminal se dividen en dos fracciones. Una de ellas se remite al laboratorio de microbiología, donde se analizará para descartar la presencia del VIH a través de una PCR (prueba de reacción en cadena de la polimerasa). Caso que el resultado de la prueba fuese positivo, la otra fracción no podría utilizarse y tendría que destruirse. Si el resultado es negativo, la segunda fracción se empleará para realizar la técnica de reproducción asistida elegida, o inseminación intrauterina o bien fecundación *in vitro* con microinyección espermática. Idealmente, la prueba de PCR y la técnica de reproducción asistida deberían hacerse el mismo día de la obtención de la muestra. Si el centro hospitalario donde se efectúa el lavado seminal no tiene la posibilidad de disponer de forma inmediata de los resultados de la PCR, será necesario congelar una muestra seminal para su uso posterior, lo que implica que, como consecuencia de la congelación y los sucesivos lavados, se produzca un empobrecimiento del semen y que éste pudiera no ser apto para la inseminación artificial.

La técnica del lavado de semen, aunque no garantiza la imposibilidad de transmisión del VIH, la reduce de modo muy significativo.

Inseminación intrauterina y fecundación *in vitro* con microinyección espermática

Entre los expertos, no parece existir unanimidad en cuanto a la técnica de reproducción que se utilizará cuando no hay ninguna otra patología reproductiva en alguno de los dos miembros de la pareja. Normalmente, se tiende a considerar que la inseminación intrauterina supone una menor complejidad técnica, menos riesgos para la mujer y un menor coste económico. Otros equipos médicos aconsejan la fecundación *in vitro* con microinyección espermática sobre la base de que el riesgo de transmisión del VIH podría ser menor con esta técnica, dado que cada ovocito se expone a un solo espermatozoide, mientras que en el caso de la inseminación intrauterina, la paciente se expone a varios millones de espermatozoides.

Los especialistas también consideran que la técnica del lavado seminal y el empleo de una de las dos fracciones resultantes para la prueba de la PCR implican una importante reducción del número total de espermatozoides disponibles para practicar la técnica reproductiva. Por ello, sugieren que, en aquellos pacientes que presenten unos valores límites en el seminograma previo al lavado seminal, se utilice la fecundación *in vitro* con microinyección espermática, para aumentar las probabilidades de éxito.

Asimismo, ambas técnicas van asociadas a un tratamiento de estimulación

de la ovulación y a un seguimiento clínico y ecográfico para establecer la maduración de los folículos ováricos (que contienen los ovocitos). Cuando el tamaño de los folículos logra el diámetro apropiado (visualizado a través de ecografía), se provoca la ovulación, mediante la administración de un inyectable. Sólo entonces es posible conocer cuándo es el momento más idóneo para practicar la inseminación intrauterina. En esta técnica, se deposita la muestra de semen previamente lavado en el útero mediante una cánula de plástico.

Por su parte, en la fecundación *in vitro* con microinyección espermática, 36 horas después de finalizar el tratamiento de estimulación ovárica, se realiza a la mujer una punción folicular, con el fin de extraer los óvulos. Ese mismo día, se efectúa en un laboratorio la fecundación de los óvulos mediante microinyección de un espermatozoide dentro de cada óvulo. Transcurridos dos o tres días, se transfiere, en quirófano, el embrión (o embriones). Para tal fin, se emplea una cánula cargada con los embriones, que se depositan en el fondo del útero.

Los expertos señalan que las tasas de embarazo conseguidas en parejas serodiscordantes mediante inseminación intrauterina o fecundación *in vitro* con microinyección espermática son idénticas o incluso superiores si las comparamos con las de parejas no serodiscordantes que se someten a las mismas técnicas. Esto podría ser debido a que, en general, las parejas serodiscordantes no son estériles, sino que recurren a estas técnicas para minimizar el riesgo de transmisión del VIH a la mujer.

Acceso al lavado de semen en la sanidad pública

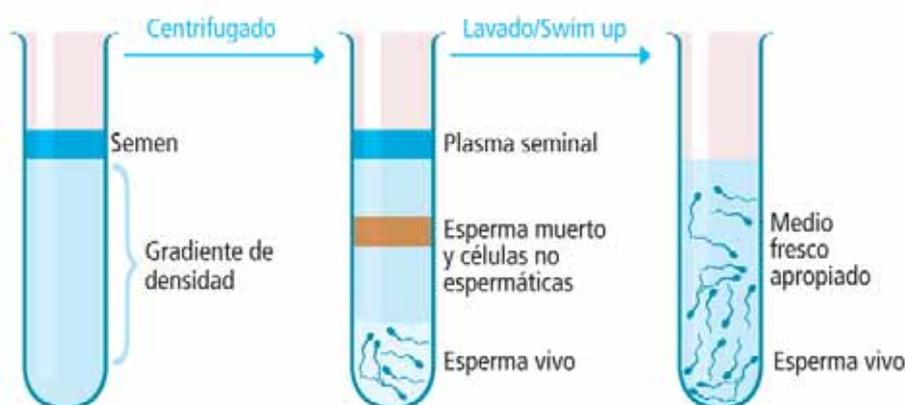
La reproducción asistida en parejas serodiscordantes aún no forma parte de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. De acuerdo con el *Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el Sida. España 2008-2012* del Ministerio de Sanidad y Política Social, en el momento actual las comunidades autónomas tienen incluidas, en sus unidades de infertilidad, algunas de las técnicas de reproducción asistida dentro de las prestaciones sanitarias o se encuentran en proceso de inclusión. No obstante, la realidad es que, mientras siga sin concretarse su extensión universal, muchas parejas que no puedan asumir el gasto en la sanidad privada se verán obligadas a afrontar un embarazo de mayor riesgo.

En España, según la información a la que hemos podido acceder, las comunidades autónomas donde se puede realizar esta técnica reproductiva a través de la sanidad pública son: Andalucía, Cataluña, Galicia, Madrid, País Vasco y Valencia.

Lavado de semen, la experiencia valenciana

Durante el pasado XII Congreso Nacional sobre el Sida, celebrado en Valencia del 20 al 22 de mayo, la doctora Anna Monzó presentó los resultados de 316 ciclos de fecundación *in vitro* con microinyección espermática realizados en 148 parejas serodiscordantes para el VIH (8 parejas, 21 ciclos), el VHC (85 parejas, 187 ciclos) y VIH/VHC (55 parejas, 108 ciclos). Todas las muestras lavadas fueron negativas para todos los virus analizados. De los 316 ciclos, hasta ese momento, habían nacido 71 niños sanos. No se ha observado ninguna seroconversión ni en la mujeres tratadas ni en los niños nacidos. La tasa de aborto fue de un 16,6% y la de embarazo de gemelos, de un 18%. En opinión de la doctora Anna Monzó, la técnica de lavado de semen asociada a la fecundación *in vitro* con microinyección espermática es un procedimiento eficaz, que proporciona tasas de embarazo similares a las de las parejas seronegativas, con tasas bajas de aborto y ninguna seroconversión.

Proceso de lavado de espermia



Tratamiento antirretroviral durante el embarazo y en recién nacidos

La terapia antirretroviral (TARV) se ha mostrado como la estrategia más eficaz para evitar la transmisión del VIH de madre a hijo. Los estudios realizados con mujeres que no recibieron TARV durante el embarazo han proporcionado tasas de transmisión vertical que oscilan entre un 13 y un 48%. Tal variabilidad viene condicionada, entre otros factores, por el uso o no de la lactancia en la alimentación del bebé.

En Europa, la transmisión materno-fetal ha disminuido de un 15% a menos de un 2% gracias al empleo de combinaciones de antirretrovirales cada vez más eficaces y al parto por cesárea. En España, las tasas actuales de transmisión vertical se sitúan por debajo del 1%.

Respecto a la terapia antirretroviral a seguir, existen diferentes alternativas en función de distintos factores, tales como la carga viral, si la infección por VIH de la madre se conocía con anterioridad o se diagnosticó durante el embarazo, el tratamiento antirretroviral seguido por la madre y las resistencias del virus, entre otros.

En general, el embarazo se calcula convencionalmente en semanas, empezando a partir del primer día de la última

menstruación. Por consiguiente, dura un promedio de 280 días —40 semanas— desde el primer día de la última regla. Durante las primeras 10-12 semanas de gestación tiene lugar el desarrollo embrionario, por lo que, tras el transcurso de este período, las posibilidades de malformaciones fetales por la utilización de antirretrovirales se reducen de forma notable. Este hecho, unido a que la mayoría de casos de transmisión del virus se dan durante las fases más avanzadas del embarazo y durante el parto, hace que la toma de tratamiento antirretroviral se evite, en los casos en que no está indicado, durante esas primeras 12 semanas.

La terapia anti-VIH a seguir se basará en diferentes consideraciones. La expe-

riencia clínica con los fármacos ha llevado a los especialistas a clasificarlos según si éstos son recomendados (amplia experiencia de uso, ausencia de efectos teratogénicos —malformaciones congénitas— y seguros durante el embarazo), alternativos (de segunda línea; se emplean cuando no es posible utilizar los aconsejados), no recomendados (no existe información suficiente durante el embarazo y se debe evitar su uso en la medida de lo posible) y contraindicados (hay información relativa a su toxicidad durante el embarazo) [véase tabla 1].

Amplia experiencia

Zidovudina (AZT, Retrovir®) y lamivudina (3TC, Epivir®) acumulan una amplia experiencia de utilización y son los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN) de elección durante un embarazo. En el lado opuesto —fármacos contraindicados— se encuentra la combinación de didanosina (ddl, Videx®) y estavudina (d4T, Zerit®), y efavirenz (Sustiva®). Tenofovir (Viread®), aunque clasificado como no recomendado por falta de datos, se ha mostrado seguro en el embarazo en un estudio presentado en la 49 Conferencia Inter-ciencias sobre Agentes Antimicrobianos y Quimioterapia [ICAAC, en sus siglas en inglés], celebrada el pasado mes de septiembre en San Francisco (EE UU).

Tabla 1: Tratamiento antirretroviral durante el embarazo

	Recomendados	Alternativos	No recomendados por falta de datos	Contraindicados
ITIN/t	zidovudina (AZT) lamivudina (3TC)	didanosina (ddl) abacavir (ABC) estavudina (d4T)	emtricitabina (FTC) tenofovir (TDF)	d4T + ddl zalcitabina (ddC)
ITINN	nevirapina (NVP)		etravirina	
Inhibidores de la proteasa	nelfinavir saquinavir/ritonavir lopinavir/ritonavir	indinavir/ritonavir	atazanavir/ritonavir fosamprenavir/ritonavir tipranavir/ritonavir	
Inhibidores de la entrada			enfuvirtida (T-20) maraviroc	
Inhibidores de la integrasa			raltegravir	

ITIN/t: inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido/nucleótido.
ITINN: inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido.



Otro aspecto a tener en cuenta es la presencia de otras infecciones. Así, en mujeres coinfectadas por el VIH y el virus de la hepatitis C (VHC), deben seleccionarse medicamentos que presenten un buen perfil hepático.

Siguiendo estas pautas, si la madre ya está tomando una terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) eficaz cuando se queda embarazada, se recomienda mantener la pauta, sustituyendo aquellos fármacos contraindicados o no aconsejados por alternativas incluidas en las listas de recomendados o alternativos. En la medida de lo posible, si la TARGA de la madre no incluye AZT, se debe intentar sustituir alguno de los ITIN por este fármaco.

Para la elección de antirretrovirales, bien sea por pérdida de la eficacia de la terapia o por la necesidad de cambiar alguno de los medicamentos al no estar aconsejado para mujeres embarazadas, se recomienda realizar una prueba de resistencias que permita elegir medicamentos que tengan actividad frente al virus de la paciente.

Estrategias a seguir

Si se conoce el estado serológico al VIH de la madre desde el principio de la gestación (o durante las primeras fases) y la mujer no toma tratamiento antirretroviral, se deberá tener en cuenta su carga viral. Si ésta se encuentra por de-

bajo de 1.000 copias/mL, se propone iniciar terapia profiláctica con AZT a partir de la semana 14 de embarazo. En el caso de tener una carga viral superior a 1.000 copias/mL, se aconseja iniciar tratamiento con una terapia combinada (AZT + 3TC + IP ó AZT + 3TC + NVP, en mujeres con un recuento de CD4 inferior a 250 células/mm³) a partir de la semana 14.

En el momento del parto, se optará por cesárea si ésta tiene lugar antes de la semana 34 ó si la madre tiene una carga viral superior a 1.000 copias/mL. Durante el alumbramiento, se administrará AZT por vía intravenosa a la madre. En caso de que la carga viral de ésta sea inferior a 1.000 copias/mL, el recién nacido también recibirá AZT durante cuatro semanas, tratamiento que se iniciará durante las primeras ocho horas después del parto. Si la carga viral de la madre es superior a las 1.000 copias/mL, el recién nacido recibirá 3TC durante cuatro semanas además de AZT; en caso de coexistir otros factores de riesgo, también se añadirán dos dosis de nevirapina, administradas durante los primeros tres días de vida del bebé.

Es muy importante realizar un estrecho seguimiento de los recién nacidos mientras estén bajo tratamiento anti-VIH profiláctico, puesto que algunas reacciones adversas, como la toxicidad mitocondrial producida por algunos

ITIN, pueden ser fatales si no se detectan a tiempo.

Así pues, aunque el uso de antirretrovirales conlleva sus riesgos, el beneficio aportado por la TARV como profilaxis en la transmisión vertical es incuestionable. La acumulación de datos que proporciona la experiencia clínica y el análisis de éstos por medio de estudios clínicos mejorarán tanto la tolerabilidad de los tratamientos para madre y bebé como su eficacia preventiva, por lo que el porcentaje actual de casos de transmisión vertical —que ya es muy bajo en comparación con el de unos años atrás— seguirá reduciéndose progresivamente.

Fuentes:

- *European AIDS Clinical Society (EACS). Guidelines for the Clinical Management and Treatment of HIV Infected Adults in Europe. October 2008.*
- *Recomendaciones de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), el Grupo de Estudio de Sida (GeSida/SEIMC), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) para el seguimiento de la infección por el VIH con relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical. Diciembre de 2007.*

Vamos a por el segundo

La reproducción humana asistida en parejas serodiscordantes

Lluïsa y Julio (quieren que los llamemos así) son una pareja que vive en un pequeño pueblo de la provincia de Girona. Se conocieron hace once años y llevan viviendo juntos desde hace una década. En 1994, cuando Lluïsa recibió su diagnóstico de VIH, nunca se hubiera podido imaginar que, años más tarde, daría a luz a un niño que no tuviera VIH sin exponer a su pareja seronegativa al virus. El uso de un tratamiento antirretroviral eficaz y el acceso a la reproducción humana asistida posibilitaron este reto.

LO+POSITIVO [LMP]: Jordi, vuestro hijo, nació por medio de técnicas de reproducción asistida; ¿cuál fue el primer paso que disteis?

Lluïsa [LI]: Al principio, yo me visitaba en el Can Ruti [Hospital Universitario Gemans Trias i Pujol en Badalona (Barcelona)] y le pregunté al ginecólogo que me atendía. Él me comentó que, en nuestra situación (mujer seropositiva y hombre seronegativo), una opción sencilla era hacer un agujero en el condón. Es decir, la autoinseminación. Nos pareció muy gracioso y sorprendente. Con el tiempo y con lo complicado que puede resultar ese método, nos lo planteamos más en serio y decidimos hacerlo a través de la Seguridad Social, aprovechando que yo estaba bien de salud y mi carga viral era indetectable.

Julio [J]: Así es. Pedimos una cita en el Servicio de Reproducción Humana Asistida del hospital comarcal. Yo había hablado con mi médico de cabecera y me sugirió que fuéramos al hospital.

LI.: En realidad, cuando intentamos el embarazo por autoinseminación, Julio se hizo incluso un seminograma para saber si tenía algún problema de fertilidad. Cuando fuimos conscientes de que el proceso podría ser más complejo, decidimos tomárnoslo en serio y pedimos cita en el Servicio de Reproducción Humana Asistida.

LMP: ¿Se lo comentasteis primero al médico de VIH que te atiende?

LI: No, fuimos directamente al Servicio de Reproducción Humana Asistida. Entonces, no había una lista de espera tan grande como ahora; te hablo de hace seis años. Esperamos unos dos meses, y enseguida nos atendieron. No hubo ningún problema.

LMP: ¿Os ofrecieron varias opciones de reproducción asistida?

LI: Como primera opción, nos propusieron una inseminación artificial. El hospital donde nos atienden es concertado. Una parte del proceso la cubre la sanidad pública y otra la tiene que pagar el paciente; en nuestro caso, fue poco lo que tuvimos que desembolsar, unos 100 euros.

J: El proceso comenzó con diferentes pruebas que nos hicieron a cada uno. A mí me hicieron analítica completa, prueba de detección del VIH, de la hepatitis A, B y C, un seminograma... Todo salió correcto.

LI: A mí me hicieron varias pruebas también y se valoró el estado de la infección por VIH (recuentos de CD4 y carga viral). En uno de los análisis de los niveles hormonales detectaron que tenía una elevación de la prolactina que me provocaba una menstruación irregular. Por este motivo, tuve que hacer un tratamiento para regularla durante unos tres meses y, a continuación, una terapia inyectada de estimulación ovárica para mejorar la eficacia de la inseminación. A continuación, el ginecólogo calculó cuáles eran los días fértiles para realizar la inseminación.

J: Tuvimos suerte y Lluïsa se quedó embarazada en el primer intento.

LMP: ¿Cómo llevaste el tratamiento hormonal?

LI: Mal. Recuerdo que era verano, tenía mareos y ganas de vomitar. Era como una especie de sensación de embarazo sin estarlo todavía. Estaba incluso de mal humor. Me tuvieron que reducir la dosis. Primero fue un comprimido al día, y después medio. Lo sobrellevé, pero bastante mal. Cuando nació nuestro hijo, tuve que tomarlo otra vez; pedí que me

Quando fuimos conscientes de que el proceso era más complejo, decidimos tomárnoslo en serio y pedimos cita en el Servicio de Reproducción Humana Asistida.

lo cambiaran por otro con menos efectos secundarios.

LMP: Una vez te quedas embarazada, ¿te cambiaron algún medicamento de tu terapia antirretroviral?

LI: Sí. En aquel momento tomaba unas 17 pastillas al día, una barbaridad. Me tuvieron que quitar uno de los medicamentos, supongo que para evitar toxicidad en el feto. No me lo reemplazaron por otro y fue bien durante toda la gestación.

LMP: ¿Fue un embarazo de riesgo?

LI: En teoría sí, pero en la práctica no. No me visitaban más que a cualquier otra embarazada. El especialista de VIH me siguió visitando con la misma frecuencia durante el embarazo.

J: Todo fue bastante similar a un embarazo normal. No vimos que le dieran una importancia mayor por ser nosotros una pareja serodiscordante.



LI: Me comentaron que el parto, probablemente, sería por cesárea, pero que había posibilidades de que pudiera nacer por parto natural.

J: Era un parto lento; le suministraron profilaxis con zidovudina (AZT) intravenosa para evitar el riesgo de infección al bebé y, al cabo de un rato, los médicos vieron que el líquido amniótico estaba un poco sucio y le propusieron hacer una cesárea.

LMP: Y finalmente nace Jordi. ¿Qué pruebas le hicieron?

LI: Nada más nacer, carga viral y anticuerpos del VIH. La prueba de la carga viral se la repitieron a los meses 1, 3 y 6, y la de anticuerpos a los meses 1, 3, 6 y 12.

J: Además, al niño también le dieron tratamiento antirretroviral una vez nacido. Es el mismo protocolo que se utiliza en todos los hospitales. Se le administra medicación antirretroviral durante un tiempo, unas cuatro semanas, y asimismo le van realizando pruebas regulares para comprobar la carga viral y los anticuerpos del VIH.

LI: A Jordi le dimos AZT en jarabe. Recién nacido, los resultados de las pruebas de carga viral dieron negativos. Al cabo de tres semanas de tratamiento, empezamos a notarlo raro. El niño tenía dolor de estómago y no dormía bien de noche. No llegaban a ser convulsiones, pero era algo parecido a espasmos. Creímos que era por la medicación. Se lo comentamos a la endocrina que lo llevaba y nos comentó que era necesario seguir el pro-

toloco y que tenía que seguir tomando la medicación.

Como vimos que el niño iba a peor, pero que los resultados de la prueba del VIH iban saliendo negativos, decidimos interrumpirle el tratamiento. La doctora nos dijo que tendríamos que firmar un documento haciéndonos responsables de la decisión tomada. Fue un momento delicado, porque, obviamente, nosotros queríamos lo mejor para nuestro hijo. Le preguntamos a la doctora que si teníamos garantías de que el niño no se infectara dándole

todo el tratamiento profiláctico (el tiempo programado), y nos contestó que eso ella no nos lo podía asegurar. De manera que, como tampoco nos lo garantizaban, tomamos la decisión de suspendérselo antes de tiempo. Afortunadamente, el niño mejoró y no se infectó por el VIH.

LMP: ¿Os gustaría tener otro hijo?

J: Sí, estamos en ello. Pero nos pasó algo muy curioso en el mismo centro de reproducción. Pasado un tiempo desde el nacimiento de Jordi, quisimos tener otro hijo y solicitamos una cita. Entonces, la lista de espera ya era mucho más larga que la primera vez. De hecho, nos atendieron al año, y lo más curioso es que nos dijeron que no podíamos acceder a la lista de espera porque Lluïsa era seropositiva; que el centro había cambiado el protocolo y que ahora las personas mayores de 40 años, con VIH y/o hepatitis C quedaban excluidas.

LMP: ¿Un protocolo puede cambiar para dar un paso atrás? ¿Los cambios no deberían ser para ampliar la atención, las indicaciones o dar cabida a nuevas técnicas y no para quitar un derecho ya concedido, en este caso, a mujeres con VIH?

J: Eso es lo que no entendíamos. La poca información que nos proporcionó la médica es que el hospital tenía una lista de espera grande y habían tomado sus propias decisiones, entre ellas, excluir a toda una serie de mujeres: madres solteras, con VIH, hepatitis, etc.

LI: Pero, ¡habían tardado todo un año para decírnoslo! Si lo hubiéramos sabido antes, quizá nos hubiéramos decantado por la sanidad privada...

J: A raíz de esto, contactamos con una ONG y periodistas; nos comentaron que parecía una situación un tanto inusual, sobre todo teniendo en cuenta que en el protocolo de Sanidad de la Generalitat de Catalunya no está contraindicada la infección por VIH para acceder a las técnicas de reproducción humana asistida. Un periodista nos dijo que la responsable de la sección de salud de su periódico haría una pequeña investigación. La hizo de forma anónima, indagó un poco y la sorpresa fue que, al cabo de tres semanas, nos llamaron para decirnos que podíamos ir, que no había problemas y que íbamos a ser incluidos en la lista de espera.

LI: ¡Es muy fuerte! Además, en nuestro caso, era la única opción posible para evitar la transmisión del VIH a Julio. ¡Y no nos daban una alternativa! Fue duro.

J: Yo no soy especialmente broncas, pero me pareció muy injusto. Por otra parte, el hecho de mantenernos a la espera durante todo un año para al final decirnos que no era posible suponía un despropósito. Nos parecía ilógico y poco transparente.

LMP: Si os hubieran dicho que priorizaban en la lista a parejas que no hubieran accedido nunca a la reproducción asistida, ¿cómo hubierais reaccionado?

LI: Quizá lo hubiéramos entendido mejor. En aquel momento no lo pensamos, pero deberíamos haberles pedido que nos enseñaran su protocolo por escrito. Nos quedamos muy perplejos. Yo tenía 36 años cuando solicité la cita, y cuando nos visitaron, 37 y pico. Si hubiéramos decidido cambiar a otro hospital público, me hubiera puesto en los 40 años y me hubieran excluido.

LMP: ¿Qué técnica os harán en esta segunda ocasión?

J: Una fecundación *in vitro*; Lluïsa tiene ahora un problema de obstrucción de trompas de Falopio y, en estos casos, la técnica recomendada es la fecundación *in vitro*. En el servicio de reproducción asistida del hospital donde nos atienden, la sanidad pública no cubre toda la intervención, por lo que una parte tendremos que financiarla nosotros. Hemos pagado

bastante ya, unos 2.500 euros. Al parecer, la manipulación de embriones y la congelación de los embriones sobrantes nuestro hospital no las hace (se requiere un laboratorio especial) y, por tanto, nos han derivado a una clínica privada para esto.

LI: Por nuestra agenda de trabajo, no hemos iniciado todavía el proceso. Te dan la posibilidad de hacer más de un intento. Si va todo bien, por ese precio podremos intentarlo dos o tres veces.

J: A ella la hormonarán, para estimularle la ovulación. Le extraerán los óvulos y, a continuación, los fecundarán con mis espermatozoides. De los embriones resultantes, algunos se los implantarán y otros los congelarán. Los médicos seleccionan cuáles tienen más probabilidades de éxito de embarazo. Si el embarazo no se produce, se podrán reutilizar en un futuro los embriones congelados.

LI: El tratamiento hormonal es mucho más fuerte con esta técnica. Te hormonan más para estimular la ovulación. El procedimiento será más invasivo, un poco más agresivo.

LMP: ¿Qué probabilidades de éxito tiene la fecundación *in vitro*?

J: Un 35-40%, una tasa más elevada que la inseminación, que ronda entre un 15 y un 20%.

L: Hay otros factores que influyen en el éxito, como por ejemplo la edad. A los 35-40 años, la probabilidad de éxito se reduce y también hay un riesgo de embarazo múltiple. Al implantar varios embriones, las posibilidades son mayores.

LMP: Julio, por ser el miembro no infectado de una pareja serodiscordante, ¿te hacen algún seguimiento en el hospital?

J: No.

LI: Hay que tener en cuenta que es un hospital comarcal pequeño; eso lo noto al comparar la atención, por ejemplo, con el otro gran hospital donde me visité: Can Ruti. En mi centro hospitalario actual, no hay un hospital de día: el especialista de VIH visita una sola vez a la semana, por ejemplo. Tuve que cambiar de hospital porque, viviendo en otra provincia, era un poco incómodo tener que desplazarme hasta Badalona cada vez que tenía visita. Con todo, puedo decir que el médico

que me atiende es un gran profesional y estoy contenta con él. No obstante, en caso de que necesitara una asistencia más integral, aquí no la tengo.

LMP: ¿Tuvisteis miedo de que el niño pudiera infectarse?

J: Yo no, no tuve miedo. Entiendo que el VIH es una infección, una enfermedad crónica, pero ya está; no le doy más importancia que ésa, no lo cargo de otras connotaciones porque, para mí, no



las tiene. Yo confiaba en el amor y sabía que el niño nacía del amor y que iba a ir bien; y, en el peor de los casos, tampoco hubiera pasado nada grave. También me daba confianza la opinión de los médicos, que me decían que era muy baja la probabilidad de infección estando ella indetectable y habiendo estado tomando tratamiento antirretroviral durante todo el embarazo y el parto.

LI: En mi caso, ese miedo, lógicamente, estaba ahí al principio. Cuando te dicen que no se ha infectado, sientes un alivio. No obstante, iba tranquila, me había informado y veía que el proceso estaba controlado. Confiábamos en que todo iba a ir bien.

LMP: ¿Le explicaréis algún día al niño toda la historia?

LI: Sí, se la explicaremos. Él me ve tomar pastillas, pero no pregunta; lo ha visto desde siempre y le debe parecer

normal. Cuando llegue el momento, se lo diremos, cuando pueda entenderlo y manejarlo mejor.

LMP: El apoyo de amigos y familia, ¿cómo fue?

J: La familia reaccionó muy bien, con mucha ilusión.

LI: A su familia le contamos que yo vivía con VIH en el momento en que decidimos tener un hijo. Consideramos que era el momento para explicarlo y reaccionaron muy bien.

J: Y nuestros amigos también reaccionaron de manera muy positiva. Los que lo saben y conviven con nosotros, muy bien, lo vivieron con naturalidad.

LMP: ¿Os sugirió alguien que abandonarais la idea del embarazo?

LI: No. Seguramente, algunos estarían preocupados, pero no lo llegaron a exteriorizar.

J: Si le hubieras hecho la pregunta del posible miedo a alguien de mi familia, pues es probable que te hubiera contestado que sí. Pero ese temor nunca fue expresado como tal.

LI: Para mi madre, la noticia fue muy importante. Ella recuerda muy bien todo el proceso de mi diagnóstico; fue todo muy traumático. Cuando me diagnosticaron, una de las cosas que más me afectó, aparte de todo el cambio general que supuso, fue la idea de no poder tener hijos. A pesar de que no me había planteado antes el embarazo (tenía entonces 24 años), era como cerrar una puerta, y asumir eso fue muy duro.

J: Para mí, la paternidad era un motivo de alegría; para ella, esta alegría era doble, pues implicaba alcanzar algo que, en el pasado, le habían dicho que nunca conseguiría.

LI: Fue un cambio brutal. ¡Tenía tantas dudas cuando me quedé embarazada!... Le llegué a preguntar al médico, incluso, si el niño iba a tener lipodistrofia, porque yo sufrí por causa de la lipodistrofia, y no sabía si, por estar tomando la medicación antirretroviral que la provocaba, mi hijo también la iba a padecer. El hecho de que puedas engendrar un niño sano cuando tú estás tan en contacto con una enfermedad es algo maravilloso, fantástico...

LMP: ¿Cómo se podría mejorar el acceso a la reproducción humana asis-

vida en la sanidad pública para personas con VIH en España?

J: Tal vez con discriminación positiva, es decir, que tuvieran una consideración distinta en la lista de espera.

LI: Equipos médicos bien formados y especializados, y una atención individual mucho mejor. A nosotros, nos iban cambiando la ginecóloga y era como empezar de nuevo en cada visita.

LMP: Si no hubieras tenido la posibilidad de pagar la segunda vez por la fecundación *in vitro*, ¿lo hubieras podido hacer?

J: Hubiera sido un contratiempo. Hemos tenido suerte de disponer de dinero para hacerlo. Para la gente que no puede pagarlo, es una putada. Y todo el mundo, independientemente de donde viva, debería tener la opción de hacerlo, sobre todo las parejas serodiscordantes que lo hacen para evitar la transmisión del VIH al miembro no infectado. La edad es un factor limitante. En este recorrido, debería existir un 'carril propio' para parejas serodiscordantes, porque te puede pillar el límite de la edad (los 40 años) en la lista de espera.

LMP: En general, ¿os ha parecido una experiencia dura la reproducción asistida y el embarazo?

LI: No, en absoluto. Lo recomiendo totalmente a parejas en una situación similar. Si tú tienes salud y una pareja (o no), si crees que se dan las condiciones en tu vida para asumir la llegada de un hijo/a, entonces es algo muy positivo. Al menos, lo ha sido para mí. Me ha servido para descentrarme de mi persona. Con la llegada del bebé, al principio, incluso me olvidaba de mis citas médicas, porque te cambian tus prioridades, y necesitas acostumbarte. Todo eso lo veo como algo positivo.

LMP: Al hilo de lo que acabas de decir, ¿las mujeres con VIH que no tienen parejas tienen también la posibilidad de quedarse embarazadas por técnicas de reproducción asistida?

LI: ¡Por supuesto...! Si yo no hubiera tenido pareja, tal vez lo hubiera intentado sola. Yo quería tener un hijo.

LMP: Sin embargo, muy pocas veces se contempla en los protocolos y consejos esta posibilidad, es decir, mujer sola con VIH y con deseos reproductivos...

LI: En muchos centros, lamentablemente, esto podría ser quizá un criterio de exclusión en el protocolo, es decir, priorizar a las parejas frente a las personas solas. Pero no debería ser así. Si la mujer

El hecho de que puedas engendrar un niño sano cuando tú estás tan en contacto con una enfermedad es algo maravilloso, fantástico...

cumple los criterios clínicos, ¿por qué no puede optar a un embarazo?

LMP: ¿Os gustaría añadir algo más?

LI: En caso de que no logremos el próximo embarazo por fecundación *in vitro*, no descartamos la adopción. La primera maternidad fue importante por mi historia personal; ahora, el motivo es diferente: dar un hermano a Jordi.

LMP: Entonces, ¿esperamos veros el año que viene con otro hijo o hija?

J: Sí, con uno o tal vez dos...

Embarazo natural controlado: una opción real para parejas serodiscordantes

Desde hace ya algunos unos años, muchas parejas serodiscordantes han decidido optar por el embarazo natural para tener hijos libres del VIH. Lo que era prácticamente impensable tiempo atrás, ahora es una opción posible, que, no exenta de riesgo, lo reduce de forma considerable si se dan una serie de requisitos en la pareja. Laura y Miguel (quieren que los llamemos así) son una pareja serodiscordante de Aragón. Supieron de la posibilidad del embarazo natural cuando estaban a punto de empezar el protocolo de reproducción asistida. Se informaron y se decantaron por la opción natural. A pocas semanas de que nazca el bebé, Miguel y Laura (que no llegó a infectarse por VIH en el intento) nos cuentan, pletóricos, su experiencia.

Cada vez son más las unidades de VIH que incluyen el embarazo natural controlado entre las diversas opciones de reproducción de las que se informa a las parejas serodiscordantes que desean tener hijos.

Con el fin de consensuar la información científica disponible y ofrecer un

marco de información común a las parejas serodiscordantes que se plantean la posibilidad de un embarazo, un grupo de médicos españoles elaboró un documento de recomendaciones sobre reproducción. Estas directrices incluyen un protocolo de evaluación, manejo y seguimiento de aquellas parejas que, una vez informadas

de las diferentes opciones, eligen el embarazo natural mediante relaciones sexuales no protegidas.

Esta opción reproductiva parte de la base de que la personas con VIH que han logrado reducir la carga viral hasta niveles indetectables tienen menos probabilidades de transmitir el virus al miembro sero-



permitiera dar respuesta a las innumerables preguntas que se le amontonaban en su mente. “Soy una persona bastante inquieta y me gusta informarme de las cosas. Además, aunque pueda sonar mal, me gustan los retos. Es cierto que el VIH es una enfermedad importante, pero yo no me asusto por cualquier cosa”.

En ese proceso de entender la infección por VIH de su marido y lo que podría significar para ella, Laura llegó, inevitablemente, a una de las cuestiones que, con más frecuencia, se plantean las parejas serodiscordantes: la posibilidad o no de tener hijos en un futuro.

negativo de la pareja. Las parejas que cumplan este requisito y reúnan otras condiciones clínicas que reducen también el riesgo de transmisión podrían, si así lo desean y lo deciden, plantearse un embarazo natural. Médicos y profesionales de la prevención insisten en subrayar que el uso del preservativo es la herramienta más eficaz para evitar la transmisión del VIH. Sin embargo, las relaciones sexuales no protegidas podrían ser una opción reproductiva para aquellas parejas serodiscordantes que o no quieren o no pueden acceder a la reproducción asistida en la sanidad pública, y que no pueden asumir el coste de estas técnicas en la sanidad privada.

El consejo reproductivo para parejas serodiscordantes requiere de la participación de las diferentes unidades clínicas implicadas, sobre todo el servicio de enfermedades infecciosas, el de ginecología y obstetricia, y el de pediatría. De manera ideal, sería deseable un trabajo en equipo y una comunicación fluida y constante entre las distintas unidades, con el objetivo de minimizar los riesgos de infectar a la pareja y al feto, y asegurar las probabilidades de reproducción, independientemente de la opción escogida.

Miguel y Laura son una pareja de 35 y 29 años, respectivamente. Se conocieron en el año 2000, y desde entonces viven juntos en un pueblo cercano a Zaragoza. En 2006, Miguel recibió el diagnóstico de VIH y Laura, desde ese momento, inició un proceso de búsqueda de información que le

Miguel y Laura se pusieron en contacto con la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Allí atienden a ambos: a Miguel de su infección por VIH, y a Laura, por ser el miembro sin VIH de esta pareja, periódicamente le realizan pruebas para confirmar su estado serológico. “Queríamos saber si podíamos tener hijos y cómo podíamos tenerlos. Lo primero que hicimos cuando llegamos a nuestro hospital fue comentarle al médico esa posibilidad. Él nos dijo que, precisamente ese mismo año, habían inaugurado la Unidad de Reproducción Asistida en el Hospital Clínico. Hizo la derivación y nos llamaron de inmediato, quince días después, porque el servicio acababa de inaugurarse. Allí nos hablaban en todo momento de reproducción asistida con inseminación artificial, previo lavado de semen. A continuación, nos hicieron a ambos las pruebas de evaluación de la fertilidad, un requisito previo antes de someterse a la reproducción asistida”.

En la Comunidad de Aragón, la sanidad pública no incluye entre las prestaciones sanitarias el lavado de semen, lo que implica que a una pareja serodiscordante que accede a la reproducción asistida sólo se le financian los gastos relativos a la inseminación (o fecundación *in vitro*), y tiene que costear, de su propio bolsillo, el lavado seminal en una clínica privada.

Laura no cesaba en su empeño de buscar información sobre opciones reproductivas para parejas serodiscordantes. Hasta que un día se enteró de que otras parejas en una situación similar a la suya habían tenido hijos sin VIH por medio de un embarazo natural. Una organización de VIH de Bilbao le confirmó que algunos hospitales españoles seguían un protocolo para parejas serodiscordantes que elegían, tras conocer las diferentes opciones, la concepción natural a través de relaciones sexuales no protegidas. Una opción desconocida hasta entonces para Laura y Miguel.

Mientras tanto, se iba demorando, sin saber muy bien por qué, el inicio de su embarazo en la Unidad de Reproducción Asistida. “Durante un año, el ginecólogo se estuvo haciendo el remolón, diciendo que yo debía perder peso. No lo acababa de entender, porque tampoco veía que mi peso fuera mayor que el de otras mujeres embarazadas. El médico de VIH tampoco veía ningún problema en mi peso”. Miguel confirma sus palabras: “El ginecólogo decía que no se iba a arriesgar a hacer una reproducción asistida en un embarazo con pocas probabilidades de éxito por el sobrepeso de la madre, ya que la técnica suponía un coste considerable para la sanidad pública. Quizá en el fondo era una forma de negarse a hacerlo porque yo vivo con VIH, nunca lo sabremos”.

Con todo, la idea de un embarazo natural no dejaba de dar vueltas en la cabeza de Laura, animada por la creciente información que iba acumulando sobre parejas serodiscordantes que habían elegido esta opción de reproducción. Sin embargo, todavía quería saber más.

“Llamé al Hospital Carlos III de Madrid y me pasaron directamente con el doctor Pablo Barreiro, uno de los especialistas que ha liderado el protocolo para el seguimiento de las parejas serodiscordantes que optan por el embarazo natural controlado. Me ofreció toda la información y me dijo que no tenía ningún inconveniente en atendernos en el Carlos III. En medio de este proceso, tuvimos una visita con el ginecólogo de Zaragoza y le comentamos que nos habíamos enterado de que existía la opción de quedarme embarazada a través de un embarazo natural controlado. Él me respondió que allí también lo hacían, y le repliqué que a nosotros

nadie nos había informado de esta opción. Me indicó que, como se trataba de una situación delicada y especial, tenía que pedir un permiso al jefe de ginecología del Hospital Clínico, que tendríamos que firmar un consentimiento informado y que nosotros éramos los responsables del riesgo que corríamos”.

En ese momento, Laura y Miguel ya habían tomado la decisión y no había marcha atrás. “Es cierto que con el embarazo natural controlado no existe el riesgo de infección cero, pero no es menos cierto que con la reproducción asistida tampoco tienes todas las garantías de no infectarte por VIH. Le dijimos al ginecólogo que queríamos seguir adelante con el embarazo natural. Con todo lo que había leído, las conversaciones con las ONG y el especialista del Carlos III, la información que había recopilado, yo tenía la esperanza de que podíamos hacerlo, había muchos datos que nos daban confianza para hacerlo”.

Pese a todo, Miguel reconoce que decantarse por esta opción al principio no fue fácil para él. “Confieso que tenía un poco de miedo de poder infectarla. Pero, por otro lado, Laura me tenía tan informado de lo que se iba enterando que cada vez yo veía más claro que era una opción factible”.

Según el protocolo de atención y seguimiento del embarazo natural controlado en parejas serodiscordantes, se requiere que el miembro infectado por VIH tenga carga viral indetectable (<50 copias/mL) en sangre y semen con el uso de una terapia antirretroviral eficaz. Esto permite reducir al máximo el riesgo de infección al miembro no infectado de la pareja. Además, se realizan estudios de fertilidad a los dos miembros de la pareja con el fin de descartar posibles problemas en este ámbito. A los miembros de la pareja, se les enseña a identificar los días más fértiles de la mujer (lo que se conoce con el nombre de cálculo de la ventana de fertilidad) para ampliar las posibilidades de embarazo y reducir los riesgos de infección. Están disponibles en el mercado tests de ovulación que facilitan la identificación de los días fértiles. Se recomiendan, de forma general, las relaciones sexuales no protegidas los tres días posteriores a la ovulación, y evitarlas fuera de ese momento del ciclo, aunque siempre se deben seguir las ins-

Pese a todo, Miguel reconoce que decantarse por esta opción al principio no fue fácil para él. “Confieso que tenía un poco de miedo de poder infectarla. Pero, por otro lado, Laura me tenía tan informado de lo que se iba enterando que cada vez yo veía más claro que era una opción factible”.

trucciones del ginecólogo. Por otra parte, a las mujeres con o sin VIH, en determinadas circunstancias se les podría prescribir un tratamiento de estimulación ovárica mediante medicación hormonal.

Miguel cumplía los requisitos que marca el protocolo. “Yo estaba indetectable, el recuento de CD4 estaba en torno a las 300 células/mm³; no muchas, pero sí las suficientes. Asimismo, me analizaron la calidad del semen y todo salió bien, no había ningún inconveniente para el embarazo”.

Laura tuvo que someterse, además, a un tratamiento de estimulación ovárica. “Me hicieron la prueba del VIH antes de mantener la relación sexual y análisis de hormonas completo. Yo tengo problemas de ovarios poliquísticos, un desequilibrio hormonal muy frecuente en mujeres, que puede provocar irregularidades en la menstruación. Por lo tanto, necesité que me la regularan por medio de un tratamiento y, a continuación, empezamos con la terapia hormonal. Justo el día después que se va el período empiezas a pincharte una dosis del tratamiento (normalmente entre 10 y 12 días), que debes ir aumentando de forma paulatina en posteriores ocasiones si no te quedas embarazada a la primera; asimismo, cada dos o tres días te hacen ecografías vaginales. El ginecólogo va midiendo los folículos [lugar del ovario donde se desarrolla el ovocito, la célula reproductora femenina], y cuando llegan a un determinado tamaño, te dicen: ‘tal día tienes que mantener relacio-

nes sexuales con tu marido. Nosotros, a lo mejor, lo hacíamos por nuestra cuenta y riesgo incluso al día siguiente. El ginecólogo nos dijo que tendríamos que firmar un consentimiento informado haciéndonos responsables de todo. Sin embargo, nunca llegamos a firmar ningún documento”.

Una vez logrado el embarazo, se recomienda a las parejas que eviten las relaciones sexuales no protegidas en adelante. Como señala Miguel, en su caso no representaba un problema: “Nosotros siempre habíamos mantenido relaciones sexuales protegidas y nos ceñimos a las recomendaciones: prescindir del preservativo sólo los días fértiles”. Y Laura puntualiza: “En realidad, las relaciones sexuales sin protección únicamente las mantuvimos en el primer y tercer intento, que fue el definitivo. El tratamiento consiste en pincharte, mantener las relaciones sexuales en los días fértiles y esperar hasta el mes siguiente para ver si te has quedado embarazada. Si no se logra el embarazo, ese mes descansas, y al siguiente, vuelves a hacer el mismo proceso. En nuestro caso, la primera vez no funcionó, en la segunda, se tuvo que suspender el tratamiento porque se nos pasaron los días fértiles, y al tercer intento, lo conseguimos”.

A los pocos meses, tras el inicio del tratamiento de estimulación ovárica, Laura se había quedado embarazada. Aparte de los controles habituales que se realizan a las mujeres gestantes, Laura tuvo que hacerse una prueba del VIH justo después de conocer el embarazo, y en el tercer y sexto mes de gestación. En todas las determinaciones, el resultado de la prueba fue negativo.

“El embarazo lo he llevado bien. Ha sido un embarazo normal y corriente, lo único excepcional han sido las pruebas del VIH que me tuvieron que hacer. Como somos una pareja serodiscordante, el embarazo es considerado de alto riesgo. Sin embargo, a mitad del embarazo, como no apareció ninguna complicación, lo reclassificaron y el seguimiento fue normal. Podría haber sido derivada al consultorio médico de mi pueblo y ser atendida allí el resto de la gestación. No obstante, dado que mi historial estaba ya en el Hospital Clínico, me continuaron llevando en este hospital”.

En el caso de las parejas serodiscordantes en que la mujer es la portadora del VIH, el protocolo establece mediciones de la carga viral cada tres meses durante el embarazo, con el fin de asegurar que la madre está indetectable en el momento del parto, y reducir así el riesgo de transmisión del VIH al bebé. Además, según el mismo protocolo, al recién nacido de madre con VIH se le realizará la prueba de la carga viral del VIH al nacer y a los meses 1, 3 y 6, y la prueba de anticuerpos del virus también al nacer y a los meses 1, 3, 6 y 12.

Laura y Miguel valoran de manera muy positiva la experiencia. El apoyo y el seguimiento de su caso por parte del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario fueron cruciales. Sin embargo, hubieran deseado un trato más humano y cercano de la Unidad de Ginecología: "El ginecólogo nos repetía constantemente los riesgos de transmisión horizontal y vertical del VIH. Nos lo pintaba todo muy negro. Tal vez no supo reaccionar del todo bien por ser el primer caso que se encontró de pareja serodiscordante que estaba firmemente decidida a tener un bebé mediante un embarazo natural. No apoyó lo suficiente nuestra decisión. Si tuve información es porque yo no paré de buscarla, por hablar con personas que conocían bastante bien esta opción reproductiva y por el apoyo fundamental que una organización de VIH de Zaragoza, OMSIDA, nos ofreció".

Miguel va un paso más allá y no duda en afirmar haberse sentido discriminado por el comportamiento del ginecólogo: "No me miraba a los ojos, no se dirigía a mí... Sólo hablaba con ella. Mi enfado iba en aumento y se lo comentaba a Laura". "Yo me daba cuenta —afirma su mujer— e intentaba pensar que el ginecólogo actuaba así porque quizá yo era la parte más vulnerable, por el posible riesgo de infectarme".

Pese a ello, en ningún momento nadie les sugirió que abandonaran la idea del embarazo. "Supongo que nos vieron muy seguros e informados de todo, y muy firmes en nuestra decisión de seguir un embarazo natural".

El apoyo que han recibido de la familia ha sido también fundamental para

ambos. Incluso los miembros más reacios a que Laura pudiera quedarse embarazada de forma natural poco a poco fueron comprendiendo las razones que movían a esta joven pareja a intentarlo. Ambos coinciden en que la falta de información sobre el VIH, en general, y sobre las opciones de reproducción, en particular, sigue siendo un lastre. Aunque Miguel lo comprende porque a él también le pasaba: "Mi familia está supercontenta por el embarazo. Al igual que yo, carecían de información, no sabían si podría o no tener hijos. Aceptaban y respetaban mi diagnóstico, pero no fueron más allá de lo establecido. Ese paso lo dio Laura, en su empeño de no resignarse y llegar hasta el final". Y Laura no titubea al decir: "Tenía mucha seguridad de que no iba a infectarme. Él estaba indetectable en sangre, tenía una adhesión óptima a su tratamiento, tenía muy buena calidad de vida y estaba bien de salud... ¿por qué iba a tener miedo? Desde el primer momento, tenía la corazonada de que las cosas iban a ir bien".

Con todo lo vivido desde que acudieron por primera vez a la consulta de VIH manifestando su deseo de ser padres, y a pocas semanas de que nazca su bebé, ahora están más convencidos de la importancia de que las unidades de VIH incluyan un consultorio específico en el que se informe sobre las diferentes opciones de reproducción para parejas serodiscordantes. "Si hubiéramos tenido la posibilidad de acceder a todas las técnicas de reproducción asistida por la sanidad pública, probablemente lo hubiéramos hecho; no obstante, al conocer la opción del embarazo natural controlado, la cosa cambiaba de manera radical. Nuestra decisión pilló desprevenidos a todos. Ellos esperaban que nosotros siguiéramos una reproducción asistida normal. Sin embargo, probablemente la decisión les rompió los esquemas. Quizá hemos abierto sin proponérselo una puerta en Zaragoza a otras parejas serodiscordantes que deseen tener hijos".

Todo lo que han aprendido durante este tiempo les gustaría que pudiera servir a otras parejas que quieren tener hijos. Al menos que conozcan todas las opciones disponibles antes de tomar una decisión, y no tengan que recorrer el camino que tuvieron que hacer ellos por sus propios medios.

Dentro de pocas semanas, Laura dará a luz. Es posible que, cuando leas este reportaje, esta pareja zaragozana ya lleve un tiempo cambiando pañales y alimentando al recién nacido.

"Aconsejamos a más parejas serodiscordantes que se informen y que consideren esta opción. Yo siempre digo que existe una posibilidad de infección. Pero hay que ser optimista. La infección por VIH es una enfermedad crónica a la que, lamentablemente, nuestra sociedad da la espalda con mucha frecuencia. Pero tenemos que ir más allá de lo 'establecido'. Nosotros estamos juntos desde hace nueve años y el diagnóstico posterior de Miguel no fue motivo para que lo dejáramos. Nunca he tenido miedo, porque informándome no he permitido que éste se desarrollara dentro de mí. Hay un gran problema de desinformación y un temor social evidente. Incluso ese miedo existe entre los propios infectados por VIH —el miedo al estigma y la discriminación—, lo cual les obliga a no comunicarlo; cosa que entiendo perfectamente, porque es una forma de protegerte a ti mismo y a las personas que están a tu alrededor. Yo me podría haber acojonado, resignado y haber dejado aparcado mi deseo de tener hijos con Miguel. Sin embargo, si te mueves y buscas información que te dé esperanza, ¿dónde está el problema entonces?"

Dentro de pocas semanas, Laura dará a luz. Es posible que, cuando leas este reportaje, esta pareja zaragozana ya lleve un tiempo cambiando pañales y alimentando al recién nacido. Ninguno de los dos duda de que lo volverán a intentar: "Repetiremos la experiencia. No será año el que viene, pero desde luego queremos tener otro hijo".

La experiencia española

En el año 2006, se publicaron los datos de un estudio retrospectivo¹ que analizó una serie de embarazos naturales en parejas serodiscordantes atendidas en tres centros españoles: el Hospital Carlos III, y el Centro Sanitario Sandoval de Madrid, y el Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla. El estudio incluyó a un total de 62 parejas serodiscordantes, de las cuales en 40 el miembro infectado era el varón, y en 22, la mujer. Se pro-

dujeron 76 embarazos, de los que nacieron 68 niños; hubo 9 abortos espontáneos y un embarazo de gemelos; 6 y 4 parejas tuvieron 2 y 3 embarazos consecutivos, respectivamente. No se dio ningún caso de transmisión horizontal del VIH y sólo un caso de transmisión vertical, a pesar de que la madre había mantenido durante todo el embarazo y en el momento del parto carga viral indetectable. El 55% de las mujeres

y el 75% de los hombres con VIH tenían coinfección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC). Pese a ello, no se produjo ningún caso de transmisión horizontal o vertical de la hepatitis C.

¹ BARREIRO P, DEL ROMERO J, LEAL M, ET AL. *Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy.* J Acquir Immune Defic Syndr. 2006; 43: 324-326.

No sólo no perdimos la esperanza, sino que... ¡lo conseguimos!

En 2008, en el número 39 de *LO+POSITIVO*, Lola nos relataba los intentos por quedarse embarazada. A pesar de que entonces no lo consiguió, ella y su marido (ambos viven con VIH) no perdían la esperanza de ver pronto colmado su deseo. Y éste no tardó en llegar: en agosto de este año nació el bebé, sano y sin VIH. ¡Enhorabuena!

Hace un tiempo, quise compartir con todas y todos vosotros nuestro proyecto de ser padres, y hoy lo que quiero comunicaros es que ya lo conseguimos. La verdad es que ha sido un trayecto duro, bonito pero muy duro, pues en el camino no han faltado complicaciones.

Logramos el embarazo de forma natural, cuando ya habíamos desistido de los tratamientos de estimulación ovárica. Con todo, no perdimos ni un ápice de esperanza.

Pasé los tres primeros meses del embarazo sin moverme de casa: tuve un poco de desgarro y, cada vez que hacía algún esfuerzo, por pequeño que fuera, manchaba. Los dos siguientes, tuve placenta previa y mayor riesgo de aborto espontáneo, por lo que la recomendación fue que me cuidara mucho, y así lo hice. Estuve todo el embarazo vomitando, pero no me importaba, pues eso indicaba que todo iba bien. Y por último, tuve ciática; pese a todo, os puedo decir que ha sido una de las épocas más felices de mi vida.

Todas estas complicaciones estaban relacionadas con el embarazo y no tuvieron nada que ver con el VIH, que estuvo



siempre totalmente controlado; es más, ¡incluso me subieron las defensas!

Iba todo tan bien que me aconsejaron el parto por vía vaginal —pues en ningún momento se me detectó la carga viral en sangre— y zidovudina (AZT) por vía parenteral cinco horas antes del parto. Los médicos creían que, al ser primeriza, no iba a ser muy rápido. Reconozco que eso me generaba un poco de angustia, porque... ¡cómo iba a saber yo cuándo tenía que ir al hospital!

Justo el día que salí de cuentas, el 17 de agosto, nació nuestro hijo. Al final, fue mediante cesárea. No dilataba, incluso después de administrarme oxitocina —la hormona que provoca las contracciones—

y, además, se había roto la bolsa de líquido amniótico. De manera que, cuando llevaba las horas recomendadas con AZT, me propusieron (en ningún momento impusieron) hacerme una cesárea.

Mi bebé pesó 3.290 gramos. En los tests que les hacen a todos los recién nacidos obtuvo la máxima puntuación (10) y dio negativo en la prueba de la carga viral, así como también en las siguientes que le realizaron. A día de hoy, ya nos han confirmado que nuestro hijo es seronegativo.

Es un niño precioso y muy alegre, y nosotros somos los padres más felices del mundo. No podía dejar de compartirlo con todas y todos vosotros.

Las mujeres con VIH siguen sin poder ejercer su derecho a la maternidad

Algunas ONG han incorporado el consejo sobre reproducción entre sus intervenciones de apoyo y acompañamiento de personas con VIH. **LO+POSITIVO** quería conocer un poco más a fondo qué tipo de dudas plantean las y los usuarios, qué información se les proporciona y qué recursos se les ofrece. Para ello, nos citamos con Creación Positiva, una entidad que, desde su sede en Barcelona, facilita, entre otros servicios, información sobre derechos sexuales y reproductivos para mujeres y hombres con VIH. Sin embargo, la conversación va por otros derroteros y las entrevistadas, Montse Pineda y M^a Luisa García, nos ofrecen una reflexión sobre las dificultades en el acceso a la reproducción asistida como consecuencia de las desigualdades de género, el estigma asociado al VIH, y el nulo reconocimiento del derecho a la maternidad y la paternidad de las personas que viven con VIH.

LO+POSITIVO [LMP]: Las personas con VIH, ¿tienen dificultades para acceder a la reproducción humana asistida?

Creación Positiva [CP]: El acceso a la reproducción asistida se enmarca dentro del reconocimiento y la promoción de los derechos de las mujeres y los hombres que viven con VIH. Hasta que no se garantice que unas y otros puedan ejercer de forma plena y real el derecho a la reproducción, nos seguiremos encontrando en una situación de desigualdad si se compara con la población general.

LMP: Sin embargo, respecto a años atrás, ha habido un cambio notable, y ahora las personas con VIH pueden ser incluidas en los protocolos de reproducción asistida.

CP: Existen diferentes situaciones. Si bien es cierto que en algunas comunidades autónomas la sanidad pública comienza a cubrir las técnicas de reproducción asistida para parejas serodiscordantes en las que el hombre vive con VIH y la mujer no, los protocolos continúan excluyendo a las mujeres seropositivas. Esta realidad vulnera el derecho a la reproducción de un buen número de mujeres con VIH: mujeres seropositivas con parejas masculinas o femeninas, con o sin VIH, y mujeres seropositivas sin pareja que desean tener hijos/as.

LMP: ¿A qué puede ser debido?

CP: No es una cuestión de complejidad técnica, de seguridad, ni de coste económico de la intervención. La normativa no parece incluir ninguna limitación para que las técnicas de reproducción

asistida puedan aplicarse a personas con VIH, por lo que, en un plano formal, tanto a hombres como a mujeres seropositivos se les reconoce el derecho a la reproducción. Ahora bien, la realidad es bien distinta, y si las personas con VIH en general se encuentran en una situación de desigualdad real, la mujeres seropositivas lo están todavía más si lo comparamos con los hombres seropositivos. La reproducción asistida en mujeres con VIH es menos costosa y más segura, en términos de transmisión horizontal, que el lavado de semen en hombres seropositivos. Sin embargo, en la sanidad pública se ha dado preferencia a promover el acceso de los hombres a esta técnica reproductiva, es decir, a reconocer su derecho a la paternidad. ¿Y el derecho a la maternidad de las mujeres seropositivas? No se reconoce; es un derecho que no pueden ejercer plenamente y está supeditado a los derechos de terceras personas, ya sea a su pareja masculina o a los hijos que han de nacer. En definitiva, existe una desigualdad en el reconocimiento de los derechos. Hoy en día, en una pareja serodiscordante, el hecho de que el miembro con VIH sea el hombre o la mujer va a determinar que la pareja pueda ejercer o no su derecho a la reproducción, lo que coloca a la mujer seropositiva en un plano de renuncia y culpabilidad.

LMP: ¿Podríamos hablar de discriminación?

CP: No reconocer ni promover derechos fundamentales está asociado con todo un imaginario y una simbología cargados de estigma. A las mujeres con VIH

que tienen deseos reproductivos todavía hoy se las prejuzga: 'algo malo habrá hecho', 'no va a ser una buena madre'... Siempre van a estar bajo sospecha constante. Todo esto implica una vulneración de los derechos de las mujeres y una discriminación evidente. Es crucial que los protocolos, directrices y normativas recojan sobre el papel los derechos reproductivos, pero no menos importante es que haya un reconocimiento real de éstos a través de acciones concretas encaminadas a promoverlos y garantizarlos. Las mujeres seropositivas piensan que no tienen la posibilidad de acceder a la reproducción porque asumen que no tienen ese derecho.

Hoy en día, en una pareja serodiscordante, el hecho de que el miembro con VIH sea el hombre o la mujer va a determinar que la pareja pueda ejercer o no su derecho a la reproducción, lo que coloca a la mujer seropositiva en un plano de renuncia y culpabilidad.



Un ejemplo de esto lo podemos encontrar en los documentos sobre reproducción asistida en personas con VIH que elaboran tanto las autoridades sanitarias como las propias organizaciones de pacientes. En ellos, la información se plantea desde el punto de vista de la transmisión horizontal y vertical del VIH, y no desde un enfoque basado en los derechos reproductivos de las personas seropositivas, cómo ejercerlos y de qué forma se garantizan.

LMP: En cualquier caso, las personas con VIH disponen de otras opciones reproductivas que no son únicamente la reproducción asistida.

CP: Sí, en efecto, e incluso si tienes recursos económicos, puedes acceder a la reproducción asistida en la sanidad privada. Pero en nuestra opinión, ésa no es la cuestión. Las personas con VIH en general y las mujeres en particular deberían elegir la opción reproductiva que más les convenga entre diferentes posibilidades reales, cosa que, ahora mismo, no sucede. El panorama que nos encontramos

en la actualidad es que, al final, se decantan por una opción determinada porque no tienen la posibilidad de acceder a otras, es decir, se ven abocadas a renunciar. En nuestra experiencia, la mayoría de las personas con VIH que han tenido un hijo/a por medio de la reproducción asistida no han podido hacerlo a través de la sanidad pública, pese a que lo hayan podido intentar. Cuando ves que no se te facilita el proceso, que te van poniendo trabas y dificultades, al final renuncias o te decantas por otra opción, en caso de poder acceder a ella. Las parejas serodiscordantes o las mujeres con VIH sin pareja que han logrado quedarse embarazadas, en muchos casos lo han conseguido desde la propia insistencia y búsqueda de opciones, recursos e información.

LMP: ¿Y cómo se podría mejorar el acceso?

CP: En primer lugar, sacando a la luz el problema, mostrando la desigualdad en el acceso a la reproducción asistida para las personas con VIH en general y las mujeres

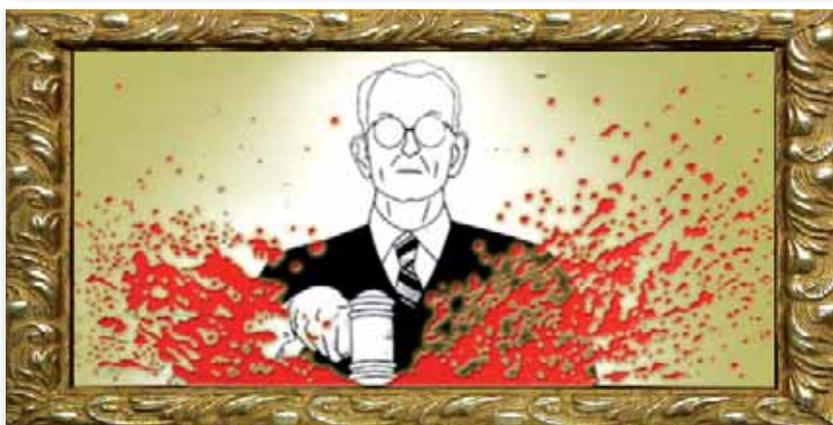
seropositivas en particular, y enfocando este debate no como una cuestión de acceso a las técnicas de reproducción, sino desde el punto de vista del reconocimiento y la promoción del derecho fundamental a la reproducción. Por otro lado, se requiere mejorar el consejo reproductivo que se proporciona a las personas con VIH en todos los niveles de la asistencia sanitaria: desde la atención primaria, pasando por los centros de atención ginecológica, de planificación familiar, de atención a la salud sexual y reproductiva y, por supuesto, las unidades de VIH de los centros hospitalarios. Todas las y los profesionales sanitarios que atienden a personas con VIH con deseos reproductivos deberían conocer cuáles son los derechos de estos pacientes para poder informarles de forma correcta sobre todas sus opciones reales y facilitarles el acceso, incluido todo el proceso previo a la reproducción, en concreto, las pruebas de fertilidad y la valoración de la infectividad.

LMP: Y por último, ¿cuál sería el papel de las asociaciones y de las plataformas que aglutinan a ONG de VIH?

CP: Probablemente, deberíamos cambiar nuestro discurso y plantear el debate desde un enfoque de derechos humanos, como te acabamos de decir. Es primordial que exista una voluntad comunitaria por cambiar la situación de desigualdad en que nos encontramos, sobre todo en lo concerniente a la exclusión de las mujeres con VIH a las técnicas de reproducción asistida. Éste no es, hoy, un tema prioritario de la agenda de reivindicaciones, a diferencia de lo que sí sucedió con los derechos reproductivos de los hombres seropositivos. La agenda política se ha centrado en la reivindicación del derecho a la paternidad del varón con VIH y ha descuidado el derecho a la maternidad de la mujer seropositiva. Quizá esto responda a que las propias organizaciones de la sociedad civil históricamente hemos sido herederas de un sistema patriarcal que ha relegado a un segundo plano los derechos de las mujeres.

Tratamientos de reproducción humana asistida, un derecho de las personas con VIH

La Constitución Española (en adelante, CE), en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y establece la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios.



Marco legislativo

El desarrollo normativo de este artículo se produce, inicialmente, a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Y más adelante, con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en cuyo artículo 23 se establece la garantía de accesibilidad "en condiciones de igualdad efectiva".

Por otra parte, el artículo 7.1 de la Ley 16/2003 establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención.

Asimismo, el artículo 8 de la mencionada ley señala que las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes que, según prevé el artículo 20, se acordará en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y se aprobará mediante real decreto (en adelante, RD). El RD que regula la cartera de prestaciones es el 1030/2006, que en su artículo 1 indica su objeto: "establecer el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de los ámbitos de salud pública, atención pri-

maria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario".

El contenido de la cartera de servicios comunes correspondiente a todas las prestaciones se recoge en los anexos que incluye el propio RD. En concreto, el anexo III se refiere a la atención especializada y condiciona el acceso a la reproducción humana asistida, a un diagnóstico de esterilidad o indicación clínica establecida con los programas de cada servicio de salud. Téngase en cuenta que los servicios autonómicos de salud pueden aprobar, en el ámbito de sus competencias, sus respectivas carteras de servicios, las cuales podrán complementar la cartera de servicios comunes.

Además de las mencionadas regulaciones, y con el objetivo de solucionar los problemas de infertilidad y evitar la aparición o transmisión de enfermedades que carecen de tratamiento curativo una vez que se produce el nacimiento, se desarrolló la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

Esta ley restringe a tres supuestos la realización de las técnicas de reproducción asistida: a) cuando haya posibilidades de éxito; b) no supongan riesgo grave

para la salud, física o psíquica, de la mujer o la posible descendencia, y c) la previa aceptación libre e informada.

Respecto a los donantes, el artículo 5.6 de la ley señala que han de ser mayores de edad, tener buena capacidad psicofísica y plena capacidad de obrar. El mencionado artículo profundiza en el estado de salud psicofísica, exigiendo que se determine analíticamente que no se padece ninguna enfermedad genética, hereditaria o transmisible a la descendencia. Los conocimientos científicos y técnicos actuales permiten que un hombre con VIH pueda someterse a la técnica del lavado de semen y evitar la transmisión del virus. Esto lleva a poder afirmar que no existe razón para denegar el acceso a las técnicas de reproducción asistida a varones seropositivos.

Por otro lado, el artículo 6.1 de la Ley 14/2006 indica que "podrá ser receptora toda mujer mayor de edad, con plena capacidad de obrar, que haya aceptado ser usuaria o receptora de alguna de las técnicas de reproducción humana asistida". De igual forma que en el hombre con VIH, en el caso de la mujer seropositiva los conocimientos científicos y técnicos constatan que la transmisión vertical del virus puede combatirse mediante la administración de fármacos antirretrovirales durante el embarazo. En España, para evitar dicha transmisión se sigue, desde hace ya varios años, un protocolo de actuación que reduce al mínimo la transmisión perinatal del VIH.

Por tanto, desde nuestro punto de vista, las personas con VIH que así lo deseen no deberían tener ningún impedimento para acceder a las técnicas de reproducción asistida humana. Sin embargo, la realidad que se encuentran es bien distinta y, en numerosas ocasiones, tropiezan con dificultades a la hora de acceder a dichas técnicas.

Acciones de CESIDA

Sobre la base de esta situación y fruto de la convicción de que se está vulnerando un derecho de las personas con VIH, la Coordinadora Estatal de VIH-Sida (CESIDA) inició una estrategia de reivindicación. Ya en 2005, el *Informe de Reivindicaciones y Demandas de CESIDA* incluía las líneas centrales de esta estrategia. En el año 2008, a través del programa Clínica Legal (desarrollado conjuntamente por la Universidad Carlos III y CESIDA, y subvencionado por el Ministerio de Sanidad y Política Social [MSPS] a través de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida) se solicitó un informe jurídico sobre el derecho al acceso a las técnicas de reproducción asistida de las personas con VIH¹.

Este informe, en el que se argumentaban jurídicamente nuestras reivindicaciones, fue enviado al MSPS, a las administraciones autonómicas, a los diferentes grupos políticos con representación parlamentaria y al Defensor del Pueblo. Se acompañó de un escrito en el que se solicitaba la incorporación explícita de la reproducción asistida en la cartera de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Hemos recibido algunas respuestas al escrito remitido por CESIDA. Entre ellas destaca la firmada por el Secretario General de Sanidad, Don José Martínez Olmos, y fechada el 24 de febrero de 2009. En dicha respuesta, además de hacerse un breve resumen de la legislación existente, se llega a la conclusión de que: "en estos momentos, no parece existir en la normativa ninguna limitación para que estas técnicas puedan aplicarse a personas con VIH. No obstante, como el citado Real Decreto 1030/2006 remite a los programas de cada servicio de salud, éstos podrían haber establecido criterios de indicación o priorización para la realización de estas técnicas. A la vista de esta circunstancia, podría plantearse a las comunidades autónomas la conveniencia de conocer con exactitud la situación de estas técnicas para personas VIH en los diferentes ámbitos geográficos, de modo que, si fuera necesario, pudiera hacerse una puesta en común teniendo en cuenta la información científicamente disponible".

Ante las escasas respuestas recibidas por parte de las administraciones autonómicas y ante la sugerencia de plantear la situación en los diferentes ámbitos geográficos, CESIDA decidió continuar el proceso de consulta a las autonomías

para conocer la situación real en todo el territorio español, haciendo referencia a la respuesta del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Sin embargo, con la respuesta dada por este ministerio en la que especifica que, "en estos momentos, no parece existir en la normativa ninguna limitación para que estas técnicas puedan aplicarse a personas con VIH", y con la base del informe realizado por el profesor Ramiro, creemos poder afirmar que las personas con VIH tienen reconocido el derecho a reclamar ante las administraciones públicas esta prestación, y si no es satisfecha, ante los tribunales de justicia.

El informe en que CESIDA ha sustentado la reivindicación aporta un aspecto novedoso en la articulación de dicha reivindicación, al menos en lo que respecta a la Coordinadora. Se trata de la equiparación e incorporación de la infección por VIH como causa de discapacidad. Esto implicaría que el diagnóstico de infección por VIH supondría la atribución automática del 33% de minusvalía. Dicha atribución ya se incorporó en la ponencia política del IV Congreso de CESIDA ("Construyendo Futuro"), celebrado en octubre de 2008. Así pues, esta equiparación constituye una de las líneas de reivindicación de la Coordinadora.

En el caso que nos ocupa, la Ley 14/2006, de Técnicas de Reproducción Humana Asistida, señala que debe garantizarse que las personas con discapacidad no sean discriminadas por razón de ésta si desean acceder a las técnicas de reproducción asistida. Según el argumento expuesto anteriormente y ateniéndonos al modelo social de discapacidad impuesto por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, también los hombres y las mujeres con VIH han de ser consideradas personas con discapacidad. A su vez, esta afirmación se deriva del concepto de discapacidad que se establece en la citada convención, que resulta de la interacción entre las personas y las barreras debidas a la actitud y al entorno y que evitan su participación en igualdad de condiciones que otras.

Tal consideración implica, para las personas con VIH, la posibilidad de acceder a garantías suplementarias a fin de vivir con plenitud de derechos y participar en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos y ciudadanas en los diferentes planos de la vida.

Para concluir, éste sería un argumento más para reclamar la prestación en aquellas comunidades autónomas en las que hay dificultades para acceder a ella.

No nos queremos despedir sin antes animar a las personas y las asociaciones que conozcan casos de discriminación en este terreno a denunciarlas. Hay comunidades autónomas donde no existe este problema de discriminación y se está respetando la legislación vigente. Disponemos de herramientas legales para terminar con ella y, al menos a escala estatal, con estructuras como el Observatorio de Derechos Humanos de RED2002 o el programa de Clínica Legal de CESIDA.

Las personas con VIH que así lo deseen no deberían tener ningún impedimento para acceder a las técnicas de reproducción asistida humana. Sin embargo, la realidad que se encuentran es bien distinta y, en numerosas ocasiones, tropiezan con dificultades a la hora de acceder a dichas técnicas.

¹ El informe fue elaborado por el profesor Miguel Ángel Ramiro Avilés, del Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de las Casas", de la Universidad Carlos III de Madrid.



Preparar la despensa para el invierno

El 21 de diciembre entra el invierno. Con la estación invernal llega el frío y, para adaptarse a él y mantener la salud, debemos hacer algunos cambios. Al igual que nos vestimos con prendas que abrigan más y mantenemos el calor en el hogar, hay que hacer también ciertas modificaciones en nuestra alimentación y llevar una dieta que produzca más calor en nuestro organismo.

Si consumimos una dieta basada en **carbohidratos** (pastas, cereales, harinas y derivados, azúcar, granos, frutas) y **proteínas** (legumbres, frutos secos, carne, aves, pescado, lácteos, soja, huevos), obtendremos el calor que necesitamos, pero, quizá, cojamos unos kilos de más; por tanto, es recomendable practicar ejercicio moderado para mantener la forma hasta la llegada de la primavera, en la que podremos incrementar nuestra actividad física y hacer una dieta desintoxicante para limpiar el organismo.

A continuación, os sugerimos un **listado de los alimentos** que podéis consumir durante los meses fríos para mantener la salud en equilibrio.

Frutas

En invierno, hay menos variedad de frutas, pero podemos consumir cítricos como la naranja, la mandarina, el pomelo o el limón, y también el kiwi; todos ellos son una abundante fuente de vitamina C y tienen un alto poder antioxidante, previenen el envejecimiento celular y refuerzan nuestro sistema inmunitario frente a las enfermedades respiratorias típicas en esta época.

Otras frutas de invierno son la chirimoya, la piña, el higo, los dátiles, la pera, la manzana, el plátano, el caqui y la uva.

Verduras

Los **vegetales** deben ser consumidos a diario, bien en ensaladas, cocidos, al vapor o al horno. Las verduras que abundan en esta estación son la zanahoria, el nabo, la cebolla, la patata, la batata, la remolacha y el rábano. Las zanahorias son una excelente fuente de betacaroteno, que nos ayuda a regene-

rar la piel y a mantener en buen estado las mucosas de nuestro organismo; por tanto, también previenen los resfriados. Un **licuado de zanahoria** con unas gotas de limón y aceite de oliva es un fantástico reconstituyente.

La **raíz de jengibre**, añadida en trocitos a la comida o en infusión, activa la digestión, es expectorante y desinfectante pulmonar, estimuladora del sistema circulatorio y aporta calor al organismo.

Las **sopas de verdura** calientes son muy reconfortantes, nutritivas y fáciles de digerir en los días fríos y lluviosos.

El ajo, la cebolla y los puerros son alimentos que ayudan a la expectoración y expulsión de flemas; el ajo, en concreto, es bien conocido por su acción bactericida.

Otras verduras que nos ofrece el invierno son las acelgas, el apio, las endibias, la escarola, la alcachofa, el berro, el cardo, la coliflor, la col, los champiñones, la calabaza, las espinacas, las coles de Bruselas, los guisantes, el brócoli, las habas y las judías verdes.

Frutos secos

Son un recurso culinario y energético muy valioso en invierno. Se pueden consumir tanto solos como en ensaladas, platos cocinados o postres. Constituyen un alimento muy completo; aportan hierro, proteínas, calcio, vitaminas —en especial, E, A, B1 y B2— y fibra vegetal. Ayudan a reducir los niveles de colesterol y reducen también el riesgo cardiovascular.

Se recomienda comer un puñado de frutos secos variados (almendras, avellanas, nueces, pistachos, piñones) cinco veces por semana.

Cereales y legumbres

Los **cereales** (arroz moreno, trigo, avena, cebada) son un fantástico combustible para el cuerpo en invierno y ayudan a la eliminación intestinal. Las **legumbres** (garbanzos, lentejas, judías blancas, pintas, azuki o negras) se asimilan mejor cuando son mezcladas con cereales, ya que reúnen los aminoácidos esenciales para formar una proteína completa. Constituyen una importante fuente de proteínas vegetales más fácilmente digeribles que las animales, y no tienen grasas saturadas ni colesterol. Además, son un antídoto frente al envejecimiento, puesto que contribuyen a la renovación celular. Son también una fuente muy rica de hierro, calcio, potasio y alguna vitamina del grupo B, armonizan el sistema nervioso y regulan el sistema reproductor.

Pescado de mar y algas

El **pescado de mar** (bacalao, besugo, lenguado, merluza, mariscos, rape) es bajo en grasas y posee altas cantidades de proteínas, minerales y vitaminas. Las **algas** tipo kelp, dulce, nori, hijiki, wakame y kombu son vegetales con un rico contenido en proteínas, vitaminas E y A; asimismo, son ricas en calcio, fósforo, potasio, hierro, yodo y otros minerales. Tienen propiedades anticancerígenas, son calmantes pulmonares y disminuyen las inflamaciones del sistema digestivo. Además, estimulan y refuerzan piel, cabello y uñas, y nutren el sistema endocrino, concretamente las glándulas tiroideas y suprarrenales.

Se pueden comer crudas, una vez retirada la sal, pero lo común es añadirlas a las sopas, tostadas con arroz o vege-



tales, o envolviéndolas en arroz tipo sushi. Las puedes conseguir en herbolarios o tiendas de comestibles chinos.

Soja y sus derivados

La soja también es una buena fuente vegetal de proteínas junto con las legumbres, y un buen sustituto de los alimentos animales. Se puede tomar de varias formas; en brotes, cocida como una judía, utilizada para hacer leche de soja y otras bebidas. Por otra parte, también están los productos obtenidos de la fermentación de la soja, como el tamari (o salsa de soja) y el miso, para elaborar sabrosas sopas, y el tempeh, el tofu y el seitán, que pueden ser usados en ensaladas, añadirse a platos con verduras y cereales como el arroz, o comidos al vapor, horneados o fritos.

La soja y sus derivados aportan muchos minerales tipo calcio, fósforo y potasio, hierro y vitamina B.

Lácteos

Los yogures nos sirven en esta época para reforzar la flora bacteriana si se están tomando antibióticos. El queso feta de leche de oveja, de origen griego, es uno de los más recomendados y es muy sabroso en ensaladas. Prueba a mezclar lechuga, feta, nueces y miel; está delicioso.

En general, es conveniente no abusar de la ingestión de lácteos de origen animal en invierno, ya que favorecen la mucosidad interna en nuestro organismo. Puedes tomar leche descremada de vaca, de cabra o de origen vegetal, como la leche de soja o de almendra.

Carnes

La carne roja, siempre que se consume con moderación, aviva la sangre, el corazón y la tez, es muy reconstituyente, y una buena fuente de hierro, vitamina B12, zinc y fósforo. En exceso, pone en peligro el corazón, los vasos sanguíneos y los riñones. También podemos consumir carnes blancas como el pollo.

Tofu con verduras y frutos secos (para 4 personas)

Ingredientes:

- 2 puerros • 3 zanahorias • 200g de champiñones • 40g de almendras crudas • 40g de nueces • 1 paquete de tofu • Sal • Aceite

Elaboración:

Picamos el puerro, rallamos la zanahoria y lo sofreímos en una sartén con un chorrito de aceite. Cuando esté más o menos dorado, añadimos las almendras y las nueces picadas y, posteriormente, cuando se tuesten un poco, los champiñones cortados a láminas. Por último, agregamos el tofu cortado a dados, salamos y dejamos hacer durante 5 minutos más.

Queda muy sabroso si le añadimos un chorrito de tamari (salsa de soja) o un poco de curry. El tamari y el tofu puedes adquirirlos en un herbolario o tienda de comida china.

Potaje con acelgas, patatas, judías blancas y arroz (para 6 personas)

Ingredientes:

- 350g de judías blancas • 3 patatas • Media taza de arroz • 4 hojas de acelga • Medio kilo de nabos • Medio kilo de magro de cerdo (opcional) • Unas hebras de azafrán • 3 cucharadas soperas de aceite • 1 tomate • 1 cebolla pequeña • Sal

Elaboración:

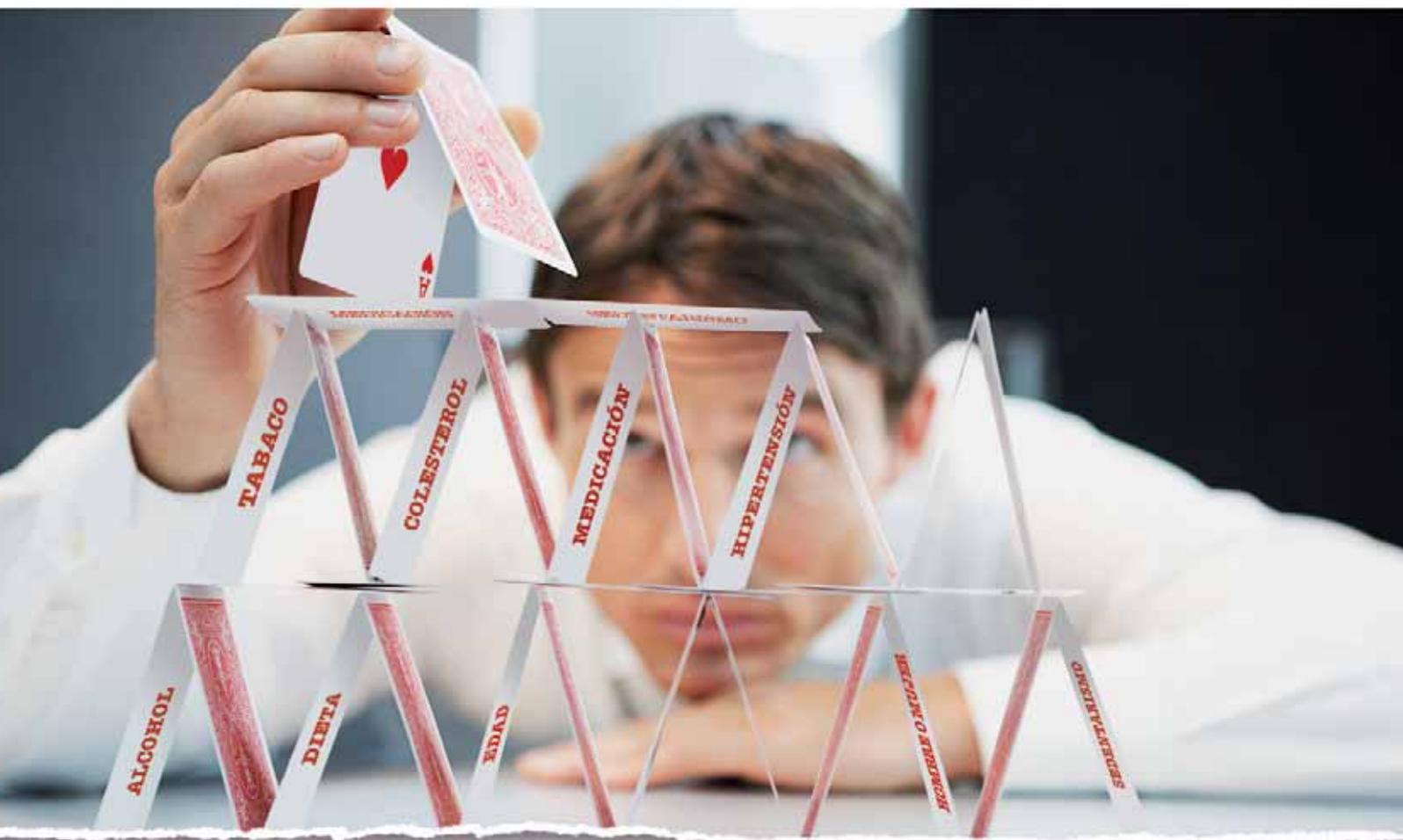
Poner la vispera las judías en remojo en agua. Se ponen a cocer en agua fría. Cuando rompen a hervir, se tira el agua y se vuelve a poner fría. Se dejan cociendo hasta que se deshagan, unos 25-30 minutos.

Se lavan muy bien las acelgas, se pican muy menudas y se ponen a cocer en agua caliente con sal, junto al magro partido en trozos pequeños, los nabos pelados y picados en trozos diminutos. Cuando todo está tierno, es decir, al cabo de una hora, se mezcla todo y se sigue cociendo despacio, media hora más o menos. En una sartén se pone el aceite a calentar; se le añade la cebolla muy picada, se deja dorar unos 7 minutos, y después se echa el tomate pelado sin las simientes. Cuando está bien refrito, se incorpora al potaje.

Se machacan en el mortero las hebrillas de azafrán con un poco de caldo, y se incorporan también. Media hora antes de servir el potaje, se agregan las patatas peladas, lavadas y cortadas en trocitos pequeños. Quince minutos después de echar las patatas, se añade el arroz. Cuando la cocción ha terminado, se sirve en sopera.

Fuente: HAAS, ELSON M. *La salud y las estaciones*. EDAF, Madrid 2003.

Si vives con VIH, debes
disminuir tu **riesgo cardiovascular.**



**Las personas VIH positivas tienen
más riesgo de sufrir problemas
cardiovasculares que la población general.¹**

1.- Triand VA et al. "Increased acute myocardial infarction rates and cardiovascular risk factors among patients with human immunodeficiency virus disease" J Clin Endocrinol Metab 2007, 92: 2506-2512.



Fumar, llevar una vida sedentaria, una dieta inadecuada y el tratamiento anti-VIH, entre otros, pueden contribuir a aumentar el riesgo de padecer un infarto.

I  VIDA

 **GILEAD**
Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Disminuir el **riesgo** está en tus manos.
Infórmate, consulta con tu médico.

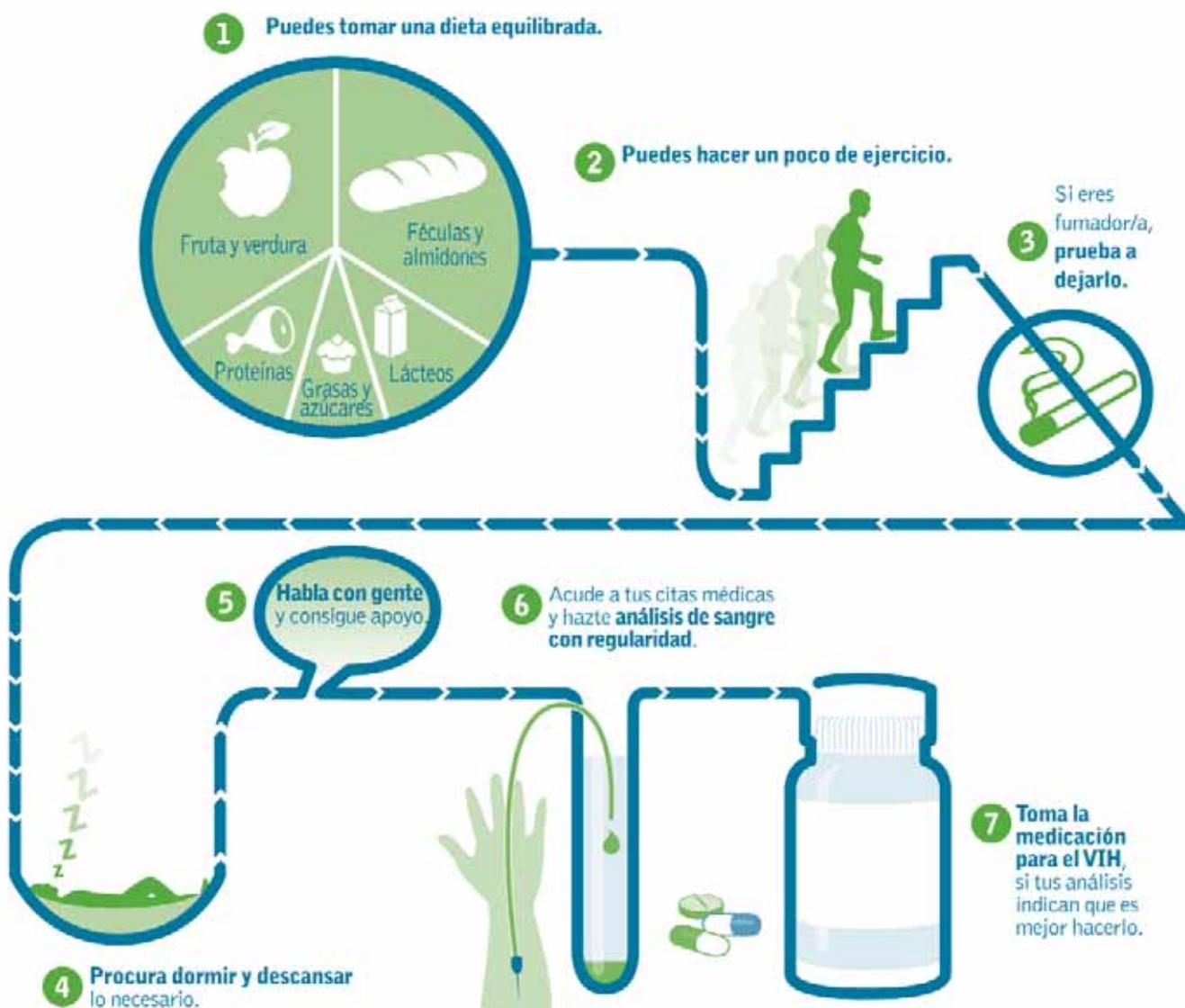
Infovihtal: los básicos

Desde diciembre de 2009 y a lo largo de 2010, el programa InfoVIHtal —información básica sobre el VIH dirigida a los colectivos de inmigrantes que viven con VIH en España— editará una serie de fichas ilustradas con información gráfica intuitiva. Todas las fichas serán publicadas en español, inglés, francés, portugués, árabe, ruso, chino, rumano y urdu. Disponibles en: www.gtt-vih.org/aprende/publicaciones/infovihtal

El propósito de esta actividad es facilitar el acceso a la información para aquellas personas que no saben leer o con dificultades para la lectura en su propia lengua. Además, también se busca orientarles en los aspectos más básicos relacionados con el VIH y la salud como por ejemplo el sistema inmunitario, los CD4, la carga viral y recomendaciones para mantener una buena salud.

Algunos contenidos de estas fichas ya han sido tratados, de manera más completa, en anteriores ediciones del programa InfoVIHtal y pueden servir de complemento a la información gráfica para ayudar a los profesionales sanitarios y comunitarios en su tarea de orientación e información de los colectivos con los que trabajan. Estas fichas son una adaptación de materiales producidos por la organización británica NAM.

Hay muchas cosas que puedes hacer para cuidarte. No se trata sólo de tomar pastillas.

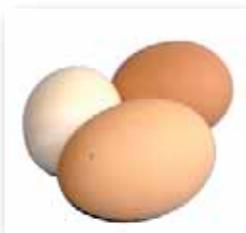


Aumentar la fertilidad

Los problemas de fertilidad pueden estar condicionados por múltiples factores y no siempre son reversibles. Sin embargo, existen una serie de consejos dietéticos generales y de complementos herbales o vitamínicos que pueden ser útiles para incrementar las posibilidades de embarazo. A continuación, podrás encontrar algunos de ellos.

Vitaminas

Aunque en ocasiones puede ser necesaria la toma de complejos vitamínicos, lo ideal es obtenerlas mediante una dieta equilibrada. Por esa razón, junto a las definiciones, hemos incluido los alimentos en que más abunda cada una de las vitaminas.



Vitamina B12: Esta vitamina está implicada en muchos procesos de regeneración y crecimiento celular, especialmente del sistema nervioso. Por esta razón, siempre se ha considerado importante para mejorar la fertilidad y favorecer el correcto desarrollo del feto. La vitamina B12 se halla en huevos, derivados de la leche, hígado, riñones, pescado y carnes. Esta vitamina, por otra parte, no se almacena, por lo que es necesario seguir una dieta equilibrada para mantener sus niveles.

Ácido fólico (vitamina B9): El ácido fólico, como en el caso de la vitamina B12, está implicado en procesos de reproducción y regeneración celular; por consiguiente, su acción es muy amplia y está también detrás de la mejora de la fertilidad y la correcta formación del feto durante el embarazo. El ácido fólico se almacena en el hígado, por lo que no es necesario tomarlo a diario, aunque siempre es preferible seguir una dieta equilibrada que vaya aportando poco a poco la cantidad necesaria de esta vitamina. Se encuentra, principalmente, en verduras de hoja verde, legumbres, frutos secos, hígado, pescado azul y levadura de cerveza.



Vitamina A: Favorece el desarrollo de los espermatozoides, por lo tanto, puede incrementar la fertilidad masculina. Cabe tener en cuenta que, debido a su potencial acumulación, es preferible tomar el precursor de esta vitamina —el betacaroteno—, ya que el cuerpo lo elimina más fácilmente en caso de exceso. El betacaroteno se encuentra en hortalizas como la zanahoria, la calabaza, las espinacas, los espárragos y las acelgas, entre otras.

horra, la calabaza, las espinacas, los espárragos y las acelgas, entre otras.

Vitamina C: Aparte de su capacidad antioxidante —neutralizadora, por lo tanto, de radicales libres—, la vitamina C reduce la aglutinación del esperma cuando es excesiva, incrementando la movilidad de los espermatozoides. Esta vitamina se encuentra, sobre todo, en los cítricos (naranja, limón, pomelo, etc.).



Vitamina E: También protege a las células de la acción de los radicales libres debido a su acción antioxidante. Puede encontrarse en diversas hortalizas (brócoli, espinacas y soja, entre otras), huevos o en el aceite de oliva virgen.

Minerales

Los minerales tienen una importancia similar a la de las vitaminas, dado que, aunque en pequeñas cantidades, son esenciales para el correcto desarrollo de las células y, por consiguiente, de la fertilidad.



Hierro: En un estudio se observó que la toma de suplementos de hierro reducía la infertilidad por ausencia de ovulación. Fuentes naturales de este mineral son las carnes rojas y determinadas legumbres, si bien el hierro contenido en los vegetales no es tan fácilmente absorbible.

Zinc: Es vital en la formación de espermatozoides saludables, tanto en relación con su morfología como con su motilidad. En el caso de las mujeres, el zinc contribuye a un mejor funcionamiento de las hormonas sexuales. Su principal vía de obtención en la dieta es a través de carnes, mariscos y cereales integrales.





Selenio: Participa en la formación del esperma y en el proceso de fecundación. Se encuentra, sobre todo, en cereales integrales, carnes rojas, ajos, setas y pescados.

Ñame silvestre (*Dioscorea villosa*). Es una fuente concentrada de esteroides vegetales con cierta actividad hormonal. Además, tiene efectos afrodisíacos.



Complementos herbales

Las especies vegetales que veremos a continuación actúan ya sea por aportar algunos de los minerales antes indicados, por efectos antioxidantes o por efectos específicos de sustancias que contienen.

Ortiga mayor (*Urtica dioica*).

Cargada de vitaminas [principalmente provitaminas A y C] y minerales, potencia el sistema hormonal y rejuvenece el útero. Contiene flavonoides —antioxidantes naturales—. Se utilizan, de manera fundamental, las hojas y las raíces de la planta.



Sauzgatillo (*Vitex agnus-castus*).

Se emplea para tratar la menopausia, los síntomas premenstruales y los problemas de fertilidad. Su acción se debe a cierta actividad reguladora de los niveles de hormonas femeninas, puesto que algunas de las sustancias contenidas en los frutos del sauzgatillo actúan sobre la hipófisis, órgano esencial para la regulación hormonal.

Té verde (*Camellia sinensis*).

Por su elevado contenido en antioxidantes, las infusiones de té verde ayudan a producir óvulos sanos y, en los hombres, a potenciar el esperma, minimizando la acción de los radicales libres sobre los espermatozoides.



Avena (*Avena sativa*). Es un bálsamo para el sistema nervioso. Además, tonifica el útero y tiene efectos afrodisíacos, por lo que favorece las relaciones sexuales. En lo que respecta a la fertilidad, contiene zinc, hierro, vitamina A y algunas vitaminas del complejo B.

Diente de león (*Taraxacum officinale*).

Es muy rico en minerales, perfecto para el hígado y ayuda a regular la producción hormonal. Puede utilizarse en forma de tintura o de infusión.



Dong quai (*Angelica sinensis*).

Ayuda a fortalecer el útero y aumenta el flujo sanguíneo del aparato reproductor. Debe tomarse con precaución y bajo consejo médico, pues puede provocar contracciones uterinas y problemas de coagulación sanguínea.



Referencias:

- <http://www.unomasenlafamilia.com>
- <http://www.fisterra.com>
- <http://pregnancy-info.net>

Ser mamá:

embarazo y terapias complementarias

El embarazo es una de las etapas más bellas que la mujer puede vivir a lo largo de su existencia. Nueve meses para sentir una nueva vida creciendo dentro de sí y, tras ese tiempo de espera, la recompensa: la llegada al mundo del esperado bebé. La gestación puede ser una experiencia maravillosa, o un período molesto provocado por los trastornos propios de este proceso. Para convertirlo en un camino de rosas e ir adaptándose con suavidad a los cambios fisiológicos y anímicos que se van produciendo mes a mes, os damos a conocer ciertas terapias complementarias que se pueden aplicar sin riesgo, para que tanto tú como tu bebé os sintáis plenos y felices.

Hoy en día, muchas mujeres jóvenes que viven con VIH están decidiendo convertirse en mamás. Las madres con VIH tienen que someterse a una serie de controles prenatales y posnatales rutinarios y, además, incrementar el número de visitas a su médico de medicina interna y ser tratadas en la consulta de alto riesgo obstétrico.

Independientemente del estado serológico de la mujer, el embarazo supone todo un reto tanto a nivel físico como psicológico. Contar con una información adecuada es fundamental en este período de cambios. El tiempo de gestación es de 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación, y suele dividirse en tres trimestres.

Primer trimestre

Se confirma el embarazo y, por lo general, las mujeres se sienten felices y contentas. Es un período lleno de molestias, aunque no todas las mujeres lo viven de este modo; muchas experimentan más energía y no sufren trastornos.

El feto comienza a formarse y el cuerpo de la mujer se tiene que adaptar a la nueva situación. Se puede sentir un aumento en la frecuencia de la micción, náuseas y vómitos, mareos y cansancio extremo. También un incremento en el tamaño de los pechos, acompañado de dolor y picores, un abultamiento en el abdomen y un ensanchamiento de la cintura. Asimismo, se produce más inestabilidad emocional, con períodos de mucha exaltación y otros de llanto; esto es normal y se debe a la acción de la revolución hormonal que tiene lugar

en el organismo. Pero también, gracias a su acción, mejorará la textura de la piel, el cabello estará más sedoso, los ojos brillarán de un modo especial, y se sentirán y las verán más guapas.

Durante los tres primeros meses, no se recomienda la práctica de ejercicio físico ni de actividades extenuantes.

Segundo trimestre

En esta fase, el embarazo ya es evidente y sale la típica panza de la embarazada: ha llegado el momento de cambiar la talla de ropa. Además, el bebé comienza a dar las primeras pataditas. A través de estos movimientos fetales, tanto la madre como el padre ya lo pueden sentir y desarrollan la conciencia de que están esperando un bebé.

Es un período en el que las molestias del primer trimestre desaparecen y la mujer se siente plétórica. Pueden presentarse congestión nasal, estreñimiento, digestiones más pesadas y ardores de estómago, ciática por la sobrecarga, contractura de la espalda y lumbalgia. Se recomienda pasear al menos una hora diaria y empezar a practicar gimnasia para embarazadas.

Debido a las alteraciones hormonales, las mujeres pueden sufrir cambios en la pigmentación de la piel. A algunas les afloran manchas en el rostro, lo que se conoce como la máscara del embarazo o la línea negra, una pigmentación oscura en forma de línea desde el pubis al ombligo.

En general, los niveles hormonales se estabilizan y la mujer se siente más tranquila y serena. El instinto maternal

aumenta y la futura mamá, de forma natural, se acaricia la tripa y comienza a comunicarse con el bebé.

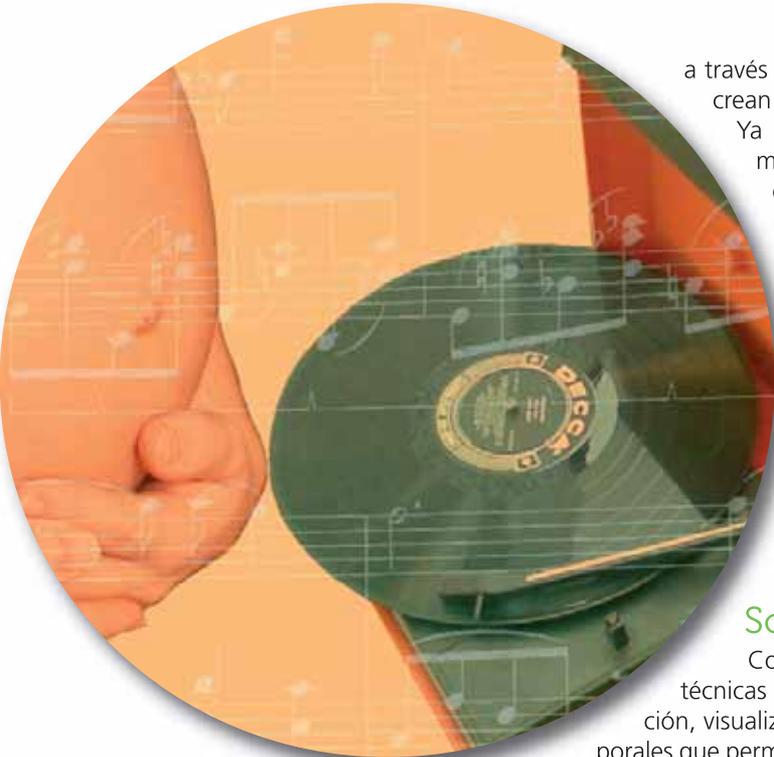
A partir del sexto mes y medio de gestación, es aconsejable inscribirse en un curso de educación prenatal, donde se aprenderá cómo llevar armoniosamente los cambios fisiológicos, manejar las emociones, prepararse para el parto, en caso de que sea vaginal, y para la lactancia materna, si es que puedes llevarla a cabo. También te enseñarán los cuidados básicos para el recién nacido en cuanto a alimentación, higiene, cuidado del ombligo y necesidades afectivas. Aprenderás técnicas de visualización, relajación y respiración. Si tu pareja puede acompañarte, sería estupendo que pudierais compartir este aprendizaje.

Tercer trimestre

Los últimos tres meses vienen marcados por el incremento del volumen del vientre, ya que es la fase en que el bebé crece más rápidamente, preparándose para su nacimiento. El ritmo se vuelve más lento, dado que, por el aumento de peso, la mujer se puede sentir más fatigada. Pueden presentarse dolores en piernas, ingles, sacro y espalda, retención de líquidos debido a trastornos circulatorios, una mayor necesidad de micción y las antiestéticas estrías, que puedes evitar aplicando a diario aceite de rosa mosqueta.

Entre el séptimo y octavo mes, el bebé adoptará su posición definitiva dentro del útero, con la cabeza hacia abajo, lo que puede hacer sentir a la mujer ciertas molestias en esa zona.

Terapias complementarias



Yoga prenatal

Está especialmente diseñado para que la madre se prepare a nivel físico y psíquico durante el embarazo. A través de ejercicios sencillos, el cuerpo va obteniendo flexibilidad, se sueltan tensiones físicas producidas por los cambios en el organismo, mejora la circulación sanguínea previniendo la aparición de varices y la retención de líquidos, se fortalece la columna y la pelvis, se favorece la digestión y el tránsito intestinal, y también se facilita el sueño y reduce el estrés. Aprenderás a respirar de modo consciente y la respiración se convertirá en una poderosa herramienta para los momentos de tensión. Se puede comenzar a practicar a partir del tercer mes de embarazo.

Haptonomía

Es la ciencia de la afectividad. Mediante este método se ayuda a la mujer embarazada y su compañero a que tomen conciencia del niño por nacer, y

a través del contacto físico, se crean los primeros vínculos.

Ya en el vientre de la madre, el feto es un ser que necesita relacionarse con los demás.

Tanto el padre como la madre, por el tacto consciente, establecen un lazo afectivo con el bebé que se mantendrá toda la vida. Se inicia sobre el cuarto o quinto mes, cuando el niño comienza a moverse.

Sofrología

Consiste en una serie de técnicas de relajación, respiración, visualización y ejercicios corporales que permiten a la futura madre tomar más conciencia de sí misma, facilitándole manejar de un modo más efectivo las molestias típicas del embarazo, como pueden ser el estrés o la depresión. Se recomienda empezar a practicarla a partir del quinto mes de gestación.

Homeopatía

Puede ser una gran alternativa a la medicina alopática durante el embarazo, ya que no tiene efectos secundarios. Se puede utilizar para todo tipo de trastornos psíquicos, problemas respiratorios, problemas digestivos, mareos, dolores musculares o de espalda, trastornos circulatorios, y como preparación al parto. Puedes empezar a tomar homeopatía desde el comienzo del embarazo.

Canto prenatal

Es un método a través del cual se rodea al bebé de un ambiente sonoro privilegiado a través del canto, estableciendo lazos profundos entre la madre y su hijo. El feto reaccionará ante las diferentes me-

lodías y el sonido de la voz de la madre estrechando el vínculo afectivo. También se trabaja la respiración, la posición corporal y la movilización muscular. Puedes comenzar a partir del segundo trimestre.

Sistema de armonización intrauterina

Ya en el útero, el niño es un ser sensible que establece una estrecha relación con el mundo exterior, y en especial con sus padres. A través de este sistema, podrás entrar en comunicación con tu bebé antes de nacer, estimularle y transmitirle confianza y seguridad. Se emplean varias técnicas, como la recitación de afirmaciones positivas, visualizaciones y escritura creativa, danza, recopilación de cada fase en un diario, contar cuentos, escuchar música, en especial barroca, y meditaciones, entre otras.

Elije la terapia que más se adapta a ti y, antes de empezar, no olvides consultar con tu médico.

Si quieres saber más...

En internet:

- Baby center. www.babycenter.es
- Baby sitio. www.babysitio.com
- El embarazo. www.embarazo.net

DVD:

- *Ejercicios durante el embarazo I y II.* Health and Fitness. World Discovery.
- *The Method: Baby and mom prenatal yoga.* Instructora Gurmukh Kaur Khalsa.
- *En el vientre materno.* National Geographic.

Lecturas:

- VERNY, THOMAS Y WEINTRAUB, PAMELA. *El vínculo afectivo con el niño que va a nacer.* Editorial Urano.
- STOPPARD, MIRIAM. *Nuevo libro del embarazo y nacimiento.* Grupo Editorial Norma.
- *Guía sobre el VIH, embarazo y salud femenina.* HIV i-Base y gTt, 2006. http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/vih_embarazo_y_salud_femenina

VIH en semen y no en sangre

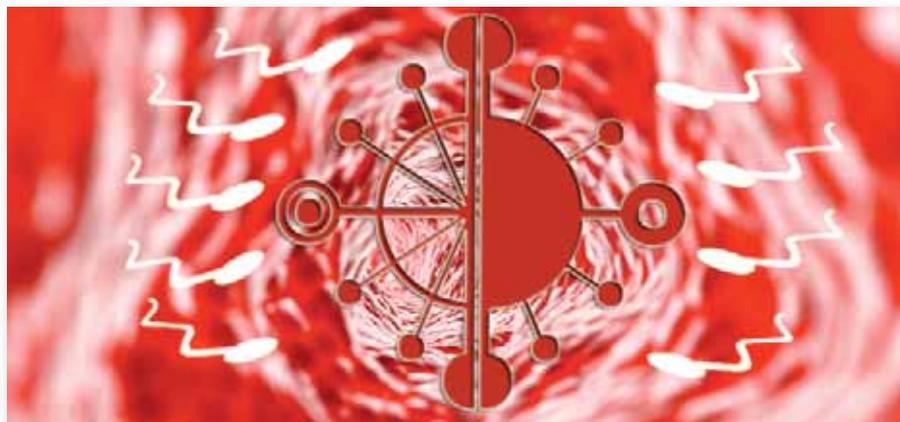
Según se publicó en la edición del 24 de septiembre de la revista *AIDS*, un grupo de investigadores canadienses ha encontrado secreciones persistentes de VIH en el semen de hombres que, después de empezar la terapia antirretroviral, obtenían y mantenían carga viral indetectable en sangre.

En la actualidad, hay abundantes datos que indican que, en general, la viremia en sangre se correlaciona con las concentraciones de VIH en los fluidos genitales y con la probabilidad de transmisión sexual del virus. Efectivamente, a escala poblacional, el efecto de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) sobre la carga viral en sangre reduce de forma muy importante la tasa de transmisión en un grupo determinado. Pero, ¿qué pasa a nivel individual?

De acuerdo también con los resultados de algunos ensayos, el impacto de la TARGA en las concentraciones de VIH en los fluidos genitales podría cambiar de persona a persona.

En este estudio longitudinal, se incluyó a un total de 25 hombres. Tras 16 semanas de tratamiento, todos ellos tenían carga viral indetectable en sangre, y todos, menos dos, carga viral indetectable en semen.

Uno de los hombres nunca obtuvo carga viral indetectable en semen a pesar de tomar una TARGA efectiva, mientras que el otro admitió no haber mantenido una adhesión total al tratamien-



to tras el rebrote de la viremia en sangre. Una vez que empezó a seguir la pauta rigurosamente, obtuvo la indetectabilidad en ambos compartimentos.

Se detectaron secreciones aisladas de VIH en semen —al menos en una de las visitas— en un 48% de participantes (n=12), siendo de ‘nivel alto’ (>5.000 copias/mL [ARN del VIH]) en un 16% (n=4). Se encontró presencia de VIH en semen en 19 de 116 visitas del estudio con carga viral indetectable en sangre, y en un ‘nivel alto’ en cinco de estas 19 visitas (6.672-16.026 copias/mL). No se halló asociación entre la presencia de VIH en semen y el uso de fármacos concretos o de clases de antirretrovirales.

Los resultados de esta investigación confirman que, en general, la TARGA eficaz reduce de forma muy considerable las

concentraciones de VIH en semen, y que, por ello, debe disminuir la transmisión de forma muy importante. No obstante, se puede detectar VIH en el semen de algunas personas, siendo la carga viral inicial del VIH en semen el único factor asociado en esta investigación, lo que sugiere que algunos hombres, en algún momento, podrían seguir manteniendo una cierta capacidad infectiva, a pesar de tomar una TARGA eficaz.

Puesto que se trata de un estudio muy pequeño, no se pueden extraer conclusiones con suficiente solidez, pero estos datos sí avalan que se prosiga investigando en este sentido.

Referencia:

- *AIDS*. 2009 Sep 24; 23(15): 2.050-2.054.

Colonoscopias para prevenir el cáncer de colon y recto

Según un informe publicado en la edición de agosto de la revista *Gut*, dada la alta prevalencia de neoplasias de colon entre las personas con VIH, se debería ofrecer sistemáticamente la realización de colonoscopias. Hoy en día, las revisiones para prevenir el cáncer colo-

rectal se recomiendan a aquellas personas con riesgo, a partir de los 50 años, pero no se ha establecido como una prueba rutinaria entre las personas con VIH.

“A medida que las personas seropositivas vayan envejeciendo, es fácil anti-

cipar que habrá un incremento en la incidencia de las malignidades no definitivas de sida, como los cánceres de colon, próstata y mama”, aseguran en su informe Edmund J. Bim y su equipo de colaboradores del Sistema de Salud del Puerto de Nueva York (EE UU).

Este equipo evaluó la prevalencia de neoplasias en 136 pacientes con VIH mayores de 50 años y asintomáticos, así como en 272 controles asintomáticos y sin infección por VIH, emparejados por edad, sexo e historia familiar de cáncer colorrectal. La prevalencia de lesiones neoplásicas detectadas por colonoscopia fue significativamente mayor entre las personas con VIH (62,5%) que entre los controles (41,2%).

En un análisis multivariable, las probabilidades de que una persona con VIH tuviera una lesión neoplásica eran mayores cuando había una historia familiar (cociente de probabilidades [CP]: 3,77) y menores en las personas que tomaban terapia antirretroviral de gran actividad (CP: 0,13).

La duración de la infección por VIH, la carga viral y los recuentos de linfocitos CD4 no se asociaron con la presencia de lesiones neoplásicas.

Queda por determinar, según este equipo de investigadores, la edad apropiada para comenzar el cribado, la frecuencia óptima de las pruebas, la identificación de pacientes con mayor posibilidad de beneficiarse, así como la relación coste-beneficio.

Este trabajo, aunque limitado por contar con un reducido número de pa-

cientes, es coherente con otras investigaciones de mayor tamaño, que muestran elevadas tasas de prevalencia de cánceres no definitorios de sida entre personas con VIH.

Por ello, es preciso que los expertos elaboren protocolos de actuación específicos y que los centros hospitalarios que tratan a personas con VIH los adopten. Para que eso ocurra, es necesario también que las administraciones competentes lideren el proceso y pongan medios a su alcance.

En este momento, a las personas con VIH de España no se les ofrece de forma rutinaria colonoscopias ni otras pruebas para prevenir el desarrollo de este ni de otros cánceres no definitorios de sida, excepto en casos en los que se percibe un riesgo muy alto o cuando ya hay indicios de enfermedad.

Cataluña ha puesto en marcha un programa de detección precoz de cáncer de colon y recto que, en 2015, se extenderá a toda la población de 50 a 69 años de edad, según ha anunciado recientemente la *consellera* de Salud, Marina Geli.

En rueda de prensa, Geli señaló que a los participantes se les realizará, cada dos años, un análisis para detectar sangre en heces, y que a los casos que den

positivos se les hará, además, una colonoscopia para hacer un diagnóstico antes de que aparezcan los síntomas.

Sería deseable, ahora, que este programa para la población general abordara la especificidad de las personas con VIH, que quizá necesiten empezar con las revisiones a una edad más temprana.

Referencia:

- *Gut*. 2009; 58: 1.129-1.134.

En este momento, a las personas con VIH de España no se les ofrece de forma rutinaria colonoscopias ni otras pruebas para prevenir el desarrollo de este ni de otros cánceres no definitorios de sida, excepto en casos en los que se percibe un riesgo muy alto o cuando ya hay indicios de enfermedad.

a ciencia cierta [Juanse Hernández

Kaletra® una vez al día

Con la aprobación de la nueva dosificación de Kaletra®, se amplían las opciones para las personas que comienzan con este inhibidor de la proteasa.

Según un comunicado de prensa distribuido a mediados de octubre por el laboratorio farmacéutico Abbott, la Unión Europea ha autorizado la dosificación de una vez al día del inhibidor de la proteasa Kaletra® (lopinavir/ritonavir) para personas con VIH que empiezan por primera vez el tratamiento antirretroviral.

Con esta aprobación, se amplían las opciones de dosificación para las personas que comienzan con este inhibidor de la proteasa, las cuales podrán decidir junto con su médico cuál de las dos pautas —una o dos veces al día— es la más apropiada para su caso.

Esta autorización ha tenido en cuenta los resultados del estudio

M05-730 presentados en julio en la V Conferencia de la Sociedad Internacional del Sida [IAS, en sus siglas en inglés]. Durante 96 semanas, se siguió de forma prospectiva a 664 pacientes que fueron repartidos aleatoriamente para recibir lopinavir/r 800/200mg una vez al día junto a tenofovir/emtricitabina (Truvada®) una vez al día, o bien lopinavir/r 400/100mg dos veces al día también junto a tenofovir/emtricitabina una vez al día.

Este estudio, que ha sido uno de los más amplios y de mayor duración que ha comparado la dosificación de Kaletra® en una o dos tomas diarias en pacientes sin experiencia previa en

tratamientos, al igual que otros ensayos anteriores, ha confirmado la viabilidad de empezar el tratamiento antirretroviral con Kaletra® y Truvada® una vez al día.

De acuerdo con el comunicado, la dosificación de una vez al día podría asociarse con una sostenibilidad menor de la supresión viral y un riesgo mayor de diarrea en comparación con la dosis estándar

de dos veces al día. Además, Kaletra® una vez al día no debería usarse cuando se administra junto con los antirretrovirales efavirenz (Sustiva®; también en Atripla®), nevirapina (Viramune®), nelfinavir (Viracept®), amprenavir (Agenerase®), y los antiepilépticos carbamazepina, fenobarbital y fenitoína.

Asimismo, el comunicado recuerda que la dosificación de una vez al día no

ha sido validada en personas con VIH con experiencia en el uso de tratamiento antirretroviral, y que no ha sido evaluada en pacientes pediátricos.

Referencia:

- *Comunicado de prensa de Abbott (14/09/09).*

Raltegravir en el tratamiento de inicio

El pasado mes de julio la Unión Europea aprobó la ampliación de la indicación del inhibidor de la integrasa raltegravir a pacientes con VIH que no han tomado previamente tratamiento antirretroviral.

Tras recibir la opinión positiva del Comité de Medicamentos para Uso Humano de la Agencia Europea del Medicamento [CHMP y EMEA, respectivamente, en sus siglas en inglés], el pasado mes de julio la Unión Europea aprobó la ampliación de la indicación del inhibidor de la integrasa raltegravir (Isentress®) a pacientes con VIH que no han tomado previamente tratamiento antirretroviral.

La decisión de ampliar la indicación a pacientes *naïve* se basa en los resultados a 48 semanas del estudio STARTMRK, un ensayo que comparó la combinación de raltegravir más tenofovir/emtricitabina (Truvada®) frente a uno de los antirretrovirales más ampliamente utilizado en la terapia de inicio, el no análogo de nucleósido efavirenz (Sustiva®), junto con tenofovir/emtricitabina. Los resultados evidenciaron que

raltegravir tiene una eficacia y seguridad similares a efavirenz en pacientes que no han recibido con anterioridad terapia.

Los resultados también muestran que los participantes que tomaron raltegravir experimentaron mayores aumentos medios en el recuento de CD4 (240 células/mm³) que los que recibieron efavirenz (225 células/mm³); la diferencia entre los dos grupos fue de 15 células (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: de -13 a 42).

Respecto al perfil lipídico, se pone de manifiesto que raltegravir tuvo menor impacto sobre los niveles de lípidos (colesterol total, colesterol LDL —o colesterol ‘malo’—, colesterol HDL —o colesterol ‘bueno’— y triglicéridos) que efavirenz.

Una vez concedida la aprobación de raltegravir como terapia de inicio por parte de la Unión Europea, empieza a continuación el proceso de negociación

del precio entre el laboratorio farmacéutico (Merck Sharp & Dohme [MSD]) y las autoridades sanitarias de los estados miembros. Por ahora, se desconoce cuál va a ser su precio en primera línea de tratamiento. De mantenerse el mismo que tiene para pacientes pretratados (unos 27 euros diarios, lo que supone el triple de lo que cuesta efavirenz), éste podría constituir el principal obstáculo para que un número más grande de personas puedan beneficiarse de este medicamento. Según fuentes cercanas a MSD, la compañía estaría ahora considerando una rebaja del precio para facilitar así su uso en el tratamiento de inicio.

Referencia:

- *Comunicados de prensa de MSD (15/09/09) y (13/09/09). 49th ICAAC 2009. San Francisco. September 12-15, 2009. Abstract H-924b.*



Se actualiza la ficha técnica de etravirina

La ficha técnica de etravirina (Intence®) ha sido actualizada para incluir información relativa a su seguridad. Etravirina es un fármaco para el tratamiento de la infección por VIH perteneciente a la clase de los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN), y está indicado para tomarse junto a un inhibidor de la proteasa —potenciado con ritonavir (Norvir®)— y otros antirretrovirales en personas que ya han recibido tratamiento de manera previa.

Los estudios clínicos que se han realizado han mostrado que este medicamento es, por lo general, seguro, eficaz y tolerable para la mayoría de las personas con VIH que lo han tomado. Desarrollado por el laboratorio belga Tibotec, este ITINN es comercializado en España por Janssen-Cilag (ambas compañías del conglomerado multinacional Johnson & Johnson).

Recientemente, se han notificado casos de síndrome de hipersensibilidad grave (incluyendo el síndrome DRESS) y casos de necrólisis epidérmica tóxica, algunos de ellos mortales. Además, también se han observado algunos casos de

síndrome de Stevens-Johnson y eritema multiforme.

Los casos notificados de estas reacciones alérgicas graves aparecieron entre la semana 3 y 6 después de iniciar el tratamiento con etravirina. En la mayoría de casos, desaparecieron cuando se interrumpió la toma de este medicamento y se proporcionó a los pacientes terapia con corticoesteroides.

Las personas que empiezan a tomar este medicamento deberían estar muy atentas ante la posible aparición de los siguientes síntomas, que podrían acompañar a cualquier tipo de exantema (que, por lo general, se desarrolla durante las seis primeras semanas), como por ejemplo: fiebre, malestar, cansancio profundo, dolor muscular y de las articulaciones, ampollas, lesiones orales, inflamación de los ojos, hinchazón de la cara y síntomas de problemas hepáticos).

Por este motivo, es importante que los pacientes que toman este medicamento y desarrollan un exantema grave se pongan rápidamente en contacto con su médico del VIH para realizar una evaluación de las lesiones y síntomas, valo-

Los estudios clínicos que se han realizado han mostrado que este medicamento es, por lo general, seguro, eficaz y tolerable para la mayoría de las personas con VIH que lo han tomado.

rar la posibilidad de suspender su administración, y, en tal caso, buscar una opción terapéutica alternativa.

Cualquier demora en la interrupción de este fármaco tras la aparición de un exantema podría causar una reacción mortal. Además, las personas que interrumpen la toma de etravirina, como consecuencia de una reacción de hipersensibilidad, no deben reiniciar el tratamiento con este fármaco.

Referencia:

- Tibotec/Janssen-Cilag. *Dear Healthcare Professional* (19/10/09).

Café para el hígado

Según un estudio publicado en la edición de noviembre de *Hepatology*, las personas infectadas por el virus de la hepatitis C (VHC) que toman tres o más tazas de café al día tienen un riesgo de padecer progresión de la enfermedad hepática un 53% inferior al de la población que no lo consume. Los participantes en el estudio estaban infectados sólo por VHC [no participaron coinfectados por VIH].

El problema potencialmente más grave al que pueden enfrentarse las personas con VHC es la progresión de la hepatopatía a cirrosis o cáncer hepático. Aunque el tratamiento actual (basado en interferón pegilado y ribavirina) puede aclarar la infección en algunos pacientes, es sobre todo poco efectivo en aquéllos infectados por el genotipo 1 del VHC (uno de los más corrientes en el mundo occidental).



Referencia:

- *Hepatology*. 2009 Nov; 50(5): 1.360-1.369.

VIH y gripe A

¿Qué es la gripe A?

La gripe A es una nueva cepa del virus de la gripe cuyo nombre médico es H1N1. Ha sido catalogada como "pandemia" por la velocidad con que se propagó a gran número de países en poco tiempo.

¿Las personas con VIH tienen más riesgo de contagiarse por la gripe A?

No. En general, al igual que sucede con otras cepas, tener el VIH no aumenta el riesgo de contagiarse por esta gripe.

¿Las personas con VIH corren el riesgo de ponerse más enfermas con la gripe A?

De manera habitual, no. Puede ser más grave si el recuento de CD4 es bajo (inferior a 200 células/mm³). Esto se debe, principalmente, a que se pueden confundir los síntomas de otras infecciones graves con los de una gripe. Si tienes síntomas gripales, un recuento bajo de CD4, otras complicaciones de salud o bien estás embarazada, conviene que contactes con tu centro de atención primaria o con la unidad del VIH del hospital donde te atienden.

¿En qué se diferencia la gripe A de la gripe común estacional?

Se trata de una nueva cepa del virus de la gripe frente a la que la mayoría de las personas no son inmunes en la actualidad.

¿Cómo se propaga la gripe A?

La gripe A se transmite por el contacto entre personas (igual que la gripe normal), de manera específica por no cubrirse la boca al estornudar y no lavarse las manos.

¿Funcionarán los medicamentos en personas que tienen VIH?

Los medicamentos antivirales empleados para tratar la gripe (por ejemplo, oseltamivir [Tamiflu®] y zanamivir [Relenza®]) funcionan en pacientes con VIH. Ninguno de ellos cura: actúan disminuyendo la duración de la enfermedad, la

posibilidad de complicaciones y la capacidad de contagiar la gripe A a otras personas.

¿Los tratamientos de la gripe pueden interactuar con los fármacos anti-VIH?

Existe la posibilidad de que se produzcan interacciones entre Tamiflu® y los inhibidores de la proteasa (IP) potenciados con ritonavir (Norvir®) y algunos antirretrovirales de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (lamivudina, emtricitabina y tenofovir). No obstante, los beneficios de los medicamentos para la gripe A compensan este pequeño riesgo. Los profesionales sanitarios pueden informarte sobre este aspecto.

En caso de necesitar tratamiento para la gripe A, ¿dónde puedo conseguir los medicamentos?

Los antivirales se dispensan en las farmacias con receta médica. Los médicos de atención primaria pueden recetarlos tras visitar al paciente y valorar si son necesarios.

¿Qué hago si creo que tengo síntomas?

La mayoría de los casos de gripe A han sido hasta ahora leves, con escasos síntomas y sin complicaciones. Esto significa que una gran parte de los pacientes puede recuperarse en su domicilio con el adecuado seguimiento de los profesionales, si fuera necesario, y sin hospitalización. En la mayoría de personas, la gripe se cura sola con las medidas habituales: beber líquidos en abundancia (agua, zumos...), utilizar los antitérmicos y analgésicos como el paracetamol, y seguir las recomendaciones de los profesionales sanitarios hasta recuperarse y evitar el contagio a otros. Es importante extremar las medidas de higiene. Sin embargo, deberían contactar con los servicios sanitarios las personas con síntomas de gripe que tengan dificultades para respirar, que presenten síntomas diferentes de los habituales, que experimenten un empeoramiento repentino y

Los medicamentos antivirales empleados para tratar la gripe (por ejemplo, oseltamivir [Tamiflu®] y zanamivir [Relenza®]) funcionan en personas con VIH.

un empeoramiento pasados siete días desde la aparición de la enfermedad.

¿Cuándo se produce la gripe?

El período de riesgo de gripe (incluyendo la gripe A) tiene lugar durante el otoño y el invierno, especialmente entre septiembre y diciembre.

¿Existe una vacuna contra la gripe A?

Sí. La vacuna no siempre evita la enfermedad, pero da cierta protección frente a ella, reduciendo el riesgo de complicaciones.

¿Debería vacunarme contra la gripe A?

La vacunación no es obligatoria. Sin embargo, a las personas con VIH se les recomienda que se vacunen contra la gripe A de la misma manera que también se les aconseja la vacunación contra la gripe estacional. Se requiere estar registrado en un centro de atención primaria para recibir estas, u otras, vacunas (véase *InfoVIHtal #26 Acceso a la asistencia sanitaria en España* en <http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/infovihtal/espanol>).

¿Dónde puedo obtener más información?

El Ministerio de Sanidad y Política Social ha habilitado una página web www.informaciongripea.es y una línea telefónica (901 400 100) con información actualizada. Tu centro de atención primaria también dispone de información específica. Además, el Servicio de Consultas del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) puede responder a tus preguntas llamando al 93 458 26 41 ó escribiendo a: consultas@gtt-vih.org.

Arranca la campaña de vacunación contra la gripe A

El pasado 16 de noviembre, se inició en España la campaña de vacunación contra la gripe A. Los servicios sanitarios de las diecisiete comunidades autónomas comenzaron a vacunar al mismo tiempo a las personas incluidas dentro de los grupos diana o de riesgo, lo que supone un total de 10 millones de personas.

La vacunación no es obligatoria, pero está recomendada para aquellas personas que, por padecer alguna enfermedad previa —entre ellas, la infección por VIH—, podrían tener un mayor riesgo de complicaciones derivadas de la gripe A. También se aconseja a trabajadores sociosanitarios y a personas que trabajan en servicios públicos esenciales, como por ejemplo fuerzas y cuerpos de seguridad, bomberos o funcionarios de prisiones.

Entre los grupos de riesgo, se incluyen personas con enfermedades crónicas de tipo cardiovascular (excluyendo hipertensión), respiratorias, diabetes mellitus tipo I y II con tratamiento farmacológico, insuficiencia renal moderada-grave, hemoglobinopatías y anemias moderadas-graves, asplenia, enfermedad hepática avanzada, enfermedades neuromusculares graves, personas con inmunosupresión (debida a infección por VIH o a fármacos, o en los receptores de trasplantes), obesidad mórbida (índice de masa corporal igual o superior a 40), y en niños y adolescentes menores de 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye.

Pese a que la vacuna no siempre evita la enfermedad, ofrece cierta protección frente a ella, reduciendo el riesgo de complicaciones. Sin embargo, hasta la fecha, la mayoría de los casos de gripe A han sido leves, con escasos síntomas y sin grandes complicaciones.

Virus inactivado

Las vacunas contienen virus inactivado de la gripe H1N1, lo que significa que las personas que la recibirán no correrán riesgo de infectarse por este virus. Existen tres vacunas diferentes pertenecientes a tres laboratorios farmacéuticos:

Focetria® de Novartis, Pandemrix® de GlaxoSmithKline (GSK) y Panenza® de Sanofi Pasteur.

Las personas con edades comprendidas entre 18 y 60 años, pertenecientes a alguno de los grupos de riesgo, reciben una sola dosis de la vacuna, siguiendo las recomendaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). La indicación actual para menores de 18 años y mayores de 60 es de dos dosis, aunque los resultados de los ensayos clínicos que se están llevando a cabo en la actualidad en estos grupos de población podrían aconsejar igualmente una sola dosis de la vacuna.

Efectos secundarios

Las autoridades sanitarias españolas han decidido que a las mujeres embarazadas, incluidas también entre los grupos diana, se les administre el medicamento que no contiene adyuvante (la vacuna Panenza®), una sustancia que, añadida a algunas vacunas, mejora la respuesta a éstas.

Por lo que respecta a la seguridad de la vacuna contra la gripe A, la mayoría de las personas que la reciben no presentan ningún tipo de molestia. En algunas, podría provocar ciertos efectos secundarios, como rojez, escozor o inflamaciones en el sitio de la inyección. En una pequeña proporción, las vacunas de la gripe pueden causar síntomas, como por ejemplo fiebre, cefalea o dolores musculares, pero son más leves que los de la gripe y sólo duran un día o dos.

Las personas con VIH, o pertenecientes a otros grupos de riesgo, que decidan vacunarse contra la gripe A necesitarán estar registradas en un centro de atención primaria para recibir ésta u otras vacunas.

En otro orden de cosas, a partir del 1 de noviembre, ya se pueden encontrar de nuevo en farmacias, con receta médica, los antivirales para la gripe A oseltamivir (Tamiflú®) y zanamivir (Relenza®). Ambos medicamentos fueron retirados de las oficinas de farmacia en el mes de abril para evitar un acopio innecesario y un mal uso que pudiera derivar en el desarrollo de resistencia al virus. Desde entonces, sólo se dispensaban en las farmacias de los centros hospitalarios.



Imágenes del vídeo *Flu Attack! How A Virus Invades Your Body*.
www.youtube.com/watch?v=RpjOemEGShQ&hd=1

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



Alianza
Investigación



Alianza
Formación



Alianza
Actualidad



Alianza
Solidaridad



Alianza
Tratamiento



Alianza
Novedades



Boehringer
Ingelheim
Virología

Voces contrarias a la circuncisión universal

La circuncisión masculina ha sido identificada y promovida como un método para frenar la expansión de la pandemia del sida, especialmente en el África subsahariana, después de que tres estudios prospectivos y de reparto aleatorio mostraran una reducción de la transmisión de mujer a hombre en dicho continente. La reciente premio Nobel de Medicina, Françoise Barré-Sinoussi, aboga por extender más el uso de esta medida, la Organización Mundial de la Salud (OMS), también. Y en EE UU se están planteando la circuncisión universal. Pero no todo el mundo lo ve igual. Hay voces críticas que consideran que todo esto es un grave error.

“Plan exorbitante, peligroso y no ético”. Así es como define la estrategia de la circuncisión el grupo de derechos humanos NOCIRC (siglas en inglés de Organización Nacional de Centros de Recursos Informativos sobre Circuncisión) de Sudáfrica. Este grupo, presente en la V Conferencia sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH de la Sociedad Internacional del Sida (IAS, en sus siglas en inglés), que se celebró en Ciudad del Cabo [Sudáfrica] el pasado mes de julio, pertenece a la Coalición Internacional a favor de la Integridad Genital, cuyo lema es: “Reconocemos el derecho inherente a todos los seres humanos de tener un cuerpo intacto. Declaramos este derecho humano básico sin prejuicio sexual, racial o religioso”.

En su argumentación, la circuncisión es un error, principalmente por cuatro razones:

1 Daña a los hombres, al crear una falsa sensación de inmunidad. Según su versión, habría indicios suficientes que señalan que los varones africanos confían en la circuncisión pensando que nunca más tendrán que usar preservativos.

2 Daña a las mujeres, al incrementar el riesgo de transmisión si la actividad sexual con el hombre circuncidado se reinicia antes de que la herida esté bien curada. En un reciente estudio de la OMS, uno de cada cuatro varones circuncidados todavía no estaba curado del todo sesenta días después de la intervención.

Llevar a cabo la circuncisión sólo protege de inmediato a los hombres. La disminución del riesgo para las mujeres sería indirecta. Únicamente con el tiempo, al haber menos varones infectados, un menor número de mujeres adquiriría el VIH.

3 Desperdicia recursos por desviar fondos y tiempo que podrían dedicarse a métodos más efectivos, como el empleo del preservativo y la educación sexual. Aseguran que la circuncisión es un procedimiento relativamente caro y con riesgos, del que se ha visto que puede reducir el riesgo de infección en un 50-60% entre hombres heterosexuales. En cambio, la promoción del uso del preservativo y la educación sexual han mostrado disminuir las tasas de infección de forma más efectiva tanto en hombres como en mujeres, con un coste más bajo.

Ponen en cuestión los datos de eficacia, por entender que los estudios de los que proceden contienen múltiples factores de confusión. Alegan, por ejemplo, que se terminaron prematuramente, con lo que se perdió a unos setecientos participantes de los que no se supo su estado serológico. Es decir,



que hubo 4,5 veces más hombres con un resultado incierto que aquéllos de los que se supo que no se habían infectado.

En cualquier caso, incluso si esas cifras fueran ciertas, algunos modelos matemáticos avalarían las tesis de quienes piensan que la circuncisión no es una solución, al menos inmediata. Si todos los hombres de África se circuncidaran durante los próximos quince años, de acuerdo con estas previsiones, sólo se reduciría el número de nuevas infecciones en un 8% y las muertes relacionadas, en un 1%.

4 Conlleva riesgos para la salud del hombre. Se calcula que el ritual de la circuncisión tiene una tasa del 35% de complicaciones. Hasta cuando se realiza en el ámbito sanitario, en África aparecen problemas posquirúrgicos en un 18% de los casos.

Lejos de África, en EE UU, un país donde casi un 80% de los hombres declara estar circuncidado, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en sus siglas en inglés) están elaborando unas recomendaciones en las que, probablemente, promuevan la circuncisión universal de los recién nacidos y la de aquellos hombres heterosexuales con riesgo de infección por VIH.

Queda por ver si los CDC consideran que hay suficientes indicios científicos para aconsejarla también a hombres que practican sexo con hombres.

- Puedes encontrar información de los CDC [en español] sobre la circuncisión en: www.cdc.gov/hiv/spanish/resources/factsheets/circuncision.htm
- Y más información [en inglés] acerca de los grupos contrarios a esta estrategia en: NOCIRC (www.nocirc.org), NOCIRC South Africa (www.nocirc-sa.co.za), International Coalition for Genital Integrity (www.icgi.org).

Más que nunca, una vacuna es posible

Resultados del ensayo RV144 de Tailandia

El pasado 24 de septiembre, se anunció que una vacuna contra el VIH había conseguido ser eficaz en la prevención de la infección. Se trata de un momento histórico, ya que, desde que en 1987 se hiciera el primer ensayo de vacunas contra el sida, en EE UU, es la primera vez que una investigación de este tipo demuestra eficacia en un ensayo en humanos.

Muchos expertos se mostraban convencidos de que, a pesar de todos los fracasos sufridos hasta la fecha, la vacuna contra el sida era posible. Diversas observaciones apoyaban esta creencia: algunas personas son capaces de controlar la infección o evitar su progresión sin necesidad de fármacos, y otras consiguen no infectarse pese a exponerse al virus repetidamente. Es decir, existen respuestas inmunitarias elaboradas de forma natural por algunos pacientes que les permiten hacer frente al VIH. Los resultados del ensayo realizado en Tailandia se suman a estas evidencias.

El ensayo RV144

Este estudio se llevó a cabo en Tailandia y contó con más de 16.000 personas (aunque se examinaron más de 60.000 antes de elegir a este número). A la mitad de los participantes se les inyectó un placebo [sustancia inocua que no tiene ningún efecto terapéutico], y a la otra mitad, una combinación de dos vacunas. El objetivo era conseguir estimular las defensas celulares y de anticuerpos de los voluntarios para que pudieran evitar la infección o, en caso de que se produjera, que evolucionase con más lentitud. Ninguna de las dos vacunas era capaz de provocar la infección por VIH, ya que no contenían el virus completo, ni vivo ni muerto.

Tras un período de tres años de seguimiento, se comprobó que el número de infecciones entre los voluntarios a los que se administraron las vacunas fue un 30% inferior al registrado entre quienes recibieron placebo.

La presentación de los resultados generó una comprensible euforia, tanto en el ámbito científico como del público general. Sin embargo, pasado el primer reuelo, empezaron a surgir las primeras



voces críticas y los llamamientos a examinar los datos con más calma.

Preguntas abiertas

El primer jarro de agua fría provino del análisis más completo de los datos del estudio. Al someter los resultados a otros análisis estadísticos, las cifras de protección bajaron de algo más del 30% a un 25%. Y además, se perdió la significación estadística, lo que quiere decir que los resultados no son tan concluyentes como cabría esperar. A pesar de que esto invita a ser cauto respecto al potencial del régimen de vacunas, en el lado positivo también cabe señalar que todos los análisis apuntan en la misma dirección, es decir que, en mayor o menor medida, la intervención sí consiguió evitar infecciones.

El hecho de perder significación estadística se debe al reducido número de casos de infección registrados durante el transcurso del ensayo. Esto impide determinar si la vacuna funcionó mejor

en hombres o en mujeres, o en grupos de población concretos respecto a otros. Por este motivo, resulta también difícil averiguar otras cuestiones, como por qué el régimen de vacunación tuvo éxito en la prevención de la infección, pero no consiguió ralentizar su curso en las personas que se infectaron pese a estar vacunadas. Asimismo, la vacuna parece haber funcionado mejor en personas en situación de bajo riesgo de infección que en las de alto riesgo, aunque, de nuevo, los reducidos casos registrados no permiten analizar esta cuestión en profundidad.

Otro punto controvertido es el porcentaje de prevención observado. Ninguna vacuna de las que disponemos en el mercado contra otras enfermedades alcanza una eficacia del 100%, por lo que no es extraño que, en este caso, se lograra una protección parcial. El debate se plantearía en torno a qué valor de eficacia se considera adecuado para su implementación. Muchos investiga-

dores consideran que este valor de corte no debería ser inferior al 50% para que el efecto de la vacuna sea relevante a nivel poblacional. En este sentido, los resultados de Tailandia serían modestos.

¿Qué va a pasar?

Como afirmaron algunos expertos, estos resultados han suscitado más incógnitas de las que han resuelto y aún

hay mucho que debatir respecto a cómo proceder en adelante, por lo que la decisión de qué sucederá con esta vacuna aún está en el aire. Tampoco debe olvidarse que el ensayo RV144 se realizó en una zona del mundo que tiene unas cepas distintas a las presentes en África, donde se producen la mayoría de las infecciones y la vacuna sería más necesaria; por lo tanto, si se juzga oportuno seguir adelante con estas candidatas,

probablemente sea necesario otro gran ensayo en dicho continente.

A pesar de las luces y sombras que estos resultados han proyectado, no cabe duda de que se pueden calificar como históricos, por cuanto suponen la primera confirmación en ensayos con humanos de que es posible aprovechar los puntos débiles del VIH y que, en definitiva, más que nunca, una vacuna contra el sida es posible.

Resultados prometedores de una vacuna terapéutica

El pasado mes de octubre, tuvo lugar en París la conferencia AIDS Vaccine 2009, donde se presentaron las últimas novedades en el campo de las vacunas contra el VIH. Entre ellas, se incluyeron los datos de seguridad y respuesta inmunitaria de un ensayo de fase IIa de una vacuna terapéutica denominada AGS-004.

Mientras que las vacunas preventivas tienen como objetivo estimular al sistema inmunitario para que reaccione de forma rápida contra el VIH y evite la infección, las terapéuticas pretenden provocar respuestas inmunitarias en personas que ya tienen el virus, de modo que puedan controlar la infección reduciendo (o eliminando) la necesidad de tomar fármacos.

AGS-004 es una terapia personalizada, en la que se extraen un tipo de células inmunitarias del paciente (células dendríticas), las cuales son tratadas con ARN del virus del mismo paciente para intentar conseguir una respuesta lo más ajustada posible a las características individuales de la persona.

El ensayo contó con 16 participantes y la intervención demostró ser segura (al no registrarse efectos secundarios de gravedad); consiguió reducir la carga viral del VIH en los pacientes en ausencia de fármacos antirretrovirales. También se detectó la presencia de unas respuestas celulares características de los no progresores a largo plazo (personas con VIH cuya infección progresa con mayor lentitud incluso cuando no reciben fármacos).

Las vacunas terapéuticas ayudarían a controlar la infección reduciendo (o eliminando) la necesidad de tomar fármacos.

Hasta la fecha, ninguna de las vacunas terapéuticas probadas contra el VIH había funcionado, por lo que los resultados de AGS-004 resultan esperanzadores. Tras los datos positivos de este ensayo, se prevé que se inicie un estudio de fase IIb de mayor tamaño, patrocinado por los Institutos Nacionales de Salud de EE UU (NIH).

en la web

www.migrar.org/infosida

La Fundación Migrar fue creada por Cruz Roja Española con el fin de interactuar en el ámbito de las migraciones en España, mediante el análisis de sus causas y consecuencias. El Patronato de la Fundación está integrado, además, por la Asociación de Trabajadores Inmigrantes Marroquíes en España (ATIME), la Asociación Comisión Católica Española de Migraciones (ACCEM) y el Consorcio de Entidades Para la Acción Integral a Migrantes (CEPAIM). En esta página, se pueden encontrar diferentes servicios de información y orientación sobre temas de interés para personas inmigrantes. También incluye un espacio específico de Información sobre VIH/sida y de consulta, a través del teléfono gratuito 900 111 000 o del correo electrónico: informacionvih@cruzroja.es.

www.jurisida.com

Jurisida es una organización sin ánimo de lucro, de ámbito estatal y con sede en la Comunidad Valenciana, que se constituyó formalmente en Valencia en 2001. Entre sus fines, se incluye ofrecer asesoramiento y defensa jurídica a las personas afectadas por el VIH/sida, impartir cursos y talleres que faciliten la socialización del conocimiento en torno a los aspectos sociales y jurídicos derivados de la infección por VIH/sida para hacerlo más accesible a personas que conviven con dicha infección; o que, por su implicación en estructuras vecinales, contribuyan en acercar ese conocimiento a la población general, influyendo en la prevención y la lucha contra el estigma.

Enrique Durán, *in memoriam*

El 16 de agosto de 2009, falleció Enrique Durán en su domicilio de Valencia. Enrique fue miembro fundador, junto con Josefina Alventosa, de JURISIDA, una de las primeras organizaciones en España que incorporó el enfoque de derechos humanos en la respuesta al VIH/sida. Enrique fue una persona entrañable por su calidad humana e infatigable por su dedicación y trabajo. Las personas más cercanas a Enrique han querido recordarlo en este *in memoriam*.

Gracias por todos los momentos que hemos compartido, momentos llenos de sentimientos, sueños y alegrías, secretos, risas y lágrimas, y sobre todo AMOR.

Cada preciado momento quedará eternamente en mi corazón.

De "tu Ángel de la guarda", el Principito.

Luis

Se han ido yendo, amigas y amigos, compañeros de ratos, de vidas. Y, a veces, se va quien está a nuestro lado. Entonces me cabreo mucho con la vida, debe de ser porque no sé con qué o quién cabrearme, pues a la vez la amo.

Sigo hablando contigo a diario, amigo, pero... qué difícil es hacerlo en público.

Y quiero escribir aquí..., no sé muy bien el qué, sólo son pensamientos de ratos íntimos en los que te siento próximo, confidente, amigo, como siempre.

"Hace más de 30 años se cruzaron nuestras vidas; jóvenes, con sueños, nos merendábamos el tiempo todos juntos, compartiendo. Ávidos de sensaciones y emociones, disfrutábamos, aprendíamos, vivíamos. Yo, muy *hippie*, de acá para allá, sin parar como siempre, y en cambio a ti te recuerdo tranquilo, con esa serenidad tan tuya, apoyado en la barra de "La Africana". Cubata en mano y esa especial sonrisa y esos



ojos tan brillantes; eras atractivo, aunque un poco rellenito, pensé, aunque yo jugaba. Algo de ti siempre me llamó la atención, algo especial tras tu mirada.

Y nuestras intensas vidas nos separaron durante años. Hasta que un día,

muchos años después, yo de acá para allá, como de costumbre, estaba en la Asociación y te vi, ¡ERAS TÚ!, y ya no estabas gordito, eras delgado y jurista, y venías a ofrecernos tu ayuda. ¡Jo, qué abrazo! ¡Qué alegría! Nos reencontrábamos.

Yo te iba a decir: '¿cómo tú por aquí?'. Pero los dos llevábamos ya trazadas en nuestras caras muchas huellas, mucha vida... No era necesario, nos miramos a los ojos y ambos supimos, entendimos, en silencio, se-

cretos a voces.

Ahora, te estoy imaginando sonriendo de mi apuro en este momento: '¿qué digo?, ¿cómo explico?...'. Y con una copa, me suelto un poco, y al segundo trago brindo por ti, amigo, y como tú decías: ¡Viva la libertad!

Y comparto este brindis con todas y todos, por tu ser, por tu estar, por tu manera de dar y compartir, de luchar, de enseñar sin dar lecciones.

Y siempre con una sonrisa, brindo por lo tan entrañable que de ti me he quedado, momentos de intimidad compartida, complicidad, charlas, luchas, risas. Poco a poco te fuiste convirtiendo en mi amigo, mi mejor "confidente". Este tesoro me lo quedo yo.

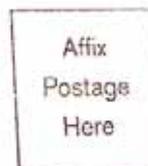
Ese algo que no muere, esa bonita huella.

Vaya por ti, Quique.

Bego



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/ Sardanya, 259 3º 1ª 08013 Barcelona. Nosostros se lo haremos llegar a la persona interesada.

Atención: para aquellos anuncios en los que aparece un E-mail o Teléfono como forma de contacto, por favor, no mandéis cartas; gTt no dispone de los datos postales.

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 siguiente dirección:
gTt, c/ Sardanya, 259 3º 1ª 08013 Barcelona
- 3º También puedes mandar un correo con tu texto a:
contactos-personales@gtt-vih.org



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

Ref: 1074

Chico, 41 años, busca a chica sin malos hábitos, con cultura y educación, delgada y trabajadora, para amistad y posible pareja. Pido lo que doy. Telf.: 627 701 783. E-mail: santalies-tra68@hotmail.com

Ref: 1075

Heterosexual, 45 años, deseo tener relaciones íntimas con mujer VIH+ (asintomática), que quiera compartir la vida en positivo. Preferiblemente en Colombia (Cartagena). Escríbeme. E-mail: tienshanrtejada@hotmail.com

Ref: 1076

Chico, 29 años, VIH+, gay, latino. Busca nuevas amistades para lo que surja (conversar con gente VIH+...). Sólo gente seria. Madrid. E-mail: jose-pipo22@hotmail.com

Ref: 1077

Chica, 42 años, VIH+, amable, cariñosa, empática, con un gran corazón. Quiero encontrar chicos/as similares para amistad, sentirnos menos solos/as, sin rechazos, pues somos iguales o mejores que los demás. Motril. E-mail: isasal2@hotmail.com

Ref: 1078

Chico, 25 años, VIH+ (asintomático). Me gustaría conocer a chico de entre 25 y 40 años para amistad y lo que surja.

Ref: 1079

Carla, transexual, llena de ilusión y con mucha entereza para afrontar lo negativo. Busco chico de entre 23 y 30 años; si está privado de libertad, mejor, seré su apoyo. Venezolana. E-mail: quimerafugaz66@hotmail.com

Ref: 1080

Chico, 33 años, gay, sincero, leal, guapo, deportista, pasivo; 1,84m, 78kg. Buena persona. Busco chico similar, física e intelectualmente, para amistad y posible relación. Valencia. E-mail: fjmorpul@hotmail.com

Ref: 1081

Chico muy romántico, desearía conocer a una amiga. Nada de drogas. E-mail: eubracamonte@hotmail.com

Ref: 1082

Hombre, 39 años, VIH+ (asintomático), versátil, con buen sentido del humor, leal, sincero; 1,70m, 67kg.

Deseo conocer amigos y encontrar una relación estable. Colombiano. E-mail: gabrac2009@hotmail.com

Ref: 1083

Tomás, 29 años, VIH+, gay, ojos verdes, guapo. Me gustaría conocer personas que estén interesadas en una bonita amistad, o lo que pueda surgir. Busco algo serio. ¿Te apetecería conocer Cuba? Te invito. Telf.: 53 33 214021. E-mail: tgh@fcm.cav.sld.cu

Ref: 1084

Hombre, 44 años, VIH+ (asintomático), simpático, sincero y guapetón; 1,65m, 65kg. Buco similar, de hasta 55 años, para relación estable o amistad, afincado en Asturias, pero con ganas de cambio. Telf.: 655 309 888. E-mail: jp7475@gmail.com

Ref: 1085

Chico, 28 años, VIH+ (asintomático). Desearía conocer a chicos seropositivos para intercambiar experiencias y mantener relación de amistad. México. E-mail: cgue-rrero5@hotmail.com

Ref: 1086

Chico, 31 años, VIH+ (asin-

tomático). Me gustaría conocer a dama VIH+ para amistad o algo más, contarle mi experiencia y disfrutar de su compañía. E-mail: escoelfa@hotmail.com

Ref: 1087

Felipe, 45 años, VIH+, soltero y sin compromiso. Deseo conseguir a mi media naranja, para, juntos, sobre llevar la vida más agradablemente. No quiero malos rollos. Si alguna se anima... Bilbao. Telf.: 660 881 059. E-mail: filiposam@hotmail.es

Ref: 1088

Chico, 38 años, VIH+, rubio, ojos azules, 1,70m. Busco amistad con chica para salir al cine, o donde sea. Madrid. Telf.: 625 389 242. E-mail: juanantonio196178@yahoo.es

Ref: 1089

Hombre, 41 años, VIH+, bien físicamente y con ganas de vivir; 1,83m, 90kg. Me gustaría conocer a una persona sincera, que quiera vivir, amante de las buenas maneras y legal. Barcelona. Telf.: 600 870 321. E-mail: toma_sin@hotmail.com

- Ref: 1090**
Chico, 48 años, VIH+, divorciado, vivo solo. Me gustaría encontrar una pareja para compartir la vida, una chica seria, apasionada, simpática y con ganas de vivir. Calafell Playa (en Calafell). E-mail: dartacan10@hotmail.com
- Ref: 1091**
Cubano, VIH+. Me gustaría escribirme con otros iguales de otras partes del mundo. E-mail: sansu2009@argentina.com
- Ref: 1092**
Hombre, 43 años, VIH+. Busco amistad y posible relación con hombre masculino y sincero. Intereses: arte, música, lectura, viajar, etc. Tarragona. E-mail: agit7x7@gmail.com
- Ref: 1093**
Hugo, 26 años, quiero conocer chicos para amistad y lo que se dé, aunque mejor un novio, no mayor de 30 años. De Madrid. E-mail: huenines@hotmail.es
- Ref: 1094**
Pablo, 29 años, VIH+ (asintomático), sordomudo. Me gustaría conocer mujer para compartir amistad, aficiones, deporte, etc. Murcia. E-mail: nala_1998@hotmail.com
- Ref: 1095**
Valentín, 40 años; mis aficiones son el deporte, la lectura, viajar y conocer nuevas amistades. Si eres afín a mí, escíbeme, nunca es tarde para volver a amar. Sólo mujeres de Cataluña y de todas las edades.
- Ref: 1096**
Chica, morena, 1,64m, 58kg. Privada de libertad. Desearía cartearme con chicos para una relación de amistad. Escribid, prometo contestar.
- Ref: 1097**
Joven marroquí, 34 años, sano. Privado de libertad. Busco mujer de entre 30 y 40 años para formar una familia en cualquier parte de España. De Galicia.
- Ref: 1098**
Miguel, 37 años, portugués, VIH+ (asintomático), 1,65m, ojos verdes, pelo negro y largo. Me gusta la playa, el campo y disfrutar de la vida. Privado de libertad, me siento solo y busco una amiga.
- Ref: 1099**
Carlos, 46 años. Desearía conocer a chicos para amistad, salir de copas, ir al cine o pasear, y para posible relación. Busco mi pareja ideal.
- Ref: 1100**
Hombre, 50 años, VIH+ (asintomático); 1,70m, 73kg. Con el pelo canoso. Sencillo y agradable. Deseo contactar con similar para amistad o lo que surja. Sur de Navarra. Telf.: 638 607 407.
- Ref: 1101**
Hombre, 48 años, VIH+, gay. Busca personas para ir al cine, teatro, conciertos, exposiciones, excursiones, etc. No busco sexo. Contesto a todos. Madrid. E-mail: cas.her1@hotmail.com
- Ref: 1102**
Chico, 58 años, VIH+. Sincero, alto, delgado, varonil, atractivo. Busco relación sería con chico no más joven de 45 años. Zona de Lorca. Telf.: 666 825 165.
- Ref: 1103**
Chico de 46 años, VIH+ (asintomático); 1,81m, 74kg. Masculino, moreno, con perilla, bien de salud y de coco. Busco similar, mejor activo. De Madrid; con casa también en el sur de Tenerife. E-mail: gusharo69@hotmail.com
- Ref: 1104**
Rafa, 35 años, con hepatitis C, cariñoso, fiel. Busco chica para amistad o lo que surja. Espero con ilusión. Soy de Vigo, preso en Monterroso (Lugo).
- Ref: 1105**
Hombre, 41 años. Quisiera conocer a mujer del País Vasco. Escribidme a mi correo. E-mail: ignatius6@orange.es
- Ref: 1106**
Juan, 43 años, no fumo ni bebo, soy deportista, me gusta vivir la vida. Busco a la mujer que quiera acompañarme en el día a día. Madrid. E-mail: jjuzgadofreireira@hotmail.com
- Ref: 1107**
Carlos, 44 años, VIH+. Educado, buena presencia. Me gustaría conocer mujeres para amistad, compartir o lo que surja. E-mail: crmfustes@hotmail.com
- Ref: 1108**
Chico, VIH+, bien parecido. Me gustaría conocer a chica seropositiva para amistad. Castilla y León. Telf.: 685 153 040. E-mail: vallisoletano@hotmail.es
- Ref: 1109**
Chico, 36 años, VIH+, extranjero, 1,80m. Busco conocer a chicos de Galicia y Madrid para amistad o posible relación. E-mail: rfamigos@gmail.com
- Ref: 1110**
Varón, 45 años, VIH+ (asintomático), hogareño, aficionado a la lectura, la música, el cine y caminar. Busco chica sin adicciones, para amistad y posible relación estable. De Bilbao. E-mail: kaapstad@terra.es
- Ref: 1111**
Gay, VIH+ (asintomático). Busco un amigo para compartir mi vida. E-mail: chica76@yahoo.com.co
- Ref: 1112**
Hombre, 41 años, VIH+ (asintomático); 1,75m, 79kg. Bien físicamente, simpático, sincero, casero. Me gustaría conocer a un hombre sincero, buena persona y que tenga las cosas claras. E-mail: Alfon_36@hotmail.com
- Ref: 1113**
Hombre, 43 años, VIH+ (asintomático), universitario, deportista; 1,78m, 76kg. Deseo conocer hombre para amistad/relación. E-mail: juncarr@hotmail.com
- Ref: 1114**
Chico, 35 años, VIH+, activo. Me gusta la buena comida, ir al cine, viajar, bailar, la sinceridad y la fidelidad. Busco chico para relación estable. E-mail: banmas1@hotmail.com
- Ref: 1115**
Hombre, 43 años, VIH+ (asintomático). Buena presencia, alto, atlético, entusiasta, fiel y educado. Independiente y sin cargas familiares. Deseo conocer a mujer sincera y cariñosa para relación estable. Madrid. E-mail: vivemadrid66@hotmail.com
- Ref: 1116**
Varón, 64 años. Amante de la vida sencilla. Me gusta el senderismo, la lectura y los animales. Soy espiritual. Busco similar para amistad o pareja que viva en Madrid, Burgos, Logroño, Navarra o Zaragoza. Telf.: 628 490 569
- Ref: 1117**
Mujer, VIH+ (asintomática), atractiva, alegre, sincera y trabajadora. Busco a un hombre similar, de entre 45 y 50 años, que sea culto, sencillo y me haga reír. Soy del sur, pero no me importa que seas de otra parte de España.
- Ref: 1118**
Cáncer, 40 años, VIH+, amable y sencillo. Alicantino. Hoy en día, privado de libertad. Desearía cartearme con chicas de 35 años aproximadamente, para conocernos y compartir emociones. ¿Quién se atreve?

Ref: 1119

Chico, 41 años, VIH+ (asintomático), optimista, me gusta la vida en general. Ante todo, quiero lealtad y buen rollo. Privado de libertad. Escribidme chicas de entre 25 y 50 años, prometo contestar.

Ref: 1120

Mujer, 62 años, alegre, educada; me gusta bailar. Deseo conocer a hombre que sea buena persona y responsable. Telf.: 696 510 050. E-mail: casmumurcia@hotmail.com

Ref: 1121

Antonio, busco pareja VIH+. Madrid. E-mail: antoni-1967@hotmail.es

Ref: 1122

Mujer, 46 años, VIH+. Me gustaría tener amistad con hombre honrado y culto, con ganas de compartir y vivir sin vicios. Cataluña. E-mail: marymaries@live.com

Ref: 1123

Alicantina, 37 años, VIH+, ex-modelo, elegante, sana, licenciada y con trabajo. Deseo encontrar hombre culto, educado, con buen trabajo, sin vicios y que mida más de 1,80m. E-mail: bimba03@hotmail.com

Ref: 1124

Hombre, 40 años, VIH+ (asintomático), gay; 1,85m, 85kg. Deportista, músico, aficionado al teatro y la naturaleza. Generalmente pasivo. Busco relación estable. E-mail: confidencial747@hotmail.es

Ref: 1125

Gallego, 40 años, VIH+ (asintomático), gay, apasionado de la vida sana. Me gustaría encontrar a personas positivas para amistad o relación estable. Contestaré a todos. E-mail: sermascoru@hotmail.es

Ref: 1126

Chico, 42 años, majo. Con ganas de conocer chicas

para amistad y posible relación. De Girona o alrededores. E-mail: santiago.1965@yahoo.es

Ref: 1127

Hombre, 44 años, VIH+, gay, pasivo, no afeminado, pensionista. Me gustan los animales, la natación y pasear. Desearía encontrar pareja para compartir las cosas buenas y malas. Busco un corazón solitario como el mío. Madrid. E-mail: acm70@hotmail.com

Ref: 1128

Chico, 49 años, amante de la naturaleza y la vida sana. Busco a chica de entre 38 y 50 años, para posible relación seria y formal. Sevilla. Telfs.: 697 751 746 / 667 971 891.

Ref: 1129

Mujer, 46 años, me gusta la vida sana, la naturaleza, el deporte, viajar y muchas cosas más. Si te animas a compartir todo esto conmigo, ¡escribeme! E-mail: estrella-demar@gmx.es

Ref: 1130

Chico, 45 años, VIH+ (asintomático), sin vicios, hoga-reño, aficionado a la lectura, la música, el cine y pasear. Busco chica sin adicciones para amistad sincera y posible relación estable. Del gran Bilbao. E-mail: tornedalen@yahoo.es / kaapstad@terra.es

Ref: 1131

Pareja gay de 44 y 62 años. Nos gustaría conocer gente para relación, amistad, etc. Cerca de Madrid. E-mail: jomjom2@hotmail.com

Ref: 1132

Chico, 43 años, 1,80m, atractivo, sincero y alegre. Me gusta la naturaleza y la vida sana. Me encantaría conocer a una chica con ilusiones y ganas de vivir. Madrid. E-mail: teo091@hotmail.com

Ref: 1133

Rober, 39 años, 1,74m,

72kg. Educado, tranquilo y atractivo. Me gusta viajar, el campo y vivir intensamente. Desearía conocer a chico similar de entre 30 y 40 años para amistad o relación estable. Barcelona. E-mail: ntmadi@hotmail.com

Ref: 1134

Hombre, 40 años, VIH+ (asintomático), gay (generalmente pasivo), 1,85m, 85kg. Deportista, músico, aficionado al teatro y la naturaleza. Busco relación estable (Baleares) E-mail: soy-musicante@hotmail.com

Ref: 1135

Chico, 38 años, VIH+, rubio, atractivo, 1,79m, 76kg. Amante de los animales, la lectura, el cine y la música. Sin problemas económicos. Busco chica VIH+ ó no, para rehacer mi vida. Escribeme (Mallorca). E-mail: yo1971@hotmail.es

Ref: 1136

José, 39 años, VIH+. Me gustaría encontrar una estrellita con la que compartir mi vida, sin rechazos, para ser feliz el resto de mi vida. Barcelona. Telf.: 677 750 739.

Ref: 1137

Hombre, 42 años, deportista, sano, romántico, sincero, simpático, buena persona. Privado temporalmente de libertad. Me gustaría conocer a una mujer buena, para amistad o lo que surja. Pontevedra.

Ref: 1138

Desearía mantener contactos para amistad sana y dar apoyo. E-mail: euyeni2@hotmail.es

Ref: 1139

Airam, cubano, 33 años, VIH+, gay, pasivo, rubio, 1,75m, 76kg. Quiero conocer a personas que vivan con VIH, encontrar amistades y un amor real. Telf.: 53 52652583. E-mail: euliam@infomed.sld.cu

Ref: 1140

Manu, 44 años, VIH+ (asintomático), fiel, sincero, buena persona. Deseo conocer a gente similar, para encontrar pareja estable con la que compartir el futuro. Que se abstenga quien no busque respeto. Si piensas igual, escríbeme. E-mail: macecer@hotmail.com

Ref: 1141

Chico, 35 años, VIH+, buena presencia. Deseo conocer a alguna chica del norte de Castellón. E-mail: nem2008@hotmail.com

Ref: 1142

Mujer, busca marido, sin problemas económicos. Que no sea mujeriego, necesite cariño y sexo, esté dispuesto a compartirlo todo, y haga suyos mis y míos sus problemas, para ayudarnos mutuamente, con respeto y amor. Foto y E-mail: any39@hotmail.com

Ref: 1143

Chica, 48 años, atractiva, legal y sincera. Me gustaría encontrar el amor con un hombre similar, con sentido del humor y con las ideas claras. Te espero. E-mail: 2alasalancas@gmail.com

Ref: 1144

Chico, cubano, 27 años, gay. Deseo conocer a una persona sincera para mantener una bonita relación. Si tienes pensado conocer Cuba, aquí cuentas conmigo. Escribeme. E-mail: tghcapricornio@gmail.com

Ref: 1145

Jesús, 24 años. Privado de libertad por circunstancias de la vida. Me gustaría conocer chicas de toda España, para amistad sana y lo que surja. Prometo contestar (Lleida).

Ref: 1146

Hombre, 47 años, VIH+ (asintomático), 1,70m, 70kg. Gay. Busco amistad, una relación y poder llegar al amor. Telf.: 639 279 609. E-mail: juangarfe@gmail.com



ALAS (Asociación de lucha anti-sida de las Islas Baleares) es una de las asociaciones contra el sida más antiguas de España; lleva más de 22 años trabajando para mejorar la calidad de vida de las personas seropositivas.

Los dos pilares de la asociación son la atención de las personas afectadas por VIH/sida y de sus allegados, y la prevención de la enfermedad en todos los ámbitos de la sociedad.

Para tal fin existe el programa de prevención, que realiza campañas preventivas periódicas (reparto de material informativo y preservativos durante diversas épocas del año), talleres en institutos, asociaciones vecinales, colectivos de inmigrantes, etc.

Otro de los puntos básicos de este trabajo de prevención se lleva a cabo en

los diversos centros penitenciarios de las Baleares y en campañas específicas para el colectivo dedicado a la prostitución y sus usuarios.

Desde hace casi dos años, ALAS ha abierto una nueva vía para concienciar sobre la prevención: la prueba rápida del VIH. Cada semana en nuestros locales y cada dos meses en acciones en las calles se realizan multitud de pruebas rápidas.

Volviendo a la atención de las personas afectadas, ALAS tiene un programa de atención psicosocial en el que la trabajadora social atiende todas las necesidades de la persona y, en caso de que sea necesario, la deriva a nuestro servicio de atención psicológica. También se presta especial atención a todos los temas que impliquen cualquier tipo

de discriminación en los distintos ámbitos. Otro servicio básico es el de las actividades de apoyo a las personas afectadas (ARPA), que realiza actividades relacionadas con las terapias complementarias, nutrición, reiki y yoga, entre otras.

El abanico de servicios de ALAS se completa con la línea de atención telefónica (971 715 566) y una amplia red informativa a la población mediante su sitio de internet (www.alas-baleares.com), así como con la presencia de la entidad en las principales redes sociales de internet.

ALAS dispone de dos sedes (Ibiza y Palma) y, actualmente, cuenta con una plantilla de siete trabajadores/as que llevan a cabo las actividades junto a un buen grupo de socios y voluntarios.

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

ARABA: Vitoria-Gasteiz: GAITASUNA 945257766 C.C.ANTI-SIDA 945257766
ALICANTE: CIPS 900702020 DECIDE-T 600968210 Benidorm: AMIGOS 966804444
ALMERÍA: COLEGA 950276540 **ASTURIAS:** Gijón: C.C. ANTI-SIDA 985338832 Oviedo: XEGA 985224029 VIVIR EN POSITIVO 661137271 **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 POSITIVUS 932980642. GTT 932080845 P.A.I.T 934240400 PROJECTE DELS NOMS 933182056 SIDA-STUDI 932681484 **Granollers:** AUMMO 615681422 **Sabadell:** ACTUA VALLÈS 937271900 **BIZKAIA:** Bermeo: Txo-HIESA 946179171 **Bilbo:** Comisión antisida: 944160055 T-4 944221240 Hegoak: 944701013 Itxarobide: 944449250 **BURGOS:** C.C.ANTI-SIDA 947240277 **CÁDIZ:** A.ANTI-SIDA 654580206 ARCADIA CÁDIZ 965212200 **Algeciras:** C.C.ANTI-SIDA 956634828 **La Línea:** C.C.ANTI-SIDA 956237146 **Arcos de la Frontera:** GIRASOL 956717063 **CÁCERES:** C.C.ANTI-SIDA 927227613 **CASTELLÓN:** A.C.CONTRA EL SIDA (CASDA) 964213106

CÓRDOBA: COLEGA 957492779 CONVIHDA 957430392 PREVENCIÓN Y SOLIDARIDAD DEL SIDA 957430392 **A CORUÑA:** C.C.ANTI-SIDA 981144151 **Santiago de Compostela:** C.C.ANTI-SIDA 981573401 **Ferrol:** Lazos 981350777 **GIRONA:** ACAS Girona 972219282 ACAS Olot 972272136 ACAS Figueres 972672167 ACAS Sant Feliu de Guíxols 972324005 **GRANADA:** AVALON 958210200 AYUDA-SIDA 685559034 EL MUNDO AL REVÉS 690167572 COLEGA 617462344 NOS 958200602 **GUIPÚZKOA:** San Sebastián-Donosti: A.C.ANTI-SIDA 943290722 HARRI BELTZA OIARTZUN 943493544 **Mondragón-Arrasate:** HIES-BERRI 943792699 **HUELVA:** A.C.C.ANTI-SIDA 959152427 COLEGA 959284955 **HUESCA:** Vihvir 676099749 **JAÉN:** COLEGA 953222662 **LANZAROTE:** FARO POSITIVO 928801793 **LAS PALMAS:** Las Palmas de Gran Canaria: AMIGOS CONTRA EL SIDA 928230085 **LLEIDA:** A.ANTI-SIDA 973261111 **LEÓN:** C.C.ANTI-SIDA 987235634 **Ponferrada:** ASOCIACIÓN CARACOL 987402551 **LOGROÑO:** C.C.ANTI-SIDA 941255550 **LUGO:** C.C.ANTI-SIDA 982263098 **MADRID:** APOYO POSITIVO 913581444 COGAM GAYINFORM 915230070 COLEGA 915211174 FIT 915912019 SERPOSITIVAS 917987714 UNIVERSIDA 913143233 **MÁLAGA:** A.C.ANTI-SIDA (ASIMA) 952601780 COLEGA 952223964 **MURCIA:** AMUVIH 868931293 C.C.ANTI-SIDA 968298831 **Cartagena:** C.C.ANTI-SIDA

968521841 **OURENSE:** C.C.ANTI-SIDA 988233000 **PALENCIA:** C.C.ANTI-SIDA 979749451 **PAMPLONA:** C.C.ANTI-SIDA 948212257 SARE 948384149 **PONTEVEDRA:** CCANVIHAR Vilagarcía de Arousa: 986508901 SEDE PONTEVEDRA: 695557373 **SALAMANCA:** C.C.ANTI-SIDA 923219279 **SANTANDER:** A.C.CÁNTABRA ANTI-SIDA 942313232 **SEVILLA:** ADHARA 687245264 COLEGA 954501377 COLEGA Morón: 637169671 **Federación Andaluza Colegas:** 902118982 **TENERIFE:** UNAPRO 922632971 **La Palma:** INFO/SIDA 922402538 **VALENCIA:** COL-LECTIU LAMBDA 963912084 AVACOS 963342027 C.C.ANTI-SIDA COMUNIDAD VALENCIANA: OFICINAS Y NAIIF 963920153 CENTRO DE DÍA EL FARO 963910254 CENTRO CALOR Y CAFÉ 605921206 COLEGA JOVE: 963155588 **VALLADOLID:** C.C.ANTI-SIDA 983358948 **ZAMORA:** C.C.ANTI-SIDA 980534382 **ZARAGOZA:** C.C.ANTI-SIDA 976438135 **IBERAIDS:** 976201686 **LYGA:** 976395577 **OmSIDA:** 976201642. **ESTATALES:** INFORMACIÓN SOBRE VIH/SIDA: 900 111 000 Plan Nacional sobre el Sida, gestionado por Cruz Roja Española. **CESIDA:** 902362825 **FUNSIDA:** 947240277 **PLATAFORMA NATC:** 948331023 **RED2002:** 934584960

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



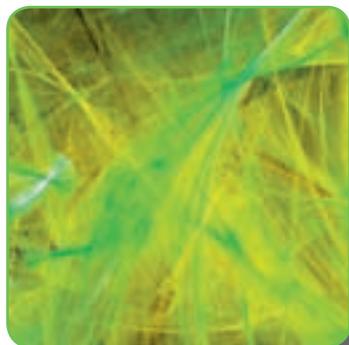
LA FÓRMULA DE LA VIDA. ¿A QUIÉN NO LE INTERESA DESCUBRIRLA?

Vivir mejor. Esa es la fórmula de la vida. Y en Pfizer pensamos que la clave de esa fórmula es la salud. Por eso, somos la compañía biomédica que más invierte en investigación, desarrollo e innovación de nuevos medicamentos en el mundo. Esa es nuestra contribución al descubrimiento de la fórmula de la vida. Sabemos que te interesa. Y, si a ti te interesa, a nosotros también.

www.pfizer.es

Pfizer

Trabajando juntos por un mundo más sano™



aprende

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

cuídate



En esta nueva sección encontrarás consideraciones y recomendaciones sobre nutrición, ejercicio, bienestar, salud sexual, y uso de drogas. También, cuestiones relacionadas con legislación, discriminación por VIH y recursos legales; por último, una sección dedicada a eventos, encuentros e iniciativas sociales y culturales.



actualízate

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

consúltanos



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



participa

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

www.gtt-vih.org