

# LO+POSITIVO

Núm. 50 • Otoño 2011

Publicación gratuita sobre la infección por VIH

## 30 años de VIH

30 años de respuesta comunitaria

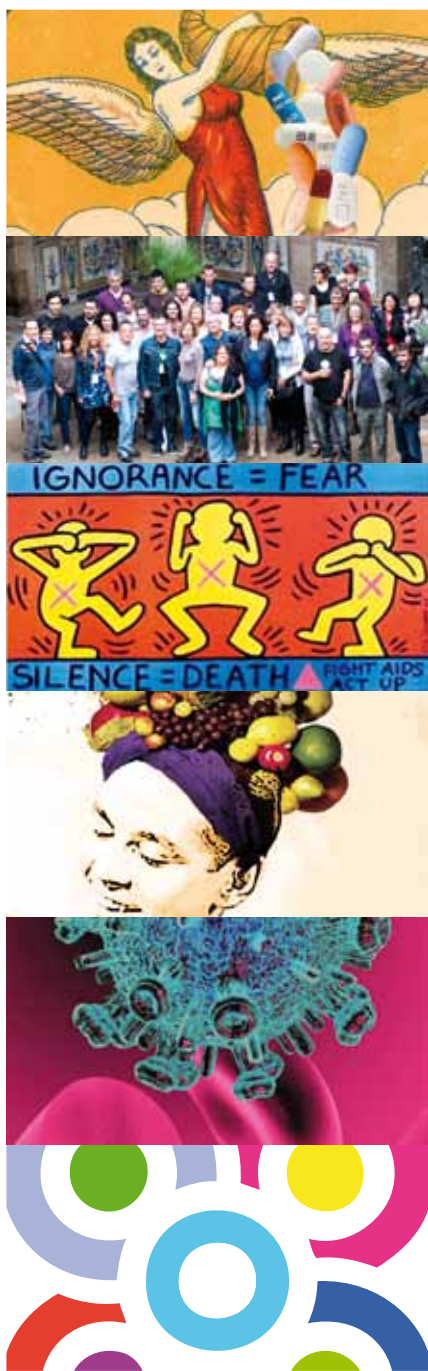


Especial  
número **50**

Además:

• Nunca hemos estado tan cerca • Breve historia del tratamiento del VIH





opina

4 Asignaturas pendientes 7 Opina: Especial 50 números 10 Treinta años después... las mujeres con VIH seguimos reclamando visibilidad 12 La importancia del lenguaje

en persona

13 Treinta años de VIH, treinta años de respuesta comunitaria 29 Mirar al futuro sin olvidar el pasado: Los principios de Denver

centrales

Cronología: 30 años de VIH

cuidarse

30 Ejercicio físico y esperanza de vida 31 Infovihtal: los básicos 32 Las caricias más profundas 33 Longevidad: genes y estilo de vida

a ciencia cierta

35 Breve historia del tratamiento del VIH 39 El paciente de Berlín

al detalle

40 Nunca hemos estado tan cerca 42 Sida en el mundo 44 ConTacto 48 ONG: Lazos y 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, Francesc Martínez, Montserrat Moliner, Jordi Piqué, Bárbara Simó, Miguel Vázquez. En este número han colaborado: Ana Burgos, Jorge Fernández, Víctor León, Kieran McCann, Marta Pich 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 la calidad de vida de las personas con VIH. 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](mailto:contact@gtt-vih.org) Web: [www.gtt-vih.org](http://www.gtt-vih.org) Impresión: Gràfiques Cuscó [www.grafiquescusco.com](http://www.grafiquescusco.com) Depósito Legal: B-40431-97 Con el patrocinio de: Laboratorios Abbott, Boehringer-Ingelheim, Gilead Sciences, Janssen, Merck Sharp & Dohme y ViiV Healthcare. Subvencionado por: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya LO+POSITIVO no necesariamente comparte el contenido de los artículos firmados. La información científica tiene una validez de tres meses.

# M.A.C

## LADY GAGA, PORTAVOZ DE M.A.C VIVA GLAM, Y NICOLA FORMICHELLI DESVELAN EL VESTIDO QUE HA SIDO DISEÑADO COMO PUNTO FINAL A LA CAMPAÑA ONLINE DE M.A.C AIDS FUND 2011



Lady Gaga, portavoz de **M.A.C VIVA GLAM**, y Nicola Formichetti, estilista de Gaga, presentan un cortometraje dirigido por Ruth Hogben, en el que se desvela la pieza que Nicola ha diseñado para la artista como parte de la campaña online de **VIVA GLAM** que comenzó el pasado mes de Mayo 2011.

Este movimiento de **VIVAGLAM.COM** ha elevado las voces de los seguidores de Gaga y los fans de **M.A.C** quienes de esta forma han promovido la concienciación sobre el virus del VIH/SIDA que afecta a millones de personas en todo el mundo. Los participantes de esta campaña online, subieron sus fotos, compartieron información sobre la enfermedad y animaron a la gente, a través de sus perfiles y redes sociales, a "vivir con pasión pero con protección". Miles de personas han participado y Nicola ha seleccionado las imágenes que se han incorporado al diseño creado para Gaga y que se desvela en este corto.

La película, que puede verse en **VIVAGLAM.com** es el resultado de una colaboración inspirada por los fans, para los fans. Además de que, adicionalmente, celebra el éxito de la campaña de Lady Gaga y **VIVA GLAM** que ha ayudado a recaudar \$55 millones para el Fondo **M.A.C** de Lucha Contra el Sida en los últimos 2 años. En Febrero 2011 Gaga estableció una meta, recaudar \$250 millones para el Fondo M.A.C antes de Julio 2012, coincidiendo con la XIX Conferencia Internacional del SIDA.

En la recta final de Gaga como portavoz de **VIVA GLAM**, la artista hace un llamamiento a sus fans para que continúen prestando su apoyo y alcanzar los \$250 millones: "El Fondo M.A.C ha recaudado hasta la fecha \$224 millones. " Sal y cómprate un labial VIVA GLAM a tu novia, a tu novio, tu hermana, tu madre.....solo quedan \$26 millones para alcanzar nuestra meta!"

La película puede verse en [VIVAGLAM.com](http://VIVAGLAM.com) y en la página de [M.A.C Facebook](https://www.facebook.com/MAC).

### SOBRE EL FONDO M.A.C DE LUCHA CONTRA EL SIDA

El Fondo M.A.C de Lucha Contra el SIDA, corazón y alma de M.A.C, fue creado en 1994 para proporcionar ayuda directa a hombres, mujeres y niños afectados por el VIH/SIDA. El Fondo M.A.C de Lucha Contra el SIDA es pionero en la lucha contra esta epidemia, colaborando con organizaciones de todo el mundo que ayudan a los afectados por el virus, desarrollando programas de educación, concienciación y prevención, así como de adherencia al tratamiento, y contribuyendo además a la eliminación de prejuicios y discriminación.

El 100% de las ventas de los Lipstick y Lipglass VIVA GLAM se destinan íntegramente al Fondo y con ello se apoyan proyectos de Lucha Contra el Sida en todo el mundo. Hasta la fecha se han recaudado más de 218 millones de dólares exclusivamente a través de la venta de los productos VIVA GLAM.

Más información:

[www.vivaglam.com](http://www.vivaglam.com)

[www.macaidsfund.org](http://www.macaidsfund.org)



# 30 años de VIH,

## 30 años de respuesta comunitaria

Este año se conmemoran 30 años de la notificación de los primeros casos de sida, una de las peores pandemias de la historia de la humanidad. El impacto que esta enfermedad ha tenido en todos los ámbitos de la sociedad ha sido de tal magnitud que probablemente ninguna otra patología o problemática social ha logrado activar un movimiento de solidaridad tan importante como el que se ha dado alrededor del VIH.

La infección por VIH trascendió, desde el principio, los límites de lo puramente médico y alcanzó una dimensión de problemática social que exigió una respuesta integral que se ha ido construyendo a lo largo de estos treinta años.

El hecho de que desde sus inicios el VIH haya estado relacionado con estereotipos y actitudes negativas que todavía provocan el estigma y la discriminación, implica la necesidad de seguir trabajando por la defensa y promoción de los derechos de las personas afectadas como una condición irrenunciable para la normalización real del VIH y de las personas que lo padecen.

A lo largo de estos años, el activismo y la participación de las personas infectadas y afectadas han condicionado de forma significativa las respuestas frente a esta enfermedad. De hecho, los principios sobre los que se fundamentó el activismo contra el VIH/sida y que defendían el derecho de las personas con VIH a ser representadas y poder participar en todas las decisiones que afectan a su bienestar, han servido de modelo e inspiración para otras enfermedades o problemas de salud que comparten con el VIH características similares.

La revista que tienes en tus manos y la ONG que la publica son herederas de esa tradición de activismo e implicación comunitaria. Nuestro compromiso con la lucha contra el VIH/sida se ha basado en valores y principios que hemos tratado de compartir con todos vosotros, lectores y lectoras, en estos 50 números de *LO+POSITIVO*.

Hemos querido dedicar este número, tan especial para todo el equipo que hace posible esta revista, a recordar la historia de estos 30 años de VIH/sida y a pensar en cómo debería ser la respuesta frente a esta enfermedad en los próximos años. Para ello, hemos contado, una vez más, con el testimonio de las y los protagonistas: personas que viven o conviven con el VIH, activistas de largo recorrido que han estado al frente de la epidemia desde sus inicios y jóvenes que, apenas recién llegados al movimiento asociativo, probablemente se conviertan en los activistas del mañana.

Con este número 50 cerramos una etapa de *LO+POSITIVO*. Es evidente que no ha sido fácil llegar hasta aquí. Con gran esfuerzo e ilusión por parte de un equipo de gran valía humana y profesional; gracias al apoyo de nuestros lectores y lectoras y de las ONG del VIH/sida, que han considerado esta revista un proyecto informativo de gran interés comunitario; y gracias a la confianza de los financiadores públicos y privados, hemos logrado consolidar una publicación en español que aborda la complejidad de la infección por VIH desde un punto de vista comunitario.

El futuro que está por venir se presume incierto. La actual coyuntura económica está poniendo en peligro la sostenibilidad de los programas nacionales e internacionales de respuesta frente al VIH a pesar de que los problemas asociados al VIH/sida persisten o podrían agravarse en los próximos años, sobre todo si las administraciones continúan considerando los recortes en salud, educación y asuntos sociales como una estrategia eficaz para contener el gasto público.

Aunque la historia está por escribir, los nuevos movimientos sociales emergentes, que reclaman nuevas formas de activismo y participación comunitaria, y la crisis económica mundial, que está provocando un profundo cambio estructural, nos obligan a las ONG del ámbito social y de la salud a repensar y redefinir el lugar y el papel que ocupamos en la sociedad de este convulso siglo XXI.

Si las ONG somos capaces de ver esta crisis económica y sus consecuencias como una oportunidad para el cambio; si somos capaces de entender y abordar la enfermedad que defendemos como parte de un todo en el que también están incluidas otras problemáticas sociales y de salud que crean desigualdades entre las personas que las padecen; y si somos capaces de establecer sinergias con otras entidades, asociaciones, plataformas de distinta índole que nos permitan crear redes de activismo social en salud basadas en la solidaridad, la reivindicación y la defensa de los derechos humanos, probablemente entonces las ONG habremos cruzado el umbral del siglo XXI.

No podemos cerrar este editorial sin recordar y agradecer a todas aquellas personas con VIH que, a lo largo de estos 50 números, han tenido la generosidad de dar la cara y contribuir a la visibilidad y la normalidad de todo el colectivo. Muchas gracias a todas y todos.

# Asignaturas pendientes

Por lo general, dedicamos esta sección de la revista a poner de relieve aquellas noticias que afectan de forma negativa en la calidad de vida de las personas con VIH en el mundo, en sus derechos fundamentales o en el acceso a cuidados, servicios y tratamiento. En este número especial en que hacemos una retrospectiva de lo que ha supuesto estos treinta años de epidemia, hemos decidido mostrar una pequeña selección de las noticias que aún siguen siendo dolorosamente 'negativas' a pesar del progreso en diversos ámbitos de la infección por VIH.

## Restricciones de viaje y residencia

Desde los primeros momentos de la epidemia de VIH, las personas que viven con el virus han visto cómo se les imponían restricciones para la entrada, estancia y residencia en muchos países. En general, los motivos aducidos por los gobiernos para ello han sido dos: proteger la salud pública (para prevenir la propagación del virus en su territorio) y evitar los posibles gastos sanitarios que podrían derivarse de la estancia en el país de estas personas.

Sin embargo, distintos estudios han evidenciado que estas restricciones (ideadas en su mayoría en una época en la que apenas se sabía nada respecto a la epidemia y su forma de transmisión) no sólo resultan discriminatorias para las personas con VIH, sino que además no cumplen los objetivos para los que teóricamente fueron previstas, lo que las convierte en anacrónicas, ineficaces e innecesarias.

A pesar de todas estas evidencias, en 2011, en el mundo aún persisten unos 48 países y territorios que imponen algún tipo de restricción a la entrada, estancia o residencia a las personas con VIH, basándose en su estado serológico.

Por todo esto, ONUSIDA, dentro de su estrategia para 2015, hace un llamamiento para que se garantice la libertad de movimiento de las personas que viven con el VIH y espera que se consigan eliminar las restricciones en la entrada, estancia y residencia relacionadas con el virus en al menos la mitad de los países que aún las aplican.

Fuente: ONUSIDA.



## Actitud de la Iglesia católica ante el VIH

Durante estos 30 años de epidemia, la actitud de la Iglesia católica ha dejado mucho que desear, colaborando en el fortalecimiento del estigma y discriminación que muchas personas con VIH han padecido.

Así, la institución ha relacionado desde el principio la adquisición del virus con prácticas amorales tales como las relaciones sexuales promiscuas, la homosexualidad o el consumo de drogas de administración intravenosa. Además, su actitud contra el uso del preservativo completa un conjunto de opiniones que perjudican la vida de muchas personas con VIH o en riesgo de adquirir la infección, especialmente aquellas de países africanos con recursos limitados y religión mayoritaria católica, elevados niveles de analfabetismo y gran incidencia de la infección, ya que es en estos emplazamientos en los que la opinión promovida por las altas esferas de la Iglesia católica es tomada más en serio por una parte importante de la población.

El pasado año, el papa Benedicto XVI pareció apuntar cierto grado de apertura de su institución al afirmar que el uso del preservativo podría estar justificado en algunas circunstancias para evitar la transmisión de infecciones. Esta aparente apertura no parece haber tenido continuidad, ya que recientemente tuvo lugar un enigmático veto a una campaña publicitaria en el transporte público madrileño –con motivo de la visita del Papa– promovida por una asociación católica favorable al uso del preservativo.

Fuentes: *El País* / *Elaboración propia*.



## Acceso a los antirretrovirales en el mundo

La aparición de los fármacos antirretrovirales y, especialmente, la terapia combinada ha permitido mejorar el pronóstico de las personas con VIH y ayudar a que puedan disfrutar de una vida más larga y saludable. Incluso los recientes estudios constatan su eficacia como herramientas de prevención, al disminuir la capacidad de infección de las personas que los toman o al usarlos como profilaxis pre o post exposición.

Sin embargo, mientras que en los países industrializados la cobertura del tratamiento antirretroviral es, salvo excepciones, generalizada, la situación es muy distinta en el mundo en vías de desarrollo, donde la epidemia se deja sentir con más fuerza. Se han realizado avances en el acceso a la terapia, que han permitido que, en 2010, algo más de 6 millones de personas estuvieran recibiendo tratamiento anti-VIH en esos países, lo que sin duda supone un importante hito en la salud pública, pero aún queda mucho por hacer para lograr el objetivo del acceso universal.

Así, ese mismo año, unos 9 millones de personas que necesitaban recibir un tratamiento antirretroviral no lo estaban recibiendo en el mundo en vías de desarrollo. Además, el ritmo de propagación de la epidemia sigue superando los esfuerzos por combatirla, como queda reflejado en el hecho de que por cada persona que inicia el tratamiento antirretroviral, otras dos adquieren el VIH.

Según afirma ONUSIDA en su informe "AIDS at 30", la debilidad de las infraestructuras nacionales, los déficits de financiación y la discriminación contra los grupos de población más vulnerables se cuentan entre los principales factores que obstaculizan el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con la infección por el VIH.

**Fuente:** OMS/ONUSIDA.



## Deportaciones de personas con VIH

A escala mundial, un total de 31 países tienen en vigor leyes que contemplan la deportación de ciudadanos de otros países infectados por VIH. Además, algunos países ricos, que no cuentan con esta restricción legal, niegan el asilo a personas con VIH y los deportan aun cuando saben que en su país difícilmente podrán acceder a los antirretrovirales.

Entre los 31 países comentados se encuentran 7 situados en el área de Oriente Próximo. A modo de ejemplo, el pasado año fuentes gubernamentales de Egipto reconocieron haber deportado 722 extranjeros con VIH entre 1986 y 2006. Cabría esperar que el nuevo gobierno del país tenga una mayor sensibilidad en relación a este asunto.

Numerosos países asiáticos, como Malasia, Singapur o Taiwán también han realizado este tipo de deportaciones. Corea del Sur ha deportado a 521 de las 546 personas de otros países en las que ha detectado la presencia de infección por VIH.

En Europa, Rusia, Moldavia y Armenia deportan a extranjeros con VIH e incluso las leyes de Hungría –estado de la Unión Europea– contemplan la expulsión de extranjeros con VIH que no se encuentran bajo tratamiento antirretroviral.

En los próximos años será una importante labor del activismo mundial luchar contra estas injusticias, en el marco de un enfoque global de la epidemia, de manera que los estados no muestren compartimientos estancos ante una realidad –la de la infección por VIH– que tiene un alcance mundial.

**Fuente:** Elaboración propia.

## Programas de intercambio de jeringuillas

Los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) se iniciaron en Holanda en los años 80 destinados principalmente a prevenir la transmisión de la hepatitis B, aunque luego demostraron su valía en el caso del VIH, especialmente en países cuya epidemia estaba impulsada en gran medida por el uso de drogas inyectables.

A pesar de que la experiencia ha demostrado de forma reiterada que la provisión de jeringuillas estériles permite reducir la transmisión del VIH sin que se produzca un aumento del consumo de drogas ni se incrementen los delitos relacionados con dichas sustancias, la implantación de esta medida de reducción de daños (y especialmente en las prisiones) no se ha realizado de forma heterogénea en todos los países y, en muchos casos, se enfrentó a impedimentos basados en objeciones de tipo más moral que científico.

Esto resulta especialmente patente en los países pertenecientes al antiguo bloque soviético (Europa del Este y Asia Central), donde la epidemia se ceba de forma desproporcionada en el colectivo de usuarios de drogas inyectables (mientras que, en el mundo, el porcentaje de personas con VIH que consume estas sustancias es del 10%, en estas regiones se eleva al 80%) y estas políticas negacionistas no hacen más que empeorar la situación.

Al respecto, representantes de Cruz Roja comentan: "En algunos países, los funcionarios de la salud pública siguen ignorando la irrefutable evidencia de que para tener éxito en la contención del VIH los servicios de salud deben dejar fuera la moral y concentrarse en proporcionar programas que combinen el intercambio gratuito de agujas estériles, el tratamiento de sustitución, el asesoramiento sobre la adicción, así como otras formas de apoyo sanitario y social".



**Fuente:** Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna.

## Acceso a seguros

"No existe evolución temporal que permita valorar el riesgo de fallecimiento con las exigencias que establecen las normas de las compañías de seguros". Con estas palabras explicaba Pilar González de Frutos, presidenta de la Asociación Empresarial del Seguro (UNESPA) las razones por las cuales las personas con VIH no pueden contratar determinados productos financieros como, por ejemplo, los seguros de vida: un tipo de póliza cuya adquisición, sin embargo, se considera un requisito esencial a la hora de suscribir una hipoteca.

Dicho de otro modo: a pesar de los avances que se han producido en estos 30 años en los tratamientos que reciben las personas con VIH, confirmados por médicos y científicos de renombrado prestigio, y que han permitido, incluso, que este grupo de población pueda disfrutar de una madurez óptima, el sector de los seguros mantiene su rechazo al cambio e incrementa, con su decisión de no querer ver la realidad, la discriminación que sufre el colectivo.

Aunque nadie duda de la necesidad de que las aseguradoras valoren el riesgo del cliente —en eso se basa, en definitiva, su negocio— ha llegado la hora de que la iniciativa privada, que tanta apología de la Responsabilidad Social Empresarial está haciendo durante los últimos años, evolucione para que la sociedad pueda crecer junto a ella. Sólo así se conseguirá vencer la estigmatización de las personas con VIH, uno de los principales obstáculos para el control de la epidemia.

**Fuente:** Elaboración propia.

Me gustaría empezar dándoles las gracias por escucharnos, que es mucho en estos tiempos en que cada cual va a la suya. Tengo que deciros a todos que estáis como yo que llevo ya 22 años con esto [el VIH] y no he estado ingresada en un hospital ni un día por esta causa. ¡Arriba los ánimos! Yo creo que lo llevo como si no lo tuviera, cuidando la alimentación, haciendo un poco ejercicio cada día y, sobre todo, tomando siempre la medicación.

No hay que dar un paso atrás, ni siquiera para tomar impulso. En nuestras manos está el llevar esta enfermedad lo mejor posible dentro de nuestras posibilidades.

Un abrazo a todos y felicidades por estas 50 revistas.

Hasta pronto, ¡corazones arriba!

Angie

## Especial 30 años 50 números LO+POSITIVO

Hola chicos, soy una lectora incondicional de vuestra revista. Creo que es algo muy positivo para las personas con VIH (en mi caso hace 5 años que tengo la enfermedad). Mi vida cambió mucho el primer año, pero ahora hago una vida normal, trabajo muchas horas al día, hago deporte, estudio... Sólo me acuerdo de mi enfermedad a la hora de irme a la cama, que es cuando me tomo la medicación. Doy las gracias a mi médico, que es el mejor, y sobre todo doy las gracias a mi amor, mi vida, mi marido.

Ánimo a todos a mirar hacia adelante, que la vida es hermosa.

Gloria

Quiero agradeceros vuestro muy buen trabajo, elaborando esta revista, porque en verdad es el "jardín" del que os ocupáis todo el equipo de LO+POSITIVO. Da muy buenos y alegres frutos.

Juany (Salamanca)

## Boletín de Suscripción

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

### Autorizo una donación anual de:

- 25 euros
- 50 euros
- \_\_\_ euros

### Forma de pago:

- Giro postal
- Talón nominativo adjunto
- Por Banco

### Orden de pago por Banco

Nombre:  
 Banco o Caja:  
 Localidad:  
 Domicilio Agencia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Código C/ C (20 dígitos) \_\_\_\_\_  
 Firma

Nombre:  
 Dirección:  
 Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

En 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.



En principio, comentar desde la óptica que soy un superviviente de la época en que fueron detectados los primeros casos de VIH (1985). Yo no he sentido nunca el rechazo ni la exclusión por ser portador, pues di con una mujer que me quiso y me quiere como era y como soy (a pesar de mis defectos) y con la que tuve un hijo, que ahora tiene 22 años y sigue estudiando. No obstante, me gustaría reseñar que el estigma que más padecemos es en el ámbito laboral y judicial, ya que ante cualquier síntoma o enfermedad siempre nos dirán que es por ser 'sidosos', y esto me ha hecho padecer otros problemas que nunca han sido considerados como enfermedades laborales.

De todos modos, quiero dejar constancia de que sigo siendo una persona feliz a pesar de mis dificultades y mis carencias. Me gustaría que otras personas que me lean puedan verme como ejemplo para que no se aislen y hagan un mundo de la enfermedad, pues hay enfermos en este mundo que lo pasan peor que nosotros. Salud y larga vida.

Francisco

Simplemente me gustaría decirles que su trabajo durante todo este tiempo ha sido maravilloso, ya que sirve de ilustración y orientación para las personas que, como yo, estamos muy interesadas en el tema. Mi mejor amigo y expareja tiene VIH y soy su único apoyo. Afortunadamente, éste es su segundo año con la infección por lo que aún no necesita tomar antirretrovirales y su médico lo encuentra en muy buenas condiciones. Adelante y muchos éxitos ¡Que Dios los bendiga y los siga iluminando en tan noble misión!

Jorge (Santo Domingo)

Soy un joven diagnosticado de VIH en el año 2005. Desde aquel día, mi vida cambió totalmente. ¿El motivo? Dejé de poder contar con mis antiguos amigos que se alejaron de mí por temor al qué dirán y me discriminaron. Incluso en pleno siglo XXI no entienden nada y creen que se trata de una enfermedad muy contagiosa. A través de *LO+POSITIVO* he hecho nuevas amistades que también viven con VIH. Mis felicitaciones y gracias por su labor.

Paul

## 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  
 Transfusión sanguínea  
 Por compartir jeringuillas  
 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?

Hace 23 años que compartimos cuerpo y vida. Al principio fue duro. Intenté establecer un pacto de no agresión (si yo muero tú también) que funcionó durante 12 años. Hace 11 que tomo antirretrovirales y siempre pienso que la vida y la muerte son inseparables y asimilando esta realidad todo resulta más sencillo. Intento disfrutar de lo bueno y, cuando no es así, procuro confiar en que se pueda superar. Entretanto, lo verdaderamente importante es crecer interiormente. A nuestro lado, tengas VIH o no, en cada lugar por el que pasamos hay personas que necesitan respeto, comprensión y cariño. Amor, salud, techo y comida para todos/as. ¡30 años! ¡Enhorabuena! Nos hacemos mayores pero que suerte poder decirlo. Gracias gTt. Sin vosotros no hubiera sido lo mismo.

Iñaki (Bilbao)



Es cierto que han pasado muuuuuuchas cosas en 30 años, ¡sobre todo con el VIH, claro! Para mí, al principio fue terror, luego éste se fue apaciguando y pasó a ser, únicamente miedo, que no es poco. A lo largo de mi batalla personal, he tenido la gran suerte de conocer a "esos ángeles" (como les llamo yo) activistas. Gracias a ellos y a otros muchos, que desgraciadamente ya no están, hoy nos encontramos con que su lucha para defendernos a todos ha tenido la gloria de haber conseguido muchos logros. Entre éstos, yo querría nombrar a esta publicación, sin la que muchos estaríamos perdidos y en la ignorancia de nuestros derechos. Además, han luchado internacionalmente, asumiendo riesgos, por nuestra condición. Agradezco inmensamente su labor y la de aquéllos que ya no están, pero que antes de irse también dieron tooooooo de sí mismos. ¡Enhorabuena! Por la revista y por la dedicación, año tras año, por nosotros. Gracias. ¡Ánimo y a seguir!

Dani

Queremos daros las gracias por vuestra revista por lo mucho que nos ayuda, os conocemos desde hace tres años, llego a mis manos por mi médico y la sigo desde entonces la leemos toda aparte de darnos información hemos hecho grandes amigos a través de su chat cuanto lo echamos de menos. Sabemos lo duro que os está siendo por los recortes de subvenciones, pero que sepáis que habéis ayudado mucho hasta habéis conseguido parejas como en nuestro caso. Valéis para todo tenían que daros premios por vuestra labor. Gracias por todo y seguir así un saludo para todos los que hacéis gTt y deseando ver el próximo número un abrazo muy fuerte desde una aldea perdida que también llegáis hasta aquí.

M<sup>a</sup> José y Francisco

Llego de la mano de una relación, siendo yo una persona totalmente ajena al VIH. Después del tremendo susto y el miedo que implicaban el saber que la persona que amaba vivía con el VIH, empecé a familiarizarme con este virus, al punto que, hoy por hoy, forma parte de mi vida.

Se ha hecho mucho por las personas que convivimos con el VIH, pero aún queda muchísimo por hacer, hasta lograr que la gente acepte que es algo que nos puede pasar a todos y que las personas que lo padecen necesitan urgentemente la normalización y que se garanticen sus derechos a disfrutar de una vida digna. Todos tenemos los mismos derechos y obligaciones. Un abrazo y gracias, mil gracias por compartir con todos vuestra revista, conocimientos, sentimientos y servicios.

M. Carmen

**Agradecemos sinceramente las muestras de afecto en vuestras cartas y correos. Por razones de espacio hemos publicado una reducida selección.**

**Encuentra más testimonios en [http://ggt-vih.org/participa/historias\\_personales](http://ggt-vih.org/participa/historias_personales)**

Daros inmensas gracias por haberme alumbrado, apoyado, dirigido y aconsejado, me habéis transmitido conocimientos positivos. Sois un ejemplo a seguir, vuestra revista es sin duda fuente de ayuda a muchísimas personas.

José Francisco (Picassent)

# Treinta años después...

## las mujeres con VIH seguimos reclamando visibilidad

Recuerdo cuando en los años 96-97 buscaba en internet información específica sobre el VIH en las mujeres y pasaban semanas sin que encontrara ningún dato específico dirigido a nosotras. Y desde luego era prácticamente impensable encontrar páginas o secciones específicas que abordaran el impacto del VIH entre la población femenina. Ya habían pasado varios años desde el inicio de la epidemia y las mujeres aún no estábamos del todo incluidas en los mensajes de prevención y atención. En realidad, cuando se hablaba de mujeres era sólo en nuestra calidad de madres.

*'Las mujeres no contraen el sida. Mueren por su causa.'*  
(New York Times, 1992)

Ya habían pasado más de 10 años desde el inicio de la epidemia y la mayoría de las enfermedades específicas que devastan la salud de las mujeres con VIH seguían sin estar incluidas en la lista oficial de defintorias de sida. No será hasta 1992 cuando los CDC (Centros para el Control de Enfermedades) amplíen la definición del síndrome para incluir el cáncer de cuello uterino, al tiempo que reconozcan algunos síntomas como la candidiasis vaginal recurrente. En 1993, añaden a las mujeres que son pareja de hombres con VIH como 'grupo de riesgo' y es entonces cuando, tras la ardua labor de activismo de los grupos de mujeres con VIH y otros grupos de mujeres, se empiezan a diseñar las primeras estrategias de prevención más específicamente dirigidas a las mujeres y la transmisión sexual.

Cada vez hay más evidencia de que la epidemia se va decantando hacia el lado de las mujeres y esta realidad no parece que haya cambiado sustancialmente incluso después de que ONUSIDA declarara por primera vez en 1988 que el número de mujeres sobrepasaba al de hombres en África subsahariana y se empezara a hablar de que 'el sida tiene cara de mujer'. Han tenido que pasar más de 20 años de continuo aumento del número de infecciones entre las mujeres en todo el mundo para que se empiece a tener en cuenta el impacto de los determinantes sociales en la vulnerabilidad femenina, como las desigualdades de género, pobreza, normas culturales y sexuales, y violencia en la transmisión y en el curso de la infección. Incluso hoy en día, la epidemia continúa



avanzando inexorablemente entre las mujeres hasta el punto de que, según el último informe de ONUSIDA, el VIH se ha convertido en la principal causa mundial de muerte y enfermedad entre las mujeres en edad reproductiva.

### La prevención femenina

Prevenir el VIH no tiene que ver sólo con la existencia de diferentes herramientas de prevención (condón masculino, condón femenino, microbicidas, etc.), sino que debe ir acompañado de la posibilidad de usarlas con libertad. Por eso, la prevención del VIH en mujeres tiene una doble vertiente: la existencia de más y mejores opciones que se adapten a las necesidades específicas, y el avance hacia la equidad que les permita elegir por sí mismas las condiciones en que se desarrolla su vida, en especial su vida sexual y reproductiva.

La prevención del VIH no puede limitarse a la investigación de nuevas tecnologías sino que es necesario un compromiso firme con la salud integral de las mujeres en todo el mundo.

### El condón femenino

El primer preservativo femenino fue aprobado en 1993 y, según un informe presentado por Oxfam en la Conferencia Mundial de México 2008, su utilidad ha estado permanentemente cuestionada ante la falta de compromiso de las y los responsables de políticas preventivas para promocionar su uso, invertir en su difusión y garantizar su disponibilidad.

En 2009 se ha sacado una versión mejorada del condón femenino, más barato y silencioso que el primero, pero nuevamente será necesario que no se quede en un objeto de culto inaccesible para la mayoría.



### Microbicidas

La idea de disponer de un producto de prevención que pudiera ser aplicado por las propias mujeres nació hace más de 20 años a imagen de los productos espermicidas existentes en el mercado para evitar la concepción. Y aunque el primer producto propuesto (nonoxonyl-9) demostró no sólo no ser eficaz en la vida real sino que, en determinados casos, podía aumentar el riesgo de infección, la apuesta por este tipo de investigación abrió campos insospechados: no sólo en la apertura de nuevas líneas de estudio de posibles productos, como es el caso de los antirretrovirales, sino que contribuyó a que la ciencia diera un paso de gigante en el conocimiento de los mecanismos locales de infección (cómo entra el VIH en el organismo a través de la mucosa vaginal y anal) así como la biología específica del entorno vaginal y anal.

### Participación en ensayos clínicos

Uno de los problemas que también contribuyó a mantener a las mujeres apartadas del interés principal de la ciencia como población afectada por el VIH fue el hecho de estar limitadas por la ley para participar en ensayos clínicos.

En el año 2000, la FDA (siglas en inglés de Agencia para la Alimentación y los Fármacos) emitió una normativa que permite retrasar o suspender cualquier ensayo clínico que excluya a las mujeres (u hombres) a causa de su 'potencial reproductivo'. A pesar de ello, desde entonces sólo ha participado un 20% de mujeres en los ensayos sobre fármacos antirretrovirales.

### El impacto de los derechos y la desigualdad de género

No podemos olvidar que el VIH va más allá de las células implicadas en la transmisión. El VIH tiene que ver con la violencia contra las mujeres, con el abuso de derechos, con la sumisión femenina, con el tráfico de mujeres, con las prácticas culturales que promueven la sumisión de la mujer, con el matrimonio forzado, con el tabú de la sexualidad, con el abuso sexual, con el uso de la violación como arma de guerra, con la pobreza y con un largo etcétera de factores que colocan a las personas con menos poder en situaciones de extrema vulnerabilidad.

La epidemia del VIH ha contribuido a poner de manifiesto las profundas desigualdades de poder que sufrimos las mujeres, que nos dificultan proteger nuestra salud y nuestra vida incluso

« La prevención del VIH no puede limitarse a la investigación de nuevas tecnologías sino que es necesario un compromiso firme con la salud integral de las mujeres en todo el mundo. »

disponiendo de las herramientas para hacerlo. Desde el inicio de la epidemia, el riesgo más grande al que nos enfrentamos las mujeres en diferentes partes del mundo proviene del hecho de vernos privadas del derecho a tomar decisiones sobre nuestra propia vida.

Todavía hoy, faltan avances en la situación de las mujeres con VIH en el ámbito de la medicina; aún quedan aspectos sobre la adolescencia o la edad madura de las mujeres con VIH que siguen sin estar en el centro de la investigación, pero es en el aspecto del avance en derechos donde nos encontramos con un atasco que sólo la acción conjunta de diferentes estamentos de la sociedad puede desbloquear. Mientras la desigualdad de género no sea plenamente abordada en todos los niveles de actuación, la salud y la propia vida de las mujeres seguirán viéndose desproporcionadamente afectadas.

### Consulta Internacional Mujeres y VIH

En junio de 2011, coincidiendo con los treinta años de epidemia y con la revisión de los compromisos adquiridos en UNGASS, la Coalición Mundial de Mujeres y Sida (GCWA), la Comunidad Internacional de Mujeres con VIH y ATHENA, pusieron en marcha una consulta a nivel mundial para conocer mejor lo que pensaban las mujeres con VIH sobre la dirección que está tomando la epidemia, sobre los logros conseguidos y sobre aquellos aspectos que todavía necesitan más atención.

La consulta recogió la opinión de las mujeres con VIH en relación a sus necesidades para avanzar en la respuesta contra la epidemia, en especial entre las propias mujeres. Una de las principales reivindicaciones que hacen las mujeres que viven con el VIH en todas las regiones del mundo es que se les depare el reconocimiento que merecen como

parte integrante y activa de la respuesta global. Las mujeres con VIH no se limitan a ser receptoras pasivas de cuidados y servicios sino que son agentes de cambio, no sólo en su propia vida y familia, sino también en sus comunidades.

Reclaman que la respuesta al VIH esté profundamente vinculada a los derechos humanos, la equidad de género y la participación, y que contribuya al desarrollo humano de los pueblos, pasando necesariamente por el desarrollo de las propias mujeres. Así, priorizan 5 puntos sin los que el avance social global y la detención de la epidemia no es posible:

1. Servicios de VIH holísticos e inclusivos que contemplen la visión, las necesidades vitales y los derechos de las mujeres y las niñas, en toda nuestra diversidad.
2. Eliminar el estigma y la discriminación, y garantizar la protección de los derechos de todas las mujeres y niñas, incluidos nuestros derechos sexuales y reproductivos.
3. Fortalecer, promocionar e invertir en nuestro liderazgo y nuestra equidad para garantizar una participación plena y significativa de mujeres y niñas, en especial las que viven con el VIH o están afectadas por este virus.
4. Promoción de nuestro empoderamiento para ser catalizadoras de la justicia social y el cambio positivo, y eliminación toda forma de violencia contra las mujeres y niñas.
5. Garantizar pleno acceso a la información y la educación, incluida una educación sexual holística, para todas las mujeres y niñas.

### Hacia el futuro

La experiencia obtenida en los últimos treinta años destaca el fracaso que supone fragmentar la respuesta al VIH y apunta esperanzadamente hacia un futuro en el que las comunidades locales vuelvan a tomar el liderazgo de la acción adaptada a sus propias necesidades. Para ello, es imprescindible trabajar para el empoderamiento de las comunidades, apreciando sus fortalezas, fomentando el intercambio de experiencias y estimulando la acción conjunta, poniendo a las personas afectadas en el centro de la respuesta para que ésta sea realmente eficaz.

# La importancia del lenguaje

El 5 de junio de 1981 apareció en el *Morbidity and Mortality Weekly Report* el artículo titulado "Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles", que informaba de que 5 hombres jóvenes, todos ellos homosexuales activos, habían recibido tratamiento por *Pneumocystis carinii* en 3 hospitales de Los Ángeles, y que 2 habían fallecido. Nadie sabía de qué se trataba; se lo llamó peste rosa, cáncer gay, peste gay, Club de las cuatro haches (o Club 4H) y GRID (*gay related immune deficiency*) hasta que, finalmente, debido a las protestas de los homosexuales, se lo denominó sida.

Desde entonces, los avances médicos han sido asombrosos, pero no pasó lo mismo con el lenguaje: incluso la gran mayoría de los infectólogos se centran en el tratamiento y no prestan mucha atención a la "persona" ni a los términos con que se dirigen a ella.

Se debe tener presente que "en el VIH el lenguaje es muy importante. La elección de las palabras puede repercutir positiva o negativamente en la respuesta a la epidemia" (*Terminología relacionada con el VIH*, actualización 2006 de la OPS). Por ejemplo:

En la década de 1970 las feministas lograron que las enfermedades venéreas pasaran a llamarse Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), pero en 1998 la OMS no consideró apropiada esta denominación para los procesos asintomáticos, como, por ejemplo el VIH, y la cambió por Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

A pesar de que se lo suele llamar enfermedad y decir que se contagia, el VIH es una ITS, o sea una infección que se transmite. La persona con VIH, no tiene una enfermedad, no es un enfermo. Quienes cometen este error, en contraposición, a la persona sin VIH la llaman sana.

Otro término muy extendido, y totalmente estigmatizante, es **portador** (RAE: 2. m. y f. Persona o animal que lleva en su cuerpo el germen de una enfermedad contagiosa), pero el VIH ya vimos que es una infección transmisible.

Cuando se comunica el resultado positivo de un test de VIH suele decirse que "se le diagnostica el VIH", aunque diagnosticar (RAE: 2. tr. *Med.*) es "determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos", por lo que lo correcto sería decir que se le anoticia o que se le hace saber su



estado serológico. El VIH es una infección crónica; se puede vivir saludablemente toda la vida sin desarrollar sida. De modo que nadie se muere de VIH, pero tampoco se cura (hasta ahora), por lo que, cuando alguien logra bajar la carga viral a indetectable, aunque sea un gran logro, no se ha negativizado. Es imposible tanto nacer con sida como morir de sida. Se puede nacer con VIH, no con sida, y la persona que se dice que murió de sida, en realidad murió de la enfermedad oportunista o marcador de la que no se pudo recuperar.

No obstante, para la gran mayoría de la gente continúa vigente la ecuación VIH = sida = muerte, para lo que nada ayuda el uso del término VIH/sida. En mayo de 1983 Montagnier y en abril de 1984 Gallo descubrieron, respectivamente, el LAV y el HTLV-3 como causantes del sida. En septiembre de 1984 Robin Weiss demostró que ambos son el mismo virus; en 1986, el Comité

Internacional para la Taxonomía de los Virus decidió denominarlo VIH y dejar la sigla SIDA para la etapa más avanzada de la infección. Insisto: "dejar la sigla SIDA", o sea que el término VIH/sida, como tal, jamás existió y su uso dificulta enormemente la tarea de explicar que el VIH y el sida son dos cosas distintas.

Para terminar, no se puede convivir con el virus, la convivencia implica un acuerdo mutuo. Alguien infectado es una "persona que tiene VIH" o una "persona con VIH", pero, sin embargo, es muy común que se diga que es VIH positivo, o que es VIH+, e incluso simplemente que es VIH; esto significa poner en nivel de igualdad a la persona y al VIH, pero la persona es más que el VIH, mucho más que el VIH.

Hugo Mariani es coordinador del área de consejería de la organización Descida en Argentina.  
[www.descida.org.ar](http://www.descida.org.ar)



Hemos llegado al número 50 de *LO+POSITIVO*. Hemos querido aprovechar esta celebración tan especial para dedicar el reportaje central a la conmemoración de los 30 años de la notificación de los primeros casos de sida. Es una ocasión para mirar al pasado y tomar impulso para el futuro. Y esto lo hacemos a través de los testimonios tanto de las personas que han estado desde el principio de la epidemia en la primera línea de la respuesta comunitaria frente al VIH como de aquellas que se han ido incorporando a lo largo de estos años atraídas por el gran movimiento de solidaridad y reivindicación que ha crecido en torno a una de las peores pandemias de la historia de la humanidad. Este reportaje quiere ser un reconocimiento a todas y todos los activistas, con y sin VIH, que, a lo largo de estos treinta años, han contribuido con gran pasión y entrega a la respuesta frente a la epidemia.



# Tenemos estupendos investigadores

## sin los apoyos necesarios



**Begoña Bautista es una activista de largo recorrido, vive en Valencia y actualmente es la secretaria general de la Coordinadora Estatal del VIH-SIDA (CESIDA).**

**A partir de tu experiencia, ¿cuál ha sido el avance más significativo y el obstáculo más importante en la respuesta frente al VIH en estas tres décadas?**

Dando por descontado el hecho de que los avances científicos figuran siempre en primer lugar, “estamos vivos”, sobran argumentos.

Pero no puedo dejar de pensar, como persona superviviente a esta epidemia, lo que me sugiere la palabra “avances”, e inevitablemente veo el vergonzoso “avance” de la epidemia. Tras tres décadas no hemos sido capaces de compartir nuestros avances, no se han cumplido objetivos, el derecho universal a la salud sigue pasando de largo para millones de personas que viven con VIH/sida, los pobres siguen quedando fuera de nuestras palabras, historias, avances...

Tras 30 años, la mayoría de los afectados aún permanece en el silencio, la marginación y sin tratamientos en muchos casos. Tampoco puedo dejar de mencionar que en torno a nuestra enfermedad se ha generado un gran negocio, donde los importantes y jugosos avances farmacológicos —impregnados de macro intereses de tipo económico y político— han avanzado con nosotros. Contemplando y siendo protagonistas.

Pero mi mayor obstáculo personal siempre fue el silencio impuesto. Tras un largo recorrido personal de visibilidad, aún percibo la resistencia al tabú, es como que te dicen que es de mal gusto hablar de ello.

**¿Qué aspectos deberían ser prioritarios en la respuesta española frente al VIH en los próximos años?**

Como tema prioritario, mencionaría en primer lugar el necesario aumento de la inversión pública en investigación. Tenemos estupendos investigadores que tienen abiertas líneas prometedoras, pero que se encuentran sin los apoyos adecuados y, lamentablemente, se paralizan.

Recordar que existe un compromiso asumido por nuestro Gobierno con ONUSIDA para seguir reforzando los programas del VIH/sida.

Que hay que hacer un esfuerzo en la detección y prevención: desafortunadamente los nuevos casos elevan el gasto farmacéutico, cuya sostenibilidad ya sentimos amenazada en estos momentos.

# Mi visión de futuro es

## a largo plazo

**Ana María Burgos lleva años trabajando para mejorar la calidad de vida de las personas con VIH en la Comunidad de Madrid. Ha sido coordinadora de Apoyo Positivo y ha representado ante diversos estamentos a las asociaciones que trabajan en VIH en esta comunidad.**



# Seguiré trabajando por una sociedad

## más solidaria y comprometida

**¿Qué supuso para ti recibir el diagnóstico de VIH? ¿Evolucionó tu percepción con el paso del tiempo? ¿Cómo o qué te ayudó?**

Cuando me diagnosticaron de VIH 1995 tuve una clara conciencia de que algo se había interpuesto en mi futuro. Fue un diagnóstico tardío, cuando mi salud estaba ya muy deteriorada, y supuso para mí tener que mirar cara a cara la posibilidad inminente de la muerte. Pero también supuso al mismo tiempo un espacio de libertad, en el que pude enfrentarme a mi vida con la claridad que me daba saber que no tenía nada que perder. Esto me ha dado mucha fuerza para retomar la vida cotidiana sabiendo que cada instante es único y valioso. Adquirí conciencia de la intensidad que tiene la vida. Me ayudó a relativizar las pequeñeces en las que nos enzarzamos a veces y a encontrar dentro de mí una capacidad vital que antes no tenía. Esta manera de ver las cosas no ha cambiado desde entonces pero sí se ha ido consolidando, se ha ido integrando más en todos los ámbitos de mi vida y también la he ido entendiendo mejor, con lo cual puedo hacer uso de ella con más provecho.

**¿Cómo encaras el futuro?**

Esa convicción de no dar nada por descontado todavía sigue siendo parte de mi modo de vivir. No encaro el futuro de ninguna manera concreta, sino que me entrego a estar lo más consciente posible en el presente, buscando la forma de no perderme la posibilidad de vivir lo que me toque. Pero como sueño de futuro hacia el que dedicar mis esfuerzos está el de seguir contribuyendo a una sociedad más solidaria y comprometida a través de mi trabajo diario. Ah, y sobre todo manteniendo y cuidando a mi entorno directo.



María José Vázquez colabora con *LO+POSITIVO* desde 1997 en temas específicos de VIH y mujer, ha sido presidenta de REDVIH y de la Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH (ICW). En la actualidad canaliza su trabajo en [www.communitylifecompetence.org/es/](http://www.communitylifecompetence.org/es/)

**¿Qué supuso para ti recibir el diagnóstico de VIH? ¿Evolucionó tu percepción con el paso del tiempo?**

Ya han pasado 22 años desde que recibí el diagnóstico de que estaba infectada por el VIH, en un principio no entendía la relevancia de ese diagnóstico, ya que había un gran desconocimiento sobre la infección. Pensé que cabía la posibilidad de que me podía morir a causa de esta enfermedad y que en el tiempo que me quedaba, podía ir haciendo las cosas que me quedaban por vivir. Nunca tuve la sensación de estar sentenciada a una muerte inminente. Quizás a esto haya ayudado que no he tenido nunca ninguna enfermedad asociada al VIH.

Con el paso del tiempo, tanto por lo que vivía a mi alrededor como por lo que me tocaba vivir, mi percepción fue cambiando. En un principio, amigos que desaparecían. Más adelante, según iban surgiendo nuevas situaciones personales —trabajo, pareja, hipoteca, etc.—, me di cuenta de que no lo iba a tener fácil y que las situaciones en las que se me iba a discriminar o rechazar por vivir con VIH, se iban a repetir a lo largo de mi vida.

He ido aprendiendo y sigo aprendiendo de cada nueva situación. Ahora veo las cosas desde otra perspectiva. Mi visión de futuro es a largo plazo; priorizo las cosas a mi propio interés personal y dejo pasar las que no van conmigo. Procuro no juzgar y no dejo que me juzguen y cada día aprendo a quererme más y a valorar quién soy y lo que he conseguido.

**¿Cómo encaras el futuro?**

Por lo que respecta a lo social quedan muchos aspectos en los que mejorar y seguir avanzando. Se ha evolucionado mucho en el ámbito sanitario pero no ha ido acompañado por una normalización social de las personas con VIH, a veces ni nosotras mismas nos lo creemos, por lo que seguimos encontrándonos trabas incluso cuando se demuestra científicamente que no hay motivo de alarma o preocupación, y con esto me refiero a aspectos tan importantes como son el derecho al trabajo, a ser padres o a elegir la forma de llevar tu sexualidad con responsabilidad compartida.

# Hay que abordar el VIH

## de forma coherente

Bartolomé de Haro es uno de los miembros fundadores del Comité Antisida de la Región de Murcia. Recibió el diagnóstico en el año 1989 y es activista desde entonces. Ha colaborado con la asociación Tornar a Casa de Barcelona y en la actualidad también trabaja para Apoyo Activo, centrado en ayudar a otras personas con VIH en el entorno hospitalario junto al médico y a otros profesionales.



### ¿Cuál crees que ha sido el avance más significativo de estos últimos 30 años?

Para mí el hecho de que ahora haya tratamientos es muy significativo. Además hay recursos para que el impacto del diagnóstico sea un proceso que pueda superarse más rápidamente, como el apoyo que se ofrece en asociaciones, la información que se encuentra en revistas como *LO+POSITIVO* o en páginas web acreditadas. En mi época no había asociaciones. Las personas seropositivas teníamos una gran necesidad de conocer a otras iguales. Era fuerte porque veías a mucha gente morir a tu alrededor. Gente enfermaba, otros no lo hacíamos y no entendías muy bien el porqué. Afortunadamente hoy es muy distinto en este aspecto, pero insisto, el primer impacto es el mismo.

### ¿Cuál crees tú que ha sido el obstáculo más grande que ha habido?

Yo creo que el VIH es un tema que nunca se abordó ni se aborda de una manera coherente, clara y con un verdadero interés, con mayúsculas, para erradicarlo y darle la importancia que realmente tiene, como un problema grave de salud pública. Hoy por hoy, no hay una obligatoriedad de informar sobre salud en las escuelas, concretamente sobre la salud sexual.

Son cosas muy básicas, que no se hacían entonces, que se denuncian desde entonces y que todo el mundo lo ve claro, incluso a nivel institucional, pero nadie hace nada concreto

para salvar esos problemas. Por otro lado, se valora mucho el activismo aunque "mucho te quiero perrito, pero pan poquito". A nivel institucional, a nivel médico, a todos los niveles, nos dicen: "Hay que ver cómo sois la comunidad, cuántas cosas conseguís, qué bueno es vuestro trabajo, sin vosotros no se podría haber hecho nada. Pero luego se destinan presupuestos de risa, se cargan proyectos importantes, consolidados y bien valorados. En este aspecto, no se está teniendo para nada en cuenta a la comunidad del VIH.

### ¿Qué aspectos consideras prioritarios en la respuesta española frente al VIH en los próximos años?

Pienso que hay dos temas muy importantes, por un lado creo que tiene que haber personas de la comunidad en los hospitales, unidades de apoyo con gente afectada: gay, inmigrantes o cualquier grupo especialmente afectado. Pero también es muy importante que la persona con VIH esté bien formada porque si no, no tiene ningún valor en especial que una persona seropositiva apoye a otra. Y es fundamental también que el Ministerio de Sanidad se comprometa a tener una línea clara de intervención en el tema del VIH, pero creo que ni la tiene, ni nunca la ha tenido.



# Debemos proporcionar respuestas

## eficaces, eficientes y sostenibles



Rubén Sancho es el Coordinador del Área de Salud integral y VIH/sida de la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB).

### A partir de tu experiencia, ¿cuál ha sido el avance más significativo y el obstáculo más importante en la respuesta frente al VIH en estas tres décadas?

En mi opinión, el avance más destacable fue la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad, que ha reducido significativamente la mortalidad y morbilidad asociada al sida. Esto es especialmente evidente para quienes vivimos de cerca la "sangría" que en los primeros años produjo el sida entre nuestros amigos, compañeros, parejas, etc. En las sociedades desarrolladas, el sida también nos confrontó, nuevamente, con la enfermedad y la muerte; disponiendo de una potente ciencia médica y tras décadas libres de epidemias letales, volvíamos a enfrentarnos con una enfermedad desconocida y fatal, cuyas causas se ignoraban, sin tratamiento y que producía casi de manera inevitable la muerte. Junto a la fóbica histeria social que desató, el sida también trajo consigo, especialmente tras el fallecimiento de Rock Hudson, una toma de conciencia colectiva ante la vulnerabilidad y fragilidad del ser humano y una movilización de solidaridad que pocos problemas de salud habían suscitado antes.

De ello, son especialmente responsables las personas más directamente afectadas, las personas con VIH, que desde el primer momento y ante la falta de respuestas médicas y sociosanitarias efectivas, se organizaron a través de un fuerte y combativo movimiento asociativo, trabajando para que el

paciente con VIH fuera un paciente informado y activo, corresponsable junto con el personal sanitario de su tratamiento y de su salud, y creando un "activismo social en salud" modélico para otras enfermedades o problemas de salud.

En el caso de la comunidad LGTB, el sida incluso facilitó una mayor concienciación social de las situaciones de discriminación legal y social que padecíamos y un impulso para la lucha por nuestros derechos. El mayor obstáculo sigue siendo el estigma social que acompaña, desde su inicio, a la infección por VIH/sida, y que sorprende todavía por la carga moral que le acompaña así como los comportamientos o situaciones de discriminación y marginación que promueve. Las cosas no han cambiado tanto y, en general, la gente percibe de una forma más negativa a alguien con VIH que a alguien con cáncer.

### ¿Qué aspectos deberían ser prioritarios en la respuesta española frente al VIH en los próximos años?

Inevitablemente, nuestra respuesta a la infección por VIH y el sida se enmarca en el contexto de crisis económica que estamos viviendo en nuestro país y en casi todo el mundo. Esto significa que, más que nunca, hemos de trabajar para proporcionar respuestas no sólo eficaces sino también eficientes y económicamente sostenibles, tanto a corto como a medio y largo plazo. Esto es importante porque, ante los problemas urgentes o emergentes, muchas veces la política suele poner el acento en la respuesta a corto plazo, obviando que esto pueda crear mayores y más graves problemas a medio o largo plazo.

Un ejemplo de ello es la prevención de la transmisión del VIH. Reducir los presupuestos y recursos institucionales, técnicos, materiales o humanos empleados puede ser una fácil tentación para contener el gasto de las administraciones públicas. Sin embargo, a medio y largo plazo tendrá consecuencias no sólo personales y sanitarias sino también económicas, ya que se incrementará el gasto farmacéutico. Por tanto, nuestra respuesta ha de ir en la línea de que incrementar los recursos rentabilizándolos al máximo, priorizando aquellos colectivos sociales o cuestiones que están avalados por los datos epidemiológicos y los documentos de orientación política nacionales e internacionales.

En ese sentido, se debería reforzar el trabajo que se realiza, entre otros, con los hombres que tienen sexo con otros hombres, las trabajadoras transexuales del sexo, las personas originarias de otros países, especialmente latinoamericanos, etc.

Asimismo, deberíamos promover y facilitar, con mayor intensidad, el diagnóstico y tratamiento tempranos de la infección por VIH, la adherencia al tratamiento atendiendo a las diferencias individuales, la implicación y participación de las personas con VIH y su inserción laboral, la renovación del interés y solidaridad de la sociedad... sin olvidar los compromisos internacionales de nuestro país para conseguir, se viva donde se viva, el acceso universal a servicios y programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo con relación al VIH y el sida.

# No nos podemos relajar aunque la gente

ya no se muera



Marta Pastor lleva años trabajando en activismo y en la atención a personas con VIH. En la actualidad es la Presidenta de la Comisión antisida de Bizkaia.

**A partir de tu experiencia, ¿cuál ha sido el avance más significativo y el obstáculo más importante en la respuesta frente al VIH en estas tres décadas?**

El avance que ha sufrido esta enfermedad que ha pasado de ser mortal a convertirse en infección crónica. Esto viene dado por el avance en los tratamientos y el acceso de la población afectada a los mismos. A su vez, esto conlleva el obstáculo más importante en la respuesta actual: la percepción subjetiva de que ya no pasa nada, de que esto no va conmigo o de que esto no me puede pasar a mí. Eso pasa en todas las enfermedades o situaciones difíciles. Sin embargo, con el VIH, nos movemos entre el miedo a la muerte que había antes (y que persiste porque es el foco de estigma y la discriminación) y la falsa percepción de que ya no pasa nada, de que es una enfermedad crónica. Esta ambivalencia es uno de los obstáculos que dificulta el agarrar al toro por los cuernos. Me da la sensación de que existe la percepción bastante generalizada de que la pandemia se ha frenado y ha dejado de ser una urgencia porque la gente ya no se muere. ¿Y qué pasa si no se muere? ¿Ya está todo hecho? Pues yo creo que no. Queda mucho por hacer. Todavía mucha gente cuando se le informa de su diagnóstico te dice que hubieran preferido tener un cáncer... El impacto no está acorde con la normalización que quiere darse a esta enfermedad en nuestra sociedad.

**¿Qué aspectos deberían ser prioritarios en la respuesta española frente al VIH en los próximos años?**

En mi opinión, serían los aspectos que van unidos a la sensibilización de la población, a la reducción del estigma y la discriminación, sin olvidarnos nunca de una intervención mucho más incisiva o de alta intensidad en aquellos grupos en situación de mayor vulnerabilidad y exclusión. En España, la sanidad es universal pero no para todo el mundo. Esto es así y tenemos que seguir diciéndolo. Por mucho que a escala global la epidemia se haya podido frenar, en subgrupos de población la infección continúa siendo una enfermedad mortal porque muchas personas no tienen acceso de forma sencilla y fácil a la atención, el cuidado y el tratamiento. Tenemos que seguir manteniendo los programas y estrategias que en el pasado nos han funcionado porque todavía no hemos acabado de frenar la epidemia. Este medio optimismo que percibo no es tan real y me gustaría acabar con eso. Tenemos que animarnos todas y todos los que trabajamos en esto para continuar y no para relajarnos y decir: "en estos 30 años hemos conseguido mucho y ya estamos cansados". Pues no, es necesario incrementar los esfuerzos en la respuesta frente al VIH en muchos subgrupos de población, quizá en poblaciones minoritarias, pero es ahí precisamente donde se encuentra el mayor pico de vulnerabilidad y, por tanto de incidencia, como podrían ser los grupos en grave exclusión social o los hombres que practican sexo con otros hombres. No nos podemos relajar por mucho que la gente ya no se muera.

# La homofobia continúa siendo

## un factor de riesgo frente al VIH



Kike Poveda es el coordinador de Entender en Positivo de COGAM en Madrid

### A partir de tu experiencia, ¿cuál ha sido el avance más significativo y el obstáculo más importante en la respuesta frente al VIH en estas tres décadas?

Sin ninguna duda, la introducción de los inhibidores de la proteasa en el tratamiento contra el VIH a mediados de los años 90 lo que supuso una reducción de la mortalidad y la morbilidad asociada al sida. En el plano personal, para las personas afectadas que tuvimos la suerte de sobrevivir a aquel momento, supuso no vernos abocadas a una muerte segura como había sucedido hasta entonces. La gente, con todo, se sentía escéptica, al menos en mi entorno. Llevábamos planificando la vida a corto plazo durante mucho tiempo. Incluso los psicólogos nos ayudaban a enfrentarnos y prepararnos a la muerte. Al desaparecer o reducirse, en aquel momento, la mortalidad asociada al sida nos vimos obligados a replantearnos nuestras vidas: crearnos nuevas expectativas en el trabajo, en las relaciones familiares, afectivas, sociales... En definitiva, ya no eras una persona que te ibas a morir de forma inmediata. En dos o tres años nos fuimos dando cuenta de que íbamos a seguir vivos. El obstáculo sigue siendo el mismo antes y ahora: el estigma asociado al VIH. Apareció con el inicio de la pandemia, sobre la base del tabú ya existente de la sexualidad, la homosexualidad, el uso de drogas, la promiscuidad... Una palabra que, en realidad, no sé bien qué quiere decir. O sí, promiscua sería la persona que folla más que el epidemiólogo que la estudia. El hecho de que el estigma asociado al VIH surgiese sobre la base de poblaciones ya estigmatizadas hizo que su efecto fuese mucho más potente y difícil de contrarrestar. El estigma y la discriminación no han desaparecido todavía. Aunque hay quien dice que extender la prueba del

VIH de forma universal a todas las personas sería una manera de normalizar el test y la enfermedad, yo creo que, aún así, el estigma seguiría existiendo, porque la sociedad todavía asocia la enfermedad a comportamientos o conductas 'desviadas'. Tendría que desaparecer primero el estigma de abajo (el asociado a las conductas) para que desapareciera el estigma de arriba (el relacionado con la enfermedad).

### ¿Qué aspectos deberían ser prioritarios en la respuesta española frente al VIH en los próximos años?

Participar más activamente en los compromisos internacionales adquiridos, invertir más dinero en la respuesta mundial frente al VIH. En la respuesta nacional, trabajar la educación sexual y la diversidad afectivo-sexual en las escuelas; continuar sensibilizando e interviniendo en la comunidad LGTB por ser un grupo vulnerable a la infección por VIH, tal y como muestran las estadísticas. La prevención de la transmisión del VIH en los HSH no se ha hecho bien desde el principio de la epidemia y los responsables son los gobiernos y sus políticas que no han hecho una inversión a todos los niveles suficiente y adecuada a la especificidad de este colectivo. Hemos sido, sobre todo, las ONG las que, con el poco dinero que hemos contado, hemos hecho las cosas. Cada vez está más claro que, por sí solo, el preservativo resulta insuficiente para prevenir esta epidemia. Se necesitan nuevas y mejores herramientas preventivas. En el caso de los HSH, además, la homofobia es un factor de riesgo frente al VIH. Esto está bien documentado. Por este motivo, luchar contra la homofobia es una forma más de responder y trabajar en la prevención del VIH.



## Cómo afectará la crisis global

### me produce intranquilidad



María José Clement vive en Barcelona y es miembro de Foro Español de Activistas en Tratamientos del VIH (FEAT).

**A partir de tu experiencia, ¿cuál ha sido el avance más significativo y el obstáculo más importante en la respuesta frente al VIH en estas tres décadas?**

En mi opinión, sería la llegada de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en 1996, lo que supuso un descenso vertiginoso de la morbimortalidad asociada al sida. Uno de los obstáculos más importantes es el que estamos viviendo ahora: la crisis global que afecta y afectará también a los programas de VIH a todos los niveles, desde las grandes agencias internacionales a las ONG más pequeñas que actúan en el ámbito local, lo cual me causa una intranquilidad importante.

**¿Qué aspectos deberían ser prioritarios en la respuesta española frente al VIH en los próximos años?**

No olvidar la prevención, incrementar las estrategias preventivas dado que continúan produciéndose cada año nuevas infecciones. Si la sociedad civil organizada no puede continuar realizando en el futuro sus programas e intervenciones dirigidas a frenar el avance de la infección y paliar sus consecuencias probablemente esto repercutirá en el número de nuevas infecciones.

## Se puede tener una vida digna

### viviendo con VIH

**¿Ha cambiado tu percepción del diagnóstico desde que lo recibiste?**

Totalmente, como la noche y el día. Por suerte, no he tenido muchos problemas con la medicación, ni efectos secundarios, por lo que he podido llevar una vida bastante normal. Es que ni me acuerdo. Bueno, me acuerdo y hablo de él cuando trabajo, pero en mi vida cotidiana no, porque no me provoca ningún trastorno. De todas formas, sigo pensando que hay mucho estigma y discriminación. A veces no digo que vivo con VIH, por miedo al rechazo y a las miradas que te echan.

**¿Qué aspectos consideras prioritarios en la respuesta española frente al VIH en los próximos años?**

Pienso que los médicos de otras especialidades distintas al VIH y también los de familia, tendrían que estar más interesados en el tema y en los pacientes que atienden. Te recetan muchos fármacos pero no tienen ni idea si ese fármaco interactúa con algún antirretroviral que estás tomando. Entrás en la consulta y estás mirando la pantalla del ordenador. No te preguntan: "¿Cómo estás?, ¿Qué podemos hacer? ¿Qué necesitas?, ¿Cómo lo ves tú?". Habría que mejorar la comunicación, porque es un tema sumamente importante y pienso que ahora la relación es muy fría. Hay profesionales que responden bien, pero muchos otros no. Están en su onda, subidos en su pedestal de doctores en medicina interna, viven de puta madre y piensan: "Ahora vienen estos pesados a molestartos".

Por último, quiero enviar un mensaje a las personas con VIH: Que cada uno o una tome conciencia de su enfermedad, se cuide, se ame y que nada externo nos pueda quitar el valor que tenemos.



Eva Aulina tiene 42 años y es de Olot (Girona). Recibió el diagnóstico en 1988, en plena adolescencia y a raíz de un embarazo. Contó con el apoyo familiar y entró en un centro de desintoxicación. Ambas cosas fueron para ella su tabla de salvación. Actualmente Eva vive en Tarragona donde trabaja en una casa de acogida de Cruz Roja.

## Se requiere tener una estrategia clara

### y voluntad política

**A partir de tu experiencia, ¿cuál ha sido el avance más significativo y el obstáculo más importante en la respuesta frente al VIH en estas tres décadas?**

Está claro que fue el avance clínico, la aparición de la medicación de alta eficacia, lo que permitió reducir la morbilidad, además del posterior desarrollo de fármacos más potentes y menos tóxicos. En cuanto a los prejuicios sociales, no ha habido tantos avances. Es vergonzoso que la gente, la sociedad en general, todavía desconozca qué es, qué significa esta enfermedad, y qué sienten las personas que la padecen. El obstáculo para mí sería ese precisamente: los prejuicios que continúan existiendo; la percepción errónea de ver el VIH como algo lejano que no te puede tocar. Hablando del tema económico también hemos ido hacia atrás. La crisis nos ha afectado en gran medida; no se tiene en cuenta a este colectivo y sus particularidades porque no se considera importante.

**¿Qué aspectos deberían ser prioritarios en la respuesta española frente al VIH en los próximos años?**

Dar información más directa a la población. Introducir el tema de forma transversal en todos los ámbitos de nuestra vida diaria de forma que llegue a mucha más gente. Así todos los estigmas, prejuicios y desinformación relativos al VIH podrían superarse y dar así un paso hacia la normalización de la enfermedad. En cuanto a la financiación, se deberían incrementar los recursos para responder de forma correcta al VIH. No sólo se trata de dar medicación y ya está, sino tener una estrategia clara y suficiente voluntad política para llevarla a cabo y reducir así el número de nuevas infecciones.



María Dolores Pintor es Coordinadora de la Fundación ROCAMUR, Murcia

## La respuesta debería ser coordinada y adaptada

### a las necesidades reales

**A partir de tu experiencia, ¿cuál ha sido el avance más significativo y el obstáculo más importante en la respuesta frente al VIH en estas tres décadas?**

Sin lugar a dudas, el avance más significativo ha sido la introducción de los tratamientos antirretrovirales de gran eficacia a mediados de los 90, que supuso una reducción de la mortalidad y la enfermedad asociada a sida, y la investigación y desarrollo posterior que ha dado lugar a terapias más potentes y menos tóxicas. El obstáculo principal, bajo mi punto de vista, sería la discriminación que sufrimos las personas afectadas que nos dificulta y nos impide realizar nuestra vida diaria con total normalidad.

**¿Qué aspectos deberían ser prioritarios en la respuesta española frente al VIH en los próximos años?**

En consonancia con lo que acabo de decir, debería ser prioritario incrementar los esfuerzos en la lucha contra el estigma y discriminación. Sería deseable que existiese una respuesta coordinada por parte de las diferentes administraciones y servicios socio-sanitarios y adaptada a la realidad que vivimos las personas con VIH, con una mayor esperanza de vida y con unas necesidades derivadas de dicha cronicidad. Por último, se debería promover la búsqueda de una vacuna terapéutica y preventiva por parte de las instituciones públicas y no sólo las privadas.



Carlos Varela es presidente de la organización Lazos pro Solidaridad – Comité antisida del Ferrol.

# El tratamiento podría tener un impacto mayor

## que el uso del preservativo



Francisco Ibáñez es Trabajador social en la Asociación Murciana de VIH (AMUVIH)

**A partir de tu experiencia, ¿cuál ha sido el avance más significativo y el obstáculo más importante en la respuesta frente al VIH en estas tres décadas?**

Para mí ha sido el tema de la prevención y, en concreto, el cambio en el modelo preventivo. Aunque

comienza precisamente ahora a evidenciarse desde un punto de vista científico, cada vez son más los estudios que muestran que el tratamiento antirretroviral podría ser una herramienta eficaz a la hora de prevenir el VIH. En este sentido, parece que el tratamiento podría tener un impacto mayor que el uso del preservativo en la prevención de la transmisión del VIH. Relacionado con esto, el obstáculo más importante sería la inseguridad que se tiene en aplicar como válida la Declaración Suiza u otro tipo de postulados basados en la premisa que la indectabilidad viral conseguida por el uso de un tratamiento antirretroviral eficaz reduce espectacularmente la probabilidad de transmitir el VIH.

**¿Qué aspectos deberían ser prioritarios en la respuesta española frente al VIH en los próximos años?**

Avanzar y no estancarnos en el mismo mensaje de siempre del uso del preservativo. Introducir la reducción del riesgo en el ámbito sexual, de la misma manera que ya se hizo en el pasado en el ámbito del uso de drogas inyectables con tan buenos resultados. Yo lo enfocaría por ahí, por potenciar las nuevas herramientas preventivas que podrían introducir un punto de inflexión en esta infección. También habría que superar las desigualdades existentes entre comunidades autónomas en cuanto al acceso a la prevención, como por ejemplo en mi comunidad autónoma, donde hay dificultades para acceder a las pruebas rápidas de detección del VIH. Para construir un modelo preventivo basado en nuevas herramientas, como el tratamiento antirretroviral, se necesita mejorar el diagnóstico precoz. Si no existe este *continuum* (prevención-diagnóstico-atención y tratamiento), difícilmente las políticas para dar respuesta al VIH tanto en mi comunidad autónoma como en otras serán exitosas. Me imagino que en mi comunidad deben existir otras prioridades, porque, en honor de la verdad, no se ve una respuesta acorde con la alta incidencia de VIH que existe en la Comunidad Murciana y con las peticiones que, desde la sociedad civil, hemos hecho una y otra vez a nuestros gobernantes.

# Si no se garantizan los derechos

## no hay calidad de vida

Joan Bertran de Bes es técnico del Observatorio de Derechos Humanos de REDVIH. Como periodista y antropólogo lleva varios años vinculado al movimiento asociativo y al activismo en el campo del VIH.





# Hay que trabajar por la visibilidad

## de las personas con VIH



Rosa Domínguez es Coordinadora de OMSIDA, Zaragoza

**A partir de tu experiencia, ¿cuál ha sido el avance más significativo y el obstáculo más importante en la respuesta frente al VIH en estas tres décadas?**

Como avance más significativo destacaría la aparición de la terapia de alta eficacia que supuso una reducción de la mortalidad y la morbilidad asociadas al sida, y su paulatino desarrollo y evolución que ha permitido una simplificación de las pautas antirretrovirales y una menor toxicidad. Por lo que respecta a las asociaciones, destacaría la implicación del propio colectivo, de la comunidad del VIH, en participar de forma activa en las políticas que se fueron haciendo a nivel nacional primero y autonómico después. Como obstáculo la falta de voluntad política de visibilizar el VIH, de normalizar la enfermedad, de desvincularlo de los prejuicios y los tabúes sexuales y hacer que haya cada vez más ocultación y más invisibilidad entre el colectivo.

**¿Qué aspectos deberían ser prioritarios en la respuesta española frente al VIH en los próximos años?**

La misma necesidad que había hace 10 años: tiene que existir una voluntad real de abordar la prevención en poblaciones vulnerables como son los HSH y las mujeres heterosexuales, las cuales están completamente invisibilizadas. Por la experiencia en las asociaciones sabemos que hay muchas parejas heterosexuales en las que los varones están teniendo prácticas de riesgo fuera de la pareja estable lo que supone, a su vez, un aumento del riesgo de VIH para las mujeres. Por otro lado, sería importante que el sistema nacional de salud tome conciencia de que una sanidad pública de calidad es posible en España atendiendo a la confidencialidad, a los derechos de los pacientes y el acceso igualitario de todas las personas independientemente de la comunidad autónoma donde residan. La desmembración del estado en comunidades autónomas está haciendo que el principio de igualdad no sea viable; que la cartera de prestaciones sanitarias varíe entre comunidades; que no todas las personas tengan el mismo acceso y la misma calidad de atención, tanto en la primaria como la especializada, ni tan siquiera los recursos sanitarios son homogéneos a escala estatal para ofrecer una atención de calidad.

**A partir de tu experiencia, ¿cuál ha sido el avance más significativo y el obstáculo más importante en la respuesta frente al VIH en estas tres décadas?**

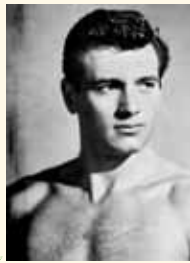
En mi opinión sería la aparición de los tratamientos de alta eficacia que han permitido una mejora en la esperanza y en la calidad de vida de las personas con VIH, pero no sólo su aparición y su mejora paulatina sino también el acceso a los mismos, por ejemplo en nuestro país a todo el mundo que los necesita, y a nivel mundial, se han realizado bastantes avances para que más gente pueda tener acceso al tratamiento aunque todavía falta mucho para llegar a este objetivo. El obstáculo más importante y relacionado con mi campo de trabajo sería el estigma que todavía rodea al VIH y la discriminación que conlleva. Éste sería el gran obstáculo reconocido tanto por ONUSIDA como por la mayoría de actores y que constituye la principal barrera para responder al resto de los retos asociados también al VIH.

**¿Qué aspectos deberían ser prioritarios en la respuesta española frente al VIH en los próximos años?**

A nivel español la prioridad tendría que ser doble: por un lado la calidad de vida, que en el caso de las personas con VIH se concreta en garantizar una asistencia médica de calidad a todos los niveles y, a su vez, garantizar todos sus derechos fundamentales porque de lo contrario sería difícil que las personas con VIH pudieran tener una mejor calidad de vida. Y por otro lado, el tema de la prevención a nivel de educación, dirigida a todos los actores y sectores de la población y, concretamente, a los más implicados en la epidemia. Es decir insistir en la prevención a través de la educación entendida ésta en su sentido más amplio (y no sólo a nivel escolar) es decir en cuanto a mensajes que se envían a la sociedad, a través de los medios de comunicación, de los discursos políticos, de campañas, etc.

# Cronología: 30 años de VIH

**1981** En junio se detectan extraños casos de neumonía entre hombres jóvenes en EE UU; en octubre se diagnostica en un hospital barcelonés un brote de sarcoma de Kaposi. Se consideran los primeros casos de sida –en el mundo y en nuestro país–, aunque aún no se ha acuñado la expresión ni se ha identificado el virus.



**1985** Rock Hudson, el actor que encarnó el sueño del perfecto galán, fallece en Beverly Hills. Tal vez, el primer rostro famoso de la pandemia.

**1988** Se instauro el 1 de diciembre como Día Mundial contra el Sida para centrar la atención de países, organizaciones y gobiernos en la epidemia.

**1989-90** En España, son los años de las campañas de promoción del uso del preservativo "Si Da" "No Da" y "Póntelo Póntelo", con airadas reacciones de los sectores más conservadores de la sociedad española.



**1982** Se empieza a usar la expresión 'síndrome de inmunodeficiencia adquirida' o

**SIDA**

para referirse a los casos de neumonía o Kaposi en personas previamente sanas.



**1986** Israel Pagalday es el primer niño seropositivo expulsado de un centro escolar en España. A los tres hermanos Ray, hemofílicos, se les prohíbe acudir a su colegio en Florida (EE UU). La discriminación a personas con VIH sigue presente en muchos aspectos.

**1991** El Tribunal Supremo reconoce por primera vez el derecho a indemnización tras una transfusión de sangre infectada. Surge el lazo rojo como símbolo de respeto a las personas con VIH. Magic Johnson anuncia que vive con VIH. El mundo del pop llora a Freddie Mercury.

1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995

**1983** Tras una enconada rivalidad entre equipos investigadores de Francia y EE UU, se identifica el virus que causa el sida; lo llaman HTLV de tipo III.

**1986** Un comité internacional establece que el nuevo patógeno se llamará virus de inmunodeficiencia humana (VIH).



**1989** Se inicia la colección musical RED, HOT... El artista norteamericano Keith Haring contribuye con sus obras a la campaña Silencio=Muerte de la organización ACT UP, líder de las reivindicaciones de personas con VIH en esa década. La iconografía de Haring sigue siendo un clásico de la lucha contra el sida.



**1992** Pepe Espaliú realiza la acción *Carrying* para llamar la atención sobre enfermos terminales de sida.

**1995** Aparece una nueva familia de fármacos conocida como inhibidores de la proteasa. Se crea el Instituto de Investigación del Sida IrsiCaixa.

**1993** Un Real Decreto establece las primeras ayudas a afectados por VIH en nuestro país. La película *Philadelphia* aborda por primera vez el tema del VIH en una producción comercial dirigida al gran público.



**1987** Se aprueba en EE UU el fármaco AZT –Retrovir–, el primero para tratar la enfermedad.

En España, se crea el Plan Nacional sobre el Sida.

Comienzan a funcionar los primeros teléfonos de información sobre el sida. Aparecen los primeros comités ciudadanos antisida y grupos de autoapoyo.



**1990** Nos deja el escritor Jaime Gil de Biedma, uno de los más destacados poetas de la generación de los cincuenta, 'después de una larga enfermedad'.



**1996** En la XI Conferencia Internacional del Sida (Vancouver) se presentan los primeros datos de uso de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). Se crea ONUSIDA. La escritora Susan Sontag publica *El sida y sus metáforas*.

**2001** Se aprueba la creación de un fichero relativo al Sistema de Información sobre Nuevas Infecciones (SINIVIH) —impugnado por las ONG por falta de garantías de confidencialidad—. En 20 años el sida ya se ha convertido en una de las enfermedades más devastadoras de la historia y la primera causa de muerte en países en desarrollo.



**2004** Comienzan a desarrollarse programas de seguimiento hospitalario virtual a personas con VIH. Se inicia el segundo ensayo de eficacia de una vacuna contra el VIH (STEP), que se interrumpiría tres años más tarde sin demostrar ninguna protección.



**2008** El Ministerio de Sanidad anuncia que garantizará el acceso gratuito a la reparación facial de la lipoatrofia. Se aprueba en España una pastilla que integra tres fármacos contra el VIH.

**2010** Tras numerosos fracasos, llega la primera prueba de que un microbicida vaginal es capaz de reducir en un 39% el riesgo de infección por VIH en mujeres (ensayo CAPRISA 004).

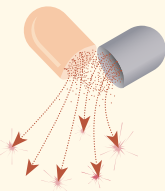
**2005** Se publica el pionero informe FIPSE, sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o SIDA.



**2000** Se constituye la Mesa Estatal de Minusvalías del VIH. Fallece la cantante Ofra Haza, reina de la *world music*.

1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011

**1997** La eficacia de los medicamentos hace caer un 25% los nuevos casos de sida en España.



Se pone en marcha en la prisión vasca de Basauri el primer programa de intercambio de jeringuillas. Se instaura el 18 de mayo como Día Mundial de la Vacuna contra el Sida.

**2002** Se aprueba la primera prueba rápida de detección del VIH. Barcelona es anfitriona de la XIV Conferencia Internacional del Sida. Comienzan su andadura REDVIH y CESIDA, las dos grandes plataformas de ONG de VIH en España. Empieza a operar el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.



**2009** Los resultados del ensayo RV144, realizado en Tailandia, suponen la primera prueba de eficacia en humanos de una vacuna experimental (el régimen utilizado consiguió una protección del 31%). Se levanta la prohibición de viajar a EE UU para personas con VIH.



**1998** Se inicia el primer ensayo de eficacia de fase III en humanos de una candidata a vacuna contra el sida (AIDSVAX).

**1999** Se identifica un tratamiento efectivo y asequible para reducir la transmisión del VIH de madre a hijo/a.

**2011** Se confirma el potencial de los antirretrovirales como herramientas de prevención de la transmisión del VIH. Se hacen públicos los resultados del primer ensayo español de una vacuna preventiva contra el sida. Varias administraciones autonómicas comienzan a desmantelar sus programas del sida. La crisis amenaza la continuidad de los programas nacionales e internacionales contra el VIH.



## La capacidad de lucha

### me caracteriza

Udiarraga García Uribe es un referente del activismo del VIH en Euskadi y en España. Coordina la asociación Itxarobide en Bilbao y es la presidenta de la Coordinadora Estatal de VIH-SIDA (CESIDA).



Si el VIH no estuviese tan estigmatizado socialmente sería una enfermedad

### como otra cualquiera



Dolo Alegría trabaja en la Asociación Murciana de VIH (AMUVIH)

**A partir de tu experiencia, ¿cuál ha sido el avance más significativo y el obstáculo más importante en la respuesta frente al VIH en estas tres décadas?**

Para mí han sido los adelantos constantes que se han producido en la medicación. En otras enfermedades esto no es así. Afortunadamente, en el campo del VIH, el tema farmacológico está en constante desarrollo. Siempre me ha costado aceptar el tema de la discriminación como un obstáculo. Sin embargo, cada vez me voy dando cuenta, conforme trabajo cada vez con más usuarios, de que hay mucha discriminación y miedo hacia la enfermedad. Si no existiesen esos prejuicios o discriminación sería una enfermedad normal. Tener el VIH no influye para nada en mi vida diaria; si la enfermedad no estuviese tan estigmatizada socialmente sería una enfermedad como otra cualquiera.

**¿Qué aspectos deberían ser prioritarios en la respuesta española frente al VIH en los próximos años?**

La formula la desconozco. Aunque lo pienso mucho, dado que es una responsabilidad de las ONG, es decir cómo hacer llegar nuestros mensajes, nuestras campañas a la sociedad, a la gente que, por otro lado, se muestran impermeables a nuestros mensajes, porque creen que con ellos esto no va. Hay que poner el acento en la prevención y en la información, pero cómo, no lo sé. Necesitamos una barita mágica que no tenemos. Uno de los elementos de la barita debería ser el económico porque obviamente sin recursos poco se puede hacer. En mi caso, he tenido que cerrar la sede de AMUVIH, lo cual es un ejemplo de que el dinero es fundamental. Las intervenciones, *counselling*, etc. los tengo que hacer en mi propia casa... Hay que destinar más dinero al VIH o el que se destine repartirlo mejor.

**¿Qué supuso para ti recibir el diagnóstico de VIH?  
¿Evolucionó tu percepción con el paso del tiempo?  
¿Cómo o qué te ayudó?**

Recibí el diagnóstico en 1987. Entonces no había demasiada información sobre el VIH, pero yo ya había vivido la muerte de un par de amigos. Por ello, para mí, supuso un diagnóstico de muerte, ya que es lo que estaba ocurriendo entonces en la sociedad. También supuso miedo y dolor.

Sinceramente, muy pronto comencé a informarme sobre la enfermedad y a hablar con otras personas como yo. La esperanza de vivir y de luchar enseguida fue una constante en mi manera de afrontar el nuevo estado serológico. El desarrollo de mi enfermedad ha tenido diferentes etapas y procesos, hasta llegar a hoy en día, que siento una plena aceptación de la enfermedad.

Mi familia, especialmente mi padre y mis amigos, fueron claves para afrontar el VIH. También la militancia y la ayuda mutua han tenido mucho que ver en mi crecimiento como mujer seropositiva. Fue clave el apoyo y la atención sanitaria del hospital de Galdakano, tanto de los médicos como del personal de enfermería.

**¿Cómo encaras el futuro?**

Siempre he sido una persona muy positiva, miro el futuro teniendo fe en la clínica y también siendo muy consciente de que las personas que estamos coinfectadas con hepatitis tenemos una situación sanitaria más complicada; sin embargo, si algo me caracteriza es la capacidad de lucha.

## Hay que promover la autoestima

### de las personas afectadas

**¿Ha evolucionado tu percepción con el paso del tiempo?**

Por supuesto, yo era toxicómano en aquella época y no me decidía a dar el paso, porque como estaba convencido de que me iba a morir continué unos años más... pero no me muero, no me muero, pues tendré que hacer algo. A partir de ahí fue cuando me planteé cambiar de vida. Empezaba a salir algún fármaco, estábamos mejor físicamente y, por supuesto, la percepción de la vida fue cambiado muchísimo. La decisión fue personal. Me dije: tengo que cambiar el tipo de vida que llevo. A pesar de estar prácticamente desvinculado a mi familia, cuando solicité su ayuda me la prestaron. También la encontré en Proyecto Hombre.

Encaro el futuro con muchas esperanzas, aunque estoy en un momento extraño porque también estoy en tratamiento psiquiátrico y para mí es algo totalmente nuevo. Nunca había tenido este tipo de problemas. Ahora quiero poder estabilizarme y continuar con las tareas que estaba realizando.

**¿Cuál crees que ha sido el avance más significativo de estos últimos 30 años?**

Evidentemente el aporte de todos los nuevos fármacos y lo que ha evolucionado la ciencia. Importantísimo para lo que ha sido nuestra calidad de vida.

**¿Y el obstáculo más importante?**

Tal vez el desconocimiento, la desinformación y la falta de implicación de los estamentos estatales, pienso que debería haber mucha más implicación en este tema.

**¿Qué aspectos consideras prioritarios en la respuesta española, frente al VIH en los próximos años?**

Información, información y más información. Que las personas que tienen prácticas de riesgo se puedan hacer la prueba del VIH. A través de la difusión de la información se tiene que conseguir eliminar el estigma, la discriminación y promover la autoestima de las personas afectadas.



**Jesús se hizo la prueba en 1988 porque veía que muchos compañeros, usuarios de drogas por vía parenteral, estaban cayendo. Se decidió y dio positivo. “Al principio, no sé si por falta de tacto, por miedo o por qué, el médico que me dio el diagnóstico me dijo que tenía entre 3 y 6 meses de vida.”**

# El estigma y la discriminación asociados al VIH/sida

es la asignatura pendiente



Juan Ramón es presidente de la asociación OMSIDA de Zaragoza y miembro de la Comisión Ejecutiva de la Coordinadora Estatal de VIH-SIDA (CESIDA)

## A partir de tu experiencia, ¿cuál ha sido el avance más significativo y el obstáculo más importante en la respuesta frente al VIH en estas tres décadas?

Es difícil destacar solo un aspecto positivo. Voy a comentar tres que considero importantes: Uno de los más destacable es el avance en el concepto de visión integral de la salud. En este sentido, las aportaciones del movimiento antisida han sido clave en la consideración de la salud no sólo como un problema clínico-sanitario, sino como un fenómeno integral que engloba dimensiones clínicas y biológicas, sociales y psicológicas. Y aún de mayor alcance, como la consideración de la salud como uno de los derechos humanos básicos.

Otro aspecto importante son las campañas, estudios, talleres, jornadas, etc. de sensibilizaciones a favor de la normalización y la tolerancia social del VIH, en contra del estigma y la discriminación que se encuentran asociados a la enfermedad y en defensa de los derechos de las personas afectadas por el VIH/sida.

Por último, me gustaría destacar el activismo y la formación continua en las ONG de las personas que se han implicado en el conocimiento sobre fármacos, sobre los efectos secundarios, etc. en una lucha por la supervivencia y el aprendizaje siempre en estrecha colaboración con los médicos.

Como obstáculo principal destacaría el estigma y la discriminación asociados al VIH/sida, es la asignatura pendiente, lo que entendemos como "sida social". Mientras sigan las prácticas discriminatorias y el estigma no se frenarán las nuevas infecciones ni se normalizará el VIH.

## ¿Qué aspectos deberían ser prioritarios en la respuesta española frente al VIH en los próximos años?

Es importante contar con la participación de las personas con VIH y de las ONG que las representan a la hora de diseñar políticas y estrategias para frenar el avance de la infección por VIH y para tener un conocimiento de lo que está pasando en la sociedad.

Por otra parte, el diagnóstico precoz es una de las líneas de trabajo prioritarias en la que aún queda mucho trabajo pendiente y, como sabemos, es una de las nuevas vías de prevención.



# Mirar al futuro sin olvidar el pasado: Los principios de Denver

La idea de que las experiencias de las propias personas con VIH deberían ser parte fundamental de la respuesta al sida fue expresada públicamente por primera vez en 1983 en la ciudad de Denver (Colorado, EE UU), en lo que se conoce como los 'Principios de Denver'. Esta declaración (en la que se reivindicaba la sabiduría de la comunidad frente a la mera imposición de las decisiones de 'expertos') sentó las bases del movimiento ciudadano en defensa de los derechos y el empoderamiento de las personas con VIH, lo que se conoce como activismo social en sida. A pesar de las casi tres décadas transcurridas, en las que tanto la epidemia como la respuesta científica a la misma han evolucionado en gran medida, los principios allí declarados siguen resultando hoy en día tan relevantes y contundentes como lo eran entonces y siguen inspirándonos a todas aquellas personas que hemos hecho del activismo una forma de defender nuestra causa. A continuación reproducimos este manifiesto fundacional del activismo social en sida.

## LOS PRINCIPIOS DE DENVER (Declaración del comité asesor de las personas con sida)

Condenamos los intentos de etiquetarnos como "víctimas", un término que implica derrota. Sólo en ocasiones somos "pacientes", un término que implica pasividad, desamparo y dependencia de los cuidados de otras personas. Somos "personas con sida".

## RECOMENDACIONES PARA TODAS LAS PERSONAS

1. Apóyanos en nuestra lucha contra aquellas personas que quieren echarnos de nuestros trabajos, expulsarnos de nuestros hogares, que se niegan a tocarnos o que nos separan de nuestras personas amadas, nuestras comunidades o nuestros iguales. Los datos disponibles no respaldan la hipótesis de que el sida pueda propagarse a través de un contacto social casual.
2. No conviertas a las personas con sida en un chivo expiatorio, no nos culpes de la epidemia ni generalices sobre nuestro estilo de vida.

## RECOMENDACIONES PARA LAS PERSONAS CON SIDA

1. Establece comités que elijan sus propios representantes, para tratar con los medios de comunicación, para elegir su propia agenda y para planificar sus propias estrategias
2. Participa en todos los niveles de toma de decisiones y, de forma específica, procura estar en las juntas directivas de las organizaciones proveedoras de servicios médicos.
3. Forma parte de todos los foros sobre sida con la misma credibilidad que el resto de los participantes, con el fin de compartir vuestras propias experiencias y conocimiento.
4. Sustituye las prácticas sexuales que pueden ponerte en peligro a ti o a tus parejas por otras de menor riesgo. Creemos que las personas con sida tienen la responsabilidad ética de informar a sus posibles parejas sexuales de su estado de salud.

## DERECHOS DE LAS PERSONAS CON SIDA

1. Derecho a disfrutar de una vida sexual y emocional tan completa y satisfactoria como la de cualquier otra persona.
2. Derecho a recibir un tratamiento médico y unos servicios sociales de calidad sin sufrir ningún tipo de discriminación, entre las que se incluyen la orientación sexual, el sexo, el diagnóstico [de VIH], el estado económico o la raza.
3. Derecho a recibir unas explicaciones detalladas de todos los procedimientos médicos y sus riesgos, para poder elegir o rechazar las modalidades de tratamiento, para negarse a participar en una investigación sin poner en peligro su tratamiento y para tomar decisiones informadas respecto a sus vidas.
4. Derecho a que se garantice la privacidad y confidencialidad de su historial médico; a la dignidad humana; y a elegir quiénes son sus personas 'allegadas'.
5. Derecho a poder morir —y VIVIR— con dignidad.



# Ejercicio físico y esperanza de vida

Los resultados de un estudio llevado a cabo en Taiwán con la participación de más de 400.000 personas entre 1996 y 2008 son claros: realizar ejercicio físico reduce el riesgo de morir y el de padecer cáncer. De hecho, los investigadores concluyeron que sólo con realizar 15 minutos diarios de ejercicio moderado se redujo la mortalidad en un 14% y se aumentó la esperanza de vida en 3 años.



Además, cada 15 minutos de ejercicio diario adicionales disminuyeron la mortalidad en un 4% y la mortalidad asociada a cáncer en un 1%. Esta relación se mantuvo hasta el límite de 100 minutos diarios de ejercicio.

Los beneficios observados en el estudio taiwanés fueron similares en todos los subgrupos de población analizados, independientemente de la edad o el sexo, llegando, incluso, a producirse en personas con factores de riesgo cardiovascular, en las que, por lo general, se suele dudar sobre la idoneidad de la práctica de ejercicio físico.

## ¿Pueden ser estos resultados extrapolables a personas con VIH?

Los beneficios observados en el estudio de Taiwán, realizado con una gran muestra representativa de la población general, podrían ser todavía

mayores en personas que viven con VIH. La causa de esta afirmación radicaría en que la infección suele asociarse a una mayor incidencia de problemas cardiovasculares —muchos estudios han mostrado el efecto positivo de ejercitarse para mejorar el sistema cardiovascular— y algunos tipos de cáncer, enfermedades cuyo impacto se redujo en las personas que practicaban a partir de 15 minutos diarios de ejercicio en el estudio taiwanés.

## Actividades físicas moderadas

El ejercicio físico moderado no presupone una gran condición física previa. De hecho, por definición, implica el uso de entre el 40% y el 70% de la capacidad de nuestro cuerpo para captar oxígeno, por lo que el concepto de ejercicio físico moderado variará a medida que nuestra condición física

mejore, precisamente, por la adaptación de nuestro cuerpo a la práctica del ejercicio.

Así, si partimos de un período prolongado de inactividad física, el simple hecho de subir escaleras o caminar rápido (a una velocidad de unos 5 km/h) son actividades susceptibles de ser contabilizadas en nuestro “cronómetro” de los 15 minutos diarios de ejercicio. Se trata de concienciarse y hacer un hueco en nuestras apretadas agendas para incluir el hábito de ejercitarnos.

Caminar hasta nuestro trabajo, aunque sólo sea una parte del trayecto, puede suponer un incremento de la actividad física a tener en cuenta, ya que, por tratarse de una actividad diaria, incrementaría rápidamente el tiempo de ejercicio al final de la semana.

Otra oportunidad destacable es evitar el uso de las escaleras mecánicas, decantándonos por la escalera “de toda la vida”. Subir escaleras es una actividad que, aparte de mejorar nuestra condición física aeróbica —mejorando las funciones respiratoria y cardíaca—, fortalece la musculatura de nuestras piernas.

En general, se trata de hallar alternativas a acciones que, de forma inconsciente, llevamos a cabo en el marco de una vida moderna que nos arrastra a la inactividad física. Cabe tener en cuenta que nuestro organismo está preparado para una vida activa, ya que los progresos que nos abocan al sedentarismo —coches, transporte público o escaleras mecánicas, entre otros— son muy recientes y la adaptación del cuerpo humano a los cambios es un proceso muy lento que precisa del transcurso de muchas generaciones. Así, la idea se podría resumir en que nuestro cuerpo está más diseñado para la vida en el campo físicamente activa de nuestros ancestros que para la vida sedentaria urbana del siglo XXI que llevan muchas personas actualmente.

Otras actividades interesantes serían planificar excursiones a la montaña durante el fin de semana, acostumbrarse a pasear o ir a bailar. Son maneras de aunar ocio y ejercicio y pueden ser opciones a tener en cuenta para comenzar nuestra lucha contra el sedentarismo.

### Ejercicio físico de mayor intensidad

Dado que el estudio muestra beneficios del ejercicio físico hasta los 100 minutos diarios, más de hora y media al día, algunas personas pueden decidir un cambio de vida que implique el hábito de practicar deporte. De hecho, la mejora de la condición física generada por el paso del sedentarismo a la actividad, descrito en el anterior apartado, puede generar cierta "adicción", ya que aumenta la energía del cuerpo y la sensación de bienestar.

Debido a los beneficios mostrados por el estudio en personas con problemas cardiovasculares, los deportes más recomendables serían aquellos con elevada componente aeróbica, aunque algunos estudios también han apuntado grandes beneficios derivados de ejercicios menos aeróbicos —como, por ejemplo, levantar pesas o utilizar máquinas en el gimnasio—. Dependiendo de la edad y otras características de cada persona, como por ejemplo la presencia de alguna enfermedad crónica, puede ser recomendable consultar con el médico la idoneidad del deporte que se pretende realizar.

La natación suele ser uno de los deportes aeróbicos más recomendables, ya que el agua minimiza la carga que supone para nuestras articulaciones la realización de ejercicio, y se trata un deporte en el que trabaja la práctica totalidad de los grupos musculares de nuestro cuerpo. En personas con sobrepeso, resulta especialmente recomendable,

« Dependiendo de la edad y otras características de cada persona, como por ejemplo la presencia de alguna enfermedad crónica, puede ser recomendable consultar con el médico la idoneidad del deporte que se pretende realizar. »

ya que el agua reduce el peso del cuerpo minimizando el riesgo de lesionarse.

Correr, también conocido como hacer *jogging* o *footing*, es un ejercicio que implica una elevada capacidad aeróbica. Consume mucha energía, pero tiene el inconveniente de su elevado impacto sobre las articulaciones de las piernas. Es importante una buena selección del calzado y evitar, en la medida de lo posible, correr en superficies duras.

El ciclismo presenta ciertas ventajas respecto al *jogging*, ya que, al no conllevar impactos en las articulaciones, el riesgo de lesionarse es muy bajo. Una desventaja respecto a los otros dos deportes aeróbicos previamente descritos es el menor número de músculos que trabaja, ya que se centra casi exclusivamente en las piernas.

En los últimos tiempos han aparecido nuevas máquinas para el trabajo aeróbico, entre las que destacan la máquina de remo y la elíptica, por su diseño adaptado a minimizar algunos

problemas asociados a la realización de los ejercicios aeróbicos tradicionales.

La máquina de remo genera movimientos de poco impacto articular y no sobrecarga el corazón porque estos se realizan sentado. Otra ventaja es que, dada la naturaleza del movimiento, se trabajan numerosos grupos musculares. Es importante que un monitor te muestre cómo utilizarla correctamente, ya que un mal uso puede producir problemas de espalda.

La elíptica es una de las últimas máquinas aeróbicas desarrolladas y ha alcanzado un éxito considerable. Imita los movimientos de la carrera pero sin impactos contra el suelo, produciendo un ejercicio parecido al de personas que realizan esquí nórdico. Se trabajan brazos y piernas, por lo que se considera una máquina muy completa.

### Ejercitarse para vivir más

Como has podido observar, las opciones para ejercitarse, así como los niveles de intensidad, son muy variados y adaptables a cada persona. El aumento de la esperanza de vida y la reducción de las muertes por cáncer, efectos ambos derivados de la práctica de ejercicio, pueden resultar muy beneficiosos para la comunidad con VIH, como se comentó anteriormente. Desde *LO+POSITIVO* te animamos, si es que todavía no realizas actividad física, a que te pongas manos a la obra e inicies tu particular abandono del sedentarismo.

### Referencia:

Wen CP, Wai JP, Tsai MK, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet*. 2011 Oct 1;378(9798):1244-53. Epub 2011 Aug 16.

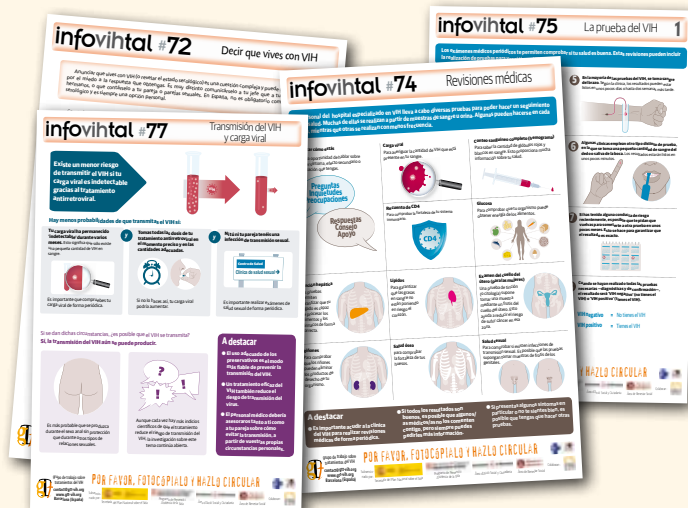
# Infovihtal: los básicos

Nueva serie de fichas de información básica sobre el VIH, cinco fichas de texto y cinco en formato gráfico.

Entre los temas tratados en esta ocasión, están las revisiones médicas más comunes, la prueba del VIH y datos sobre su transmisión; también se abordan cuestiones relevantes para hombres que practican sexo con otros hombres y para trabajadores/as sexuales. También está disponible información sobre hepatitis B, tuberculosis o salud mental.

Todas la fichas están publicadas en español y traducidas y adaptadas al inglés, francés, portugués, árabe, ruso, rumano y wolof.

Disponibles en: [www.gtt-vih.org/aprende/publicaciones/infovihtal](http://www.gtt-vih.org/aprende/publicaciones/infovihtal)





# Las caricias más profundas: masturbación

## Autoerotismo, el placer al alcance de tu mano (parte II)

En la edición pasada de *LO+POSITIVO* ofrecimos la primera parte de este artículo, en el que hicimos algunas propuestas para potenciar la sensualidad y experimentar algunos momentos de placer íntimo a través de las caricias: un ligero masaje a vuestros pies o manos, una ducha caliente y aromática, un abrazo a nosotros/as mismos/as son algunos de los consejos para alimentar nuestro erotismo, que (por diversos motivos físicos, emocionales y/o sociales) en ocasiones puede estar “adormilado”. No olvidemos que la sexualidad está presente desde que nacemos y hasta el momento de nuestra muerte, por ello, hay que vivirla buscando el placer y el bienestar. Esa es nuestra apuesta y para ello seguiremos con algunas ideas más... más orgásmicas.



El orgasmo no tiene por qué ser el fin último, lo importante es que disfrutes en el proceso y si llega, está bien. La idea principal es disfrutar de autoerotismo sin culpa y sin temor. Quizá para los hombres masturbarse sea más común que para las mujeres porque desde hace siglos la sexualidad femenina ha sido más reprimida socialmente. Además, los órganos sexuales pélvicos masculinos están “más a la mano”. Seguro que ellos identifican sin problema en dónde está la cabeza de su pene (el glande) y el placer que se obtiene al estimularlo; no obstante, localizar el clítoris o el Punto G resulta un poco más complicado.

### Los estímulos sexualmente efectivos

El preámbulo de la masturbación es importante. Te sugerimos que dediques un tiempo —aunque sea breve— para

hacer volar tu imaginación y buscar estímulos efectivos para excitarte, es decir:

a) Busca que el espacio colabore en tu tarea. Elige un sitio que evoque alguna fantasía sexual o te recuerde a alguien o algo que te resulte estimulante. Hazlo tuyo armonizándolo con velas, aromas suaves y excitantes o como más te apetezca, cada quien conoce mejor sus propios gustos.

b) Utiliza objetos de apoyo. Revistas, fotografías, videos, plumas, ropa, antifaces, juguetes sexuales, vibradores, lubricantes, etc.

Los ingredientes más importantes son tu imaginación y las fantasías. Éstas son las invitadas a compartir sólo contigo de ese momento placentero, seguro e íntimo.

### Las caricias más profundas: masturbación

Seguramente a todos/as nos suena eso de que “si te masturbas te saldrán pelos en las manos” o “te quedarás ciego/a”. Es un acto que, desafortunadamente está prohibido socialmente, pero que, no obstante, resulta muy importante en el desarrollo sexual y con el que aprendemos a conocernos mejor no solo físicamente sino también a saber qué y cómo nos gusta ser tocados/as. Así es que desde la infancia nos masturbamos como forma natural de conocernos.

Si ya has preparado el ambiente te aconsejamos:

- 1 Disfruta sin prisa del autoplacer.
- 2 El cuerpo es muy amplio, no te limites a los órganos sexuales pélvicos como la vulva y el pene; la piel, toda ella, nos ofrece una gran cantidad de sensaciones desde el dedo más pequeño

del pie hasta la cabeza. Recorre cada centímetro de tu cuerpo con tus dedos, una pluma o una flor y registra las sensaciones. O hazte tocamientos más fuertes, apretando y pellizcando los muslos de las piernas, las nalgas... Prueba qué te gusta y dónde.

- 3 Tu órgano sexual más importante es el cerebro ¡Y lo mejor! En ese momento no es que tengas que tener las ideas claras sino que debes dejar volar a tu imaginación. Suelta las riendas a las fantasías y deléitate soñando.
- 4 Si has decidido explorar tu vulva te sugerimos vayas poco a poco para lubricarla. Explora tus labios menores y pon especial atención al clítoris, es un órgano muy sensible y con alta capacidad de ofrecerte placer y orgasmos. La exploración de tu cuerpo puede ser más profunda estimulando la vagina con dedos, vibradores u objetos que a ti te parezcan excitantes, solo ten cuidado de no hacerte daño.
- 5 La masturbación del pene es más común. Por ello, nos permitimos sugerirles a los hombres que prueben otras zonas erógenas, principalmente la piel. Seguro que te resultará más gratificante sorprenderte con otras miles de posibilidades que te ofrece tu cuerpo.

Nuevamente esperamos que estos sencillos consejos te sirvan. Si te interesa que tratemos algún tema específico relacionado con la sexualidad, puedes enviarnos un mensaje a: [contact@gttvih.org](mailto:contact@gttvih.org).

Belinda Hernández es sexóloga educadora y periodista.

# Longevidad: genes y estilo de vida

En muchas ocasiones se ha destacado la importancia del estilo de vida para alcanzar un buen estado de salud. De hecho, algunos expertos consideran que, por ejemplo, la longevidad está relacionada en un 25% con los genes de la persona y en un 75% con su estilo de vida.

En esta línea, un estudio estadounidense evaluó la influencia de cuatro factores (no haber fumado nunca, llevar una dieta saludable, tener unos niveles adecuados de actividad física y consumir alcohol de forma moderada) sobre la mortalidad de una muestra representativa de la población general formada por 16.958 personas.

La dieta seguida por los participantes se analizó por medio de una escala centesimal que tenía en cuenta algunos factores clave de la alimentación: cereales, frutas, verduras, lácteos, carnes, tipos de grasas, colesterol, sodio y variedad.

Las personas que llevaban una vida saludable —en base a los parámetros analizados— presentaron un riesgo de morir durante los 18 años de seguimiento del estudio un 63% inferior al de aquellas que no alcanzaban niveles saludables en ninguno de los cuatro parámetros. Asimismo, el riesgo de morir por cáncer fue un 65% inferior en el grupo con estilo de vida saludable.

Al clasificar a los participantes en subgrupos en función del estilo de vida, se observó una clara relación entre estilo de vida más saludable y menor mortalidad, así como menor incidencia de muerte por enfermedades cardiovasculares.

En personas con VIH, dado el impacto negativo a diversos niveles que la infección tiene sobre la salud, cambiar aquellos factores de riesgo modificables asociados al estilo de vida —tales como los cuatro que se evalúan en el estudio— puede tener consecuencias importantes sobre la esperanza de vida, por lo que sería muy recomendable plantearse una vida más sana.

## Abandonar los malos hábitos

Los cuatro factores evaluados en el estudio se consideran los pilares básicos de una vida sana, por lo que sería con-



veniente cumplirlos todos, aunque sea necesario incorporarlos de uno en uno.

El tabaquismo, dado su pernicioso impacto, sería quizás el primer factor que se debería atajar. Algunos centros sanitarios cuentan con programas de ayuda para dejar de fumar. Si te has propuesto dejarlo, tu médico te puede recomendar la participación en alguno de ellos o el uso de productos tales como los parches de nicotina, chicles o cigarrillos electrónicos.

Llevar una alimentación saludable, en realidad, no es tan difícil. El problema suele radicar en cómo detener los malos hábitos alimentarios, que suelen crear una especie de "adicción". Acostumbrarse a comer frutas y verduras a diario, reducir el consumo de carnes rojas e incrementar el de carnes blancas y pescado azul, así como optar claramente por el aceite de oliva virgen en ensaladas —e incluso para cocinar— sería el camino a seguir hacia una dieta ideal para nuestra salud.

El consumo moderado de alcohol más saludable sería el asociado a tomar,

por ejemplo, una cerveza o una copa de vino diarias. Evitar el consumo de bebidas destiladas, que no aportan tantos antioxidantes como las fermentadas y que, además, incrementan rápidamente la ingestión de alcohol superando el umbral de un consumo moderado, nos haría más sencillo llegar al objetivo de la moderación.

Finalmente, la realización de ejercicio físico es un asunto de fuerza de voluntad y planificación. Realizar un chequeo médico antes de iniciar la práctica de un deporte y contar con la ayuda de un monitor —al menos los primeros días— serían las recomendaciones básicas para asegurar una práctica deportiva saludable.

**Referencia:** FORD ES, ZHAO G, TSAI J, LI C. *Low-risk lifestyle behaviors and all-cause mortality: findings from The National Health and Nutrition Examination Survey III Mortality Study*. *Am J Public Health*. 2011 Oct;101(10):1922-9. doi: 10.2105/AJPH.2011.300167. Epub 2011 Aug 18.

Sólo el 40% de las personas con VIH  
tienen acceso al tratamiento

**10 millones aún no**

**¿y si hubiera para todos?**



Accede a la información  
con tu smartphone

**Entra en:**  
[www.saludporderecho.org/ysihubieraparatodos](http://www.saludporderecho.org/ysihubieraparatodos)

**SALUD**  
por  
**DERECHO**  
Right to health foundation



# Breve historia del tratamiento del VIH

Este repaso a la evolución del tratamiento del VIH no pretende ser una relación completa de hechos históricos, sino un breve compendio que ayude a situar en el tiempo los principales avances en este campo desde una visión comunitaria y muy particular. Las fechas de aprobación de los fármacos son las correspondientes a EE UU, el primer país donde habitualmente se comercializan los antirretrovirales. En España, suelen estar disponibles algo más de un año después.

1981: Los Centros para el Control de las Enfermedades de EE UU (CDC, en sus siglas en inglés) describen cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* y varios casos de sarcoma de Kaposi. 1982: La nueva enfermedad recibe el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida). 1983: Se descubre el virus que causa el sida. 1985: Se comercializa el primer test ELISA para diagnosticar la infección. 1986: El virus recibe el nombre de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Estos primeros años de epidemia están marcados por el nacimiento de lo que hoy conocemos como activismo en tratamientos del VIH, que surge en EE UU fruto de la reacción de jóvenes, mayoritariamente homosexuales, que ven cómo una enfermedad desconocida se propaga de forma incontrolada produciendo un número muy elevado de muertes en dicha comunidad. Partiendo de la experiencia del movimiento asociativo por la defensa de los derechos de gays y lesbianas nacen rápidamente grupos como ACT UP. Sus demandas, dirigidas a laboratorios farmacéuticos y organismos gubernamentales —como la Agencia de la Alimentación y el Medicamento de EE UU (FDA, en sus siglas en inglés)—, se centran en el acceso temprano a fármacos experimentales y en la aceleración de los procesos de aprobación. Urgen medicamentos eficaces para el tratamiento de las enfermedades oportunistas y otros que actúen directamente contra el VIH. En ese momento, nada detiene la progresión de la infección.



- 1987 Retrovir
- 1991 Videx
- 1992 Hivid
- 1994 Zerit
- 1995 Invirase
- 1995 Epiriv
- 1996 Norvir
- 1996 Crixivan
- 1996 Viramune
- 1997 Viracept
- 1997 Combivir
- 1998 Sustiva
- 1998 Ziagen
- 1999 Agenerase
- 2000 Kaletra
- 2000 Trizivir
- 2001 Viread
- 2003 Fuzeon
- 2003 Reyataz
- 2003 Telzir
- 2003 Emtriva
- 2004 Kivexa
- 2003 Truvada
- 2005 Aptivus
- 2006 Prezista
- 2006 Atripla
- 2007 Celsentri
- 2007 Isentress
- 2008 Intelence
- 2011 Edurant

1987. Se aprueba AZT (zidovudina, *Retrovir*) y un test de diagnóstico del VIH más sensible, llamado Western blot.

La zidovudina o AZT (*Retrovir*) es el primer antirretroviral que recibe aprobación. El tratamiento consiste en dosis muy elevadas y su toxicidad, especialmente la anemia, constituye un gran problema. Entre la comunidad de personas con VIH se extiende una corriente de escepticismo sobre su efectividad, hasta el punto de que algunas personas, a pesar de tener acceso, deciden no tomar AZT. La extraordinaria presión de los activistas estadounidenses logra convencer a la FDA para que cambie el paradigma de desarrollo y aprobación de fármacos vigente durante muchos años. Así, en 1988 dicha agencia implementa nuevas regulaciones para acelerar la aprobación de terapias prometedoras. Ese mismo año aprueba o autoriza la distribución previa de fármacos para enfermedades oportunistas como trimetrexato (para el tratamiento de la neumonía por *Pneumocystis carinii* en personas que no toleran el tratamiento estándar), los interferones alfa Intron A y Roferon A (sarcoma de Kaposi) y ganciclovir, *Cytovene* (retinitis por citomegalovirus).

Se empieza, también entonces, a administrar profilaxis para prevenir infecciones oportunistas en personas con recuentos de CD4 bajos. En este sentido, en 1989 se autoriza el acceso temprano al aerosol de pentamidina para prevenir la neumonía, y un año más tarde la agencia norteamericana aprueba fluconazol (*Diflucan*) para el tratamiento de dos infecciones graves asociadas a sida: la meningitis criptocócica y la candidiasis. Sin embargo, la progresión de la infección sigue sin poder

controlarse, con lo que aumentan las personas con sida que requieren hospitalización y que finalmente fallecen.

« La extraordinaria presión de los activistas estadounidenses logra convencer a la FDA para que cambie el paradigma de desarrollo y aprobación de fármacos vigente durante muchos años. »

1991: La FDA aprueba ddI (didanosina, *Videx*). 1992: Se aprueba ddC (zalcitabina, *Hivid*). 1994: d4T (estavudina, *Zerit*).

Nuevos antirretrovirales de la misma familia que AZT (inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido, ITIN) reciben aprobación para su uso en monoterapia o bien en combinación. Una de las primeras biterapias es la compuesta por AZT y ddC (zalcitabina, *Hivid*), otro fármaco con elevada toxicidad que tendría una vida relativamente corta. Como resultado de los cambios promovidos desde el activismo, en 1992 se ofrece acceso en EE UU a un antirretroviral en desarrollo de forma paralela a la de los estudios reguladores en curso. El fármaco es d4T (estavudina, *Zerit*) y a esta modalidad de uso temprano, que sirve también para recoger datos de forma simultánea en los grandes estudios de fase III, se le llamará en adelante acceso expandido experimental y, de forma parecida, se llevará a cabo con los siguientes antirretrovirales en desarrollo. Este modelo de acceso permitió que muchas personas pudieran tomar d4T dos años antes de que su uso fuera aprobado.

Sin embargo, a pesar de la aparición de nuevos antirretrovirales, los primeros años noventa son muy duros. En España muchos hospitales se ven desbordados por el aumento del número de personas con sida que requieren atención hospitalaria. El tratamiento simultáneo de diversas infecciones oportunistas en personas inmunodeprimidas resulta

muy complejo. Una de ellas, la infección por citomegalovirus (CMV), causa desprendimiento de retina y ceguera, entre otras complicaciones graves. Algunas personas pierden visión en uno o ambos ojos. En algunos casos, la ceguera es total. En 1991, la FDA aprueba foscarnet (*Foscavir*) para el tratamiento del CMV, lo que consigue retrasar la progresión en algunos casos que previamente habían sido tratados con ganciclovir sin éxito. No obstante, la toxicidad es elevada, pudiendo alterar gravemente la función renal. Su administración intravenosa requiere ingreso hospitalario e hidratación masiva.

Otro tipo de infecciones, esta vez bacterianas, afectan de forma muy agresiva a personas con sida. Se agrupan bajo la denominación MAC (*Mycobacterium Avium Complex*), siglas que pasan a formar parte del imaginario del sida mortal. Dos nuevos antibióticos para prevenirlas o tratarlas, rifabutin (*Mycobutin*) y claritromicina (*Biaxin*), reciben aprobación en EE UU en 1992 y 1993, respectivamente. En 1994, la FDA autoriza el uso de cotrimoxazol (*Seprin, Bactrim*) para prevenir la neumonía por *Pneumocystis carinii*. En la segunda mitad de los años 90 muchas personas con VIH añaden esta profilaxis a su tratamiento antirretroviral.

En un momento de máxima discriminación de las personas con VIH, la pérdida de peso o caquexia que caracteriza el sida se convierte, además de en estigma social, en un importante reto médico. Para ayudar a recuperar peso se comercializan fármacos como dronabinol (*Marinol*) y acetato de megestrol (*Megace*).

Sin que los nuevos antirretrovirales consigan controlar la carga viral y detener la progresión del VIH, distintas compañías farmacéuticas se vuelcan en la investigación de nuevas dianas terapéuticas, como la proteasa o la integrasa, además de la transcriptasa inversa.

Una tecnología experimental llamada prueba de carga viral empieza a incorporarse como herramienta de investigación a principios de los 90. Durante la segunda mitad de la década, empezará a usarse en la práctica clínica. Sin estas pruebas, puede que nunca se hubiera desarrollado la terapia antirretroviral.

Empieza la era del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA). 1995: La FDA aprueba saquinavir (*Invirase*) y 3TC (lamivudina, *Epivir*).

1996: Aprobación de ritonavir (*Norvir*), indinavir (*Crixivan*) y nevirapina (*Viramune*). 1997: Nelfinavir (*Viracept*); delavirdina (*Rescriptor*); AZT y 3TC en una cápsula (*Combivir*) y una nueva formulación de saquinavir (*Fortovase*). 1998: Efavirenz (*Sustiva*) y abacavir (*Ziagen*). 1999: Amprenavir (*Agenerase*).

En 1995, con la aprobación del primer inhibidor de la proteasa (IP — saquinavir (*Invirase*)— por parte de la FDA, se produce un giro radical en el tratamiento del VIH. El empleo del fármaco, en combinación con dos ITIN, consigue reducir la carga viral y producir aumentos notables de CD4. Se ofrece acceso fuera de los ensayos clínicos y se aprueba en EE UU en un tiempo record. La agencia estadounidense tardó sólo 97 días en revisar el expediente presentado por la compañía.

Durante la XI Conferencia Internacional del Sida, celebrada en Vancouver (Canadá) en 1996, se dan a conocer los resultados más esperanzadores vistos hasta entonces: existe la posibilidad de tratar el VIH con terapias combinadas (un IP más dos ITIN) y detener la progresión de la enfermedad. Son años de un gran optimismo, en los que se constata la recuperación rápida de muchas personas con sida. La euforia es tal que las teorías sobre la erradicación del virus cobran fuerza. El eslogan "*Hit hard, hit early*", acuñado por el Dr. David Ho, resume una estrategia que consiste en tratar lo antes posible y de la forma más agresiva, con la esperanza de que el virus puede llegar a eliminarse. Durante un tiempo se impone este abordaje, mientras progresivamente llegan nuevos IP al mercado, como ritonavir (*Norvir*), indinavir (*Crixivan*), nelfinavir (*Viracept*) y una nueva formulación de saquinavir (*Fortovase*). Un nuevo ITIN conocido con el nombre de 3TC se aprueba, primero en solitario (*Epivir*) y, más tarde, coformulado con AZT en lo que sería la primera combinación de dos antirretrovirales en una sola cápsula (*Combivir*).

Pronto se comprueba que el restablecimiento del sistema inmunitario, gracias a la supresión duradera de la replicación viral, permite retirar, en determinados casos, las profilaxis para prevenir infecciones oportunistas, lo que supone reducir la carga de medicación. Nuevos fármacos para el tratamiento de estas enfermedades ven la luz en este periodo.



La euforia, sin embargo, dura poco tiempo puesto que el objetivo de la curación a corto plazo se aleja, al tiempo que aparecen los primeros informes de toxicidad grave asociada al uso de las nuevas terapias. Ya en junio de 1995, la FDA dirige una carta a médicos y profesionales sanitarios en la que se describen casos de aparición o exacerbación de diabetes *mellitus* e hiperglucemia en personas con VIH que toman tratamiento con inhibidores de la proteasa. Un año más tarde, otra misiva similar da cuenta de 15 casos de sangrado espontáneo en personas con VIH y hemofilia que también tomaban terapias con IP.

La complejidad de la toma de los tratamientos, de hasta tres o más veces diarias y con restricciones alimenticias, requiere una gran disciplina. La tolerancia es mala en general (con síntomas como náuseas, vómitos, diarrea, sequedad de la piel, fatiga extrema, exantema cutáneo, calambres y dolor en pies y manos, etc.). Es un momento muy duro. En España, además del apoyo de tipo psicosocial que las ONG dan a las personas con VIH, se hace patente la necesidad de proporcionar información biomédica y acompañamiento en la toma de decisiones sobre la propia salud y la relación con el sistema sanitario.

A partir de 1996 se extiende progresivamente entre los países occidentales el uso de pruebas de carga viral en la práctica clínica, aunque en España no se generaliza hasta unos años más tarde. El test disponible puede medir a partir de 400 o 500 copias de ARN de VIH por mililitro de sangre. Se introduce el concepto de fracaso virológico y la medición de carga viral pasa a ser, junto

con el recuento de CD4, un marcador principal de seguimiento de la progresión de la infección y de la eficacia del tratamiento antirretroviral. En cuanto al inicio del tratamiento, se produce otro cambio radical de estrategia y se retrasa hasta que resulta del todo imprescindible; es decir, hasta el límite de la inmunosupresión, establecido en un recuento de CD4 de 200 células/mm<sup>3</sup>.

En un momento de continua aprobación de fármacos contra el VIH y las enfermedades oportunistas, aparece una nueva familia de antirretrovirales —los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN)— que, como alternativa a los IP, ofrecen algo más de comodidad en la toma. Así, nevirapina (*Viramune*) y, más tarde, efavirenz (*Sustiva*), completan el arsenal terapéutico con el que se encara el nuevo siglo. Con el tiempo, este último se convertirá en uno de los fármacos más prescritos para el inicio del tratamiento. Sus efectos secundarios de tipo psiquiátrico, sin embargo, marcarán un periodo de la vida de muchas personas con VIH.

2000: La FDA aprueba la combinación de lopinavir y ritonavir (*Kaletra*); una nueva formulación gastrorresistente de ddl (*Videx EC*) y una combinación fija de tres fármacos en un comprimido: abacavir, AZT y 3TC (*Trizivir*). 2001: Tenofovir (*Viread*). 2003: T-20 (enfuvirtida, *Fuzeon*), atazanavir (*Reyataz*), fosamprenavir (*Lexiva* en EE UU y, más tarde, *Telzir* en Europa), FTC (emtricitabina, *Emtriva*). 2004: Las combinaciones de abacavir y 3TC (*Ezpicom* en EE UU y *Kivexa*, después, en Europa) y tenofovir junto a FTC (*Truvada*). 2005: Tipranavir (*Aptivus*).

Empieza el siglo con un gran desafío: el manejo de la toxicidad. Es ahora cuando los pacientes, de forma masiva, sufren las consecuencias de un síndrome que no fue detectado en los estudios llevados a cabo con los antirretrovirales y del que muy poco se sabe. Los cambios en la distribución de la grasa corporal, con acumulaciones en abdomen, pecho o cuello y pérdida de grasa subcutánea en extremidades y, sobre todo, en el rostro, configuran el nuevo estigma de la enfermedad que perdurará hasta la actualidad.

Uno de los primeros pasos hacia la simplificación del tratamiento ocurre entonces, con el uso de pequeñas cantidades de ritonavir como potenciador de otros IP. Este fármaco, cuyo empleo en dosis terapéuticas —altas— se abandona por su elevada toxicidad metabólica y gastrointestinal, encuentra un nuevo e imprevisto uso cuando se descubre que interacciona con otros IP inhibiendo su metabolización —eliminación del organismo—, lo que proporciona mayores y más prolongadas concentraciones en sangre del fármaco. Las cápsulas de 100 mg facilitan este nuevo uso. A efectos prácticos, esta interacción permite que las personas que toman, por ejemplo, indinavir (*Crixivan*) —uno de los IP más usados en el momento— puedan pasar de la dosificación de tres veces al día con restricciones alimenticias, a dos veces al día sin necesidad de tener el estómago vacío. A partir de entonces, prácticamente todos los IP se desarrollan potenciados con una dosis pequeña de ritonavir.

«La aparición en el mercado de un comprimido que incluye una terapia completa (Atripla) revoluciona el inicio del tratamiento y marca el futuro del desarrollo de antirretrovirales de primera línea.»

Otra de las preocupaciones importantes en el inicio del siglo es la aparición y acumulación de resistencias. El término terapia de rescate es propio de esta época, así como el acceso a nuevas pruebas de carga viral más sensibles. A partir de entonces, se entiende como carga viral indetectable, un resultado por debajo de las 50 copias/mL.

A la espera de nuevos antirretrovirales, hay personas que reciben combinaciones de 4, 5 o más fármacos sin que, en muchas ocasiones, se consiga supresión viral. Los IP lopinavir/ritonavir (*Kaletra*) y, más tarde, atazanavir (*Reyataz*), fosamprenavir (*Telzir*) y tipranavir (*Aptivus*), así como el inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleótido, tenofovir (*Viread*), aportan la ventaja



de ser activos frente a virus resistentes. Por otro lado, el acceso al primer inhibidor de la fusión, T-20 (enfuvirtida, *Fuzeon*), se convierte en crucial para algunas personas. Tal es la percepción de necesidad, que grupos de activistas de EE UU y Europa mantienen conversaciones con la compañía propietaria y las autoridades sanitarias para que aquellas personas que lo precisen puedan tomarlo antes de su aprobación. T-20 se convierte en el antirretroviral más caro de la historia y su uso en el más complejo. Se administra en forma de inyección subcutánea dos veces al día y ocasiona reacciones en la zona de inyección. No obstante, sirve para que algunas personas superen ese momento y puedan, más adelante, beneficiarse de nuevas combinaciones.

Durante este periodo, diversos estudios asocian la pérdida de grasa subcutánea (lipoatrofia) al uso de AZT y d4T. Las directrices oficiales de tratamiento incluyen progresivamente estos hallazgos con recomendaciones para evitar su uso. En los hospitales se empiezan a sustituir por abacavir o tenofovir y se consolida el empleo preferente de las combinaciones *Kivexa* y *Truvada* junto a un IP o ITINN.

2006: La FDA aprueba darunavir (*Prezista*) y la coformulación de efavirenz con emtricitabina y tenofovir (*Atripla*). 2007: Maraviroc (*Selzentry* en EEUU y, más tarde, *Celsentri* en Europa) y raltegravir (*Isentress*). 2008: Etravirina (*Intelence*). 2010: Nueva formulación de ritonavir (*Norvir*). 2011: Rilpivirina (*Edurant*).

La aparición de nuevos fármacos con actividad frente a virus resistentes marca la historia más reciente del tratamiento antirretroviral. La aprobación del primer inhibidor de la integrasa, raltegravir (*Isentress*), del primer

antagonista del correceptor CCR5, maraviroc (*Celsentri*), del primer ITINN de segunda generación, etravirina (*Intelence*), así como del IP darunavir (*Prezista*), facilitan que una gran mayoría de las personas con VIH que toman tratamiento antirretroviral alcancen y mantengan la carga viral indetectable.

« La otra cara de este momento óptimo es la creciente evidencia de las limitaciones del tratamiento antirretroviral que, por muy eficaz que sea en suprimir la carga viral en sangre, no consigue erradicar el VIH del organismo. »

La simplificación es también otro de los aspectos que destaca en este periodo. La aparición en el mercado de un comprimido que incluye una terapia completa (*Atripla*) revoluciona el inicio del tratamiento y marca el futuro del desarrollo de antirretrovirales de primera línea. El régimen de una sola toma diaria es ya una realidad para muchas personas, mientras que la comercialización de una nueva formulación de ritonavir (*Norvir*) que no precisa conservarse refrigerada constituye también un avance en cuanto a comodidad.

La tolerancia mejora y también se reduce la toxicidad a corto y medio plazo. Todo ello, junto con el resultado de estudios que alertan sobre los riesgos para la salud de una infección por VIH crónica y sin tratar, conducen a una

progresiva revisión de las directrices de tratamiento antirretroviral. Como consecuencia, el inicio se adelanta y el umbral por encima del cual se recomienda comenzar a tratar se establece en un recuento de CD4 de 350 células/mm<sup>3</sup>.

El nuevo ITINN rilpivirina (*Edurant*) —aprobado por la FDA en mayo de 2011— y el inhibidor de la integrasa elvitegravir, junto con un nuevo potenciador de antirretrovirales, cobicistat, estarán disponibles muy probablemente en Europa en un corto periodo de tiempo, así como una nueva formulación de nevirapina (*Viramune*) de una sola toma diaria. Varias combinaciones de antirretrovirales en un solo comprimido facilitarán su toma y ofrecerán más opciones para mantener la supresión viral.

En los próximos cinco años, otros nuevos antirretrovirales se sumarán a esta oferta; pero la otra cara de este momento óptimo es la creciente evidencia de las limitaciones del tratamiento antirretroviral que, por muy eficaz que sea en suprimir la carga viral en sangre, no consigue erradicar el VIH del organismo. El virus permanece latente en ciertos grupos de células denominados reservorios, de ahí que la terapia deba tomarse a diario sin interrupción.

Esta limitación, además de otros aspectos económicos como la sostenibilidad de esta estrategia a largo plazo, en un momento en que el número de personas que toman tratamiento antirretroviral en todo el mundo sigue incrementándose, ha dado pie a que grupos de científicos, inspirados por hallazgos prometedores, vuelvan a hablar de la curación del VIH como un objetivo por el que trabajar. Los enfoques son muy diversos y dependerá del esfuerzo al que gobiernos, compañías farmacéuticas y otros financiadores se comprometan, el que en los próximos años podamos hablar de nuevas formas de tratar o curar la infección por VIH.

Fuentes: FDA / Elaboración propia

SI TIENES **dudas** sobre el **uso de medicamentos** para tratar el **VIH**, puedes LLAMAR a:

**Consultas gTt Tel.: 934 582 641**

O FORMULAR TU CONSULTA EN:

**www.gtt-vih.org/consultanos**

# El paciente de Berlín

Timothy Brown ha entrado en la historia del VIH como el primer caso documentado de una curación. Tras cuatro años de ser conocido únicamente como el "Paciente de Berlín", en 2011, decidió salir del anonimato y actualmente es un activista en favor de la búsqueda de la cura de la infección por VIH. A pesar de que no es probable que el procedimiento al que fue sometido sea generalizable a todas las personas, ya que resulta demasiado caro y peligroso, sí que constituye una prueba de concepto de que es posible encontrar una cura contra esta infección, algo que hasta no hace mucho se ponía en duda.

A pesar de su sobrenombre, Timothy nació en Seattle, EE UU, aunque se trasladó a vivir a Berlín en 1991. En esa ciudad alemana recibió, cuatro años más tarde, el diagnóstico de VIH. Posteriormente, en 2006, fue diagnosticado también de una variante de leucemia que le obligó a someterse a una serie de dolorosos y peligrosos tratamientos con quimioterapia, que consiguieron mantener a raya al cáncer al principio.

Sin embargo, la leucemia reapareció y el médico que lo trataba (el doctor Gero Huetter, un hematólogo de la Universidad de Medicina de Berlín) recomendó que se realizara un trasplante de células madre. Este médico mantenía la teoría de que, si se reemplazasen las células inmunitarias de una persona por otras a las que el VIH no pudiera infectar, podría erradicarse el virus del organismo.

## Dos dolencias al mismo tiempo

De entre los más de 100 candidatos compatibles, se seleccionó un donante que presentaba una característica genética que hacía que sus células CD4 carecieran de un receptor denominado CCR5, necesario para que el VIH pueda entrar en dichas células e infectarlas.

Esto no suponía ningún riesgo adicional para Timothy. En realidad, en aquel momento, sus posibilidades eran bastante reducidas: el tratamiento podría matarlo, pero sin él tampoco sobreviviría. Por otro lado, si Huetter estaba en lo cierto, Timothy podría librarse de las dos dolencias al mismo tiempo. Según recuerda él mismo, en aquel momento le preocupaba más el cáncer que la infección por VIH.

Antes del trasplante, tuvo que someterse a una quimioterapia intensiva para eliminar su sistema inmunitario, lo que lo situó en una situación de riesgo de contraer una infección mortal.

A pesar de que superó con éxito el trasplante, 13 meses después volvió a surgir la leucemia y tuvo que someterse a una segunda intervención con las células madre seleccionadas. Desde entonces no ha vuelto a tomar ningún antirretroviral y su carga viral se mantiene indetectable.



Durante la CROI de 2008 se hizo público el caso de esta persona. Sin embargo, a pesar de que los datos eran asombrosos, apenas suscitó la atención de los medios de comunicación generalistas. Por su parte, muchos científicos aún creían que podía quedar algún reservorio con VIH capaz de emplear otro receptor (el CXCR4), que pudiera emerger y replicarse.

## Una posible curación

No fue hasta diciembre de 2010 en que la noticia de una posible curación se extendió de forma más general, cuando la revista *Blood* constató que Timothy había estado sin tomar fármacos antirretrovirales durante tres años y medio sin presentar ningún rastro del virus y con unos recuentos de CD4 normales.

No obstante, el propio Timothy reconoció que la percepción errónea de que ya se ha encontrado una cura podría acabar con los esfuerzos de captación de fondos para la investigación y mostró su preocupación por la ligereza

con la que muchos medios de comunicación trataron su historia, algo que podría dar falsas esperanzas a las personas con VIH.

También les gustaría que todo el mundo sepa que su experiencia no es aplicable a todas las personas y que lo que ha tenido que pasar él no se lo desea ni a su peor enemigo. Las distintas intervenciones le han provocado secuelas que aún perduran, aunque está mejorando poco a poco. Timothy afirma que para él resultó realmente importante contar con un apoyo emocional y menciona especialmente la ayuda que supusieron para él su madre y su expareja.

Timothy quiere convertirse en un activista de la causa de la curación de la infección por VIH, para atraer la atención y la financiación hacia este esfuerzo que considera insuficientemente atendido.

Actualmente vive en San Francisco, donde espera iniciar una nueva vida. Desde el punto de vista sanitario, ya no tiene cáncer ni VIH, pero su cuerpo sigue necesitando atenciones médicas en su proceso de recuperación y precisa de apoyo emocional. Ha empezado a practicar ejercicio en casa para intentar recuperar fuerzas y ganar algunos kilos y espera poder retomar su trabajo como traductor o empezar a estudiar en la facultad de derecho.

Cuando se le pregunta qué se siente al estar libre de la leucemia y ser la primera persona que se cura del VIH, sonríe lentamente, casi como si no se acabara de creer su propia historia y responde: "Es realmente genial. Espero que lo que he pasado ayude a muchas personas".

**Fuente:** Este artículo es una adaptación de "Patient No More", de Regan Hofmann, publicado en la revista POZ.

# Nunca hemos estado tan cerca

Hablamos con Jane Waterman, una mujer enérgica y de risa contagiosa, recientemente nombrada directora para Europa de la organización Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el Sida (IAVI). IAVI trabaja para acelerar la investigación de una vacuna capaz de prevenir la infección por VIH. IAVI también realiza activismo para que la vacuna constituya una prioridad mundial y trabaja para asegurar que la futura vacuna esté disponible para todo aquel que la necesite.

## Ante todo, felicidades por el reciente nombramiento en IAVI. ¿Qué te atrajo personal y profesionalmente del trabajo en esta organización?

¡Gracias! He trabajado en el ámbito del VIH/sida durante más de 12 años, y el hecho de haber colaborado anteriormente con la Alianza Internacional contra el VIH/Sida me había dado una profunda comprensión del estigma y discriminación que tan relacionados están con el acceso al tratamiento y la prevención de las personas más afectadas y, en consecuencia, que más lo necesitan. Creo que una vacuna eficaz contra el sida supondría una esperanza real para que las poblaciones marginadas y vulnerables pudieran librarse finalmente del miedo y la devastación que la epidemia causa en sus comunidades. Resulta muy inspirador contribuir al esfuerzo mundial para alcanzar este objetivo y me siento extremadamente afortunada de trabajar en una organización como IAVI, que no sólo me permite desarrollarme profesionalmente, sino también sentir que estoy trabajando por conseguir un mundo mejor.

## Este 2011, IAVI cumple 15 años como organización y también se cumplen 10 años de la oficina de IAVI en Europa; ¿cuáles consideras que han sido los logros más importantes en Europa?

IAVI inauguró su oficina europea en 2001 en Amsterdam, Holanda. Uno de nuestros logros más importantes ha sido la consecución del apoyo y colaboraciones de las que disfrutamos en Europa. En un continente en donde cada país tiene un propio contexto social y político único y, con frecuencia, incluso su propio idioma, está claro que no puede aplicarse el mismo enfoque para todos y el programa europeo de IAVI se

basa en una red de colaboradores nacionales. Con nuestros socios de la sociedad civil, entre los que se cuenta gTt, hemos conseguido dejar una impronta en las políticas nacionales, regionales e internacionales, muchas de las cuales incluyen ahora un compromiso para desarrollar nuevas herramientas preventivas frente al VIH. En conjunto, hemos garantizado la financiación de ocho gobiernos europeos, así como de la propia Unión Europea. El hecho de que España iniciara su aportación a IAVI en 2007 constituyó un importante logro, gracias a vuestro apoyo y el de otras organizaciones de la sociedad civil española. En su gran mayoría, los fondos proporcionados por los donantes europeos no están condicionados, lo que demuestra la fe en la importancia de la misión de IAVI y en el modo en que la enfocamos. También estoy muy orgullosa de la gran cantidad de científicos europeos con los que trabajamos. Sus aportaciones nos están ayudando a resolver algunos de los principales obstáculos científicos y a acelerar el diseño y prueba de novedosas candidatas a vacunas contra el sida.

## El ensayo RV144 ha ofrecido por primera vez una prueba de eficacia de una vacuna. ¿Cuáles son los siguientes pasos previstos?

Probablemente, un científico podría responderos mejor que yo, pero creo que se puede decir que los resultados del ensayo RV144 constituyeron un hito en el desarrollo de una vacuna contra el sida, ya que supusieron la primera demostración en personas de que una vacuna podría reducir el riesgo de infección por VIH. No obstante, la eficacia observada (un 30%) no es suficiente para conseguir su aprobación. Los datos obtenidos en este estudio siguen influyendo de forma notable en la orientación de la investigación de las vacunas contra el sida, incluyendo la que realiza IAVI, mientras intentamos desarrollar vacunas experimentales que puedan ofrecer una protección elevada y prolongada frente a la infección por VIH. Los actuales estudios de seguimiento tienen por objetivo averiguar por qué la candidata a vacuna fue capaz de proporcionar protección a algunas personas y se están planeando nuevos ensayos con vacunas experimentales similares para entender mejor los resultados obtenidos. El RV144 constituye un gran ejemplo de cómo el campo de la vacuna contra el VIH puede trabajar de forma conjunta para resolver un problema, donde tanto los investigadores como las partes implicadas en general trabajan mano a mano de forma eficaz, transparente y oportuna, con las aportaciones de una gran variedad de colaboradores de diversos sectores: un gran modelo que podría aplicarse en futuros esfuerzos para conseguir una vacuna. Está claro que el conocimiento procedente de ensayos clínicos como el RV144 hace que nuestra comprensión de la prevención del VIH aumente de forma notable. Ahora mismo, en este

« Nunca hemos estado tan cerca de conseguirlo; ya no se trata de “si” una vacuna es posible, sino de “cuándo” la tendremos. Este impulso actual, tan difícil de conseguir, debe mantenerse. »

Jane Waterman



ámbito, constituye una prioridad lograr probar en estudios clínicos nuevas vacunas experimentales prometedoras, tanto similares a las evaluadas en el RV144, como otras distintas.



Jane Waterman, de amarillo, con algunos de los participantes en el encuentro anual de socios europeos de IAVI en 2011.

### En la reciente Conferencia de la IAS 2011, el tratamiento como prevención ha sido el tema estrella. Con unos recursos económicos tan escasos, ¿qué supone esto para la I+D en vacunas contra el sida?

De esta investigación se desprende que el tratamiento de las personas con VIH constituye una estrategia preventiva fundamental. El descubrimiento de que el inicio temprano del tratamiento antirretroviral reduce de manera muy marcada las probabilidades de que se transmita el virus (además de ofrecer unos beneficios sanitarios importantes para el miembro de la pareja con VIH) es muy importante, ya que hace más perentoria la llamada a un acceso universal al tratamiento, que ayudará a preservar la salud, salvará vidas, reducirá el número de nuevas infecciones y ralentizará el curso de la pandemia. Sin embargo, debemos recordar que ninguna intervención preventiva aislada funcionará para todo el mundo en todas partes. Además de aumentar el acceso a los antirretrovirales, la respuesta global al VIH debe contemplar todas las estrategias de prevención que han

demostrado ser eficaces, dirigidas a donde más se necesitan, incluyendo los preservativos masculinos y femeninos, la circuncisión de poblaciones adultas, la reducción de daños en usuarios de drogas y, cuando sea adecuado, la profilaxis postexposición (PPE). Todos estos esfuerzos han de verse respaldados por estrategias que garanticen el acceso y deben contar con la participación comunitaria. También debe financiarse la investigación en otras tecnologías preventivas, como los microbicidas vaginales y rectales, la PPrE (profilaxis preexposición) y las vacunas, de modo que puedan desarrollarse, probarse y desplegarse en el menor tiempo posible, ya que estas herramientas de prevención pueden, en conjunto, tener un impacto máximo en el objetivo de reducir del número de infecciones a cero y, en última instancia, de poner fin a la pandemia del sida.

### ¿Por qué crees que los avances científicos de los últimos años en la I+D de vacunas del sida resultan tan esperanzadores?

El VIH es el reto más complicado al que se han enfrentado los especialistas en vacunas. A pesar de las dificultades, a lo largo de los últimos dos años se han producido unos alentadores avances hacia la consecución de una vacuna contra el VIH. En realidad, observando la experiencia y los recursos que se han acumulado con el tiempo, se puede ver que estamos progresando a un ritmo muy superior al que la mayoría habríamos pensado que era posible hace apenas unos años. Esto incluye el ensayo RV144, antes mencionado, así como un grupo de nuevas y prometedoras vacunas experimentales que están entrando en la fase de ensayos clínicos. Además, hace dos años, en muestras de algunas personas con VIH, se descubrieron unos anticuerpos especiales que en experimentos de laboratorio consiguieron bloquear un amplio abanico de variantes virales, evitando que infectasen sus células diana. Desde entonces, se han identificado otros 20 de estos anticuerpos ampliamente neutralizantes. También hay nuevos indicios sobre cómo el sistema inmunitario produce dichos anticuerpos y se ha obtenido un mayor conocimiento de su estructura y el modo y puntos en que interactúan con el VIH, así como del modo en que son capaces de evitar la infección de las células. En conjunto, esta información ofrece unas pistas esenciales a los investigadores sobre cómo diseñar y evaluar vacunas experimentales que inducirían

la producción de dichos anticuerpos para bloquear la infección por VIH.

### ¿Cuáles son los grandes retos actuales para la I+D en vacunas contra el sida? ¿Cómo puede colaborar la sociedad civil en la consecución de una vacuna?

Los aspectos científicos plantean un reto importante y debemos asegurarnos de que los investigadores disponen de los recursos necesarios para que puedan seguir probando las vacunas experimentales más prometedoras en ensayos clínicos. Desgraciadamente, estamos en un momento en el que la recesión económica mundial ha conducido a unos déficits cada vez mayores en los presupuestos públicos, lo que en muchos países, a su vez, se ha traducido en un movimiento político para reducir el gasto. Así, los compromisos económicos para la lucha contra el VIH/sida se han reducido de forma drástica y resulta descorazonador ver cómo los gobiernos están recortando estos presupuestos en un momento en el que el sida sigue cobrándose de forma desproporcionada las vidas de las personas en sus años más productivos económicamente, mientras la investigación está ofreciendo nuevas e importantes oportunidades para frenar la marea de la pandemia. En consecuencia, debemos mantener y reforzar los compromisos políticos y económicos en la respuesta al sida. Tenemos que abogar por la ampliación del conjunto de herramientas de tratamiento y prevención de la infección por VIH para poner fin a esta pandemia, incluyendo nuevas tecnologías como la vacuna preventiva del sida, que considero que constituirá una parte fundamental de la solución. Las inversiones a largo plazo que se hicieron para el desarrollo de una vacuna contra el sida están dando su fruto, como demuestra el progreso científico sin precedentes alcanzado en este ámbito en los últimos años. Nunca hemos estado tan cerca de conseguirlo; ya no se trata de "si" una vacuna es posible, sino de "cuándo" la tendremos. Este impulso actual, tan difícil de conseguir, debe mantenerse. A largo plazo, el progreso continuo en este campo dependerá de los mecanismos de financiación (existentes y novedosos) de las tareas de investigación y desarrollo de vacunas contra el sida, que precisarán de un compromiso continuo y un apoyo activo por parte de las comunidades, la sociedad civil, los gobiernos, la industria y el ámbito académico en todo el mundo.

## ONUSIDA: El panorama global de la epidemia

Recientemente, el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) ha hecho público un nuevo informe con los datos actualizados sobre la situación de la epidemia global. En él se afirma que, a finales de 2010, se calculaba que el número de personas que vivían con VIH en todo el mundo superaba los 34 millones. Esto supone un aumento de casi 8 millones respecto a los 26,2 millones de personas que se estimaba tenían el virus en 1999.

El documento también señala que desde el comienzo de la epidemia se han producido más de 30 millones de muertes relacionadas con el virus. Sólo en 2009 se registraron aproximadamente 1,8 millones de fallecimientos por esta causa en todo el mundo.

El informe hace hincapié en el creciente impacto que tiene esta epidemia sobre las mujeres (debido a una combinación de distintos factores tanto de tipo biológico como social) especialmente en el África subsahariana, la región del mundo más afectada por el virus, donde actualmente se calcula que el 60% de las personas que viven con esta infección son de sexo femenino. El número de niñas de entre 10 y 14 años que viven en VIH pasó de unas 50.000 en 1999 a más de 300.000 en 2010 y las jóvenes en la franja de los 15 a 24 años de edad suponen el 26 por ciento de todas las nuevas infecciones en el mundo.

En cuanto al acceso al tratamiento, se informa de que, a finales de 2010, unos 6,6 millones de personas que viven en países de ingresos bajos y medios estaban recibiendo terapia antirretroviral, lo que supone un número 22 veces superior al de 2001. Sin embargo, a pesar de este notable incremento, otros 9 millones de personas en esas naciones no están recibiendo tratamiento a pesar de necesitarlo. También merece destacarse que entre 2001 y 2009, se registró una disminución de la tasa anual de nuevas infecciones de casi un 25%. A esto puede haber contribuido el hecho de que el 94% de los países incluidos en el informe (162 de 172) contaban con un plan estratégico nacional, lo que supone un aumento respecto al 87% que lo tenían en 2006.

Por último, el documento también refleja el impacto que está teniendo la crisis económica, ya que a pesar de que las inversiones dirigidas a combatir el VIH en países de ingresos bajos y medios se multiplicó por 10 entre 2001 y 2009, el año 2010 supuso el primer recorte en este sentido en una década.

**Fuente:**  
ONUSIDA/Reuters

## En juego el futuro de los genéricos en la India

En 2007, la Corte Suprema del estado de Chennai (la India) rechazó las pretensiones de la empresa farmacéutica suiza Novartis de patentar una nueva formulación de un fármaco anticancerígeno, basándose en la legislación sobre patentes del país.

A pesar del revés, la empresa no cejó en su empeño y, en su momento, apeló al Tribunal Supremo de la India, cuya decisión se espera en breve. Según Médicos Sin Fronteras (MSF), se trata de otro paso en una batalla legal que se ha prolongado a lo largo de seis años y de cuya resolución está en juego la actual capacidad de la India como productora de genéricos.

La Ley sobre Patentes del país contiene un apartado, conocido como Sección 3(d), cuyo objetivo es el de evitar que se puedan patentar nuevos usos y formulaciones de medicamentos ya conocidos a menos que se demuestre que ofrecen un determinado nivel de eficacia.

Está claro que la interpretación del término "eficacia" resulta fundamental en este caso. Así, mientras que la empresa pretendía obtener la patente de una nueva formulación salina (argumentando que aumentaba en un 30% la biodisponibilidad del fármaco), el Tribunal Supremo de Chennai determinó que "eficacia" debía referirse al "efecto terapéutico en la curación de la enfermedad". A pesar de las alegaciones de la compañía, la mayor parte de los expertos en el campo de la farmacología coinciden en que conseguir una formulación cristalina distinta de un compuesto no puede considerarse una modificación determinante, sino un simple

descubrimiento rutinario.

Por su parte, Novartis considera que la interpretación de la Sección 3(d) es demasiado estricta y, en consecuencia, ha acudido al Tribunal Supremo para impugnar esta interpretación de 'eficacia' que ha realizado el tribunal de Chennai y la Junta de Apelación de Patentes de la India.

La legislación de la India sobre patentes ha permitido que este país se haya convertido en la farmacia del mundo en vías de desarrollo. Esto ha resultado fundamental, por ejemplo, para poder ampliar el tratamiento contra el VIH en los países con menos recursos. Como ejemplo ilustrativo, en 2001, la versión genérica de una combinación antirretroviral triple redujo su coste anual por paciente de más de 10.000 dólares a unos 1.200. Si se elimina la sección 3(d), los precios de muchos tipos de medicamentos volverían a dispararse.

Tras las críticas recibidas por este caso, la empresa ha aducido que su interés es el de clarificar los derechos de propiedad intelectual en la India, no deshacerse de la competencia. Sin embargo, según Médicos Sin Fronteras, la victoria de la compañía generaría una gran confusión entre los fabricantes de genéricos respecto a posibles repercusiones legales que podrían desembocar en demandas por parte de las multinacionales.

**Fuente:**  
Comunicado de MSF.

## Florida: Miles de personas en riesgo mientras aumenta la lista de espera para fármacos anti-VIH

Actualmente, en Florida (EE UU), más de 4.000 pacientes con VIH que no disponen de seguro médico o no pueden costear su tratamiento antirretroviral se encuentran en la lista de espera del Programa de Asistencia Farmacológica contra el Sida (ADAP) para poder recibir su medicación. Se trata, con diferencia, de la lista más numerosa de todos los estados.

Una auditoría realizada recientemente a ADAP en dicho estado ha concluido que la gestión de este organismo ha sido incapaz de prever el aumento de beneficiarios, lo que puede tener graves consecuencias para la salud de estas personas.

La situación resulta crítica para estas personas ya que sólo la provisión de más fondos federales y, en determinadas zonas, de las contribuciones de organizaciones sin ánimo de lucro y empresas farmacéuticas, están permitiendo que las personas con VIH puedan acceder a unos fármacos que, de otro modo, no podrían adquirir.

Según las conclusiones de la auditoría, el departamento de salud del

estado sabía con antelación que el programa podría enfrentarse a un importante déficit y a pesar de ello, no se adoptaron las medidas adecuadas para conseguir más fondos del programa federal. También se señala que parte del problema se debe a la poca financiación concedida por el estado y, para ilustrar este punto, mientras que Florida contribuye con apenas el 9% al programa de ADAP, la media nacional es de un 19%.

Representantes sanitarios de Florida afirman que, desde que recibieron el informe, están trabajando en el desarrollo de una solución a largo plazo para eliminar la lista de espera y conseguir más dinero para atender a los pacientes. No obstante, también achacan la sobrecarga del programa ADAP del estado a la mala situación económica y al aumento del desempleo. Sin embargo, la Administración de Servicios y Recursos Sanitarios de EE UU responsabiliza al departamento estatal de ser incapaz de interpretar los datos de tendencias para adoptar medidas oportunas.

Los activistas afirman que las personas con VIH cada vez se muestran más preocupadas por esta lista de espera. Esta crisis de gestión y financiación enfurece a los pacientes, que consideran que la situación actual hace que la vida de las personas dependa de la caridad. Muchas personas están consiguiendo los fármacos principalmente a través de los programas de las propias empresas farmacéuticas, pero la cuestión es que si este déficit se mantiene, se ignora durante cuánto tiempo dichas compañías estarían dispuestas a seguir manteniendo su aportación. A este respecto, un senador de este estado considera que resulta algo vergonzoso el que las empresas farmacéuticas hayan tenido que rescatar a Florida de lo que podría haber sido una situación "catastrófica".

### Fuente:

*National Aids Treatment Advocacy Project (NATAP)*

## Se detectan fármacos falsos contra el VIH en Kenia

En un comunicado de prensa hecho público el 3 de octubre, la organización Médicos sin Fronteras (MSF) comunicaba que sus colaboradores en Kenia habían detectado problemas de calidad en un antirretroviral denominado Zidolam-N (un comprimido que combina los fármacos lamivudina, zidovudina y nevirapina).

El personal de enfermería de MSF informó que los comprimidos del fármaco presentaban un aspecto pulverulento y descolorido.

Posteriormente, se confirmó que los fármacos eran versiones falsificadas que habían sido compradas a través de un distribuidor certificado por la Junta de Farmacia y Sustancias Tóxicas de Kenia.

La organización envió las partidas falsificadas al proveedor e informó inmediatamente al Ministerio de Sanidad de Kenia, a la OMS y a otros organismos internacionales implicados en el suministro de fármacos. Del mismo modo, MSF afirma que ha empezado a contactar con las personas que recibieron los productos falsificados e intenta garantizar el reemplazo de los fármacos de los pacientes afectados.

La organización también ofrecerá un seguimiento médico de estas personas y optimizará sus opciones de

tratamiento en caso necesario. En el mismo comunicado, MSF exige que se lleve a cabo una investigación a fondo de las circunstancias en que se ha producido este grave incidente, para garantizar la mejor calidad de los medicamentos.

Por su parte, una encuesta Gallup (un sondeo que pretende reflejar la opinión pública) reveló que la falsificación de fármacos constituye una práctica generalizada en el África subsahariana, donde a menudo se usan para tratar la malaria, la tuberculosis y el VIH/sida.

El sondeo, realizado en 17 países, reveló que el 70% de los adultos eran conscientes de la existencia de dichos fármacos y el 20% informó que ellos (o alguien de su familia) habían sido víctima de esas falsificaciones.

Los fármacos falsos suponen un importante obstáculo para el tratamiento de enfermedades mortales que son endémicas en zonas con pocos recursos, como es el caso del África subsahariana.

### Fuente:

*Comunicado de prensa de MSF.*



# ConTacto

Affix  
Postage  
Here

## Para responder a un contacto:

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



Los contactos más recientes están disponibles en:  
[www.gtt-vih.org/participa/contactos\\_personales](http://www.gtt-vih.org/participa/contactos_personales)

## 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/ Sardenya, 259 3º 1ª 08013 Barcelona
- 3º También puedes mandar un correo con tu texto a:  
[contactos-personales@gtt-vih.org](mailto:contactos-personales@gtt-vih.org)

### Ref: 1497

Chica, 44 años, VIH+. Busco chico de mi edad o un poco mayor, que no tenga malos hábitos y le guste la vida sana para una relación estable y ser felices. Tordera (Barcelona). E-mail: [carmenbonache@hotmail.com](mailto:carmenbonache@hotmail.com)

### Ref: 1498

Hombre, 65 años, VIH+ (asintomático), gay, pasivo, 1,74m, 85kg. Sano, guapetón. Me interesa la naturaleza, la música clásica, la cultura y el sexo. Me gusta la gente delgada y velluda. Tenerife. E-mail: [julserroman@hotmail.es](mailto:julserroman@hotmail.es)

### Ref: 1499

Jesús, 32 años, VIH+. Me gustaría encontrar activo en situación similar para algo serio. Asturias. Telf.: 656 688 952. E-mail: [tolvi@hotmail.com](mailto:tolvi@hotmail.com)

### Ref: 1500

Hombre, 40 años, 1,87m, 70kg. Muy atractivo, educado y buena persona. Busco chico similar para relación en Madrid. Telf.: 680 200 749. E-mail: [cesar.del.olmo.roltan@gmail.com](mailto:cesar.del.olmo.roltan@gmail.com)

### Ref: 1501

Yassiel, 25 años, VIH+, gay, Cubano. Busco chico interesado en encontrar pareja, sin límite de edad, raza y ni creencias. El amor llega sin condiciones. Telf.: (53)53294115. E-mail: [yassiel@emaildiario.zzn.com](mailto:yassiel@emaildiario.zzn.com)

### Ref: 1502

Juan, VIH+, diagnosticado hace 12 años. Ahora estoy más vivo que nunca. Sólo busco pareja. E-mail: [hombrencantador66@hotmail.com](mailto:hombrencantador66@hotmail.com)

### Ref: 1503

Óscar, 33 años, VIH+, ojos verdes, deportista y bien físicamente. Me gustaría conocer alguna chica para compartir buenos momentos. Actualmente privado de libertad.

### Ref: 1504

Mujer, 50 años, VIH+ (asintomático), atractiva, alegre y trabajadora. Me gusta la naturaleza, leer, viajar y disfrutar de la vida. Busco hombre similar de hasta 58 años, con ganas de compartir. Andalucía.

### Ref: 1505

Joserra, 49 años, VIH+ (asintomático), 1,68m, 70kg, muy saludable. Me gustaría conocer positivas de la zona de Bilbao, para amistad. E-mail: [loboestepario1961@hotmail.es](mailto:loboestepario1961@hotmail.es)

### Ref: 1506

Mario, 50 años, deportista, sano y con sentido del humor. Privado de libertad. Desearía cartearme con mujer de 40 años, de la provincia de Cataluña.

### Ref: 1507

Chico catalán, 39 años, 1,84m, licenciado, atractivo, sincero, cariñoso y alegre. Busca compañera para relación estable, sincera, alegre, dulce, atractiva y a poder ser de Cataluña. E-mail: [samoa222@gmail.com](mailto:samoa222@gmail.com)

### Ref: 1508

César, 30 años, VIH+ (asintomático), gay, 1,78m, 73kg. Me gustaría conocer chicos de entre 25 y 40 años, para amistad, de toda España. Yo en Canarias. Telf.: 689 883 333. E-mail: [cesarlpl@hotmail.es](mailto:cesarlpl@hotmail.es)

### Ref: 1509

Chico palentino, VIH+ (asintomático). Me gustaría conocer alguna chica de Palencia o de la zona. Para mayor rapidez me dejáis el móvil, yo os llamo. E-mail: [palentinelive@hotmail.com](mailto:palentinelive@hotmail.com)

### Ref: 1510

Gabriel, 38 años, 1,80m, 75kg. Romántico y detallista, me gusta la montaña, el mar, escuchar música y el cine. Ayudo en las tareas domésticas y me gusta cocinar. Por favor escríbeme.

### Ref: 1511

Mujer, 64 años, formal, alegre, con estudios, amante de la naturaleza, sin drogas, alcohol ni tabaco. Busco hombre para unirnos y ser felices. Telf.: 696 510 050.

### Ref: 1512

Eduardo 55 años, VIH+, gay. Deseo conocer gente que viva como yo, en Madrid, en condiciones parecidas para intentar una buena amistad. E-mail: [aulos56@hotmail.com](mailto:aulos56@hotmail.com)

**Ref: 1513**

Mujer, 41 años, emprendedora y alegre. Adoro la naturaleza, el deporte, la música y la vida sana. Me gustaría compartir amistad con hombres más o menos de mi edad. Telf.: 696 015 689. E-mail: alemurh4@gmail.com

**Ref: 1514**

Hombre, 49 años, VIH+. Busco joven pasivo menor de 25 años, en la misma situación, para relación seria y estable. E-mail: tavogcg@hotmail.com

**Ref: 1515**

José, 19 años, gay, 1,90m. Busco conocer gente en mi misma situación. Inicialmente, para una amistad. E-mail: heilige-nacht@hotmail.de

**Ref: 1516**

Chico, cubano, 31 años, VIH+, gay, me encuentro muy bien. Busco chico al que le pueda dar mi amor y así terminar con esta soledad que existe en mi vida. E-mail: cristi@fcm.cav.sld.cu

**Ref: 1517**

Mujer, 64 años, formal, alegre, sencilla, comprensiva, con estudios, sin vicios ni cargas familiares. Deseo encontrar a caballero para unirnos y ser felices. Telf.: 696 510 050.

**Ref: 1518**

Silvia, 39 años, VIH+. Busco hombre de entre 28 a 50 años, de cualquier parte del mundo, sin malos rollos, para divertirme y pasar buenos ratos. Asturias. E-mail: silviaf0104@gmail.com

**Ref: 1519**

Mujer, 58 años, VIH+, en buena forma. Deseo conocer caballero para amistad, compartir, con sentido del humor y buena gente. De Asturias o cerca. E-mail: duly1212@hotmail.com

**Ref: 1520**

Mayte, 45 años, VIH+. Me gustaría conocer a chico positivo como yo, en el sentido más amplio de la palabra, para vivir esto con naturalidad. Madrid. E-mail: 679 159 714.

**Ref: 1521**

Andrés, 39 años, VIH+, buena persona y con presencia, me gusta viajar, leer y hacer diversas actividades. Deseo conocer a chica sensata para lo que surja. Salamanca. E-mail: chicomuchamarcha@gmail.com

**Ref: 1522**

Mujer africana, 39 años. Busco hombre de entre 40 y 50 años, que sea cariñoso, trabajador y quiera compartir su vida conmigo. Barcelona. Telf.: 632 560 988. E-mail: ndiyemah@yahoo.fr

**Ref: 1523**

Hombre, 43 años, alto, deportista, emprendedor, no fumador. Busco mujer joven para amistad o relación, con o sin hijos pequeños. Castilla. E-mail: albe-r27@hotmail.com

**Ref: 1524**

Juan, 19 años, VIH+. Me gustaría conocer amigo mayor de 21 años, interesante, para amistad o lo que surja. E-mail: diaz\_joan@hotmail.com

**Ref: 1525**

Chico, 40 años, me gusta el cine, senderismo y montar en bici. Quiero contactar con gente de entre 30 a 50 años. Cansado de esconder mi condición VIH+. Madrid. Telf.: 639 453 119. E-mail: madpinto@hotmail.com

**Ref: 1526**

Hombre, 56 años, VIH+, 1,60m, 69kg, pasivo, amante de la naturaleza. Busco activo de entre 55 y 65 años, sincero y cariñoso, para compartir nuestras vidas. Madrid y provincias

límitrofes. Telf.: 91 477 75 39.

**Ref: 1527**

Hombre, 46 años, VIH+. Busco amiga o compañera de camino para disfrutar de la vida. Málaga. Telf.: 639 923 778. E-mail: malagita41@hotmail.com

**Ref: 1528**

Hombre, 40 años, VIH+, gay, 1,75m, bien física y emocionalmente, educado. Me gusta viajar y el cine. Recién llegado a España. Desearía contactar con gente similar para amistad o algo más. E-mail: jgonzalezde@hotmail.com

**Ref: 1529**

Toni, VIH+, estoy estupendo, alegre, cariñoso, no tomo drogas, tengo casa. Busco chica de unos 35 años, no me importa si es extranjera. De Barcelona. Telf.: 667 262 768.

**Ref: 1530**

Chico, 36 años, VIH+ (asintomático), alegre, sensible. Busco chico similar con quién compartir momentos bonitos, viajar, amistad, formar pareja o lo que surja. Del norte de España. E-mail: andaquevamos@hotmail.com

**Ref: 1531**

Alex, 37 años, latino, mulato, VIH+, 1,87m, 85kg; respetuoso, serio, romántico, atractivo y cariñoso. Busco chico para relación estable. Vivo en Málaga. E-mail: buscounamoraqui@live.com

**Ref: 1532**

Chico colombiano, 35 años. Quiero encontrar a alguien VIH+, para entablar amistad y formar pareja. Vivo en Madrid. E-mail: olru66@hotmail.com

**Ref: 1533**

Tío, 52 años, VIH+, divorciado, con pequeña minusvalía en mi lado derecho. Quiero conocer a gente VIH+ de Málaga, tener

amigos y no tener que esconderme. E-mail: lozanito-live@hotmail.com

**Ref: 1534**

Chica, 30 años, peruana, optimista, alegre, trabajadora, separada y madre de una hija. Me gustaría contactar con hombre similar, inteligente con quien conversar. Vivo en Perú. E-mail: bonita.roja@hotmail.com

**Ref: 1535**

Hombre, 45 años, VIH+, buena salud, canosillo, ojos azules, 1,72m, 72kg. Me gusta el deporte, pasear, el monte. Busco mujer, sin drogas, para amistad y si surge la chispa... Vivo en Vizcaya. E-mail: simaloru2@hotmail.com

**Ref: 1536**

Israel, 19 años, VIH+. Sólo quiero conocer amigos para compartir todas las cosas que he vivido. E-mail: israel\_martinez\_ponce16@hotmail.com

**Ref: 1537**

Albert, latino, VIH+, 1,72m, 72kg, pasivo, moreno. Me gusta el deporte, bailar, leer. Busco chico activo de entre 35 y 45 años para relación estable. De Madrid. E-mail: lemat\_21@hotmail.com

**Ref: 1538**

José, 50 años, 1,77m, dicen resultón, romántico, simpático. Busco amistad con chicas y después ya se verá. Separado, necesito que me quieran y tener alguien a quién amar. E-mail: garciagimenezjose@yahoo.es

**Ref: 1539**

Chica, 30 años, peruana, llena de vida, alegre, trabajadora, separada con una hija. Me gustaría contactar con hombre inteligente, con quien conversar, que quiera conocerme. Perú. E-mail: bonita.roja@hotmail.com

**Ref: 1540**

Chico, 21 años. Acabo de iniciar mi tratamiento y busco a alguien similar de más de 22 años, con quién compartir mi vida. De México. E-mail: jonh\_gdl@hotmail.com

**Ref: 1541**

Hombre, 46 años, VIH+ (asintomático). Desearía conocer a mujeres de entre 40 y 50 años, a ser posible de Málaga. Telf.: 639 923 778. E-mail: malaguita\_41@hotmail.com

**Ref: 1542**

Chico, 33 años, serio, sincero y buena persona. Quiero conocer chico semejante, para compartir sensaciones juntos. De Madrid, pero de dónde tu seas me es indiferente. E-mail: safari1977@hotmail.es

**Ref: 1543**

Hombre, 46 años, VIH+ (asintomático). Me gusta el campo, el deporte y la vida sana. Me gustaría conocer a una mujer de edad similar, para compartir mi vida.

**Ref: 1544**

Hombre, busco varón para formar pareja, cariñoso, que le guste la naturaleza, pasear, leer y vida sana. Mejor si vive en el campo. Telf.: 628 490 569. E-mail: santosjota71@gmail.com

**Ref: 1545**

Richard, VIH+ (asintomático), fiel, me gusta el amor y el respeto. Busco pareja en Uruguay. E-mail: richard\_arrico@hotmail.com

**Ref: 1546**

Nelson, 46 años. Me gusta la música, la naturaleza, los animales y la tranquilidad. Con muchas ganas de vivir. Desearía mantener relación seria con mujer similar. E-mail: nelson-red48@yahoo.es

**Ref: 1547**

Hombre, 41 años, 1,70m, atrac-

tivo, masculino, sincero y alegre. Busco compañero para amistad y relación de entre 30 y 45 años, sencillo, amante del campo y la vida sana. Telf.:672 406 362. E-mail: ntamadi@hotmail.com

**Ref: 1548**

Hombre, 52 años, VIH-, asceta. Separado del sistema desde hace 20 años. Intercambiaría amor espiritual y amistad, indiferentemente con hombres y mujeres. Salamanca.

**Ref: 1549**

Hombre, 60 años, luchador. Busca hombre mayor de 40 años, para amistad y si surge... pues bueno. Telf.: 638 123 209. Murcia.

**Ref: 1550**

Chico, 45 años, VIH+ (asintomático), pasivo. Busco activo mayor de 45 años, para relación estable, en Las Palmas de Gran Canaria. E-mail: heracles.gilgil57@gmail.com

**Ref: 1551**

David, gay, joven, delgado, sano y con dos hijos. Privado de libertad. Busco chicos jóvenes no afeminados, para relación estable. Telf.: 639 232 329 (amigo Carlos). E-mail: carlospastrana77@hotmail.com

**Ref: 1552**

Francisco, 42 años, 1,78m, ojos verdes. Por circunstancias de la vida me encuentro privado de libertad. Buena persona. Busco chica que le guste el deporte, los animales y la naturaleza, para amistad, lo necesito.

**Ref: 1553**

Varón, 61 años, VIH+ (asintomático), versátil, muy velludo, atractivo, simpático, 1,68m, 75kg. Busca hombre de entre 50 y 60 años, para formar pareja o aburrirnos. Telf.: 634 520 829. E-mail: libraluis50@yahoo.es

**Ref: 1554**

Gay, pasivo, VIH+. Busco a una

persona para apoyarnos mutuamente, activo. Soy de El Salvador. E-mail: johanitarica@hotmail.com

**Ref: 1555**

Chico, 36 años, agradable, privado de libertad, sólo hasta Junio 2012. Deseo hacer amistad con chicos y chicas de toda España, no importa ni ciudad ni raza, sólo buen rollo.

**Ref: 1556**

Chica, 37 años. Quisiera conocer a chico asintomático, sin drogas, con ganas de vivir mucho la vida y poder disfrutar juntos las maravillas que hay cada día. E-mail: royoay941@hotmail.com

**Ref: 1557**

Chico, 47 años. Busco chica trabajadora y emprendedora, cariñosa y sin vicios, que le gusten los perros Yorkshire, para mantener una relación amistosa o amorosa. De Castellón. E-mail: jorgecorbalan@telefonica.net

**Ref: 1558**

Mujer, 47 años, VIH+ (asintomática), alegre, cariñosa, honesta, con muchas ganas de vivir. Busco hombre de hasta 52 años, para relación estable y ser felices. Colombiana residente en Costa Rica. E-mail: rosales.margarita07@gmail.com

**Ref: 1559**

Miguel Ángel, 27 años, privado de libertad. Sólo busco amistad y poder cartearme con mujeres de toda España para no sentirme tan sólo. Escríbeme.

**Ref: 1560**

Alex, gay, 65 años, VIH+, varonil. Deseo amistad, o lo que surja, preferentemente con personas en Madrid o Málaga, de cualquier edad, si hay madurez mental. E-mail: morelli28004@hotmail.es

**Ref: 1561**

Viki, 48 años, transexual, VIH+. Busco amigo de Alicante o al-

rededores, para conversar o lo que surja de entre 40 a 60 años y buena gente. Entre dos se lleva mejor. E-mail: anarojo10@hotmail.es

**Ref: 1562**

Mujer, 50 años, extrovertida, independiente y luchadora. Solvente económicamente. Me gusta el mar y la naturaleza. Quiero compartir mi vida con un hombre que tenga sentido del humor y las ideas claras. E-mail: estrellapiscis@gmail.com

**Ref: 1563**

Mujer, VIH+, (asintomática). En lugar de deprimirme me he superado, tengo un hijo. Me gustaría encontrar un buen con quien rehacer mi vida y lograr ser feliz plenamente. E-mail: trigoverdeblanco@hotmail.com

**Ref: 1564**

Mujer, 48 años, VIH+ (asintomática), me gusta el sol y el mar. Quiero conocer un hombre para amistad, compartir buenos momentos, que sea de mi ciudad, Las Palmas de Gran Canaria. E-mail: catisi234@hotmail.com

**Ref: 1565**

Miguel, 48 años, VIH, buen estado físico de salud, 1,73m, 73kg, moreno, sincero, deportista, soltero. Me gustaría contactar con similar para formar pareja. Canarias. Telf.: 606 999 307. E-mail: angelvaldesrosado@hotmail.com

**Ref: 1566**

Vicente, 50 años, VIH+ (asintomático), heterosexual. Me gusta el baile, pasear, el cine y la buena comida. Me gustaría conocer gente, francamente no quiero envejecer solo. Valencia. E-mail: vicnorapaz@hotmail.com

**Ref: 1567**

Chico, 37 años, gay, pasivo, jovial, guapo, delgado. Me gustaría encontrar hombre guapo y gay, para amistad y posible relación. E-mail: sakura\_madrid@hotmail.es





## Asociación Lazos Pro Solidariedade-Comité Antisida de Ferrol

La Asociación LAZOS es una iniciativa ciudadana fundada en 1995 por personas afectadas por VIH y profesionales y cuyos principios rectores se pueden resumir en: solidaridad, respeto a los derechos humanos y participación comunitaria. Para Lazos y sus integrantes, lo más importante son las personas.

En 2006, la asociación comienza un proceso de transformación y profesionalización de algunos de sus servicios y programas. Hoy día cuenta con una trabajadora social, una técnica de prevención y un educador, así como un amplio equipo de voluntarios/as. En la actualidad, las iniciativas que desarrolla LAZOS abarcan tres áreas principales:

**1. Prevención de enfermedades transmisibles.** Entre las tareas aquí

incluidas estarían: un programa de detección precoz del VIH y del VHC; prevención en calle con los colectivo de trabajadores/as sexuales, usuarios de drogas inyectables (UDI) y hombres que practican sexo con hombres (HSH); talleres de salud sobre VIH, tuberculosis (TB), infecciones de transmisión sexual (ITS), salud sexual, VHC, VHB y coinfección VIH-VHB-VHC; y los talleres de ayuda mutua "Emerxe", cuyos participantes elaboran el programa de radio "Diagnóstico Positivo".

**2. Prevención de la exclusión social.** Los programas Calor y Café (dirigido a personas en riesgo de exclusión social) e Incorpora (diseñado para facilitar la incorporación sociolaboral) buscan, mediante itinerarios personalizados, contri-

buir a mejorar la inclusión social y laboral de las personas usuarias.

**3. Actividades de sensibilización.** De forma periódica, la entidad lleva a cabo actos públicos y actividades que pretenden contribuir a visibilizar la problemática de las personas que atiende.

La perspectiva de la persona afectada por VIH, el fomento de su autonomía personal y la mejora de su calidad de vida, están presentes en todas las acciones que lleva a cabo Lazos.

### Contacto:

Telfs.: 981 350 777- 698 147 975  
[comiteantisidaferrol@gmail.com](mailto:comiteantisidaferrol@gmail.com)  
 Avda. Dr Fleming 8-10 Bajo  
 15403 Ferrol (A Coruña)

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

**Araba:** Vitoria-Gasteiz: C.C.Anti-Sida 945 257 766 **Alicante:** Cips 900 702 020 Decide-T 600 968 210 Benidorm: Amigos 965 862 812 **Almería:** Colega 950 276 540 **Asturias:** Gijón: C.C. Anti-Sida 985 338 832 Oviedo: Xega 985 224 029 **Badajoz:** Plataforma Diversidad 924 259 358 **Balears:** Mallorca: Ben Amics 971 723 058 ALAS 971 715 566 **Barcelona:** Acas Catalunya 933 170 505 AUMMO 615 681 422 Comitè 1r de desembre: 933 056 888 Creación Positiva 934 314 548 Coordinadora Gai-Lesbiana 932 980 029 Gais Positius 932 980 642 gTt 932 080 845 P.A.I.T 934 240 400 Projecte dels Noms 933 182 056 Sida-Studi 932 681 484 Stopsida: 934 522 435 Sabadell: Actúa Vallès 937 271 900 **Bizkaia:** Bermeo: Txo-Hiesa 946 179 171 Bilbo: Comisión antisida 944 160 055 Hegoak 944 701 013 Itxarobide 944 449 250 T-4 944 221 240 **Burgos:** C.C.Anti-Sida 947 240 277 **Cádiz:** Arcadia Cádiz 956 212 200 Colegades Colectivo LGTB 956 226 262 Algeciras: C.C.Anti-Sida 956 634 828 La Línea: C.C.Anti-Sida 956 237 146 Arcos de la Frontera: Girasol 956 717 063 **Cáceres:** C.C.Anti-Sida 927 227 613 **Castellón:** A.C.Contra el Sida (Casda) 964 213 106 **Ceuta:** Asociación El Rumor 900

101 867 (Línea Gratuita) **Córdoba:** Colega Sur Córdoba 957 781 697 Prevención y Solidaridad del Sida 957 430 392 **Fuerteventura:** ALTIHAY: 928 859 358 **A Coruña:** C.C.Anti-Sida 981 144 151 Santiago de Compostela: C.C.Anti-Sida 981 573 401 Ferrol: Lazos 981 350 777 **Girona:** ACAS Girona 972219282 ACAS Olot 972272136 ACAS Figueres 972672167 ACAS Sant Feliu de Guíxols 972324005 **Granada:** AVALON 958210200 El Mundo al Revés 650 467 690 Colega 958 100 727 NOS 958 200 602 **Gipuzkoa:** San Sebastián-Donosti: ACASGI 943 290 830 Oiartzun: Harri Beltza 943 493 544 **Huelva:** A.C.C.Anti-Sida 959 152 427 Colega 959 284 955 **Huesca:** Fundación Pyto. Cruz Blanca: 974 243 042 **Jaén:** Colega 953 222 662 **Lanzarote:** Faro Positivo 928 801 793 **Las Palmas de Gran Canaria:** Amigos contra el Sida 928 230 085 **Lleida:** A.Anti-Sida 973 261 111 **León:** C.C.Anti-Sida 987 177 999 Ponferrada: Asociación Caracol 987 414 349 **Logroño:** C.C.Anti-Sida 941255550 **Lugo:** C.C.Anti-Sida 982263098 / 610 334 134 **Madrid:** Apoyo Positivo 913 581 444 COGAM Gay-Infom 915 230 070 Colega 915 211 174 FIT 915 912 019 MADVIHDA 912 503 251 UniverSIDA 917 784 995 **Málaga:** A.C.Anti-

Sida (ASIMA) 952 601 780 Colega 952 223 964 **Murcia:** AMUVIH 626 029 002 C.C.Anti-Sida 968 298 831 Cartagena: C.C.Anti-Sida 968 521 841 **Ourense:** C.C.Anti-Sida 988 233 000 **Palencia:** C.C.Anti-Sida 979 105 705 **Pamplona:** C.C.Anti-Sida 948 212 257 SARE 948384149 **Pontevedra:** CCANVIHAR Vigo: 986 164 168 Vilagarcía de Arousa: 986 508 901 Pontevedra: 695 557 373 **Salamanca:** C.C.Anti-Sida 923 219 279 **Santander:** A.C.Cántabra Anti-Sida 942 313 232 **Sevilla:** ADHARA 687 245 264 DeFrente LGTB 693 493 926 Colega 954501377 **Tenerife:** Unapro 922632971 **La Palma:** Info/Sida 922 402 538 **Valencia:** Col-lectiu Lambda 963 342 191 Avacos 963 342 027 C.C.Anti-Sida Comunidad Valenciana: Oficinas y NAIF 963 920 153 Centro de Día EL FARO 963 910 254 CEA Marítim: 963 920 592 **Valladolid:** C.C.Anti-Sida 983 358 948 **Zamora:** C.C.Anti-Sida 980 534 382 **Zaragoza:** C.C.Anti-Sida 976 438 135 OmSIDA 976 201 642.

**Estatales:** Información sobre VIH/Sida: 900 111 000 Plan Nacional sobre el Sida, gestionado por Cruz Roja Española. CESIDA: 902 362 825 FUNSIDA: 947 240 277 Plataforma NATC: 948 331 023 REDVIH: 934 584 960

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



## 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](http://www.gtt-vih.org)