

LO+POSITIVO

Núm. 51 • Verano 2012

Publicación gratuita sobre la infección por VIH



¿EL DERECHO a la salud?



Además:

• La cura funcional, más cerca • Carga emocional en mujeres con VIH



opina

- 4 Criminalización del VIH en Grecia y Peligran las políticas de reducción de daños
- 5 Aumenta el número de infecciones por VIH y Copago sanitario y exclusión en España
- 6 Vientos convulsos
- 7 El valor de la vida y Si alguien te desprecia
- 8 In memóriam: María José Apolinario
- 9 Terapias naturales para personas sin recursos, Hay personas que necesitan antirretrovirales
- 10 Miedo al test del VIH
- 11 ¿Papel o tijera?
- 12 Puedes hacer tu donación

en persona

- 13 ¿El derecho a la salud?
- 18 Críticas al nuevo decreto de salud
- 19 La ONU pide a España revisar las medidas y ¿Y los compromisos internacionales?
- 20 La apuesta por la vacuna y Espero no estar nunca en su pellejo
- 21 Epílogo: un futuro incierto y sin técnicos en el Plan Nacional
- 22 Me siento un ciudadano de tercera
- 23 Llevo un mes con depresión
- 24 El mapa de los recortes
- 25 Esta excusa de la crisis no me la creo

cuidarse / a ciencia cierta

- 28 Ejercicio, La mejor terapia para manejar los efectos secundarios
- 30 Ensayos clínicos fraudulentos en España
- 33 La cura funcional, cada vez estamos más cerca

al detalle

- 37 Las mujeres que viven con VIH soportan una fuerte carga emocional
- 47 Manifiesto de las ONG para el desarrollo contra los recortes y Consecuencias de la suspensión de las subvenciones
- 48 ConTacto
- 51 Imagina MÁS
- 52 gaylatinos y aids2012, 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, Juanse Hernández, Francesc Martínez, Montserrat Moliner, Jordi Piqué, Mònica Puig, Bárbara Simó, Miguel Vázquez. **En este número han colaborado:** Eduardo Alonso, Jancho Barrios, Ana Burgos, Rutilio Martini, Marc Serena, Carlos Varela **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/Casp, 118-120 Ático 2ª 08013 Barcelona España **Tel:** +34 932080845 **Fax:** +34 932070063 **E-mail:** contact@gtt-vih.org **Web:** www.gtt-vih.org **Impresión:** Gràfiques Cuscó www.grafiquescusco.com **Depósito Legal:** B-40431-97 **Con el patrocinio de:** Laboratorios Abbott, Gilead Sciences, Janssen, Merck Sharp & Dohme y ViiV Healthcare. **Subvencionado por:** 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.**

El derecho a la salud

Hace ya algunos años que la palabra crisis se ha instalado en nuestro día a día y parece haberse convertido en el argumento mágico esgrimido por la Administración para pedir a la ciudadanía que haga un “sacrificio”, un eufemismo que intenta ocultar la realidad: se nos pide que renunciemos a nuestros derechos. Con la excusa de la reducción del gasto público, se ha ido podando poco a poco nuestro estado del bienestar para calmar a los mercados, sin que hasta la fecha ello se haya traducido en otra cosa que no sea un empobrecimiento de la población. Con todo, no parece que la falta de resultados desanime a nuestros ilustres administradores, su solución siempre es un recorte mayor. Para empeorar la situación, muchas de estas medidas apenas suponen un ahorro a corto plazo (que parece que es en lo único en lo que puede pensar nuestra clase política) y, sin embargo, pueden acarrear graves consecuencias sobre la salud pública y, en última instancia, se acabarán traduciendo en un mayor gasto a medio y largo plazo, lo que invita a pensar en la falta de una voluntad política por integrar la necesaria optimización del gasto con la preservación del derecho a la salud de los ciudadanos.

Lamentablemente, no faltan ejemplos de estas políticas miopes y contraproducentes y uno de ellos podría ser el Real Decreto-ley 16/2012, una polémica norma que, en su justificación, afirma buscar una mejora de la calidad y seguridad de las prestaciones sanitarias, pero cuya aplicación, prevista a partir del 31 de agosto, supondrá, entre otras medidas, que dejen de estar en vigor las tarjetas sanitarias de las personas de origen extranjero que residan en España sin tener regularizada su situación administrativa. Esto entra en contradicción con los derechos fundamentales de las personas, reconocidos por nuestra propia legislación, e introduce el perverso concepto de que la cobertura sanitaria

pasará a depender del nivel de riqueza, en definitiva, en una sanidad para ricos y una sanidad para pobres, más próxima al concepto de beneficencia que a la cobertura de un derecho.

Centrándonos en el ámbito del VIH, estas nuevas políticas no sólo suponen el incumplimiento de diversos acuerdos internacionales firmados por nuestro país, sino que se traducirán en un retroceso en la lucha contra la epidemia en España. Parece evidente que dejar sin tratamiento y atención médica contra el VIH a esta población (se calcula que unas 3.000 personas inmigrantes sin documentación viven con VIH en nuestro país) no únicamente implica un deterioro de su calidad de vida —incluso podría comportar su muerte— y un ataque a sus derechos, sino que allana el terreno para que se produzca un aumento de la transmisión del VIH y de otras enfermedades infecciosas —como la tuberculosis— entre la población general. Por desgracia, no hace falta una bola de cristal para adivinar qué puede traernos el futuro, basta observar lo que ya está sucediendo en Grecia, un país que, después de abandonar los programas de prevención, está viviendo un aumento espectacular de la incidencia del VIH entre las poblaciones más vulnerables, e incluso vuelve a registrar numerosos casos de transmisión maternofamiliar del virus.

La falta de voluntad política de España en la respuesta doméstica al VIH también ha quedado ejemplificada en el desmantelamiento de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, enfermedad que para el Gobierno pierde el carácter de excepcionalidad. En un momento en el que, por primera vez en 30 años, el control de la epidemia parece estar en nuestras manos, el virus ha encontrado un insospechado aliado en la crisis y la falta de visión a largo plazo de nuestra clase política.

¿Papel o tijera?

Por primera vez en 15 años *LO+POSITIVO* no se imprimirá ni se enviará a los casi mil puntos de distribución que hacen posible que la revista llegue a vuestras manos. Ya en los últimos años, costaba convencer a las administraciones públicas de que esta revista no era un lujo sino un vehículo de comunicación y contacto entre personas con VIH, una herramienta de formación y capacitación, y un elemento de dignificación de la enfermedad y las personas que la padecemos.

No os descubrimos nada nuevo si os decimos que las tijeras del MSSSI imposibilitan que este ejemplar salga en papel.

Tampoco es novedoso solicitar el apoyo de todas y todos para retomar un proyecto en común. Sabemos que muchos lectores de la revista están atravesando momentos muy difíciles; aún así, si en tu caso puedes colaborar con la impresión, no lo dudes, tienes más datos en la página 12 de este ejemplar.

Criminalización del VIH en Grecia

El pasado mes de abril, el gobierno de Grecia provocó una situación caótica en Atenas que llevó a saturar los servicios de realización de pruebas del VIH de la ciudad. Todo comenzó cuando la policía de la capital efectuó una redada en determinados prostíbulos que condujo a la detención de unas 100 mujeres, a las que se sometió a exámenes médicos en los que se detectaron doce casos de VIH.

La fiscalía del estado griego, argumentando razones de salud pública, ordenó difundir la identidad de estas mujeres, incluyendo fotos suyas, para instar a sus clientes a que se realizaran también la prueba. Esto provocó una avalancha de hombres que acudieron a realizarse el test del VIH, saturando los servicios. Además, el gobierno heleno ha declarado que tiene intención de procesar a esas mujeres bajo la acusación de provocar lesiones de forma intencionada.

Muchos activistas consideran que la actitud del gobierno griego resulta preocupante, ya que no sólo criminaliza a las personas que viven con VIH, sino que alienta el estigma y discriminación contra ellas, algo especialmente grave para los grupos en situación de especial vulnerabilidad, como es el caso de las trabajadoras sexuales. Para estos activistas, el Ministerio de Sanidad está fomentando actitudes negativas sobre la epidemia al violar el derecho a la intimidad de estas mujeres, sobre las cuales, además, hace recaer de forma exclusiva la responsabilidad de usar medidas preventivas, acusándolas de cobrar tarifas más elevadas por mantener relaciones sin protección.

Fuentes: *El País / Elaboración propia.*



Peligran las políticas de reducción de daños en Grecia y Portugal

Los descabellados recortes en el presupuesto griego para la sanidad se han traducido en un repunte de las epidemias de VIH y malaria, según afirma la representación de Médicos sin Fronteras (MSF) en el país heleno.

De acuerdo con esta organización, la incidencia de VIH entre los usuarios de drogas inyectables en la zona central de Atenas se multiplicó por 12 en los primeros diez meses de 2011, en comparación con el mismo período de 2010. Por su parte, la malaria se está volviendo a convertir en endémica en el sur del país.

MSF atribuye este repunte del VIH, en gran medida, a la suspensión de los programas de intercambio de jeringuillas. Asimismo, apuntan que están produciéndose numerosos casos de transmisión del virus de madre a hijo.

La organización señala que este gran aumento de enfermedades transmisibles (incluyendo, además de las mencionadas, la tuberculosis o la fiebre del Nilo) es un indicativo de que el sistema sanitario público está fallando y las personas no tienen dinero para acudir a la sanidad pública.

Por su parte, en Portugal, las medidas de recorte en la protección social también están afectando de forma desproporcionada a las poblaciones vulnerables, como los usuarios de drogas inyectables. Activistas de ese país temen que estén en peligro los programas de reducción de daños y cada vez más y más proyectos de este tipo se enfrentan a la posibilidad de tener que cerrar.

Por otra parte, se denuncia que el país está tomando medidas que afectan a las personas usuarias de drogas sin tener en cuenta las opiniones de dicha población ni de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con ellas. Lo que ya está sucediendo en Grecia con el VIH puede reproducirse en Portugal si se siguen tomando medidas como esta, que se escudan en el recorte de gastos, pero que lo único que consiguen es poner en peligro la salud pública y los derechos de las personas.

Fuentes: *The Guardian y drogriporter.hu*

Aumenta el número de infecciones por VIH en Latinoamérica

Según el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA), el número de transmisiones del VIH sigue en aumento en América Latina debido al mal diseño de los programas de prevención. Por cada persona que comienza a tomar tratamiento antirretroviral, se registran dos nuevas infecciones, hecho que impide que se pueda controlar la epidemia.

Dos tercios de los recursos invertidos por los países de la zona en el campo de la infección por VIH son destinados al tratamiento de las personas infectadas, mientras que el tercio restante se destina a prevención.

La principal crítica de ONUSIDA a los programas de prevención en Latinoamérica es que se centran casi exclusivamente en la población más vulnerable (hombres que practican sexo con

hombres [HSH], trabajadoras sexuales y usuarios de drogas inyectables), sin abarcar a toda la población.

El hecho de que el 25% de los partos en el área tengan lugar en menores de 17 años pone de manifiesto que las prácticas sexuales sin protección son frecuentes entre los más jóvenes, población que, a pesar de la necesidad de programas de educación sexual que se deriva de estos datos, queda excluida de la mayoría de programas de prevención de la infección por VIH en Latinoamérica.

Cada año se producen en la región unas 100.000 nuevas infecciones, y el número de personas infectadas pasó de 1,3 a 1,5 millones entre los años 2001 y 2010.

El 36% de los nuevos casos en el año 2012 se dieron en mujeres, que

diez años atrás sólo representaban el 10% de las nuevas infecciones. Este dato debería hacer reconsiderar la definición de poblaciones vulnerables para incluir a las mujeres en general y no únicamente a las trabajadoras del sexo o a las usuarias de drogas inyectables. Muchas de las transmisiones del VIH en mujeres latinoamericanas se producen en el seno de parejas estables en las que el compañero realiza prácticas de riesgo fuera de la pareja.

Otro aspecto importante es el acceso al tratamiento —limitado a sólo el 64% de las personas infectadas— y la mala planificación sanitaria, generadora de problemas de abastecimiento incluso en un país productor de genéricos como Brasil.

Fuente: EFE.

Copago sanitario en España y exclusión del sistema a personas en situación irregular

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, aprovecha el contexto actual de crisis económica para dar el enfoque más restrictivo posible al “derecho a la protección de la salud”, recogido en la Constitución Española, y al concepto de “sanidad universal”, que aparece en algunos estatutos de autonomía de comunidades autónomas.

La nueva ley incluye el copago de los medicamentos, el transporte sanitario no urgente, las prótesis y los productos dietéticos en función de la renta de las personas, aplicándose, incluso, a los jubilados, quienes hasta ahora quedaban exentos de pagar por estos productos y servicios y que pasarán a pagar, por regla general, un 10% de los fármacos hasta un máximo de 18 euros mensuales. Las personas con pensiones no contributivas continuarán sin pagar por los medicamentos.

Las personas no jubiladas verán incrementados los porcentajes de los importes de los fármacos que deben aportar (del 40% actual al 50% y, en personas con rentas superiores a 100.000 euros anuales, se llegará hasta el 60%).

Los medicamentos antirretrovirales y el resto de fármacos de ámbito hospitalario —como los quimioterápicos— no se

www.sanidad para todos.org



NO al Real Decreto Ley 16/2012
POR UNA SANIDAD UNIVERSAL y GRATUITA

verán afectados, ya que, aunque en el primer texto presentado el redactado era ambiguo, tras las posteriores correcciones quedó claro que no se deberá pagar por ellos.

En lo que sí se verá afectada la comunidad con VIH será en los tratamientos de comorbilidades y enfermedades asociadas a la infección, puesto que en estos casos la mayoría de medicamentos son de dispensación en oficina de farmacia y los porcentajes de copago farmacéutico se verán incrementados.

En Cataluña, esta reforma se unirá a la ya establecida por la Generalitat, que cobrará a los usuarios de la sanidad pública de la autonomía un euro por cada receta.

La peor parte de la reforma se la llevarán los inmigrantes ilegales, a quienes se denegará la tarjeta sanitaria y perderán el derecho a la atención sanitaria —a excepción de los servicios de urgencias—.

Fuentes del Ministerio de Sanidad señalaron que el acceso de estas personas a la terapia antirretroviral se tramitará a través de organizaciones no gubernamentales a partir de un procedimiento todavía por definir.

Fuente: El País.

Vientos convulsos

Corren vientos convulsos. Vamos con las melenas despeinadas y con las ideas desgredadas. Las entidades, espacios y profesionales que trabajamos en la promoción de la salud sexual caminamos inclinando el cuerpo hacia adelante para compensar la furia de unos vientos que quizá habían sido contenidos durante tiempo y que, ahora, están encontrando isobaras listas y preparadas que se abren camino para llevarse todo lo que no convence o no cuadra.

Estamos viendo tambalear leyes que han supuesto un esfuerzo de consenso por parte de la Administración y una lucha antigua de la sociedad civil. Una de estas leyes que el viento hace temblar es la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, que da marco al derecho de una chica/mujer a decidir sobre los procesos de su cuerpo, asumiendo, por tanto, las consecuencias. Esta normativa permite decidir, por ejemplo, la interrupción de un proceso de embarazo sin tener que justificarse con prejuicios mentales, y también el libre acceso a la píldora poscoital como método de emergencia para la inhibición o el retraso de la ovulación (que no para la interrupción del embarazo).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos."¹

La propia OMS define también la sexualidad como "un aspecto central del ser humano, presente durante su vida. Incluye el sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, aunque no todas ellas se viven o se expresan siempre. Asimismo, está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales."²

Las fuertes corrientes que hoy en día están soplando presionan para recortar el significado de la salud sexual y de la sexualidad. Sin este punto de partida, el viento corta las alas a los profesionales que trabajamos en el ámbito de la sexualidad de las personas, castigando, estigmatizando e imponiendo la polarización entre lo correcto y lo incorrecto. Se evidencia el temor y el miedo que provocan estos conceptos entendidos desde una concepción amplia del ser humano. ¿Por qué todavía asustan estas palabras? Intentan definir, poner nombre, consensuar conceptos que quieren atrapar lo intangible pero que son reales y no queremos perder. Les invito a olerlas, o atravesarlas, o maldecirlas o a recordarlas. Y si les resuena algo, cuestionenlas, pueden discutir las y ponerlas del revés. Yo lo hago, y también desde el equipo profesional al que pertenezco lo hacemos. Hagámoslo con tranquilidad, dejemos un rato de lado esta brisa que corre estos días, densa y seca, que nos quiere hacer entender que el hecho de cuestionar puede desestabilizar esta fuerza armoniosa que necesita ahora la sociedad.

« La propia OMS define la sexualidad como "un aspecto central del ser humano, presente durante su vida. Incluye el sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.»

Una de las claves para explicar el temor que nos despiertan estas palabras es que hablar de salud sexual todavía genera una niebla de dificultades, como si estuviéramos tocando algo que debemos dejar estar tal cual y que puede herir sensibilidades.

En SIDA STUDI llevamos más de 15 años trabajando con estas palabras, en la promoción de la salud sexual, evaluando nuestras intervenciones educativas, participando en redes con otros profesionales de Cataluña y del resto del Estado Español, procurando enriquecernos y mejorar día a día nuestro trabajo. Y en nuestro ámbito, nos acompañan siempre las ráfagas de los cambios políticos, los cambios de ideología y, ahora también, los cambios económicos. Aceptémoslo, ya está pasando: hay cambios en la percepción de los derechos laborales, en los derechos a la salud (la conocida como salud general), el derecho a la educación. Y soplan, soplan tan fuerte estos vientos que pueden recortar, de igual forma, mi libertad de vivir mi sexualidad y de gestionar mi salud.

Las entidades que trabajamos en la promoción de la salud sexual nos dirigimos a personas reales. Personas que no lo hacen todo bien, porque no es posible hacerlo todo bien, porque nosotros, jóvenes, adultos y mayores, somos graciosamente imperfectos. Somos humanos, y a menudo acertamos, y con frecuencia nos equivocamos. Y en el ámbito de la sexualidad, por supuesto, también nos pasa lo mismo. La sexualidad nace con nosotros, la hacemos crecer y nos hace crecer, y a lo largo de la vida mantenemos una danza vital con todas las sinergias que el lenguaje nos hace incluir en el término de salud, en su sentido más holístico.

Porque salud no es sólo vacunarme anualmente de la gripe. Salud es el proceso con el que yo también bailo, son mis movimientos, que me hacen pasear entre el bienestar y la tensión. Y no tiene únicamente que ver con mi cuerpo,

sino también con el modo en que yo he aprendido las cosas, lo que vi en mi casa, lo que me enriqueció y lo que no entendí; cómo he aprendido y cómo rectifico para acercarme a lo que siento, a lo que me hace vibrar, o lo que me deja desolada. Tiene que ver con la medida en que me siento capacitada para cuidarme, para buscar la información que necesito, para expresarme con claridad y solicitar apoyo o, por supuesto, para protegerme de una actitud o acción que me hace sentir despreciada. La vivo como el derecho que tengo a no diferenciarme de los demás en mis gustos, preferencias y orientaciones, o a diferenciarme si lo deseo, o bien a contradecirme. Y también es descubrir y aprender mi responsabilidad de respetar a la persona con la que me relaciono y las personas de mi entorno. Y si no lo hago, en todo caso soy responsable de asumir las consecuencias. Es lo que tienen las relaciones personales.

En definitiva, salud es crecer, es mi proceso de maduración, ni más ni menos que el mío, irreplicable, con mis facilidades personales y mis limitaciones, que quizá me enfrentan conmigo misma, me confrontan con el entorno y, a veces, me permiten saber algo más sobre quién soy.

Y todo esto, además, es extrapolable a la sexualidad, porque también estoy hablando de la atracción, de la ternura, del sexo, del placer y del amor. Me estoy refiriendo a cómo amo "para siempre", de la pereza de entender al otro, de si me gusta acariciarme como sólo sé hacerlo yo o bien si creo que eso únicamente lo hacen las chicas que han estado demasiado descontroladas. Estoy hablando de mi maternidad, de mis experiencias sexuales, de si soy honesta con lo que siento al tener relaciones sexuales con otra persona o de la ale-

gría de descubrir que los cuentos son eso, cuentos.

Porque la salud sexual y la sexualidad tienen que ver con la capacidad de decidir sobre la gestión de nuestro propio cuerpo y de nuestras emociones. Tienen que ver con la búsqueda de nuestro bienestar, en un sentido físico, placentero y emocional, y con la gestión de riesgos; una búsqueda que es personal y diferente para cada uno de nosotros/as. Y puedo perder el aire, y a menudo, faltaría más, porque esto no es una película, ni un libro sagrado, y tampoco un folleto. Y porque la gestión de nuestra salud, nuestra salud sexual, la hacemos cada día, sople quien sople, inclinándonos hacia atrás y hacia adelante.

« La salud sexual y la sexualidad tienen que ver con la capacidad de decidir sobre la gestión de nuestro propio cuerpo y de nuestras emociones. »

1 Definición de salud sexual (OMS 2002) - definición 4ª, 2002.

2 Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002. Ginebra/OMS 2006.

Francina Costa Guillén

Trabajadora social, comenzó su trayectoria profesional en la atención a niños y sus familias. Desde 2000, trabaja en prevención del VIH/sida en SIDA STUDI.

El valor de la vida

Hola. Desde el año 2009 tengo VIH. Me hice la prueba porque escuché comentarios de la gente relativos a que mi pareja era seropositiva. Llevábamos 10 años saliendo y él nunca me dijo nada. Fue un egoísta.

Cuando me enteré, me quería morir. No podía dormir pensando en los demás, en mis amigos, la familia, mi hijo... Poco a poco y con la ayuda de mi doctora que me está tratando, comencé a aceptarlo, pero al mismo tiempo me fui alejando de todos.

Me siento muy sola. Mi pareja jamás lo reconoció (que tenía VIH) ni me apoyó. Lo amaba tanto que me olvidé de que primero debía amarme a mí misma. Cada vez que él se alejaba de mí, me quería morir.

Cuando me diagnosticaron el VIH, comprendí el valor de la vida, y que nadie puede quererte ni cuidarte más que tú mismo. No obstante, hay días en que me siento muy triste, con miedos. Mi familia no lo sabe. Tengo terror al rechazo.

Isabel



Si alguien te desprecia

Mi nombre es Mary, tengo 50 años y me diagnosticaron el VIH con 23. Entonces no existía una consulta especializada ni medicación adecuada: estaba todo aún por descubrir. Me acuerdo de la primera visita en la que el médico me dijo: "Mira, como mucho, durarás un año y medio más".

Nuestra calidad de vida fue mejorando año tras año. Nunca he desarrollado el virus y, en estos momentos de mi vida, tengo más achaques por trabajar duro que por "el bicho", como lo llaman por aquí.

Sólo quería contaros que aquí sigo, que no es tan grave, a todo te acostumbras. Hay que ser muy fuerte.

Si alguien te desprecia por ser portador del virus, simplemente párate a pensar que esa persona no te merece ni tiene calidad humana. A veces, no es tan malo estar solo/a.

Hay que buscar cómo ocupar el tiempo y empezar a disfrutar de las pequeñas cosas.

Mary

Para personas perdidas y sin esperanza

Es 24 de diciembre de 2011, por la tarde, pero podría ser perfectamente cualquier otro año y otro día, pues mi historia, que entiendo no es única, podría ser contada por otras personas que se sientan como yo.

Esta carta es un SOS, un mensaje en una botella, una llamada desesperada a una comunidad a la que pertenezco y de la cual siento rechazo a diario. Una sociedad conservadora, que se define como progresista de boca hacia afuera pero que rechaza a personas como yo, que vivimos un suplicio continuo. Aunque, a diferencia de mí, hay personas seropositivas que se infectaron sin saberlo, siendo engañados o traicionados, yo era completamente consciente de mis actos y de mi predisposición a infectarme.

Digo consciente porque, aún estando con un "mono del quince", en el que sólo esperaba el momento de clavarme la jeringa de una chica que estaba ya infectada y lo sabía, en ese momento me daba igual infectarme, no me importaba. Únicamente pensaba en pincharme y colocarme, me era igual todo lo demás.

Yo antes no era así. Me gustaba estar con mi abuelo, me encantaba su

perrito, sus historias. Había dejado de lado el amor de mis padres, no pensaba en ellos aquella fría noche de invierno a las 22.30 horas, cuando me embarqué en aquel viaje envenenado.

Con la droga, me volví egoísta. Sólo me importaba aquello que me podía —o eso creía— dar un beneficio. He tenido pérdidas de memoria, momentos de mi vida que jamás volverán... No me quiero seguir perdiendo como persona.

Me siento muy rechazado, incluso por las personas en mi misma condición. Este rechazo lo siento más desde que estoy en la cárcel. Estoy cumpliendo condena por un delito de robo, consecuencia de la desesperación por estar tantos años en crisis y no poder conseguir ningún puesto de trabajo.

Llevo dos años encerrado. Próximamente, tendré el tercer grado. Ya sólo me queda un año de condena. Aquí, mi vida ha cambiado radicalmente. Estoy en un módulo educativo, he hecho varios cursos, mi mente ha descubierto nuevos horizontes y, ahora, veo más lejos que nunca, aunque la única visión real que me hace seguir soñando, desde estos barrotes, es el pedazo de cielo que veo desde la ventana de mi celda. Cada noche pido que, al día siguiente,

no esté nublado al anochecer para poder volver a contemplar "mis" estrellas, pues son las únicas que, junto a mis padres, jamás me han abandonado.

Me he hecho preguntas de futuro, quiero tener un hijo, conocer a otras personas seropositivas. No quiero seguir estando solo. Ahora, entre los estudios y el haber conseguido dejar las drogas —lo había intentado en varios centros, pero no soportaba su rectitud y acababa marchándome; conseguí salir de esa oscuridad, al darme cuenta del dolor que sufrían mis padres; entonces, me encerré con ellos en casa, en mi habitación, con su ayuda y mi voluntad; fue muy duro pero lo logré—, mi mente funciona de otra manera.

Este mensaje va dirigido a aquellos que quieran volver a ser personas, condición que yo perdí, y que, gracias a la ayuda de grandes profesionales de la cárcel, he vuelto a recuperar. Así que, ahora, lo único que quiero es ayudar a aquellas personas que, como yo, se perdieron un día en el camino.

Gabriel Valor
Desde Centro Penitenciario Sevilla I

In memoriam: María José Apolinario

Querida María José Apolinario (Las Palmas de Gran Canaria): Hace poco que te has ido, fiel a tu discreto estilo, casi en silencio. Marchaste, no sin haber aportado generosidad, que en ti excedió su significado.

Ejemplo de infatigable lucha, en tu labor transparente, honesta y profesional con nuestra causa.

Tu senda recorrida, cargada de valor y compromiso de afrontar la vida con sencillez, sabiendo promover la dignidad, empática de quienes vivimos con VIH/sida, continuará ofreciendo calor en nuestro recuerdo.

Nos dejas tu amistad, fiel reflejo de belleza a quienes te queremos.

Querida María José, muchas gracias, estimada amiga. Hasta siempre.

María LB y Héctor Fortuny



Terapias naturales para personas **sin recursos económicos**

La Asociación de Alternativas, Motivación y Acompañamiento (ADAMA) es una entidad sin ánimo de lucro, cuya finalidad es mejorar la calidad de vida de las personas sin recursos económicos y en riesgo de exclusión social, a través de las terapias alternativas.

Así, enfermos, mujeres víctimas de violencia de género, ancianos o niños sin medios pueden recibir tratamientos como flores de Bach, masajes, risoterapia, musicoterapia, reiki, shiatsu, yoga, danza-terapia, reflexología, *coaching* o craneosacral.



Quienes colaboran con ADAMA lo hacen voluntariamente y aplican las terapias en sedes sociales o asistenciales de otras

asociaciones y centros de acogida de personas sin recursos.

El responsable de Comunicación recuerda el caso de un paciente que llevaba varios años viviendo en la calle, con depresión y que había dejado de hablar. Asistió a las sesiones de terapia floral y a las de masaje emocional y logró salir de su depresión y retomar su capacidad comunicativa y de raciocinio. Ahora, es más consciente de su situación y lucha por llevar una vida más digna.

ADAMA trabaja en colaboración con instituciones de acción social que tengan centro de día, albergue o casa de acogida, hasta donde se desplazan los voluntarios para aplicar las terapias a los usuarios.

Quiere ser una entidad que ayude a conseguir una transformación hacia una sociedad más consciente y sensibilizada, en la que la igualdad de todos los seres prevalezca en todos sus actos.

DATOS DE CONTACTO:

Tel.: 934 627 395

www.adama.org.es

voluntarios@adama.org.es

No acaba aquí

Con 18 años caí en el mundo de las drogas y con 24 me enteré de que era seropositivo. Al principio me sentó muy mal y no tomaba la medicación con regularidad ni iba a la consulta del médico. Así que, por no cuidarme, cogí una neumonía que casi me mata.

Hoy en día, llevo dos años sin consumir drogas y tomando los antirretrovirales y estoy indetectable. He aprendido a cuidarme y a vivir con el VIH.

La vida no acaba aquí, hay que vivirla lo mejor que uno pueda.

Nuria

Bajas laborales

Hola. Tengo VIH y VHC desde hace quince años. Tengo 41 años de edad y he cotizado unos ocho a la Seguridad Social. He tenido varias bajas a lo largo de mi tiempo de cotización. Llevo cuatro años buscando trabajo; me es muy difícil encontrarlo a causa de las bajas laborales que se reflejan en mi vida laboral.

He solicitado la incapacidad laboral y me la han denegado. Tengo un 43% de minusvalía y he acudido a empresas de discapacitados, ayuntamientos, etc. Estoy desesperado, ya no sé a dónde acudir.

Pido ayuda, a ver si alguien me puede orientar.

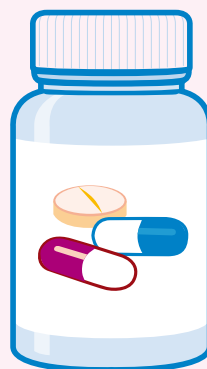
Un saludo.

Jerónimo

Hay personas que necesitan con urgencia los medicamentos antirretrovirales que tú ya no usas

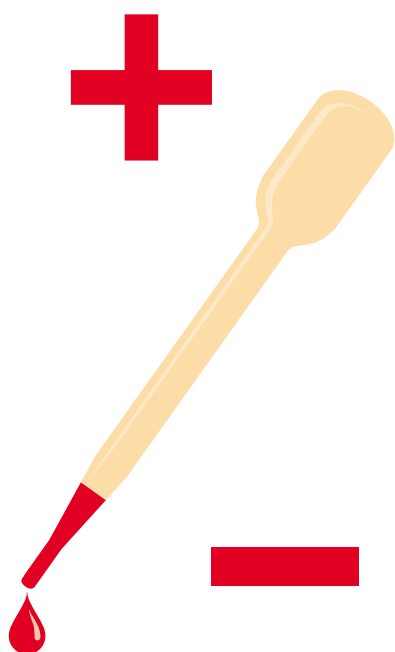
Si te han cambiado la medicación y tienes en casa fármacos antirretrovirales que ya no utilizas, pedimos tu colaboración. Dadas las modificaciones que el Gobierno de España está introduciendo en la legislación sanitaria, muchos y muchas inmigrantes con VIH, que no han podido regularizar su situación, van a perder su cobertura sanitaria a partir del 31 de agosto.

No pretendemos crear un Banco de Medicamentos estable ni una Farmacia Solidaria que sustituya el deber del Gobierno de España, sino contribuir a que las personas inmigrantes en situación irregular a las que se les está negando la medicación no se vean obligadas a interrumpir su tratamiento con las consecuencias que esto conllevaría para su salud.



Si quieres ayudarnos en esta iniciativa del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH, puedes contactar con Bàrbara Simó llamando al +34 93 208 08 45 de Barcelona, España, o escribiendo a contact@gtt-vih.org

Miedo al test del VIH: Seamos razonables



Encuentra más
tesminonios de
personas con VIH en
[http://gtt-vih.org/
participa/historias_
personales](http://gtt-vih.org/participa/historias_personales)

Tener cierto nivel de ansiedad o incluso miedo antes de un test del VIH cuando uno cree, de manera fundada o no, que este puede dar positivo es algo normal. Recibir un diagnóstico positivo es duro; lo sé por experiencia. Una de mis parejas sexuales me dio la noticia. Había dado positivo en un test del VIH. En ese momento, sabía que debía hacerme la prueba.

Para mí fue muy duro, ya había pasado por un test del VIH hacía 6 meses, tras varias relaciones de riesgo y di negativo. Fue como quitarme una gran losa de encima. Ahora, esa losa volvía multiplicada, ya que esta vez era seguro que la otra persona lo tenía.

Inmediatamente, nada más recibir la noticia, llamé a mi actual pareja. Tenía que decírselo. Busqué en internet un centro en mi ciudad donde hicieran el test gratuito. Apunté la hora (a las 9 de la mañana); era gratis y sin necesidad de cita previa. Lo peor era que faltaban más de 12 horas para las nueve. Qué mal lo pasé. La noche fue horrible, no podía dormir. Vomité varias veces por los nervios.

Como ya he adelantado, el resultado fue positivo. Lo pasé fatal, muy mal, no lo puedo negar. Fue en enero de 2012; como veis, hace bien poco.

Y pese a todo lo mal que lo pasé, no entiendo a toda esa gente que puedes encontrar por foros de internet que, pese a tener grandes dudas y estar angustiados, no se hacen la prueba y piden consejos sobre si son o no VIH positivos relatando sus síntomas y/o vivencias.

Negarte a un test del VIH por miedo a dar positivo es algo que roza lo irracional.

En esos momentos de tensión, quizá es difícil hacernos según qué planteamientos de manera fría y por nosotros mismos. Así que seré yo quien exponga aquí algunas ideas que hay que tener en cuenta si estás en esa situación.

La primera idea que debe considerarse es que si tienes VIH, te vas a enterar tarde o temprano, y será por las malas o por las muy malas. Cuanto más puedas controlar ese momento, mucho mejor.

Por otro lado, ¿qué te preocupa? ¿Morirte? He hablado con mucha gente y a muy pocos les importa morir cuando reciben la noticia, ya que casi todos saben, o por lo menos intuyen, antes de hacerse el test, que de esto ya no te mueres. A la mayoría, entre los que me incluyo, nos preocupa más el hecho de haber transmitido el VIH a otra persona y tener que decírselo, tener que comunicarlo a la familia o bien otros tipos de preocupaciones que suelen ir más por el lado de lo social que por el de lo médico.

«Peor que recibir un diagnóstico es ver cómo alguien lo recibe por tu culpa. ¿Cuánto te quieres arriesgar?»

Piensa que todas estos problemas, al igual que los problemas médicos, se magnifican cuanto más tiempo pases sin ser diagnosticado. Te pongo un claro ejemplo. Por suerte, por muchísima suerte, mi pareja no ha resultado VIH positiva pese a haber mantenido relaciones sin protección antes de conocer mi diagnóstico. ¿Cuánto tiempo hubiese continuado con esa suerte de no haberme hecho la prueba? Muy probablemente, poco. Tarde o temprano, hubiera transmitido el VIH.

Peor que recibir un diagnóstico es ver cómo alguien lo recibe por tu culpa. ¿Cuánto te quieres arriesgar?

Y por otro lado, ¿si no lo tienes, para qué vives con ese pesar y preocupación que te come por dentro?

Cuanto antes te hagas la prueba, mejor vivirás, independientemente del resultado de esta. Nunca te arrepentirás de haberte hecho el test del VIH, pero sí puedes arrepentirte, y mucho, de no habértelo hecho a tiempo. Te lo dice un seropositivo que lo pasó muy mal.

Juan

¿papel

o tijera?




En cada número de nuestra revista hemos incluido esta frase:

“LO+POSITIVO es una revista gratuita. ¡Nunca pagues por leerla!”

Los recientes recortes económicos han eliminado los fondos públicos que nos permitían imprimir y distribuir la revista y, por primera vez desde que salió hace 15 años, sólo estará disponible en internet. No obstante, sabemos que muchas personas –en exclusión social, hospitalizadas o privadas de libertad– no tienen esta opción y únicamente podrán acceder a la revista si está impresa.

Por este motivo, hemos iniciado una campaña de captación de fondos para poder imprimir algunos ejemplares de esta revista. ¡Tú puedes colaborar a que mucha gente pueda tener otra vez la revista en sus manos!



Si donas 30 euros, recibirás una revista en tu casa, pero aún más importante, ayudarás a que 2 personas sin recursos puedan tenerla en sus manos también.

Si tienes los medios y consideras que LO+POSITIVO sigue siendo necesaria en papel, colabora, cualquier aportación es bienvenida.

Puedes hacer tu donación *

en la cuenta

2100 0810 28 0200788197

o a través de

PayPal

Para dejar tus señas postales o las de la persona o centro que decidas, valorar cualquier otra forma de colaboración o solicitar el certificado de donación, contacta con Bàrbara Simó en el +34 933 020 411, manda un correo a contact@gtt-vih.org o visita <http://gtt-vih.org/participa/donaciones>



gTt es una Entidad declarada de Utilidad Pública lo que da derecho a la deducción del 25% en la cuota de los Impuestos sobre la Renta de las Personas Físicas y del 35% en el Impuesto sobre Sociedades sobre las donaciones efectuadas a la entidad.

derecho

personas en situación irregular

derecho o privilegio

a la

REAL
DECRETO-LEY
16/2012

desigualdades
en aumento

€ X receta

ahorro
económico
austeridad

salud.

¿Innovación? ¿Calidad? ¿Promoción de la Salud?

El Congreso de los Diputados de España aprobó, el pasado mes de mayo, una reforma sanitaria que, con el pretexto del ahorro económico, pone en duda el acceso universal a la salud. A partir del 1 de septiembre, se retirará la tarjeta sanitaria a las personas en situación irregular y a los desempleados que hayan agotado el subsidio y no acrediten encontrarse sin recursos. Además, se instaura el copago —o repago— de los medicamentos.

La decisión ha provocado el rechazo de expertos, ONG, etc., y ya hay profesionales y comunidades autónomas que aseguran que atenderán a todos los ciudadanos sin excepciones. De fondo, suena una música inquietante... ¿Se está cuestionando un derecho universal? ¿Hay riesgo de que se convierta en un privilegio? ¿Son medidas sanitarias o ideológicas? ¿Peligra un sistema sanitario que, hasta ahora, había sido considerado uno de los mejores del mundo y que había aumentado la esperanza de vida de los españoles?

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar el Sistema Nacional de Salud es el título de un decreto-ley que aporta una serie de elementos nuevos en la sanidad española. Entre ellos, reintroduce el concepto de 'asegurado' en lugar del de 'ciudadano', lo que no sólo aparta a algunos sectores de la población del sistema público de salud, sino que, según los expertos, apunta hacia diversos niveles de aseguramiento, incluido el privado, a semejanza de otros países europeos.

La medida preocupa sobre todo por la manera en que van a ser tratadas las personas más vulnerables. ¿Los inmigrantes sin papeles tendrán derecho a los antirretrovirales? ¿Dependerá de la comunidad autónoma en la que vivan? ¿Hasta qué punto el copago puede afectar a las personas con VIH? ¿Limitar a un colectivo el acceso a la sanidad pública a través de urgencias, no puede resultar aún más costoso? ¿No debería el gobierno hacer el máximo esfuerzo posible para garantizar los derechos sociales básicos de quienes sufren el brutal impacto de la crisis? ¿El país puede abandonar la recesión disminuyendo el estado del bienestar de sus personas? ¿No se fomentan las desigualdades?

Estas nuevas medidas han ido acompañadas de la desaparición de las partidas destinadas al Plan Nacional sobre el Sida en los presupuestos generales del Estado y las que se transferían a las comunidades autónomas para la misma finalidad.

Empezaron las movilizaciones

Frente a estas decisiones, siete ciudades españolas acogieron, el pasado 9 de mayo y de forma simultánea, distintos actos reivindicativos coordinados a través de la Alianza de Plataformas del VIH para exigir al Gobierno una respuesta "comprometida, eficaz y sostenida" en la lucha contra el VIH en nuestro país.

Las 300 entidades estatales y autonómicas que, durante 30 años, han estado trabajando —junto con otros agentes sociales— para erradicar la epidemia del VIH y sus consecuencias sociosanitarias, redactaron un manifiesto en el que denunciaban la "falta de políticas claras", además de advertir de las "nefastas consecuencias" que tendrá la nueva Reforma Sanitaria y los recortes económicos en la atención del VIH.

"Este Gobierno, o carece de estrategia, o está falto de voluntad política. Existe una incertidumbre total", denunció Julio Gómez, presidente de la Red Comunitaria sobre VIH y Sida del Estado español (REDVIH). "A día de hoy, no hay una persona responsable del Plan Nacional sobre el Sida y, además, este año finalizará la vigencia del 'Plan Multisectorial frente a la infección por VIH', que marca las directrices a seguir. Los recortes pueden ser del 50% o incluso más".

Estas movilizaciones han puesto en alerta a las organizaciones que luchan contra el VIH/sida. "Tenemos una capacidad de ir juntos que nos diferencia de otros movimientos", explica Juan Ramón Barrios, presidente de la asociación zaragozana OMSIDA y miembro de la Comisión Ejecutiva de CESIDA. "Aunque esto no significa que nos tengan en cuenta. Cuando decidieron eliminar la partida dedicada a la lucha contra el VIH que había en los presupuestos, no nos consultaron para nada".

Barrios teme que el Plan Nacional sobre el Sida tenga los días contados. "El Gobierno intentó eliminarlo, pero al final colgaron en el Twitter que no desaparecía, lo que es una informalidad. Sin embargo, van a desmantelarlo poco a poco". Ante esta situación, las ONG deben reinventarse. "Tenemos que ser realistas y ver qué servicios podemos ofrecer. Vamos a tener que dar unos pasos atrás, que las organizaciones se basen en personas implicadas, activistas, voluntarios... Nos tenemos que adaptar a las nuevas circunstancias".

Y seguir luchando. "Tenemos que unirnos con colectivos de inmigrantes, el 15M, la comunidad LGBT; hay que hacer un frente común... y hacer todo lo posible para evitar la criminalización del VIH y políticas racistas como la que niega la asistencia sanitaria a los inmigrantes".





Defendiendo a los más vulnerables

Hay personas que se verán especialmente afectadas por esta limitación de derechos, como el colectivo de trabajadores y trabajadoras sexuales. Existen entidades, como la catalana Stop Sida, que, sabiendo de su alta movilidad geográfica, disponen de un programa para, entre otras acciones, facilitar a dicho colectivo el acceso al sistema sanitario. Está financiado por el ayuntamiento de Barcelona, la Generalitat de Catalunya y el Plan Nacional sobre el Sida.

“Hasta el momento, conseguíamos con relativa facilidad tarjetas sanitarias por un año, renovables, sin necesitar un certificado de empadronamiento. Pero los trámites se complican cada vez más. También ofrecemos el servicio de prueba rápida del VIH y sífilis, acompañamientos al hospital... Todo esto está en claro riesgo por la situación económica de la entidad”, advierte Adriana Morales, técnica de proyectos de Stop Sida.

“Recibimos muchas llamadas de preocupación de personas que quieren saber cómo les va a afectar, qué les va a pasar. Hay una falta de información permanente. Por otra parte, nosotros trabajamos con mujeres transexuales que, además, tienen barreras culturales. Para las procedentes de Latinoamérica, en sus países se discrimina a las personas con VIH en los centros de salud; una vez aquí, muestran un desconocimiento del circuito sanitario y de las asociaciones que pueden ayudarles... Hay chicas, aunque son la minoría, que llevan mucho tiempo en España y no saben que el empadronamiento es importante. La tarjeta sanitaria les suele quedar lejos. Nosotros intentamos darles este asesoramiento”, añade.

TranSex2010, un estudio de Stop Sida con mujeres transexuales trabajadoras del sexo de hace dos años, mostró que un 17% habían comunicado haber dado positivo en la última prueba del VIH.

“Es un colectivo vulnerable, por la competitividad, la relaciones conflictivas, la inmigración, la soledad afectiva y social, la discriminación y el rechazo, la falta de oportunidades laborales... Muchas veces, no tienen un domicilio fijo, incluso les es difícil empadronarse”.

En la entidad, también han notado un aumento de trabajadores sexuales autóctonos que asisten a las actividades que organizan: servicios de inserción laboral, talleres preventivos, información personalizada sobre salud sexual... “Hay trabajadores y trabajadoras sexuales que vienen a recoger preservativos y lubricantes. Son personas que antes no acudían porque ya tenían recursos para conseguirlos por su cuenta”, explica Luis Villegas, de Stop Sida.

“Estamos empezando a percibir un aumento de jóvenes autóctonos de 19-20 años que se dedican al trabajo sexual. Muchos brasileños han vuelto ahora a su país. Aunque el colectivo con el que nos es más difícil trabajar sigue siendo el de los hombres de Europa del Este y del Magreb que, al no identificarse como gais, tienen mayor resistencia para acudir a nuestra organización”.

Lo que también ha aumentado es la competencia en su actividad. Los precios bajan y algunos necesitan irse unas semanas de viaje por Europa en busca de nuevos clientes, pero mantienen su residencia fija en Barcelona. Los circuitos de trabajo en España siguen localizándose entre Madrid y Barcelona y, en verano, en la costa y las islas.

“Lo que constatamos es que, los que viven con VIH, debido a los viajes

y a las relaciones que a veces establecen con los clientes, tienen dificultades de adhesión al tratamiento. Si, además, añadimos los problemas económicos y la ausencia de una legislación coherente, su prioridad no siempre puede ser la salud. Esta situación les hace más vulnerables”.

El trabajo de Stop Sida, asimismo, no se centra en trabajadores sexuales de alto *standing*, sino en los que se mueven en saunas, por la calle, en internet... “Si se dificulta el acceso a los condones y los lubricantes, la información sobre salud sexual, los talleres... les añadimos un problema más y les hacemos más vulnerables. Hace unos años que estamos trabajando para empoderarlos, para que tomen decisiones sobre el cuidado de su salud como colectivo... y este trabajo se podría ver interrumpido”.

La entidad ve peligrar el futuro de ese tipo de programas; con el apoyo de donaciones individuales y de empresas no pueden seguir adelante. “¿Quién quiere colaborar económicamente con un programa de atención a los trabajadores y trabajadoras sexuales? ¡Pero si el colectivo LGBT ya es difícil de financiar desde el sector privado de por sí! Sin la administración pública, estos servicios pueden desaparecer. Aunque siempre nos quedará el voluntariado”.

Pero hay quien, desde un despacho, considera que el trabajo de Stop Sida no es ‘rentable’. “¿Y quién va a atender a las personas que, gracias a la labor de entidades como la nuestra, reciben información para acceder a la profilaxis postexposición, reducir los riesgos en sus prácticas sexuales y tomar decisiones sobre el propio cuidado? La administración no valora suficientemente el trabajo que hacemos”.

« Tenemos que unirnos; hay que hacer un frente común... y hacer todo lo posible para evitar la criminalización del VIH y políticas racistas como la que niega la asistencia sanitaria a los inmigrantes. »

Jancho Barrios

¿Cómo medimos la rentabilidad?

Entre los servicios para personas con VIH que más dificultades atraviesan, están los dedicados a la prevención. Es el caso de Sida Studi, el único centro de documentación y recursos pedagógicos en VIH/sida del Estado Español. “La situación es difícil”, suspira David Paricio, director de una entidad que, ahora, está a punto de cumplir los veinticinco años.

“En la primera etapa de la lucha contra el VIH, había una confrontación entre la prevención y la atención. ¿Hay que invertir en salvar vidas o en prevenir nuevas infecciones? En aquel entonces, estábamos hablando de vidas. Pero ahora, debemos sólo considerar un dato: ¿Qué precio tiene un tratamiento antirretroviral por persona y año? ¿Y en comparación, cuánto se dedica a prevención? No se trata de escoger entre una cosa u otra. Hay que garantizar una atención médica de calidad; pero invertir en prevención va a significar un ahorro de futuro”.

Aunque claro, ¿cómo se puede medir qué prevención es eficiente y cuál no? “En los congresos, hay estudios validados empíricamente sobre una medicación u otra. Pero en prevención, esto no pasa, es difícil calcular los impactos, y, por este motivo, estamos en inferioridad. Ahora, pagamos esta falta de argumentos. Por eso, nosotros, desde hace tres o cuatro años, estamos elaborando estudios que demuestran que nuestros programas tienen un beneficio. Lo que pasa es que, normalmente, es a más largo plazo y esto no interesa a nuestros políticos”.

Tampoco a la empresa privada. “Muchas te dicen que no quieren ni hablar de política, o que no creen en la importancia de la educación sexual en la escuela. No todos nuestros proyectos son financiados. Por esta razón, no me gusta cuando alguien nos acusa de estar viviendo de las subvenciones públicas. Es cierto que de ellas procede el 90% de los fondos de las entidades que conozco, pero también es así porque estamos haciendo un trabajo que las administraciones deberían asumir. En verdad, nos han subcontratado sus responsabilidades a un coste inferior. Nos hemos convertido en un proveedor de servicios de la administración, hemos cubierto unas políticas que, sin nosotros, no hubieran existido; ha habido un beneficio mutuo. La duda es si con



los recortes, la administración asumirá estas responsabilidades”.

Las medidas de austeridad de estas entidades no van a impedir que algunas cierren en los próximos meses. “El dinero se acaba y muchas no lo están resistiendo. Lo que más nos preocupa es que estos recortes no se guíen por criterios técnicos, objetivos”.

Paricio considera que este punto de inflexión tendría que servir para repensar el sistema de subvenciones públicas, que se convocan a mitad del año en curso. “Es un sistema perverso. Tú empezabas a trabajar en enero y sabías que, antes de verano o justo al volver, había una resolución, así que podías pedir unos préstamos. Desde 1996 que trabajo en Sida Studi, siempre hemos funcionado de este modo; nosotros hemos asumido los intereses de estos créditos. La diferencia es que, ahora, aunque presentemos un proyecto de calidad, no tenemos la certeza de poder recibir financiación, y esta vez, si cobramos, será a final de año”.

El responsable de Sida Studi se teme lo peor. “Si de aquí unos años nos encontramos en un repunte de la pandemia, ¿decidirán entonces reaccionar? ¿Por qué no actuamos ahora a partir del conocimiento acumulado? Lo que reivindicamos va más allá del VIH”.

Repensando el modelo

El trabajo que durante estos 30 años han efectuado centenares de entidades e incontables personas en la lucha contra el VIH/sida es incuestionable. Pero hay quien lamenta que no se haya creado una verdadera base social.

“Si le preguntas a un jubilado qué le parece que vayan a eliminar el Plan Nacional sobre el Sida... igual no sabe qué decirte. No hemos sabido trabajar con la población general; parece que la lucha contra el VIH sea sólo la preocupación de unas personas concretas. Ahora, necesitamos el apoyo de muchas personas para hacer frente a los recortes, pero no hemos trabajado bien esta parte. Tenemos que ser autocríticos y desarrollar un sistema alternativo”, defiende Jesús Edison Ospina, miembro del grupo coordinador de la REDVIH.

“Tendríamos que trabajar como organizaciones de base comunitaria. Dejar claro que las y los afectados no somos sólo nosotros, sino la población general”, añade el también coordinador del programa de Agentes Comunitarios de Salud para poblaciones inmigrantes de Barcelona, dentro del Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB).

“El modelo ha hecho aguas desde muchas vertientes. Las ONG se han acostumbrado a vivir de recursos de la administración, y esta es la gran hecatombe que estamos viviendo. En este momento, no podemos asumir el papel de víctimas en un sistema del que éramos también cómplices. Podríamos haber buscado otras vías de financiación: entidades privadas, fundaciones... Hay que asumir una posición autocrítica y mejorar pensando en el futuro. Observando otros modelos que no dependen exclusivamente del sector público”.

« Las personas con VIH/sida estamos discriminadas y tenemos que seguir defendiendo, más que nunca, nuestros derechos y la excepcionalidad de nuestra situación. »

Carlos Varela

Para Ospina, la situación actual es una lucha por los derechos fundamentales. "No es sólo el VIH, sino todas las enfermedades infecciosas y crónicas. Estamos viviendo un golpe de estado sobre un logro colectivo de la población española. El sistema gratuito y universal deja paso a un sistema de sanidad privado. Esta política de recortes destruye un derecho fundamental en beneficio del clasismo, la discriminación y más desigualdades sociales. Deja la puerta abierta a enfermedades que pueden causar la muerte. Pero claro, el Gobierno español dispone de la legitimación democrática para actuar como considere".

¿Y a partir del 1 de septiembre, qué puede pasar? "Pueden desencadenarse muchas situaciones, como que haya personas que acudan al médico con la tarjeta sanitaria de otra persona. Puede pasar que un paciente tenga registradas en su historia clínica enfermedades que no ha padecido". Ospina también cree que podrían expandirse algunas

el fraude fiscal? Para rescatar un banco con 24.000 millones de euros, el gobierno da la cara sin ningún problema. Pero, en el caso de mantener el estado del bienestar, cualquier argumento sin la debida seriedad y sin el necesario rigor son válidos y se legitima gracias a la mayoría absoluta".

Sin perder la capacidad de influencia

Creación Positiva es una entidad, situada en Barcelona, que trabaja desde hace diez años para las personas que viven con VIH desde una perspectiva de género. Ahora, pelagra su continuidad, a la espera de cómo se resuelvan las convocatorias de ayudas de este año.

M^a Luisa García, coordinadora de servicios y atención de Creación Positiva, teme que detrás de estos recortes haya una reestructuración encubierta

como organización, sino que se continúe con políticas que precarizarán aún más lo precario en cuanto a recursos sanitarios y sociales. Lo que más nos preocupa es que todo esto permita una vuelta atrás en unos derechos que, a la humanidad, nos había costado muchas décadas de conseguir".

En una situación también muy delicada se encuentra la asociación Lazos Pro Solidaridade de El Ferrol (La Coruña). A finales de mayo, sólo disponían de una subvención confirmada, la del ayuntamiento, de 3.000 euros, lo que representa una reducción del 70%. Aún están a la espera de la resolución del Gobierno gallego, pero saben que la partida dedicada a las ONG se ha reducido un 15%, lo que representa el 50% respecto al 2010.

En Galicia, los recortes se han producido también de forma unilateral. "Muchas entidades ya han cerrado y otras van a tener que hacerlo", lamenta Carlos Varela, responsable de Lazos Pro Solidaridade. "En Galicia, estamos siendo el laboratorio de otras reformas que, después, han llegado a otras partes de España. Desde septiembre del año pasado, las personas extranjeras en situación administrativa sin regularizar ya no tienen acceso a la tarjeta sanitaria. Unas entidades lo denunciamos al defensor del pueblo autonómico y estatal y, hace quince días, nos respondieron que ya se había pasado el plazo para recurrir. Es una manera de quedarse con la cáscara del asunto y no entrar a valorar la inconstitucionalidad de una ley que afecta a los más débiles".

Su intención es ir más allá para conseguir que esta situación se extienda. Actualmente, ya tienen constancia de personas sin recursos con enfermedades mentales, hipertensión o diabetes que se han quedado sin acceso a la medicación.

"Estamos sorteando estas situaciones como podemos, pero es difícil entender cómo alguien con una pensión no contributiva, de 340 euros al mes, tiene que abonar parte del transporte si quiere desplazarse para hacerse una diálisis, recibir una quimioterapia o acudir a rehabilitación. Esto mermará la calidad de vida de muchas personas", esgrime Varela.

El derecho a la salud está en duda. "Las personas con VIH/sida estamos discriminadas y tenemos que seguir defendiendo, más que nunca, nuestros derechos y la excepcionalidad de nuestra situación. Afecta a las personas más vulnerables, a las que necesitan especial protección".



afecciones. "En los mapas de la OMS, se relaciona de manera directa la precariedad con, por ejemplo, una mayor incidencia de tuberculosis".

Ospina pone en duda los dos grandes argumentos de la reforma sanitaria: el ahorro y la rentabilidad. Considera que limitar la atención a los inmigrantes no regularizados a las urgencias va a aumentar la presión hospitalaria a través de urgencias y a impedir el seguimiento de los tratamientos. Además, considera lógico que un sistema sanitario produzca deuda.

"El interés y la plusvalía de un sistema sanitario universal suponen la buena salud de la población. ¡Pero si el sistema sanitario español ya es menos costoso que el de los otros países de Europa! Si se compara con el sistema sanitario norteamericano, que es privado y no garantiza el acceso universal, ¡les resulta más caro! Y si el problema es conseguir dinero, ¿por qué no se buscan otras fuentes como las grandes rentas o se persigue de forma equitativa

de la función que cumplen las ONG. "Hasta ahora, hemos estado haciendo un papel muy importante de *advocacy*, en la defensa de los derechos de las personas que viven con VIH. Hemos defendido y exigido el establecimiento y cumplimiento de políticas sanitarias públicas que den respuesta a las necesidades y la realidad del VIH. ¿Hasta qué punto este nuevo 'modelo' también pasa por desactivar esta parte, para que las ONG pasemos a tener, a partir de ahora, una función de beneficencia?".

La defensa de los derechos, sus intervenciones en prisiones, la perspectiva de género en la atención de las personas con VIH... La organización trabaja en ámbitos difíciles de financiar más allá de la administración pública. Y no quiere mermar la calidad de su trabajo.

"No creo que continuemos igual. La sensación es de incertidumbre total, pero no sabemos ni qué, ni cuándo, ni cómo se van a producir los cambios y cuál será el impacto final. No es tanto lo que nos pueda pasar a nosotros/as

Críticas al nuevo decreto de salud que persigue a los sin papeles

El Congreso convalidó, el mes de mayo pasado, el decreto de reforma sanitaria que pretende ahorrar más de 7.000 millones de euros en el Sistema Nacional de Salud, con la mayoría parlamentaria del Partido Popular, el apoyo del único diputado de Unión del Pueblo Navarro y el rechazo del resto de los grupos de la oposición.

La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, defendió que, gracias a estas medidas, se garantizan la sostenibilidad y la universalidad de la sanidad pública, mientras que los otros partidos criticaron que la norma no se haya tramitado como un proyecto de ley al que poder presentar enmiendas. El Congreso rechazó una petición en este sentido de los grupos parlamentarios, algo que la ministra justificó argumentando que España atraviesa "un momento excepcional y de urgencia".

Mato negó que la Reforma signifique un retroceso en la universalidad de la sanidad. "Nada ha cambiado en cuanto a la extensión del derecho", decía. "Tan sólo se clarifican los procedimientos de acceso para evitar el descontrol que suponía que, con sólo empadronarse en España, cualquiera tuviese acceso a la tarjeta sanitaria".

"Pensábamos que la época en que los cuidados de salud estaban vinculados a la riqueza y privilegios habían terminado hace tiempo", denunció Monika Kosinka, secretaria general de la ONG Alianza Europea de Salud Pública (EPAH). "El acceso a la salud no es un lujo, sino un derecho".

Hay expertos que han puesto en duda que este nuevo decreto-ley represente un verdadero ahorro, ya que, en el caso de los llamados sin papeles, un colectivo de unos 150.000 ciudadanos, el ahorro será relativo, puesto que se trata, en su mayoría, de gente joven que apenas utiliza el sistema sanitario. Además, los médicos alertan de que la decisión puede abrir la puerta a enfermedades hasta ahora erradicadas, lo que aumentará el gasto, como ha sucedido en otros países que, habiendo tomado una medida similar, tuvieron que dar marcha atrás.

Francia, Bélgica u Holanda, y economías maltrechas como Italia y Portugal, sí dan cobertura sanitaria a los extranjeros en situación irregular.

Satisfacción parcial en Cataluña

Veinticinco entidades catalanas de lucha contra el sida, reunidas con el nombre de Comitè 1r de Desembre, pusieron el mes pasado el grito de alerta al denunciar unos recortes en su presupuesto dependiente de la Generalitat del 43% en relación con el 2011. Después de sus movilizaciones, el Gobierno catalán se comprometió a contener los recortes en el 14%, la misma reducción que respecto al 2010, por lo que se pasará de los 950.000 a los 1.349.245 euros.

"La lección es positiva. Significa que, si estamos en la calle, si presionamos, si estamos en los órganos de decisión, podemos producir cambios. Esto nos da esperanza", explica Montse Pineda, presidenta del Comitè.

"Pero, de momento, hay más recortes que cosas hemos conseguido. Las pequeñas victorias no suponen un éxito global. El mayor recorte es de derechos. Incluso en las mismas comunidades autónomas insumisas que, a partir de septiembre, van a atender a las personas no regularizadas, aplicarán otras medidas que vulneran estos derechos. Queremos compromisos reales, coherencia. Los derechos humanos no pueden dividir ni fragmentar".



Miembros del Comitè 1er de Desembre pudieron trasladar sus reivindicaciones al Presidente de la Generalitat, Artur Mas

Entre los objetivos de la plataforma, está hacer presión en otras consejerías catalanas más allá de la de Salud. "La de Educación mira en otra dirección cuando se trata de educación afectivo-sexual; en Bienestar y Familia, hay que prestar atención a los pisos para personas con VIH; y en Justicia, quieren eliminar sus aportaciones

a ONG que trabajan en prisiones", indica Pineda. Muchas entidades siguen teniendo problemas de liquidez. "La Generalitat debe dinero del año pasado. No tenemos fondos ni para pagar los despidos, tenemos problemas para afrontar los alquileres... Debemos seguir luchando, sin perder la dignidad ni la alegría".

La ONU pide a España revisar las medidas de austeridad

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas ha pedido al Gobierno español que "revise" las medidas de austeridad, porque perjudican, de forma "desproporcionada", a los colectivos más vulnerables.

Según informó la coalición de ONG que acudió ante el Comité para presentar su propio informe sobre los citados derechos, Naciones Unidas, tras analizar la información facilitada tanto por las entidades como por el propio Gobierno, expresó su "preocupación" por la "reducción de los niveles de protección efectiva de derechos como la vivienda, la salud, la educación y el trabajo, entre otros, como consecuencia de las medidas de austeridad".

El Comité hizo especial hincapié en la "insuficiencia" de las medidas adoptadas por el Estado para paliar los "efectos negativos de la crisis en los sectores más desfavorecidos de la población", y estableció la necesidad de realizar "mayores esfuerzos" para que

los derechos humanos guíen sus estrategias de recuperación económica.

"Vivimos un momento preocupante. No deberíamos permitir que la coyuntura económica se traduzca en una crisis de derechos humanos, pero es lo que está sucediendo", denunciaba Marta Mendiola, de Amnistía Internacional España.

"Mientras la pobreza y la desigualdad están en aumento, se recorta el gasto social, afectando así derechos básicos como el derecho a la educación, a la salud y a una vivienda adecuada", añadía Ignacio Sáiz, director ejecutivo del Centro por los Derechos Económicos y Sociales (CESR, en sus siglas en inglés).



Lectura del manifiesto a favor de la atención médica a todas las personas, inmigrantes o no

¿Y los compromisos internacionales?

Para que la vacuna contra el sida sea algún día posible, hace falta seguir invirtiendo en investigación y desarrollo (I+D). Pero para evitar nuevas infecciones, también hay que seguir avanzando en métodos de prevención, microbicidas, profilaxis preexposición (PPRE), así como buscar nuevos tratamientos. La comunidad científica coincide en que no existirá una solución única para prevenir la infección, y que será fundamental disponer de varias herramientas que se adapten a las distintas necesidades de las personas que han de acceder a ellas.

España decidió implicarse en el desarrollo de una vacuna contra el sida desde el 2007, a través de su apoyo a la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el Sida (IAVI, en sus siglas en inglés). Una decisión que fue posible gracias al consenso de la sociedad civil y los partidos políticos, tal y como quedó recogido en diversas iniciativas aprobadas en el Congreso de los Diputados.

Pero en estos últimos presupuestos, la ayuda oficial al desarrollo (AOD) ha disminuido. Si en 2009 España dedicó a este fin un 0,46% de la renta nacional, para este 2012 se ha quedado en un 0,29%. La reducción estimada, en el último año, es del 20%, y hasta más del 50% en salud.

En la respuesta al VIH/sida, los recortes son aún más duros. El Gobierno español suspendió, el año pasado, la ayuda al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis. Por otra, IAVI e IPM (Partenariado Internacional por los Microbicidas) vieron reducido en 2010 su apoyo en un 76% y 80%, respectivamente (700.000 euros para IAVI y

300.000 para IPM, en concreto). Al año siguiente, en 2011, estas cifras se mantuvieron.

"Si sólo España cumpliera con lo que prometió...", lamenta Laia Ruiz Mingote, codirectora de Planeta Salud, una ONG catalana que trabaja por mejorar la salud global de las personas. "Estamos lejos del 0,7% del PIB que deberíamos invertir en cooperación internacional. Aunque únicamente algunos países del norte de Europa están cumpliendo; en el Reino Unido han aumentado recientemente la partida dedicada a investigación".

España era, hasta hace poco, el cuarto donante del Fondo Mundial de la Lucha contra la Sida. "En el 2010, hubo unos problemas de desfallo en el Fondo Mundial y, en 2011, el Gobierno español retiró su aportación, cuando los problemas ya estaban detectados y resueltos. En lugar de cancelar su aportación, podría haberla congelado y propuesto soluciones, como hizo Alemania", recuerda Ruiz Mingote, responsable de participación comunitaria de la entidad.

Este año, todavía no están claros los recortes en la lucha contra el VIH en materia internacional, pero la ONG Planeta Salud calcula que serán de un 49%. "Estos recortes en Ayuda Oficial al Desarrollo —y, en concreto, en salud— son un ahorro insignificante para España. Hay un trasfondo ideológico en estas decisiones. Existe una visión a corto plazo; esto no tiene lógica de futuro. La ciencia va avanzando, pero no podemos permitir el riesgo de perder lo que hemos conseguido. Da la sensación de que están improvisando, de que no hay unos criterios reales".

La apuesta por la investigación... y la vacuna

“Es un escándalo”, afirma con rotundidad. El doctor Bonaventura Clotet es un hombre sosegado, que expresa sus opiniones con paciencia y armado de argumentos. Pero no esconde su decepción por la situación actual. “Mira, si sólo un 1% de lo que se dedica a rescatar a Bankia fuera para la investigación... ¡en cinco años ya tendríamos la vacuna contra el sida!”.

Su trabajo es el de investigador y no el de político, pero no oculta su indignación. “No puede ser que se rescate un banco con todo este dinero sin que se persiga a sus responsables... ¡sólo porque una mayoría absoluta lo impida!”.

Lo peor es que esto pase en un contexto de reducciones desproporcionadas. “El Gobierno español está recortando el 30% en investigación. ¡Pero si es en un contexto de crisis cuando hay que invertir en investigación y educación!”.

El año pasado, el Gobierno español suspendió la ayuda al Fondo Mundial de la lucha contra el Sida. “Esto sería justificable si, después, este dinero se hubiera invertido en prevención o investigación en España. Pero no fue así. Y es un error”. Cree que la dirección no está clara. “España debería apostar cada vez más por la investigación, no al contrario”.

Bonaventura Clotet es responsable de la Unidad de VIH y director del Instituto de Investigación de Sida IrsiCaixa del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona. Desde 2006, es codirector del proyecto HIVACAT, con el doctor Josep Maria Gatell, del Hospital Clínico de Barcelona. Estas dos instituciones se fusionaron para crear un programa de investigación pionero dirigido al desarrollo de la investigación de vacunas contra el VIH en Cataluña.

Cree que, con su trabajo, en 15 años podrían existir estrategias para erradicar el virus. “Habremos desarrollado un modelo de vacuna que podrá tener una gran eficacia. Aunque, finalmente, todo depende del dinero”.

El Instituto de Investigación del Sida que dirige se constituyó en 1995 como fundación privada sin ánimo de lucro. “Hay que destacar que la aportación de los laboratorios Esteve, la fundación La Caixa y la Generalitat de Catalunya se mantiene. Representa el 40% de nuestra financiación. Pero el otro 60%, el que depende de ayudas europeas y de la industria farmacéutica, peligra”.

Augura más recortes. “Habrá que buscar alternativas como la filantropía, que funciona con éxito en países como EE UU. Pero para que fuera posible, debería existir una ley de



mecenazgo, para que quien quiera colaborar pueda desgravar. Pero al gobierno no le interesa”.

Mientras no sea posible, imaginación. Este junio, el Palau Sant Jordi de Barcelona se llenó en un concierto benéfico con 15.000 personas. “Hubo un equipo de personas como Fede Sardá y Gemma Recorder que estuvieron trabajando nueve meses para que fuera posible. Esto es irrepetible. No se puede pedir a los artistas que cada año canten por el sida. Pero este concierto fue un hito histórico y nos sirvió de sensibilización y para recaudar fondos. Como las galas que organizamos con Miguel Bosé, que es una persona solidaria y nos ayuda mucho”.

Lo importante es que la investigación continúe. “Nos basamos en la excelencia y esto tiene un precio. Experimentar un año con simios puede valer medio millón de euros. ¡Pero los beneficios de una vacuna serían evidentes! Una persona que se infecta debe tratarse 50 o 60 años, con el coste que esto supone. Con el VIH debería pasar lo mismo que con la hepatitis”.

El esfuerzo es mundial. “La vacuna se conseguirá con la combinación de información de investigadores de todo el mundo, para crear la ideal, la más eficaz. Pero hay que apostar por eso. Nosotros necesitamos unos tres millones de euros al año. En EE UU hay filántropos que hacen grandes aportaciones. Pero las grandes fortunas de aquí es difícil que quieran involucrase”.

Mientras, ni el Plan Nacional sobre el Sida parece capaz de afrontar la situación. “Está abandonado y esto repercute en la coordinación global de los proyectos. Por suerte, la Sanidad está descentralizada y hay autonomías que están haciendo los deberes”.

Espero no estar nunca en su pellejo

Trabajo atendiendo a personas con infección por el VIH en un hospital público. De los 1.000 pacientes bajo mi cuidado, unos 150 son inmigrantes. Ni uno solo ha hecho turismo sanitario, y la mayoría no sabían que estaban infectados cuando dejaron su país en busca de un trabajo con el que ganarse la vida, o se han infectado estando en nuestro país. Muchos de ellos perderán la tarjeta sanitaria y su

tratamiento antirretroviral en agosto si se cumple lo anunciado por la señora ministra. Serán los elegidos para morir por el bien de los españoles.

Ahorrraremos algo de dinero de nuestras maltrechas cuentas dejándoles morir, pero no nos importará porque son ilegales. No lo merecen. No existen. Pero yo conozco sus nombres y sus caras, y cuando me despida de ellos en la consulta sabré que soy parte

de la hipocresía de una sociedad donde el derecho a la vida es sólo para algunos. ¿Qué sentirá un político tomando decisiones que suponen la muerte de personas en aras de un bien supuestamente superior, como es la reducción del déficit? Espero no estar nunca en su pellejo.

— Federico Pulido Ortega
El País, Madrid 27 de abril de 2012

Epílogo: un futuro incierto y sin técnicos en el Plan Nacional



Asistentes a SEISIDA se manifestaron contra las medidas del gobierno

La elaboración de este reportaje podría ser un trabajo en curso, no tener final, y es que la catarata de acontecimientos, decisiones políticas controvertidas y nuevos recortes no cesa.

El XV Congreso Nacional sobre el Sida, organizado por SEISIDA y celebrado en Madrid (España) del 6 al 8 de junio, fue el escenario de nuevas protestas contra el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, por su inacción —hemos tenido que esperar hasta julio para conocer a la nueva Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida—, su omisión —siguen sin consignarse las partidas destinadas a la respuesta al VIH— o sus decisiones altamente injustas y contraproducentes —negación de prestaciones sanitarias a personas en situación irregular—.



Las protestas siguieron durante la intervención de Mercedes Vinuesa

En la mesa inaugural del Congreso, Miguel Luis Tomás —de COGAM— entregó en mano a Mercedes Vinuesa, Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación, una carta en nombre de la Alianza de Plataformas de entidades de respuesta al VIH y dirigida al Gobierno de España, al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y a la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación para:

- Exigir la continuidad de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida y conocer los criterios para esta continuidad;

- Denunciar que los órganos establecidos por Decreto para asegurar la comunicación y transparencia entre la administración y la comunidad, como el COAC o la Comisión Nacional, están siendo “vilipendiados” por el gobierno incumpliendo así legalmente sus funciones;
- Oponerse a que se retire la tarjeta sanitaria a las personas inmigrantes en situación administrativa irregular.

Cabe destacar que la mayoría de presentaciones, tanto de profesionales sanitarios como de miembros de la comunidad, tuvieron un marcado carácter reivindicativo y de denuncia. Además de la rabia y el enojo, la tristeza y el desánimo llegaron a SEISIDA. Durante el congreso, se confirmó que los profesionales de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida iban a ser despedidos a final de junio. Así, sin más, desaparece un excelente equipo de profesionales que entendieron la dimensión de la pandemia por VIH y colaboraron activamente en la búsqueda de soluciones reales. En la clausura del congreso, se les rindió un sentido homenaje. Alberto, Ana, Ángela, Inma, Raúl y el resto de compañeros, ¡va por vosotros!



Nuestro recuerdo y reconocimiento al equipo técnico de la SPNS

El Plan Nacional sobre el Sida continúa su andadura con un perfil bajo

Al cierre de esta edición, se daba a conocer que el Plan Nacional sobre el Sida quedará adscrito a la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Elena Andrades Aragonés ocupará el cargo de subdirectora general y contará con una subdirectora adjunta, Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar, para implementar políticas de salud pública encaminadas a la prevención de enfermedades transmisibles y a la promoción de la salud. A efectos prácticos, esto significa que la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) desaparece y se mantiene el Plan Nacional sobre el Sida (PNS) diluido en la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, donde la prevención del VIH será abordada con la prevención de otras enfermedades transmisibles.

Me siento un ciudadano de tercera



Óscar Manzo. 40 años. Diplomado en turismo.

Óscar es venezolano y lleva cuatro años en España, dos con la situación regularizada y tarjeta de residencia. Hasta el momento, ha recibido una asistencia sanitaria correcta, pero tiene miedo de que la situación empeore. Ahora vive en Santander y, para revertir esta situación, lucha como voluntario en la ACCAS, la Asociación Ciudadana Cántabra Antisida.

LO+POSITIVO (LMP): ¿Has recibido un buen trato médico?

Óscar (Ó): Si. Pasé dos años sin papeles en Málaga, pero tenía tarjeta sanitaria, porque antes, con constar en el padrón municipal, ya era suficiente. Lo que necesité fue ayuda con los trámites de la ONG de mi ciudad, ASIMA, porque son complicados.

LMP: ¿Has vivido en otros sitios desde entonces?

Ó: De Málaga pasé a Gran Canaria. Allí tuve el apoyo de otra organización, Amigos contra el Sida. Me ayudaron también en los trámites. Y cuando fui a Cataluña, en agosto de 2009, fue donde tuve más problemas. Concretamente en el Hospital del Mar. Necesité que Luis y la gente de Stop Sida me ayudaran. Pero ellos, finalmente, me consiguieron tramitar la tarjeta, gracias a un convenio que tienen con la Generalitat.

LMP: ¿Y ahora ya está todo solucionado?

Ó: Vivo en un piso de acogida en Santander que tiene la Asociación Ciudadana Cántabra Antisida. Está bien, ya que, además de techo, cama y tres comidas, hay un grupo de personas, entre las que se encuentra una psicóloga, que están pendientes de nosotros en cuanto a necesidades personales

y emocionales, e incluso velan por nuestros intereses económicos haciendo hasta un plan de ahorro para los que cuentan con ingresos fijos procedentes de sus pensiones.

LMP: ¿Trabajas?

Ó: Me han dado un permiso de residencia, pero no me permite trabajar. Estoy en las mismas: pertenezco a la economía informal, pero no cotizo en la Seguridad Social. O sea, que tengo acceso al médico pero no puedo trabajar. Aunque no me puedan deportar, me siento un ciudadano de tercera.

LMP: ¿Tienes problemas de dinero?

Ó: Hasta hace poco, cuando cada mes tenía que reunir dinero para pagar una habitación, me entraban unos miedos horribles. Intento dar clases de inglés, pero son unos ingresos muy variables. Una semana haces 50 euros, en otra nada... No puedo acceder a ninguna bolsa de empleo, mi tarjeta no me permite trabajar. Suerte que mis padres me ayudan con 200 euros al mes.

LMP: ¿Cuál sería la solución?

Ó: Necesitaría alguien que me contratara y esto podría modificar mi permiso de residencia. O si no, esperar a septiembre, porque podré solicitar la nacionalidad. Aunque hay que ver si me la dan, porque puede demorarse mucho.

LMP: ¿La situación te angustia?

Ó: La crisis nos ha afectado a todos, pero para el que no trabaja ni tiene ingresos, es muchísimo peor. No sabes con cuánto dinero vas a contar. No puedo recibir ninguna ayuda del gobierno.

LMP: ¿Qué situación hay en Venezuela?

Ó: En Latinoamérica existe una desinformación grotesca respecto al VIH. El sexo ya es un tabú, ¡imagina hablar de una enfermedad que se transmite por relaciones sexuales! Esta falta de información acarrea todo tipo de problemas, se crean situaciones de riesgo y la gente cae como moscas.

LMP: ¿Pero hay buenos programas gubernamentales?

Ó: En la capital, Caracas, existe una cierta respuesta desde las ONG, pero en el resto de un país de 30 millones de habitantes, no hay nada. Del VIH no se habla. Además, hay problemas muy importantes con la asistencia sanitaria. Mi madre me decía por teléfono que hace siete meses que no hacen pruebas para saber las cargas virales porque no hay reactivos. Me entristece, ¡porque en mi país hay dinero! Pero se queda en los bolsillos de la cúpula. ¡Si sólo por el petróleo entran millones de dólares diarios!

LMP: Y la población está desasistida...

Ó: Los venezolanos son tan vulnerables como los africanos. La falta de educación, la ignorancia, son lo peor que le puede pasar a un país. Y con el VIH, la población se está jugando la vida.

LMP: ¿Cómo afrontas el futuro?

Ó: Me quejo, pero soy una persona proactiva. Hablo inglés y me gustaría mucho entrar en el ruedo laboral. Lo que me da pena son todas las personas que conozco que no tienen papeles y que están en riesgo de quedarse sin asistencia. ¡Hay que hacer algo para que esto no sea así!

Llevo un mes con

depresión



Adela. 42 años. Traductora e intérprete.

Adela coge un pañuelo y seca sus lágrimas. Hace días que la angustia puede más que ella. Vive en Barcelona desde hace diez años, ha cotizado durante ocho, pero ahora se encuentra otra vez sin su situación legal regularizada. "Al no tener papeles, la vida es precaria". Convive con el VIH y tiene miedo de quedarse sin tarjeta sanitaria y, por consiguiente, sin tratamiento. Ya ha empezado a pensar en un posible plan B.

LO+POSITIVO (LMP): ¿Has tenido hasta al momento algún problema al recibir asistencia médica?

Adela (A): El trato ha sido bueno hasta el momento, cada mes dispongo de los antirretrovirales. Pero tengo mucho miedo; desde hace dos años no tengo el DNI. Hoy, en la farmacia del hospital, me lo han pedido. Les he dicho que no lo había traído y me han dado igualmente la medicación. Pero hasta agosto me van a temblar las patitas. Llevo un mes con depresión.

LMP: Es miedo...

A: Sí; ¿qué nos va a pasar? ¿Si no hay medicación para las personas con

la situación irregular, vamos todos a morir en la puerta del hospital? Hoy ya me han avisado de que voy a tener problemas. ¿Le van a decir a mi hijo español que no le van a dar medicación a su madre porque es 'sudaca'? ¿Es inhumano, no? Siento una angustia terrible. Llevo diez años en Can Ruti y ahora me quieren cambiar al Hospital de Mar para estar más cerca de mi domicilio.

LMP: ¿Por qué no tienes tu situación regularizada después de tanto tiempo?

A: Tengo un hijo español y antes, si era mayor de edad, ya era suficiente

para poder tener derecho a la reagrupación familiar. Ahora te piden que tu hijo trabaje o que disponga de medios económicos, y en la situación actual no es posible. Estoy intentando reclamar a través del defensor del pueblo de Cataluña, el Síndic de Greuges, pero voy a pasar unos meses con esta incertidumbre.

LMP: ¿Y no hay otra alternativa?

A: Tengo un abuelo español, pero no puedo encontrar su documentación. De información no me falta, me he movido. Pero estoy en medio de vacíos legales. Mira que soy siempre positiva, pero esta vez me da mala espina.

« Desde hace dos años no tengo el DNI. Hoy, en la farmacia del hospital, me lo han pedido. Les he dicho que no lo había traído y me han dado igualmente la medicación. Pero hasta agosto me van a temblar las patitas. Llevo un mes con depresión. »

Adela

LMP: ¿Y mientras, trabajas?

A: Sin tener la situación regularizada, sólo puedo acceder a trabajitos. Me las estoy viendo para poder pagar el alquiler; comparto piso con otras personas. Realmente, sobrevivo gracias a la caridad de mis amigos, me duele un montón. Antes había trabajado para la policía: soy intérprete de cuatro idiomas. Ahora no tengo ni derecho al paro ni a ningún tipo de ayudas. Sin DNI vigente, no tengo nada.

«Se va repitiendo que no hay trabajo por culpa de los inmigrantes. Que colapsamos la sanidad pública. Pero no es verdad, no podemos faltar al trabajo. Hay mucha leyenda que no se corresponde con la realidad. Al contrario, somos el eslabón más frágil.»

Adela

LMP: ¿El padre del niño te ayuda?

A: Tuve mi hijo en Venezuela. En el momento del parto descubrieron que era seropositiva. Fue entonces cuando mi marido me dijo de venir a España. En aquel momento, en Venezuela no

era posible conseguir los antirretrovirales por la vía pública. Había que comprarlos y pagar cuatro veces más del salario mínimo interprofesional, una locura. Era profesora de francés y de teatro, tuve que dejar mi trabajo, mis amigos, mi gente. Entonces, en España, nos separamos; mi marido me llevó a juicio y se quedó con la custodia de mi hijo. Era del Opus Dei, tenía todas las de ganar. Ahora me puede denunciar el día que quiera por no pasarle una pensión.

LMP: ¿Y no ves manera de solucionar la situación?

A: Cuando voy a hacer las gestiones de los papeles, intento contarles que tengo una enfermedad crónica, y que sin papeles puedo perder la tarjeta sanitaria. Pero no sirve de nada, y cada vez que empiezo el trámite de los papeles pasan de tres a seis meses.

LMP: ¿Por qué?

A: Se va repitiendo constantemente que no hay trabajo por culpa de los inmigrantes. Que colapsamos la sanidad pública. Pero no es verdad, muchos de nosotros no vamos al médico por una fiebre o un dolor de cabeza. No podemos faltar al trabajo. Hay mucha leyenda que no se corresponde con la realidad. Al contrario, somos el eslabón más frágil. Hacemos muchos trabajos

que otras personas no quieren hacer. Pero igualmente hay quien quiere que nos vayamos a nuestro país de origen. Aunque, por suerte, no todo el mundo piensa igual.

LMP: ¿Qué puede pasar?

A: Yo no puedo pagar los 1.100 euros que vale mi medicación. Si no tengo asistencia médica, me iré. Pensé en Italia, porque tengo mis otras dos hijas que tienen la nacionalidad italiana. Esto me daría más derecho para tener los documentos.

LMP: ¿Y volver a Venezuela?

A: Es una opción, lo que pasa es que allí la medicación es intermitente y de origen cubano. O sea, nada segura. Chávez, nuestro presidente, no tiene relación con los EE UU y no hay acceso a muchas innovaciones. Tengo un amigo que tomaba la medicación en Venezuela y enfermó. Pero para vivir en el primer mundo como si fuera el tercero, prefiero vivir en el tercero como si fuera el primero. Pero claro, entonces no podré volver a ver fácilmente a mis hijos.

LMP: ¿Cuál debe ser la respuesta?

A: Voy a hacer todo lo que esté a mi alcance. Confío en las ONG, fui voluntaria de la Asociación VIH-Sida de Badalona. Pero no sé... ¿cuántas veces nos hemos manifestado? Después, hacen lo que quieren...

Mediosysida, el centro de recursos mediáticos para periodistas y ONG de RedVIH, ha creado un mapa colaborativo para constatar la incertidumbre económica y los recortes en las ayudas a la respuesta al VIH y sida en España.

A través de Google Maps, están dejando constancia del cierre total o parcial de servicios, de entidades, así como también de las acciones o reivindicaciones que se están llevando a cabo por parte de las organizaciones del VIH y sida.

De este modo, por ejemplo, se puede descubrir cómo el Gobierno canario ha anulado créditos por más de 141.000 euros para las ONG y entidades que trabajan en la asistencia y prevención del VIH/sida, por lo que se verán afectados 3.000 usuarios/as.

Se puede participar a través del correo (contacta@mediosysida.org).

El mapa es accesible a través de la web: <http://g.co/maps/zcmft>.

El mapa de los recortes



Esta excusa de la crisis

no me la creo



Félix Patillas Mateos. 39 años. Voluntario de la ONG Stop Sida

A Félix Patillas Mateos, vitoriano residente en Barcelona, le comunicaron hace dos años que tenía VIH. "Fue una bofetada, y pasé por una depresión de cuatro meses". Desde entonces, todo ha ido a mejor. "Excepto cuando me cambian la medicación: entonces paso un mes fatal". Desde enero, es voluntario de la asociación catalana Stop Sida como educador de calle, informando sobre el VIH en lugares de sexo de la ciudad. "A veces, pienso que me gustaría ayudar en la ONG haciendo la prueba rápida. Pero dar un positivo me afectaría demasiado".

LO+POSITIVO (LMP): ¿Qué has aprendido en estos meses de voluntario?

Félix (F): Me he dado cuenta de la ignorancia que sigue habiendo sobre el VIH en personas de todas las edades.

Por eso nosotros informamos, para que cada uno tenga sexo como le plazca; y en caso de que haya una relación sin profilaxis, que se sepa que existen unos riesgos y cómo deben minimizarse.

LMP: ¿Por qué sigue habiendo desinformación?

F: Hasta que a uno no le toca de cerca, nadie se preocupa. Hay que seguir recordando cada día que es una enfermedad muy grave. Pero hay quien piensa que se trata sólo de una cuestión de la comunidad LGBT. El estigma y del desconocimiento persisten. No nos podemos relajar, tenemos que visibilizarnos.

LMP: ¿Qué es lo que más te preocupa?

F: Que haya gente que se pueda infectar y que no le den medicación porque no tiene su situación legal regularizada. ¡Es una barbaridad! Es ilógico, irracional e hitleriano. ¡No se le puede negar la vida a nadie! ¡Los sin papeles y los trabajadores del sexo son quienes más ayuda necesitan! Si alguien muere por no ser atendido como debe, será una responsabilidad de todos: del que ha firmado el decreto, pero también del que se ha quedado en el sofá.

LMP: ¿De dónde viene el problema?

F: Hay quien aún piensa que los inmigrantes son los culpables de todo y, mientras, están quitando el dinero de la Sanidad para darlo a un banco. Una locura. Estamos en la punta del iceberg de los recortes a las minorías, aunque en verdad seamos una gran mayoría.

LMP: Pero hasta el momento has recibido un tratamiento adecuado...

F: Sí, pese a que los centros sanitarios cada vez están más colapsados. Hay cosas que se podrían hacer de otra manera. En Suecia, por ejemplo, los antirretrovirales los dan en las farmacias. Aquí hay que ir al hospital cada mes, aunque antes fuera cada tres meses. Y si quieres irte unos meses de viaje, es un problema...

LMP: ¿Qué pueden hacer las ONG?

F: ¡Pero si se van a quedar sin dinero para las campañas de prevención! ¡La mayoría de infectados son gente joven, de menos de 21 años! ¡Las cargas virales de las personas sin tratamiento son muy altas! Corremos el riesgo de volver a los años 80, de alto riesgo de infección y miedo al sexo. ¡Esto puede tener tremendas consecuencias! La ministra va perdonando las vidas. Y aquí nadie perdona la vida a nadie, ¡es un derecho! Hay que reaccionar, con manifestaciones, en el día del orgullo gay... Si hemos conseguido llegar hasta aquí, ¡cómo no vamos a conseguir esto! Yo no voy a dejar que alguien muera de sida en España. No sé lo que voy a hacer. Pero no quiero que esto pase.

LMP: ¿Tienes miedo de que la situación empeore?

F: ¡Sólo habrá que ver cuando las enfermedades oportunistas de las personas con VIH colapsen urgencias! No quiero que nadie en mi país muera de sida, porque dinero hay. ¡Las farmacéuticas son millonarias! ¿Por qué, cuando se atiende a un ciudadano europeo, el gobierno no reclama este dinero a sus gobiernos? Esta excusa de la crisis no me la creo.

TODOS SI

ANA, TIA,
PONTE EN
SU LUGAR
MONA

SALUD
+ DERECHOS

NEGRO
A UN
NO ES
SINO
XERO

En junio de 2012 se realizó en la plaza del museo Reina Sofía en Madrid un acto en defensa de los derechos sanitarios de las personas migrantes. Éstas son algunas de las opiniones ahí vertidas.

{ -23.500.000.000 € PARA BANKIA }
{ - Ø PARA SIDA/VIH }
{ ¿ES POSIBLE?, SI, LO ES } }

Por una sanidad universal

yoSÍ sanidad universal

por una sanidad universal

efectados

noticias

¿En qué país es imposible acceder al tratamiento que toma I. I. Si algo de tomar los médicos si no puede a si médico, que damento poré =

Diabetes Desatendida

Diabetes Desatendida



<http://yosisanidaduniversal.net>

Bajo el lema **"Yo Sí, sanidad universal"** una serie de usuarios y trabajadores del Sistema Nacional de Salud (SNS) están organizando una campaña de desobediencia civil frente a la reciente reforma sanitaria, recogida en el Real Decreto-Ley 16/2012, que supone la exclusión de cientos de miles de personas del derecho a recibir atención sanitaria y el repago de medicamentos y de ciertas prestaciones sanitarias.

El modelo anterior era universal, es decir, el acceso a la sanidad estaba garantizado a toda la población sin excepciones. Ahora, sólo las personas "aseguradas" podrán tener garantizado el acceso a algunas prestaciones "básicas".

Están desarrollando líneas de acción para articular y visibilizar la objeción de conciencia de los profesionales al RD y para organizar, sostener y proteger la desobediencia civil de profesionales y usuarias para mantener la atención sanitaria. **¡Queremos una sanidad pública, de todos, para todos!**

si soy profesional

si soy usuari@

Objeción de conciencia

Descarga los modelos para objetar al Real Decreto

Desobediencia civil

Enlaza formas de seguir defendiendo a todo el mundo.

Red de profesionales objetores

Es necesaria la ayuda de colegas y/o implicados.

Difundir la campaña

Descarga información, cartelería y folletos para repartir

Aportar tus ideas

Envía tus sugerencias para crear la sanidad que queremos.

Información legal

La base legal sobre la que construimos esta campaña.

Quejas y solicitudes

Reclama tu derecho a la asistencia sanitaria por escrito.

Desobediencia civil

Para que el acceso a la asistencia siga siendo universal.

Grupos de acompañamiento

Acompaña a personas que no tengan cobija sanitaria.

Difundir la campaña

Descarga información, cartelería y folletos para repartir

Aportar tus ideas

Envía tus sugerencias para crear la sanidad que queremos.

Información legal

La base legal sobre la que construimos esta campaña.

Ejercicio

La mejor terapia para manejar los efectos secundarios

El ejercicio conlleva numerosos beneficios para las personas con VIH. Además de la evidente mejora de la autoimagen, el nivel de energía y estado mental, diversos estudios han demostrado que también actúa de forma positiva sobre la composición corporal, el metabolismo y el estado de ánimo. Por sí solo, el ejercicio no únicamente mejora la función muscular y la fuerza, sino que asimismo puede ayudar a reducir la grasa en el caso de personas con lipodistrofia. Por otra parte, favorece el aumento de la densidad mineral ósea tanto en hombres como en mujeres.



Recomendaciones

Procura hacer un ejercicio aeróbico de bajo impacto tres o cuatro veces a la semana. Si te ejercitas durante 20 o 40 minutos caminando a buen ritmo, en bicicleta (normal o estática), subiendo escaleras, con una elíptica o una cinta de correr, conseguirás aumentar tu capacidad aeróbica, lo que te ayudará a quemar grasa y reducir los niveles de colesterol, triglicéridos y azúcar en sangre. Salir a correr puede ser una opción si tienes unas articulaciones fuertes y no sufres problemas de neuropatía. No hagas ejercicio aeróbico si estás perdiendo peso de forma involuntaria, si notas cansancio o si te estás recuperando de una enfermedad. Ciertas personas temen que el ejercicio cardiovascular pueda aumentar la emaciación (lipoatrofia), pero algunos expertos consideran que este miedo no está fundado.

Intenta practicar ejercicio con pesas y máquinas tres veces a la semana durante una hora. Comenzar a ejercitarse con máquinas es la opción más segura hasta que te familiarices con los ejercicios. A medida que aumente tu confianza y tu fuerza, puedes incorporar ejercicios con pesas libres (lo mejor sería hacerlo con la ayuda de otra persona). Posteriormente, puedes aumentar el peso en cada ejercicio. Procura ejercitar una parte del cuerpo a la semana y hacer tres ejercicios por cada parte. Para cada ejercicio basta un ligero calentamiento y dos series más pesadas de ocho a diez repeticiones (hasta el fallo muscular momentáneo, lo que significa hasta que no puedas hacer otra repetición). Si no puedes ir a un gimnasio, puedes hacer flexiones en el suelo y agachadas usando libros o botellas con agua en tu casa.

Empezar

Antes de comenzar un programa de ejercicios, existen algunos detalles que es importante tener en cuenta. En primer lugar, sería conveniente hacerte algunos análisis (para determinar constantes como la presión arterial, ritmo cardíaco, peso, dimensiones corporales y niveles de colesterol, triglicéridos y azúcar en ayunas) de modo que puedas saber si presentas algún problema de salud que te impida realizar algunos ejercicios. Idealmente, deberías comprobar estas constantes de forma mensual.

Si al principio notas cansancio y debilidad, procura empezar caminando

cada día, dentro de tus capacidades, para poder pasar a un programa de ejercicio más intenso cuando te notes con más fuerzas. Puede resultar útil emplear un medidor de pasos para hacer un seguimiento de tus progresos diarios: Intenta llegar a los 10.000 pasos al día, ya que ese valor se ha relacionado con una buena salud cardiovascular y pérdida de grasa.

Podemos distinguir entre dos tipos de ejercicio: de resistencia y cardiovascular (aeróbico). En el primero, se emplean pesas para inducir el crecimiento muscular, mientras que el ejercicio cardiovascular provoca un aumento del metabolismo que te ayudará a quemar grasa y reducir los niveles de colesterol malo y azúcar en sangre.

Cuestiones importantes a recordar

- Es conveniente aprender cómo hacer cada ejercicio de forma correcta y hacerlo siempre así para obtener el máximo resultado y evitar lesiones.
- Asegúrate de calentar los músculos antes de pasar a hacer ejercicios más intensos. Para ello, es conveniente empezar con una tanda de ejercicios ligeros repetidos varias veces.
- No utilices el cuerpo para tomar impulso, ya que así evitas que los músculos trabajen. Deberías utilizar un ritmo que ayude a aumentar la eficacia del movimiento.
- Procura emplear un amplio rango de movimientos en todos los ejercicios. Siente cómo se estira el músculo y luego se contrae. ¡No vayas demasiado rápido!

Para evitar lesiones, deberías hacer calentamientos antes del ejercicio y estiramientos al acabar. Es conveniente que estires los principales grupos musculares antes del ejercicio, dado que favorece la flexibilidad y la recuperación muscular. Procura concentrarte en lo que estás haciendo, para sentir cómo trabajan los músculos. Céntrate en cómo se contraen y se relajan e intenta sentir cómo tu cuerpo se ejercita, en lugar de distraerte con otros pensamientos o las personas que te rodean.

Si el peso es demasiado ligero (puedes realizar sin problema más de 12 repeticiones), intenta utilizar otro mayor, con más alta resistencia, o procura hacer el movimiento de forma más lenta e intentar sentir realmente la contracción muscular. Si el peso es el correcto, debería resultarte difícil completar la décima repetición. Por supuesto, a medida que tu fuerza aumenta, deberías aumentar el peso empleado.

La seguridad es lo primero

Recuerda: ¡la seguridad ante todo! Si notas dolor al hacer un ejercicio, detente. Pide ayuda para intentar averiguar lo que estás haciendo mal. Además, si te haces daño, dificultarás tu progreso porque no querrás seguir realizando ejercicio.

Compromiso

Si puedes permitirte, puedes apuntarte a un gimnasio. Es más pro-

bable que si te cuesta dinero sigas ejercitándote y la perseverancia es la clave del éxito en cualquier programa de ejercicio. También es conveniente encontrar otra persona entusiasta para entrenar juntos o, si tienes dinero, un entrenador personal. Es más fácil seguir motivado cuando entrenas con otra persona que tenga un interés vital en vuestro éxito mutuo. Asimismo, es más seguro que haya alguien que te pueda ayudar si estás levantando pesas grandes.

Evita el sobreesfuerzo

Si haces ejercicio durante más de una hora diaria, es posible que provoques un sobreesfuerzo que puede afectar a tus músculos, reduciendo su fuerza. Probablemente, el entrenar en exceso sea el factor que menos tienen en cuenta los entusiastas del ejercicio. Para que el músculo se desarrolle, el cuerpo tiene que recibir un estímulo y eso es lo que se consigue con el levantamiento de pesas. Sin embargo, ejercitarse en extremo desgasta el organismo y éste inicia el proceso de destruir la masa muscular, porque comienza a utilizar las proteínas de los propios músculos como alimento.

Este es el motivo por el que muchas personas no aumentan su masa a un ritmo satisfactorio. Aún peor, en ocasiones, estas personas pueden pensar que no están entrenando con suficiente intensidad y aumentan sus tandas de ejercicios, como si en realidad necesitaran un estímulo mayor. Y este es uno de los mayores errores: ¡más no significa necesariamente mejor! Parece paradójico que puedas hacer menos ejercicio y aumentar el crecimiento, pero en muchos casos es así. En consecuencia, cualquier ejercicio que supere el estímulo necesario para inducir un crecimiento muscular óptimo se denomina sobreentrenamiento.

Diario de ejercicios

El mejor motivo para hacer un seguimiento de tus ejercicios es que puedas ver gráficamente lo que has conseguido y puedas advertir si estás entrenando en exceso. También podrás percibir si tu fuerza está aumentando a un ritmo razonable. Puedes documentar tus ejercicios con un seguimiento del peso que levantas y la cantidad de repeticiones que haces en cada ejercicio, y así, cuando vuelvas a entrenar la semana siguiente, sabrás en qué tienes que mejorar. Asimismo, podrás comprobar si estás realizando algún sobre-

esfuerzo, ya que no ganarás ni fuerza ni tamaño muscular. Si descubres que eres más débil que anteriormente y el resto de los factores no han cambiado (nutrición, por ejemplo), es posible que estés entrenando con demasiada frecuencia.

Alimentación e hidratación

Procura beber suficiente agua para mantener la hidratación. La deshidratación puede hacer que tengas menos energía para los entrenamientos. Procura beber agua durante el ejercicio y evita las bebidas azucaradas, puesto que proporcionan un impulso de energía al principio, pero provocarán fatiga. A algunas personas les gusta beber té verde o creatina en zumo antes del ejercicio, para aumentar así sus niveles de energía.

Es recomendable tomar una comida con carbohidratos (frutas, bebidas carbohidratadas, etc.) antes del ejercicio, así como una rica en proteínas al terminar. Procura mantener un buen nivel de hidratación bebiendo agua durante el ejercicio. Al terminar, intenta descansar lo suficiente.

No es conveniente hacer ejercicio después de una comida fuerte. Deberías esperar al menos dos horas. Si necesitas tomar un refrigerio, puedes tomar una fruta o una tostada con mantequilla al menos una hora antes del ejercicio. No consumas batidos de proteínas antes del ejercicio (déjalos para después). La digestión ralentizará tu entrenamiento y bajará tu nivel de energía. Tras 30-60 minutos después del ejercicio, alimenta tus músculos con una comida equilibrada con proteínas, grasas buenas (aceite de oliva, aceite de lino) y carbohidratos complejos, como frutas y granos integrales.

Recursos (en inglés):

Ejemplos de ejercicios que puedes hacer en tu casa: http://weboflife.nasa.gov/exerciseandaging/chapter4_strength.html

Ejemplos de ejercicios de gran resistencia en el gimnasio: http://www.myfit.ca/exercisedatabase/weight_lifting_exercises.asp

Dos de los mejores sitios web con vídeos de ejercicios y explicaciones: <http://www.exrx.net/Lists/Directory.html> y <http://www.myfit.ca>

Traducción del artículo en inglés: 'The Best Therapy for Managing Side Effects', de NELSON VERGEL y MICHAEL MOONEY.

Ensayos clínicos fraudulentos en España

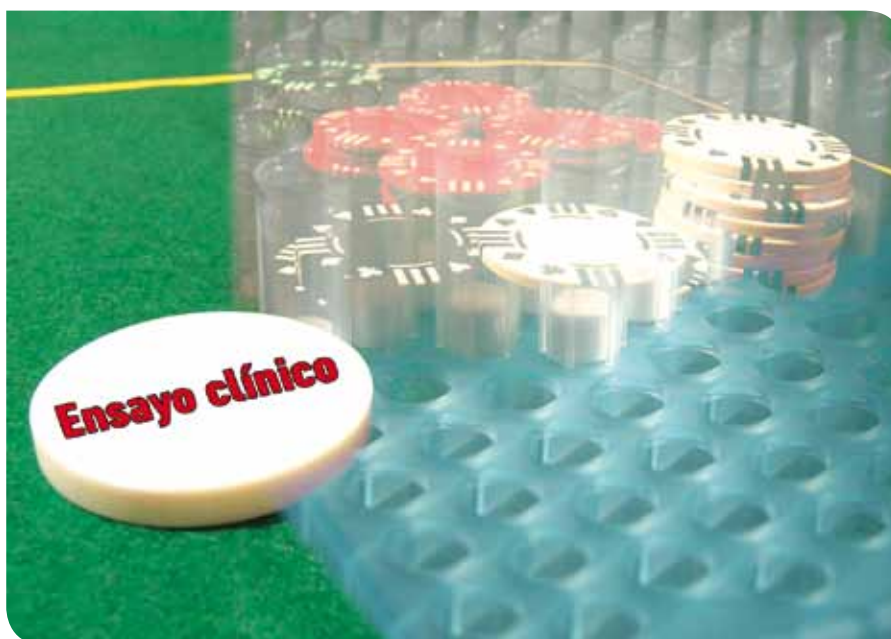
Un investigador se enfrenta a una sanción de 216.000 euros por las infracciones cometidas en varios estudios de investigación

Una inspección llevada a cabo por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (España) a Vicente Soriano, conocido investigador y médico adjunto del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Carlos III, ha concluido que el doctor realizó de manera fraudulenta al menos cinco ensayos clínicos con medicamentos antirretrovirales con la participación de personas con VIH.

Los hechos que ahora han visto la luz se remontan a noviembre de 2010, cuando la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), que tiene competencias en materia de regulación de ensayos clínicos, comunica al Servicio de Control Farmacéutico y Productos Sanitarios de la Consejería de Madrid que en el Hospital Carlos III se habían efectuado estudios de investigación clínica sin contar con la autorización de dicha agencia. En concreto, las sospechas de la AEMPS —basadas en la presentación de los resultados de los ensayos clínicos en congresos médicos o en su publicación en revistas científicas— se cernían sobre dos estudios que evaluaban diferentes estrategias de tratamiento basadas en raltegravir (Isentress®) y que no habían sido autorizados por la agencia reguladora; y sobre otros tres estudios en los que podrían haberse cometido también irregularidades.

Esclarecer los hechos

La Dirección General de Ordenación e Inspección, de la que depende el Servicio de Control Farmacéutico y Productos Sanitarios, ordena llevar a cabo una inspección al Dr. Vicente Soriano con el fin de esclarecer los hechos. Durante tres días del mes de noviembre de 2010, dos inspectores investigan el caso y, tras finalizar las actuaciones y el período de alegaciones, emiten un informe definitivo de la inspección, al que el equipo de redacción de *La Noticia del Día* ha tenido acceso.



Según las conclusiones del equipo inspector, en los dos ensayos en los que se evaluaban diferentes estrategias de tratamiento con raltegravir (el ensayo ODIS, que evaluaba el cambio de un inhibidor de la proteasa a raltegravir una o dos veces al día, y un estudio piloto que comparó su dosificación una vez al día frente a dos veces diarias), el promotor e investigador principal, el doctor Vicente Soriano, no cumplió con los trámites legales en materia de ensayos clínicos con medicamentos (Real Decreto 223/004) consistentes en el informe favorable de un Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), la autorización de la AEMPS, la firma de contrato entre promotor y el centro hospitalario, la suscripción de un seguro de responsabilidad civil, y la información al paciente así como la firma del consentimiento informado.

En el caso del ensayo ODIS, el Dr. Soriano sí solicitó la autorización del CEIC, pero como si se tratara de un proyecto de investigación, es decir, un estudio observacional en el que los me-

dicamentos se prescriben de la manera habitual de acuerdo con las condiciones normales de la práctica clínica. Sin embargo, el CEIC denegó la petición por considerarlo un ensayo clínico en toda regla, es decir, un estudio sujeto a un

« Se da la paradoja que en estos ensayos habían participado como investigadores miembros del Comité Ético de Investigación Clínica que previamente había dado un informe negativo a su realización. »

protocolo en el que se evaluaba una intervención experimental. Pese al dictamen negativo del CEIC, el investigador continuó con el desarrollo del ensayo.

Informe negativo

Durante la entrevista que el 22 de noviembre de 2010 mantiene con los inspectores, Vicente Soriano declara que, al tratarse de fármacos ya comercializados, no creía que su investigación se tratase de un ensayo clínico y, por lo tanto, no consideró oportuno realizar los trámites legales preceptivos para la puesta en marcha del estudio. Además, el doctor Soriano sostiene durante su declaración que, como nadie le había informado de que la petición de proyecto de investigación para el estudio ODIS había sido rechazada por el CEIC, dio por supuesto que había sido aprobada. Se da la paradoja que en estos ensayos habían participado como investigadores miembros del Comité Ético de Investigación Clínica que previamente había dado un informe negativo a su realización.

Al requerimiento por parte de los inspectores de los consentimientos informados de los 222 pacientes que habían participado en el estudio ODIS, Vicente Soriano les informa de que no podía presentarlos por estar incluidos en las historias clínicas custodiadas en el archivo del hospital. Los inspectores le instan a entregarlas en el plazo de siete días.

Dos días más tarde, la Gerencia del Hospital entrega a los inspectores una muestra de 25 historias clínicas de entre los 222 pacientes que habían participado en dicho ensayo, lo que provoca las protestas de Vicente Soriano y del doctor González Lahoz, jefe en aquel entonces del Servicio de Enfermedades Infecciosas, por no haber tenido la oportunidad de revisarlas con antelación. Y es precisamente en ese momento cuando Vicente Soriano comunica que los consentimientos informados no se encuentran archivados en las historias clínicas de los pacientes. Los inspectores deciden suspender la revisión levantando acta de la inspección que Soriano se niega a firmar.

Consentimiento informado

Transcurridos cinco días, se reanuda la inspección y Soriano aporta 19 documentos de consentimiento informado afirmando que son los que ha podido conseguir. Ante las preguntas de los inspectores, el Dr. Soriano acaba admitiendo que la información de los pacientes relativa a los ensayos clínicos no

consta en sus historias clínicas, “ya que únicamente le interesa a él como investigador, por lo que esta información se archiva en carpetas en su consulta”.

Como era de esperar, los inspectores piden tener acceso a dichas carpetas. Al revisar la información sobre siete pacientes incluidos en el estudio ODIS, pueden comprobar que en el modelo de consentimiento informado utilizado por los pacientes se dice que el ensayo había obtenido en el CEIC del Hospital Carlos III la autorización del Ministerio de Sanidad y Consumo, lo cual —tal y como habían puesto de manifiesto las actuaciones de los inspectores— no era cierto. Los inspectores concluyen que en las ‘historias paralelas’ revisadas en la consulta del doctor Soriano, correspondientes a pacientes incluidos en el ensayo ODIS, tampoco queda constancia de la participación en el mismo y ni siquiera coinciden las fechas en que los pacientes firmaron el documento de consentimiento informado con días que hubiesen acudido a la consulta. Con relación a esta praxis poco habitual, los inspectores señalan: “Llama la atención (...) que el Dr. Soriano no considere de interés para otros facultativos que pueden atender a un paciente el estado de salud y la información derivada de su participación en un ensayo clínico”.

Respecto a los otros tres ensayos clínicos investigados (el estudio SLOAT; el estudio ELADY; y un estudio que evaluaba una terapia de mantenimiento basada en hidroxuurea [HU] y didanosina [ddl] en pacientes con viremia controlada), los inspectores indican que en la base de datos del Comité Ético de Investigación Clínica no constaba ningún proyecto o ensayo clínico que hiciera referencia a los estudios SLOAT y ELADY, ni tampoco se encontró ningún informe del CEIC de valoración del estudio que, promovido por Soriano, probara la terapia de mantenimiento con HU y ddl.

Seis infracciones

Según el informe final del equipo de inspección, el Dr. Soriano cometió un total de seis infracciones: cuatro muy graves, una grave y una leve.

Los inspectores consideraron infracciones muy graves: no contar con los informes favorables del Comité Ético de Investigación Clínica —que es el principal garante de los derechos de los participantes— para la realización del ensayo ODIS y del estudio piloto que comparó la dosificación de raltegravir una vez al día frente a dos veces diarias; no contar con la autorización pre-

« Llama la atención (...) que el Dr. Soriano no considere de interés para otros facultativos que pueden atender a un paciente el estado de salud y la información derivada de su participación en un ensayo clínico. »

ceptiva de la AEMPS para efectuar los citados estudios; no suscribir un seguro de responsabilidad civil para los participantes de ambos ensayos; obtener el consentimiento informado de los participantes del estudio ODIS proporcionándoles una información no aprobada por el CEIC y no veraz, y no informar ni obtener los consentimientos informados de los pacientes incluidos en el estudio de piloto.

El informe de los inspectores estipula como falta grave el no haber suscrito un contrato con el centro hospitalario para la realización de los dos estudios, y como infracción leve, el hecho de que el doctor Vicente Soriano dificultase la labor inspectora intentando obstruirla y retrasarla de forma innecesaria.

Como consecuencia de las infracciones graves y muy graves detectadas por el equipo inspector, la Consejería de Sanidad abrió un expediente sancionador al investigador madrileño, que fue resuelto en octubre de 2011 imponiendo una sanción económica por vía administrativa de 216.000 euros.

Vicente Soriano ha recurrido la sanción al Tribunal Superior de Justicia de Madrid que, hasta que no resuelva el recurso, ha dejado en suspenso la sanción. A tenor de las declaraciones de Soriano a *El País*, el proceso de inspección es una maniobra para desacreditarle y evitar que acceda a la jefatura del servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Carlos III, que actualmente se encuentra vacante.

Rechazo y mala imagen

El caso ha provocado la reacción de los principales partidos de la oposición y el rechazo de las principales ONG que

trabajan en el ámbito del activismo en tratamientos del VIH, como por ejemplo, el Foro Español de Activistas en Tratamientos del VIH (FEAT), un comité asesor comunitario que, desde el año 2003, contribuye de forma activa al debate científico en torno al desarrollo de fármacos antirretrovirales y medicamentos contra las hepatitis. Según su coordinador, Diego García, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid debería llegar al final de un asunto que puede provocar, como daño colateral, una mala imagen de la investigación clínica en España y el rechazo de los pacientes a participar. "No debemos olvidar que los ensayos clínicos son un pilar esencial en el desarrollo de nuevos fármacos y en los estudios poscomercialización, que aportan información complementaria y muy necesaria sobre la eficacia y la seguridad de los mismos; sin la participación comunitaria en la investigación clínica, la ciencia no podría avanzar, pero esta participación debe contar con todas las garantías que salvaguarden la seguridad del paciente, y la aceptación expresa de éste a participar siendo consciente de los pros y contras que conlleva su participación".

El veterano activista, que además es miembro del Grupo Europeo de Tratamientos del Sida (EATG, en sus siglas en inglés), considera que "es inaceptable que uno de los investigadores con más impacto en publicaciones científicas en el ámbito del VIH y la coinfección por hepatitis C esté bajo sospecha por no cumplir con los estándares éticos y de buenas prácticas en los ensayos clínicos". El caso debería servir, según el coordinador de FEAT, para averiguar en

«El caso debería servir para averiguar en qué momento puede fallar el mecanismo que regula el funcionamiento de los ensayos clínicos y evitar así que esta mala praxis vuelva a suceder.»

Diego García, coordinador de FEAT

qué momento puede fallar el mecanismo que regula el funcionamiento de los ensayos clínicos y evitar así que esta mala praxis vuelva a suceder.

Fármacos comercializados

Aunque el investigador del Hospital Carlos III quiera basar su defensa alegando que no se trataba de ensayos clínicos, sino de estudios de investigación con fármacos ya comercializados, resulta difícil creer que el investigador español con más publicaciones científicas no conozca la legislación española en materia de estudios clínicos. La cuestión no es poner el acento en si los fármacos utilizados en la investigación están o no comercializados, sino en el hecho de que se estaba realizando un estudio, basado en un protocolo de ensayo, que evaluaba el uso de un fármaco fuera de

su indicación, por lo que los ensayos relativos a raltegravir realizados por el doctor Soriano no pueden considerarse práctica clínica habitual, sino una intervención experimental, lo que hubiese requerido todas las autorizaciones preceptivas: la del CEIC, la de la AEMPS y la de los propios pacientes.

La indicación de uso de raltegravir, que fue aprobada por la Unión Europea en diciembre de 2007, es de dos tomas diarias. Los dos ensayos clínicos que realizó Soriano en 2009 evaluaron la dosificación de raltegravir una vez al día, que no estaba incluida en ficha técnica y, por lo tanto, no estaba aprobada por la autoridades sanitarias. Además, posteriormente, un importante ensayo clínico —el estudio QDMRK— demostró que la dosificación de raltegravir una vez al día no proporcionaba los mismos resultados que la dosificación dos veces al día, es decir, la dosis de una vez al día no alcanzó el criterio de no inferioridad respecto a la de dos veces al día.

Fuente: *Elaboración propia.*

Referencias: *Sevillano E. Cientos de pacientes con VIH participaron en ensayos clínicos sin saberlo. El País, 10/05/2012.*

Sevillano E. Sanción de 216.000 euros al médico de los ensayos ilegales. El País, 11/05/2012.

Informe definitivo de fecha 15/12/2010 correspondiente a la inspección BPC/24/2012 de la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de la Comunidad de Madrid.

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

Consultas gTt Tel.: 934 582 641

O FORMULAR TU CONSULTA EN:

www.gtt-vih.org/consultanos

La cura funcional, cada vez estamos más cerca

Entrevista con Santiago Moreno. Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid y especialista en VIH



LO+POSITIVO (LMP): ¿Qué tenía de especial ese trasplante de médula ósea para conseguir curar la infección por VIH?

Santiago Moreno (SM): Tú lo has dicho bien: el paciente de Berlín es la única persona que, hasta este momento, se ha curado de la infección por VIH. En este paciente, teóricamente, se ha producido la erradicación del virus. Se acepta este resultado porque, tras numerosas pruebas en sangre y tejidos, no se ha detectado ni un solo rastro del virus.

El caso del paciente de Berlín ha sido un regalo para la ciencia, un hecho insólito que, además, va a ser muy difícil de reproducir, aunque se está intentando. Se produjo en él una confluencia de factores muy diversos que permitió llegar a ese resultado.

Básicamente, lo que ocurrió es que un muchacho infectado por el VIH [el paciente de Berlín], que recibió tratamiento antirretroviral, mantenía su carga viral indetectable y se hallaba en buen estado de salud, de repente desarrolló una leucemia, en concreto una leucemia mieloplásica aguda.

En 2008, un paciente con VIH que había desarrollado una leucemia recibió un trasplante de médula ósea en Alemania de un donante con una particularidad genética que lo hacía inmune al VIH. Gracias a este trasplante, el paciente no sólo se curó de la leucemia, sino también del VIH. Tras repetir numerosas pruebas, no se observó la presencia del virus ni en la sangre ni en los tejidos del paciente, de tal modo que ya lleva cuatro años sin tomar tratamiento. Ha pasado a la historia de la medicina como el "paciente de Berlín", la única persona conocida hasta ahora que ha logrado curarse del VIH. Esto, sin duda, ha revolucionado el campo de la investigación en VIH y ha reactivado la búsqueda de una cura.

Como el tratamiento convencional no tuvo éxito, hubo que someterlo a un trasplante de médula ósea. Su hematólogo tuvo la buena idea de buscarle la médula de un donante compatible con una particularidad genética que hacía que sus células inmunitarias no desarrollarían los correceptores necesarios para que el VIH pudiera entrar en la célula e infectarla.

Esa particularidad genética es una alteración cromosómica muy pequeña que se conoce como delección delta-32. Esta alteración hace que sus células inmunitarias carezcan del correceptor CCR5. Si falta este correceptor, el virus no puede entrar en la célula.

El hematólogo pensó en ese momento: ¿Qué pasaría si le trasplantara a mi paciente una médula de un donante que no tuviese estos correceptores y que, por tanto, cuando todas las células inmunitarias de su cuerpo se regeneraran, ninguna tuviera el correceptor CCR5? En teoría, ninguna podía ser infectada por el virus. Eso fue lo que hizo.

LMP: Es decir, que el hematólogo fue muy astuto...

SM: Sí, sí, tremendamente astuto, y tuvo la gran suerte de conseguir el donante compatible que, además, tuviera la delección delta-32; y digo suerte porque esta delección es una particularidad genética muy poco frecuente en la población. Sólo alrededor del 0,1% de la población la tiene. Se trata de un caso único que no se ha podido repetir, por-

que a ese 0,1% de probabilidades hay que añadir también que la médula sea compatible, con lo cual la probabilidad se reduce mucho más. De hecho, se ha tratado de repetir el experimento y, debido a las muy reducidas probabilidades de que esos dos factores coincidan, hasta ahora no se ha conseguido.

Por esta razón, este caso ha sido tan importante de cara a una posible cura del VIH. Pero no tiene gran utilidad práctica porque, en primer lugar, un trasplante de médula ósea es muy arriesgado —y mucho peor que la infección por VIH— y, en segundo lugar, porque reproducir esas mismas circunstancias, como acabo de explicarte, es muy difícil.

LMP: Pero, sin duda, es una prueba de concepto de que la curación es posible...

SM: Claro. Este caso cambia por completo la historia de la investigación en la cura de este virus. Antes del paciente de Berlín, lo cierto era que no sabíamos si iba a ser posible que alguien llegara a curarse, pero ahora la historia es otra: ya sabemos que la cura es posible.

Ahora bien, la interpretación de este caso no es tan sencilla como parece. ¿Es la ausencia de correceptores CCR5 lo único que condiciona el éxito de la curación del paciente de Berlín? Seguro que no. Eso únicamente fue un factor determinante, pero no el único. Por este motivo, digo que fue una confluencia

de factores lo que dio lugar a este increíble resultado.

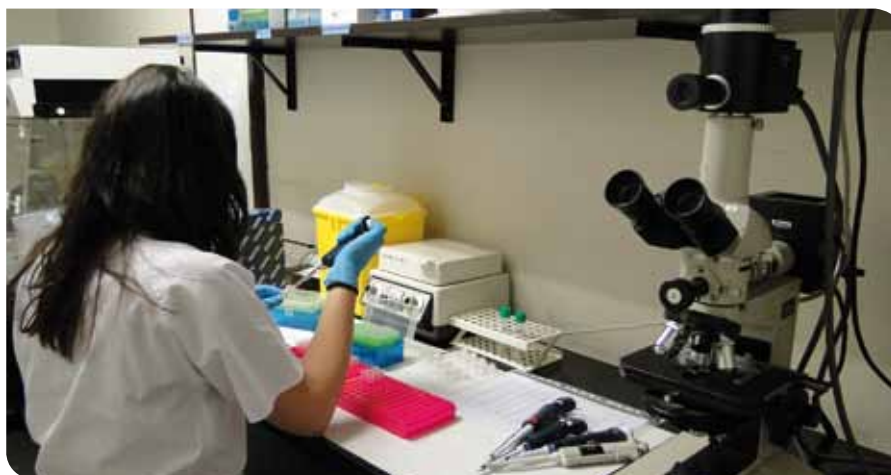
Recordemos que, antes del trasplante de médula ósea, al paciente se le tuvieron que eliminar prácticamente todas sus células inmunitarias a través de quimioterapia y radioterapia muy agresivas. Lo que pudo haber sucedido con el paciente de Berlín fue que esa eliminación de las células inmunitarias pudo haber incluido también los reservorios virales del VIH, con lo cual el individuo quedó prácticamente sin ninguna célula infectada y, al tener la nueva médula ósea que empezó a regenerar un sistema inmunitario con células resistentes al VIH, los pocos restos del virus que pudieron haber sobrevivido a la quimioterapia no pudieron reproducirse y también murieron, quedando el paciente libre por completo de virus.

Quizá sin la acción de la quimioterapia y la radioterapia agresivas previas al trasplante, los reservorios virales podrían haber reactivado la infección. Fueron esos dos factores unidos, es decir, la eliminación de los reservorios gracias a la quimioterapia y la radioterapia, por un lado, y la nueva médula ósea resistente al VIH, por otro, los que produjeron ese extraordinario resultado.

LMP: Tras el caso del paciente de Berlín, actualmente hay dos estrategias claras en la búsqueda de una cura de la infección por VIH. Una es la terapia genética, que pretende modificar genéticamente los linfocitos de los pacientes para volverlos inmunes al VIH. ¿Podría explicarnos en qué consiste esta estrategia? ¿Qué resultados ha mostrado hasta ahora? ¿Cree que es viable desde el punto de vista económico?

SM: Como ya sabemos que el paciente de Berlín se curó porque carecía de correceptores CCR5, se trataría de imitar esta situación, minimizando los riesgos y haciéndolo más factible. La compañía Sangamo Biosciences, en colaboración con varias universidades estadounidenses, ha diseñado en el laboratorio, mediante procesos bioquímicos muy sofisticados, unas enzimas, llamadas endonucleasas, que son capaces de cortar segmentos muy específicos de nuestro ADN, en este caso, justo en el lugar donde se codifica el correceptor CCR5, con lo cual imitan la delección delta-32, logrando que la célula deje de expresar el correceptor en su superficie y, por tanto, se vuelva resistente al VIH.

Así pues, la terapia consiste en extraer cierta cantidad de linfocitos-T CD4 del paciente, aplicarles en el laborato-



rio las endonucleasas para volverlos resistentes al VIH, cultivarlos para que se reproduzcan y reinfundirlos en el paciente. Al ser sus mismos linfocitos, no hay posibilidad de rechazo.

Los datos presentados hasta este momento indican que la operación es segura, es decir, que no causa ningún efecto perjudicial en el paciente. Por otra parte, las células modificadas se comportan bien, se reproducen e interactúan con normalidad, lo que produce un aumento momentáneo del recuento de linfocitos-T CD4 y una disminución también transitoria de la carga viral. Esto es lógico, ya que has introducido millones de estos linfocitos en el paciente. Pero luego esta situación empieza a revertirse de nuevo, la carga viral empieza lentamente a aumentar y los linfocitos a disminuir.

¿Qué problema veo yo? En primer lugar, que no es una situación sostenible, porque a pesar de que una proporción importante de los linfocitos sea resistente, hay otra proporción que no lo es y que sigue siendo el caldo de cultivo para el virus. Además, recordemos que los nuevos linfocitos que produzca el organismo van a seguir siendo susceptibles al VIH. Así pues, la tendencia, con el paso del tiempo, va a ser que los linfocitos resistentes que han sido introducidos irán muriendo y serán sustituidos por los no resistentes, reactivando de nuevo la infección. Esto sin contar con que el reservorio viral seguirá intacto. En mi opinión, no es una terapia sostenible en el tiempo. Habría que repetir el proceso de forma constante para mantener a la persona sana y eso resulta muy costoso. Además, es menos efectivo que el tratamiento antirretroviral que tenemos hoy en día. Por tanto, no veo que esta estrategia sirva para curar el VIH. En solitario, yo la descartaría completamente, aunque es posible que fun-

cione combinada con otras estrategias. En cualquier caso, creo que merece la pena seguir investigándola; ya nos dirán si puede ser una herramienta útil o no.

LMP: La segunda estrategia que se está investigando es la posibilidad de encontrar fármacos capaces de activar el VIH que se encuentra en los reservorios, donde los antirretrovirales no lo pueden atacar y que es la razón principal por la que la infección no se ha podido curar. ¿Nos puede resumir en qué estado se encuentran las investigaciones con esta estrategia?

SM: En efecto. La piedra filosofal en la curación del VIH radica en la eliminación de los reservorios, que son las células inactivas del sistema inmunitario, los llamados linfocitos-T CD4 de memoria o células T latentes, donde el VIH se mantiene latente, pero que en cualquier momento puede activarse, empezar a reproducirse y reactivar la infección. A finales de la década de 1990, estas células se intentaron activar utilizando citoquinas como la interleuquina 2, anticuerpos, etc., pero el remedio fue peor que la enfermedad. Fue un desastre, porque produjo una activación inespecífica masiva de todo el sistema inmunitario que causó una verdadera catástrofe. Se concluyó que esta activación debía ser mucho más específica, usando medicamentos que provocaran la activación del virus pero sin activar las células y, así, no causar un daño generalizado. En ese momento, se empezaron a estudiar minuciosamente los procesos bioquímicos que causan la latencia del virus, y se descubrió toda una cadena de mecanismos por los cuales el VIH permanece latente. De este modo, si utilizamos medicamentos que interrumpieran alguna etapa de esa cadena, estaremos revirtiendo la latencia y activando el virus.

En estos momentos, existe un proyecto millonario en EE UU, financiado por los Institutos Nacionales de Salud (NIH), que se dedica en exclusiva a buscar, en una librería de medicamentos, todos los que tengan ese potencial anti-latencia.

Como tú decías, se ha centrado la atención en unos medicamentos inhibidores de una enzima llamada histona deacetilasa (HDAC, en sus siglas en inglés). Hay un grupo de investigadores norteamericano, dirigido por el doctor David Margolis, que tiene años de experiencia en el estudio de fármacos anti-latencia, y que presentó en la última CROI (Conferencia Internacional sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas) unos resultados que demuestran que, administrando uno de estos inhibidores de la HDAC, llamado vorinostat, a pacientes con VIH controlados, se logró activar el virus latente. Es la prueba de concepto de que estos fármacos pueden conseguir esa activación. Ahora, hay que evaluar su eficacia y si por sí solos son capaces de eliminar los reservorios o, como hemos dicho antes, harán falta otras estrategias adicionales.

LMP: Ubicándonos más en nuestro contexto local, ¿qué proyectos de investigación en VIH se están desarrollando en la actualidad en España? Y usted particularmente, ¿en qué proyectos de investigación está enfocado en este momento?

SM: En España, existen dos equipos de investigadores centrados de forma específica en las estrategias relacionadas con la curación del VIH. Uno está en Badalona (Barcelona), en el Hospital Germans Trias i Pujol, y otro aquí en Madrid, en el Hospital Ramón y Cajal. En Barcelona, los investigadores han llevado a cabo un estudio de intensificación de la terapia antirretroviral añadiendo un fármaco adicional llamado raltegravir (Isentress®), un inhibidor de la integrasa. Con ello, demostraron que la carga viral podía suprimirse aún más, a niveles todavía más bajos. Y eso es muy importante desde el punto de vista conceptual, porque cualquier estrategia o combinación de estrategias dirigidas a curar el VIH va a requerir de una supresión completa y absoluta de la replicación del virus, y ya sabemos que se puede lograr.

Nuestro equipo de investigadores del Ramón y Cajal en Madrid ha realizado tres ensayos clínicos. Uno similar al de la intensificación efectuado en Barcelona y que arrojó los mismos resultados, es decir, que es posible suprimir aún más la carga viral y que, además, es

necesario en cualquier estrategia dirigida a la curación; no sirve de nada, por ejemplo, una estrategia que elimine los reservorios, si luego va a quedar un pequeño remanente de virus replicándose que reactive la infección. Por tanto, la intensificación para lograr la supresión completa de la replicación viral es un requisito indispensable en cualquier estrategia de curación.

«Se está desarrollando una vacuna terapéutica con células dendríticas que ha venido mostrando buenos resultados y, sobre todo, que ha mejorado su porcentaje de efectividad en la reducción de la carga viral.»

Santiago Moreno

Un segundo estudio trató de imitar las circunstancias del paciente de Berlín pero en unas condiciones viables. En pacientes con VIH que han desarrollado linfoma y reciben quimioterapia (que, en teoría, tendría la capacidad de eliminar los reservorios virales), se les administra un antirretroviral llamado maraviroc (que inhibe el correceptor CCR5), para ver si combinando esas dos circunstancias puede reproducirse el resultado del paciente de Berlín.

Por último, existe un ensayo anti-latencia con briostatina, otro medicamento que ha demostrado en el laboratorio ser efectivo contra los reservorios. Ahora, administraremos este fármaco a pacientes con VIH controlados y mediremos su efectividad activando el virus latente. Así pues, estamos atacando las tres patas de una misma mesa: la intensificación, que ya sabemos que no es suficiente pero sí indispensable en la curación; la imitación de las circunstancias del paciente de Berlín, y la estrategia anti-latencia.

Por lo que se respecta a la vacuna MVA-B, desarrollada por un equipo de investigadores españoles —una vacuna preventiva, aunque se probará también como vacuna terapéutica—, hasta ahora ha dado buenos resultados de seguridad y tolerabilidad y en lo que se refiere a generar muy buenas respuestas en

nuestro sistema inmunitario. El problema ahora consiste en ver si esa respuesta es la adecuada o no para combatir el virus.

También en Barcelona se está desarrollando una vacuna terapéutica con células dendríticas que ha venido mostrando buenos resultados y, sobre todo, que ha mejorado su porcentaje de efectividad en la reducción de la carga viral.

LMP: Hace pocos días, el Dr. Robert Siciliano, uno de los científicos más importantes en el campo del VIH en EE UU, ha mencionado la vacunación terapéutica como un elemento que potencia la respuesta inmunitaria. ¿Cómo se encuentra en este momento el campo de las vacunas terapéuticas y de qué modo cree usted que pueden ayudar en esas estrategias de curación?

SM: Como ya dije, cada vez es más evidente que la curación del VIH va a requerir el concurso de varias estrategias. En primer lugar, la intensificación, que ya sabemos que es indispensable. En segundo lugar, la eliminación de los reservorios con fármacos anti-latencia. Y en tercer lugar, alguna estrategia para fortalecer la respuesta inmunitaria frente al virus, a través de alguna vacuna terapéutica. Sin duda, vamos a necesitar una terapia combinada, igual que la que tenemos hoy para suprimir el VIH pero en este caso para curar.

LMP: Así pues, en este panorama esperanzador, prestigiosos científicos ya afirman que, de continuar este ritmo de avance en las investigaciones, probablemente estemos a pocos años de tener al menos una cura funcional del VIH. ¿Nos puede explicar en qué consistiría esta "cura funcional"? ¿En qué se diferencia de la erradicación o cura total?

SM: Cuando se habla de curación del VIH, debemos distinguir dos situaciones: Lo que sería la curación funcional, es decir, aquella en la que el virus puede no estar eliminado por completo del cuerpo, pero que sin embargo no precisa tratamiento antirretroviral porque, seguramente, se podrían tener algunos pocos virus en el cuerpo que el sistema inmunitario lograría controlar, como sucede con otros virus o con el cáncer. En el caso del cáncer, lo que hay es una curación funcional. Nadie puede asegurar que todas y cada una de las células cancerosas de una persona estén eliminadas cuando se suspende el tratamiento antineoplásico y, no obstante, el cáncer por lo general no reaparece.

En eso consiste la curación funcional. En el caso del VIH, nadie puede decir que se ha eliminado completamente el virus del organismo; sin embargo, la cantidad de virus que pueda quedar es tan pequeña que no se precisa tratamiento para mantener al paciente sano.

Por otra parte, tendríamos el concepto de erradicación, que consiste en la eliminación total de todos los virus. Este es el modelo que se sigue con las enfermedades infecciosas. Por ejemplo, la cura de una infección urinaria se produce cuando se elimina hasta la última bacteria. Cuando tú curas una neumonía, lo haces porque se acaba con todos los microbios que la causan. El paciente de Berlín se inscribe en esta última estrategia, porque a pesar de las numerosas pruebas que se le han hecho en sangre y tejidos, no se ha conseguido obtener ni una sola partícula del virus.

LMP: Otra buena noticia reciente fue la demostración de que la terapia reduce extraordinariamente la posibilidad de transmisión sexual del virus, lo que podría aprovecharse para atajar la epidemia. En EE UU, se plantea incluso ofrecer tratamiento a todas las personas con VIH con independencia del estado de su infección. ¿Cree usted que sería beneficioso aplicar esta medida de forma universal? ¿Considera que sería viable en España?

SM: Creo que es muy importante, ya que la mayor parte de las infecciones nuevas se producen porque la persona infectada desconoce su estado y está infectando sin querer a otras personas. Por eso, en esa estrategia de *test and treat* ('diagnosticar y tratar inmediatamente'), en el diagnóstico —lo primero— tenemos que ser muy estrictos. Hay que hacer pruebas del VIH a todo el mundo y, sobre todo, a las personas sexualmente activas. Estas tienen que ser conscientes de la importancia de hacerse la prueba del VIH. Un diagnóstico a tiempo puede conducir a una vida normal, saludable y larga, pero un diagnóstico tardío, cuando la infección ya está avanzada, tiene consecuencias irreversibles. Además, diagnosticar a tiempo es la medida que más dinero ahorra, porque es mucho más económico tratar a una persona en un estado inicial de la infección que hacerlo cuando ya está en una fase muy avanzada. Es decir que, incluso por motivos económicos y de sostenibilidad de nuestro sistema



de salud, es conveniente diagnosticar a tiempo y proporcionar el tratamiento de manera oportuna.

Por eso, hay que promover que el mayor número de personas posible se hagan la prueba al menos una vez al año, en especial aquellas sexualmente activas.

Hay un aspecto importante que cabe destacar: El que la terapia antirretroviral evite o disminuya mucho el riesgo de transmisión del VIH no significa que no debamos seguir usando las otras estrategias preventivas, como el uso del preservativo. No hay que relajarse. Es fundamental seguir usando el condón para evitar infectarse por otras enfermedades de transmisión sexual e impedir una posible reinfección.

LMP: Es decir, que no podemos relajarnos y dejar todo en manos del tratamiento...

SM: Exacto. Tenemos que diagnosticar y tratar de forma masiva, pero eso no es suficiente. No podemos olvidar las otras medidas de prevención, especialmente el uso del preservativo a la hora de tener relaciones sexuales.

LMP: España ha reducido en un 25% la partida destinada a ciencia y tecnología para 2012. ¿Cómo afectará este recorte a la investigación española en el campo del VIH en general y a su trabajo en particular?

SM: No cabe ninguna duda de que recortar los recursos en investigación es un retroceso importante. España y el mundo entero atraviesan una crisis económica que es preciso combatir. Podemos llegar a admitir que la disminución del gasto sea una de las estrategias que deben utilizarse para mejorar la situación económica. Pero también debemos ser conscientes de que el impacto que los recortes en investigación puedan tener están desequilibrados a favor de los inconvenientes: es demasiado poco el dinero rescatable en este capítulo para los daños enormes que se

van a causar. Habrá programas y líneas de investigación completas que se tendrán que cerrar, algunas de ellas consolidadas después de muchos años de esfuerzo. Creo que esta decisión traduce la escasa sensibilidad de los dirigentes hacia la investigación y la nula importancia que se da a este campo de la actividad profesional en nuestro país.

LMP: Es lamentable porque, además, en el caso del VIH ese retroceso en investigación, en vez de lograr un ahorro, lo que puede generar es un gasto futuro, ya que ésta garantiza avances que permiten luchar de forma más efectiva contra esta enfermedad y su prevalencia en la población...

SM: Exactamente. Si revisamos la historia del VIH, se confirma que la investigación es lo que ha permitido alcanzar el nivel de bienestar que tienen nuestros pacientes hoy y detener la propagación de la infección. Esto sí logra de manera efectiva generar un gran ahorro en salud.

LMP: Dado este nuevo impulso que tiene la búsqueda de una cura y los avances que hemos venido observando en los últimos años. ¿Cuánto tiempo puede llevar el desarrollo de un tratamiento curativo? ¿Pueden esperar curarse algún día las personas jóvenes infectadas por el VIH? ¿Qué mensaje de optimismo quiere transmitirles a ellos y a la sociedad en general?

SM: Aunque sin duda se está avanzando a pasos agigantados, los científicos debemos ser muy cautos y prudentes. No sabemos a ciencia cierta cuándo podremos alcanzar esa cura funcional, pero cada vez estamos más cerca, y es posible que combinando las diferentes estrategias que se están investigando actualmente, tal y como se hace hoy en día con el cáncer, sea posible a medio plazo lograr una cura funcional, al menos que un porcentaje de pacientes estén en buenas condiciones.

Entrevista realizada y editada por Rutilio Martini (asesor de tratamientos e investigación de Entender en Positivo, COGAM) para la publicación LO+POSITIVO (gTt), en colaboración con Enrique Poveda (COGAM) y fotografías de Dervys Ramírez.

Las mujeres que viven con VIH soportan una fuerte carga emocional

En los últimos diez años, el porcentaje de mujeres infectadas por VIH ha ido en aumento. Se calcula que, en la actualidad, alrededor de la mitad de los 33,4 millones de personas que viven con VIH son mujeres.¹ Este dato nos alerta de la creciente necesidad de entender y gestionar las consecuencias a largo plazo de la enfermedad y su tratamiento, tanto en lo que respecta a la capacidad de las mujeres para asumir su situación, como en lo relativo a su calidad de vida y su bienestar social y emocional. A pesar de esta necesidad, la cantidad de investigaciones publicadas acerca de mujeres que viven con VIH continúa siendo limitada, y todavía son escasos los ensayos clínicos que buscan la participación de población femenina.² De todos modos, este es un debate aparte. Lo que sí sabemos es que, con independencia del sexo, el hecho de tener VIH entraña unos retos importantes para la salud emocional (figura 1). El abordaje del VIH como una enfermedad de carácter crónico, y a la vez aguda y potencialmente mortal, además del estigma asociado y de un sinfín de repercusiones médicas, conlleva una carga emocional exclusiva de esta condición.

Figura 1. Retos emocionales a los que se enfrentan las mujeres que viven con VIH



Las nuevas opciones de tratamiento resultan más efectivas, lo cual implica que las personas diagnosticadas de VIH pueden ahora disfrutar de vidas más largas y físicamente más sanas, pero esto conlleva también que aumente el período de carga emocional que debe soportar una persona seropositiva. La enfermedad y otros factores relacionados con el tratamiento pueden hoy en día pasar factura a la salud emocional en varias etapas de la vida —comenzando por la transición desde la niñez hasta la adolescencia y siguiendo con la edad fértil hasta llegar a la vejez—, sin olvidar que cada una de ellas ya implica *per se* ciertos retos físicos y emocionales.

En este artículo, las integrantes de Women for Positive Action han aportado sus experiencias personales acerca de los retos emocionales a los que han de enfrentarse las mujeres con VIH, con el fin de examinar cómo el apoyo emocional, a través de una serie de opciones, podría ayudar a mujeres que se encuentran en situaciones similares a mejorar su calidad de vida. Women for Positive Action es una iniciativa liderada por médicas, consultoras y mujeres representantes de grupos comunitarios. El grupo aboga por una mayor consideración de las necesidades de la mujer en la investigación del VIH, y asiste y genera recursos educativos que contribuyen a la resolución de los desafíos específicos a los que se enfrentan las mujeres que viven con VIH.

Los altibajos emocionales de vivir con VIH

La evidencia científica y la intuición nos dicen que, en general, las mujeres experimentan una mayor carga de alteraciones emocionales y del estado anímico que los hombres, un hecho que se asocia a menudo con las tensiones adicionales que sienten en su papel de madres o cuidadoras no formales. Existe un número reducido de estudios en los que se confirma que esta situación también se produce entre las personas que viven con VIH. Asimismo, se ha observado que, con frecuencia, las mujeres presentan mayor ansiedad y otras alteraciones del estado de ánimo, y es más probable que sean diagnosticadas



de depresión o que expresen sentimientos de vergüenza y culpa de forma más habitual que los hombres.³

Sin embargo, las razones para todo ello no están claras. ¿Es realmente cierto que las mujeres padecen más alteraciones del estado anímico que los hombres, o también puede ser que los varones tiendan a expresar menos sus problemas emocionales? ¿Podría ser que los médicos tuvieran más tendencia a diagnosticar alteraciones anímicas en mujeres? Sean cuales sean las razones, es bastante evidente que, al recibir un diagnóstico de VIH, el bienestar emocional de una mujer puede verse sometido a un estrés adicional. En efecto, es una reacción completamente normal sentirse abatida o incluso desolada tras recibir un diagnóstico de VIH, sentimientos que a menudo reaparecen en el transcurso de la enfermedad, en particular, en momentos de cambio.

Vergüenza y estigma

En muchas sociedades de todo el mundo, existe la expectativa generalizada de que la mujer debe de mantener la tradición moral. El hecho de tener VIH puede verse como una prueba del fracaso en el cumplimiento de este papel, y sabemos, mediante las investigaciones desarrolladas en países en vías de desarrollo, que las mujeres que viven con VIH reciben un tratamiento distinto (aun más negativo) al que reciben los hombres.⁴ Pero este estigma no sólo se limita a los países en vías de desarrollo, también está bastante extendido en el

mundo occidental y puede originarse en el seno de relaciones sociales y en el círculo familiar, dentro de la comunidad a la que pertenece la mujer y de la comunidad en su conjunto, en entornos laborales, e incluso puede proceder de la propia mujer (estigma interno o percibido). Este estigma puede tener un efecto devastador sobre el bienestar emocional de una mujer.

El estrés y la vergüenza causados por el estigma se han asociado con el miedo a la revelación y a la reacción de otras personas al conocer la situación de infección, el miedo al abuso, la discriminación y, en última instancia, con el aumento de la transmisión de la enfermedad. Dicho estigma ha sido también relacionado con la depresión,⁵ el trastorno por estrés postraumático,⁶ la falta de adhesión a los medicamentos y la dificultad para acceder a la asistencia sanitaria.⁷ A la larga, el estigma puede conducir a algunas mujeres con VIH a aislarse por completo de su comunidad para mantener su condición en secreto, negándose a sí mismas el apoyo social y sanitario que resultan imprescindibles para hacer frente a los problemas derivados de su enfermedad.

De cualquier forma, las opiniones y actitudes de la sociedad no son los únicos factores que pueden causar el sufrimiento emocional de una mujer con VIH. Los síntomas y las complicaciones de la enfermedad, junto con los efectos secundarios de algunos de los medicamentos utilizados para el tratamiento del VIH, también pueden afectar a la autoimagen y la confianza que una mujer tiene en sí misma. Efectos tales como la redistribución de la grasa, las fluctuaciones de peso y la alteración de la apariencia pueden ser demoledores y pueden con frecuencia provocar ansiedad y depresión. Sin embargo, no es necesario que las mujeres sufran estos efectos en silencio. Poniendo sobre la mesa estas cuestiones, y mediante el asesoramiento y el apoyo de los profesionales sanitarios, las mujeres, e incluso las personas de su entorno, pueden tener un papel fundamental a la hora de romper el ciclo de carga emocional que se retroalimenta por estas complicaciones.

Las familias también sufren

Por desgracia, en muchos casos no es sólo la propia mujer la que sufre las consecuencias emocionales del VIH. Con bastante frecuencia esta condición puede también ejercer un impacto negativo sobre la familia y las amistades que conforman la red de apoyo de la mujer. Como cabe esperar, las relaciones personales pueden verse a menudo afectadas. La mujer puede temer que su pareja le abandone, lo cual puede tener repercusiones tanto económicas como psicosociales, o puede no encontrar otra pareja una vez revelada su condición. Asimismo, podría sentirse traicionada si contrajo el VIH de su pareja. Lamentablemente, para muchas mujeres la violencia doméstica también puede ser un factor que incide en su bienestar emocional y físico tras la revelación.

¿Y qué ocurre con los efectos de la enfermedad sobre los hijos de la mujer? Es bien sabido que la probabilidad de sufrir depresión aumenta tras un parto, y podría aumentar todavía más en presencia del VIH. Existen cada vez más pruebas que nos demuestran que la depresión de una madre podría producir un impacto considerable y negativo en el desarrollo de los hijos, un efecto que se ve agravado con la seropositividad, situación en la que se dan preocupaciones adicionales relacionadas con la transmisión, el modo de dar a luz y los cambios de tratamiento.

La amenaza de la depresión

Aunque el VIH no es un causante directo de depresión, se ha señalado que entre un 30 y un 60% de las mujeres con VIH padecen este trastorno.⁸ Esta incidencia representa el doble de la que se registra en la población general. Las mujeres también son más propensas que los hombres a sufrir una variedad de afecciones asociadas con la depresión, como por ejemplo, el trastorno agudo por estrés (parecido al trastorno por estrés postraumático).⁹ ¿Cuáles son los motivos? Se cree que existen muchos factores que contribuyen a esta elevada tasa de depresión, entre los que se incluyen las preocupaciones relativas a la revelación, el estigma, las responsabilidades como proveedora principal de cuidados en el entorno familiar y la falta de apoyo social.

¿Cómo se puede entonces detectar si se padece depresión? Aunque muchas mujeres se sienten deprimidas después de haber sido diagnosticadas

de VIH o durante el curso de la enfermedad, cuando estos sentimientos se agravan o no desaparecen, o bien cuando limitan la capacidad de la mujer de mantenerse sana, resulta esencial buscar ayuda. La profesora Lorraine Sherr, directora de la Unidad de Psicología de la Salud en el University College de Londres, se muestra totalmente de acuerdo: «Es bastante habitual confundir la depresión con la tristeza, pero, comparada con la tristeza, la depresión es más intensa, dura más tiempo e interfiere más con la capacidad cotidiana para funcionar de un individuo. La depresión no es una parte normal de ser seropositiva y, por lo tanto, es esencial que las mujeres comuniquen a sus profesionales de la salud si tienen algún síntoma, para que así puedan discutirse las opciones de tratamiento».

Tal y como era de esperar, la depresión a menudo puede ser difícil de diagnosticar, ya que algunos de los primeros síntomas pueden ser similares a los que pueden provocar el VIH y los efectos secundarios del tratamiento (véase tabla).

Tabla: Síntomas de la depresión
Tristeza
Ansiedad
Pérdida del interés en actividades habitualmente placenteras
Sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza
Problemas de sueño
Fluctuaciones de peso
Pérdida del apetito
Pérdida de la concentración
Falta de deseo sexual
Pensamientos suicidas

Es de vital importancia que las mujeres que padezcan depresión busquen apoyo y tengan acceso al tratamiento, con el fin de preservar no solamente su bienestar emocional, sino también su salud física. Las investigaciones demuestran que la depresión puede acelerar la progresión del VIH a sida, y también que es mucho menos probable que aquellas mujeres que sufren depresión tengan una buena adhesión a la medicación en comparación con sus homólogos masculinos.³ En un estudio reciente¹⁰ quedó demostrado que los pacientes con un diagnóstico psiquiá-

trico (principalmente depresión) que recibían tratamiento para su salud mental tenían menos probabilidades de mortalidad que aquellos con diagnóstico psiquiátrico que no lo estaban recibiendo. Así, aun cuando la mejora del bienestar emocional de la mujer seropositiva sea tan importante, los beneficios de buscar ayuda y apoyo para la depresión también podrían afectar de forma positiva a la progresión del VIH.

Haciendo frente al VIH y a los cambios vitales

A medida que las personas con VIH viven vidas más sanas y largas, se ven enfrentadas a los desafíos emocionales que conllevan las etapas de la vida correspondientes a la adolescencia, la maternidad y la menopausia, circunstancias que pueden resultar particularmente difíciles de afrontar para las mujeres con VIH. Se ha demostrado que el inicio de la adolescencia y los retos que conlleva la etapa adulta aumentan los riesgos de que un adolescente seropositivo sufra problemas psicológicos y trastornos psiquiátricos importantes.¹¹ Esto podría estar relacionado con una falta de madurez emocional que dificultaría la capacidad de hacer frente al diagnóstico de VIH o, en algunos casos, podría estar asociado a una experiencia sexual no deseada.

El embarazo es otro ejemplo de un cambio importante en la vida que comporta presiones excepcionales sobre las mujeres con VIH. Ya quedaron atrás los días en los que se cernía un sombrío panorama sobre los bebés nacidos de mujeres seropositivas. No obstante, este hecho no ha conseguido eliminar la ansiedad y el temor que experimentan las mujeres que conocen su condición de seropositivas antes de quedarse embarazadas sobre cuestiones relacionadas con la concepción, el parto y la posible condición de seropositivo de su bebé. Y para aquellas mujeres que reciben su diagnóstico durante el embarazo, existe una mayor incidencia de problemas de salud mental (entre los que se incluye la depresión posparto) que en aquellas que han sido diagnosticadas antes del embarazo.¹² El hecho es que, con independencia del momento en el que la mujer recibe el diagnóstico, si está embarazada o está pensando en tener hijos, tiene derecho a recibir apoyo emocional y la derivación a un especialista para garantizar que tanto la madre como el hijo reciban el mejor cuidado posible y logren los mejores resultados clínicos.

En la actualidad, con un tratamiento eficaz una mujer de unos 35 años diagnosticada de VIH (como es habitualmente el caso) puede esperar vivir hasta pasados los 70 años. Esta esperanza de vida es igual de buena o mejor que con muchas otras afecciones crónicas de larga duración que representan una amenaza para la vida y, de hecho, continúa mejorando de forma constante. Aunque este hecho debería ser algo muy positivo, la historia no es tan simple. ¿Cuáles son las consecuencias adicionales de vivir durante más tiempo con VIH y de una exposición más larga al tratamiento antirretroviral?

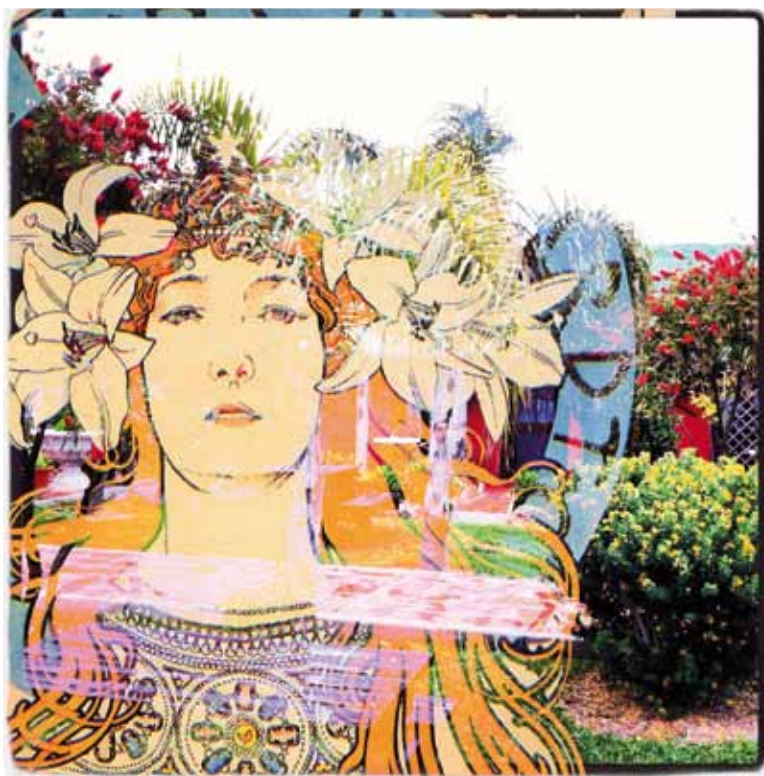
Es frecuente que las mujeres con VIH experimenten una menopausia

precoz y hasta un 65% más probable que padezcan síntomas menopáusicos tales como irritabilidad, pérdida de libido y concentración reducida.¹³⁻¹⁵ Además, a medida que las mujeres envejecen, podrían hacerse más evidentes los cambios neurocognitivos asociados con el VIH, es decir, el deterioro de la capacidad para concentrarse, recordar cosas o procesar información. Las mujeres podrían encontrar dificultades para llevar a cabo tareas cotidianas y aprender cosas nuevas, así como sufrir lentitud de movimientos y problemas de equilibrio. También podrían correr el riesgo de padecer enfermedades depresivas importantes, el trastorno neurocognitivo asociado al VIH (HAND, por sus siglas en inglés),¹⁶ la aparición temprana de la enfermedad de Alzheimer y demencia.

La cuestión es: ¿el sistema sanitario y la seguridad social están preparados para lidiar con estos problemas adicionales? Probablemente todavía no, ya que el envejecimiento y la larga supervivencia de las personas con VIH son fenómenos muy recientes y la base de conocimientos es todavía muy limitada. Existe una necesidad manifiesta de identificar y desarrollar estrategias de asesoramiento, apoyo emocional y otras herramientas que sirvan para mejorar el bienestar emocional de este creciente grupo de mujeres de más edad con VIH.

El apoyo emocional es esencial

Con tantos posibles retos y escollos emocionales a los que han de hacer frente hoy en día las mujeres que viven con VIH, y con una diversidad de necesidades sociales y culturales que influyen en el hecho de cómo cada una de ellas sobrelleva estas presiones, el apoyo emocional individualizado debería ser una parte esencial del cuidado de cada mujer. Puede que algunas mujeres no necesiten demasiado seguimiento, pero otras podrían sentirse más tranquilas con controles de salud más frecuentes y un apoyo adicional de la comunidad. Annette Piecha, integrante del grupo asesor de Women for Positive



Action de Alemania, resaltó que «los elementos de ayuda para garantizar el bienestar emocional continuado en el VIH incluyen el desarrollo de una relación estable y constante con el propio profesional de la salud, además del acceso a fuentes alternativas de apoyo a través de la comunidad y de los grupos de autoayuda».

A muchas mujeres les resulta de suma utilidad poder hablar con otras mujeres con experiencia en el VIH de primera mano, como por ejemplo, asistiendo a grupos comunitarios o con la presencia de personal que sufre su misma condición dentro de las clínicas. Sin embargo, tal y como Annette señala, no debemos subestimar el

valor que tiene una relación de apoyo entre un paciente y su profesional de asistencia médica. Evidentemente, el desarrollo de una relación de confianza depende, en gran medida, de las habilidades del profesional del entorno sanitario para mostrar empatía, respeto y compasión, factores todos ellos clave para la construcción de una comunicación bidireccional efectiva y, por consiguiente, una relación terapéutica positiva. Por desgracia, todos sabemos de casos en los que esto no sucede. Tener una relación cordial con el profesional de la salud es crucial, y si el paciente no se encuentra satisfecho, tiene derecho a pedir que se le asigne otra persona o una segunda opinión. Sin embargo, cuando la relación funciona, aprovechar la experiencia de un profesional sanitario puede hacer que el paciente se sienta con fuerzas para preguntar y para conseguir las herramientas necesarias a fin de tomar decisiones bien fundadas acerca de su salud y sus experiencias de vida.

A menudo, la primera etapa del tratamiento consistirá en asesoramiento y en una terapia de tipo conductual, como por ejemplo, la psicoterapia (tanto a nivel de grupo como individual). Ambos tipos de intervenciones consiguen una reducción del malestar emocional y una mejora de la calidad de vida.¹⁷ En el caso de mujeres cuyos problemas de salud emocional sean más graves, necesitarán acceder a estos tratamientos durante períodos prolongados o de forma episódica durante varios años. En la actualidad, el reto de los gestores de la asistencia sanitaria es el de garantizar que estos servicios estén disponibles de la forma y en el momento en que las mujeres los necesiten.

Finalmente, además del apoyo estructurado proporcionado por los servicios sanitarios y las organizaciones comunitarias, no se puede menospreciar la importancia y los beneficios del apoyo brindado por el propio grupo social de la mujer. Se ha demostrado que el respaldo de amigos y familiares ayuda a las mujeres con VIH a evitar la depresión y a afrontar

mejor su condición de seropositivas. Es frecuente que los miembros de la red de apoyo social asistan a las mujeres en caso de enfermedad, y estos desempeñan un papel clave en la prevención de la soledad y el aislamiento. No obstante, sigue siendo un hecho que, para muchas mujeres diagnosticadas de VIH, el miedo a enfrentarse a reacciones negativas de amigos y familiares si revelan su condición supone un obstáculo demasiado grande que afrontar, cerrando así las puertas a esta red de apoyo tan valiosa.

Por lo tanto, lo que hay que dejar claro es que, con independencia del sitio de donde proceda el apoyo, ofrecer a las mujeres la oportunidad de discutir sus sentimientos y de compartir sus preocupaciones de la manera que ellas consideren más adecuada es una parte

integral para ayudarles a mantener su salud y bienestar emocional.

Podrás encontrar una lista de enlaces de apoyo en el sitio web de Women for Positive Action (www.womenforpositiveaction.org).

Referencias

1. UNAIDS/WHO. *AIDS epidemic update 2009*. UNAIDS/WHO, 2009. Disponible desde: http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_en.pdf.
2. D'ARMINIO MONFORTE A, et al. *AIDS* 2010; 24: 1.091-1.094.
3. TURNER BJ, et al. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 248-257.
4. *International Centre for Research on Women* (ICRW). ICRW, 2005.
5. LOGIE C Y GADALLA TM. *AIDS Care* 2009; 21(6): 742-753.
6. KATZ S Y NEVID JS. *AIDS Patient Care STDS* 2005; 19(2): 110-120.

7. SAYLES JN, et al. *J Gen Intern Med* 2009; 24(10): 1.101-1.108.
8. ICKOVICS JR, et al. *JAMA* 2001; 285: 1.466-1.474.
9. ISRAELSKI, DM, et al. *AIDS Care* 2007; 19: 220-225.
10. DELORENZE GN, et al. *AIDS Patient Care STDS* 2010; 24: 705-712.
11. MUSISI S Y KINYANDA E. *East African Med J* 2009; 86(1): 16-24.
12. LEVINE AB, et al. *J Reprod Med* 2008; 53(5): 352-356.
13. SCHOENBAUM EE, et al. *Clin Infect Dis* 2005; 41: 1.517-1.524.
14. MILLER SA, et al. *Menopause* 2005; 12: 348-356.
15. FERREIRA, CE, et al. *Gynecol Endocrinol* 2007; 23: 198-205.
16. VALCOUR V Y PAUL R. *Clin Infect Dis* 2006; 42(10): 1.449-1.454.
17. WHETTEN K, et al. *Psychosom Med* 2008; 70: 531-538.

Acerca de Women for Positive Action

Women for Positive Action es una iniciativa global que tiene como objetivo colaborar en la resolución de los problemas específicos de las mujeres que viven con VIH. La iniciativa está dirigida por un grupo asesor de profesionales de la salud, mujeres que viven con VIH y representantes de grupos comunitarios de Canadá, Europa y América Latina. El grupo está comprometido con la investigación y la concienciación sobre los problemas a los que se enfrentan las mujeres con VIH, sus profesionales de atención médica y otros

individuos implicados en su apoyo, tales como los defensores y líderes de las comunidades. El grupo asesor de Women for Positive Action ha desarrollado un conjunto de iniciativas cuyo objetivo es proporcionar un apoyo significativo basado en la educación y fomentar una mejor calidad de vida para la población femenina con VIH.

Grupo asesor de Women for Positive Action: Larissa Afonina (Rusia), Adriana Ammassari (Italia), Jane Anderson (Reino Unido), Teresa Branco (Portugal), Elisabeth Crafer (Reino Unido),

Antonella d'Arminio Monforte (Italia), Annette Haberl (Alemania), Margaret Johnson (Reino Unido), Anne-Mette Lebech (Dinamarca), Laurette Lévy (Canadá), Mona Loutfy (Canadá), Mariana Mărdărescu (Rumania), Fiona Mulcahy (Irlanda), Angelina Namiba (Reino Unido), Ophelia Haanyama Ørum (Suecia), María Jesús Pérez Elías (España), Annette Piecha (Alemania), Lorraine Sherr (Reino Unido), Ulrike Sonnenberg-Schwan (Alemania), Winnie Ssanju-Sseruma (Reino Unido) y Sharon Walmsley (Canadá).

Laura

Laura es de Barcelona. Tiene cuatro hijos y, actualmente, está en el paro. Viene a la entrevista acompañada de su marido Pedro.

Recibió su diagnóstico en el año 1987, embarazada de su hijo mayor. **"Fue un jarro de agua fría. Yo era una chica muy joven, tenía 18 años; era el mes de julio y estaba morena y muy guapa. Me encontraba muy a gusto conmigo misma y estaba contenta con mi embarazo. Y bueno, me hicieron la prueba y dio positivo"**.

Laura estaba entonces con el padre de su primer hijo, también seropositivo, quien fue diagnosticado con 19 años y murió a los 22. **"Llamé a mi pareja al trabajo y le dije que era seropositiva. Lloramos mucho, nos abrazamos y decidimos seguir adelante y no pensar. En cuanto a mi familia, mi padre sufrió mucho, sobre todo por mi hijo"**.

Los hijos de Laura no tienen VIH. Hablamos sobre su experiencia en los diversos embarazos. Durante el primer parto, el personal del hospital no la dejaba ni pasear por el pasillo, se sintió aislada y no muy bien tratada: **"Si hubieran podido, me habrían metido en una burbuja. Ahora ya no. Las cosas han ido cambiando; he notado mucha diferencia a lo largo de los diferentes embarazos"**.

Empezó a tomar tratamiento antirretroviral a raíz del segundo embarazo, hace 19 años, gracias al cual dio a luz gemelos. Las defensas le disminuyeron mucho y los médicos le aconsejaron iniciar la terapia. **"No lo asimilé; lloraba porque no quería tomar el tratamiento. La doctora me decía que no pasaba nada, que muchas personas lo tomaban y se iban a trabajar. Lo que me dieron no me iba bien, así que lo dejé de tomar; sin embargo, seguí encontrándome en muy buen estado"**.



Durante su tercer embarazo, le volvieron a dar medicación, pero siguió sin tomarla debido a los efectos secundarios.

Al preguntarle acerca de la reacción de los médicos, explica que le decían que estaba arriesgándose mucho; también recibió comentarios despectivos por parte de algunos de ellos. Su discurso cambia cuando habla de la que hasta hace poco y durante muchos años ha sido su doctora: **"Ya no la veo, pero siempre ha sido muy maja. En todas las ocasiones, he podido hablar de todo con ella y me he sentido muy apoyada"**. Con su doctor y su enfermera actuales también está muy contenta.

Después de tener a su hija pequeña, sus defensas ya bajaron mucho; a ello se añadió una neumonía de larga duración. Al final, tuvieron que ingresarla. A partir de ese momento, empezó a medicarse: **"No quería dejar a mis hijos nunca más por este motivo"**.

Laura ha tenido problemas con la adhesión a los diferentes tratamientos debido a los numerosos efectos secundarios que le provocaban. Tras cambiar de fármacos muchas veces, finalmente ha encontrado una combinación que le va bien: **"Con las pastillas de ahora no tengo efectos secundarios; con las anteriores me había dado de todo. Era tomarme una pastilla y te-**

ner que estar todo el día tumbada, con fiebre, sin oír bien y sin poder estar centrada". Su actual médico quiere cambiar su tratamiento para intentar que suban sus defensas, pero ella se muestra categórica al respecto: **"No quiero volver a cambiar de tratamiento. Yo me tomo mis pastillas y las defensas no pasan de 200 y pico; ya tengo bastante. Prefiero tener esas defensas y estar bien que no que me las quieran poner por las nubes y estar fatal"**.

A pesar de todas las malas experiencias con la terapia, Laura reconoce estar agradecida porque sin ésta no hubiera podido sobrevivir. Tiene, no obstante, muy presente el tema de la vacuna: **"A ver si me llega. Llevo 25 años con esto; quieras o no, claro que me pesan los años, aunque tengo la esperanza de que salga la vacuna"**.

En cuanto a su estado físico, Laura explica que su cuerpo ha cambiado por completo. Sufre lipodistrofia en el estómago: **"Me dio mucha rabia que me ocurriera. No puedo ponerme mi ropa; ya no puedo vestirme igual. Te ves diferente por completo"**.

Empezamos a hablar más sobre cómo le ha afectado emocionalmente el hecho de vivir con VIH: **"Lo que sobre todo me da mucha pena es que no se pueda decir. No se puede contar, me mirarían diferente."**

Yo lo he compartido con mi familia y con una amiga que es como de la familia".

Más allá de este entorno inmediato, Laura indica que evita explicarlo, no porque esté asustada, sino porque considera que su vida es suya y de nadie más. Por otra parte, remarca varias veces que no lo hace tanto por ella como por sus hijos: **"Yo quiero mucho a mis hijos y no quisiera nunca que los rechazaran. Eso te para mucho, no explicas nada"**.

Reconoce, sin embargo, que el no poder decirlo le hace sentir muy mal. Señala, a modo de ejemplo, cómo a veces tenía que ir a las reuniones del colegio y no se encontraba bien: **"Yo quería estar como todas las madres. En ocasiones, estaba mal debido a las medicinas o por lo que fuera, pero yo iba y me sabía mal que lo notaran o algo parecido; entonces, decía que tenía la gripe"**.

Toda su familia tiene el tema del VIH muy asimilado y esto para ella es muy importante. Sus hijos lo saben desde muy pequeños, ya que quería que comprendieran por qué a veces no se encontraba bien y tomaba tanta medicación. Además, compartirlo con ellos les ha permitido aprender de primera mano que siempre hay que ir preparados y con cuidado.

Respecto a su marido, hace muchos años que Laura y él están juntos, y han vivido muchas cosas los dos. Él es seronegativo y me explica que, cuando conoció a Laura, no tuvo miedo por el tema del VIH y que, por aquel entonces, las cosas estaban peor, dado que las posibilidades de tratamiento eran mucho menores.

Hasta el momento, Laura nunca ha sentido la necesidad de buscar ayuda externa, su apoyo es la familia. En sus visitas rutinarias al hospital, ha conocido otras personas que no se lo cuentan ni a su madre: **"Eso tiene que ser durísimo, me da pena"**.

Laura ha pasado por mucho y le ha ayudado canalizar todas sus vivencias escribiendo. Al final de la entrevista, expresa su deseo de poder publicar algún día estos textos para así poder compartir todo lo que ha aprendido y, por qué no, que sirva para ayudar a otras personas que se encuentran en la misma situación.

María

María tiene 50 años y vive en Madrid. Recibió su diagnóstico en el año 1987. Tiene, por tanto, un largo recorrido a sus espaldas conviviendo con el VIH. Tiene asignada la incapacidad permanente y una minusvalía del 65% debido al VIH y a otras afecciones. Está casada y tiene un hijo.

“Cuando me diagnosticaron, yo ya conocía a mi marido de haberle visto unas cuantas veces nada más. Él también era seropositivo. En casa los tres tenemos VIH”.

Iniciamos la entrevista hablando sobre cómo cree que le ha afectado emocionalmente convivir con el VIH durante todos estos años. **“Cuando te dicen que tienes VIH es un palo, aunque yo más o menos ya me lo esperaba, porque antiguos amigos de movida, de cuando estaba enganchada, lo tenían”.** Además, comentamos que la situación actual no es la misma que la de los años 80: **“Antes, al principio te decían que te ibas a morir; entonces no podías vivir ni disfrutar la vida, porque siempre estaba en tu cabeza. Ahora, continúa estando en la cabeza, pero no como antes, ni con la misma intensidad. Yo, afortunadamente —gracias a Dios—, tengo a mi familia, que nunca me ha dejado de lado por este tema, y eso es una gran ayuda”.**

María nos habla de su hijo y su voz denota que está muy orgullosa de él. Tiene 22 años y, actualmente, está estudiando en la universidad. Si bien ha pasado por momentos bastante duros, nos comenta que ahora está feliz, tiene muy buenos amigos y, desde hace poco, también tiene novia, una chica que conoce y ha aceptado la situación.

“En el momento de quedarme embarazada yo ya tomaba medicación, pero por aquel entonces se la quitaban a las madres para evitar los efectos secundarios en los bebés”. María se emociona al hablar del hecho de que su hijo tenga el VIH.



“Es una cosa que más o menos la acepto porque es así, pero me siento muy mal. Como digo yo, él no ha hecho nada. Toma medicación desde los cinco añitos, pero no ha tenido nunca problemas de salud”. Nos explica que su hijo sí ha pasado por momentos duros debido al miedo al rechazo: **“Siente que traiciona a sus amigos porque considera que les oculta algo. Yo le digo que en esta vida todo el mundo tiene algo oculto. También está el tema de la novia; se pregunta si lo va a aceptar, si le va a querer, si va a poder tener hijos, todo esto. Su padre le dice que ahora hay métodos para tener hijos y que salga bien”.**

María ha vivido los años más duros relacionados con el VIH, tomando tratamientos complejos y con efectos secundarios bastante comunes, entre los cuales destaca la lipodistrofia. **“Tengo mucha lipodistrofia en la barriga, y en la cara me inyectaron gel. Este tema lo llevo mal, porque la gente se te queda mirando con mucho descaro; mi marido se enfada mucho también. Según el estado emocional que tengas ese día, pues te sienta mejor o peor”.**

En general, no siente que haya sido discriminada por tener VIH. En la época en la que trabajaba, sí vivió situaciones más duras: **“Cuando estabas trabajando no podías abrirte. No es que te dijeran a ti nada, pero podías oír a la gente hablar y veías que no podías contarlo. Iba al médico, pero no podía decir realmente para lo que iba; es una pena y es triste. Hoy en día, la gente continúa sin entenderlo, a pesar de que hay tratamientos y se sabe que la transmisión no es tan fácil”.**

Otro ámbito donde hace años se sintió discriminada fue en el hospital: **“Cuando ingresé para la ligadura de trompas, hace unos 17 años, sí sentí rechazo; me metieron en una habitación sola y notaba que marcaban mucho las distancias”.**

Hablamos del tema del anonimato. María se mueve en un círculo de personas en el que todos lo saben, pero más allá de este entorno, sí que tiene miedo a revelar su estado serológico, dado que considera que la gente todavía no acepta a las personas seropositivas. Comenta que lo oculta básicamente por su hijo y por su familia, aunque

reconoce que ocultar su condición no le hace sentir bien, ya que no puede expresar cómo se está sintiendo.

Emocionalmente, María se ha apoyado en su círculo más cercano: familia y amigos. La espiritualidad también forma parte de su vida. **“Nosotros somos cristianos. Salimos de las drogas en un centro cristiano y nos seguimos moviendo en ese círculo; así pues, tenemos mucha gente de nuestro entorno que tiene el mismo problema que nosotros, lo hablamos de forma abierta y nos apoyamos. Tener a personas que te entienden y comprenden es muy importante. A lo mejor, si no hubiera tenido este círculo todo hubiera sido diferente”.**

Nunca ha pensado en buscar ayuda psicológica, pero remarca la importancia que ha tenido y tiene para ella la relación con su doctora, a la que con-

sidera una amiga. Se conocen desde hace muchos años y siempre ha podido hablarlo todo con ella.

María es una mujer optimista y se muestra muy agradecida con la gente de su entorno así como con sus médicos. Reflexiona sobre los enormes avances en el campo del tratamiento del VIH: **“Ves que la cosa va hacia delante y que va mejorando; entonces, vas teniendo más esperanza. Tengo muchos amigos que ya no están aquí. Yo he tenido mucha suerte, pero lo que pasa es que quiero más. No podemos quejarnos porque con todos los medicamentos que hay el VIH se ha convertido en una enfermedad crónica. Lo importante sería que saliera una vacuna para los que tenemos VIH y para los que no lo tienen. Yo sé que es muy duro todo este tema, sin embargo, hay que tirar para delante, hay esperanza; tenemos que luchar”.**

« Lo importante sería que saliera una vacuna para los que tenemos VIH y para los que no lo tienen. Yo sé que es muy duro todo este tema, sin embargo, hay que tirar para delante. »

Teresa

Teresa vive en Madrid y tiene 54 años. Madre de cuatro hijos, en la actualidad está trabajando. Fue diagnosticada de VIH en el 1985.

Empezamos a hablar sobre el impacto emocional del hecho de vivir con VIH: **“Creo que tengo mi vida bastante normalizada dentro de lo que cabe y, tras haber pasado por un montón de dificultades, mi situación actual es bastante estable”.**

Explica que, al principio, tuvo muchos problemas, sobre todo a nivel social; la gente tenía mucho miedo, ya que no se sabía gran cosa acerca del tema: **“En el momento del diagnóstico, el VIH era tan desconocido que yo no tenía mucha conciencia de qué era a lo que nos enfrentábamos; por no haber, no había ni tratamientos. Realmente, me di cuenta de que tenía algo muy grave cuando empecé a perder muchos amigos. Entonces es cuando me doy cuenta de que la realidad es más dura de lo que parece”.**

Teresa comenta que la actitud de la gente le afectó muchísimo: **“Te miraban de otra manera, era como si lleváramos un estigma marcado en la frente; era muy duro”.**

En cuanto a tratamientos antirretrovirales, he seguido muchos a lo largo de todos estos años. Al principio, empezó con AZT. Fue muy duro, ya que llegó a

« Con lo que más he tropezado ha sido con los rechazos de la administración pública; te podría dar mil ejemplos. Y sigue ocurriendo. No estoy hablando de cuando empezó todo este tema, sino de mucho después. »

tomar 20 pastillas diarias. Además, ha padecido numerosos efectos secundarios y reconoce que lo ha llevado y lo sigue llevando mal. Hablando ya de forma específica sobre su imagen corporal, comenta que, en su caso, ha experimentado pocos cambios.

Cuando tocamos el tema de la maternidad y el VIH, Teresa suspira: **“Madre mía. Al principio fue duro. Con el mayor no tomé medicación, con los otros tres, sí”.** La voz se le quiebra un poco: **“Fue duro; negativizaron todos el VIH menos el pequeño”.**

Su relación con los médicos ha variado mucho a lo largo de los años. Al comienzo no se sintió muy apoyada, pero reconoce que el personal sanitario en general también tenía mucho desconocimiento acerca de la enfermedad. **“Era una época distinta, la gente no tenía tampoco mucha conciencia de lo que había y los médicos estaban exactamente igual. Fue duro porque nos etiquetaban. A mí no me dejaban ni salir al pasillo, imagínate el resto”.** Con el tiempo, la situación fue mejorando.



Señala que, normalmente, ha tenido suerte con los médicos especialistas, y que con su actual doctora, con la que lleva muchos años, está encantada.

En cuanto a su entorno más inmediato, siempre ha recibido el apoyo de su familia. Respecto a sus amigos, comenta que tampoco ha tenido problemas. Cuando necesita hablar con alguien sobre temas relacionados con el VIH, habla con total libertad tanto con su familia como con algún amigo que tiene el mismo problema.

Otro cantar han sido las diversas situaciones que ha vivido con la administración pública. **“Con lo que más he tropezado ha sido con los rechazos de la administración pública; te podría dar mil ejemplos. Y sigue ocurriendo. No estoy hablando de cuando empezó todo este tema, sino de mucho después”.**

A modo de ejemplo, explica el caso de su hija, una chica de 25 años que tiene una discapacidad. A la hora de conseguir plaza en un centro ocupacional, le pidieron un certificado médico conforme no padecía enfermedades transmisibles y una analítica del VIH. Su hija pudo obtener la plaza, pero Teresa

se indigna pensando en la situación de otras personas que, por ser seropositivas, no habrán podido acceder a un centro.

Su hijo menor también ha pasado recientemente por una situación discriminatoria: **“Le iban a operar de fimosis y ya estaba en la mesa de operaciones y anestesiado. Pero le mandaron a casa sin operar al saber que era seropositivo. Tuve que volver con él a urgencias por la noche”.**

Teresa también ha buscado apoyo más allá de su entorno inmediato. Durante mucho tiempo, acudió con regularidad a una asociación dedicada a la atención de personas con VIH. Considera que este tipo de asociaciones son muy necesarias y que, sin la ayuda que ella recibió, probablemente no llevaría una vida normal: **“Ayuda bastante el tener algún sitio donde canalizar todos tus miedos e historias. Eso sí fue un trampolín; no deja que te hundas del todo porque conoces a personas en tu misma situación y eso es muy beneficioso”.** Si bien ahora no tiene tiempo de continuar yendo a la asociación, reconoce que a veces echa de menos las reuniones y el ver a la gente.

Pasamos a hablar del ámbito laboral. Al inicio de la enfermedad, le dieron un certificado de incapacidad permanente, pero para ella trabajar es muy importante: **“Yo no quiero dejar de ir a trabajar y de hacer una vida normal como todo el mundo, que, además, es lo que pretendo. Hoy por hoy, primero, que no me lo puedo permitir, y segundo, que no me sentiría bien”.**

Hace cinco años que está trabajando en el mismo sitio y explica que, antes de conseguir el empleo, le pidieron que fuera a un reconocimiento médico. Entonces, comenta que se le ocurrió saltarlo sin más: **“Hablé con el director de la clínica y se lo expliqué. Le dije que no mi hiciera perder el tiempo, que no iba a hacer el reconocimiento si no iba a poder entrar, así me evitaba un disgusto. Se quedó un rato callado y, finalmente, me dijo que si me encontraba bien, que fuera”.** Teresa fue, pasó el reconocimiento y logró el trabajo con un contrato indefinido. Hoy en día, cada año se hace el reconocimiento preceptivo, e incluso informa al médico de los resultados clínicos relacionados con el VIH.

Cuando hablamos sobre el hecho de revelar su estado serológico, Teresa afirma que no tiene miedo, pero remarca: **“Sé que, a día de hoy, siguen ocurriendo situaciones como la de mi hijo al irse a operar. Si bien sé que no es como antes, sigo desconfiando. Hay sitios donde no debes ir y decirlo gratuitamente. Soy de las personas que piensa que no se tiene que hacer público de entrada, pero tampoco se debe ocultar”.**

Es consciente de que hay personas que tienen miedo de explicar que son seropositivas incluso a su familia: **“Eso es muy duro; todo se vuelve más complicado cuando no cuentas con nadie”.**

Teresa siempre tiene muy presente a su hijo menor, y varias veces, a lo largo de la entrevista, habla de él. Entiende las dificultades por las que pasa y, desde esa posición, intenta que, con su manera de vivir con VIH, pueda ayudar a su hijo a llevar una vida normal: **“Yo necesito esta normalidad, vivir como el que vive con una diabetes o con cualquier otro problema que puede ser crónico pero que se pueda normalizar. Es importante que mi hijo también aprenda a hacerlo”.**

Manifiesto de las ONG para el desarrollo contra los recortes de las ayudas públicas

La coordinadora de ONG para el desarrollo, que agrupa a organizaciones españolas implicadas en cooperación al desarrollo, ha hecho público un manifiesto frente al incumplimiento de los compromisos por parte de los organismos públicos en su ámbito de actuación.

Dicho manifiesto hace hincapié en que la crisis económica, marco en el que se escudan los gobiernos para recortar las ayudas destinadas a cooperación internacional, ha sido provocada por personas que no tienen nada que ver con aquellas que sufrirán sus consecuencias, especialmente graves en las áreas más vulnerables del planeta.

Así, se tacha de "inadmisible y éticamente reprochable" que las medidas para luchar contra la crisis financiera se dirijan contra el Desarrollo Humano y de los Objetivos del Milenio. Según el manifiesto, los compromisos adquiridos mediante la firma de los gobernantes españoles, en representación de la ciudadanía, en documentos como la Declaración del Milenio o el Pacto de Estado contra la Pobreza, no deberían ser objeto de incumplimiento.

Los firmantes del manifiesto destacan que "la ayuda oficial al desarrollo no es un lujo para tiempos de bonanza", sino que "es un imperativo ético y moral que responde a criterios de justicia".

Por último, el manifiesto establece tres puntos principales a tratar por los gobernantes de las distintas administraciones e instituciones implicadas en la cooperación para el desarrollo: impulsar medidas dirigidas contra los responsables y causantes de la crisis; reiterar el compromiso contra la pobreza y a favor del desarrollo humano y los Objetivos del Milenio y, por último, tomar conciencia de las consecuencias de establecer recortes en estas áreas y, en el caso de haberlos anunciado ya, rectificar.

Fuente:

National Aids Treatment Advocacy Project (NATAP)



Consecuencias de la suspensión de las subvenciones del Fondo Mundial

El pasado mes de noviembre, el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis anunció la cancelación de su próxima ronda de financiación y la suspensión de nuevas subvenciones hasta el año 2014. Esta noticia puede tener resultados devastadores en los países más afectados por la infección por VIH, en los cuales se habían alcanzado importantes progresos con la ayuda del Fondo que ahora podrían perderse.

En Bangladesh, la interrupción de las subvenciones significa el estancamiento de la respuesta del país a la epidemia, cancelando el incremento previsto de un 20% en la cobertura de los servicios de prevención y atención de la infección en colectivos vulnerables. Este mismo fenómeno tendrá lugar también en Bolivia, donde se han suspendido programas de atención a presos e indígenas, lo que, con toda seguridad, se traducirá en un aumento en el número de transmisiones.

En la República de Sudán del Sur, el 80% de los planes nacionales relativos a la infección por VIH siguen sin financiación, y estaba previsto que el país recibiera ayuda

del Fondo Mundial para cubrir los costos del tratamiento antirretroviral y de medidas preventivas. Dicha ayuda no llegará.

En Zimbabwe, una subvención anterior del Fondo Mundial promovió la realización de pruebas diagnósticas, incrementó la adhesión al tratamiento con programas de incentivos y puso en marcha programas de capacitación para cuidadores. Ahora, estos servicios están en peligro.

Uno de los casos más graves es el de Zambia, donde el 80% de las personas con tuberculosis viven con VIH y se consideraba crucial la llegada de dinero del Fondo para la atención específica de personas con esta coinfección. Estas ayudas no llegarán, como mínimo, hasta el año 2014.

Estos ejemplos muestran la cara más amarga de las medidas de austeridad promovidas por los países ricos, que recortan contribuciones, como las que realizaban al Fondo Mundial, que salvaban vidas.

Fuente:

Portalsida.org

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/ Casp, 118-120 Ático 2ª 08013 Barcelona. Nosostros se lo haremos llegar a la persona interesada.

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



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

Ref: 1568

Chico, gay, moreno, simpático, 1,67m y 69kg; amigo de los animales. Busco chico activo para pasarlo bien. Conoceré a todos. Madrid. Telf.: 681 057 338

Ref: 1569

Hombre andaluz, 38 años, VIH+. Me gusta todo lo relacionado con la naturaleza, senderismo, etc. Busco una chica de entre 25 y 39 años, para amistad o pareja. E-mail: andaluz1973@hotmail.es

Ref: 1570

Hombre, 43 años. Me gustaría conocer una mujer para una relación seria. Soy del norte de España. E-mail: angel451v@hotmail.com

Ref: 1571

Tío de 28 años, guapo y sin pluma. Busco tíos para conocer. Soy de Sevilla. E-mail: calzoncillodesparto@hotmail.com

Ref: 1572

Nacho, 42 años, simpático, rubio, ojos azules y 1,80m. Privado de libertad. Desearía cartearme con chicas de entre 40

y 45 años, preferentemente de Guadalajara o alrededores, para amistad o lo que surja.

Ref: 1573

Eugenio, 24 años. Quisiera hacer muchas amistades por este medio y encontrar una mujer que quiera empezar una relación desde cero. E-mail: encforever07@gmail.com

Ref: 1574

Uruguayo, 40 años, de mediana estatura y divertido. Deseo conocer una mujer para compartir momentos agradables. Telf.: 099 367 109. E-mail: daniela.pyaen@hotmail.com

Ref: 1575

Toni, cariñoso, tuve un accidente de moto y me rompí la mandíbula (me cuesta hablar). Tengo piso. Busco chica de entre 35 y 45 años para amistad o lo que surja. Telf.: 667 262 768. Barcelona.

Ref: 1576

Mujer de 38 años, sincera, VIH+ (asintomática) e independiente económicamente. Busco amigo, de salud estable, trabajador, sin

vicios, de buen sentimiento y de entre 35 y 45 años. Lima (Perú). E-mail: tatu_1973@hotmail.com

Ref: 1577

Chico, 50 años, gay, VIH+, dinámico, alegre y prejubilado. Busco pareja -no importa dónde estés- para amarnos y divertirnos. Me gustaría recorrer mundo con una autocaravana. ¿Te animas? Provincia de Valencia. E-mail: ajardinado@hotmail.com

Ref: 1578

Antonio, portugués. Privado de libertad. Me gustaría tener a alguien con quien mantener correspondencia; sólo mujeres. Me siento muy solo, mi familia no me quiere y me rechaza.

Ref: 1579

Hombre, 46 años, VIH+, buena persona y 1,80m. Privado de libertad. Busco mujer que sea buena persona, para mantener correspondencia y hacer amistad honesta y verdadera.

Ref: 1580

Alberto, 42 años, VIH+ (asin-

tomático), gay y pasivo. Busco chico de mi edad o con menos años, para relación seria y posible pareja estable. Ávila capital. Telf.: 606 612 813.

Ref: 1581

Efren, 29 años, VIH+, gay, pasivo, discreto, 1,63m, 65kg; agradable. Estoy buscando una pareja en mi misma condición. Deseo algo serio. E-mail: yaki18@live.com

Ref: 1582

Luis, 24 años, cubano, VIH+ y gay. Busco encontrar amistad y, a ser posible, pareja para compartir la vida. Escíbeme, seguro que no te arrepentirás. Telf.: 53 53 560 618. E-mail: locodeamor2009@hispavista.com

Ref: 1583

Fidel, 49 años y VIH+. Busco dulce chica de entre 35 y 45 años, para compartir vivencias, hacer amistad sana y, tal vez, para empezar una bonita historia de amor. Palma de Mallorca. Telf.: 635 979 269. E-mail: fidelmato@hotmail.com

Ref: 1584

Pablo, 50 años y VIH+ (asintomático). Privado de libertad. Desearía mantener correspondencia con señoritas, no importa la edad.

Ref: 1585

Rubén, 56 años. Privado de libertad. Busco chica mayor de 37 años, para una relación seria de pareja o amistad. Preferentemente gallega. Comunicación sólo por carta.

Ref: 1586

María, 58 años, VIH+, pensionista, con ganas de vivir y con piso. Perdí a mi pareja hace 5 años. Me siento sola. Busco relación seria. Escribid y mandad foto. Telf.: 647 078 500.

Ref: 1587

Chico, 35 años, VIH+ (asintomático), sincero, simpático y honesto. Busco pareja para vivir la vida normal y tener una bella familia. E-mail: naveed.tariq21@gmail.com

Ref: 1588

Ángel, 31 años. Con ganas de comprometerme en una relación, busco conocer mujer de edad parecida, comprensiva y sincera.

Ref: 1589

Chico, 25 años, VIH+, gay, sin pluma, guapete y buena gente. Busco personas en mi mismo estado para charlar. Provincia de Cádiz. E-mail: everithingcomesandgoes@hotmail.es

Ref: 1590

Chico, heterosexual, guapo, simpático, sincero, cariñoso, trabajador y con estudios universitarios. Busca chica para amistad o posible relación. Madrid. E-mail: josemadridd2372@yahoo.es

Ref: 1591

Hombre, 42 años; necesito

sentirme vivo. Privado de libertad. Desearía mantener correspondencia con señoritas, no importa la edad.

Ref: 1592

Chico, canario, VIH+, con buena salud, deportista, cariñoso, romántico, hogareño, amante del cine, la playa, el campo, etc. Desearía contactar con hombre de hasta 60 años, para relación estable. E-mail: anjura2011@hotmail.com

Ref: 1593

Mujer, 39 años, deportista, divertida, seria y con buena presencia. Deseo conocer hombre para, inicialmente, amistad y, si hay afinidad, una relación estable. E-mail: victoriaindacocheahuerta@live.com

Ref: 1594

Sevas, 50 años y gay. Sanitario jubilado. Busco hombre para formar pareja, que viva en el campo y sea granjero. Extremadura.

Ref: 1595

Hombre, 39 años, VIH+ (asintomático), 1,78m, 76kg; varonil, serio, simpático y versátil. Busco similar de entre 35 y 50 años para amistad o posible relación estable. Venezuela. E-mail: sawaboris@g.mail.com

Ref: 1596

Guillermo, 41 años, VIH+ (asintomático), alegre, buena persona y con ganas de vivir. Privado de libertad hasta el 2013. Busco mujer guapa y que sea buena persona para rehacer mi vida. Escribeme. Telf.: 650 867 300.

Ref: 1597

Chico, dinámico, extrovertido, atractivo; 1,75m y 77kg. Salgo de una mala experiencia. Busco hombre de entre 40 y 50 años para relación estable. Preferiblemente de Barcelona. E-mail: d2277@hotmail.es

Ref: 1598

Chico, 37 años, VIH+, gay, simpático, delgado y sencillo. Me gustaría encontrar a alguien como yo, para amistad o lo que surja, conocernos y hablar. De A Coruña. E-mail: cesr38@gmail.com

Ref: 1599

Ana, 35 años, peruana, VIH+ (asintomática) y divorciada. Me gusta viajar, me encantan los animales y la naturaleza. Deseo tener amigos afines y, quizás, encontrar el amor. E-mail: akasha.urek@hotmail.com

Ref: 1600

Álex, 31 años y VIH+. Me gustaría conocer chica más o menos de mi edad y en mi misma situación para relación seria. De Venezuela. E-mail: alexvenezuelacojedes@hotmail.com

Ref: 1601

Fernando, 39 años, 1,70m, 72kg; alegre, trabajador y romántico. Me gustaría conocer chicas de entre 30 y 40 años para amistad y posible relación sentimental. Irún (Gipuzkoa). Telf.: 680 842 206 E-mail: fernando131272@hotmail.com

Ref: 1602

Navi, peruano y VIH+. Me encantaría conocer chicas en mi misma situación, para entablar amistad o algo más. Me gustaría formar una familia. E-mail: navi18_5@hotmail.com

Ref: 1603

Chico, 47 años y VIH+ (asintomático). Me gusta pasear, la playa y el deporte. Vivo solo; soy pensionista. Busco chica para pasarlo bien. De Bilbao; dispuesto a viajar. Mándame SMS. Telf.: 678 316 915.

Ref: 1604

Hombre, 43 años, 1,79m; fibroso, macizo y varonil. Busco

mujer de hasta 55 años, alta y maciza, que tenga arte, le guste reír, amar y ser amada. Privado de libertad.

Ref: 1605

Sergi, 28 años, 1,70m, rubio, ojos verdes, separado, con un hijo y privado de libertad. Deseo conocer chica de entre 25 y 28 años, no me importa si es VIH+.

Ref: 1606

Tomás. Busco chica de entre 30 y 40 años, buena gente, a quien le gusten los animales, el campo y la vida sana, para comenzar de cero. No importa el pasado. Telf.: 677 386 862. E-mail: tombichero@gmail.com

Ref: 1607

Chico, 46 años, VIH+ (asintomático), gay, 1,73m, 75kg; tranquilo, sano, me gusta la naturaleza. Busco chico para relación estable y seria, para compartir y disfrutar nuestra madurez. Zaragoza capital. E-mail: macecer@hotmail.com

Ref: 1608

Hombre, 45 años y buena gente. Doy amistad, cariño y amor. Busco mujer similar para relación estable. Zaragoza. E-mail: peter-tipol@hotmail.com

Ref: 1609

Yusmiel, 23 años. Busco chico divertido y al que le guste disfrutar de la vida. E-mail: leandro@ali.cav.sld.cu

Ref: 1610

Miguel, 48 años, gay, deportista, detallista, hogareño, cariñoso, sincero y amante de la naturaleza. Busco similar para apoyarnos. Islas Canarias. Telf.: 606 999 307. E-mail: rumisonco62@hotmail.com

Ref: 1611

Kike, 47 años y VIH+ (asintomático). Me gusta pasear, ir

al cine y los animales. Desearía conocer mujer de Castilla y León para amistad, y si congeniamos, posible relación. Telf.: 615 063 774.

Ref: 1612

Israel, 20 años y VIH+ producto de una violación hace un año. Hay días en que me siento muy solo. Me gustaría conocer chicos y poder conversar con ellos. E-mail: Israel_martinez_ponce16@hotmail.com

Ref: 1613

Camilo, 37 años y soltero. Quisiera conocer mujer que viva con VIH, de entre 25 y 35 años, soltera, con o sin hijos, para formalizar una relación. De Bogotá. E-mail: camicas7@hotmail.com

Ref: 1614

Gay, pasivo, VIH+ y del Salvador. Busco chico para apoyarnos mutuamente, que sea activo. E-mail: johanitarica@hotmail.com

Ref: 1615

Mujer, 50 años. Me gustaría conocer un hombre de mi edad, para amistad y el tiempo dirá. Abstenerse los que buscan pasar el rato. Dispuesto a vivir por Barcelona o alrededores. E-mail: puc-estar@hotmail.com

Ref: 1616

Tatiana, VIH+ recién diagnosticada. Mi pareja me abandonó por miedo e influencias familiares. Estoy embarazada. Me siento muy sola. Quisiera conocer gente en mi misma situación para disminuir mi soledad. E-mail: tatiana1124@hotmail.com

Ref: 1617

Chico, 51 años y pensionista. Amante de la naturaleza, el mar y la montaña. Me gustaría conocer chica, no importa edad, para encontrar juntos el camino del amor y la felicidad. Telf.: 667 971 891.

Ref: 1618

Antonio, 47 años y VIH+. Me siento muy solo y aislado. Me gustaría encontrar a un hombre cariñoso, detallista y comprensivo. Tengo mucho amor que dar. Madrid. E-mail: anzoni40@yahoo.es

Ref: 1619

Mujer, 41 años, VIH+. Aficiones: naturaleza, animales, pasear y viajar. Busco gente afín y optimista para compartir la vida con ilusión. No malos rollos. Galicia. E-mail: amitie4180@yahoo.com

Ref: 1620

José, 46 años y con buena salud. Moreno, simpático y sincero. Me gusta el deporte y la lectura. Romántico y cariñoso. Busco pareja para relación estable. Privado de libertad.

Ref: 1621

Chico, 35 años, masculino, versátil y atractivo; 1,80m, 73kg. Busco versátil masculino para relación estable. Mejor si tienes sitio. Cantabria. E-mail: hinklon@hotmail.com

Ref: 1622

Diego, gay, 37 años, VIH+ (asintomático) y atractivo. Me gusta el cine y la música. Soy muy apasionado. E-mail: irisma@correodecuba.cu

Ref: 1623

Rubén, 57 años y divorciado. Busco mujer menor de 63 años, preferiblemente de Catalunya, Valencia o Galicia, para una relación estable. Sólo comunicación por carta. Zaragoza.

Ref: 1624

Hombre, 45 años, gay, 1,78m, 76kg; atlético, serio pero con buen sentido del humor. Universitario, me gusta el senderismo, el cine y las exposiciones. Busco hombres similares para amistad. E-mail: juncar@hotmail.com

Ref: 1625

Manuel, 50 años, VIH+ (asintomático), gay y joven de espíritu. Me gustan los hombres morenos o negros, no me importa nacionalidad. Alicante. Telf.: 633 894 796. E-mail: lolo-01@hotmail.com

Ref: 1626

Chico, 25 años, gay, VIH+ (asintomático), 1,78m y ojos color café. Busco chico similar para amistad o relación, preferiblemente menor de 30 años. Colombiano, de Bogotá. E-mail: revolico.camilo@gmail.com

Ref: 1627

Jorge Arturo, 46 años, VIH+ recién diagnosticado y sin tratamiento. Quisiera conocer gente con este huésped, como yo le llamo, para entablar amistad. Barcelona. E-mail: eros356066@hotmail.com

Ref: 1628

Luis, 29 años, gay y VIH+. Estoy solo; es difícil relacionarse con alguien cuando revelas tu estado. Deseo conocer buenos amigos y, por qué no, algo más. Lima (Perú). E-mail: sonofking1111@hotmail.com

Ref: 1629

Chico, 34 años, de color, VIH+ y bien de salud. Me gustaría conocer gente positiva y tener una relación con una chica con la que pueda ilusionarme. Madrid.

Ref: 1630

Chico, 32 años, 1,85m y 79kg. Me gusta la naturaleza, viajar y disfrutar de la vida. Busco chico más o menos de mi edad para amistad y posible relación. Gasteiz. Telf.: 663 572 021. E-mail: p_mi@yahoo.com

Ref: 1631

Chico, 39 años, pero aparento menos. Sano, guapete, educado, simpático y comprensivo; soy buena gente. Busco chica para amistad o posible relación. Madrid. E-mail: josemadridd2372@yahoo.es

Ref: 1632

Hombre, 25 años, VIH+ (asintomático) y de Perú. Me gustaría conocer chicos en las mismas circunstancias. E-mail: lobito24_2010@hotmail.com

Ref: 1633

Jean, gay, activo, atractivo y joven. Busco hombre, joven, femenino, para matrimonio. Vivo en Francia. Escribidme; con foto si es posible. E-mail: hagenvallerie@gmail.com

Ref: 1634

Gay, 40 años, pasivo y delgado. Busco activo varonil para relación estable, mayor de 45 años. Me puedo desplazar a cualquier lugar de España. E-mail: mgoa33@gmail.com

Ref: 1635

Chico, 46 años y VIH+ (asintomático). Quiero construir un futuro común cargado de esperanza con una chica de Madrid. E-mail: m_treville@hotmail.com

Ref: 1636

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

Ref: 1637

Mujer, 45 años, VIH+; sin vicios, sincera, espiritual y luchadora. Amo a los animales. Busco hombre similar, no fumador y culto para amistad y posible relación estable. Extranjera, de Barcelona. E-mail: buscoarmoniapaz@hotmail.com

Ref: 1638

Chico, 25 años, trabajo en Madrid, pero soy del sur. Busco conocer a alguien para relación seria, preferiblemente hombres de entre 30 y 40 años. Abstenerse personas no serias. E-mail: bernabe86@hotmail.es

Ref: 1639

Transexual, mulata, VIH+, 1,78m, 75kg; muy simpática, cariñosa y comprensiva. Me gusta la playa y la naturaleza. Me gustaría conocer machos, para tener una amistad y posible relación. E-mail: transmullata24@hotmail.es

Ref: 1640

Chico muy positivo en todos los sentidos, agradable y cariñoso. Busco una mujer para lo que surja. E-mail: buenisimo_muydulce@hotmail.com

Ref: 1641

Hombre, 46 años, VIH+, gay, 1,85m, 85kg y soltero. Con ganas de iniciar de nuevo una relación de pareja estable que nos aporte estabilidad y motivación. Barcelona. E-mail: jocote2010@gmail.com

Ref: 1642

Chico, 38 años, VIH+ y heterosexual. Mis conocidos me preguntan por qué no tengo pareja siendo tan majo (no saben que soy seropositivo). Me gustaría conocer alguien especial. E-mail: porestaciudad@hotmail.com

Ref: 1643

Ángel, 36 años, VIH+, gay, pasivo, 1,70m y 64kg. Me gusta la música, el teatro, el cine y la playa. Desearía hacer amistad y formar pareja. Doy y exijo discreción y pulcritud. Valladolid y Castilla y León. E-mail: adamaspositive@hotmail.com

Ref: 1644

Hombre, 51 años, VIH+ (asintomático), gay, cariñoso, amante de la fotografía, los viajes y el buen comer. Busco amistad y complicidad con hombres de

entre 40 y 55 años; sin drogas. Mejor de Madrid. E-mail: cazu-rro1960@hotmail.com

Ref: 1645

Chico, 25 años y amante de la vida sana. Busco chicos, no importa edad, para amistad y conocernos. Vivo en Gran Canaria. Telf.: 633 662 517. E-mail: yeldarb_193@hotmail.de

Ref: 1646

Resultón de Madrid, 46 tacos y de 69kg. Busco chico para salir y hacer mil cosas. Conoceré a todos sin compromiso. Sólo llamadas, nada de cartas por el momento. Telf.: 681 056 338.

Ref: 1647

Juan, 45 años. Me gusta la playa y el mar; soy deportista. Me gustaría conocer a mi media naranja. Ya sabes, si quieres conocerme, escríbeme. E-mail: jjuzgadoferreira@hotmail.com

Ref: 1648

Tipo masculino, 54 años, gay, versátil, activo, 1,73m, 75kg; buen estado físico y mental. Busco compañero de vida, versátil, masculino y buena persona. Buenos Aires. E-mail: busco_amigo@yahoo.com.ar

Ref: 1649

Mujer, 45 años, VIH + (asintomática), extrovertida, cariñosa, en buena forma y separada. Quiero amistad, la soledad no es buena compañera. Prometo responder. Telf.: 649 033 942. Santa Cruz de Tenerife.

Ref: 1650

Chico, 46 años. Busco chica de entre 38 y 42 años, de Sevilla, para formar pareja estable. Que sea morena, finita y que le gusten el campo y los animales. Que sepa lo que quiere. Con carnet de conducir.



Imagina MÁS es una ONG que nace con el compromiso de dar respuestas éticas, específicas, innovadoras y profesionales a diversas realidades y problemáticas sociosanitarias.

Nuestros principales objetivos son trabajar en la educación, formación, pre-

vención, reducción del estigma, discriminación y exclusión social en el ámbito de la salud a través de las TIC.

Dentro de las acciones dirigidas a la lucha contra el estigma y la discriminación social, hemos diseñado una campaña llamada "Soy MÁS". En esta primera edición, se persigue eliminar la discriminación sufrida por las personas con VIH, obligadas en su mayoría a vivir su infección en el más absoluto silencio debido al estigma ligado al virus.

La campaña quiere comunicar al espectador un mensaje al unísono, simbolizando que la lucha frente a la discriminación de las personas con VIH es una batalla a la que estamos todos llamados. Además, se invita a la reflexión sobre las

relaciones afectivas, potenciando aspectos positivos acerca de la integración, comunicación, información y no discriminación. Quiere transmitir una imagen de naturalidad, diversidad e igualdad independientemente del estado serológico. Viene firmada bajo el lema "Amantes de la vida: Tú puedes poner fin a la discriminación de las personas con VIH".

El mensaje es un alegato por la vida, por la superación ante la adversidad, que pretende romper conceptos desfasados que relacionan el VIH con determinados grupos de riesgo. Asimismo, hace partícipe al espectador del cambio conductual y cultural, situándolo como protagonista en la lucha frente a la discriminación que sufren las personas con VIH.



AMANTES DE LA VIDA

Tú puedes poner fin a la discriminación de las personas con VIH



www.gaylatinos.es



Stop Sida ha creado un portal de información desde y para hombres gays o bisexuales de origen latinoamericano, www.gaylatinos.es, tanto para los que están pensando en venir a España como para los que ya residen aquí. Con este portal pretenden promocionar el cuidado de la salud sexual y facilitar el proceso migratorio ofreciendo información útil sobre la vida gay en España, organizaciones LGTB y de trabajo sexual y demás recursos.

www.aids2012.org

Juntos cambiando el rumbo es lema de la XIX Conferencia Internacional del Sida (AIDS 2012), que se celebrará en Washington (EE UU) del 22 al 27 de julio. Al igual que en México 2008, el español volverá a ser lengua cooficial de la conferencia y habrá un buen número de presentaciones traducidas del inglés. Os invitamos a visitar el sitio web donde, entre otros muchos documentos, puede descargarse el calendario de las sesiones que se retransmirán por internet.



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:** 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 (Linea Gratuita) **Córdoba:** Prevención y Solidaridad del Sida 957 430 392 **Fuerteventura:** ALTIHAY: 928 859 358 **A Coruña:** C.C.Anti-Sida 981 144 151 Ferrol: Lazos 981 350 777 **Girona:** ACAS Girona 972219282 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 **Guipuzkoa:** 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 Canarias:** 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 GayInform 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 Vilagarcía de Arousa: 986 508 901 **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



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

