

ADENTRO

LOS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES 6

En muchas partes del mundo, los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) siguen siendo el grupo más afectado por el VIH.



LA BATALLA PARA LOGRAR EL ACCESO GLOBAL A LOS TRATAMIENTOS 8

Un llamado de acción sobre el tema del acceso a cuidados y medicamentos que salvan vidas.

Perspectiva Personal:

LUCHANDO POR EL TRATAMIENTO EN TAILANDIA 12

El revelar su estatus del VIH en algunos países está lleno de sorpresas.



MICROBICIDAS 15

MICROBICIDAS RECTALES 17

Perspectiva Personal: DANOS NUESTROS MEDICAMENTOS DE CADA DÍA 19

LAS PERSONAS CON VIH NO SON BIENVENIDOS AQUÍ 20



EDITORIAL 23

Thrive es una publicación conjunta de ACRIA y GMHC.



Con la cantidad abismal de medicamentos para el VIH ahora disponibles y los nuevos medicamentos que se agregan cada año, puede hacer que parezca difícil y hasta imposible hacer sentido con todas las alternativas. Pero en realidad, para alguien que recién inicia medicamentos por primera vez, sólo existen unas cuantas combinaciones de medicamentos que son recomendadas, y el poder entender las opciones no es tan difícil como pueda parecer.

Elementos Básicos de Medicamentos para el VIH

por Mark Milano

En países desarrollados como los EE.UU., las personas con VIH tienen acceso a una amplitud de regímenes de primera línea y de segunda línea, si los primeros fallan. Las personas en países en vías de desarrollo tienen menos alternativas, aunque las pastillas que combinan ciertos medicamentos están disponibles fuera de los EE.UU. Este artículo cubrirá todos los medicamentos que están hasta ahora disponibles, como también las pautas de tratamiento de los EE.UU. que se consideran estar entre los mejores. (Para información de cuando iniciar tratamientos vea “Elementos Básicos de Tratamientos” en la edición del invierno del 2006 del *ACRIA Update* en inglés, disponible en www.acria.org/treatment/primer.html.)

¿QUÉ HAY DISPONIBLE?

Existen seis diferentes tipos, o clases de medicamentos que han sido aprobados por la Administración de Comestibles y Drogas

de los EE.UU. (FDA, por sus siglas en inglés). La mejor manera de comprender como funcionan, es entender el ciclo de vida del VIH y ver la manera de que los medicamentos interfieren con este proceso.

El VIH es un virus, y los virus son elementos muy simples. Técnicamente no son organismos vivos, ya que no pueden reproducirse por sí mismos y únicamente consisten de una envoltura de proteína que rodea un pedazo de material genético. La envoltura de proteína contiene unas “espigas” que sobresalen y pueden adherirse a células vivas. Son como las espigas que encuentras en ciertas plantas en los bosques, que se te pegan al pantalón y a las medias. Los virus son muy “pegajosos” ya que tienen que adherirse a una célula viva para poder reproducirse.

Pero cada virus únicamente puede adherirse a un tipo específico de célula. El virus de la Hepatitis se adhiere a las células hepáticas, el virus que causa el resfrío se adhiere a las células de la mucosa nasal, y el VIH se adhiere a cualquier célula que tenga un receptor de CD4 en su superficie. Esto

continúa en la página 3



Estudios de ACRIA En Proceso

Crofelemer Para La Diarrea

Personas mayores de 18 años que tienen diarrea persistente tomarían tabletas de Crofelemer o tabletas de placebo por 6 semanas. Luego todos tomarían Crofelemer por 5 meses más.

Avandia y Serostim

Personas con resistencia a la insulina tomarían Avandia (rosiglitazone) o Serostim (hormona del crecimiento), o ambas, por 6 meses para ver como afecta a la glucosa, a los niveles de insulina y a las formas del cuerpo.

KP-1461

Personas de 18 a 60 años que han estado tomando un NRTI, NNRTI y PI, y han desarrollado resistencia o han parado de tomar la medicina por otras razones, tomarían KP-1461 (un nuevo tipo de INTR) sin otro ARV por 4 meses.

SPRING: Aptivus en Razas Diversas

Personas mayores de 18 años y adultos (mitad blancos y la otra mitad de raza no blanca; la mitad hombres, y la otra la mitad mujeres) quienes han tomado un NRTI, NNRTI, y IP (no Aptivus) y quienes tienen resistencia a por lo menos 2 IP's, tomarían una dosis media de Aptivus o recibirían un

monitoreo terapéutico de la droga para encontrar la mejor dosis para ellos.

IMPACTO: Resistencia a Reyataz

Personas que han desarrollado resistencia a Reyataz harían una sola visita a nuestra oficina para tomarles una muestra de sangre y estudiar la mutación I50L.

Prezista Dosis

Las personas mayores de 18 años, quienes han estado tomando medicinas contra el VIH por lo menos por 12 semanas tomarán Prezista con Norvir una o dos veces al día, en conjunto con otras medicinas contra el VIH.

Para mas información de estas pruebas, llame a Bryan al (212) 924-3934 ext. 121.

THRIVE
en español

EDITORES EN JEFE

Daniel Tietz
Sean Cahill

EDITOR

Mark Milano

EDITORES ASOCIADOS

Luis Scaccabarozzi
Nathan Schaefer

EDITOR MÉDICO

Jerome A. Ernst, MD

TRADUCTORES

Luis Scaccabarozzi
Rafael Madrid
Camila Madrid

EDITOR MÉDICO ASOCIADO

EN ESPAÑOL

Douglas Méndez

ADMINISTRADOR DE PUBLICACIONES

Mark Milano

DISEÑO

Tom Dolle

Copias gratuitas de Thrive se ofrecen a organizaciones que proveen servicios para personas viviendo con el VIH. Para más información llame al 212-924-3934 anexo 129, correo electrónico: thrive@acria.org, o escríbanos a Thrive, 230 West 38th Street, 17th floor, New York, NY 10018.

Copyright © 2008 AIDS Community Research Initiative of America and Gay Men's Health Crisis.

Todos los derechos reservados. Reproducción no comercial permitida con reconocimiento de propiedad. Las listas de suscripción se mantienen de forma confidencial.

CARTAS AL EDITOR

Al Editor:

Muchas gracias por publicar la "edición especial sobre VIH y el envejecimiento" (Asuntos de Tratamientos de GMHC, Abril-Junio del 2007). Siendo una mujer de 60 años de edad, estoy muy contenta de ver que finalmente las personas de mi grupo de edad están siendo incluidas en la discusión sobre el VIH.

Hace veinte años, tuve la oportunidad de ver morir a muchos de mis mejores amigos. Mi amigo más cercano fue diagnosticado justo antes de que salieran los primeros inhibidores de proteasa, y ha permanecido con una salud estable desde entonces. Sin embargo, ambos estamos comenzando a experimentar algunos de los problemas físicos que vienen con la edad. El es positivo y yo negativa, pero ambos estamos sufriendo de artritis, diabetes y de colesterol alto. La diferencia es que su condición se complica con el VIH y con las medicinas que él toma.

Mi amigo y yo hemos sido un apoyo mutuo a través de los años. Lo he ayudado a lidiar con los efectos secundarios difíciles, mientras él me apoyó en mi proceso de divorcio. Ambos miramos al futuro con un poco de inquietud, y necesitamos el tipo de información que fue dado en este ejemplar.

Sinceramente,

Angela Laurence

Las fotos utilizadas no indican el estatus de salud, orientación sexual, o la historia personal de los modelos.

Al Editor:

Gracias por el artículo "Mujeres Inmigrantes y el VIH", de Rosa Bramble Weed (ACRIA Update, Invierno 2008). Yo soy una de esas mujeres inmigrantes que tiene que enfrentar muchos de los problemas expuestos. Me encontré sola, sin familia, sintiéndome sin poder, y no teniendo donde ir o con quien hablar. Una vez que salí positiva en la prueba del VIH, me encontré más desolada todavía, sin saber acerca de los servicios disponibles, o que me pasaría siendo VIH positiva.

Existe tan poca atención y servicios para mujeres inmigrantes con VIH. Hay una necesidad constante de programas que permitan a todas las mujeres tomar el control de sus vidas y tomar decisiones sobre como protegerse a si mismas. Se necesita más información disponible. Siento que el artículo hizo recomendaciones que no son sólo lógicas pero que además no son tan difíciles de hacer.

Gracias,

Sandra Ramírez

¡Thrive quisiera saber su opinión! Por favor envíe sus comentarios a:
Cartas al Editor, Thrive, 230 W 38th St.,
17th Floor, NY, NY 10018
O envíenos un correo electrónico a:
thrive@acria.org

Medicamentos para el VIH cont. de la página 1

incluye las células T CD4, como otras células del sistema inmunológico.

Para poder reproducirse, el VIH debe completar los siguientes pasos:

1. Agarrarse de la perilla de la puerta

El proceso que usa el VIH para ingresar a la célula puede compararse a abrir una puerta con cerrojo. La primera parte es agarrarse de la perilla de la puerta. El VIH hace esto agarrándose del receptor CD4 de la célula con una de las espigas en su superficie. Los medicamentos que se vienen estudiando pueden prevenir este primer paso, pero ninguno ha sido aprobado aún. El sistema inmunológico crea anticuerpos que cubren las espigas del VIH en un intento de prevenir este paso, pero como el VIH muta (cambia) tanto, estos anticuerpos no son capaces de detener que todo el VIH se adhiera a las células CD4.

2. Abrir el Cerrojo

Una vez que el VIH se ha agarrado de la perilla de la puerta (el receptor del CD4), el próximo paso es insertar su llave en el cerrojo. Lo logra al enlazarse con uno de dos receptores adicionales, conocidos como co-receptores R5 o X4. Casi todas las infecciones de VIH son causados por un virus que usa el co-receptor R5. Los virus que usan el co-receptor X4, usualmente aparecen más tarde en el curso de la enfermedad.

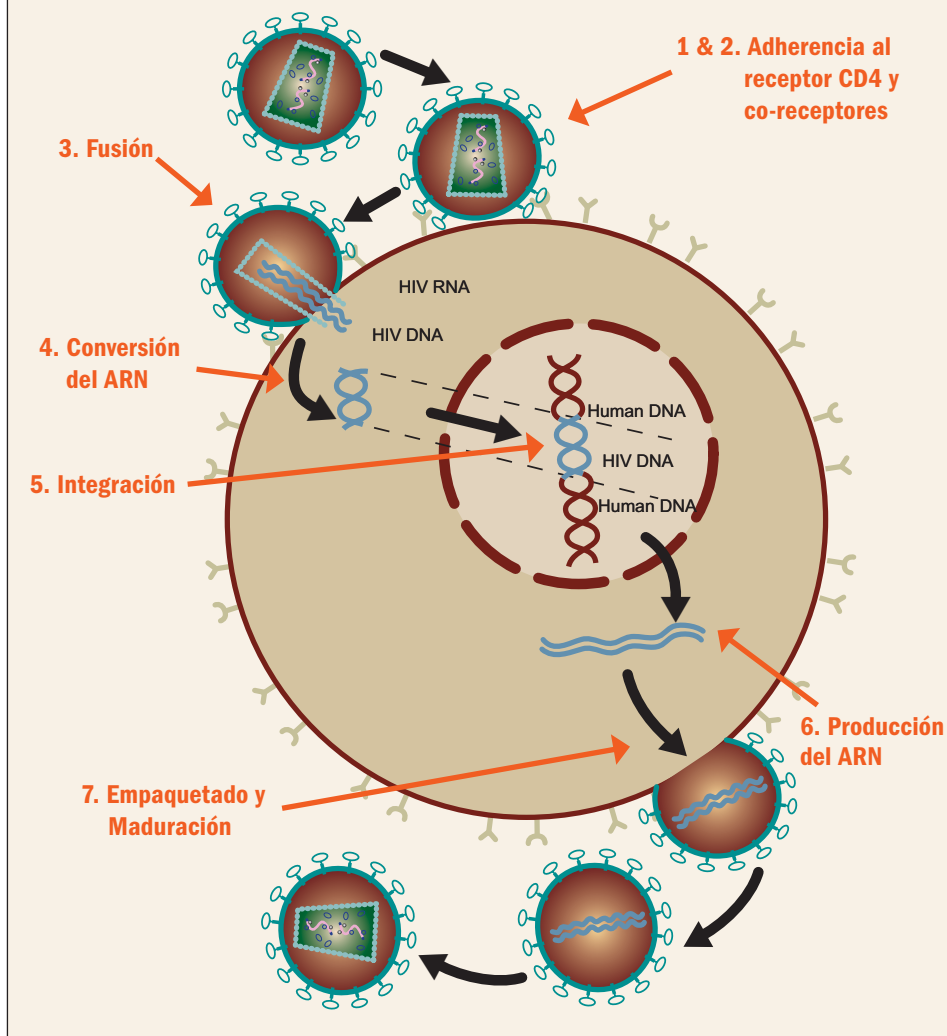
Un medicamento ha sido aprobado que previene que el VIH se adhiera al co-receptor R5:

Selzentry (MVC)

Bloquea el co-receptor – casi como poner pegamento en el cerrojo de la puerta para prevenir de que se pueda insertar la llave. Se esperaba que los inhibidores de co-receptores como Selzentry fueran mejores que otras drogas, ya que previenen el ingreso del VIH a la célula. Pero Selzentry hasta este momento sólo ha sido aprobado como medicamento de segunda línea, ya que los estudios clínicos iniciales mostraron que no funciona tan efectivamente en personas que no han recibido tratamientos anteriormente. Más estudios están en proceso para ver si se puede usar como tratamiento de primera línea, y otros inhibidores de co-receptores, como vicriviroc, están siendo observados en estudios clínicos.

Selzentry solamente funciona contra el virus que utilice el co-receptor R5, así que no se usa en aquellas personas que tienen

El Ciclo de Vida del VIH



un virus X4. La FDA recomienda que los candidatos se hagan la prueba de tropismo antes de iniciar tratamiento con Selzentry. Este examen de sangre puede identificar la presencia del virus X4 en la sangre. Si es así el caso, Selzentry no funciona.

3. Abrir la Puerta

El VIH es capaz de adherirse al receptor del CD4 y a uno de los co-receptores, y ahora intenta "abrir la puerta" fusionándose o juntándose con la pared de la célula. Se jala hacia la pared celular y dispara una espiga dentro de la célula para abrirla.

Una droga que ha sido aprobada para prevenir la fusión es:

Fuzeon (ENF)

Fuzeon está únicamente aprobado como tratamiento de segunda línea, ya que es una inyección dos veces al día y su costo es

de aproximadamente \$25,000 al año. Se ha visto que Fuzeon es una buena opción para retomar el control del VIH, en personas que se han hecho resistentes a muchos medicamentos anti-VIH. Pero sólo se usa si es que no existe ninguna otra opción.

4. Convertir el ARN

A diferencia de muchos virus, el VIH contiene ARN, que es la imagen del espejo del ADN (la cadena de proteína que contiene las instrucciones de toda célula viviente). Es por eso que al VIH se le conoce como un retrovirus, y es por eso que se les conoce a los medicamentos que funcionan en su contra como antiretrovirales.

Una vez de que el VIH se fusiona con la célula CD4, inserta su ARN dentro de la célula con tres enzimas que usará para reproducirse. La primera enzima, la transcriptasa reversa, ayuda a convertir al ARN a ADN.

continúa en la página siguiente

Existen dos clases de medicamentos que interfieren en este proceso.

Los Nukes

Los primeros medicamentos aprobados para combatir el VIH fueron los **nucleósidos análogos**, conocidos también por su nombre corto como “nukes.” Así es como funciona, el VIH crea un nuevo ADN usando su ARN como un molde – casi como una imprenta. Así, junta nucleósidos (proteínas simples) de la célula y los une uno por uno dentro de la cadena de ADN, usando al ARN como su patrón. Los nucleósidos análogos son productos químicos que son similares a los nucleósidos, pero previenen de que la cadena continúe, ya que el siguiente nucleósido no se puede adherir a ellos.

Muchos medicamentos pertenecen a esta clase, y forman el esqueleto de muchos regímenes de primera línea:

Emtriva (FTC)
Epivir (3TC)
Retrovir (AZT)
Videx (ddI)
Viread (TDF)
Zerit (d4T)
Ziagen (ABC)

(Videx y Zerit no se recetan frecuentemente, por la preocupación con la dosificación y los efectos secundarios.)

Los nukes también vienen en combinación para una dosificación más fácil:

Combivir (Epivir & Retrovir)
Epzicom (Epivir & Ziagen)
Truvada (Emtriva & Viread)
Trizivir (Epivir, Retrovir & Ziagen)

Como todos estos medicamentos interfieren con la enzima de la transcriptasa reversa, también se les conoce como nucleósidos inhibidores de la transcriptasa reversa, o NRTI (por sus siglas en Inglés).

No-Nukes

Otra clase de medicamentos – los inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos, (NNRTI, por sus siglas en Inglés, o “no-nukes”) – también previenen que el VIH complete la cadena del ADN, pero esta clase interfiere directamente con la enzima de la transcriptasa reversa, que son necesarias para conectar cada nucleósido con la cadena. Estos incluyen:

Intelence (ETV)
Rescriptor (DLV)
Sustiva (EFV)
Viramune (NVP)

Sustiva es frecuentemente usada como un medicamento “base” de primera línea de un régimen de tres medicamentos, ya que se ha mostrado ser efectivo cuando se combina con dos nukes. Intelence ha sido recientemente aprobado como un tratamiento de segunda línea para personas que son resistentes a Sustiva y Viramune. (El rescriptor es raramente usado por las preocupaciones relacionadas a la dosificación y la efectividad.)

La combinación de una pastilla contiene tres de los medicamentos de primera línea más populares y se toma solamente una vez al día:

Atripla (Emtriva, Sustiva & Viread)

También muchas combinaciones que contienen medicamentos genéricos de VIH están disponibles fuera de los EE.UU., incluyendo:

(AZT & NVP) (3TC, AZT & EFV)
(3TC & d4T) (3TC, AZT & NVP)
(3TC & TDF) (3TC, d4T & EFV)
(TDF, FTC & EFV) (3TC, d4T & NVP)

5. Integrando el ADN

Una vez que el ARN se ha convertido a ADN (conocido como ADN proviral), su próximo paso es insertar este ADN al ADN de la célula. Lo hace introduciéndose al núcleo de la célula (donde se almacena el ADN), y usando otra enzima llamada integrasa.

Una droga que interfiere con la integrasa ha sido aprobada:

Isentress (RAL)

Isentress está actualmente aprobado únicamente como tratamiento de segunda línea para aquellos que ya son resistentes a otros medicamentos del VIH. Los estudios han mostrado que es efectivo como tratamiento de primera línea, pero como se debe de tomar dos veces al día, quizá no sea tan popular como regímenes de una sola vez al día como Atripla.

6. Hacer más ARN

Una vez que el VIH ha insertado su ADN dentro del ADN de la célula, éste toma el control de las funciones de la célula. La célula CD4 ya no es una célula que combate infecciones, se convierte en una fábrica que hace más VIH. Pero hay otro hecho importante para las personas que viven con VIH: El virus usualmente debe de esperar hasta que la célula CD4 se “active” antes de que empiece a hacer más VIH. ¿Y qué es lo que activa a la célula CD4? Una infección. Así que el evitar infecciones y tratar las infecciones rápidamente puede prevenir aumentos en la cantidad de virus en el

El proceso que usa el VIH para ingresar a la célula puede compararse a abrir una puerta con cerrojo. La primera parte es agarrarse de la perilla de la puerta. El VIH hace esto agarrándose del receptor CD4 de la célula con una de las espigas en su superficie.

cuerpo. Las personas que viven con VIH no deben dejar que los síntomas como las fiebres, diarreas, o sarpullidos vayan sin tratar por días. Llame a su médico rápidamente e inicie tratamiento lo antes posible para mantener los niveles de VIH bajos.

Cuando la célula CD4 se activa, el ADN del VIH que ha sido insertado dentro de la célula ahora lo instruye para que haga tiras largas de ARN del VIH, en cantidad suficiente para hacer copias múltiples del VIH. Cada una de esas tiras debe ser cortada en una longitud exacta para cada copia nueva de VIH. Para lograr esto, el virus utiliza otra enzima conocida como proteasa.

La proteasa fue una de las primeras enzimas que se logró obtener una imagen computarizada tri-dimensional. En vez de sólo saber que sustancias químicas componen la proteasa, los científicos pudieron ver la forma exacta de la proteína. Hicieron también un importante descubrimiento. La proteasa tiene la forma de una rosquilla, con un agujero en el medio. Usando este agujero, la enzima se mueve a través de la tira de ARN y corta un pedazo de ARN de un tamaño exacto para cada nueva copia de VIH.

Inhibidores de la Proteasa

Cuando descubrieron como funcionaba la proteasa, los científicos lograron crear el primer “medicamento diseñado” para el VIH. Los inhibidores de la proteasa son diseñados para calzar directamente el agujero de la rosquilla de la proteasa, previniendo que corte las tiras en tamaños exactos. Mientras que el VIH

nuevo puede aún ser producido, es defectuoso e incapaz de infectar otras células.

Hasta el momento nueve inhibidores de proteasa han sido aprobados:

Aptivus (TPV)
Crixivan (IDV)
Invirase (SQV)
Kaletra (LPV/RTV)
Lexiva (FPV)
Norvir (RTV)
Prezista (DRV)
Reyataz (ATV)
Viracept (NFV)

Crixivan y Viracept no son usados frecuentemente por las preocupaciones sobre la dosificación y sus efectos secundarios, y Norvir es raramente usado en dosis completas. Pero se usa comúnmente para aumentar la cantidad de otros inhibidores de proteasa en el cuerpo.

Aptivus y Prezista son aprobadas únicamente como tratamientos de segunda línea para aquellos que se hayan hechos resistentes a otros medicamentos anti-VIH.

7. Empaquetado y Maduración

Una vez que el VIH es capaz de empaquetar todas las piezas que necesita para nuevas copias de VIH, brota de la pared celular cortándolo de su propia cubierta. Cada célula CD4 infectada hace cientos de copias de VIH antes de morir de la infección.

Los medicamentos que previenen los brotes o yemas están siendo estudiados en pruebas clínicas, pero ninguno ha sido aprobado hasta este momento.

¿CON QUÉ EMPEZAR?

Esta es la decisión de que casi todas las personas con VIH tendrán que tomar en algún momento, ya que cerca del 99% de personas con VIH eventualmente necesitarán medicamentos para controlar el virus. Pero puede que pasen muchos años antes de que una persona pueda necesitar medicamentos para controlar el virus, es importante aprender sobre los medicamentos antes de tener que tomar esa decisión con su médico acerca de los medicamentos iniciales.

Existen pautas en los EE.UU. sobre los medicamentos con los cuales iniciar tratamiento, creado por un panel de investigadores médicos y consumidores. Sabemos por investigaciones de largo plazo, que usualmente se necesita tres medicamentos para controlar el VIH por un tiempo prolongado. El usar menos de tres usualmente permite que el VIH mute y se haga resistente a los medicamentos.

Las pautas actuales recomiendan

empezar con dos nukes, acompañado de ya sea un no-nuke o un inhibidor de la proteasa. La combinación de nukes preferida son Epzicom y Truvada. (Ahora se le considera al Combivir como un medicamento de elección alternativo).

Estos deben ser tomados ya sea con un no-nuke o un inhibidor de proteasa. El no-nuke preferido es Sustiva (Viramune es un medicamento de elección alternativo), y los inhibidores de la proteasa preferidos son Lexiva, Kaletra o Reyataz (todos ingeridos con Norvir para aumentar sus niveles en la sangre). (El Invirase con Norvir se les considera como medicamentos de elección alternativos).

Existe una variedad de combinaciones que son posibles basados en su situación particular. Por ejemplo, las personas con daño a los riñones no pueden tomar Truvada, Viread, o Atripla. Así, que las personas con VIH necesitan trabajar con sus médicos para decidir el primer régimen que más le convengan.

CUANDO CAMBIAR

Si se usan correctamente, estas combinaciones pueden disminuir la cantidad del VIH en el cuerpo en un 99%. Esto se confirma con una prueba de carga viral al mes siguiente de haber iniciado el tratamiento. Si la prueba muestra que los niveles de VIH no han disminuido significativamente, usualmente implica que se deberían probar otros medicamentos. El objetivo es tratar de que el nivel del VIH caiga por debajo de las 50 copias por mm³ (un milímetro cúbico – unas pocas gotas de sangre). A esto se le llama una carga viral “indetectable”, si esto se puede mantener, los medicamentos puede que funcionen por muchos años.

Si un régimen funciona al principio, pero después deja de trabajar, se debe usualmente a niveles bajos del medicamento en la sangre. Esto es causado a veces por una cantidad insuficiente de droga absorbida en el cuerpo, pero la causa más común son las dosis perdidas. El perder unas cuantas, tan pocas como tres o cuatro en un mes, puede que cause que el VIH mute y cause resistencia. Si una persona tiene una carga viral indetectable, pero después ve que aumenta y se mantiene aumentado, generalmente significa que ha ocurrido resistencia y es el momento de empezar un nuevo régimen.

A QUE CAMBIAR

Existe ahora una amplitud de medicamentos aprobados para personas que se han hecho resistentes a los medicamentos del VIH, incluyendo Aptivus, Fuzeon, Intelence, Isentress, Prezista, y Selzentry. (Los medi-

camentos más antiguos también se pueden usar si es que no se ha desarrollado resistencia a ellos) Una prueba de resistencia puede proveer de información sobre los medicamentos ya no le funcionarán, y le ayudará a su médico elegir un nuevo régimen.

Muchas personas han llegado a su segundo y tercer régimen con éxito. La recomendación general es de cambiar la mayor cantidad de medicamentos posibles, preferentemente los tres. Si sólo una droga se cambia y el VIH es resistente a los otros dos medicamentos, la resistencia al nuevo medicamento puede ocurrir dentro de unos cuantos meses.

EL MANTENERSE SALUDABLE POR MUCHO TIEMPO

La mejor opción es lograr que su primer régimen funcione. El prepararse para iniciar medicamentos anti-VIH, significa pensar en la manera de evitar perder las dosis, a esto se le conoce como adherencia. Muchos consejos de adherencia están disponibles y pueden

Puede que pasen años antes de que una persona necesite medicinas para controlar el virus, es importante informarse sobre los tratamientos antes de hablar con su médico y decidir con cuales empezar.

darle docenas de maneras para ayudar de que las personas tomen sus medicamentos de VIH apropiadamente. El hablar con ellos antes de iniciar su tratamiento es la mejor manera de lograr éxito.

Finalmente, el mantenerse saludable con VIH no sólo se trata de tomarse sus pastillas. La dieta, el ejercicio, la reducción del estrés, etc, toman un rol importante en apoyar su sistema inmunológico en combatir al VIH. El usar todas las herramientas disponibles no solamente retrasará su necesidad por los medicamentos anti-VIH, también ayudarán a su cuerpo a mantenerse saludable una vez de que los inicie. ■

Mark Milano es Educador de Salud y VIH en ACRIA.

por Evelyn González-Figueroa, PhD, MPH

En muchas partes del mundo, los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) siguen siendo el grupo más afectado por el VIH. En el año 2000, cerca de un 25% de HSH en Latino América fueron VIH positivos, hasta un 30% en el Caribe, cerca de un 10% (y subiendo) en Asia, y cerca de un 7% en Europa del Este. Igualmente, hay muy pocos datos sobre el número de HSH en Africa, sólo sabemos que en muchas ciudades de Africa, del 20 al 40% de HSH son VIH positivos (comparados con la tasa de la población general de un 0.2 al 6%).

Para considerar el VIH dentro la población de HSH, debemos además confrontar el estigma, la discriminación, la pobreza, la violación de los derechos humanos y la homofobia – que son asuntos comúnmente vistos como la base de las causas de esta epidemia. Algunos países enfrentan problemas únicos, como las profundas tensiones entre la iglesia y el estado, las leyes antisodomitas, y las tensiones políticas y económicas, como además los sistemas de salud débiles y la falta de datos sobre la epidemia. Aún más, mientras este artículo resalta muchos de los asuntos que enfrentan los países en desarrollo, es importante hacer notar que la prevención sigue siendo un desafío, aún para algunos países desarrollados.

El Estigma, la Discriminación y los Abusos de los Derechos Humanos

Aún durante el 2008, los hombres gay han sufrido arrestos en 85 países alrededor del mundo, cuando decidieron ser abiertos sobre su orientación sexual. En algunos países Latino-Americanos y Caribeños, la ley prohíbe “actos de indecencia grave” (lo cual puede estar representado por cualquier tipo de intimidación física) entre hombres, en público o privado. Las penalidades por la expresión de afecto entre personas del mismo sexo, puede incluir la cárcel. En países de Centro América, existe un extenso acoso por parte de la policía y los proveedores de salud. Los hombres gay, los HSH y las personas transgénero son además perseguidos en la India, China y Egipto.

En muchas partes de Africa, las leyes no necesitan “interpretarse” para ser usadas en contra de aquellos que practican conductas sexuales con personas del mismo sexo. Dos tercios de los países Africanos, prohíben el sexo de hombre con hombre. Los castigos varían desde la prisión (cinco años en Camerún, Senegal, y Ghana, y de por vida en Uganda), hasta la pena de muerte

La Prevención Global para HSH

En muchas partes del mundo, los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) siguen siendo el grupo más afectado por el VIH. En el año 2000, cerca de un 25% de HSH en Latino América fueron VIH positivos, hasta un 30% en el Caribe, cerca de un 10% (y subiendo) en Asia, y cerca de un 7% en Europa del Este. Igualmente, hay muy pocos datos sobre el número de HSH en Africa, sólo sabemos que en muchas ciudades de Africa, del 20 al 40% de HSH son VIH positivos (comparados con la tasa de la población general de un 0.2 al 6%).

(Mauritania, Sudán, y algunas partes de Nigeria). Además de estos desafíos legales, los esfuerzos de prevención del VIH no son efectivos al buscar HSH, lo que afecta a ambos, los hombres y las mujeres. Los esfuerzos limitados de investigación en Kenya y Ghana, han mostrado que los HSH en Africa no se consideran a sí mismos en riesgo para el VIH, pues todos los mensajes de prevención se han enfocado en las parejas heterosexuales. Muchos HSH que han tenido que ocultar su identidad verdadera, también tienen sexo con mujeres, añadiendo en este riesgo además a la población de mujeres.

Aún en países en donde la homosexualidad no es ilegal, la homofobia puede ser extremadamente dañina. Las manifestaciones del orgullo gay han sido atacadas en Polonia. En Moldavia, en donde las marchas por los derechos gay han sido prohibidas en los últimos tres años, el primer ministro ha relacionado la homosexualidad con enfermedad. En Mayo del 2007, una marcha pacífica del orgullo gay en Moscú, fue desbaratada después de que protestantes nacionalistas

y religiosos atacaron a los que marchaban con ayuda de la policía. Los líderes políticos en Polonia, Latvia, y en todas partes, se han manifestado abiertamente en contra de los hombres gay y de sus derechos, acusándolos de ser una mera “importación”, extranjera a los valores locales.

Los HSH y el VIH

Por esto, los hombres gay y HSH alrededor del mundo, han sido forzados a permanecer en silencio, invisibles y escondidos. Los activistas están experimentando un agotamiento debido a la falta de acción gubernamental en proteger sus derechos, y están permaneciendo cada vez más en la clandestinidad. Para la comunidad de la prevención del VIH, esto señala la necesidad de ser más creativos en los esfuerzos para contrarrestar estas prácticas tan severas.

Muchos países sólo recientemente han considerado la seriedad del VIH y el establecer metas para detener su propagación. Los esfuerzos globales se han expandido para involucrar organizaciones de varios sectores, pero los

fondos deben ser aumentados, y es necesario un balance en la prevención y en los programas de tratamiento. Actualmente, se está evaluando el progreso de algunas metas:

“...detener la propagación del VIH/SIDA y comenzar a revertir sus índices para el 2015.”

Metas de Desarrollo para el Tercer Milenio (Naciones Unidas, 2000)

“Proveer a tres millones de personas que viven con VIH/SIDA en 50 países con ingresos bajos y medios, de tratamientos antiretrovirales que prolonguen sus vidas, a fines del 2005.”

La Organización Mundial de la Salud y UNAIDS (Iniciativa 3 x 5, 2003)

“Desarrollar e implementar un paquete para prevención del VIH, el tratamiento y los cuidados con el objeto de acercarse lo mas posible a la meta del acceso universal a tratamientos en el 2010 para todos aquellos que lo necesiten.”

Cumbre Mundial de las Naciones Unidas y el G8, 2005

A pesar de estas nobles metas, la prevención, cuidados e investigación relacionados con los hombres gay y los HSH, necesitan de

Aún durante el 2008, los hombres gay han sufrido arrestos en 85 países alrededor del mundo, cuando decidieron ser abiertos sobre su orientación sexual.

mejoras significativas alrededor del mundo.

Una Examinación del Financiamiento

Los compromisos para luchar en contra del VIH han variado extensamente entre los países, y las promesas no garantizan financiamiento. Esto es cierto especialmente para países que se están recuperando de guerras civiles, o que tienen sistemas inadecuados de provisión de cuidados médicos, prevención del VIH e investigación. Ciertos criterios establecidos por el Banco Mundial, que son requeridos para poder recibir fondos, incluyen la existencia de un consejo nacional del SIDA, el desarrollo de una aproximación estratégica al VIH/SIDA, procedimientos para el manejo financiero, y un compromiso de transferir los fondos a

organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias.

La Asistencia Internacional para el SIDA, se ofrece mayormente para el tratamiento del VIH, a menudo dejando a la prevención sin recursos. Pero los fondos han sido distribuidos más rápido desde el 2005 gracias a la intervención de EE.UU. El Plan de Emergencia de Auxilio del SIDA, del Presidente de EE.UU. (PEPFAR), ha contribuido con el 70% de los fondos otorgados por los donantes más importantes (El Fondo Global para la lucha contra el VIH/SIDA, Malaria y Tuberculosis; PEPFAR; y el Banco Mundial). Aunque mayormente los fondos del PEPFAR están orientados para algunos países específicos, un segundo nivel de financiamiento está disponible para más de 100 otras naciones. Sin embargo, los líderes de muchos países no saben de este segundo nivel, de esta forma son incapaces de obtener estos fondos. PEPFAR está siendo reestructurado en el 2008 y los activistas, los líderes comunitarios y los políticos, están trabajando para asegurar que se proveerá de prevención y de cuidados para los HSH.

En general, las estrategias de prevención y tratamiento no están alcanzando a las personas como se planeó. De acuerdo al reporte más reciente de la Coalición Internacional de Preparación de Tratamiento, sólo un 28% de los 7.1 millones de personas que necesitan tratamiento para el VIH, están recibiendo en países en desarrollo.

El Foro Global de HSH y VIH

Entonces, ¿cómo es que los HSH alrededor del mundo pueden continuar con los esfuerzos de activismo para la prevención, el acceso a los cuidados médicos y el mejoramiento de las investigaciones? En la Conferencia Internacional del SIDA en Toronto, una red internacional de organizaciones del SIDA, grupos de HSH y otras agencias, formaron el Foro Global de HSH y VIH para tratar de responder esta pregunta. El Foro lucha por un mejoramiento de los programas de VIH para HSH alrededor del mundo. Sus objetivos son: incrementar la investigación que mejore el entendimiento de los asuntos que enfrentan los HSH y el VIH, asegurar compromisos a largo plazo para poder financiar programas para HSH con donaciones públicas y privadas, crear oportunidades para nuevas redes de contacto para intercambiar experiencias e ideas, y promover la colaboración entre países y regiones. El Foro Global de HSH y VIH también promueve los derechos humanos concernientes a los HSH, discutiendo los asuntos que afectan a los HSH en las reuniones internacionales y

En general, las estrategias de prevención y tratamiento no están alcanzando a las personas como se planeó...sólo un 28% de los 7.1 millones de personas que necesitan tratamiento para el VIH, están recibiendo en países en desarrollo.

promoviendo la participación de los HSH.

El Foro Global de HSH y VIH está planeando un evento en Agosto 1-2, 2008, justo antes de la Conferencia Internacional del SIDA en Ciudad de México, titulada: Los Hombres Invisibles: Hombres Gay y HSH en la Epidemia Global del VIH/SIDA. Los objetivos de este evento son compartir información para desarrollar estrategias para expandir las investigaciones y los recursos para la prevención del VIH, su tratamiento, y los cuidados médicos para HSH, acoger el activismo que combate las leyes y políticas discriminatorias. El Proyecto SIDA de Los Angeles (APLA) es la Secretaria para el Foro Global de HSH y VIH. Ellos manejan todas las comunicaciones y trabajan de cerca con los directores del comité ejecutivo y de planeación, como también otros comités de asistencia en todos los procesos.

Finalmente, APLA recientemente colaboró con la Coalición de Organizaciones Gay en Centro América para publicar No Más en el Tintero: Hombres Gay: Nuestras Vidas y el VIH en Centro América y el Caribe. APLA está también preparando un análisis de los asuntos en China. Estas colaboraciones cosecharán el apoyo para las iniciativas para reducir el estigma, crear programas e incrementar la conciencia de los asuntos que afectan a los HSH.

Para más información acerca del Foro Global de HSH y VIH, visite: msmandhiv.org.

Para información sobre el Programa Internacional de APLA, visite: apla.org/programs/india.html. ■

Evelyn González-Figueroa es la Directora Asociada de los Programas Internacionales en el Proyecto SIDA de Los Angeles.

La Batalla para Lograr el Acceso Global a los Tratamientos

Hay 33 millones de personas que viven con el VIH a nivel mundial, pero en el 2008 sólo 3 millones de los 12 millones de personas que necesitan tratamiento, tienen acceso a él. La severidad del problema se pierde en la matemática, y como en todas las luchas por justicia social, en la distancia entre “nosotros” y “ellos.”

por Jennifer Flynn

A principios de los años 90's, era difícil sorprender a los activistas de organizaciones como ACT UP. Nada parecía tan extraño como para no poder creer. El SIDA podría significar el fin de la civilización tal y como la conocemos, o podría eliminar una generación entera de homosexuales, consumidores de drogas intravenosas, y Estadounidenses pobres (predominantemente Afro-Americanos). Algunos incluso sentían que el gobierno intencionalmente desencadenó a este asesino para lidiar con una variedad de “problemas” sociales, como los homosexuales, los pobres, y los Afro-Americanos.

Pero muchos de estos mismos activistas se sorprendieron verdaderamente de lo amplio de la pandemia global del SIDA. Los números por sí mismos son tan grandes que pueden ser difíciles de comprender. Hay 33 millones de personas que viven con el VIH a nivel mundial, pero en el 2008 sólo 3 millones de los 12 millones de personas que necesitan tratamiento, tienen acceso a él. La severidad del problema se pierde en la matemática, y como en todas las luchas por justicia social, en la distancia entre “nosotros” y “ellos.”

Pero no deberíamos sorprendernos, porque la historia de la pandemia es la misma historia que hemos escuchado antes: las personas más vulnerables en el mundo son las más afectadas. En 1999, muchas personas que estaban combatiendo el SIDA tenían poca idea sobre su extensión y de los factores que lo impulsaban. Fue encomendado a unos cuantos expertos de comercios y patentes, como Rob Weisman de Acción Esencial; y Jamie Love del Proyecto del Consumidor en Tecnología de Ralph Nader, compartir la noción de que millones de personas alrededor del mundo no podían tener acceso a medicamentos simplemente porque la industria farmacéutica insistía en que los EE.UU. estableciera la prioridad de los derechos de las patentes por sobre el acceso a los medicamentos.

Sud Africa Toma el Primer Paso

Porque el SIDA fue una crisis nacional de la salud en Sud Africa, su gobierno pasó la Ley del Control de Medicamentos y Sustancias Relacionadas, que permitía importar versiones genéricas más baratas de otros países. Esto era legal bajo los acuerdos de la Organización de Comercio Mundial, pero los EE.UU. retaron el Acuerdo y 39 compañías de medicamentos enjuiciaron a Sud Africa para prevenir que los medicamentos fueran importados.



Rob y Jamie le dijeron a los activistas de SIDA que el Vice presidente Al Gore, quien fue parte de la Comisión Binacional de EE.UU-Sud Africa, tenía relaciones cercanas (como muchos políticos) con la industria farmacéutica. Eso es todo lo que necesitaban saber un grupo de activistas de ACT UP Filadelfia, ACT UP Nueva York y Fed Up Queers. Al Gore no era simplemente el vicepresidente – estaba a unas semanas de anunciar su candidatura a la Presidencia de los EE.UU. Así que los activistas planearon una serie de acciones directas cuidadosamente planeadas, interrumpiendo los primeros tres anuncios de candidatura para la Presidencia: en Carthage, Tennessee; Manchester, Nueva Hampshire y la Ciudad de Nueva York. Con unas pocas pancartas que decían: “Medicamentos para el SIDA en Africa,” un movimiento había nacido.

Las demandas de los activistas pronto se convirtieron en una noticia internacional en los siguientes tres meses, EE.UU. cambió su posición y anunció que “...los dos gobiernos habían identificado elementos comunes con la implementación del Acuerdo de Medicamentos de Sud Africa.” Esto luego se expandió incluyendo a toda la región del Sub Sahara en Africa cuando el Presidente Clinton dio una Orden Ejecutiva estableciendo que “los EE.UU. de aquí en adelante implementará su política de cuidados de salud y comercio, de una manera en que asegure que las personas en los países más pobres puedan tener acceso a los medicamentos que con tanta desesperación necesitan.”

Durban: Comienzo del Cambio

Al siguiente año, la Conferencia Internacional del SIDA se llevó a cabo en Durban, Sud Africa. De acuerdo a Amanda Lugg del Comité de Servicios Africanos, “Durban reveló la realidad de la crisis internacional del SIDA.” En ese momento, los reporteros, políticos, y sobretodo los activistas, entendieron la complejidad de la política de comercio global y la forma en la cual la complacencia del gobierno de los EE.UU. alimentaba esta injusticia.

Poco tiempo después de la conferencia de Durban, las Naciones Unidas había establecido la ‘Iniciativa de Acceso Acelerado’ que era una colaboración entre varias agencias de las Naciones Unidas y varias corporaciones de las grandes farmacéuticas. Los países acordaron no importar medicamentos genéricos más baratos y serían premiados con una rebaja de precios de los fabricantes. Mientras que esto lograría hacer accesibles algunos medicamentos, también logró mantener el control de la industria farmacéutica para imponer su precio y continuar limitando el acceso a medicamentos que salvan vidas.



Uno de los más grandes pasos en aumentar el acceso a tratamientos fue el crear el Fondo Global para Combatir el SIDA, Tuberculosis y Malaria – un “fondo específico” para el tratamiento.

En respuesta, en gran parte, a la presión de los activistas, el SIDA fue discutido por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en enero del año 2000. Esta fue la primera vez que una enfermedad fue presentada como una amenaza a la seguridad del mundo. En el 2001, las Naciones Unidas llevó a cabo la Sesión Especial de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA. En el foro, se finalizó la “Declaración de Compromiso al VIH/SIDA.” Este documento estableció los objetivos y compromisos para proveer de tratamiento a las personas viviendo con VIH en cada país miembro de las Naciones Unidas. Los países tenían objetivos que cumplir, incluyendo el terminar con la discriminación en contra de las personas que viven con VIH y aumentar dramáticamente el acceso al tratamiento. El objetivo final era proveer tratamientos al 85% de personas que la necesitaban.

El Fondo Global

Uno de los más grandes pasos en aumentar el acceso a tratamientos fue el crear el Fondo Global para Combatir el SIDA, Tuberculosis y Malaria – un “fondo específico” para el tratamiento. Los activistas de alrededor del mundo lograron que los invitaran (o irrumpieron) a la primera reunión del Fondo y presionaron para que se forme un Fondo justo y responsable. Con grupos como Health GAP (Global Access Project o Proyecto de Acceso Global) presionando por fuera y el Consejo Internacional de Organizaciones de Servicios para el SIDA, los activistas pu-

dieron empapar a los participantes con ideas para provisión de fondos, llamados para que los sistemas de distribución sean liderados por las mismas comunidades y la necesidad de que personas que viven con VIH, se sentaran en la Junta de Directores del Fondo Global. Pero EE.UU., quien hizo la primera contribución al Fondo, desafortunadamente se comprometió a un nivel bajo, con sólo \$200 millones. Como se esperaba, las otras naciones siguieron el liderazgo de los EE.UU. y contribuyeron con cantidades menores.

PEPFAR

Hacia el 2003, con un Republicano en la Casa Blanca, había pocas esperanzas que existiera un compromiso real para combatir el VIH, aún así el Presidente Bush usó el discurso del Estado de la Unión para anunciar “la oportunidad para salvar millones de vidas de una terrible enfermedad.” El creó el Plan de Ayuda de Emergencia del Presidente (PEPFAR, por sus siglas en Inglés). Este plan proveía de \$15 billones durante más de cinco años para combatir el VIH en los países más pobres – el compromiso más grande de cualquier país. El Congreso autorizó el apoyo para ofrecer tratamientos para dos millones de personas con VIH en 15 “países de enfoque” para cumplirse el 2008 y para prevenir siete millones de infecciones. De hecho, este año el Congreso aprobó usar cerca de \$6 billones en programas globales de SIDA, \$600 millones más de lo que el Presidente había pedido inicialmente.

continúa en la página siguiente

Las Batallas Actuales

Estamos en el 2008. El Fondo Global está decidiendo como distribuir su octava rueda de distribución de fondos y PEPFAR está a la espera de renovarse. El día 30 de Mayo, 2007, en una pronunciación en el Rose Garden, el Presidente Bush recortó dramáticamente su propio programa al proponer “duplicar los fondos” de PEPFAR a \$30 billones por un periodo de 5 años – \$6 billones por año. Pero los EE.UU. ya habían planeado usar cerca de \$6 billones en el 2008, así que lo que el presidente anunció no era duplicar los fondos, sino una provisión de fondos fijos de un programa que debería estar encaminado a acelerar el acceso universal.

Este retroceso de PEPFAR II se hizo más aparente en la cantidad de personas a las que se iba a dirigir. En los primeros cinco años de

PEPFAR, EE.UU. intentó alcanzar a 2 millones de personas. Pero al final del segundo periodo de cinco años (2013), el Presidente Bush propuso tratar a 2.5 millones de personas, o medio millón adicional durante los siguientes cinco años. Debido a que los EE.UU. controlan una tercera parte de la economía mundial, los activistas sienten que también deberían financiar un tercio de la respuesta a la crisis global del SIDA, o \$59 billones en los siguientes cinco años.

Si nos comprometemos al objetivo de las Naciones Unidas de proveer de tratamiento al 85% de quienes lo necesitan, 19.2 millones de personas estarían recibiendo tratamiento al final del 2013. Pero de acuerdo a Bush, habrían 7.5 millones de personas recibiendo tratamiento para esa fecha. Cuando se restan 7.5 millones de 19.2 millones, quedan 11.7 millones de personas adicionales que morirán por la falta de tratamientos.

De acuerdo a Brook Baker de Health

GAP, “La pandemia del SIDA continuará hasta matar a un nivel alarmante – 3 millones de personas necesitan tratamientos nuevos cada año. Aunque nuevas infecciones están disminuyendo, los huérfanos y los niños vulnerables continúan abrumando los sistemas de apoyo social. Los sistemas de salud débiles son empujados hasta el punto de quebrarse. En este ambiente, los objetivos de tratamiento, prevención y cuidados de PEPFAR II del Presidente Bush disminuyen dramáticamente – lo único que se duplican son las muertes.”

'08 Stop AIDS (Detener el SIDA '08)

Dada esta información, Health GAP se unió a otros grupos políticos de SIDA tales como Housing Works, Alianza Global del SIDA, Results y la Campaña Global Estudiantil del SIDA para crear la Campaña Detener el SIDA '08. Los activistas utilizaron la táctica de confrontamiento (birddogging) en cada parada de la campaña Presidencial para obtener compromisos reales de los candidatos y darle dirección al debate público. Birddogging es una táctica que permite a los activistas confrontar directamente a los elementos claves que toman las decisiones, como los candidatos presidenciales. Más de 400 estudiantes, líderes religiosos, y personas viviendo con VIH fueron adiestrados para presentarse y hacer preguntas detalladas sobre el compromiso de los EE.UU. para combatir el SIDA a nivel mundial.

En los meses previos al primer debate Presidencial Democrático, los activistas de SIDA urgieron a cada candidato a comprometerse a proveer de fondos a PEPFAR II en la cantidad que verdaderamente se necesita para revertir la pandemia del SIDA: \$50 billones. Adicionalmente, ACT UP Filadelfia organizó una de las demostraciones más fotogénicas que se haya visto en los últimos años, usando antorchas llamativas y luces de emergencia rojas para exponer su punto. Para cuando llegó el debate, cada candidato Democrático había sucumbido ante la presión de la amenaza de demostraciones, y se comprometieron a los \$50 billones. El debate público se había cambiado y el compromiso del presidente de \$30 billones se hizo obsoleto y ampliamente aceptado de ser demasiado bajo.

Sin embargo, la batalla para asegurar que PEPFAR II sea efectiva aún se sigue librando. Los Comités de Asuntos Extranjeros de la Casa de Representantes y del Senado, autorizaron \$50 billones para PEPFAR II. Pero añadiendo la tuberculosis y la malaria, y una lista detallada de actividades salvavidas, la propuesta ahora tiene que ser financiada por una cantidad de \$59 billones.



Los servicios de planificación familiar necesitan ser parte de un plan comprehensivo para acabar con la pandemia del SIDA. Al aumentar el acceso a los contraceptivos y reducir los embarazos no deseados, no solamente se avanza en la salud de la mujer, sino también se reduce el número de niños que nacen con el VIH.

La Regla de Silenciamiento Global

Justo antes de que el Comité de Asuntos Extranjeros de la Casa de Representantes marcara la propuesta de PEPFAR II, el miembro del Congreso Tom Lantos, un héroe para la comunidad global del SIDA, falleció. Inmediatamente después de su muerte, el nuevo director del Comité, el miembro del Congreso Berman, se reunió con las personas comprometidas con el Presidente y crearon una propuesta de compromiso. Meses de trabajo en la propuesta, que hubiera creado un proyecto de ley comprehensivo y efectivo para combatir el SIDA, la tuberculosis y la malaria, se fue como arena entre los dedos por compromisos que se hicieron detrás de puertas cerradas.

Una de las últimas adiciones era confusa e incluía un lenguaje peligroso sobre programas de planificación familiar. La nueva propuesta sugería que sólo los programas de planificación familiar que están de acuerdo con la “Regla de Silenciamiento Global” serán elegibles para recibir fondos para proveer educación de VIH, consejería y pruebas de VIH. (La Regla de Silenciamiento evita que las organizaciones que reciben fondos de los EE.UU. puedan recibir fondos para ofrecer abortos o de hacer referidos para abortos.) Los activistas sobre el SIDA les han dicho en repetidas veces a los legisladores que la Regla de Silenciamiento debe ser anulada. Los servicios de planificación familiar necesitan ser parte de un plan comprehensivo para acabar con la pandemia del SIDA. Al aumentar el acceso a los contraceptivos y reducir los embarazos no deseados, no solamente se avanza en la salud de la mujer, sino también se reduce el número de niños que nacen con el VIH.

Trabajadores de Cuidados de Salud

Los activistas también están luchando para fortalecer los sistemas de salud en los países en vías de desarrollo. Durante el principio del activismo global del SIDA, la industria farmacéutica y los políticos obstructores les gustaba señalar que los cuidados de salud no existían en muchos países alrededor del mundo. Mientras que ellos indicaban que sería imposible proveer de medicamentos de salvamento en esos países, los activistas respondieron diciendo que debemos arreglar este problema. De esa manera se formó la campaña para los trabajadores de la salud.

El SIDA está teniendo mayores estragos sobre la fuerza de trabajo entre los trabajadores de salud, por enfermedad y muerte de los mismos trabajadores de salud y el enorme estrés que el SIDA está causando sobre los sistemas de salud. Sumado



La única verdadera barrera para mantener los regímenes de medicamentos de VIH, es el número de médicos, enfermeras, y otros trabajadores de salud necesarios en los países en desarrollo para que los distribuyan.

a esto, los EE.UU. y otros países occidentales han hecho costumbre llevarse a las mejores y más brillantes profesionales de otros países y traerlos para que traten a nuestros enfermos. ¿Qué tan rápido se están yendo los trabajadores de salud? En el 2001, sólo 360 de los 1200 médicos preparados en Zimbabue durante los 90s permanecieron en el país. En el 2002, más de 300 enfermeras preparadas en Africa se mudaron al Reino Unido. Etiopía esta perdiendo el 9.6% de sus médicos públicos cada año, principalmente los que emigran a otros países y aquellos que cambian al sector privado.

Sabemos que se requieren fondos para apoyar a 140,000 nuevos médicos y enfermeras. Los EE.UU. necesitan contribuir con una parte justa del financiamiento para estos trabajadores, y también asegurar que no trate de atraer trabajadores de salud de países en vías de desarrollo. Debe apoyar la preparación y retención de trabajadores de salud para que permanezcan en sus países. Y la campaña para obtener más financiamiento para los trabajadores de salud va más allá del asunto del SIDA. El financiamiento fortalecerá los sistemas de salud a través de todo el mundo y proveerá de profesionales médicos para tratar la malaria y la tuberculosis y avanzar la salud materno-infantil.

La versión del senado de PEPFAR II sólo menciona 140,000 nuevos “profesionales y semi-profesionales de cuidados de la salud.” El uso de un lenguaje poco claro en la versión del senado no fue hecho por equivocación. Daría cabida para que los EE.UU. se enfocaran en preparar trabajadores comunitarios de salud que son pobremente asalariados y no los trabajadores con mayor preparación

como los médicos, enfermeras y farmacéuticos necesarios para que los EE.UU provean su justa tercera parte. Por su puesto que los trabajadores comunitarios son necesarios para llevar tratamientos y cuidados a las zonas rurales, pero esos esfuerzos locales sólo pueden tener éxito en conjunto con una fuerte preparación, supervisión y sistemas de referidos. Si no tenemos seriedad sobre la manera de fortalecer las infraestructuras de salud a través del mundo ahora, la crisis únicamente empeorará.

Tan sólo diez años atrás, pensábamos que el acceso universal al tratamiento del VIH era una utopía, pero ahora es una posibilidad real. La única verdadera barrera para mantener los regímenes de medicamentos de VIH, es el número de médicos, enfermeras, y otros trabajadores de salud necesarios en los países en desarrollo para que los distribuyan.

Conclusión

No debemos sorprendernos por estas nuevas batallas a muerte en la lucha por la reautorización de PEPFAR. Es la misma historia: los planificadores de familia son relegados por la noción de que todos los que participan de este trabajo que salva vidas se les catalogue como proveedores de abortos. El financiamiento es dado sólo a una fracción de aquellos que lo necesitan. Las mujeres, niñas, y las trabajadoras sexuales son eliminadas porque “ellos” piensan que lo pueden hacer. Consideremos el siguiente par de meses y mostrarles que no pueden. ■

Jennifer Flynn es Directora de Health GAP (Proyecto de Acceso Global).

Luchando por el Tratamiento en Tailandia

Hace algunos años, en 1995, estaba sentado en la oficina de mi doctor esperando por mis resultados de laboratorio. El doctor entró a la sala y me dijo: ¿Cuál de las siguientes enfermedades crees que tienes, sífilis, herpes, hepatitis o VIH?, como si estuviéramos en un concurso de televisión. Herpes, le contesté. “¡No!, me dijo, tienes el VIH.”

por Kamon Uppakaew

No sentí nada. No tenía la más mínima idea acerca del VIH y ni idea sobre como esto me afectaría. Tenía solo 19 años de edad y mientras bajaba a la recepción del Hospital para contarle a mi papá, me estresaba más y más a cada paso; todos los mensajes flotando alrededor de nuestra sociedad en esa época, como “SIDA= muerte” y todo lo horroroso del SIDA, comenzó al surgir en mi cabeza.

Había una posibilidad de trabajo para mí en Taiwán, pero había que pasar una prueba de sangre para poder trabajar en el extranjero. Les dije a mi padre y a mi familia que no podría tomar aquel trabajo, aún habiendo pasado todas las otras pruebas. Mi padre permaneció en silencio. Mi familia generalmente me apoyaba, pero al igual que yo, tenían muy poca información. Pensé en suicidarme en los momentos en que me encontraba sólo, cuando mis padres se encontraban en el campo, pero mi amor por ellos y mi crianza, me previnieron en hacerlo.

Cuando fui por otra prueba confirmatoria del VIH, me presentaron a un grupo de personas que vivían con el VIH en mi hospital de Khon Kaen, me hizo bien ver a otras personas en una situación similar. En ese tiempo no había medicinas disponibles, así es que hablábamos mayormente sobre alimentación y sobre cuales hierbas solíamos consumir. Algunos de nosotros probamos la dieta macrobiótica: nueces, brotes, arroz rojo, calabazas, y solía hervir un hongo especial que mis abuelos me recomendaron. Si teníamos fiebre, tomábamos Tylenol. Dentro del grupo, alguien comentó sobre un tipo que repentinamente sufrió un dolor de cabeza y murió – no sabíamos en ese entonces que probablemente era una meningitis por cryptococos. Ni siquiera sabíamos acerca del Bactrim genérico

para prevenir la neumonía, la cual costaba sólo un baht (tres centavos) al día.

Nuestro grupo se llamaba “Grupo de Amigos Khon Kaen” y fue como me inicié con el trabajo en el campo del SIDA. Mayormente éramos como uno grupo de amigos, nos visitábamos a nuestras casas y nos sentábamos a conversar. Muchos de los integrantes del grupo estaban alegres, pues no tenían con quien hablar; sus familias los habían aislado. Algunos habían sido forzados a vivir solos en la propiedad de la familia, pero fuera del hogar familiar. Fue bueno hacerles ver a los familiares que ellos podían tener amigos que los ayudaran a bañarse, estar con ellos y no excluirlos. En algunos casos, sus hijos regresaron a vivir con ellos.

Yo fui el único en mi área que comenzó a hablar abiertamente que era VIH –positivo. Estaba nervioso, pues en ese tiempo nadie hablaba de ello. Eso me molestaba. Las personas me preguntaban por que no me había ido a trabajar a Taiwán y cuando les decía la verdad, ¡no me creían!

Un amigo vino un día a nuestro grupo con unas píldoras enormes: AZT y ddl. No teníamos idea que eran. El las tomaba en la mañana y por la noche. Participaba en un estudio, pero el doctor no le dio mayor información acerca de estas medicinas. Estuvo bien por un tiempo, pero luego falleció. Al parecer desarrolló resistencia. Esas eran las únicas medicinas disponibles en ese tiempo y sólo para personas en estudios clínicos.

Tuve la suerte de ser invitado a una reunión en la Isla Samet, con un grupo del Club de amigos de los miércoles, de Bangkok, un grupo de apoyo de la Cruz Roja Tailandesa. Fue fenomenal el conocer a personas quienes no solo proveían un apoyo moral

Pues muchos de ellos decían que ni siquiera debíamos hablar sobre tratamiento del VIH, que era muy caro para Tailandia y que vivíamos en un mundo de fantasía.

(“gamlangjai”) – además tenían información sobre tratamientos que proveía un profesor de la Cruz Roja que dirigía estudios clínicos para ayudar a personas al acceso a medicinas. ¡Y todas ellas estaban bebiendo y fumando! Esto me sorprendió pues a mí me gustaba beber y fumar, pero en Khon Kaen teníamos vergüenza de estos hábitos considerados como malos. Pero tuve la oportunidad de ver que la gente de Bangkok hacían lo que querían, sin importarlo que otros pensarán. Además, ellos estaban realizando una verdadera movilización comunitaria.

Cuando regresé al noreste, comenzamos allí a formar grupos de apoyo. No teníamos teléfonos celulares, pero mis nuevos amigos de Bangkok podían llamar y mantenerse en contacto. Tenían que llamar al teléfono de la aldea y alguien corría a mi casa a avisarme de la llamada. Terminé por asistir a una reunión crucial en Ciang Mai, la cual llevé a la fundación de la Red Nacional de

Personas que Viven con VIH/SIDA, y fue allí que escuché a personas que vivían con el VIH hablar sobre informaciones de tratamientos, ser sexualmente activos siendo positivo, vivir en pareja, etc. En ese tiempo, tener una pareja sexual era un tema tabú para las personas con VIH.

De hecho, cuando decidí casarme, la organización que hospedaba a Khon Kan me dio un ultimátum: perder mi trabajo si me casaba, o seguir trabajando y obtener un aumento de sueldo. Ellos pensaban que las personas con VIH no podían casarse o tener hijos. Decidí casarme y luego volví a mi aldea. Pero luego se supo que había sido aceptada una propuesta de fondos, el cual yo había escrito, y me dijeron que la CDC no lo auspiciaría si yo no era parte del programa. Volví, pero insistí que aquel pequeño grupo de personas que me había apoyado, se independizara. Así, nos mudamos a nuestro propio espacio e hicimos un gran trabajo en ese tiempo. Comencé a oír de un tratamiento en otros países, llamado "TARGA." Pero nosotros nos estábamos muriendo

La organización Médicos Sin Fronteras (MSF), tenían presencia en Bangkok y fueron socios clave para nosotros.

Cuando estaba en la playa con mis amigos no pude seguir ocultando mi alergia, finalmente recibí el conteo de mis CD4, eran solo 66.

de tuberculosis, neumonía y crypto. Confrontamos las organizaciones de VIH acá, pues muchos de ellos decían que ni siquiera debíamos hablar sobre tratamiento del VIH, que era muy caro para Tailandia y que vivíamos en un mundo de fantasía. Pero teníamos que saber de que se trataba y por que no podíamos obtenerlo.

La organización Médicos Sin Fronteras (MSF), tenían presencia en Bangkok y fueron socios clave para nosotros. Nos ayudaron a crear un fondo para el activismo para los antiretrovirales para personas en nuestra red quienes realmente necesitaban tratamiento. Nos enfocamos en una campaña para obtener Bactrim genérico para cualquiera que lo necesitara, ya que era asequible. ¡Teníamos que presionar a nuestros doctores que nos lo dieran! No tenían el conocimiento para prescribirlo cuando se necesitaba.

continúa en la página siguiente



El Tratamiento en Tailandia continúa en la página anterior

Desafortunadamente yo no estaba encarando mis propios problemas de salud. Tenía una alergia en mis brazos y piernas, pero no le daba importancia. Solo usaba mangas largas todo el tiempo. Pensé que debía decidir entre morir o comenzar a cuidarme. Mantenía mi esperanza de que pudiera soñar que hubiese una cura para el VIH. Pero mi cuerpo estaba debilitándose. Cuando estaba en la playa con mis amigos no pude seguir ocultando mi alergia, finalmente recibí el conteo de mis CD4, eran solo 66.

Tuve la posibilidad de comenzar tratamiento a través del programa de acceso a cuidados del gobierno, el cual tenía medicinas para solo 1,600 personas y una vez que comenzabas con un régimen, solo podías acceder a ese y no otro. Aún si este fallaba o desarrollabas una alergia o lo que fuera, no

Si eras muy pobre, debías ser seleccionado por el encargado de la aldea donde vivías, quien podía comprar cuidados médicos por 500 baht. Pero esta opción se limitaba a cierto número de familias en el país.

podías cambiar de régimen. Simplemente tenías que pararlo. Pero ya que era parte de la red de las PVVS, pude obtener medicinas genéricas desde India (ilegalmente) y eso hice en vez de ocupar el valioso lugar de alguien que necesitara medicamentos del programa.

No quería comenzar realmente con el tratamiento del VIH pues significaba un cambio para el cual no estaba listo, incluyendo el tener que dejar de beber y fumar. Además, pensé que una vez que comenzara, sería por el resto de mi vida. Y si desarrollaba resistencia, habían muy pocas opciones disponibles (lo cual sigue siendo cierto hasta hoy).

Comencé a hacer la prueba con vitaminas, que era la manera de ver si podíamos ser adherentes. Luego comencé con nevirapina por dos semanas y finalmente añadieron 3TC y d4T. Pronto desarrollé neuropatía, pero por suerte solo en mis piernas. Mis dedos se me salían constantemente. Hasta hoy en día, se me siguen adormeciendo, pero no es gran cosa.

Después de tres meses de haber comenzado el tratamiento ARV, me enfermé con tuberculosis. Mi doctor me dijo que parara mis medicinas del VIH mientras tomaba mis medicinas para la tuberculosis, por la interacción entre ellas. Pero gracias a mi relación con MSF, supe que podía cambiar a efavirenz, para evitar la interacción con la rifampina. Reñí con mi doctor y terminé teniendo que ocultarle que continuaba tomando mis medicinas ARVs.

La única vez que me salté el tratamiento fue por unas horas, cuando me detuvieron junto a otros 1,400 activis-

tas internacionales durante las manifestaciones del WTO (Organización Mundial del Comercio, por sus siglas en inglés) en Hong Kong. Fuimos atacados con gas lacrimógeno y spray de pimienta. Arrestaron a mucha gente, incluyendo a 98 manifestantes tailandeses, pero soltaron a la mayoría de nosotros. Al final me las arreglé para obtener mis ARVs una vez que me dejaron ir al hospital, en donde un doctor confirmó que debía tomarlas, al mismo tiempo que seguía con las esposas en mis muñecas y con mis piernas encadenadas.

En ese entonces, había diferentes planes de salud para personas diferentes. Si eras muy pobre, debías ser seleccionado por el encargado de la aldea donde vivías, quien podía comprar cuidados médicos por 500 baht. Pero esta opción se limitaba a cierto número de familias en el país. Había otros planes de salud para servidores públicos y obreros, pero sentíamos que todo el mundo debía tener acceso a cuidados médicos. Como personas viviendo con el VIH, mayoritariamente muy pobres, nos preocupaba que no hubiera cobertura para nosotros.

Necesitábamos 50,000 firmas para proponer un proyecto de ley al parlamento, así las personas con VIH en toda Tailandia se movilizaron y obtuvieron por lo menos 30,000 de ellas. Luego, el primer ministro del país, nos robó la idea y la transformó en su plataforma de campaña, “el plan de 30 baht”, en donde en principio cualquier seguro médico costaría 30 baht. Por supuesto que en realidad no fue así, y el sistema tuvo muchas limitaciones y requisitos muy exigentes. Hoy en día, el sistema ha mejorado, reconociendo que el seguro médico debería ser gratis, pero quedan muchos asuntos todavía por cubrir. También importamos ilegalmente de la India el Triomune, una medicina genérica para el VIH, antes que Tailandia comenzara a hacer su propia versión de su combinación de 3TC, d4T, y nevirapina, llamado GPO-vir.

Mi esposa (quien tiene el VIH pero no necesita medicinas todavía) y yo, decidimos tener un hijo, que era uno de nuestros sueños. Veía mis sueños cumplidos—podría tener el VIH y no morir tan pronto, y podía tener tratamiento. Hicimos mucha investigación acerca de las opciones y acerca del potencial de que ella se hiciera resistente a la nevirapina. Aún así, decidimos seguir adelante, nunca olvidaré la llamada telefónica que tuve después de que le hicimos la prueba de VIH a mi hija, cuando supe que no era positiva. ¡Estaba tan nervioso que casi no contesté el teléfono!

Sentí que todo el activismo que habíamos hecho con mis amigos, también fue beneficioso para mí. Esas noches en la puerta del Ministerio de Salud Pública durante las protestas, el importar ilegalmente nuestras primeras medicinas desde la India—esas acciones tuvieron un significado no solamente para el movimiento general de derechos de la salud, sino también para las vidas de mis amigos y la mía propia. Pienso y creo que los problemas que enfrentamos son resueltos mejor alzando nuestras voces. Nosotros somos los que tenemos claro lo que necesitamos. ■

Kamon Uppakaew es ex presidente de la Red Tailandesa de Personas Que Viven con VIH/SIDA (TNP+) y actualmente maneja el programa de desarrollo comunitario del Grupo de Acción de Tratamientos Tailandés (TTAG) en Bangkok.

Microbicidas

UNA MIRADA RETROSPECTIVA MIENTRAS AVANZAMOS

Hace diecisiete años atrás, una mujer de Uganda durante una conferencia se levantó y preguntó: "Si se pudo poner al hombre a caminar sobre la luna, por que no se puede hacer algo que nos proteja del VIH?" Desde entonces, investigadores y activistas han tratado de responder aquella pregunta. En un mundo donde una joven africana tiene más posibilidades de infectarse con VIH que un joven africano, encontrar una respuesta nunca ha sido de tanta urgencia como ahora.

por Katie West

Una de las respuestas podrían ser los microbicidas. Los microbicidas son productos que pueden prevenir la infección con el VIH, y posiblemente otras enfermedades de transmisión sexual. Algunos son diseñados para el uso vaginal y otros para el uso rectal. Podrían venir en gel, cremas, supositorios, lubricantes, o incluso en esponja o anillo vaginal.

Mas de 1,200 personas se congregaron en Nueva Delhi, India, el pasado mes de Febrero en la Conferencia de Microbicidas 2008 (M2008) para discutir nuevos desarrollos y los pasos siguientes. Investigadores compartieron los resultados del primer estudio clínico de microbicida y presentaron actualizaciones en microbicidas basados en antiretrovirales. Los activistas hablaron acerca de los asuntos éticos y sobre la necesidad de incluir más voces, especialmente las de las mujeres con VIH.

Los Desafíos de los Estudios Clínicos Carraguard

Aunque dos estudios clínicos fueron cerrados prematuramente durante el 2007, un estudio más grande de un microbicida llamado Carraguard terminó recientemente en el tiempo programado. Este fue un avance increíble, ya que los estudios clínicos en microbicidas son muy difíciles de conducir. Las personas en los estudios podrían no usarlos apropiadamente, así es que se necesitan grupos más grandes. En el estudio Carraguard, participaron 6,200 mujeres a quienes se les hizo seguimiento hasta por dos años. El estudio encontró que Carraguard era seguro y aceptable, pero que no prevenía el VIH. Esto por supuesto decepcionó a todos los que habían estado siguiendo los pasos de este microbicida por más de diez años.

Estos estudios también dieron información acerca de como adaptar las investigaciones para poder responder mejor a los desafíos que se plantean. Por ejemplo, las personas en el estudio Carraguard tuvieron dificultades en compartir la información acerca de sus vidas sexuales y de como utilizaban el microbicida durante el acto sexual. Pero sin esta información, los estudios no pueden decir si un microbicida falla debido a un problema con el producto o porque no fue usado apropiadamente o consistentemente.

Como todo médico sabe, la mayoría de las personas no dicen la verdad acerca del tema sexual. Además cada persona tiene una idea diferente acerca de lo que es el sexo. Y la mayoría les dice a los investigadores lo que ellos piensan que quieren escuchar. Hay varias maneras de lidiar con estos problemas. Algunos estudios utilizan computadoras para las entrevistas, ya que las personas podrían ser mas honestas usando una máquina que tener que hablar sobre el sexo con una persona. Además, aparte de preguntarles a las personas si utilizaron los microbicidas, un estudio examinó los aplicadores de microbicida para verificar si habían sido usados. Otro estudio dejó responder las preguntas en un aparato portátil con teclado.

Los miembros de la comunidad y los grupos de mujeres pueden proveer un entendimiento valioso sobre como varios factores y decisiones en investigaciones pueden afectar la adherencia (uso consistente del pro-

ducto) y las tasas de retención (habilidad de retención de los participantes registrados en los estudios). Al involucrar a la comunidad, los investigadores pueden asegurar que sus deseos de obtener resultados precisos de los estudios no agobian o estigmatiza innecesariamente a las mujeres que participan voluntariamente en los estudios.

Microbicidas basados en ARV

Se vienen estudiando también, microbicidas que prevendrían la infección con el VIH que usan las mismas medicinas antiretrovirales (ARVs) que usan las personas que viven con VIH. El primer estudio de microbicidas basados en ARV, comenzó en 2007 hecho por el Centro para el Programa de Investigación del SIDA en Sudafrica (CAPRISA, por sus siglas en inglés). Casi 1,000 mujeres están probando un gel que se aplica en la vagina antes y después de tener sexo. Otros microbicidas basados en ARVs también están siendo estudiados.

Mientras que la posibilidad de estos nuevos microbicidas es excitante, algunas preocupaciones acerca de la posibilidad de resistencia a la medicina se han formulado. ¿Qué pasa si una mujer se infecta mientras esté usando un



microbicida basado en ARVs, debido ya sea a que este no funcionó o porque no se usó todas las veces que ella tuvo sexo? ¿Qué hay si ella sabe que es VIH – positiva pero usa el microbicida para intentar proteger a su pareja? El VIH en su cuerpo podría hacer resistencia al ARV en el microbicida, limitando las opciones futuras de tratamiento. La posibilidad de que esto ocurra depende de la cantidad de microbicida que se absorbe dentro del torrente sanguíneo. Los investigadores están ahora estudiando todo esto.

Otra pregunta importante acerca de probar los microbicidas es si las mujeres en el estudio

continúa en la página siguiente

dio tendrían acceso a tratamiento si durante el estudio se llegan a infectar. Se necesita mucha más discusión acerca de este tema.

Las mujeres con VIH manifestaron sus preocupaciones acerca de la resistencia a los microbicidas basados en ARVs durante la conferencia M2008. La investigadora Jeanne Marrazzo notó que la resistencia está en la mente de todos y los investigadores harán todo lo posible por prevenirla. Se les proveerá a las participantes pruebas de VIH mensualmente y se les dará únicamente una provisión de microbicidas por un mes, para reducir la posibilidad de que se use por un periodo muy largo si se llega a infectar con VIH.

Las mujeres VIH positivas también expresaron sus preocupaciones acerca de que los microbicidas han sido desarrollados solo para mujeres VIH negativas. Louise Binder, una



reconocida activista canadiense, advierte a los científicos “no cometer los mismos errores que se hicieron con los tratamientos hace quince años atrás – fallando en tomar el ofrecimiento de participar en la formación de los estudios.” Ella urge a los investigadores a involucrar a las mujeres con VIH en las fases de planeamiento e implementación de los estudios.

Los microbicidas son productos que pueden prevenir la infección con el VIH, y posiblemente otras enfermedades de transmisión sexual. Algunos son diseñados para el uso vaginal y otros para el uso rectal. Podrían venir en gel, cremas, supositorios, lubricantes, o incluso en esponja o anillo vaginal.

La ética en los estudios clínicos

Otro tema que ha recibido una atención considerable en la conferencia M2008 fue sobre los cuidados médicos ofrecidos a las mujeres que resulten VIH positivas durante el estudio y las obligaciones éticas de los investigadores de proveerles estos cuidados.

Las mujeres que resultaron VIH positivas durante el estudio Carraguard y las que salieron positivas al comienzo, fueron referidas a servicios médicos, psicológicos y de apoyo en sus comunidades. Algunos de los sitios de estudio ofrecieron además servicios adicionales como conteos de CD4, consejería nutricional, chequeos médicos y grupos de apoyo. Ellas también fueron invitadas a volver al estudio clínico después de terminado, para hacerles un seguimiento. En esas visitas se les ofrecieron conteos de CD4, pruebas de papanicolaou, pruebas y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual, consejería, y referidos a programas gubernamentales de medicamentos contra el VIH.

Pero ¿Cómo es que los estudios satisfacen las necesidades de quienes permaneciendo VIH negativas y a sus parejas? En la M2008, La Campaña Global por Microbicidas presentaron resultados de un estudio del 2006 al 2007, sobre servicios de cuidados médicos y prevención dados en los estudios.

Esta encuesta observó como las decisiones

sobre cuidados médicos son hechas en los sitios de estudio. También consideró cuanto progreso se ha tenido en cuanto a alcanzar las metas éticas presentadas en documentos guías. Se ofrecieron recomendaciones para fortalecer la habilidad de responder a los desafíos de los cuidados de salud en los estudios clínicos futuros.

El Rol de la Sociedad Civil

La sociedad civil incluye personas que están involucradas, en muchos casos, a través de organizaciones no gubernamentales, tratando de influenciar las prácticas y políticas gubernamentales. En la M2008, una cosa quedó clara: el rol de la sociedad civil en las investigaciones de los microbicidas se está expandiendo y es igualmente importante para los auspiciadores, científicos e instituciones de investigación. El impacto de la sociedad civil fue el tema de un día entero en la conferencia concurrida por casi 200 activistas. Por primera vez, “El Rincón del Activista”, una colaboración de siete grupos sociales, ofreció a los activistas una forma de compartir sus trabajos y materiales, desarrollar redes de trabajo entre ellos, y participar en talleres de capacitación, incluyendo sesiones de preguntas y respuestas con los investigadores.

Grupos específicos tales como los activistas por microbicidas rectales, el de los trabajadores sexuales y el de las mujeres con VIH fueron más visibles y se escuchó sus voces más fuerte que nunca. Pero se necesita aún más colaboración entre la sociedad civil y los investigadores. Debemos asegurar que esas voces no solo sean escuchadas, si no además sean participantes por igual en la búsqueda de un microbicida efectivo.

Para más información acerca de la Campaña Global por Microbicidas y como involucrarse en el activismo por microbicidas, visite www.global-campaign.org. ■

Katie West es una Asociada de Programa en la Campaña Global por Microbicidas.

Microbicidas Rectales

NECESITAMOS MENOS SILENCIO Y MÁS CIENCIA

por Jim Pickett

En la sesión de apertura de la Conferencia de Microbicidas 2008 en Nueva Delhi, India, el Ministro de Salud y Bienestar Familiar habló sobre la importancia de buscar un microbicida rectal efectivo y seguro (MR). Sólo el escuchar hablar a un oficial público acerca de MRs fue una victoria significativa para todos los que luchan por esto.

Los microbicidas rectales son productos que pueden estar disponibles en forma de lubricantes, cremas, gel, duchas o enemas, y podrían ser usados para proteger contra la transmisión del VIH durante la penetración anal (PA). Estos no existen todavía, pero los investigadores y científicos están trabajando en ello.

Alrededor del mundo, en su mayoría todo lo relacionado con PA es sin protección. Comparado al sexo vaginal sin protección, la PA sin protección es 10 a 100 veces más probable de transmitir el VIH. ¿Porque? La capa de piel rectal es más frágil que las de la vagina, y las células que están abiertas a una infección están más cerca de la superficie. Durante la PA, esta capa puede romperse dejando al VIH entrar e infectar a estas células.

Desafortunadamente, nuestro conocimiento sobre quienes practican el sexo anal, con quienes lo practican y en qué contexto, no está realmente claro. Sabemos que un número significativo de heterosexuales, hombres homosexuales (gay) y hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) en países desarrollados y subdesarrollados, están adquiriendo el VIH al practicar esta conducta.

Sin embargo, enfocándose casi exclusivamente en hombres gay, HSH y la cultura occidental (las Américas, Europa, y Australia), cuando se piensa en el rol de la PA y la epidemia del VIH, fallamos en ver que esta es una conducta que también sucede entre hombres y mujeres y que

puede jugar un rol importante en la epidemia heterosexual.

Mientras tanto, nuestras políticas tienden a ignorar la existencia de los hombres gay y otros HSH en Asia, Africa y otras partes del mundo en vías de desarrollo. Esta negligencia cuesta vidas humanas. En su impactante reporte *Off the Map*, la Comisión Internacional de Derechos Humanos de Gays y Lesbianas desprestigió la muralla de silencio

que rodea al SIDA en las prácticas sexuales del mismo sexo. La situación en países en desarrollo fuera de Africa es frecuentemente la misma, con una negación de la homosexualidad masculina y del sexo anal entre hombres y mujeres.

Muy poca investigación ha examinado realmente el rol de la PA en la epidemia en países en desarrollo. Sin embargo, estudios en Senegal, Ghana, Kenya y Sudán, indican que las tasas entre los HSH son significativamente más altas que de la población general. Esto ha sido demostrado en la mayoría de los países en Latino América, y en muchos países y ciudades en Asia.

Muchos países han criminalizado el sexo anal, y hay un fuerte estigma, tabú, y homofobia asociados al sexo anal. Al mismo tiempo, hay una falta de claridad en el lenguaje que usamos para describir las poblaciones y las conductas que los ponen en riesgo, así es que no entendemos completamente el rol de la PA en la epidemia general. Tendemos a usar los actos sexuales como una forma para iden-

continúa en la página siguiente

Alrededor del mundo, en su mayoría todo lo relacionado con penetración anal (PA) es sin protección. Comparado al sexo vaginal sin protección, la PA sin protección es 10 a 100 veces más probable de transmitir el VIH.



tificar ciertas poblaciones – comparando a hombres gay con el sexo anal, por ejemplo. En frases como “transmisión heterosexual”, se asume que estamos hablando de transmisión vaginal, y en realidad esconde el hecho que las mujeres y hombres quienes se identifican como heterosexuales, practican también el sexo anal. Esta falta de claridad y honestidad en discutir como el VIH es transmitido entre el amplio espectro de la humanidad, es un problema. Significa que una proporción significativa de la pandemia comúnmente descrita como “adquirida por transmisión heterosexual del VIH”, podría realmente ser causada por una PA sin protección.

El lenguaje usado si es importante. Las descripciones imprecisas o sobregeneralizadas de la epidemia, afecta la manera en que se diseñan los programas de VIH/SIDA, y el tipo de investigación que se hace. Ignorando poblaciones y conductas significa que las voces importantes son silenciadas, también significa que estos grupos vulnerables no están siendo alcanzados por los programas de prevención.

Estos peligrosos silencios – la negación



del sexo anal y la negación de la existencia de los HSH – entre las comunidades, los proveedores de fondos, los políticos e incluso las personas claves que participan en la comunidad del microbicida – ayudan a crear las circunstancias desafortunadas en que estamos, a sabiendas que los recursos necesarios no han sido distribuidos para la investigación de un microbicida rectal seguro, efectivo y aceptable. Los fondos para la investigación de un microbicida rectal es mínimo, comparados al de las investigaciones para un microbicida vaginal.

Entonces, cuando escuchamos a un alto

“Existe una obligación ética aquí, para hacer avanzar la investigación y el desarrollo de los microbicidas rectales, con una ciencia apropiada y con la conciencia de la comunidad.”

oficial en India mencionar palabras como “microbicidas rectales”, realmente es un asunto importantísimo. Finalizar el silencio es el primer paso en obtener los fondos que necesitamos para empujar la ciencia hacia delante. En adición, necesitamos presionar por que se logre más investigación sobre la conducta sexual humana, para tener un mejor conocimiento de la epidemia, a quienes es que afecta, y como el virus se transmite de persona a persona.

Los Activistas Internacionales por un Microbicida Rectal (IRMA en inglés), una red de más de 600 miembros de 46 países, dieron a conocer: “Menos silencio y mas ciencia: Activismo para hacer del microbicida rectal una realidad”, en la conferencia Microbicidas 2008 en India. Este reporte, que puede ser encontrado en el sitio web de IRMA (www.rectalmicrobicide.org), hace un llamado a un Plan de Desarrollo Global de Microbicida Rectal. Describe los desafíos globales en su desarrollo, hace una lista de metas y estrategias y sirve como referencia a la ciencia del microbicida rectal.

“Los microbicidas rectales son una tecnología esencial que podría ayudar a hombres y mujeres a protegerse, sin miedo, sin vergüenza, y sin tabú,” dice Manju Chatani de Ghana, Coordinador del Grupo de Activismo de Microbicidas Africanos, y miembro del Comité Ejecutivo de IRMA. IRMA está haciendo un llamado para aumentar los recursos por 5 veces la actual destinados para la investigación del microbicida rectal para el 2010 – de \$7 millones al año, a \$35 millones – y plantea que los gobiernos y las fundaciones de Europa, Canadá, Australia y EE.UU. deben invertir en esta tecnología de prevención que

se necesita desesperadamente.

“Este trabajo es tremendamente importante. Cada día que no avanzamos, miles de personas se infectan”, dice el Dr. Peter Anon de UCLA, quien es el principal investigador del primer estudio de seguridad de un microbicida rectal. “Existe una obligación ética aquí, para hacer avanzar la investigación y el desarrollo de los microbicidas rectales, con una ciencia apropiada y con la conciencia de la comunidad.”

Anton presentó muchas veces en la conferencia de Microbicidas 2008, compartiendo algunos datos interesantes de su estudio sobre un gel llamado UC-781, el cual contiene un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNTR). El estudio fue pequeño y fue diseñado para probar la seguridad del gel. Mientras todos los datos siguen sin analizarse completamente, Anton notó que existían posibles señales de eficacia – significando esto que el producto no sólo es seguro, sino que en realidad podría funcionar en proteger contra la infección del VIH. Deberíamos saber más durante los próximos meses. La presentación de Anton en la conferencia, está disponible en el sitio web de IRMA, y Gus Cairns nos da un cálido y breve resumen de este estudio en www.aidsmap.com (busque por UC-781 para encontrarlo)

“Es imperativo que la moralidad no se interponga en el camino para proteger la humanidad y la vida; las personas de cada orientación sexual han practicado el sexo anal desde el principio de los tiempos” dice Rick Jones de Amsterdam, representante de la Red Global de Personas que viven con VIH/SIDA y miembro del Comité de Asistencia de IRMA. “Los tiempos de intolerancia se han terminado. Necesitamos ayudar a aquellos que no están infectados a permanecer así.”

El activismo para un microbicida rectal lo incluye también a usted. Si sólo tiene unos minutos, usted puede ser parte de la solución. Visite el sitio web de IRMA y lea la hoja informativa, examine las noticias o sumérjase en una presentación para aprender más. Regístrese en el correo electrónico activo de IRMA para estar al día. ¡Y comparta las buenas nuevas! Pase la voz sobre el sitio web con otros activistas, investigadores, políticos o auspiciadores potenciales. ¡Usted puede ayudar a terminar con el silencio! ■

Jim Pickett, lidera los Activistas Internacionales por Microbicidas Rectales, es además Director de Activismo de la Fundación para el SIDA de Chicago, y ha estado viviendo con el VIH por 13 años.

Danos Nuestros Medicamentos de Cada Día

por Jorge T. Salinas

Enel Perú en los años 80s, empezamos a escuchar por primera vez sobre homosexuales—amistades—muriendo casi a diario, uno atrás de otro, mientras que el gobierno no decía nada sobre el VIH. Las únicas noticias que escuchábamos era a través de algunas amistades que vivían en los EE.UU. Al principio bromeábamos cuando alguien se desaparecía repentinamente—simplemente decíamos “murió.” No sabíamos que nuestras amistades realmente se estaban muriendo de SIDA, y siempre sus muertes estaban rodeadas de silencio. Muchas veces nos enterábamos semanas o meses después de que fallecían.

A medida de que se hizo más visible el VIH, nos organizamos para poder cuidar de aquellos que se estaban muriendo. Tenía un amigo llamado Pepe, que se enfermó terriblemente en 1989. Nadie tenía medicamentos, al menos que tuvieras un pariente lo suficientemente rico que te pudiera conseguir los medicamentos en los EE.UU. Pero Pepe había sido abandonado por su familia y no tenía quien lo cuidara. Para cuando falleció Pepe, había sido diagnosticado con CMV, crypto, toxoplasmosis, shigella, salmonella, KS, tifoidea, aftas, y otras cosas más.

Un grupo de amistades se organizó para que esto no le sucediese a nadie más. Cuidábamos de aquellos que estaban dentro de nuestro círculo, pero escuchábamos de muchos más que morían en la misma condición que Pepe, o de aquellos que decidían suicidarse para evitarse el dolor y el de sus familias.

Me enteré de que era VIH positivo en 1996, cuando me hicieron una prueba sin haber sido consultado antes. Me dieron el diagnóstico de PCP y mis células T estaban en 160. Aunque estuve cuidando de amistades que tenían SIDA, y tenía amigos que quizá entenderían, rechazé la idea de tener un diagnóstico de SIDA cuando pasaban a visitarme en el hospital—es más, nadie siquiera me preguntaba, como si supieran lo que me pasaba.

Me dijeron que no había medicamentos anti-VIH disponibles, pero que pronto el sistema de salud tendría medicamentos para que pudiera empezar a tomarlos. Rezaba porque mi destino no fuera el mismo que habían tenido muchas de mis amistades. Si, mejoré, pero principalmente porque empecé a cuidarme a mí mismo. Comía mejor, tomaba todos mis tratamientos para el PCP, y seguía lo mejor que podía las órdenes de mi doctor—al primer síntoma de algo, me presentaba en el consultorio del médico.

En 1999, viajé a Nueva York y me pude poner en contacto con una agencia allí que me podría dar los medicamentos para el VIH. No pensé que los necesitaría ya que mi salud mejoraba y no me había enfermado desde mi diagnóstico. Mis amigos me sugirieron de que me quedara en los EE.UU., pero decidí regresar al Perú.

En 2001, me enfermé y sentía que mis piernas se debilitaban, pero mis médicos no sabían lo que me pasaba. Cuando me enviaron de regreso a Nueva York para una capacitación del trabajo, fui incitado por mis amigos a visitar a un médico y obtener una segunda opinión. Me hicieron docenas de pruebas de sangre con una multitud de radiografías y tomografías, pero no había un diagnóstico claro.

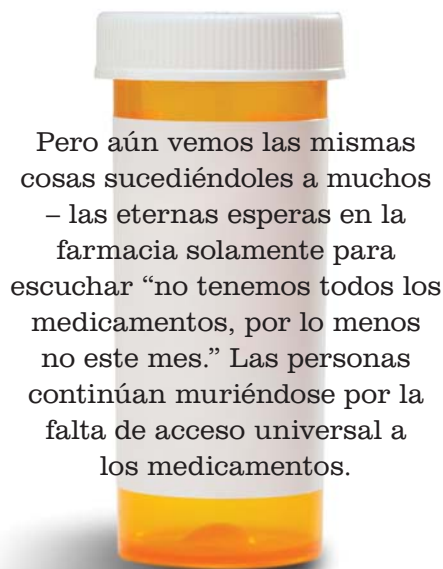
Regresé al Perú, y un par de semanas más tarde sentía mis piernas tan debilitadas que no podía ni caminar. No he vuelto a caminar desde ese entonces, y hoy en día uso una silla de ruedas. Una vez más, me dijeron que no había medicamentos anti-VIH, pero que pronto el sistema de salud podría ofrecerle medicamentos a todos los que los necesitaran. Pero ya no podía esperar. Mis amistades se movilizaron rápidamente y empecé mis medicamentos antiretrovirales. Dado por una organización en la ciudad de Nueva York.

En el 2004, me dijeron de nuevo de que tendría acceso a medicamentos anti-VIH a través del sistema de seguro social de salud del Perú. Decidí intentarlo, pero mantuve mi acceso a mis tratamientos a través de la organización de Nueva York. Me alegro de que así lo hice, porque veía a mi médico, me escribía las recetas, pero algunas veces después de esperar por horas, sólo me daban algunos de mis medicamentos. Decidí no intentar obtener mis medicamentos a través del sistema de seguro social.

En el 2006, el gobierno finalmente anunció que proveería el acceso universal a los tratamientos anti-VIH. Las cosas han mejorado para algunos—para aquellos mejor informados, para aquellos con más educación, para aquellos que tenían la suerte de estar asegurados. Pero aún vemos las mismas cosas sucediéndoles a muchos—las eternas esperas en la farmacia solamente para escuchar “no tenemos todos los medicamentos, por lo menos no este mes.” Las personas continúan muriéndose por la falta de acceso universal a los medicamentos.

Han pasado doce años desde que escuché que pronto el sistema ofrecería medicamentos anti-VIH para todos. ¿Es únicamente la culpa del gobierno? No lo pienso así. Mientras que el gobierno ha intentado aumentar el presupuesto de salud, no existe el presupuesto para poder ofrecer acceso universal a los medicamentos anti-VIH. Existen muchos más que se puede hacer, comenzando con la prevención del VIH, el combatir la discriminación contra las personas que viven con el VIH, combatir la ignorancia, capacitar y mejorar el nivel de conocimiento de los proveedores médicos, etc. Sin embargo, necesita lograrse una discusión abierta con las compañías farmacéuticas locales e internacionales y las organizaciones de salud mundial para lograr el acceso universal a los medicamentos.

Mientras tenga una voz, no mantendré el silencio—he mantenido mucho silencio. Recuerdo haber visto la frase: “Silence=Death.” (Silencio=Muerte). Al principio no estaba seguro lo que significaba, hasta que me di cuenta de que mi propio silencio me estaba matando. El silencio no será mi muerte.



Pero aún vemos las mismas cosas sucediéndoles a muchos – las eternas esperas en la farmacia solamente para escuchar “no tenemos todos los medicamentos, por lo menos no este mes.” Las personas continúan muriéndose por la falta de acceso universal a los medicamentos.

LAS PERSONAS CON VIH NO SON BIENVENIDOS AQUÍ

por Nathan Schaefer, Felix Lopez, Vishal Trevedi, and Joshua Volle

Los EE.UU sigue siendo uno de los trece países en el mundo que prohíben entrar al país, inclusive una estadía corta, a personas que son VIH positivas. (Los otros 12 países son Irak, China, Arabia Saudita, Libia, Sudan, Qatar, Brunei, Oman, Moldavia, Rusia, Armenia y Corea del Sur.) Esta política viola los derechos humanos de los inmigrantes

DESDE 1987, LA POLÍTICA DE LOS EE.UU. HA PROHIBIDO A LAS PERSONAS VIH POSITIVAS NO CIUDADANAS DE INGRESAR AL PAÍS Y HA IMPEDIDO DE AQUELLOS YA VIVIENDO EN ESTE PAÍS OBTENGAN LA MAYORÍA DE POSIBILIDADES DE ESTATUS LEGAL.

y los viajeros y contribuye al estigma y la discriminación. Trabajadores altamente calificados que tienen un completo seguro de salud, no pueden buscar una residencia permanente en los EE.UU. si tienen VIH, al menos que tengan un esposo(a) del sexo opuesto o un hijo que sea ciudadano esta-

dounidense o residente legal permanente. Esto discrimina contra los gays y las lesbianas. Mas aún, esta prohibición subvalora la lucha mundial contra el VIH/SIDA al bloquear el acceso a tratamientos y devolver a las personas a países en donde los cuidados de VIH es limitado o inexistente.

Desde 1987, la política de los EE.UU. ha prohibido a las personas VIH positivas no ciudadanas de ingresar al país y ha impedido de que aquellos ya viviendo en este país obtengan la mayoría de posibilidades de estatus legal. El lenguaje usado en el Acta de Inmigración y Nacionalidad incluye “infección con el agente etiológico para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida” como motivo de inadmisibilidad. (Etiología se refiere a la causa de la enfermedad, en este caso el VIH.) Como resultado, ha habido muertes relacionadas con el VIH en el extranjero, por consecuencia de que a las personas les son negadas el acceso a medicamentos que salvarían sus vidas, o son objetos de violencia basada en el estatus de VIH y la orientación sexual real o presunta. El impedimento de entrada al país también afecta la salud pública dentro de los EE.UU., a consecuencia de que los inmigrantes evitan buscar cuidados de salud y tratamientos por temor a ser deportado.

El Director Ejecutivo de UNAIDS, Peter Piot dijo recientemente, “La restricciones de poder viajar basadas en el estatus de VIH, resalta la excepcionalidad del SIDA, especialmente las restricciones de corto plazo.

Ninguna otra condición previene que las personas entren al país por motivos de negocio, turismo o atender reuniones. Ninguna otra condición tiene a personas aterrorizadas de que les registren las maletas en la frontera, con el resultado de que se les niegue la entrada o aún peor, la detención y después deportación a su país de origen.”

Impacto sobre la Salud Pública

La ley de los EE.UU impide que los extranjeros con VIH ingresen al país aún para hacer una parada. También impide que los extranjeros que viven con VIH en los EE.UU. de cualificar para una residencia permanente legal (obtener una “tarjeta verde”), excepto en muy limitadas circunstancias. Muchos no-ciudadanos aprenden por primera vez que tienen VIH o SIDA mientras están en los EE.UU. Algunos se enteran cuando reciben sus resultados de exámenes médicos del Servicio de Inmigración.

Los individuos a los que se les niega las tarjetas verdes enfrentan un dilema. Regresar a sus países de origen, donde con frecuencia no tienen acceso a tratamientos para el VIH, o violar la ley Estadounidense al permanecer en el país, donde el tratamiento puede extender sus vidas. En un periodo la falta de acceso a medicamentos de VIH fuera de los EE.UU no era motivo de preocupación, ya que los tratamientos iniciales eran relativamente inefectivos. Pero los antiretrovirales han mejorado enormemente la longitud y la calidad de las vidas de las personas que viven con VIH. El propósito de mejorar la salud pública con esta prohibición de viaje e inmigración, de hecho no ha prevenido que el VIH haya aumentado dramáticamente desde los 1980s.

Los extranjeros que quieran hacerse residentes permanentes legales deben de hacerse la prueba del VIH. Aquellos cuyas pruebas salen positivas son sujetos a ser deportados. Para evitar esto, muchos se esconden del Servicio de Inmigración. Muchos otros, por el temor de ser deportado, quizá nunca se hacen la prueba y consecuentemente amenazan de una manera mayor al sistema de cuidados de salud de los EE.UU. Para evitar ser detectados evitan contacto con agencias de servicios sociales y de salud dedicados específicamente a ayudar a aquellos con VIH. Los extranjeros que rehuyen de las agencias de servicios sociales, no reciben la consejería y la educación que necesitan para prevenir la transmisión del VIH, que puede llevar a un aumento – sin advertencia – del costo para tratar el VIH.

La prohibición de ingreso de personas VIH positivas fue decretado en 1987, cuando la homosexualidad era aún causa para prohibir la entrada a los EE.UU. La hostilidad

contra hombres homosexuales estaba clara cuando se desarrolló esta política. Esto también ha causado consecuencias graves para las lesbianas, los bisexuales y los transgéneros o aquellos percibidos de pertenecer a algunos de estos grupos. Si son deportados, su estatus es dado a conocer en su país de origen donde el VIH es señal de homosexualidad, que de la misma forma los hace víctimas de la violencia. Más aún, las personas viviendo con VIH que logran obtener un permiso de entrada de corto plazo para ingresar a los EE.UU., necesitan tener su pasaporte sellado con un indicador de que tienen VIH y por lo tanto queda marcado en cada punto de entrada en el mundo.

Los Derechos Humanos y el Costo Económico

Los EE.UU fueron uno de los impulsores detrás de la Declaración Universal de los

LOS INDIVIDUOS A LOS QUE SE LES NIEGA LAS TARJETAS VERDES ENFRENTAN UN DILEMA. REGESAR A SUS PAÍSES DE ORIGEN, DONDE CON FRECUENCIA NO TIENEN ACCESO A TRATAMIENTOS PARA EL VIH, O VIOLAR LA LEY ESTADOUNIDENSE AL PERMANECER EN EL PAÍS, DONDE EL TRATAMIENTO PUEDE EXTENDER SUS VIDAS.

Derechos Humanos, que fue adaptada por las Naciones Unidas en 1948. Como lo dijo Eleanor Roosevelt, “[La Declaración es] un testamento global de humanidad, un estándar por el cual cualquier persona humilde en la Tierra puede tener juicio ante cualquier gobierno en la Tierra.” La Declaración indica que “Todos los seres humanos son nacidos libres e iguales en dignidad y derechos.” La prohibición de ingreso al país e inmigración, y exigencias a hacerse la prueba del VIH para obtener algunas visas y para los aplicantes de la residencia permanente legal, es un insulto a la dignidad humana, y viola los derechos de protección equitativa, de no-discriminación, privacidad y libertad de movilizarse – derechos que los EE.UU ha defendido por mucho tiempo a nivel internacional.

Las pautas Internacionales de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos indican que “cualquier restricción

en la libertad de movilización o la decisión de residencia basadas en el estatus de VIH percibido o real que incluyan un rastreo de VIH en viajeros internacionales, es discriminatorio. Las restricciones de viaje relacionadas al VIH elevan asuntos fundamentales relacionados a los derechos humanos de no-discriminación y libertad de movilización de las personas que viven con VIH en un mundo altamente movilizado de hoy en día.”

Las personas con VIH poseen derechos humanos completos, incluyendo el derecho a la privacidad, confidencialidad, y la protección contra el estigma y la discriminación. Las restricciones de viaje a personas VIH positivas infringen en estos y otros derechos humanos en múltiples formas. El Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU. actualmente conduce el programa mandatorio de pruebas de VIH más grande del mundo. A toda persona que aplica para la residencia permanente que tenga más de 15 años de edad se les requiere hacerse la prueba del VIH. En muchas instancias la prueba es hecha sin consejería antes o después de la prueba o con el cuidado de que la prueba se mantendrá de manera confidencial.

La prueba del VIH debe de hacerse de manera voluntaria, con consentimiento informado. Las personas que aplican a un ingreso al país como no-inmigrante, son cuestionados sobre su estatus de VIH, y si admiten ser positivos, pueden negarles la admisión. Si el gobierno sospecha que son VIH positivos, puede requerir una prueba de VIH. Las personas que ingresan a los EE.UU. con medicamentos en su equipaje pueden ser cuestionadas o expulsadas. Esto causa que muchas personas con VIH mienten al ingresar a los EE.UU y dejar sus medicamentos de VIH en casa, sin ser claramente esta la mejor decisión para la salud. Los no-inmigrantes con VIH pueden pedir (y ser rechazados) un permiso para viajes cortos bajo condiciones limitadas. La política de los EE.UU. sobre el VIH y el permiso de entrada es popularmente conocida como “una de las menos brillantes en el mundo.”

El impacto personal del VIH relacionadas a las restricciones de viajes, puede ser devastador para aquellos que buscan emigrar, conseguir asilo, visitar a la familia, asistir a reuniones, estudiar, o hacer negocios. Los viajeros saben que si están infectados con VIH, no se les permite viajar, y sus resultados de la prueba del VIH podría ser dado a conocer a oficiales de gobierno, familiares, a la comunidad, o empleadores, exponiéndolos a la discriminación y al estigma.

Más aún, las personas VIH positivas de países ricos que poseen relaciones con per-

miso de viaje con los EE.UU. no son sujetas a revisión al viajar a los EE.UU. En contraste, las personas que vienen de países en África, Asia, Latinoamérica y el Caribe, deben declarar su estatus de VIH como requisito a los procesos de aplicación.

Mientras que los visitantes a largo plazo e inmigrantes que tienen el VIH requieren de cuidados de servicios de salud, y por lo tanto se convierten en una carga adicional al presupuesto de salud pública, con tal argumento financiero se justifica la exclusión de entrada haciéndolo discriminatorio, ya que no existe exclusión de entrada con otras enfermedades de alto costo tales como el cáncer. Tales argumentos también ignoran el hecho de que el sistema actual posee otros costos de salud. Si las personas no se hacen la prueba e inician tratamiento temprano, pueden aparecerse en

NO EXISTE EVIDENCIA QUE APOYE LOS ARGUMENTOS QUE EL ADMITIR A PERSONAS CON VIH ES COSTOSO PARA EL GOBIERNO HUÉSPED. DE HECHO, LA EVIDENCIA EN OTROS PAÍSES INDICA LO OPUESTO.

la sala de emergencia con un diagnóstico de SIDA, aumentando de esa manera el costo al sistema de salud si es que hubieran recibido el tratamiento tempranamente.

No existe evidencia que apoye los argumentos que el admitir a personas con VIH es costoso para el gobierno huésped. De hecho, la evidencia en otros países indica lo opuesto. Brasil empezó a proveer de acceso universal de medicamentos de VIH en 1996, mucho antes que muchos países desarrollados. A pesar de una política de viaje no-restrictiva, el país no vio ningún aumento en la entrada de personas VIH positivas. Un representante del gobierno francés, describió estudios mostrando que una pequeña cantidad de personas inmigraron a Francia por motivos de salud, reportaron que Francia con una política de frontera abierta, similar a la de Brasil: “no ha sido sobrecargado con un número excesivo de inmigrantes VIH positivos buscando tratamiento.”

La prohibición de entrada a personas VIH positivas le cuesta millones de dólares a la economía Estadounidense cada año. En primer lugar, la inhabilidad de hospedar la Conferencia Internacional de SIDA bianualmente, y la inhabilidad de los trabaja-

continúa en la página siguiente

dores alrededor del mundo de poder viajar a los EE.UU. para atender adiestramientos, cuesta millones. Segundo, la productividad del trabajador es desestimada por los perversos efectos sobre la salud de la prohibición descrita anteriormente. Tercero, miles y hasta millones de personas con VIH podrían viajar a los EE.UU. como turistas cada año pero muchos lo evitan, costándole a la economía turística millones de dólares anualmente.

Detenidos

Una de las más grandes violaciones a los derechos humanos tiene que ver con los inmigrantes en los centros de detención de los EE.UU. Los reportes de estos centros han mostrado que los EE.UU. no provee de cuidados, tratamientos, o apoyo a los detenidos con VIH. El Reporte de Vigilancia de Derechos Humanos, La Indiferencia Crónica: Servicios de VIH/SIDA para Inmigrantes Detenidos en los Estados Unidos, documenta casos donde el tratamiento para el VIH fue negado, retrasado, o interrumpido, resultando en un riesgo serio y frecuentemente dañino para la salud. La investigación mostró evidencia de que:

Los centros de detención que hospedaban a los inmigrantes con VIH fallaban consistentemente en ofrecer los medicamentos anti-retrovirales, realizar pruebas de laboratorio necesarias, asegurar la continuidad de cuidados, y asegurar la confidencialidad o protección contra la discriminación.

Contrario a las obligaciones de los derechos humanos internacionales, protecciones constitucionales, y los consejos sobre prácticas adecuadas, se observa que las pautas de detención para el VIH/SIDA del Departamento de Seguridad del Estado fallan los estándares nacionales e internacionales para cuidados apropiados, y la agencia hace poco para que se cumplan sus estándares mínimos. Aquellos inmigrantes que terminan, por cualquier motivo, detenidos por los EE.UU. en un centro de detención, reciben servicios de salud peligrosamente inadecuados. Esto crea un sistema en los EE.UU. donde hemos establecido un sistema de salud para personas VIH positivas que es basado en un doble estándar inherente, con políticas y leyes que buscan proteger a nuestros [propios] ciudadanos del VIH y de la discriminación relacionada al VIH. [Estamos] con esto ignorando las necesidades y derechos válidos de los extranjeros.

Uno de los abusos más atroces fue la muerte en custodia de los EE.UU. de Victoria Arellano, una transgénero de 23 años de edad, quien murió en Julio del 2007 después

LA PREOCUPACIÓN DE QUE LOS INMIGRANTES VIH POSITIVOS PRODUCIRÁN UNA CARGA INNECESARIA EN LOS RECURSOS DE SALUD HA MOSTRADO NO SER VERDAD, A TRAVÉS DEL EJEMPLO EN OTROS PAÍSES QUE NO POSEEN PROHIBICIONES RESTRICTIVAS DE VIAJE.

de ocho semanas en un centro de detención en San Pedro, California. A Arellano le fue negado el tratamiento, según reportes, y se enfermó gravemente. Los detenidos en su unidad repetidamente le dijeron a los guardias de que ella necesitaba cuidados médicos, pero se le dejó sufrir en su litera a medida de que su salud empeoraba. Finalmente llevada a una clínica del centro de detención, fue burlada y ridiculizada por los empleados. Les dijo a sus compañeros de celda antes de morir, que “fue una pesadilla.”

La Vigilia de Derechos Humanos documentó lo siguiente sobre las deficiencias en los cuidados de salud de los inmigrantes detenidos:

- 1) Falla en la consistencia de proveer de medicamentos de VIH.
- 2) Falla en conducir pruebas de laboratorio en un tiempo adecuado, incluyendo las pruebas de CD4 y la de la carga viral como también la prueba de la resistencia
- 3) Falla en la prevención de enfermedades oportunistas
- 4) Falla en asegurar la continuidad de cuidados, incluyendo el acceso a cuidados especializados necesarios

Además de ser basada en principios de salud pública sin fundamento, las restricciones de viaje muestran una falta de justificación económica. Las personas viviendo con VIH pueden ahora llevar vidas largas y productivas. Cuando estas restricciones fueron inicialmente desarrolladas, esto no era el caso. La epidemia ha cambiado y debemos enfocarnos en ella de manera diferente. La preocupación de que los inmigrantes VIH positivos producirán una carga innecesaria en los recursos de salud ha mostrado no ser verdad, a través del ejemplo en otros países que no poseen prohibiciones restrictivas de viaje. Debemos sopesar el potencial de las contribuciones a los EE.UU., con el pequeño

potencial de crear una carga al sistema de cuidados de salud.

La Respuesta Legislativa en el Congreso 110^{vo}

En una nota más optimista, mientras Thrive En Español iba a la imprenta, la sesión del 110vo Congreso estaba tomando acción para rectificar esta política injusta y contraproducente, La Representante Barbara Lee (D-CA) introdujo por primera vez la propuesta de ley en Agosto del 2007 que revertiría la prohibición de inmigración y viaje. En Diciembre del 2007, los Senadores John Kerry (D-MA) y Gordon Smith (R-OR) introdujeron una propuesta de ley similar en el Senado. En Marzo del 2008, el Comité de Relaciones Exteriores del Senado aprobó una reautorización por un periodo de cinco años del Plan de Emergencia Presidencial para el Apoyo al SIDA (PEPFAR). Una revocación de la prohibición de inmigración para personas VIH positivas fue incluida. Si pasa, la determinación si el VIH constituye una causa necesaria para negar la entrada, será dejada a la discreción del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

La legislación aún requiere aprobación del Senado por completo y debe de ser reconciliada con la versión de la Casa de Representantes. Al tiempo de esta publicación, los activistas se muestran optimistas de que la prohibición pueda ser revocada. Si eso pasa, será la primera revisión significativa de esta política en 15 años.

La Conferencia Internacional del SIDA

La Conferencia Internacional del SIDA (CIS) lleva a cabo una conferencia internacional bianual del SIDA, la conferencia profesional más grande del VIH/SIDA a nivel mundial. A consecuencia de la política de inmigración de los EE.UU., la CIS ha declinado hacer la conferencia en los EE.UU. GMHC y otros miembros de la Coalición para Levantar la Prohibición llevarán a cabo una reunión satélite antes de la conferencia en la Ciudad de México para proveer de información actualizada sobre la política de inmigración y para identificar los siguientes pasos en revertir la decisión o si ya ha sido revocada, implementar apropiadamente la política de inmigración más nueva y más inclusiva.

Para más información sobre la prohibición de inmigración y viaje: gmhc.org/policy/federal/immigration_travel.html. ■

Los tres primeros autores trabajan en inmigración y otros asuntos para el GMHC. Joshua Volle es un consultor independiente.

La Educación basada en la Abstinencia: Contraproduktiva y Dañina

Los programas basados en la Abstinencia hasta llegar al matrimonio, no solamente son una pérdida monumental del contribuyente de unos \$300 millones de dólares al año, sino también contraproduktivos y dañinos para la juventud de los Estados Unidos.

Mientras que la mayor parte de los padres de familia desean que sus hijos retrasen su iniciación en la actividad sexual, la realidad es que el 47% de los estudiantes de secundaria en los EE.UU. son sexualmente activos. Cuatro millones de personas jóvenes contraen enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) cada año. El embarazo en las adolescentes aumentó en el 2006 en un 3%, el primer aumento desde comienzos de los años 90's. Claramente estamos fallando en promover la salud sexual entre nuestros jóvenes.

Los estudios han encontrado que las personas jóvenes que hacen "promesas de virginidad" tenían una probabilidad un tercio menor de usar contraceptivos, cuando se hacían sexualmente activos y en general las incidencias de ETS eran significativamente más altas en comparación con otras situaciones.

Además, el currículum basado únicamente en la abstinencia, promueve estereotipos anticuados y machistas, tienen una tendencia anti-homosexual y muestran desconocimiento o ignorancia sobre el VIH. Aquí algunos ejemplos:

"Las mujeres basan su felicidad y perciben su éxito por sus relaciones. La felicidad y éxito del hombre se basa en sus logros" (Why kNOW, por su título en Inglés)

"Un tipo que desea respetar a las mujeres se distrae por ropa provocativa y solamente se acuerda de ella por una cosa. ¿Es justo que los hombres se vean excitados por sus sentidos y las mujeres por sus corazones?" (Sex Respect)

"Por lo menos, las oportunidades de salir embarazada con un condón son de 1 de cada 6" (Me, My World, My Future) (De hecho, usado correctamente, los condones tienen una efectividad del 98% como método contraceptivo.)

"El SIDA puede ser transmitido por contacto de piel a piel" (Reasonable Reasons to Wait) (De hecho, el VIH es transmitido únicamente por sangre, semen, flúidos vaginales y la leche materna.)

"Muchos activistas homosexuales están frustrados y desesperados sobre su propia situación y la de sus seres queridos... alguna personas con SIDA ahora sufren por la

decisiones que tomaron." (Facing Reality)

Bajo la definición del gobierno federal sobre los programas de abstinencia, los estudiantes deben aprender que "una relación monógama leal en el contexto del matrimonio es el estándar que se espera de toda actividad sexual humana." A los programas que aceptan estos fondos se les prohíbe discutir sobre los contraceptivos, excepto en el contexto de sus fallas. Usualmente, la única vez de que se habla de la homosexualidad es en el contexto del riesgo del VIH.

Con más de \$1 billón de dólares gastados, no existe ningún estudio ni un artículo científico respetable que muestre que los programas de abstinencia funcionan para ayudar a las personas jóvenes a tomar una decisión acertada y saludable sobre el sexo. En Abril del 2007, una evaluación de los programas de abstinencia comisionada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos los estimó como inefectivos en aumentar la abstinencia en los adolescentes.

Los programas sobre la sexualidad que son comprensivos y que incluyen información sobre la abstinencia y la contracepción, han mostrado ser efectivos en retardar la iniciación de la actividad sexual, reduciendo el número de parejas sexuales y en aumentar la contracepción y el uso del condón entre los adolescentes. No existe tal resultado para los programas de abstinencia.

Pero el Presidente Bush está buscando un aumento de \$28 millones para la educación sobre la abstinencia. En una audiencia sobre

el tema donde testificaron expertos sobre las consecuencias negativas de estos programas, el representante Republicano John Duncan, de Tennessee dijo, "Me parece algo elitista que personas que tienen títulos en esta área, sientan que por el hecho de que lo han investigado, de alguna forma piensen que saben más que los padres en cuanto a lo que es mejor para [sus hijos]."

No es elitista el que las personas jóvenes obtengan información que necesitan para mantener su salud. No es elitista exigir que las mujeres jóvenes desaprendan estereotipos machistas, o que el abuso homofóbico en los patios de las escuelas se reforzado en las aulas de clase. Es hora de que como contribuyentes acabemos de proveer de fondos a estos programas contraproduktivos y que hacen perder el tiempo. Llame a su Representante Senador Estatal al (202-224-3121), y pídale que apoyen la ciencia sobre la fallida ideología conservadora. Si no está seguro de quien es su representante al congreso vaya a www.votesmart.org para averiguarlo. ■



Publicaciones de ACRIA en Español

Además de la publicación *Thrive*, ACRIA ofrece también folletos gratuitos sobre el VIH en una variedad de temas. Están escritos en un lenguaje fácil de entender y están disponibles en Inglés y Español. Para ordenar folletos gratis, visite nuestra página web: www.acria.org/treatment, o llame a Gustavo Otto al 212-924-3934 anexo 129.

Sesión Satélite en la Conferencia Internacional del SIDA en la Ciudad de México

En Agosto del 2008 el Gay Men's Health Crisis auspiciará un sesión satélite en la Conferencia Internacional del SIDA en la Ciudad de México sobre la Prohibición de Viajes e Inmigración de los Estados Unidos. La sesión será dada el día Domingo, Agosto 3 de 11:15–13:15. Para más información del evento visite gmhc.org o por correo electrónico a Nathans@gmhc.org.

THRIVE

230 West 38th Street
17th floor
New York, NY 10018

Change Service Requested

Thrive es auspiciada en parte con
fondos educativos no restringidos de:

Thomas K. Duane,
Senador por Nueva York
Gilead Sciences
GlaxoSmithKline
M•A•C AIDS Fund
Christine C. Quinn,
Presidenta del Consejo
de la Ciudad de Nueva York
Roche and Trimeris
The Shelley and Donald
Rubin Foundation
Tibotec Therapeutics

NON-PROFIT ORG.
US POSTAGE
PAID
NEW YORK, NY
PERMIT NO. 4732