

Más Allá de los Condones: Prevención del VIH

En ésta última década, desde la aparición de la terapia combinada contra el VIH, hemos tenido grandes logros en el tratamiento del VIH. Los regímenes de medicamentos se han ido simplificando y se ha reducido la cantidad de pastillas a tomar. Tratamientos efectivos para los efectos secundarios nos han acercado al objetivo de hacer del VIH “una enfermedad crónica manejable.” Las personas que viven con el VIH hoy en día pueden esperar vivir vidas más largas y saludables, comparadas a la época del inicio de la epidemia.

Pero los tratamientos no son la única respuesta. Para comenzar, los medicamentos usados para tratar el VIH son extremadamente caros, sobretodo en países desarrollados. En los Estados Unidos, a pesar de las ventajas económicas, el costo de proveer de medicamentos sobrepasa las posibilidades del gobierno, forzando a las personas a ponerse en listas de espera para obtener estas medicinas. Alrededor del mundo, la mayor parte de las personas que viven con el VIH no logran acceso a tratamientos efectivos, aún considerando los publicitados esfuerzos internacionales para expandir su acceso.

Existen otros problemas en tomar medicamentos antiretrovirales por el resto de la vida: Aunque la

situación ha mejorado, aún existen muchas personas que no pueden tolerar los efectos secundarios de algunos o todos los medicamentos en el mercado. La resistencia y la resistencia-cruzada: los medicamentos son una preocupación creciente. Y nadie conoce la consecuencia o los efectos de uso prolongado de estos poderosos medicamentos.

El hecho es que no podemos únicamente usar los tratamientos para lograr deshacernos de esta epidemia. La prevención es esencial. Esta publicación intenta acercarnos a los aspectos actuales que rodean el tema de la prevención. Por el lado médico presentamos artículos sobre la búsqueda de vacunas y microbicidas efectivos y el uso de la profilaxis de pre- y post- exposición. Además, relato personales examinan algunos de los temas más agudos sobre el comportamiento de riesgo, incluso aquellos que buscan el sexo sin usar el condón.

No debemos dejar que los avances en el tratamiento contra el VIH en los últimos diez años nos deje satisfechos. La prevención, por último, sigue siendo la principal respuesta para erradicar esta epidemia y poder eliminar los costos asociados, en especial el devastador costo de muchas vidas humanas.

Daniel Tietz, Editor en Jefe

por Richard Jefferys

¿Qué Pasó con la Vacuna?

Cuando el VIH fue descubierto a principios de los 80's, los científicos estaban optimistas de que una vacuna para prevenir la infección sería desarrollada en cuestión de años. Desafortunadamente, aquel optimismo fue perdiéndose y el VIH se convirtió en un enemigo complicado para los investigadores de una vacuna.

El Enfoque de Anticuerpos Da en el Blanco

En la época del descubrimiento del VIH, se pensó que la mayor parte de las vacunas funcionaban al iniciar un tipo de respuesta inmunológica llamada respuesta de anticuerpo (ahora sabemos que las células T y otras partes del sistema inmunológico también participan). Los anticuerpos son pequeñas moléculas en forma de “Y” que son elaboradas por unas células del sistema inmune llamadas células B.

La función de los anticuerpos es la de flotar dentro del sistema circulatorio y envolver a los patógenos deshabilitándolos y marcándolos para su destrucción. Experimentos iniciales mostraron que el VIH reproducido en laboratorio, puede ser efectivamente bloqueado por los anticuerpos que se adhieren a la proteína externa del virus, llamada proteína de la cobertura del VIH. Los científicos diseñaron vacunas basadas en una molécula en la cobertura llamada gp120, con la esperanza de que estas vacunas iniciaran la estimulación de la producción de anticuerpos similares, ofreciendo así una protección como si se hubiese expuesto al VIH.

Pero antes de que se desarrollaran estudios clínicos, los investigadores se dieron cuenta de que el VIH se adapta a vivir en una placa de laboratorio

(continúa en la página 3,

Contents

5 *Microbicidas:
¿Dónde estamos ahora?*

8 *Antes y Después:
PrEP y PEP*

10 *Perspectiva Personal:
VIH- ¿Tú también?*

12 *¿Reducción de Daño
para el Sexo Anal
Sin Protección?*

15 *Noticias ACRIA*

verano
2007

Editor en Jefe
Daniel Tietz

Editores
Mark Milano
Luis Scaccabarozzi

Editor Médico
Dr. Jerome A. Ernst

Editor Médico Asociado
Dr. Douglas Mendez

Asociada en Publicaciones
Laura Engle

Traductores
Rafael Madrid, *Editor*
Luis Scaccabarozzi
Gustavo Otto
Ricardo Venegas-Plata

Junta de Directores de ACRIA
Martha Nelson, *Presidente*
Dr. Donald Kotler, *Vice-Presidente*
Dr. Charles Franchino, *Secretario*
Mark J. Montgomery, *Tesorero*
Ross Bleckner
Marisa Cardinale
Francisco Costa
Abg.° Alphonso B. David
Vincent Wm. Gagliostro
Deborah Hughes
Leslie Klotz
Christopher Murray
Dr. Judith Rabkin
Isabel Rattazzi
Abg.° Vaughn C. Williams

En Memoria:
Dr. Barry Binkowitz
Gary Bonasorte
Kiki Mason
David Seidner
George N. Stathakis

Director Médico
Dr. Jerome A. Ernst

ACRIA es una organización sin fines de lucro, cooperativa e independiente, que estudia nuevos tratamientos para el VIH/SIDA y enfermedades relacionadas y que además conduce un comprehensivo programa educativo de VIH. Copias gratuitas se ofrecen para agencias que ofrecen servicios a personas que viven con VIH/SIDA. Para más información, llame al 212-924-3934, anexo 129.

Copyright © 2007
AIDS Community Research Initiative of América. Todos los derechos reservados.
Material gratis. Prohibida su reproducción total o parcial para la venta. Reproducción permitida con reconocimiento de propiedad de ACRIA.

ACRIA
230 West 38th Street, 17th Floor
New York, NY 10018
Telefono: (212) 924-3934
Fax: (212) 924-3936
Sitio de Internet: www.acria.org

Transacin (NGX-4010) para la Neuropatía Periférica

Personas con VIH que tienen neuropatía periférica usarían parches de Transacin (capsaicin) o dosis muy bajas en parches por 30 o 60 minutos al día por 3 meses. Los participantes deben tener 18 años o más y haber tenido dolor en ambos pies por lo menos por 2 meses.

TH9507

Personas entre la edad de 18-65 que tienen exceso de grasa abdominal tomarían TH9507 (una hormona de crecimiento investigativa), o un placebo por 26 semanas. Los dos grupos se intercambiarían por 26 semanas más.

Lauriad Para Las Aftas Orales (Thrush)

Personas con candidiásis oral tomarían Lauriad (miconazole) en tabletas una vez al día o clotrimazole 5 veces al día por 2 semanas. Los participantes deben de tener 18 años o más y estar estables en TARGA por lo menos por 2 meses.

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 droga 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 no blancos; la mitad hombres y la otra mitad mujeres) quienes han tomado un NRTI, NNRTI, y PI (no Aptivus) y quienes tienen resistencia a por lo menos 2 IPs, 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.

TMC 125 Acceso Expandido

Personas de 18 años o más que tienen limitadas opciones de tratamiento y resistencia hacia NNRTIs aprobados, y que hayan tomado un NRTI, NNRTI y por lo menos 2 PI, pueden cualificar para un acceso temprano de este NNRTI experimental.

Para más información de estas pruebas, contacte al Dr. Douglas Mendez al (212) 924-3934 ext. 126 o al Doctor Yuriy Akulov en la ext.124.

Nota del Editor

Todo el material presentado en *ACRIA Update* es solo para fines educativos y de información, sin intención de proveer consejería médica. Todas las decisiones personales acerca de tratamientos, terapias y sus alternativas, deben ser consultadas con su médico.

NRTI, NNRTI y PI son las abreviaciones en inglés de las medicinas contra el VIH. En español, comunmente se les conoce y abrevian como INTR, INNTR y IP, respectivamente.

¿Qué Pasó con la Vacuna? *(continúa de la primera página)*

(o disco de cultivo) haciéndose más vulnerable a los anticuerpos, a diferencia de lo que pasa dentro del cuerpo humano. El VIH que se toma directamente de las personas no puede ser bloqueado por los anticuerpos anti-gp120, que si funcionan contra el VIH manipulado en el laboratorio. La compañía VaxGen, que estaba desarrollando la vacuna gp120 decidió hacer de oídos sordos a estos resultados.

VaxGen tomó su vacuna llamada AIDSVAX e inició dos enormes estudios clínicos para probar si funcionaba. Se condujo un estudio en Norte América donde la mayor parte de los participantes fueron hombres gay. El segundo estudio se hizo en Tailandia entre personas en alto riesgo por el uso de drogas intravenosas.

Cuando los resultados finalmente se hicieron públicos en el 2003, arrojó que los anteriores estudios de laboratorio estuvieron correctos. No se encontraron diferencias entre el número de personas que se infectaron sin importar si tomaron la vacuna AIDSVAX o el placebo. VaxGen intentó extraer forzosamente resultados positivos del estudio en Norte América y sugirió que AIDSVAX mostró un efecto protector en personas de color. Esto resultó siendo una falsa declaración, basada en un número pequeño de participantes de raza no-blanca enrolados en el estudio clínico.

Las Respuestas de las Células T Toman un Vuelco

Mientras que esto puede sonar desastroso, no todo fue en vano, pues muchos otros científicos continuaron usando otros enfoques para el desarrollo de una vacuna. En la última década, se ha encontrado que existe otro tipo de respuesta inmunológica contra el VIH que puede proteger. Estas respuestas inmunológicas son las respuestas de las células T.

Las células T son de dos tipos: las células CD4 (que son monitoreadas en personas con VIH como marcador de la progresión de la enfermedad) y las células CD8. Las células CD4 actúan como mariscales de campo dándole órdenes a las células CD8 y a las células B. Las células CD8 tienen una función vitalmente importante: Ellas pueden reconocer las células infectadas por el virus en el cuerpo y eliminarlas con sus proteínas destructivas. Por esta razón, tam-

bién se les conoce como células T citotóxicas (“cyto” viene de la palabra griega que significa célula) o Linfocitos T Citotóxicos (LTC).

Diferentes fuentes de evidencia sugieren que las células CD4 y CD8 que atacan al VIH podrían tener un rol importante. En monos infectados con un pariente cercano del VIH llamado VIS (Virus de Inmunodeficiencia de los Simios), se observó que el conteo viral aumenta

“Algunos científicos piensan que estas vacunas basadas en células T ofrecerán una protección completa contra la infección del VIH, pues se piensa que los anticuerpos son necesarios para que esto ocurra.”

dramáticamente si los investigadores disminuyen artificialmente las células CD8. Las personas con VIH que no desarrollan inmunodeficiencia (personas que han permanecido por mucho tiempo libres de enfermedad y síntomas, sin necesidad de tratamiento ni sufrir la pérdida de su sistema inmunológico) – llamados “no-progresores a largo plazo” – han mostrado tener células CD4 y CD8 altamente funcionales que atacan al virus, y sus células CD8 pueden eliminar rápidamente las células infectadas en una placa de laboratorio. Las personas con VIH que progresan de la manera usual, también poseen células CD8 que atacan al virus – a veces una gran cantidad – pero cuando se observa su función, no hacen un trabajo tan efectivo eliminando células infectadas.

Adicionalmente, se ha encontrado que las células de CD4 y CD8 que atacan al VIH – en algunas personas tales como los trabajadores sexuales y las parejas no infectadas de personas positivas – que han sido repetidamente expuestos al virus, pero que permanecen sin infectarse (aunque no se conoce aún si son respuestas de la célula T que protegen a estos individuos, o si únicamente indican de que ha ocurrido una exposición al virus).

La Vacuna ALVAC

Como resultado de esta evidencia, y por la dificultad de bloquear al VIH con anticuerpos, una alternativa de los investigadores fue diseñar vacunas que puedan inducir la producción de células CD4 y CD8 que puedan atacar al VIH. Mientras que la respuesta de las células CD4 puede inducirse fácilmente, resultó más difícil hacerlo con las células CD8.

Durante los 90’s, lo mejor que los investigadores pudieron lograr fue inducir las respuestas celulares de las CD8 que atacan al VIH en un 20% de las personas VIH negativas que recibieron una vacuna experimental llamada ALVAC. ALVAC es un tipo de vacuna llamada vector viral. Es una versión inocua de un virus aviano llamado canarypox, que ha sido alterado para que haga varias proteínas diferentes de VIH cuando se inyecta a las personas (estas proteínas no pueden formar VIH infeccioso).

Aunque la mayor parte de los investigadores piensan que será necesario inducir la respuesta de las células CD8 en más de un 20% en personas estudiadas para que la vacuna tenga la posibilidad de funcionar, ALVAC ahora está siendo evaluada en un gran estudio clínico en Tailandia para ver si puede ofrecer alguna protección contra la infección del VIH. Las personas en este estudio que se infecten además serán monitoreadas, para ver si el recibir la vacuna mejora la oportunidad de convertirse en un no-progresor a largo plazo.

Merck Hace un Importante Avance

El gran avance para las vacunas dirigidas a estimular la respuesta celular de las CD8, vino justo después del cambio de milenio. Merck y Co. desarrolló un tipo diferente de vacuna de vector viral, basada en la forma debilitada de un virus llamado adenovirus (que en su forma natural causa resfríos fuertes). Esta vacuna, en la mayoría de las

(continúa en la próxima página)

¿Qué Pasó con la Vacuna? *(continúa de la página anterior)*

personas que la han recibido, ha demostrado estimular la respuesta celular contra el VIH de las CD4 y CD8 (50-70%). Las proteínas de VIH que la vacuna hace se llaman *gag*, *pol* y *nef*. La vacuna de Merck está siendo probada en un estudio clínico con 3,000 participantes VIH-negativos que están en riesgo de infección. El estudio se inició en Enero del 2005, y los resultados se esperan a más tardar el 2010. Al igual que el estudio ALVAC, se evaluará si la vacuna podría proteger completamente contra la infección o tal vez incrementar la posibilidad de que la persona se convierta en un no-progresor a largo plazo.

VRC se Manifiesta

Una vacuna similar ha sido diseñada por investigadores gubernamentales en el Centro de Investigación de Vacunas (Vaccine Research Center, VRC, por sus siglas en inglés) en Bethesda, que es parte del Instituto Nacional de la Salud. El enfoque del VRC utiliza una estrategia doble, llamada vacunación “de primer refuerzo”. La primera vacuna que es dada consiste en una porción de DNA, que puede hacer ciertas proteínas de VIH cuando es inyectada dentro del músculo. La vacuna del DNA puede inducir células CD4 y CD8 anti-VIH, pero únicamente a niveles muy bajos. El VRC entonces usa una vacuna a base de un adenovirus como la de Merck para elevar la cantidad de células CD4 y CD8 a niveles más altos.

La vacuna del VRC incluye más proteínas de VIH: Posee *gag*, *pol*, y *nef*, pero también incluye las proteínas de cobertura del VIH de tres diferentes subtipos de VIH, de diferentes partes del mundo: subtipos A, B, y C. Un estudio clínico para probar la efectividad de esta vacuna con 8,500 participantes está iniciándose, y los resultados preliminares se darían a conocer en el 2011.

Vacunas Terapéuticas

Todas las vacunas basadas en las células T mencionadas en éste artículo (y muchos otros), están también siendo estudiadas como terapias potenciales. El objetivo de la vacuna terapéutica es mejorar la efectividad de la respuesta inmunológica anti-VIH en personas que ya han sido infectadas con el virus. En estos estudios usualmente se vacuna a personas mientras estén tomando los medicamentos antiretrovirales, para que la respuesta anti-VIH de la célula T pueda

desarrollarse al mismo tiempo que la carga viral que está siendo suprimida. El tratamiento antiretroviral luego es interrumpido para determinar si esta nueva respuesta inmunológica puede controlar al VIH mejor de lo que lo había hecho antes.

Hasta la fecha, algunos estudios usando ALVAC han mostrado un impacto limitado a la vacunación terapéutica, mientras otros no han mostrado efecto (o hasta un efecto perjudicial en un caso reportado). Los resultados de estos estudios usando las vacunas de Merck y VRC no han sido presentados al público aún.

“Debido a la dificultad de bloquear al VIH con anticuerpos, una alternativa de los investigadores fue diseñar vacunas que puedan inducir la producción de células CD4 y CD8 que puedan atacar al VIH.”

Conclusión

Los resultados de estos estudios progresivos de vacunas basadas en las células T, serán críticos para el futuro de las investigaciones de vacunas contra el VIH. Si alguna evidencia significativa de protección – contra la infección o el progreso de la enfermedad – es observada, los investigadores podrán tratar de mejorar sobre esos resultados y, dependiendo del nivel del éxito, someter los resultados para aprobación ante el FDA.

Una vacuna que reduzca los niveles de carga viral puede tener un impacto benefi-

cioso en la transmisión de VIH porque las personas con menos carga tienen menos probabilidad de transmitir el virus. Sin embargo puede ser un reto el desarrollar materiales educativos sobre estas vacunas parcialmente efectivas, porque los que la reciben necesitarían estar informados que no estarían completamente protegidos contra el virus. Si ningún efecto resulta de los estudios sobre la vacuna basada en las células T, los investigadores de las vacunas tendrán que concentrar sus esfuerzos para desarrollar vacunas basadas en anticuerpos o enfoques alternativos (si alguno puede ser descubierto).

No existe una manera de saber cual será el resultado de estos estudios clínicos. Muchos investigadores sienten confiados – basados en los resultados en estudios con animales – que estas vacunas pueden mejorar la oportunidad de que una persona que recibe la vacuna y que posteriormente se infecte con VIH, se haría un no-progresor a largo plazo.

Con pesimismo, algunos científicos piensan que estas vacunas basadas en células T ofrecerán una protección completa contra la infección del VIH, pues se piensa que los anticuerpos son necesarios para que esto ocurra.

Si los científicos están en lo correcto – y la evidencia actual sugiere que lo están – entonces es casi imposible que una vacuna contra el VIH que nos proteja completamente, sea posible en lo que nos queda de vida. Sabremos con certeza cuando se obtenga más información sobre los resultados de estos estudios tan esperados.

Para más información, visite la página Web de la Coalición de Abogacía para la Vacuna contra el SIDA: www.avac.org. Ellos tienen el *Manual de Vacunas contra el SIDA: Perspectivas Globales (2da edición)*. Contiene una gran cantidad de detalles en todos los aspectos de la búsqueda de una vacuna, desde el tema ético de los estudios clínicos hasta la necesidad de activismo comunitario.

Richard Jefferys es Coordinador de Michael Palm Basic Science, Proyecto de vacunas y Prevención del Grupo de Acción de Tratamientos.

Microbicidas: ¿Donde Estamos Ahora?

Uno de los inconvenientes del condón, es que su uso generalmente es controlado por la persona quien penetra en la pareja – así que puede ser algo difícil para la persona que es penetrada el asegurar su uso. Hasta el condón femenino requiere de la cooperación de la pareja para el uso apropiado. Añada el hecho de que a muchos hombres no les agrada la sensación del uso del condón y pueden tener dificultad en mantener una erección, luego se podrá entender el por qué se vienen estudiando los microbicidas, en especial cuando el objetivo es el de ofrecer a las mujeres (o las parejas receptivas) más posibilidades preventivas que puedan controlar.

Este artículo (adaptado de la información obtenida de la Campaña Global para Microbicidas) responde a algunas de estas preguntas básicas que algunas personas tienen sobre los Microbicidas, y dar información actual sobre los candidatos en estudio que están en un proceso más avanzado.

¿Qué es un Microbicida?

Un microbicida es una sustancia que puede reducir la transmisión de una enfermedad de transmisión sexual (ETS) incluyendo el VIH, cuando es aplicado ya sea dentro de la vagina o el recto. Un microbicida se puede producir en variadas formas: gel, cremas, supositorios, lubricantes, esponjas, o anillos vaginales que lentamente liberan un ingrediente activo.

Un microbicida puede prevenir el VIH y las ETS al:

- eliminar o inmovilizar patógenos
- bloquear una infección, creando una barrera entre el patógeno y las células de la vagina o recto, o
- prevenir que la infección tome control de algún sistema después de que haya ingresado al cuerpo.

Idealmente, un microbicida podrá combinar algunos o todos estos mecanismos para que posea una efectividad mayor.

Cuando se usa consistente y apropiadamente, los condones ofrecen una mejor protección contra el VIH y ETS en comparación con los microbicidas, así que seguirán siendo la opción preferida. Pero para aquellos que no pueden o que no usan condones, particularmente para aquellas mujeres cuyas parejas rehúsan usar condones, los microbicidas podrán salvar vidas y tener un impacto sustancial en la transmisión del VIH. De hecho, un modelo matemático mostró que si una porción pequeña de mujeres en países sub-desarrollados usaran un microbicida que fuera efectivo en un 60% en la mitad de sus encuentros sexuales donde no se usan condones, entonces 2.5 millones de infecciones se evitarían en sólo tres años.

VIH, ETS y Embarazo

Como las ETS son causadas por diferentes patógenos (algunos

virales, otros bacterianos), un microbicida que funciona contra una ETS quizá no pueda proteger contra otro. El reducir el riesgo de VIH es el objetivo principal de la investigación con los microbicidas, pero algunos de los microbicidas que actualmente están siendo investigados parecen tener alguna eficacia contra alguna otra ETS en adición al VIH. Eventualmente, un producto de combinación que funcione de múltiples maneras podrá ofrecer protección contra un amplio espectro de ETS, incluyendo el VIH.

Algunos microbicidas estudiados previenen el embarazo, pero otros no. Es importante tener ambos, un microbicida anticonceptivo y un microbicida de “doble acción” que prevenga embarazo e infección de VIH, para que las mujeres y sus parejas protejan su salud y aún tener hijos. Esto no es posible con los condones.

“Las farmacéuticas no han invertido significativamente en ésta área, básicamente porque los microbicidas son un clásico ejemplo de “un bien para la salud pública,” el cual produciría tremendos beneficios para la sociedad, pero no mucho lucro para la inversión privada.”

Seguridad de los Estudios y Ética

Cualquier producto nuevo debe pasar por pruebas de seguridad rigurosas antes que se pueda ofrecer a los consumidores. Activistas de salud de la Mujer e investigadores han trabajado en conjunto para asegurarse de que los estudios clínicos de microbicidas sean exhaustivos y éticos. Afortunadamente, algunas de las sustancias y mecanismos de acción bajo investigación ya están en uso con otros productos – así que alguna información ya se conoce sobre ellos (aunque su eficacia como microbicidas aún no ha sido probada)

Los Estudios Clínicos actuales están observando si los microbicidas pueden proteger a mujeres VIH-negativas de una infección, pero existe la esperanza que algunos productos eventualmente prueben ser efectivos en hombres si su pareja femenina es VIH positiva. Sin embargo, evaluar si un microbicida protege a la pareja masculina, requerirá de estudios clínicos por separado.

Virtualmente todas las investigaciones sobre microbicidas hasta la fecha han sido hechas por organizaciones sin fines de lucro, instituciones académicas y com-

pañías biotecnológicas pequeñas. Los estudios han sido auspiciados por fundaciones de caridad y fondos gubernamentales. Estos fondos también auspician investigaciones de ciencias básicas, y estudios sociales y de comportamiento. Las grandes Compañías farmacéuticas no han invertido significativamente en ésta área, básicamente porque los microbicidas son un clásico ejemplo de “un bien para la salud pública”, el cual produciría tremendos beneficios para la sociedad, pero no mucho lucro para la inversión privada.

Un Candidato Fallido

Recientemente, dos organizaciones estaban conduciendo estudios separados de Sulfato de Celulosa (SC), también conocido como Ushercell. CONRAD, una organización de estudios de salud reproductiva, estaba haciendo un estudio entre mujeres en Benin, India,

(continúa en la próxima página)

Microbicidas: ¿Donde Estamos Ahora? *(continúa de la página anterior)*

Sudáfrica y Uganda, mientras que Salud Internacional Familiar (Family Health Internacional, FHI, por sus siglas en inglés) estaba conduciendo un estudio en dos lugares diferentes en Nigeria. Ambos auspiciadores eran grupos de investigación sin fines de lucro, dedicados al avance de la salud en países en vías de desarrollo.

CONRAD detuvo su estudio después de que resultados iniciales indicaron que el SC podría contribuir a un aumento de riesgo de infección al VIH entre las mujeres en este estudio. Aunque el estudio del FHI no encontró el mismo aumento de riesgo, también decidió detener el estudio cautelosamente. No existieron diferencias en los índices de ETS más que en el índice de VIH entre los dos grupos.

Antes de que se detuviera CONRAD, 35 mujeres se habían sero-convertido (en ambos, el grupo experimental y en el de control – pero aún no se sabe cuantas pertenecían a cada grupo). El análisis se basó en un número pequeño de participantes y puede que cambie cuando se obtengan más resultados – puede que más mujeres sean encontradas positivas una vez que todas las mujeres regresen al lugar de estudio para hacerse la prueba, o puede que se aprenda que algunas mujeres recibieron resultados falsos negativos en sus pruebas de VIH al momento de enrolarse en el estudio.

Once estudios de seguridad con el SC fueron conducidos antes de iniciarse los estudios de fase III y no se observaron diferencias entre las mujeres que usaron SC en gel y las que recibieron el placebo en gel. Todos los participantes en ambos estudios recibieron consejería de prevención mensual, condones gratuitos, y diagnóstico y tratamiento rápido de cualquier enfermedad de transmisión sexual curable. Además, se tomaron extremas medidas de precaución en todos los lugares del estudio, para ayudar a las mujeres a entender que no debían confiar únicamente en el gel de prueba para protegerse contra el VIH, y que la mitad recibirían el gel de placebo (conocido por ser inefectivo).

Los científicos están tratando de no especular hasta que se obtenga más información. Es probable de que pasen muchos meses antes que se tenga un análisis completo de la información y se publique. Mientras tanto, los estudios de otros candidatos continúan.

Los candidatos

Carraguard

Carraguard es un inhibidor de entrada que provee una barrera física entre patógenos y células vulnerables en la pared celular (epitelio) de la vagina o el recto. No se espera que se sea contraceptivo, y puede

que ofrezca alguna protección contra el VIH, VHS (Virus de Herpes Simples), VPH (Virus del Papiloma Humano), y gonorrea. El ingrediente farmacéutico activo de Carraguard se llama carrageenan, una sustancia derivada de las algas marinas. El carrageenan generalmente se ha usado para espesar comidas, como emulsificante en cremas tópicas y lociones como los usados en la industria cosmética.

Un estudio masivo con Carraguard conducido por el Comité de la Población, fue completado en Marzo del 2007, con resultados que se esperan a finales del 2007 o principios del 2008. Carraguard es el primer microbicida nuevo que ha completado la fase III de los estudios clínicos.

BufferGel

BufferGel es un estabilizador de ácido que mantiene la acidez de la vagina, aún en la presencia de semen. También crea una barrera física que detiene o demora el paso de patógenos dentro de la vagina y de las paredes cervicales. Se espera que también prevenga el embarazo, al mismo tiempo que ayude a proteger contra el VIH, VHS, VPH, clamidia, y gonorrea. El BufferGel está siendo estudiado junto con el PRO 2000 (abajo) en un gran estudio clínico (HPTN 035) de 3,100 mujeres en siete lugares, incluyendo Malawi, Sudáfrica, Zambia, Zimbabwe y Filadelfia.

En este estudio, las mujeres se colocan una sola dosis de BufferGel, PRO 2000 gel o gel placebo dentro de la vagina hasta 60 minutos antes del contacto sexual vaginal, usando aplicadores de un sólo uso. El estudio también incluye una alternativa de “solo uso de condón” en la que las mujeres no se aplican ningún tipo de gel. Todos reciben consejería continua de reducción de riesgo, condones, y diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual curables. Se esperan resulta-

dos en el 2009.

PRO 2000

PRO 2000 (sulfato de naftaleno) es un inhibidor de entrada y de fusión que se adhiere a los virus y bacterias para prevenir que infecten células saludables. Su habilidad para prevenir embarazos puede depender de la dosis que se use. Puede que ayude a proteger contra el VIH, gonorrea, y VHS.

Tenofovir Gel

El Tenofovir es un medicamento para tratar el VIH, contenido dentro de Viread, Truvada y Atripla. Se decidió utilizarlo como gel microbicida porque es activo en muchas de las células que son atacadas por la infección del VIH, tales como las células dendríticas, macrófagos, y las células CD4. Estas células son abundantes en la vagina. Estudios en animales encontraron que el tenofovir en gel,

“Aunque un número de microbicidas están siendo estudiados para el uso vaginal, no está claro aún cual de ellos sería también útil para el uso rectal. El recto y la vagina son significativamente diferentes.”

previno la infección en monos cuando se dio antes o después de la exposición al VIS (el virus similar al VIH, pero en simios).

Está siendo estudiado en HPTN 059, un estudio de seis meses con dos modos de uso: ya sea diariamente o sólo antes de contacto sexual. Las mujeres en el estudio usarán tenofovir en gel o gel placebo, y a la mitad de las mujeres se les tomarán colonoscopías (examen de la cervix). A todos los participantes se les proveerá de condones y conserjería para su uso. El estudio será conducido en Birmingham, Alabama; el Bronx, Nueva York e India. Otro estudio se está realizando además en la República Dominicana.

Otros Candidatos

Algunos otros microbicidas están en desarrollo temprano, incluyendo dapirivina (TMC120), un medicamento anti-VIH que está siendo estudiado como gel y como un anillo vaginal; sulfato de lauryl (“el condón invisible”), que tiene forma líquida a temperatura ambiental, pero cambia a forma de gel cuando es aplicada al cuerpo; UC-781, una droga en la misma clase de la Sustiva que está siendo estudiada en forma de gel; y SPL7013 (VivaGel), que usa moléculas sintéticas llamadas dendrímeros para encapsular y deshabilitar al VIH. El VivaGel es el único microbicida estudiado para el uso vaginal y en el pene.

Microbicidas Rectales

Los pocos estudios internacionales que se están realizando, muestran que el contacto sexual anal ocurre en todo el mundo – y no únicamente en hombres que tienen sexo con hombres. Las parejas heterosexuales también tienen sexo anal en muchas culturas. Encuestas hechas en los EE.UU., revelaron que el 35% de mujeres heterosexuales reportaron haber tenido sexo anal en algún momento de sus vidas, y el 6.7% de parejas heterosexuales practican el sexo anal por lo menos una vez al mes.

Las personas sexualmente receptivas o que son penetradas (hombres y mujeres) están en un riesgo de un 10 a 100 veces mayor de infectarse con el VIH que las parejas que penetran durante la práctica de sexo anal sin usar condón. Ambas partes pueden exponerse a otras ETS, incluyendo verrugas genitales, hepatitis B, sífilis, y gonorrea. Para aquellos que no pueden o no desean usar condones, los microbicidas podrían ser una alternativa segura y efectiva de reducción de riesgo, especialmente si no se obstruye o si se puede mantener y prolongar el placer sexual como para motivar su uso consistente.

Aunque un número de microbicidas están siendo estudiados para el uso vaginal, no está claro aún cual de ellos sería también útil para el uso rectal. El recto y la vagina son significativamente diferentes. La vagina por ejemplo, es virtualmente una bolsa mientras que el recto es parte de una cavidad con entrada y salida. Una cantidad mayor del producto microbicida probablemente se necesitará para una cobertura rectal adecuada en comparación con el uso vaginal. La mucosa rectal es más frágil que gran parte de la mucosa vaginal, y el recto es más abundante en células CD4 que son particularmente vulnerables a la infección con el VIH. Algunos de estos factores incrementan aún más la vulnerabilidad rectal a la irritación, rasgado, y por ende, a la infección durante el sexo.

Algunos investigadores han estado estudiando los lubricantes que se compran sin prescripción en farmacias y tiendas que venden novedades sexuales para ver si funcionarían como microbicidas.

Tres de estos productos comerciales han mostrado poder eliminar al VIH en tubos de ensayo. Sin embargo, los lubricantes comerciales comúnmente contienen preservativos, perfumes y otros ingredientes que pueden causar irritación si se aplican internamente, de manera regular y/o en grandes cantidades. Investigaciones preliminares ya sugieren que algunos lubricantes son significativamente más probables de causar irritación rectal que otros. Una mayor investigación y abogacía en cuanto al uso de lubricantes, es necesario y urgente.

Como hemos aprendido con el nonoxynol-9 (que después de años de haber sido recomendado con la idea de que protegía contra el VIH, se determinó que realmente aumentaba el riesgo de infección del VIH, y de ser especialmente dañinos en el recto), es peligroso hacer suposiciones sobre la seguridad y la efectividad de un producto antes de que se completen las investigaciones. No existe prueba que alguno de estos productos lubricantes sean seguros o efectivos como microbicidas – y existe evidencia que sugiere que algunos de ellos pueden causar mayor irritación al tejido rectal en comparación a otros.

Conclusión

Ninguna estrategia o tecnología por sí solas podrán “resolver” la pandemia del SIDA. Debemos usar todas las estrategias de prevención existentes: cambios de comportamiento, consejería voluntaria y pruebas de VIH, diagnóstico y tratamiento de ETS, acceso a condones femeninos y masculinos, acceso jeringas estériles y a tratamiento del VIH mientras se trabaja en el desarrollo de nuevas herramientas y tecnologías. Los microbicidas probablemente estarán disponibles y serán accesibles antes que una vacuna contra el VIH. Aún después que se descubra una vacuna segura y efectiva, los microbicidas tendrán un rol diferente y complementario en la estrategia de prevención global del VIH.

Una vez que encontremos un microbicida efectivo, será esencial que se ponga en manos de las mujeres y los hombres que la necesiten a un precio módico. En el pasado, las nuevas tecnologías no se han puesto a disposición de los países en vías en desarrollo hasta después de una década después de ser aprobadas en los EE.UU. y Europa; una demora inaceptable para productos que pueden salvar vidas, desarrollados principalmente con fondos públicos. Los que abogan por su acceso están trabajando de cerca con investigadores y en la creación de leyes para enfatizar la necesidad de crear acceso y alcance en el precio, y poder estar preparados para hacer llegar los microbicidas rápidamente cuando hayan probado ser efectivos y seguros.

Para más información sobre microbicidas, e información sobre como involucrarse en la abogacía para mayor investigación, visite los siguientes sitios de Internet:

La Campaña Global para Microbicidas

www.global-campaign.org

La Alianza para el Desarrollo de Microbicidas

www.microbicide.org

El Grupo de Trabajo Internacional para Microbicidas Rectales

www.irmwg.org

La Red de Estudios para Microbicidas

www.mtnstoshiv.org

Antes y Después: PrEP y PEP

por Luis Scaccabarozzi and Mark Milano

Uno de los descubrimientos más sorprendentes de la última década ha sido que los medicamentos contra el VIH no sólo tratan la infección, sino además la previenen. Usando estas medicinas rápidamente después de la exposición al VIH ha sido una práctica aceptada, pero el uso antes de la exposición sigue siendo controversial. Esto es lo que conocemos acerca de ambas situaciones.

PEP

PEP (Post-Exposure Prophylaxis por sus siglas en inglés) Profilaxis Post Exposición en un principio demostró ser efectivo en prevenir la exposición ocupacional al VIH (pinchazos accidentales con jeringas y salpicados con sangre, etc.). Esto llevó a los investigadores a estudiar si el dar las medicinas contra el VIH inmediatamente después de una exposición de tipo sexual, podría también funcionar. Pero como las medicinas usadas deben ser aprobadas por la FDA y además deben ser dadas bajo prescripción médica, no fue considerado ético hacer estudios controlados (en los cuales la mitad de los participantes reciben la medicina y la otra mitad reciben un placebo o medicamento inactivo). Entonces, los únicos estudios realizados han sido en los que a todos se les ha dado la terapia real – un recurso muy útil a nivel de datos, pero no un método que pueda proveer información concluyente si este enfoque realmente funciona. Igual, los resultados han sido impresionantes: de 401 personas tratadas en un estudio de PEP en San Francisco a finales de los 90's, ninguno dio resultados positivos a la prueba del VIH.

¿Cómo Funciona?

Luchar contra el tiempo es un asunto crítico cuando se trata de PEP. Se deben tomar las medicinas del VIH lo antes posible (las recomendaciones varían de 36 a 72 horas después de la exposición), y continuar tomándolas por 28 días. La efectividad del tratamiento se reduce mientras más se retrasa el inicio del tratamiento; empezar lo antes posible es crucial. En muchos estados en EE.UU. se requiere que cada organización que trabaja con personas que viven con el VIH, tenga los reglamentos claros y a mano en caso de ocurrir una exposición ocupacional, así los empleados no se confunden y saben exactamente que hacer si acontece un accidente de esta naturaleza. Las personas deben saber donde ir por cuidados médicos después de que una exposición ocupacional ha ocurrido. Si usted se expone a mitad de la

noche, no espere hasta la mañana siguiente para llamar a su médico – vaya a la sala de emergencia más cercana, lo antes posible y tome la primera dosis.

Antes de empezar con PEP, un proveedor de salud debe determinar:

- Que la exposición ocurrió dentro de las 72 horas precedentes (El Departamento de Salud del Estado de NY recomienda 36 horas).
- Que el paciente sea VIH negativo (una nueva prueba de anticuerpos es recomendado antes de iniciar PEP).
- Que se sepa o que se tengan sospechas contundentes que el individuo con el que se tuvo el accidente, sea VIH positivo.
- Que haya existido un riesgo significativo de exposición al VIH (PEP es habitualmente usado sólo para exposición ocupacional o por contacto vaginal o anal sin condón, pero cada caso es individualmente analizado).

Si es posible entrevistar a la persona que ha sido fuente de la exposición, el régimen probable de PEP estará basado en su historia de tratamiento y si es que se conoce alguna historia de resistencia a la medicina contra el VIH. Para mujeres, además se considerarán las probables interacciones con medicinas para el control de la natalidad y la posibilidad de embarazo. Generalmente se usa la terapia de combinación triple (la misma que es usada para tratar la infección con el VIH).

Permanecer en la Terapia

El iniciar PEP no es un paseo campestre. Los efectos secundarios de la medicina contra el VIH son usualmente más fuertes durante las primeras semanas, y para que haga efecto, se debe tomar al menos por 28 días. Es de vital importancia para esto, elegir un tratamiento adecuado para saltarse la menor cantidad de dosis posibles y prepararse a conciencia para lidiar con los efectos secundarios (incluyendo saber qué hacer cuando ocurren). También es necesario chequear cualquier interacción con otras drogas, incluyendo las que se venden sin receta médica y las drogas recreativas.

El paso final es monitorear esta situación con otra prueba de anticuerpos de VIH después de cuatro a seis semanas. Si resulta negativa, otra prueba debe hacerse tres meses después de la exposición, para realmente confirmar que la infección no ocurrió.

PrEP

El PEP ha sido pensado para ocasiones específicas y de ocurrencia única - no para su uso repetitivo. Para personas que se exponen regularmente al VIH. Un enfoque más controversial esta siendo estudiado: el uso de las medicinas contra el VIH previene la infección antes de la exposición. Conocido como Profilaxis de Pre-Exposición o PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis, por sus siglas en inglés), es de práctica común el recetar los antiretrovirales como una forma de prevenir la transmisión del VIH durante el embarazo.

Estudios recientes de PrEP están usando Viread (Tenofovir) o Truvada (Tenofovir más Emcitrabina). Estas medicinas fueron elegidas ya que se toman una vez al día, se pueden tomar sin comida, se tiene la experiencia de que son seguros, con pocos efectos secundarios y con perfiles favorables a la resistencia. Además, estudios en animales han demostrado que Viread y Truvada pueden reducir el riesgo de transmisión del VIS (Virus de la Inmunodeficiencia en Simios). El VIS es un virus que es generalmente usado en estudios con animales, por su semejanza con el VIH en humanos. Pero resultados han sido variados: algunos estudios han encontrado que PrEP en monos ha sido exitoso en la prevención de la infección con el VIS, mientras que otros estudios han encontrado que PrEP solamente retrasa la transmisión. Y por supuesto, en los seres humanos puede que no responda de la misma forma.

Un estudio presentado el mes pasado en la 16va Conferencia Internacional sobre Resistencia al VIH, mostró que inyecciones de Truvada suministradas dos horas antes y 24 horas después de una exposición, previno la infección con VIS en los seis monos que se usaron en el experimento.

Una vez más, no se sabe a ciencia cierta si esto podría también resultar en humanos. (Todos los estudios clínicos de PrEP hasta la fecha, han observado el tratamiento con píldoras de uso diario, no como inyecciones antes y después de la exposición).

Falsos Comienzos

Cuatro estudios clínicos de PrEP se han cancelado antes de completarse por diferentes razones. Los estudios en Cambodia y Camerún fueron detenidos por activistas que protestaron por la falta de consejería

sobre sexo mas seguro; y por la poca (o ninguna) planeación sobre como proveer cuidados de salud para quienes se seroconvirtieron durante el estudio. El Ministerio de Salud de Malawi, suspendió un estudio debido a que la extensión del uso de Tenofovir podría complicar su uso como tratamiento contra el VIH y otro estudio clínico en Nigeria fue suspendido debido a que el sitio del estudio y la capacidad para conducirlos, resultaron cuestionables.

También se han elevado interrogantes en cuanto a las poblaciones que han sido estudiadas. Sabemos por experiencia que en países como Tailandia, la aplicación del uso del condón en burdeles, puede bajar la tasa de infección del VIH dramáticamente. Entonces, ¿es ético conducir estudios en trabajadores sexuales cuando ya se ha logrado un método de prevención que funciona? En particular, ¿es ético conducir estudios con usuarios de drogas intravenosas en países en donde las jeringas no son provistas por el gobierno? Estas preocupaciones y muchas otras han sido sujeto de acalorados debates.

Primeros Resultados

Después de años de espera, los primeros resultados de PrEP fueron presentados en la Conferencia Internacional del SIDA en Toronto en el 2006. Un estudio en Ghana enroló a 936 mujeres VIH negativas, de las cuales la mitad tomó Viread y la otra mitad, un placebo. Los resultados mostraron que dos de las mujeres tomando Viread y seis tomando placebo, se seroconvirtieron. Pero esos resultados no fueron estadísticamente significativos, pues la educación rigurosa sobre sexo seguro provista en los sitios de los estudios, las llevó a reducir el número de nuevas parejas sexuales y un impresionante aumento en el reporte de uso del condón durante el último encuentro sexual informado – ¡de 52% a 94%! Puede ser que los estudios clínicos que se conducen éticamente (esto es, con consejería apropiada), llevaría a menos seroconversiones, llevando a resultados valiosos.

El Curso Actual de los Estudios Clínicos

En Tailandia, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) está conduciendo un estudio de Viread de una sola toma al día en 2.000 personas usuarias de drogas inyectables VIH negativas. El estudio está siendo conducido en colaboración con el Ministerio de Salud Pública de Tailandia en 17 clíni-

cas para rehabilitación de uso de drogas en Bangkok. Pero el gobierno tailandés, al igual que en EE.UU., no provee jeringas nuevas para los usuarios de drogas, aumentando sus preocupaciones acerca del tema ético de probar un método de prevención, cuando no hay una intervención disponible que ya está probada.

El CDC en conjunto con el Ministerio de Salud de Bostwana también está haciendo un estudio sobre la toma de Viread una vez al día con 1.200 hombres y mujeres hetero-

“La educación rigurosa sobre sexo seguro provista en los sitios de los estudios, las llevó a reducir el número de nuevas parejas sexuales y un impresionante aumento en el reporte de uso del condón durante el último encuentro sexual informado – ¡de 52% a 94%!”

sexuales VIH negativas, entre 18 y 29 años han sido reclutados en centros de pruebas de VIH y consejería, clínicas para enfermedades de transmisión sexual y de planeación familiar, organizaciones para la juventud y eventos comunitarios. El estudio fue planeado inicialmente para estudiar el Viread solo, y habían enrolados 71 individuos antes que se tuviera evidencia para apoyar los estudios de Truvada. Los investigadores continuarán el seguimiento de esos participantes para obtener datos sobre la seguridad de Viread tomado solo.

En EE.UU., el CDC esta estudiando Viread de una sola toma diaria en colaboración con el Departamento de Salud Pública de la ciudad de San Francisco, El Consorcio de Investigación sobre el SIDA de Atlanta y la Comunidad de Salud Fenway en Boston. Una variedad de técnicas de reclutamiento, incluidas salidas a terreno y referidos a través de profesionales de la salud y organizaciones de servicio a la comunidad, están involucradas en enrolar a 400 hombres que tienen sexo con hombres (MSM), que son VIH negativos y que han tenido relaciones sexuales anales durante el último año. Para reflejar la demografía de la epidemia del VIH en EE.UU., un número sustancial de participantes serán MSM's de razas de color.

Dos grupos en el estudio de EE.UU. tomarán Viread o un placebo y otros dos grupos harán lo mismo, pero luego de esperar nueve meses después de ser enrolados. Este diseño podría ayudar a los investigadores a comparar las conductas de riesgo de las personas quienes toman la píldora diaria con aquellos que no la toman. Este análisis, será crítico para entender el efecto potencial de un régimen de una droga diaria en las conductas de riesgo de VIH. Debido a que, comparativamente el número de personas en este estudio es pequeño, estudiará solo la seguridad de este enfoque y no su efectividad.

Los Institutos Nacionales de Salud están preparando un estudio de seguridad y eficacia de Truvada en PrEP en 1.400 MSM en Perú y en Ecuador, y el CDC está en camino a preparar un estudio en EE.UU. sobre la seguridad de Truvada en PrEP. (Para mas detalles sobre los estudios actuales de PrEP, visite prepwatch.org)

Otros Asuntos

Ha habido preocupación acerca de que muchas personas podrían usar PrEP antes de que los estudios se completen, pensando que se estarían protegiendo del VIH. Hay rumores de que algunos hombres gay están actualmente usando PrEP, incluyendo un “nuevo cóctel” en fiestas conocidas con el nombre de “MTV” (Metanfetamina, Tenofovir y Viagra). Pero una encuesta del CDC efectuada en el día del orgullo gay en el 2005, mostró que de 397 hombres gay VIH negativos, sólo una persona había usado PrEP, cuando cinco de ellos habían usado PEP. Casi el 19% dijo que había escuchado acerca de PrEP, indicando que

(continúa en la página 14)

Perspectiva Personal: VIH- ¿Tu también?

por Mark Milano

“¿Estas limpio?”. Miré hacia abajo al tipo que me preguntó esto. ¿Contrario a qué?, me pregunté...¿sucio? Bueno, tomé una ducha antes de salir de casa. Así que sí, estaba limpio.

Estuve hablando con este tipo en una línea telefónica de sexo por casi una hora (esto fue antes de que existiera el Internet para conectarse), cuando me invitó a su casa en Brooklyn – a las dos de la mañana. Todo lo que quería era tener sexo oral, me dijo. El viaje en metro me tomó casi una hora, y luego una caminata de diez cuadras hasta su casa. Después de todo eso, justo antes de comenzar la acción, decidió preguntarme mi situación de VIH.

No ha sido la primera vez que me ha pasado esto. Y por supuesto, la gente nunca te pregunta “¿tienes VIH?”. Es siempre una pregunta esquivando lo puntual: “¿te proteges?” “¿estás sano?” Y la más insultante de todas, la que este tipo usó: “¿estás limpio?”

¿Qué es lo que exactamente estos tipos piensan que están haciendo? ¿Protegiéndose? Debe ser una broma. Creo que la respuesta de muchos hombres con VIH es: “daré la respuesta que me conduzca a tener sexo oral”. ¿Piensan realmente las personas que la información que van a obtener de un extraño es verdadera, especialmente si se está deseoso de tener sexo ahora y ya?

Por eso es que me enojo con los esfuerzos recientes de promover el concepto de “serosorting” (tener sexo con personas con el mismo estatus de VIH). El serosorting funciona bien si eres VIH positivo. Muchas personas que viven con VIH, eligen tener sexo sólo con personas VIH positivas. Se elimina el momento “de la confesión del estatus” y también la necesidad de condones, si es que no se está preocupado por el tema de la superinfección de VIH (muchos de los cuales han sido documentados ocurrir dentro de dos años de una infección inicial del VIH).

El concepto de “serosorting” para personas en relaciones estables es otro asunto, pero el promover que hombres gay VIH negativos pregunten a desconocidos su estatus de VIH y basarse en ello, no sólo es inútil, sino peligroso. Y esta es la razón:

Primero, podría decirse que la información es inútil. Alguien a quien casi no conoces tiene muy poca motivación en ser honesta, pues no existe un vínculo personal o emocional. Y aun así, si alguien piensa que es negativo, podría estar equivocado. Podría haberse tomado la prueba dos años atrás, o podría haber sido infectado la semana pasada (en cuyo caso podría tener una carga viral increíblemente alta, incrementando el riesgo de infección). Confiar o depender de lo que diga un desconocido cuando se toma una decisión relacionada al sexo seguro es por decir, a lo menos, tonto. Estudios recientes han mostrado que un número significativo de nuevas infecciones han ocurrido durante el período “ven-

tana” – el tiempo que una persona quien ha sido recientemente infectada y sigue con un resultado negativo en la prueba del VIH (incluso hasta tres meses).

Segundo, es peligroso. Si alguien dice ser negativo, ¿harías cosas que no harías con alguien que dice ser VIH positivo? Para muchos, la respuesta es afirmativa. Personas quienes evitan incluso conductas de bajo riesgo – como el sexo oral sin eyaculación – lo harían con alguien que dijera ser VIH negativo. Pero creer lo que dice un desconocido puede remover muchas inhibiciones, llevando a conductas riesgosas, como sexo anal sin protección. Entonces, al final, preguntar el estatus de VIH y tomar decisiones acerca de lo que se hará basado en la respuesta, puede realmente llevar a una situación de mucho mayor riesgo que no preguntar.

Tercero, si tu rechazas a personas quienes han admitido ser VIH positivas, podrías estar motivándolas a mentir en una próxima ocasión. He estado con tipos que abiertamente han estado listos para tener sexo anal sin condón. Pero cuando pregunto: “¿eres positivo?”, y me han dicho que no, la idea de tener sexo finaliza una vez que he contado que yo sí soy positivo. Y me refiero finalizar y a no pasar nada, ni tocarme, ni besar, nada. Así, el tipo que se intimidó con si quiera llegar a besarme, ahora que sabe que soy positivo, era el mismo aquel que minutos antes quería tener sexo sin condón, justo antes de decirle mi estatus.

Como persona que vive con el VIH tengo una obligación y la responsabilidad de no infectar a otros. He tenido algunos novios VIH negativos y continúan estándolo. De hecho, sólo

“Nunca te preguntan ‘¿Tienes VIH?’ Es siempre una pregunta esquivando lo puntual: ‘¿Te proteges?’ ‘¿Estás sano?’ Y la más insultante de todas, la que este tipo usó: ‘¿Estás limpio?’ ”

una persona con quien salí, tuvo una mala reacción cuando le conté sobre mi estatus. Con mi novio actual, hemos tenido una muy buena vida sexual y él ha permanecido negativo. (Esto no requiere de tanta ciencia, les sólo que hemos usado condones!). No hubiese permitido el sexo oral sin condón, hasta que él se informo completamente acerca del riesgo (que es bajo) y a tomar una decisión conciente, sin ser hecha en medio de una situación apasionada.

Pero puede ser difícil sentir compasión por extraños, quienes frecuentemente son crueles una vez que se les ha dicho sobre nuestro estatus. Los tipos quienes preguntan "lo del VIH" pueden ser sorprendentemente desconsiderados. He conocido tipos en algún bar, que dentro de dos minutos saltan con la pregunta "¿estás sano?". Y podría ser que ni siquiera hubiese estado interesado en este tipo y ¿se supone que debo confesar mi historia médica? El sentido de que algo tan personal como tu estatus de VIH se convierta en información pública, no deja de sorprenderme.

Con el aumento del uso de Internet, el "serosorting" intencional parece ir en aumento. En muchos avisos personales en Internet, se puede leer: "contactarme sólo personas libres de enfermedades" o "VIH negativo - tu también".

Y la mayoría de los sitios Web para hombres gay requieren decir algo sobre tu estado de VIH. Publiqué un perfil en un sitio Web y se me pidió elegir sobre mi estado de VIH, las opciones eran: "negativo, positivo, desconocido, o sin respuesta". Elegí "ninguna respuesta" y conseguí muy pocos interesados en contactarme. Así pues, para experimentar, cambié mi estado a "negativo." Comencé repentinamente a conseguir respuestas y cuando les hablé por teléfono, estaba claro que muchos de ellos buscaban el sexo anal sin condón. A pesar de historias magnificadas sobre los barebackers (personas que buscan tener sexo anal sin condón) que supuestamente buscan infectarse, he encontrado que la mayoría extensa de los hombres gay VIH negativos - incluso los mencionados anteriormente - tienen preocupación acerca de el evitar la infección con VIH, y gente que vive con el virus también.

Es bueno que los hombres negativos deseen permanecer negativos - necesitamos ayudarles a encontrar las maneras de hacer eso. Pero el intentar seleccionar gente VIH negativas sólo preguntando, no es nada más que una fantasía. Incluso conocí a un tipo que decía que podía llegar a saber si alguien mentía sobre su estado de VIH icon solo mirar a los ojos!

Y esto no es solamente sobre sexo con extraños. Muchos hombres gay paran el uso de los condones apenas algunas semanas de comenzar en una relación, con poco o nada de discusión sobre el riesgo. Supe de un chico de 22 años que se había enamorado del novio ideal. Él le preguntó si era negativo, y él le aseguro que si. Dejaron de usar condones, y ahora es positivo. Así que si usted puede incluso no confiar en la información que consigue de alguien que usted ama, ¿cómo podría confiar en la información de alguien que conoce por Internet?

Existen ciertas recomendaciones para las parejas que desean dejar de usar condones, y estoy de acuerdo con ellas: háganse la prueba del VIH juntos, y si ambos son VIH negativos, hagan un acuerdo entre ser monógamos o practicar sexo seguro con parejas sexuales fuera de la relación. Y lo más importante, la honestidad mutua si se tiene sexo sin protección con un extraño.

Cada uno puede acordar explícitamente, que si uno admite haber estado sexualmente con otra persona, se tendrá una conversación franca y honesta, y no comenzar solo a gritar y terminar con la relación.

Por supuesto, esta elección implica el aceptar cierto nivel del riesgo, y de alguna forma pone su vida y su salud en las manos del otro. Se requiere mucha comunicación, mucha confianza, y mucho cariño - algo que no vas a encontrar en alguien que conoces en un bar o en un sitio Web de sexo.

Si eliges tener sexo casual, decide cuáles son las cosas en el sexo que serían cómodas de hacer con alguien que es positivo y con esta mentalidad enfrentar las situaciones

futuras. Si no tendrías sexo con alguien que es abiertamente positivo, no lo hagas con un extraño sólo porque éste te asegura que es "realmente" negativo.

Desafortunadamente es verdad que más hombres gay están teniendo sexo sin protección, pero hacerles saber que pueden "detectar" personas VIH positivas o sugerir técnicas de "reducción del daño" para "barebacking" (sexo anal sin protección, véase pag. 12), no es la respuesta. Quizá sabiendo que las personas que viven con el VIH no son una lepra, y que tener sexo más seguro es posible, tal vez sea una aproximación. Es indudablemente mejor que la fantasía del "serosorting", que puede llevar a una seroconversión (infección del VIH).

Mark Milano, quien siempre se ducha antes de tener sexo, es un educador de salud en ACRIA y editor del ACRIA

***"Incluso
conocí a un
tipo que decía
que podía
llegar a saber
si alguien
mentía sobre
su estado
de VIH icon
solo mirar
a los ojos!"***

¿Reducción de Daño para el Sexo Anal Sin Protección?

por Rafael Madrid, Psicólogo

Como muchos otros hombres gay, vine a la ciudad de Nueva York buscando un lugar en el que pudiese ser yo mismo y escapar de la represiva, conservadora y homofóbica sociedad de Chile, mi país natal, en donde no se puede hablar de sexo y punto. Lo que realmente encontré – en la ciudad donde sucedieron los disturbios de Stonewall y comenzó el movimiento de los derechos humanos gay - fue una sociedad un poco menos homofóbica, enfrentando los mismos problemas y desafíos que otras sociedades que predicán la abstinencia o las conductas perfectas, como formas únicas de tratar los complicados temas de la sexualidad humana.

Después de vivir aquí por un tiempo y trabajando en el campo del VIH y con la población LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgéneros), comencé a escuchar a gente hablar de la “fatiga del uso del condón” y sobre el aumento del “barebacking” (sexo anal sin protección) entre hombres gay, incluyendo el uso de sitios en Internet como una vía para obtenerlo. Aprendí acerca de conceptos como “PNP” (Party and Play, por sus siglas en inglés - mezcla de sexo y drogas recreacionales) y la realidad de las antiguas y agotadas campañas de prevención.

Para acercarme a cómo otros hombres gay se sienten al respecto, me registré en uno de los sitios Web más populares de la ciudad de Nueva York. Contacté a 69 hombres en este sitio invitándolos a tener conmigo sexo sin condón y 48 respondieron. Sorprendentemente, 26 de ellos estaban abiertos a la idea; 15 de aquellos estaban usando drogas, en su mayoría, metanfetamina (Crystal Meth).

¿Qué es “Barebacking”?

Barebacking, en EE.UU., es un término de la subcultura gay que se usa para definir la penetración anal sin protección. Diferente a sólo ignorar el condón en la pasión del momento, “barebacking” (sexo sin condón) significa tomar una decisión deliberada de no usar protección antes del sexo. El término “barebacking”, puede no ser admitido por todos los hombres que practican este comportamiento- algunos usan el término “raw” (a pelo) o “al natural”. Los profesionales de la salud quienes están creando pro-

gramas para esta población, deberían reconocer estas diferencias para poder diseñar servicios de prevención efectivos.

La homofobia internalizada puede ser un factor muy importante, contribuyendo al “barebacking”. Según Michael Shernoff, esta homofobia crea una “sensación inconsciente de que el hombre gay no es importante y no tiene valor, entonces aumenta la sensación de ser desechable, y entonces también lo es el hombre con el cual tiene sexo, con el que busca amor y validación.”

Estudios conducidos en Nueva York han demostrado que el uso de crystal meth se co-relaciona directamente con “barebacking” entre hombres homosexuales blancos, afro-americanos, y latinos (pero no asiáticos). Un estudio de hombres gay usuarios de Crystal Meth en Nueva York, arrojó que individuos con ciertos perfiles psicológicos podrían ser atraídos al uso de la metanfetamina y usada en ambientes y contextos cargados de sexualidad, como resultado se hacen más vulnerables al “barebacking”. Pero siendo el uso de esta droga en forma intencional y como vía para facilitar el “barebacking”, o siendo el “barebacking” el motivante para el uso de la metanfetamina o una combinación de ambas – son temas que definitivamente necesitan de una exploración más profunda.

“Barebacking” y el Internet

El Internet se ha convertido en una herramienta muy útil a la hora de buscar o contactar potenciales compañeros sexuales. Es usada por todo tipo de hombres gay, de distintas razas, niveles educacionales y edades. El creciente uso de sitios Web para encuentros sexuales se co-relaciona con el aumento de infecciones de VIH y con un creciente uso de Crystal Meth. De hecho, hay sitios Web orientados específicamente a “barebackers” (personas que tienen sexo anal sin protección) y muchos de ellos, evitan a conciencia la información acerca del riesgo o maneras de prevenir el VIH. Cualquier mención sobre los riesgos del “barebacking” puede recibir duras críticas por los usuarios de estos sitios Web.

Una encuesta reciente de 1,178 hombres que tienen sexo con hombres (MSM) en Los Angeles y Nueva York, reportó que los

“barebackers” pasan significativamente más tiempo en Internet buscando por sexo, que las personas que tienen sexo seguro. Además se encontró que los “barebackers” que son VIH positivos, pasan mayor tiempo buscando relaciones amorosas a través de estos sitios.

La Cultura del “Barebacking”

Algunos perciben el “barebacking” como un estilo de vida, con la creencia que es un asunto y elección muy personal. Estos hombres pueden tener problemas en encajar en el “mundo del sexo protegido” y sienten que la sociedad o el gobierno no puede dictar el como vivir sus vidas.

Algunos hombres toman la identidad del “barebacker” en un intento de sentirse como dentro de una especie de “ilegalidad sexual”. Otros eligen “barebacking” como la base de un compromiso monógamo en una relación, creyendo que los lazos de confianza pueden mantenerlos seguros y fortalecer lo que los une. Además, el intercambio de semen es percibido psicológicamente por algunos hombres como algo importantísimo y emocionalmente necesario.

La confianza y la decisión de tener sexo sin protección generalmente van ligadas, tal como se puede ver en la epidemia mundial de mujeres infectadas casadas, quienes se sentían seguras y pensaban que tenían relaciones monógamas. Esto no es para decir que las personas que están en relaciones comprometidas, homosexuales o heterosexuales, nunca puedan quitarse el condón. Las motivaciones por tener sexo sin protección en relaciones estables pueden variar, pero cualquiera sea la razón, debiera tenerse una comunicación franca y abierta acerca de lo que significa y de lo que sucedería si se tiene sexo casual, fuera de la relación.

¿Reducción de Daño en esto?

La Reducción de Daño es una filosofía de Salud Pública que intenta ser una alternativa a la prohibición total a ciertas elecciones de estilos de vida con potencial peligroso. La idea es que algunas personas siempre tendrán comportamientos riesgosos como el sexo casual sin protección y el uso de drogas, entonces el objetivo de la reducción de daño es el de minimizar el daño potencial y

el riesgo a la salud. Estas estrategias buscan aproximarse a los individuos “en donde se encuentran”.

El enfoque de reducción de daño incluye la educación sexual que resalta el uso de herramientas, como por ejemplo el uso de condones y de jeringas nuevas para proteger en contra de la transmisión de enfermedades y el embarazo. Esto es contrario a la ideología de la educación sexual basada sólo en la abstinencia, la cual sostiene que hablar de sexo a las personas jóvenes podría promover el querer practicarlo. Los partidarios de la reducción de daño citan estadísticas que demuestran ser significativamente más efectivas que los programas de abstinencia, en el tema de la prevención del embarazo adolescente y de enfermedades de transmisión sexual. Algunos críticos sostienen la opinión de que el modelo de reducción de daño hace parecer el comportamiento peligroso en comportamiento seguro, llevando a un aumento en este comportamiento. Muchos estudios han concluido que esto no es cierto.

Algunos han sugerido que un modelo de reducción de daño puede ser aplicado al “barebacking” en lo siguiente:

- Reduciendo el número de personas para tener sexo.
- Escogiendo personas del mismo estatus de VIH (conocido en inglés como “serosorting”)
- Posición Estratégica: Un hombre VIH positivo hace el rol de pasivo (el que es penetrado) durante el sexo con un hombre activo (el que penetra) VIH negativo.
- Retiro: Sacando el pene antes de la eyaculación.
- Negociar Seguridad: Un acuerdo en relación de pareja, orientado a eventualmente parar el uso del condón durante el sexo.

Al final, este debate abre la esencia y definición de reducción de daño. Efectivamente, disminuyendo el número de encuentros sexuales de 10 por noche a sólo uno, bajará el riesgo- pero la posibilidad de infección todavía es alta. Las prácticas tradicionales de reducción de daño como los condones y las agujas limpias, pueden dramáticamente reducir el riesgo de infección de VIH, pero solo la abstinencia lo elimina. Es por esto que hablamos de “sexo más seguro” en vez de “sexo seguro”.

Aplicando el término de reducción de daño a acciones que reducen muy poco el riesgo, envía un mensaje confuso.

Los otros enfoques sugeridos son igualmente cuestionables: el detectar personas VIH positivas haciendo el “serosorting” (preguntando el estatus) es simplemente una fantasía (vea la página 10), al igual que sacar el pene antes de eyacular (pregunte a cualquier mujer que ha quedado embarazada con el líquido pre-seminal). Y mientras estudios han demostrado que la persona que penetra está en menor riesgo que la persona penetrada, el riesgo para ambos es todavía significativo. La única manera de que el “serosorting” pueda ser visto como una estrategia de prevención de VIH es cuando dos personas VIH positivas tienen sexo, ya que no da lugar a una nueva infección de VIH. Sin embargo, esto no se aplica a las enfermedades de transmisión sexual o distinto tipo de VIH.

Las personas recientemente infectadas tienen niveles altos de carga viral hasta 3 meses antes de que una prueba de anticuerpos del VIH pueda dar un resultado positivo. Un artículo recientemente publicado en SIDA, hace una crítica en contra del “serosorting”: “Nuestros conservadores cálculos muestran que practicar el “serosorting” basado en la información que provee un compañero/a sexual, no es una estrategia de protección efectiva cuando la prevalencia de personas “VIH negativas” recientemente infectadas que deciden decir sus estatus, abarcan aproximadamente sólo el 4% de la población con el potencial de ser una pareja sexual ... Ignorando el creciente potencial de transmisión de VIH por individuos recientemente infectados, el “serosorting” paradójicamente puede aumentar el número de nuevas infecciones de VIH en algunas poblaciones.

“Negociar Seguridad” dentro de una relación de pareja es posible sólo después de una prueba de VIH y una discusión honesta y abierta. Un estudio de 500 hombres VIH-negativos y positivos MSM (hombres que tienen sexo con hombres) en el Multicentro de Estudios de SIDA Cohort, encontró que alrededor de 15-20% de quienes dijeron tener acuerdos que prohibían encuentros sexuales fuera de la relación, en realidad mantenían múltiples encuentros sexuales, a pesar de lo acordado. Entonces ni siquiera este tipo de “seguridad negociada” es infalible.

Sin embargo, MSM’s están usando estas estrategias, sin importar que tan efectivas son. Un estudio de 1.168 MSM’s en Nueva York y San Francisco encontró evidencias sobre la creciente práctica de “serosorting”, la estrategia de posición, y la estrategia de sacar el pene antes de eyacular, en ambas ciudades.

Rompiendo El Mito

El Centro de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), reporta que las infecciones de VIH están aumentando entre hombres que tienen sexo con hombres (de 56.680 en 2001 a 60.259 en 2005), y es probable que el “barebacking” juegue un rol importante. La gente puede pensar: “Ahora que ya tengo VIH, puedo tener sexo sin protección- ¿Qué puede ser peor?” o, “Mi amigo que tiene VIH toma solo una píldora al día – no es tan terrible”, o, “El VIH ya no es una sentencia de muerte”, y por supuesto, “Me dijo que era negativo, incluso vi el resultado de la prueba de VIH que se tomó ayer”.

El hecho es que infectarse con el VIH hoy por hoy, no es lo mismo que haberse infectado en los 80’s. Hasta un 30% de las nuevas infecciones son nuevas mutaciones del virus, resistente a las medicinas contra el VIH. Además se han registrado nuevos casos de VIH-2 en Nueva York – el tipo de VIH que solía sólo encontrarse en la parte sur oeste de Africa. Algunas de las actuales medicinas para el VIH, no trabajan contra el VIH-2.

Hacer decisiones basadas en el resultado de la prueba del VIH es riesgoso. Una prueba negativa de alguien tomada recién, no significa sino otra cosa que esta persona estaba negativa hace tres meses atrás. El sistema inmunitario necesita tiempo para crear los anticuerpos que la prueba del VIH detecta. De hecho, muchas nuevas infecciones ocurren durante el “periodo ventana”(el tiempo entre la infección y cuando la prueba de anticuerpos da un resultado positivo), pues las personas en el periodo ventana tienen un nivel muy alto de VIH en sus cuerpos.

El 2005, una encuesta del CDC encontró que 450 MSM quienes resultaron VIH positivos, 48% no sospechaban que pudiesen haberlo estado. Y al parecer, los hombres VIH positivos están aprendiendo que, hablar sobre el estatus de VIH, reduce la posibilidad de encontrar pareja. Un estudio

(continúa en la próxima página)

Antes y Después, PrEP y PEP *(continúa de la página 9)*

aunque el concepto es de alguna manera conocido, su uso no se ha propagado.

Si se demuestra que el PrEP es efectivo, entendiendo el impacto en las conductas de riesgo, podría ser crítico. Uno de los riesgos más grandes, es que las personas podrían reducir el uso de las estrategias de prevención ya conocidas. Debido a que no hay una sola estrategia que sea 100% efectiva, la reducción de la transmisión requerirá integrar todos los métodos disponibles – los biomédicos y de conductas. Durante los estudios, todos los participantes deberán recibir consejería sobre reducción de riesgo al VIH y otras intervenciones reconocidas sobre prevención del VIH.

Aún si estos estudios demuestran que el PrEP puede reducir la transmisión del VIH, es igualmente importante entender que las personas en riesgo deben estar dispuestas a mantenerse tomando diariamente el medicamento. Estos estudios, por lo tanto, examinarán la adherencia y aceptación de los participantes de una medicina de toma diaria.

La resistencia a la droga deberá también considerarse durante los estudios. Distinto a PEP, el cual ha parecido ser muy efectivo evitando el desarrollo de resistencia, todavía sigue siendo incierto cuán seguido podría desarrollarse resistencia si PrEP falla y una persona se infecta cuando esta toman-

do Viread solo. Igualmente, cuando el riesgo de virus con resistencia a la droga será probablemente bajo en estudios con Truvada (el cual contiene dos drogas), sería importante evaluar si se detecta alguna resistencia en cualquiera de las drogas.

Muchos procedimientos en los estudios han sido diseñados para minimizar el riesgo de resistencia dentro de cualquier individuo que resulte infectado, a pesar de recibir PrEP. Se espera que pruebas regulares de VIH con un “rapid test” (prueba rápida) y la suspensión inmediata de las píldoras en estudio, reducirán todo riesgo de desarrollo de un virus con resistencia. Adicionalmente, una prueba de resistencia del VIH será realizada a toda persona que resulte infectada durante el estudio. Estos datos proveerán información importante sobre cual tipo de resistencia pudiese ocurrir y ayudarán a tomar decisiones sobre el tratamiento, como también pautas sobre una mejor orientación para derivar a personas infectadas para tratamiento y cuidados médicos.

Respuesta de la Comunidad

Activistas comunitarios están balanceando dos necesidades contradictorias. El apoyo es muy necesario para asegurar que esas nuevas ideas preventivas sean hechas apropiadamente y probadas éticamente. Pero es importante no formarse expectativas para intervenciones que podrían no fun-

cionar y podrían no ser más populares que los condones, o incluso causar daño si se usan inapropiadamente.

Además, PrEP abre el particular desafío sobre el tema del acceso. Los proveedores de salud y de cuidados médicos necesitarán asegurar que PrEP sea usado antes de la exposición y no después de la infección, o podría llevar a hacer resistencia a las medicinas. ¿Y exactamente a quién se le prescribiría PrEP? ¿Se les requerirá a las personas demostrar que están en “alto riesgo”, y acarreará esto un estigma? ¿Estará disponible en sitios de Internet cuestionables, tal como se vende el Viagra?. Y si se prueba su efectividad, ¿crecerán desenfrenadamente situaciones con arreglos inefectivos como “MTV”?

Es importante recordar que si se encuentra que PrEP es efectivo, necesitará ser parte de un programa comprehensivo sobre prevención que incluya educación, empoderamiento y reducción de conductas de riesgo comprobadas. Al mismo tiempo, después de 25 años de VIH, muchas personas claramente tienen la esperanza por algo diferente a una vida condenada al uso aislado del condón.

Luis Scaccabarozzi y Mark Milano son editores del ACRIA Update.

¿Reducción de Daño para el Sexo Anal Sin Protección? *(continúa de la página 13)*

publicado en el American Journal of Public Health (Revista Americana de Salud Pública) en el 2003, encontró que un 42% de hombres VIH positivos quienes reportaron cualquier tipo de actividad sexual (con o sin protección), no dijeron sus estatus de VIH a sus parejas sexuales. Y en un estudio en California de 250 hombres latinos (200 VIH negativos y 50 VIH positivos), quienes usaron el Internet para buscar encuentros sexuales, mostró que el 41% de los hombres VIH positivos mintieron sobre sus estatus a parejas sexuales potenciales.

Conclusión

Muchas teorías han sido presentadas para explicar el incremento de la conducta del “barebacking”: la falta de apoyo social den-

tro de la comunidad gay, la “fatiga del condón”, el deseo de apoderarse de un sentido de pertenencia a través de integrarse al grupo de “barebackers”, y por supuesto, el añadir la sensación de intimidad que el sexo sin protección pudiese ofrecer. Necesitamos encontrar modos de prevención innovadores que tomen todo esto en cuenta, más que el ofrecer falsas esperanzas que puedan resultar en nuevas infecciones con VIH; no es realista ir de un 100% de conducta de riesgo a 0% de la noche a la mañana. Deberían crearse nuevas estrategias para dar consejería a quienes practican el sexo sin protección o para quienes lo hacen compulsivamente – incluyendo el considerar el uso de Internet como el gran facilitador para la obtención de múltiples parejas sexuales.

La reducción de daño tiene beneficios tangibles: Si se conduce a 70mph y se reduce la velocidad a 55mph, el riesgo de tener un accidente serio también se reduce. Pero este modelo ¿podría realmente aplicarse al “barebacking”? Desafortunadamente, los métodos de reducción de daño actuales, realmente no ayudan tanto. No existe la situación de estar medianamente infectado con VIH. Al final, la gran mayoría de sugerencias para reducir el riesgo de VIH en “barebacking”, suenan cada vez menos a una reducción de daño y más como a danzar saltando en un campo minado.

Rafael Madrid es educador de Salud y VIH en ACRIA.

\$1M para el Programa de VIH en Adultos Mayores

Desde el verano pasado, cuando ACRIA publicó su estudio comprensivo llamado *Estudio en Adultos Mayores que viven con VIH* (ROAH, *Research on Older Adults and HIV*, por sus siglas en inglés), “Noticias en Acria” ha estado reportando las reacciones sobre este impactante estudio en las comunidades de servicio al SIDA y de el gobierno de la Ciudad de Nueva York. Finalmente, en Junio, el Consejal de la Ciudad aprobó un presupuesto para el año fiscal 2008, que incluye la obtención un millón de dólares para la creación del primer programa comprensivo de prevención y literatura de salud enfocado específicamente a la población de adultos mayores en toda la ciudad.

Bajo el plan aprobado, los fondos se usarán para desarrollar, aparte de otras iniciativas, un currícula especial orientada a adultos mayores; proveer entrenamiento en centros de adultos mayores y otros centros de servicios relacionados y crear prevención y publicaciones de educación sobre VIH orientadas a adultos mayores.

Este ambicioso programa será manejado por ACRIA, y se desarrollarán servicios específicos en conjunto con agencias asociadas, que ayudaron a diseñar la iniciativa original. Además de ACRIA, esta coalición incluye el Consejo de Servicios para Mayores (CSCS), Gay Men’s Health Crisis (GMHC), el Programa de Servicios Jamaica para Adultos Mayores (JSPOA), y Servicios y Abogacía para GLBT Ancianos (SAGE).

El programa será conducido en barrios en donde la incidencia del VIH es alta, y los servicios serán provistos en docenas de centros para ancianos y otros sitios que dan servicios a esta población en los cinco barrios de la ciudad y en cada uno de los 51 distritos de Concejales de la ciudad. Además de aquellos que ayudaron a diseñar la iniciativa original, otras organizaciones serán reclutadas para participar en el desarrollo e implementación del programa. Un grupo de investigación independiente será contratado para evaluar el programa, y ver que es lo que funcionaría y lo que no, y que sería lo que necesitaría mejoramiento y modificación.

La ciudad de Nueva York es el epicentro de la epidemia de VIH en Norte América, y ha

sido frecuentemente pionera en prevención y programas de servicios que luego han sido presentados en el resto del país. Este generoso recurso al amparo del Consejal de la Ciudad, en conjunto con la experticia proporcionada por una amplia gama de organizaciones, deberá hacer posible el desarrollo de programas y enfoques que puedan ser adaptados para servir a la creciente población adulta mayor, incluso en áreas fuera de los límites de la ciudad.

Personas sobre 50 años representan el grupo con VIH con más crecimiento. En la ciudad de Nueva York, el epicentro del VIH/SIDA en EE.UU., el 32% de las casi 100.000 personas que viven con el VIH, son mayores de 50 años de edad. Dentro de una década, se anticipa que las personas mayores de 50 constituirán más de la mitad del total de la población VIH positiva. Así, ROAH claramente ha demostrado, el hecho desalentador que esta población es y continúa siendo tremendamente ignorada y marginada.

Este recurso, que consiste en \$640.000 otorgado por fondos de la ciudad, en conjunto con la contribución de \$360.000 por parte del estado de Nueva York, fue encabezado por el miembro consejal Maria del Carmen Arroyo (D-Bronx) y por miembros consejales del comité sobre envejecimiento y salud. La iniciativa es producto del grupo de trabajo acordado por la consejal Arroyo y otros, en su mayoría en respuesta a los hallazgos de ROAH y el testimonio del Director Ejecutivo de ACRIA, Daniel Tietz y otros en cooperación investigativa de los Comités sobre Envejecimiento y Salud.

“Nuestra investigación proyecta una desolada figura en la población envejeciendo que necesita desesperadamente el apoyo social que para nosotros es algo que damos por hecho, y se asienta en un continuo de enfermedades crónicas producto del envejecimiento y de la situación agravante del VIH/SIDA”, dijo Tietz. “Esta contribución de 1 millón de dólares abrirá un gran camino para mitigar esta situación”

Tietz agradeció a la Consejal Arroyo por su compromiso en asegurar esta importante donación.

“Este apoyo financiero, no sería posible sin la visión y energía de muchas personas. La

Consejal Arroyo ha defendido esta causa desde sus comienzos y ha asegurado que el presupuesto de este millón de dólares se asigne a la iniciativa. ACRIA y nuestros socios en esta coalición estamos muy agradecidos por esta gran ayuda.”

La coalición esta compuesta por una amplia gama de grupos que atienden adultos mayores de la ciudad que viven con VIH. Además de ACRIA, CSCS, GMHC, JSPOA y SAGE, otros miembros incluidos son Envejeciendo en América, Callen-Lorde, Centro Comunitario de Salud, Federación Protestante de Agencias de Asistencia Social (FPWA), Circulo Griot, Junta Judía de Servicios a familias y menores (JBFC), Consejo Metropolitano en Pobreza Judía (MCJP), Proyecto Momentum en SIDA, y la Asociación de Personas VIH positivas mayores de 50 (NYAHOF).

“Muchos siguen pensando que la cara del SIDA pertenece a hombres homosexuales de raza blanca – el arquetipo de los 80’s –, dijo Dr. Stephen Karpiak, Director Asociado en Investigación de ACRIA. “Pero para personas que viven con la enfermedad en Nueva York y en el país, la cara del VIH/SIDA luce mas como una persona heterosexual sobre 50 años, de raza de color y probablemente de sexo femenino.”

Karpiak explicó, que el estigma y las creencias, independiente de la edad, sexo y el uso de sustancias, como también la confusión de los síntomas del VIH con las enfermedades propias del envejecimiento, son factores de incremento constante en nuevos diagnósticos de VIH entre personas sobre 50 o mayores en los últimos 5 años.

Mas aún; como los tratamientos médicos y nuevas medicinas están permitiendo vivir vidas mas largas y saludables, los números continuarán creciendo. Considerando esta tendencia y las necesidades de la población adulta mayor, independiente del estatus de VIH, es el primer paso hacia un foco en la prevención primaria y secundaria.

“ Es vital que el sistema de salud, políticos, y cualquiera en posición de enfrentar la pandemia del VIH/SIDA, entienda la población cambiante y las necesidades de salud complicadas que dibujan el nuevo rostro del SIDA” dijo Tietz.

generosas contribuciones

Las siguientes personas, corporaciones y organizaciones ofrecieron contribuciones significativas entre Abril 1 y Junio 30 del 2007 en apoyo de nuestros esfuerzos investigativos y educativos:

Shelley & Philip Aarons
Anonymous
Jennifer Arago
Benjamin Bashein & Javier Romero
Milo Bocchetti
Mark L. Bossey
Michel Botbol
Chris Butler
Philip Clemmey
Michael C. Clifton
Dionigi Cossu & Rebecca Cort
Paul S. Cossu
Kathleen Cullen
Dr. Yael Danieli
Eric Diefenbach
J. A. Forde & Alvaro Martinez-Fonts

Smith Freeman
Matthew Ginzberg
Christian Giordano & Matthew Milne
Grey Global Group
Scott Grover
Barry Gurin
Harrison & Shriftman, Inc.
Andrew Hewish
Hines/One Jackson Square
Stephen Holden-Style
Charles R. Hovland
In Style Magazine
Eric Javits, Jr.
Kendle NC, Inc.
Young M. Kim
Andrea Leheup
Stanley Light
The M·A·C AIDS Fund
Lenny Micarelli
Inhee Iris Moon
Brian S. Moore
Stephen Morse

Northern Trust Company
Andrew J. Ong
Lisa Pearlman
Project Hospitality, Inc.
Lloyd Rodrigues
Beth Rudin DeWoody
Steven Sclaroff
Steven Segal
David Shechter
Dr. Bruce Sherman
Stanley Singer
Stephen Snyder
Laura D. Solomon
Carl Sorenson IV
Paul Sterczek
Peter R. Stern
Leslie Stevens
Dr. Pritinder K. Thind
David Wasserman
Judith West
Krista Wilson
Howard A. Zar

Las donaciones fueron dadas en memoria de los siguientes individuos:
Myrtle E. Thorne Charitable Trust en memoria de Stephen Montgomery

AIDS COMMUNITY RESEARCH INITIATIVE OF AMERICA



230 West 38th Street, 17th Floor
New York, N.Y. 10018
T 212 924-3934 F 212 924-3936
www.acria.org

Change Service Requested

NON-PROFIT ORG.
U.S. POSTAGE PAID
Red Bank, NJ
Permit No. 556

**ACRIA Update es patrocinado parcialmente
por un subsidio educacional sin restricciones
otorgado por:**

