

Cómo encontrar cuidado médico y prepararse para el futuro

Julie Cross, Asesora en Políticas de Salud e Incapacidad

Como consejera para beneficios y defensora de políticas para el VIH desde hace largo tiempo, he pasado muchos años ayudando a individuos con sus beneficios de salud e incapacidad. Con el paso de los años, he presenciado cambios dramáticos en las necesidades de beneficios de las personas que viven con el VIH/SIDA.

A finales de los años 80 y comienzos de los 90, el acceso a los beneficios era algo relativamente directo, y la mayoría de los individuos calificaban automáticamente para los beneficios de incapacidad. Las cosas cambiaron dramáticamente a finales de los 90, cuando hubo un retorno súbito de los beneficios relacionados con el regreso al trabajo como consecuencia de la introducción de la terapia antirretroviral de alta potencia (HAART, por sus siglas en inglés). En años recientes, existe una tendencia más inquietante con respecto a los beneficios, ya que ahora vemos una cantidad sin precedentes de individuos que no pueden encontrar los beneficios necesarios debido a que no reúnen los anticuados requisitos que aún se requieren para ser considerados para una incapacidad.

Afortunadamente, estamos próximos a ver la eliminación de ciertas barreras con la ley Patient Protection and Affordable Care Act (ley de protección a los pacientes y atención médica asequible), también conocida como reforma al sistema de salud. Por ejemplo, bajo esta reforma muchas personas que no calificarían para recibir atención médica bajo los criterios actuales tendrán derecho o bien a un seguro subsidiado o a recibir Medicaid. Obtener cobertura ya no va a ser algo exclusivamente vinculado a la incapacidad, sino que estará basado en la necesidad misma. Si se implementa correctamente, la reforma al sistema de salud conducirá al mejor acceso al cuidado de la salud de la comunidad VIH positiva que se ha luchado durante tanto tiempo.

Aunque la reforma al sistema de salud estipula notables mejoras para las personas con VIH, es importante reconocer que estos cambios pueden parecer abrumadores para casi todo el mundo. Dejar los programas de salud que ya son familiares para acceder a programas nuevos, puede ser algo confuso y estresante. La buena noticia es que hay muchos recursos nuevos que están siendo desarrollados en la actualidad para ayudarle a “navegar” en este nuevo sistema de salud. Aunque la implantación total de la reforma no se hará hasta el año 2014, no es demasiado pronto para empezar a colaborar con los esfuerzos de la reforma.

INDICE

1-3	Principales noticias
3-5	Hepatitis
5-11	Noticias positivas sobre el VIH
11-12	Nuevos desarrollos de medicamentos
12-14	Noticias decepcionantes sobre el VIH
14-17	Labor sobre políticas de Project Inform
17-18	VIH y envejecimiento

Estas son tres importantes acciones que usted puede emprender este año para comenzar el proceso:

1. Entienda sus beneficios actuales

Aunque esto pueda parecer simplista, no puedo recalcar lo suficiente la importancia de entender cuáles programas están pagando actualmente sus cuentas médicas. Los beneficios son confusos para la mayoría de las personas. Por ejemplo, las personas suelen confundir sus beneficios de Medicare y Medicaid. Y los individuos que reciben su atención a través del sistema Ryan White o ADAP no siempre comprenden que técnicamente carecen de seguro.

Trate de entender tanto como pueda acerca de su perfil de beneficios personales. Estos son sistemas complicados, así que no tema pedir ayuda. Pídale ayuda a su director de caso, consultorio médico o farmacéutico. Mantenga copias de cualquier papeleo importante relacionado con beneficios en un lugar seguro. Entender sus beneficios actuales es ahora más importante que nunca puesto que esta es la información que usted necesitará para encontrar sus nuevos beneficios a través de la reforma al sistema de salud.

2. Identifique qué es cierto y qué es falso de la reforma al sistema de salud

En los próximos años veremos en todo el país grandes esfuerzos por tumbar la reforma al sistema de salud. Aunque es importante prestar atención a estos intentos de boicoteo, no podemos dejar que interfieran con nuestros esfuerzos por hacer lo necesario para prepararnos para la reforma.

Project Inform está colaborando con varios asociados comunitarios para emprender un importante proyecto que reunirá los recursos que ayudarán a diferenciar qué es cierto y qué es falso en cuanto a la reforma al sistema de salud. Este recurso también le proporcionará las herramientas para entender qué significa la reforma para usted en los años venideros. Estos recursos en línea estarán disponibles en los próximos meses. Para más información, consulte a www.projectinform.org.

3. Comparta sus experiencias sobre el cuidado de la salud

Algunas de las herramientas más poderosas que tenemos para combatir el rechazo a la reforma y asegurarnos de que ésta sea diseñada para satisfacer las necesidades de las personas que viven con el VIH/SIDA, son las historias personales que describan en detalle cómo el sistema actual del cuidado de la salud les está fallando. ¿Está usted teniendo problemas para obtener un medicamento? ¿Está experimentando dificultades para obtener el acceso a un tipo específico de cuidado médico? ¿Cómo ha impactado su vida la falta de cobertura de salud?

De todas maneras queremos escuchar su historia. Compartir su historia personal ayudará a influenciar a quienes elaboran las políticas para que tomen importantes decisiones encaminadas a reparar un sistema de salud averiado. Si usted tiene una historia que quisiera compartir, por favor envíe un correo electrónico a Project Inform support@projectinform.org o a Julie Cross cross_jl@msn.com.

En conclusión...

Es importante ser conscientes de que se avecina la implementación de la mayor reestructuración al sistema de salud que alguna vez se haya experimentado. Pero también es importante no dejarse atemorizar por la magnitud de este cambio, las habladurías de tipo político y la “bullá” que hacen los medios de comunicación. Comience con los tres sencillos pasos mencionados anteriormente en los próximos meses. Y recuerde que los activistas por el VIH se están movilizándose para brindarle la información y el apoyo que usted necesita con el fin de asegurar que la promesa de la reforma al sistema de salud se convierta en una realidad para todas las personas que viven con el VIH/SIDA.

ACTUALIZACIÓN SOBRE LA HEPATITIS**Se aumenta la defensoría por la hepatitis C en el 2010**

El 2010 fue un año significativo para la defensoría por la hepatitis C, ya que se presenció una mayor atención al impacto que produce la epidemia en los Estados Unidos y una respuesta comunitaria más agresiva a las fallas del gobierno a todo nivel para suministrar los fondos y la atención adecuados.

En enero de 2010, el Institute of Medicine emitió un reporte destacando la gravedad de las epidemias de hepatitis B y C crónicas, y la inadecuada respuesta que ha recibido por parte del gobierno federal. Casi 5 millones de estadounidenses viven con hepatitis B y/o C crónicas, y la abrumadora mayoría no es conciente de su estatus. Se estima que entre el 25 y el 30% de las personas con VIH están co-infectadas con hepatitis C, y que la insuficiencia hepática en etapa terminal es ahora la principal causa de mortalidad entre las personas con VIH.

Sin embargo, la respuesta de los funcionarios del gobierno continúa siendo desastrosa. El gobierno federal aporta menos de \$20 millones al año para los servicios de prevención de la hepatitis viral, y no existen esfuerzos para establecer programas que ofrezcan acceso al cuidado y tratamiento para las personas sin seguro que viven con la hepatitis C. Mientras tanto, la mayoría de los estados y localidades carecen de recursos o de planes que ofrezcan adecuadamente pruebas de detección, y servicios de cuidados y prevención.

El decidido liderazgo de Project Inform en la defensoría por la hepatitis C, tanto a nivel nacional como local en el 2010, se manifestó trabajando en coalición con otros asociados para asegurar una estrategia integral para afrontar esta epidemia. A nivel nacional, abogamos por mayores fondos por medio de nuestra participación en el Hepatitis C Appropriations Partnership, dirigido por la National Alliance of State and Territorial AIDS Directors. Esta defensoría propició la propuesta del primer aumento de fondos federales que se hizo al Presidente Obama y un compromiso de la líder Nancy Pelosi a priorizar fondos adicionales para los programas relacionados con la hepatitis viral. También dirigimos la organización del primer mitin importante sobre la hepatitis B y C llevado a cabo en el Capitolio. El mitin tuvo lugar el 19 de mayo de 2010 (Día Mundial de la Hepatitis), y congregó a centenares de defensores por la hepatitis para exigir acciones del Congreso.

En San Francisco, jugamos un papel decisivo en el desarrollo del reporte del San Francisco Mayor's Hepatitis C Task Force, Denominado “Recommendations for Strategically Addressing

Hepatitis C in San Francisco” (recomendaciones para afrontar estratégicamente la hepatitis C en San Francisco). Este documento, emitido en enero de 2011, es el producto de un proceso que se llevó a cabo durante un año por el grupo de trabajo (Task Force) investigando e identificando las carencias y necesidades en los servicios para la hepatitis C, y hace algunas recomendaciones claves para asegurar que San Francisco tenga un plan integral para afrontar la creciente epidemia. Project Inform es miembro de la junta directiva del comité de políticas públicas de este grupo de trabajo, y está organizando una campaña de defensoría para garantizar que se implementen las recomendaciones.

El 2011 ofrece aún más oportunidades para los defensores por la hepatitis C en todo el país. Project Inform, en conjunto con la Asian Pacific Community Health Organizations y la Harm Reduction Coalition lanzó una campaña nacional llamada “Hepatitis Health Action: The Hepatitis Community Responds to Health Care Reform” (acción de salud para la hepatitis: la comunidad de la hepatitis responde a la reforma al sistema de salud). Esta coalición monitoreará la implementación de la regulación incluida en la reforma al sistema de salud y abogará por las personas que viven con o en riesgo de la hepatitis B y C a largo de este proceso.

Para más información acerca de defensoría por la hepatitis C, comuníquese con Ryan Clary rclary@projectinform.org.

Dos medicamentos promisorios para la hepatitis C llegarán en el 2011

En el 2010, dos nuevos medicamentos para tratar la hepatitis C (VHC) fueron enviados a la FDA para aprobación así como para revisiones aceleradas. El período acortado de revisión ha sido concedido tanto al teleprevir como al boceprevir debido a que representan una mejora significativa bajo las normas de cuidado corrientes (interferón + ribavirin). Se espera que la aprobación salga para mediados del verano.

Estos nuevos inhibidores de la proteasa para el virus de la hepatitis C (VHC) son promisorios porque la tasa de curación ha cambiado de cerca del 40% con el tratamiento estándar hasta casi un 75% al añadir uno de estos medicamentos. Las personas nuevas al tratamiento y quienes suspendieron su tratamiento antes, o a quienes su VHC no fue curado se han beneficiado con estos nuevos regímenes. Lo que también es alentador es que el tratamiento puede ser acortado de 48 semanas a 24 semanas para la mayoría de las personas.

Aunque el curso del tratamiento ha sido acortado y la tasa de curación mejorada notablemente, la principal preocupación con el tratamiento del VHC es la posibilidad de manejar sus, algunas veces, considerables efectos secundarios. Los efectos secundarios de leves a moderados más comunes son salpullidos, picazón, fiebre, cansancio, dolores de cabeza, náuseas, dificultades para dormir, anemia y diarrea. Con una planificación cuidadosa la mayoría de las personas pueden manejarlos. Más allá de los considerables avances realizados este año, existen docenas de otros medicamentos experimentales en la línea de espera, y se espera reemplazar la terapia estándar, la cual implica inyectarse uno de los medicamentos.

Lo que estos medicamentos significan para las personas VIH positivas que viven con la hepatitis C no está aún claro. Para lograr estas aprobaciones, los estudios se realizaron en personas mono-infectadas, aunque ya se iniciaron los estudios clínicos para las personas co-infectadas. Ya que casi 1 de cada 4 personas VIH positivas también viven con el VHC, es importante saber

¡Conéctese a Internet y lea a cualquier hora la información sobre tratamientos desde la privacidad de su hogar!

qué tan exitosos van a ser estos medicamentos para ellos.

Es probable que los fabricantes ayuden a los individuos con el pago de estos medicamentos a través de programas de asistencia a los pacientes (PAP). Para información acerca del PAP actual y los programas de copago, vaya a: <http://fairpricingcoalition.org/projects>. Para más información acerca del VHC llame a la HIV Health Infoline, o vaya a www.hcvadvocate.org y www.hivandhepatitis.org.

La dosis de refuerzo para la vacuna de la hepatitis A es necesaria para los hombres VIH positivos

En el 2010 ICAAC, se reportó que la dosis de “refuerzo” adicional de la vacuna contra la hepatitis A (HAV) podría ser necesaria para los hombres VIH positivos que tienen sexo con otros hombres (MSM, por sus siglas en inglés) Esto es con el fin de lograr una respuesta de anticuerpos a la vacuna igual a la que se observa en los MSM VIH negativos.

Los MSM VIH positivos tienen una probabilidad 3 veces mayor de contraer la hepatitis A que sus contrapartes VIH negativas. Actualmente se recomienda que todas las personas VIH positivas se pongan la vacuna contra la hepatitis A (y la hepatitis B) para protegerse contra estas enfermedades serias. Sin embargo, se sabe que las personas con recuentos de células CD4 por debajo de 200 tienen una respuesta más débil a las vacunas en general. Un estudio en Taiwán observó la aplicación de un refuerzo a la vacuna HAV a 476 MSM.

Un total de 187 hombres VIH negativos obtuvo dos dosis de la vacuna a los meses 0 y 6, lo mismo que 135 hombres VIH positivos. Otros 154 hombres VIH positivos obtuvieron tres dosis a los meses 0, 1 y 6. Al comienzo del estudio se revisaron los niveles de anticuerpos, justo antes de la dosis al mes 6 y luego 6 meses después.

Los resultados mostraron que los niveles de anticuerpos justo antes de la dosis al mes 6 eran significativamente más bajos en los hombres VIH positivos. Solo un 39% de los hombres VIH positivos que obtuvieron las dos dosis en comparación con un 63% de los hombres VIH negativos mostraron una respuesta de anticuerpos a los 6 meses. Sin embargo, estos hombres VIH positivos que recibieron la dosis de refuerzo al mes 1 tuvieron una tasa de respuesta similar al 65% de los hombres VIH negativos. Estos hombres con recuentos de células CD4 que recibieron las dos inyecciones mostraron unas tasas de respuesta muy débiles.

Sin embargo, un poco en contradicción con estos resultados, los investigadores no reportaron acerca de la tasa de respuesta de los hombres con recuentos de células CD4 por debajo de 200 que obtuvieron 3 dosis ni de la tasa de respuesta que fue observada 6 meses después de haberse suministrado las dosis comparando unos grupos con otros.

CAMBIOS POSITIVOS EN LAS NOTICIAS SOBRE EL VIH DEL 2010

Se actualizan las pautas para el tratamiento del VIH (US Guidelines)

El US Department of Health and Human Services anunció una actualización de las pautas federales para el tratamiento del VIH en enero 10 de 2011. Las revisiones más que todo son pequeños cambios en el uso de ciertos medicamentos para el VIH y en las pruebas de recuentos de células CD4 y carga viral. Otros cambios incluyen el tratamiento a las personas co-infectadas con hepatitis B o tuberculosis.

Con qué empezar: cambios para las personas que empiezan el tratamiento por primera vez

Las pautas describen varios grupos de regímenes para empezar el tratamiento: “preferido”, “alternativo”, “aceptable/podría ser aceptable” y “podría ser aceptable, pero debe usarse con precaución”. El primer grupo incluye a los regímenes que por lo general son mejor tolerados así como más potentes. A partir de éste, cada grupo empieza a tener más desventajas que el anterior. Las nuevas recomendaciones destacan tres cambios en la terapia de primera línea:

- Un régimen con Selzentry + Combivir has sido elevado a “aceptable” debido a información más extensa proveniente de un estudio aleatorio.
- “Selzentry + Truvada” y “Selzentry + Epsicom” han sido agregados como “podrían ser aceptables”
- Los regímenes con Invirase + ritonavir han sido reclasificados de “alternativos” a “podrían ser aceptables, pero deben usarse con precaución” debido al aumento en el riesgo de problemas con el ritmo cardíaco.

Recuentos de células CD4

Se efectuó un pequeño cambio en la recomendación en cuanto a la frecuencia para hacerse los recuentos de células CD4. La nueva recomendación es que los recuentos de CD4 pueden monitorearse con menos frecuencia, por ejemplo cada 6 a 12 meses (en lugar de cada 6 meses). Esto se aplica para quienes están en tratamiento y permanecen indetectables y sin cambios en el estado general de salud, tales como nuevos síntomas del VIH o tener que empezar los medicamentos que afectan el sistema inmunitario (interferón, corticosteroides, etc.).

Pruebas de carga viral

Comúnmente se reportan aumentos de bajo nivel (típicamente por debajo de 200) en algunas pruebas de carga viral. Estos resultados son producto más de una “falla” aislada debido a la variabilidad de la prueba que a un aumento real en la carga viral. Las nuevas recomendaciones advierten a los proveedores de atención médica no utilizar las pruebas de carga viral “detectables” con menos de 200 copias como motivo para cambiar de tratamiento. Las tendencias con el paso del tiempo, tales como un aumento continuo en la carga viral en dos o más pruebas, son un indicador más preciso sobre el éxito o la falla de un tratamiento.

Pruebas de resistencia a los medicamentos para los inhibidores de la integrasa

El desarrollo de una resistencia es una inquietud que se plantea para cualquier medicamento para el VIH, incluyendo la clase más nueva de inhibidores de la integrasa. Sin embargo, las pruebas genotípicas estándar solo verifican las mutaciones para los NRTI y los inhibidores de la proteasa. Las nuevas recomendaciones alientan a los proveedores de atención médica a ordenar pruebas genotípicas específicamente para los inhibidores de la integrasa entre otras pruebas genotípicas.

La tuberculosis en co-infección con el VIH

Todas las personas VIH positivas con TB activa deben estar en tratamiento para el VIH. Para los pacientes con menos de 200 CD4, se debe iniciar el tratamiento dentro de las 2 a 4 semanas siguientes a comenzar el tratamiento para la TB. Para los pacientes con recuentos de CD4 entre 200 y 500, el panel de las pautas federales recomienda comenzar el tratamiento para el VIH dentro de 2 a 4 semanas, o al menos dentro de las 8 semanas siguientes, después de haber iniciado el tratamiento para la TB. Para los pacientes con recuentos de CD4 por encima de 500, la mayoría de los miembros del panel también recomienda empezar el tratamiento del VIH dentro de las 8 semanas siguientes a comenzar el tratamiento para la TB.

La hepatitis B en co-infección con el VIH

Esta sección ha sido revisada para dar recomendaciones para el manejo de las personas co-infectadas, incluidas las que tienen una infección con el VHB resistente al 3TC o al FTC, y para pacientes que no puedan tolerar el tenofovir (Viread).

Para algunos, tomar Prezista una vez al día es suficiente

En 2010, la FDA aprobó el cambio en la dosis para el Prezista (darunavir) para las personas que han estado anteriormente en tratamiento para el VIH. Esto posiblemente podría ayudar a que las personas tomaran sus regímenes a tiempo todos los días. Sin embargo, no debe intentarse hacer este cambio en la dosis en quienes se sepa que tienen una mutación de resistencia al Prezista.

La dosificación actual del Prezista para las personas experimentadas en el tratamiento es dos veces al día. En el estudio ODIN, un grupo continuó tomando Prezista dos veces al día durante 48 semanas, mientras que un segundo grupo cambió su dosis a una sola vez al día.

En los participantes cuyo VIH no mostró resistencia al Prezista, el medicamento controló al virus hasta niveles indetectables durante las 48 semanas. Aunque esta es una mejora en la dosificación y la conveniencia, y se espera que controle al VIH durante más de un año, hay que poner más atención al monitoreo de la resistencia y la carga viral para las personas que tomen Prezista una vez al día y ya sean experimentadas en el tratamiento.

Es posible cambiarse al Viramune con un recuento más alto de CD4

Las pautas federales actuales establecen que las mujeres con recuentos de CD4 por encima de 250 y los hombres con recuentos por encima de 400, no deben comenzar a tomar Viramune (nevirapina). Esto se debe a una posible reacción alérgica que se presenta más que todo con recuentos de CD4 altos. Sin embargo, no existen indicaciones sobre el cambio al Viramune en personas que ya han estado durante algún tiempo con otro tratamiento.

En 2010, la European Medicines Agency, que revisó la información de más de 12,000 pacientes en varios estudios a gran escala tales como el EuroSIDA, el ATHENA entre otros, ahora recomienda que las mujeres y los hombres pueden cambiarse a Viramune sin importar su recuento de CD4, siempre y cuando la carga viral sea indetectable. Algunas veces el Viramune puede ser una mejor opción para ciertos individuos debido a los efectos secundarios, la interacción entre los medicamentos o la resistencia a otros medicamentos.

Las personas que deseen cambiarse a Viramune deben consultar a sus médicos y sopesar las ventajas y desventajas con esta información. Este cambio no fue incorporado en la última actualización de las US Guidelines en enero de 2011.

Kaletra, una vez al día, obtiene la aprobación para pacientes experimentados en el tratamiento, pero con precauciones

En abril de 2010, la FDA aprobó la dosis de una vez al día para el Kaletra (lopinavir + ritonavir) para adultos que hayan tomado anteriormente terapia para el VIH y que tengan dos o menos mutaciones de resistencia al lopinavir. Esta nueva dosificación no es recomendada para quienes tengan 3 o más de las siguientes mutaciones: L10F/I/R/V, K20M/N/R, L24I, L33F, M36I, I47V, G48V, I54L/T/V, V82A/C/F/S/T, y I84V.

Este cambio estuvo influenciado por los resultados del estudio M06-802 sobre cerca de 600 personas en el que se comparó el Kaletra tomado una vez al día a dos veces al día. Ninguno de los participantes habían tomando antes Kaletra, y todos tenían cargas virales por debajo de 1,000 antes de comenzar a tomarlo. Cerca de 1/3 eran mujeres. Todos tomaron 2 NRTI además del Kaletra.

Después de 48 semanas, los resultados mostraron igual supresión del VIH así como aumentos similares en los recuentos de CD4 (135 vs.122) y tasas similares de resistencia. Un 55% de las personas que tomaron la dosis de Kaletra una vez al día tuvieron cargas virales indetectables en comparación a un 52% de los que lo tomaron dos veces al día. El uso del Kaletra una vez al día en las personas que están iniciando la terapia debe ser solo para los que tengan pocas mutaciones a los inhibidores de la proteasa (dos o menos).

Sin embargo, tomar Kaletra dos veces al día puede ser una mejor opción para algunos individuos. Los resultados de otro estudio, el ACTG 5076, el cual hizo seguimiento a 321 personas que tomaron Kaletra, o bien una o dos veces al día con 2 NRTI. Aunque la adherencia (cumplimiento) al tratamiento fue mejor en quienes tomaron la dosis una vez al día, el control de los niveles del VIH no fue tan bueno para los que tenían cargas virales por encima de 100,000. Un 89% de los que tomaron Kaletra dos veces al día tuvieron cargas virales indetectables a las 48 semanas, en comparación a un 76% de los que tomaron una sola dosis al día.

A fin de cuentas, la dosis una vez al día puede mejorar las tasas de adherencia en general y parece ser segura y eficaz para las personas con cargas virales más bajas. Sin embargo, para los que tengan una carga viral por encima de 100,000 es preferible que tomen la dosis dos veces al día de manera que puedan controlar mejor al VIH.

Es posible suspender la prevención de la PCP con recuentos de CD4 bajos

En septiembre de 2010, se publicaron los resultados del estudio europeo COHERE, los cuales mostraron que era posible suspender el tratamiento de prevención para la PCP (sigla en inglés de neumonía por *Pneumocystis jiroveci*) siempre y cuando sus cargas virales estuvieran controladas por un régimen anti-VIH potente. A comienzos de la epidemia, la PCP rápidamente se convirtió en una de las enfermedades que indicaban la presencia del SIDA, y era una de las principales causas de mortalidad para las personas que viven con el VIH. Esta enfermedad solía aparecer cuando los recuentos de CD4 caían por debajo de 200.

En consecuencia, a cualquiera que tuviera un recuento de CD4 en este rango o cuyo estado de salud lo justificara, se le recomendaba tomar un tratamiento preventivo (por lo general con Bactrim). Se evitaron muchos casos nuevos de PCP debido a esta nueva norma de cuidado,

aunque también debido a las muchas mejoras en la terapia para el VIH con el paso de los años. Tener que tomar Bactrim constituye una carga adicional para algunas personas, de manera que poder suspenderlo de manera segura debe ser una noticia bien recibida.

El COHERE realizó dos tipos de análisis al examinar las historias clínicas de personas VIH positivas en toda Europa. Su primer análisis observó a más de 23,000 personas y sus factores de riesgo para la PCP. Su segundo análisis observó a cerca de 5,000 participantes con un enfoque relacionado en temas como la suspensión del tratamiento preventivo para la PCP.

En los 5,000 estudiados, se presentaron 24 casos de PCP después de haber suspendido la terapia preventiva. Todas estas personas tenían recuentos de CD4 por debajo de 100. Cuando se observó a los que estaban en el rango entre 101 y 200 CD4, no hubo ninguna diferencia en la tasa de casos entre los que suspendieron o continuaron la terapia preventiva. De hecho, ninguno de los que tomaron medicamentos para el VIH con recuentos de CD4 en este rango y una carga viral indetectable desarrolló la PCP.

Sin embargo, cualquiera que tenga un recuento de CD4 por debajo de 100 debe continuar tomando la terapia preventiva para la PCP, sin importar cuál sea su carga viral. Las pautas federales recomiendan tomar terapia preventiva para la PCP hasta que los recuentos de CD4 suban por encima de 200 durante por los menos 3 meses, lo que podría cambiar en la próxima revisión a raíz de esta nueva información. Es conveniente que las personas consulten a sus médicos y sopesen las ventajas y desventajas de suspender el tratamiento preventivo para la PCP con un recuento de CD4 entre 101 y 200.

Se aprobó nuevo tratamiento para el exceso de grasa visceral

En noviembre de 2010, se aprobó un nuevo medicamento llamado tesamorelin (Egrifa) para tratar el exceso de grasa profunda en la barriga (grasa visceral) en personas VIH positivas. El medicamento es un factor de liberación de una hormona de crecimiento humano sintética que estimula la glándula pituitaria con el fin de que produzca hormona de crecimiento. Aunque puede ayudarle a algunas personas a reducir una porción de la grasa profunda en la barriga que se aloja en los músculos del estómago, no debe considerarse como un producto para bajar de peso.

Un estudio de 52 semanas de duración hizo seguimiento a 816 personas: 2/3 comenzaron con tesamorelin y el otro 1/3 utilizó un placebo. A las 24 semanas, todos los del placebo se cambiaron al tesamorelin mientras que la mitad del grupo que usaba el medicamento comenzó un placebo y la otra mitad permaneció con el tratamiento. Al final del estudio, las personas que tomaron el tesamorelin durante todas las 52 semanas mostraron un 18% menos de grasa profunda en la barriga que las que usaron el placebo.

A algunas personas les puede parecer difícil usar el tesamorelin. En primer lugar, es inyectado en el estómago una vez al día, en la zona por debajo del ombligo. Segundo, una vez que se suspende el medicamento, la grasa visceral regresa en unos pocos meses. Además el proceso de mezcla del medicamento antes de la inyección puede resultar confuso.

EMD Serono, que son los fabricantes del tesamorelin, brindan asistencia ofreciéndoles a los pacientes clases individuales sobre cómo ponerse las inyecciones y mezclar el medicamento ad-

ecuadamente. El costo también es alto, aunque la compañía tiene tanto un programa de asistencia a los pacientes como un programa de copagos que ayudan con los costos del medicamento. Para más detalles llame al 877-714-2947 o vaya a www.egrifta.com.

Para más información acerca del tesamorelin, lea esta publicación de Project Inform www.projectinform.org/info/tesamorelin/index_sp.shtml.

Se aprueba el Gardasil para prevenir el cáncer anal

En los Estados Unidos a más de 5,000 personas se les diagnostica cáncer anal cada año. Más mujeres que hombres reciben el diagnóstico, y las personas que viven con el VIH experimentan tasas más altas de este cáncer, especialmente los hombres gay y bisexuales que practican el sexo anal. El tratamiento es desafiante y puede incluir cirugía, radiación o quimioterapia.

La vacuna Gardasil se utiliza actualmente para prevenir ciertas enfermedades causadas por el virus del papiloma humano (VPH), tales como verrugas genitales, células anormales en el recubrimiento del cuello uterino y cáncer de cuello uterino. Con este cambio reciente, la vacuna ha sido ahora aprobada por la FDA para prevenir células anormales en el recubrimiento del ano y cáncer anal tanto en hombres como en mujeres. Esto se aplica a las personas entre los 9 y los 26 años, antes de que hayan comenzado la actividad sexual.

El Gardasil fue evaluado en un estudio internacional a gran escala sobre hombres gay, quienes tienen altas tasas de cáncer anal. Los resultados mostraron una reducción de un 78% en los casos de células anormales en el recubrimiento del ano provocadas por el VPH. Aunque el estudio solo fue sobre hombres, las mujeres están incluidas en el cambio ya que la enfermedad es la misma para ambos sexos. Tanto hombres como mujeres que están en alto riesgo de cáncer anal, incluyendo a los hombres gay, y los hombres y mujeres VIH positivos, deben continuar haciéndose los exámenes de detección rutinarios, aún después de haber recibido la vacuna.

Sin embargo, a pesar de este cambio por la FDA, el CDC todavía declara que la vacuna es opcional para muchachos y hombres jóvenes, lo que quiere decir que los costos de la vacuna probablemente no serán cubiertos por los seguros de salud públicos o privados. En la actualidad se está haciendo labor de defensoría para persuadir a la CDC de que cambie de posición.

La evaluación con anoscopias de alta resolución son las más eficaces para hombres VIH positivos

A finales de 2010, los resultados de un estudio canadiense mostraron que el uso de las anoscopias de alta resolución (HRA, por sus siglas en inglés) es la manera más rentable y eficaz de detectar el cáncer anal. En una HRA, el médico utiliza una pequeña cámara denominada anoscopio para observar y tomar muestras de tejido del ano, y luego analizarlas para ver si hay células cancerosas.

Las personas VIH positivas en general tienen tasas más altas de células anormales en el ano (lo que se llama *displasia*) y cáncer anal que las personas VIH negativas. Esto se debe a la infección con el virus del papiloma humano o VPH. Asimismo, los hombres VIH positivos que tienen sexo con otros hombres (MSM, por sus siglas en inglés) tienen un riesgo mucho más alto de cáncer anal... hasta 160 veces más alto. Aunque no existen procedimientos estándar para la detección de la displasia y el cáncer anal, muchos expertos opinan que es prudente realizar pruebas de detección anuales en hombres VIH positivos MSM, y quizás en todas las personas que viven con el VIH.

El estudio comparó la exactitud, el costo y la capacidad de distinguir entre la displasia anal

con células de alto grado entre una HRA y otros dos métodos de detección menos costosos: la prueba genotípica del VPH y la prueba de Papanicolaou anal (raspado del tejido anal). Se realizaron tres métodos de detección en cerca de 400 MSM VIH positivos que fueron divididos en tres grupos (de quienes ya se tenían disponibles resultados de la HRA): uno con una HRA solamente, otro con una HRA después de que una prueba de Papanicolaou había mostrado cepas del VPH que causan cáncer, y el último con todos los tres métodos.

Los resultados encontraron 98 casos de displasia grados 2 y 3, y que la HRA podía detectar más fácilmente estos casos que el Papanicolaou, o el Papanicolaou + la prueba de genotipo del VPH. Muchos casos de grados 2 y 3 no fueron detectados por las pruebas de Papanicolaou, y algunas veces el costo de estas pruebas más las genotípicas excedía al costo de la HRA solamente.

La HRA puede no estar disponible para todos los que deseen hacerse este tipo de prueba. Además, el procedimiento requiere una mayor capacitación que los otros dos métodos, lo que dificulta la realización de esta prueba de detección como parte del cuidado habitual del VIH.

NUEVOS DESARROLLOS DE MEDICAMENTOS EN EL 2010

Nueva pastilla combinada será enviada para aprobación a la FDA

En noviembre de 2010, una nueva pastilla combinada fue enviada para aprobación a la FDA. Si se aprueba será la segunda pastilla que contiene un régimen completo después de Atripla. La pastilla combina el nuevo NNRTI rilpivirina con una combinación estándar de Truvada (tenofovir + emtricitabina) y podría ser aprobada antes de finales del 2011 para personas nuevas en el tratamiento del VIH.

En los estudios que compararon la nueva pastilla combinada al Atripla (Sustiva [efavirenz] + Truvada), ésta pareció ser tan potente como el Atripla, aunque con menos efectos secundarios. Muchas personas tienen dificultades para tolerar algunos de los efectos secundarios potenciales del Sustiva en el Atripla, tales como sueños vívidos o perturbadores. Los estudios mostraron que las náuseas eran comunes en ambos regímenes. Sin embargo, los salpullidos y efectos secundarios del sistema nervioso central tenían menos probabilidades de presentarse con la nueva pastilla combinada.

La “pastilla cuádruple” sigue funcionando bien en los estudios iniciales

Un nuevo competidor a la única pastilla de régimen completo en el mercado (Atripla) puede surgir en uno o dos años cuando se continúe el estudio sobre la “pastilla cuádruple” (quad). Esta pastilla combinada incluye tres medicamentos para el VIH (el nuevo inhibidor de la integrasa elvitegravir + tenofovir + emtricitabina) así como un refuerzo que no es un medicamento para el VIH llamado “cobicistat”.

Dos estudios de 48 semanas de duración incluyeron a 150 personas que nunca habían tomado tratamiento para el VIH. El primer estudio comparó la pastilla cuádruple con Atripla, mientras que el segundo evaluó el cobicistat como refuerzo y comparó al cobicistat + Reyataz + Truvada con el ritonavir + Reyataz + Truvada. Los recuentos de células CD4 fluctuaron entre

341 y 436, las cargas virales eran alrededor de 45,000 y ninguno tenía resistencia a los NRTI, los NNRTI ni los inhibidores de la proteasa. La edad promedio era de aproximadamente 35 años, y 9 de cada 10 de los participantes eran hombres.

En el estudio de la quad versus Atripla, los mayores aumentos en los recuentos de CD4 ocurrieron con la pastilla cuádruple (240 vs. 162). Además, los efectos secundarios se presentaron con menor frecuencia (cerca de un 10%) en los que tomaron la pastilla cuádruple, e incluyeron náuseas, vómito y salpullidos. En el estudio del cobicistat vs. ritonavir, se presentaron los mayores aumentos en los recuentos de CD4 con el cobicistat (230 vs. 206). Los efectos secundarios también ocurrieron con menor frecuencia en el régimen con cobicistat, aunque con mayor severidad. Disminuciones similares en la carga viral a menos de 50 copias fueron observadas en todos los cuatro grupos.

Parece que la nueva pastilla cuádruple es capaz de reducir el VIH a niveles indetectables de manera similar al Atripla, quizás sin los efectos secundarios que muchos experimentan con el Atripla debido al Sustiva. También parece que el cobicistat es similar al ritonavir para reforzar la acción del inhibidor de la proteasa Reyataz.

Sin embargo, una inquietud que persiste con el cobicistat es su efecto en la función renal. A las 24 semanas, el medicamento causó una alta tasa de anormalidad en la función renal en el estudio sobre la pastilla cuádruple. En las siguientes 24 semanas la función pareció equilibrarse. Los estudios de fase 3 ayudarán a clarificar más esta inquietud.

NOTICIAS DECEPCIONANTES SOBRE EL VIH EN EL 2010

Se anuncia que como medida de precaución se retiran del mercado las toallitas utilizadas para el Fuzeon y el Pegasys

En enero de 2011 se anunció la retirada del mercado voluntaria y precautelada de las toallitas de alcohol esterilizadas y no esterilizadas fabricadas por el Triad Group. Esto incluye las toallitas de alcohol y los hisopos de algodón para la aplicación de alcohol de varias marcas. Las toallitas podrían estar contaminadas con el bacilo cereus, el cual podría provocar infecciones que ponen la vida en peligro.

Algunas toallitas eran vendidas en sus propias cajas y se encontraban en muchas farmacias, mientras que otras eran empacadas con el medicamento a inyectarse. Las personas que viven con el VIH y/o el VHC deben examinar las toallitas que vienen empacadas con sus medicamentos inyectables, tales como el Fuzeon para el VIH y el Pegasys para el VHC. Las toallitas empacadas con otros medicamentos inyectables, tales como Boniva y Nutropin, también están afectadas.

Para identificar cuáles toallitas deben desecharse o devolverse a la farmacia, hay que mirar en la etiqueta si fue fabricada por Triad Group. Las toallitas empacadas bajo otros nombres, podrían no tener esta marca. Entre ellas están Boca/Ultillet, Cardinal Health, Conzellan, CVS, Moore Medical, PSS Select, VersaPro y Walgreens. Si tiene preguntas puede llamar al 262-538-2900, de lunes a viernes.

Cambiar Isentress a una sola vez al día es menos eficaz

Aunque el inhibidor de la integrasa Isentress (raltegravir) está recomendado para personas que empiezan en tratamiento por primera vez, es el único medicamento de primera línea que se toma dos veces al día y no una sola vez. En un esfuerzo por simplificar la dosificación, un estudio comparó tomar Isentress dos veces al día a una sola vez.

Desafortunadamente, los resultados a las 48 semanas mostraron que menos personas que tomaron Isentress una vez al día (83%) tuvieron cargas virales indetectables —por debajo de 50 copias— en comparación con quienes lo tomaron dos veces al día (89%). Es probable que la razón de esto sea que el medicamento es rápidamente procesado y desechado del organismo. Aunque ésta parece una diferencia pequeña resulta estadísticamente significativa, mostrando que tomar la dosis una sola vez al día no proporciona la misma protección que tomarla dos veces al día, especialmente para quienes comienzan a tomarla con cargas virales por encima de 100,000.

Los pacientes afrontan más complicaciones con el relleno facial Bio-Alcamid

En una conferencia en Londres en noviembre de 2010, un estudio canadiense reportó que cerca de 1 de cada 25 personas que se hicieron rellenos faciales con Bio-Alcamid experimentaron infecciones en el sitio de la inyección. Este relleno suele usarse para tratar la pérdida de grasa en la cara, llamada lipoatrofia, con frecuencia en personas VIH positivas que viven por fuera de los Estados Unidos. La lipoatrofia puede presentarse por varios motivos, incluyendo el VIH mismo y ciertos medicamento utilizados para tratar la enfermedad del VIH.

El Bio-Alcamid, que es un gel polímero, funciona haciendo que el cuerpo produzca colágeno natural que eventualmente se envuelve en el gel para mantener la cara intacta. Muchos médicos usan el gel porque dura más tiempo que otros rellenos faciales y quizás en mayores cantidades.

Se revisaron las historias clínicas de 263 personas VIH positivas, las cuales todas habían sido tratadas con un antibiótico antes y después del tratamiento. A pesar de los antibióticos, un 19% tuvo una infección en el sitio de inyección algún tiempo después del procedimiento. Las razones de la infección fueron “claramente debidas” al Bio-Alcamid en un 5% de los pacientes y “probablemente debida” en otro 14%, mientras que otras se debieron a un trauma cerca del sitio, como el que produce un trabajo dental.

Debido a estos resultados y a la preocupación creciente durante los últimos años de infecciones con Bio-Alcamid, sería conveniente que las personas exploraran el uso de otros tipos de rellenos faciales. Más aún, convendría que las personas fueran más diligentes al notar cualquier síntoma de infección, especialmente cuando se les esté haciendo algún trabajo dental un tiempo después de haberse hecho el relleno. Para más información acerca de los rellenos faciales, vaya a AIDSMeds www.aidsmeds.com/articles/Lipoatrofia_10736.shtml.

La reforma al sistema de salud brinda atención de calidad médica a muchos más; aún necesita nuestro apoyo

El Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) [ley de protección a los pacientes y atención médica asequible] o reforma al sistema de salud, fue firmada en marzo de 2010. Este hito representa el avance más importante para asegurar, atención médica de calidad a muchas personas con VIH desde el inicio del programa Ryan White. Sin embargo, esta expansión histórica de la atención médica se encuentra actualmente bajo serios ataques por quienes quieren eliminarla aprovechando la falta de entendimiento y la propaganda negativa acerca de la reforma. No podemos darnos el lujo de que esta victoria lograda con tanto esfuerzo sea desmantelada o que se reduzcan sus fondos. Cada uno de nosotros tiene un importante papel que desempeñar en la defensa de la reforma al sistema de salud que garantice su implementación exitosa.

La mayoría de las personas aún no entienden la ACA aunque desde ya está ofreciendo mejoras dramáticas en la vida y la salud de muchas personas. Ya se están llevando a cabo acciones que permitirán la cobertura expandida hasta de 32 millones de estadounidenses que carecen de seguro de salud. Para el 2014, a las personas se les garantizará entre otros, el acceso a atención médica de calidad sin importar su estado de salud, un paquete requerido de beneficios esenciales, asistencia significativa para que personas de bajos ingresos puedan asegurarse, y topes en los desembolsos que deben hacer la mayoría de los estadounidenses.

Usted puede ayudar a defender la reforma al sistema de salud obteniendo información tanto para usted como para sus seres queridos acerca de los beneficios de la ACA que ya están en marcha y los que habrán de llegar en 2014. Usted también puede contactar a los funcionarios públicos en el Congreso y hacerles saber que usted apoya la ACA, y cómo ésta va a marcar una diferencia en su vida y en su salud.

Desde ahora, la reforma al sistema de salud ha asegurado que:

- Los planes de salud ya no puedan imponer límites anuales o de por vida a la cobertura. Muchas personas con VIH tienen que lidiar con planes que no cubren por completo los costos de su atención médica debido a topes y limitaciones.
- Los planes de salud deben cubrir a los niños (de menos de 19 años) con afecciones preexistentes.
- A todos los adultos jóvenes se les permite permanecer en las pólizas de sus padres hasta los 26 años, lo que les da tiempo para terminar sus estudios y obtener un seguro a través de un empleador.
- Las compañías de seguros deben justificar cualquier alza en las primas o los costos de cobertura.
- Todos los planes de seguros recién vendidos están obligados a cubrir ciertos beneficios de prevención y bienestar con deducibles o compartiendo los costos.
- Las compañías de seguros están obligadas a invertir entre el 80 y el 85% del dinero de la primas en servicios de atención a la salud y mejoras en la calidad de la atención, o dar reembolsos a sus beneficiarios. Muchas compañías están considerando expandir sus beneficios y posiblemente ofrecer reembolsos para cumplir con este requisito.
- Las compañías de seguros ya no podrán cancelar la cobertura cuando las personas se enfermen.

- Ciertas personas con afecciones preexistentes, incluyendo el VIH, tienen acceso a un programa de seguro temporal Pre-existing Condition Insurance Program o PCIP, con primas similares a los que no tienen afecciones preexistentes. Este programa permanecerá intacto hasta 2014 cuando la expansión de Medicaid y el establecimiento de los “Health Insurance Exchanges” (intercambios de seguros de salud) ofrecerán una cobertura mucho más amplia.
- Los beneficiarios de Medicare que llegaron a una brecha en la cobertura en 2010 —entre ellas, casi todas las personas con VIH que dependen de Medicare— recibieron un reembolso de \$250.
- A partir de enero de 2011, los beneficiarios de Medicare recibirán un 50% de descuento en medicamentos de marca en la brecha de la cobertura. Esto es significativo para las personas con VIH quienes típicamente llegan a la brecha de la cobertura en el segundo o tercer mes de cobertura.
- A partir de enero de 2011, los pagos del programa AIDS Drug Assistance Program (ADAP) para medicamentos recetados empezará a permitirle al beneficiario moverse hacia una cobertura mucho mayor a través de la brecha de la cobertura en Medicare. Las personas con VIH que dependen tanto de ADAP como de Medicare, por primera vez podrán aprovechar totalmente el beneficio de Medicare en lugar de tener que depender de ADAP durante la mayor parte del año.
- Los negocios pequeños recibirán créditos en sus impuestos para ofrecer seguro de salud a sus empleados.

En 2014, muchas de las protecciones y expansiones más importantes serán implementadas:

- Medicaid será expandido para que sirva a todos los individuos de bajos ingresos hasta un 133% del FPL (nivel federal de pobreza) sin importar el estatus de incapacidad. Por primera vez la mayoría de las personas con VIH de bajos ingresos podrán obtener cobertura de Medicaid antes de enfermarse. La prueba de evaluación para Medicaid también será eliminada y los nuevos beneficiarios recibirán un paquete de beneficios esenciales, incluyendo el de medicamentos recetados.
- Los medicamentos de Medicare seguirán siendo más asequibles hasta que la brecha de cobertura sea totalmente eliminada en 2020.
- Se implementarán a nivel estatal los intercambios de planes de salud y los mercados regulados para la adquisición de seguros. A las compañías de seguros se les exigirá tener un nivel de transparencia mucho mayor con respecto a sus beneficios y tendrán que ofrecer como mínimo un paquete esencial de beneficios. Los estados tendrán nueva autoridad para regular los planes en sus intercambios. Todas estas provisiones podrían garantizar una mayor competitividad entre los aseguradores y darles a las personas la oportunidad de adquirir mejores planes a mejores precios.
- Habrá un tope para los desembolsos relacionados con la cobertura del cuidado de la salud, lo que brindará una mayor tranquilidad para las personas con VIH y todos aquellos que tengan grandes necesidades médicas. Se otorgarán subsidios para las personas con ingresos hasta de un 400% del nivel federal de pobreza (FPL).
- Las compañías de seguros no podrán discriminar o cobrar tasas más altas según sea el sexo de la persona, y se limitarán las alzas por la edad y la ubicación geográfica.

A las personas que actualmente tienen seguro les resulta difícil ver cómo la reforma al sistema de salud les va a ayudar. Sin embargo, la reforma al sistema de salud no solo ofrece una nueva cobertura para las personas que no están aseguradas, sino que proporcionan la seguridad tan necesaria para quienes ya están asegurados.

Por primera vez, las personas no estarán amarradas a sus trabajos por temor a perder su seguro de salud tanto para ellas mismas como para sus familiares. Muchas personas actualmente permanecen en sus trabajos por temor a ser despedidas y perder el seguro para ellas y sus familias.

Las compañías de seguros ya no podrán negarle la cobertura debido a una enfermedad. La eliminación de la discriminación contra los que tienen afecciones preexistentes (lo que puede incluir desde afecciones tan leves como venas varicosas hasta enfermedades serias como el VIH), los subsidios para los intercambios, y la expansión de Medicaid deberán implicar que las personas que pierdan o cambien su trabajo, como mínimo conserven su cobertura de seguro de salud.

Los topes en los desembolsos y la prohibición de topes anuales o de por vida, brindarán la tranquilidad necesaria a los estadounidenses que tengan altos costos médicos. Los costos médicos excesivos que existen actualmente son el principal motivo de bancarrota en los Estados Unidos.

Ahora es el momento de entender y aprovechar los beneficios de la reforma al sistema de salud que ya han entrado en vigor. También es de suma importancia defender la reforma al sistema de salud de los intentos del Congreso por rechazarla o desmantelarla. Contacte a los funcionarios por los que usted votó y dígales cómo la reforma al sistema de salud va a mejorar su vida y la de sus seres queridos. Si la reforma al sistema de salud se logra implementar en su totalidad todos nos beneficiaremos del mismo acceso al tipo de seguro de atención médica que disfrutaban los miembros del Congreso y sus familiares.

Haga clic www.contactingthecongress.org para una lista actualizada de las direcciones de los Congresistas.

Crisis nacional de ADAP

El AIDS Drug Assistance Program (ADAP) es el programa que ayuda a conseguir medicamentos para el VIH/SIDA y es parte del programa Ryan White. ADAP ayuda a más de 165,000 estadounidenses VIH positivos a mantener su salud facilitando el acceso a los medicamentos que prolongan la vida.

ADAP se encuentra ahora en la crisis más seria desde el momento de su inicio, con más de 6,000 individuos en lista de espera para sus medicamentos vitales en 10 estados: Arkansas, Florida, Georgia, Louisiana, Montana, Carolina del Norte, Ohio, Carolina del Sur, Virginia y Wyoming. Muchos más estados han sido forzados a implementar medidas para recortar o limitar el presupuesto las cuales habrán de restringir aún más el acceso a los tratamientos. Aunque la crisis varía de estado a estado, tanto los fondos federales como los estatales no han logrado estar a la par de las necesidades financieras del programa. Además, el entorno económico ha causado un desempleo inusualmente alto. Muchas personas han perdido su seguro de salud y se ven forzadas a depender de ADAP y otros programas públicos de salud.

En reacción a la respuesta inadecuada del gobierno a esta crisis, los defensores de todo el país están trabajando sin descanso a nivel estatal y federal para que se aumenten los fondos y se eviten más recortes. Dos acciones innovadoras han ayudado a aliviar esta crisis. La primera es el desarrollo del programa Welvista (www.welvista.org). El segundo es un exitoso esfuerzo de defensoría para asegurar el tratamiento a quienes fueron retirados de ADAP Florida durante un período de dos meses.

El año pasado, defensores pertenecientes a la Fair Pricing Coalition (FPC), co-fundado por Project Inform, trabajaron con la Heinz Family Foundation, Welvista y la industria farmacéutica con sede en Carolina del Sur. Aunque este programa les permite a las personas tener un fácil acceso a algunos medicamentos, no logra cubrir las deficiencias en los fondos para ADAP dejadas por el gobierno federal y estatal.

Recientemente, la FPC también trabajó con el estado de Florida, Welvista y la industria para evitar una mayor crisis. En la Florida plan era quitarles a 6,500 personas el programa de ADAP durante un período de dos meses, debido a la carencia de fondos. Los defensores negociaron un programa temporal a través de Welvista para ofrecer medicamentos a los 6,500 floridanos afectados. El proceso intenta que no haya interrupciones para los recipientes, transfiriendo toda la información de ADAP Florida a Welvista. Los trabajadores sociales locales recibirán capacitación sobre como hacer la transición de los clientes a Welvista y luego de regreso a ADAP en abril cuando se espera recibir los fondos necesarios del gobierno federal.

Project Inform continúa priorizando la defensoría par ADAP tanto a nivel nacional como estatal, de manera que las personas con VIH/SIDA mantengan un acceso estable al tratamiento mientras que nos movemos hacia la implementación de la reforma a sistema de salud. Como co-fundadores del movimiento comunitario ADAP de Save America y para lograr una repuesta ciudadana a nivel nacional sobre la crisis en ADAP, hemos movilizado a nuestros miembros para que les digan a los funcionarios que eligieron que otorguen la totalidad de los fondos a este programa. Para más información sobre la manera en la que usted puede colaborar, comuníquese con Michael Friedman al michael@projectinform.org.

NOTICIAS SOBRE EL VIH Y EL ENVEJECIMIENTO EN EL 2010

CHARPA se anota una victoria acerca de la investigación sobre el VIH y el envejecimiento

En 2010, varias organizaciones activistas por el VIH, incluyendo a Project Inform y otros individuos, formaron el nuevo grupo de defensoría CHARPA, sigla de Coalition for HIV and Aging Research and Policy Advocacy (coalición de defensoría sobre la investigación y las políticas relacionadas con el VIH y el envejecimiento).

En septiembre, CHARPA envió una carta al Dr. Anthony Fauci solicitando la priorización de la investigación acerca del VIH y el envejecimiento en los National Institutes of Health (NIH). La carta fue respaldada por 113 organizaciones y 396 individuos, y condujo a una reunión que se llevó a cabo en diciembre entre CHARPA, la División de SIDA de la Office of AIDS Research (OAR), y el National Institute on Aging (NIA). De acuerdo a una actualización enviada a los miembros de CHARPA, como resultado de la reunión OAR ha convenido lo siguiente:

1. la OAR (oficina de investigación para el SIDA) constituirá un grupo de trabajo especial cuyo objetivo central será el VIH y el envejecimiento, el cual estará conformado por investigadores y representantes comunitarios, y estará programado a reunirse a comienzos de 2011. Los miembros investigarán formas de promover las investigaciones tales como emitir solicitudes de aplicación (RFA), las cuales apartarán fondos para que en el 2010 se investiguen asuntos específicos, y convenir una reunión en el 2011 con investigadores que realicen es-

tudios a todos los niveles en cuanto a lo relacionado al VIH y el envejecimiento. Este grupo hará recomendaciones al comité asesor de la OAR.

2. La OAR también se ha comprometido a constituir un comité interno, con la participación de otros institutos y centros de los NIH relevantes, para coordinar mejor la investigación multidisciplinaria relacionada con el VIH y el envejecimiento en todos los NIH.
3. Los NIH establecerán un código de seguimiento por separado para subvenciones sobre el VIH y el envejecimiento, de manera que sea más fácil evaluar las investigaciones en curso y los niveles de financiamiento, y para proyectar futuras necesidades monetarias.
4. La OAR colaborará con el Center for Scientific Review (CSR) para determinar si es viable establecer una sección de revisión dedicada a evaluar las propuestas de subvenciones para el VIH y el envejecimiento.

CHARPA observó que “han tenido éxito de elevar el VIH y el envejecimiento a una prioridad de investigación en los NIH. Dado los malos augurios que rodean al presupuesto con el nuevo Congreso, aumentar los fondos para la investigación del VIH y el envejecimiento va a ser una dura batalla. Pero con el establecimiento del Special Initiative Working Group, esperamos ver el comienzo de una investigación priorizada y mejor coordinada en esta importante área.

El CDC anuncia pautas provisionales para la PrEP

Siguiendo las huellas de la información proveniente del estudio iPrEX publicada el año pasado, el CDC en enero de 2011 emitió sus pautas para el uso de la PrEP (prevención antes de la exposición) en hombres gay de alto riesgo. Las nuevas pautas se encuentran aquí. Las publicaciones de Project Inform sobre la PrEP se encuentran www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6003a1.htm?s_cid=mm6003a1_w, y en español www.projectinform.org/prep/prep_sp.shtml.