

DOSSIER DE PRENSA – SEPTIEMBRE 2008 ESPECIAL VIH/SIDA



Federación Estatal de Asociaciones de Personas Afectadas por las Drogas y el VIH (FAUDAS)
www.faudas.org - federacion@faudas.org

	INDICE	PÁG.
NACIONAL	"Una sola pastilla para el VIH", Público, 05/06/08	
	"Soria propondrá incluir el tratamiento de la lipoatrofia en la cartera del SNS para 2009", EUROPA PRESS, 5/08/2008	
INTER-NACIONAL	"Saquémonos la careta: los que tienen VIH no son una amenaza", Clarín, 12/09/08	
	La OMS advierte retrasos para lograr los retos del milenio", Diario Médico, 11/09/2008	
	"Los nuevos casos de sida en Latinoamérica afectan más a las mujeres", EFE, 10/09/2008	
	"Los jóvenes suponen casi la mitad de los nuevos infectados de VIH", El País, 05/08/2008	
	"Los enfermos de VIH aún están mal informados", Diario Médico, 04/09/2008	
	"México: Fabricará EU vacunas para prevenir adicción a cocaína y heroína", Milenio.com, 08/08/2008	
	"Cálculos de VIH/SIDA mundial", Avert, julio 2008	
ESPECIAL XVII CONF. INTERN. DEL SIDA. MÉXICO AGOSTO 2008	"El Gobierno se compromete a luchar contra el VIH/SIDA, Elaboración propia, 04/08/2008	
	"XVII Conferencia Internacional del Sida: Boletín del lunes", lunes, 4 de agosto de 2008	
	"XVII Conferencia Internacional del Sida: Boletín del martes", martes, 5 de agosto de 2008	
	"XVII Conferencia Internacional del Sida: Boletín del miércoles", miércoles, 6 de agosto de 2008	
	"XVII Conferencia Internacional del Sida: Boletín del jueves", Jueves, 7 de agosto de 2008	
	"XVII Conferencia Internacional del Sida: Boletín del viernes", viernes, 8 de agosto de 2008	
	"XVII Conferencia Internacional del Sida: Boletín", miércoles, 13 de agosto de 2008	
	"Epidemiología, una fotografía de la situación actual. El estado de la epidemia en España", Medios y sida, 05-08-2008	
	"Centro Paralelo de Debate: ¿Existe un modelo de prevención a nivel español?", Mediosysida, 06-08-2008	
	"Centro Paralelo de Debate: El futuro de la agenda del VIH en España", Mediosysida, 07-08-2008	
"Centro Paralelo de Debate: La participación comunitaria", Mediosysida, 08-08-2008		
ESTUDIOS	"Hallado un gen que influye en la producción de anticuerpos anti-VIH", Público, 04/09/2008	
	Pocos pacientes con VIH se someten a prueba tuberculosis: informe, Reuters Health	
	"Fumar crack acelera la actividad del VIH en las mujeres: estudio", Buenasalud.com 08/08/2008	
	"La hormona de crecimiento podría ayudar a pacientes con VIH", Reuters Health, 06/08/2008.	
	"La marihuana medicinal alivia el dolor neuropático del VIH", HealthDay, 06/08/2008	

	"Medicamento para el VIH podría suscitar cepas resistentes del virus ", HealthDay , 05/08/2008 .	
	"Nuevas directrices sobre el VIH/SIDA sugieren un tratamiento más precoz ", HealthDay, 03/08/2008	
	"Un nuevo fármaco antirretroviral puede eliminar el VIH en seis o siete años ", Consumer Eroski , 29 de julio de 2008	
	"Distribuyendo láminas de aluminio en programas de intercambio de agujas y jeringuillas para promover la transición de la inyección de heroína a la inhalación: una evaluación", Harm Reduction Journal 2008, 5:24, 21/07/2008	
	"La meditación desacelera el avance del sida: estudio ", Reuters Health	
	"Nuevo fármaco de administración oral para pacientes de Hepatitis C", Noticias.com 28/04/2006	
	"Conferencias y Tratamientos sobre Hepatología, Tratamiento de la hepatitis c: el próximo futuro", Asociación Española de Enfermos de Hepatitis C, 28/02/2006	
OPINIÓN	"10 millones para el VIH ", elplural.com, 17/08/2008	
	"Solo' no es válido para la prevención del VIH", ONUSIDA, 06/06/2008	
DECLARACIONES	Petición para la liberación de doctores iraníes especialistas en reducción de daños	
	Declaración Iberoamericana Comunitaria sobre el VIH/SIDA	
	La comunidad española de personas con VIH/SIDA manifiesta su postura ante la retirada de un fármaco para el tratamiento del VIH	
	Día internacional contra el abuso y el tráfico ilícito de drogas. Petición	
	Por una verdadera política de reducción de daños en el uso de drogas	
	Los derechos humanos y el VIH/SIDA . Ahora Más que Nunca	
PUBLICACIONES	"Criminalización de la transmisión del VIH ", ONUSIDA/PNUD, agosto 2008	
	"La OMS publica una guía sobre cómo luchar contra el sida", Reuters Health	
	"VIH y tuberculosis: se necesitan medidas específicas para los consumidores de drogas", Organización Mundial de la Salud (OMS), 04/08/2008	
	Revista Española de Drogodependencias, vol. 33, n. 1, 04/07/2008	
	"Estrategias de cambio: Superando barreras en prevención, tratamiento y atención del VIH en mujeres", Open Society Institute, Agosto 2008.	
	"Mujeres y pruebas de VIH: Políticas, prácticas y el impacto en la salud y los derechos humanos", Open Society Institute, julio 2008	
	"Un análisis de las políticas de género de las tres instituciones que aportan la mayor parte de la financiación para el sida: el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, el Banco Mundial y el Plan de emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el alivio del SIDA (PEPFAR)", ONUSIDA, julio 2008	
	Resumen de orientación del informe sobre la epidemia mundial del SIDA, ONUSIDA, julio 2008	
	Archivo de la Conferencia Internacional de Reducción de Daños 2008	

INTRODUCCIÓN

Las noticias sobre nuevos medicamentos y estudios para paliar los efectos del VIH/SIDA y las enfermedades oportunistas, como la del nuevo medicamento Atripla (p. 4) contrastan con las denuncias de la estigmatización de portadores y enfermos (p. 26, 33, 56, 11) o con la advertencia de la Organización Mundial de Salud sobre los retrasos en el cumplimiento de los compromisos del milenio, tanto en lo referente a financiación de sistemas de salud públicos como en el acceso a tratamientos (p. 9, 56, 57).

Aunque se ha demostrado que pobreza no es sinónimo de VIH/SIDA (p. 47, 10), las cifras prueban que los países del Sur son los que están sufriendo las peores consecuencias de la epidemia (p. 12). Mientras en los países ricos el VIH/SIDA se ha convertido en una enfermedad crónica, en los países pobres sigue desembocando en la muerte. De los 33 millones de personas estimadas que viven con el VIH/SIDA, 22 viven en África Subsahariana, continente que sufrió el mayor número de muertes relacionadas con la infección: 1,5 de los 2 millones de muertos en 2007 procedían de esa región (p. 12, 10). Además, el VIH/SIDA aún está vinculado a la criminalización, la exclusión y la pobreza en la mayor parte del globo (p. 26, 56, 50, 53, 54, 55), siendo las mujeres las que sufren las peores consecuencias (p. 9, 10, 59, 60 y 61).

En ese contexto, el anuncio del compromiso del gobierno de España a luchar contra el VIH/SIDA con propuestas concretas de financiación de ONUSIDA y el Fondo Global de la Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria constituye una buena noticia (p. 14). Compromiso que esperamos se vea reflejado en el Estado español con la prometida inclusión del tratamiento de lipoatrofia en el Servicio Nacional de Salud (p. 6), lo que extenderá dicho tratamiento al resto del Estado español y acabará con el agravio comparativo existente en la actualidad.

Hemos marcado en negrita los textos que nos han resultado fundamentales para entender el contexto de un tema que tiene muchas aristas. Esperamos que esta selección os resulte de utilidad. Agradecemos a Ramón Querol su sugerencia de profundizar en este tema y los materiales que nos ha enviado.

Un saludo cordial
Virginia Montañés Sánchez

“Una sola pastilla para el VIH”, *Público*, 05/06/08

AINHOA IRIBERRI - Madrid

<http://www.publico.es/ciencias/123225/sola/pastilla/vih>

Más de la mitad de los seropositivos y la mayoría de los nuevos diagnosticados podrán beneficiarse de la nueva terapia

El medicamento Atripla –recién autorizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo – no aporta nada nuevo al ya amplio arsenal terapéutico existente para controlar la infección por el VIH, el virus del sida. Sin embargo, va a cambiar de forma sustancial la calidad de vida de muchos de los pacientes infectados por el VIH.

Esta paradoja se explica por la composición del fármaco. En un solo comprimido, éste incluye los tres tratamientos estándar para mantener a raya el VIH e impedir el desarrollo de sida: efavirenz, emtricitabina y tenofovir disoproxil fumarato.

No son los únicos antirretrovirales de alta eficacia pero son “los más listos de la clase”, según explicó ayer en la presentación del medicamento el jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, Santiago Moreno.

Atripla se convierte así en el primer tratamiento que controla el VIH con una sola pastilla. Y lo hace igual de bien que los dos medicamentos ya comercializados con sus principios activos: Truvada –un fármaco del laboratorio Gilead que incluye emtricitabina y tenofovir disoproxil fumarato– y Sustiva, el antirretroviral de principio activo efavirenz del laboratorio Bristol-Myers Squibb.

No hay datos sobre cuántas personas se beneficiarán del nuevo fármaco. Según cálculos de Moreno –realizado sobre los pacientes que se tratan en su servicio– serán entre el 50% y el 60% de los ya diagnosticados con la infección.

Serán candidatos a tratarse con Atripla todos aquellos seropositivos que toleren sus principios activos y que nunca hayan desarrollado resistencias a los mismos, algo común en los pacientes más antiguos, que empezaron a recibir terapia cuando Sustiva y Truvada llegaron a los hospitales pero no los consumieron de la forma óptima –en combinación– por lo que su organismo se hizo resistente a su acción antiviral.

Psicológicamente importante

Para alguien no afectado por el VIH puede parecer que reducir el tratamiento de una a dos pastillas –lo que hará el 20% de los infectados por el virus– no es para tanto. Pero la opinión de los que viven de cerca la infección es muy distinta. Explica Moreno: “Para los pacientes tomar una sola pastilla es psicológicamente importante”.

Lo corrobora María José Fuster, de la Coordinadora Estatal de VIH/sida (Cesida): “Va más allá de la comodidad y permite superar barreras causadas por el estigma y la discriminación”.

Fuster, seropositiva desde hace 18 años, comenta como hay pacientes que no aceptan la enfermedad y que mantienen en secreto su infección incluso con su familia. “Algunos han llegado a esconder los fármacos en neveras portátiles en su habitación y muchos se toman la medicación a escondidas; el hecho de que sea sólo una pastilla les va a facilitar la vida”, señala.

Fuster aprovechó para recordar cómo el estigma sigue estando presente en la vida de los seropositivos y apeló a los medios de comunicación para luchar contra él. Los especialistas que presentaron ayer el fármaco

–Moreno y el consultor senior del Hospital Clínic de Barcelona José María Gatell– destacaron de

Atripla lo que supone con respecto al pasado.

Ambos recordaron que en la prehistoria de los antirretrovirales –cuando los pacientes habían de consumir hasta cinco principios activos administrados en más de 20 comprimidos diarios– se hablaba del comprimido único como un futuro al que habría que aspirar pero que no estaba garantizado.

La nueva presentación facilitará sin duda la adherencia al tratamiento. “Para que un tratamiento vaya bien hay que tomarlo”, recordó Gatell que no se olvidó de subrayar que, a pesar del que el VIH se puede controlar hoy de forma más cómoda, la infección “no es una vanalidad”.

Sacadudas

¿Es nuevo este fármaco?

No. Atripla no es ninguna novedad terapéutica. Es la combinación de dos fármacos comercializados hace más de cinco años: Truvada (cuyos principios activos son emtricitabina y tenofovir disoproxil fumarato) y Sustiva, el nombre comercial de efavirenz.

¿por qué es noticia?

Porque por primera vez se desarrolla una combinación de antirretroviral que se administra en un sólo comprimido diario.

¿Quién puede tomarlo?

El tratamiento es apto para las personas que toleren sus componentes y para aquellos que no hayan generado resistencias a los mismos. A efectos prácticos, se ofrecerá prácticamente a todos los nuevos infectados y a los que en la actualidad siguen terapia con los fármacos que lo componen pero por separado. Según los expertos, se podrán beneficiar de Atripla entre el 50% y el 60% de los seropositivos diagnosticados.

¿Cuánto cuesta?

Cómo todos los fármacos de administración hospitalaria, Atripla no cuesta nada al paciente pero sí a la Seguridad Social. La caja de 30 comprimidos tiene un precio de 775, 82 euros. La suma del precio de los dos fármacos alternativos es 819,07 .

¿Se vende Atripla en otros países?

Sí. El organismo que regula los fármacos en EEUU (la FDA) lo autorizó en julio de 2006. Su homólogo europeo (la EMEA) lo hizo en diciembre de 2007 y los gobiernos de Europa empezaron a negociar el precio con los dos laboratorios que lo fabrican, Bristol-Myers -Squibb y Gilead. En mayo de 2008 la Agencia Española del Medicamento lo autorizó y ya está disponible en los hospitales.

Un gesto de alegría y otro de preocupación

*Por Elena Alonso, médico responsable de VIH/sida de Médicos Sin Fronteras

Siempre que un nuevo fármaco aparece en el mercado para mejorar la vida de los pacientes con enfermedades crónicas como el VIH/SIDA se reacciona con dos gestos contrarios: uno de alegría y otro de preocupación, o al menos de cuestionamiento.

Sobre todo porque hemos visto como, en los últimos 30 años, la innovación farmacéutica elige a unas poblaciones de áreas geográficas sobre otras con un único criterio, el que responde a la pregunta “¿quién puede pagar por esto?”

Y ahí está el problema de la I+D en salud. Los productos se tratan bajo protecciones de un bien comercial, pero también son un bien para la humanidad, algo que permite seguir con vida. En el

ejemplo de los antirretrovirales, abarca a millones de personas. No olvidamos que los antirretrovirales no empezaron a extenderse a más países hasta que no entraron en el mercado las versiones genéricas, recomendadas por la misma OMS, reduciendo el precio de compra desde más de 10.000 euros hasta poco más de 300 en muy poco tiempo.

La innovación creó la terapia, pero la producción genérica permitió que llegara a más pacientes. Aún así, la mayoría sigue sin recibirlo. Algunas enfermedades de las llamadas olvidadas gozan de inversión en I+D porque hay pacientes en países ricos. Pero otras siguen ancladas en métodos diagnósticos del siglo XIX. Si el actual modelo de I+D basado en beneficios continúa, y no se acata el mandato de la OMS de encontrar uno nuevo basado en las necesidades de los pacientes y no sólo enfocado en intereses comerciales, ya no hablaremos sólo de un fracaso, sino de una traición a la palabra dada por las autoridades que se comprometieron en la Asamblea Mundial de la OMS.

Hay alternativas eficaces encima de la mesa. Se trata de hacerlas avanzar así como de aplicar las flexibilidades para los países en desarrollo que se contemplaron en los Acuerdos de Propiedad Intelectual y en Doha.

Un antirretroviral que simplifica el tratamiento ayuda a mejorar la adherencia del paciente y por consiguiente hace que mejore su calidad de vida, pero si no está disponible allí donde la carga de la enfermedad y la mortalidad es mayor, volveremos a ese elitismo de la I+D en salud que se queda sólo en preguntar: "¿Quién puede pagar por esto?"

"Soria propondrá incluir el tratamiento de la lipoatrofia en la cartera del SNS para 2009", EUROPA PRESS, 5/08/2008

<http://www.europapress.es/salud/noticia-soria-anuncia-mexico-propondra-incluir-tratamiento-lipoatrofia-2009-20080804222828.html>

El ministro de Sanidad, Bernat Soria, anunció ayer en el marco de la XVII Conferencia Internacional del Sida, que se celebra en México, su intención de proponer a las comunidades autónomas en el próximo Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), la inclusión del tratamiento reparador de la lipoatrofia en la cartera de servicios sanitarios "para finales del año 2009", según informó en un comunicado el ministerio.

La lipoatrofia facial o pérdida de grasa en el rostro es una de las alteraciones metabólicas que más agrava la sensación de estigma en pacientes que conviven con el VIH y en tratamiento antirretroviral. Se trata de un problema que puede afectar además a las extremidades y forma parte del fenómeno global conocido como lipodistrofia, que incluye también la lipohipertrofia o grasa que se acumula en abdomen, mamas y región cervicodorsal.

Un informe reciente de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, en el que se analizaron las repercusiones psicológicas y la adherencia al tratamiento de la lipoatrofia, impulsó la búsqueda de soluciones para las personas afectadas. Entre las medidas adoptadas, se contempló la prestación del tratamiento quirúrgico por parte de algunos programas autonómicos del sida. Así, la cirugía de la lipoatrofia se ha incluido en las prestaciones sanitarias de Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid y País Vasco.

De acuerdo con los datos del Grupo de Estudio de Alteraciones Metabólicas (GEAM), actualmente la prevalencia de lipodistrofia en España se sitúa en torno al 30,7 por ciento de los afectados. De este porcentaje, un 60 por ciento --es decir, un 18,42 por ciento del total-- presenta lipoatrofia en diversos estadios susceptibles de tratamiento, lo que supone alrededor de 14.000 pacientes con diferentes posibilidades de intervención.

A su vez, Soria expuso también las políticas de su departamento en la lucha frente a la epidemia e insistió, una vez más, en mantener e intensificar las políticas de prevención. "No se trata de cambiar las costumbres ni la orientación sexual de las personas, sino de reducir sus prácticas de riesgo y ofrecer soluciones que choquen con la realidad y puedan ser aceptadas por los grupos más vulnerables", indicó.

ESTUDIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO

En el marco del encuentro, Sanidad destacó los resultados de la cohorte de la Fundación para la Prevención del Sida en España (FIPSE) de trasplante hepático en personas VIH, un estudio pionero en el mundo en este aspecto, junto con los de Estados Unidos y Francia, y que se propuso crear una cohorte nacional de pacientes de VIH sometidos a trasplante hepático, que constituye una referencia obligada en el mundo en cuanto a número de casos.

El estudio de trasplante hepático, que abarca el periodo 2005-2008, cuenta con un presupuesto de 571.000 euros, y está financiado en su totalidad por FIPSE, una iniciativa público-privada entre el ministerio y la industria farmacéutica, en la línea de las recomendaciones realizadas por ONUSIDA de aunar recursos públicos y privados en la lucha frente al VIH y el Sida.

Como ha recordado el ministro en su intervención en la sesión plenaria, España ha realizado un notable esfuerzo financiero en cooperación internacional en los últimos años. Según señaló, sitúa a España "en el camino adecuado para alcanzar en 2012 el objetivo del 0,7 por ciento".

Sin embargo, según el último informe de Naciones Unidas, la epidemia se propaga a un ritmo superior a la prestación de servicios, y ello a pesar de los progresos constatados en casi todas las regiones del mundo, fruto de las inversiones sin precedentes realizadas hasta la fecha. En este sentido, Soria solicitó el incremento de recursos y la prevención de nuevas infecciones "para reducir la creciente diferencia entre las necesidades y los recursos disponibles".

Dentro de su agenda de actos, el ministro mantuvo también un encuentro con el responsable del área de Salud Global de la Fundación Bill y Melinda Gates, el doctor Tachi Yamada, para avanzar en el acuerdo de colaboración iniciado en el pasado mes de julio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la fundación.

El acuerdo tiene por objetivo mejorar la promoción de la salud en el mundo en los próximos cuatro años y establece la cooperación en las áreas estratégicas salud de la mujer, infantil y neonatal; salud sexual y reproductiva; pandemias, con especial atención a la malaria; y nutrición.

Actualmente, existen en España entre 120.000 y 150.000 personas infectadas por VIH. Alrededor del 50 por ciento de ellas presenta, además, coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC) y en torno al 7 por ciento, coinfección por el virus de la hepatitis B (VHB).

La cohorte de este estudio se ha unido en 2008 al biobanco de VIH del Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo es contribuir al avance del conocimiento científico en la infección por el VIH. En la actualidad, el biobanco recibe muestras de 28 hospitales del SNS distribuidos por toda España, que participan en seis cohortes de pacientes con características definidas. La información clínica y demográfica asociada a estas muestras está codificada y dicha codificación está custodiada por las cohortes.

INTERNACIONAL

ENTREVISTA: JULIO MONTANER, PRESIDENTE SOCIEDAD INTERNACIONAL DE SIDA **"Saquémonos la careta: los que tienen VIH no son una amenaza" , Clarín, 12/09/08**

El funcionario dice que hasta ahora, en el mundo, no se ha dado una real integración.
Por: Valeria Román

El Ministro de Salud de Canadá lo acusó semanas atrás de "activista". Pero Julio Montaner, que vive en ese país del hemisferio norte, le respondió que estaba orgulloso de serlo. Este médico e investigador argentino acaba de asumir como presidente de la Sociedad Internacional de Sida y dijo a Clarín que "sería un irresponsable si hoy no trabajara para que se implementen las herramientas disponibles para controlar la epidemia del sida. Sería un delito contra la humanidad".

¿Cuáles son esas herramientas?

Sabemos ahora que no tendremos una vacuna en el mediano plazo, pero eso no implica bajar los brazos. Porque sí tenemos otras claves que podrían reducir tanto las nuevas infecciones con el virus del sida como la mortalidad. Conocemos también que las campañas de prevención -tanto las masivas como las dirigidas a segmentos específicos- funcionan para cambiar conductas de riesgo, como no usar preservativos o compartir jeringas. Pero, ¿usted ve campañas constantes contra el sida en las calles? Hay que aprender de las campañas de Coca Cola: son tan agresivas que nadie puede dejar de consumir el producto.

¿Y qué más habría que hacer?

El año pasado, se infectaron con el virus del sida 2,7 millones de personas en el mundo y se murieron 2 millones. ¡Son cifras inaceptables! La infección afecta a más gente por la estigmatización que sufren las personas con VIH. Muchos hablan, pero la verdadera integración hasta ahora no se dio. Si la empleada doméstica dice que está infectada, pierde el trabajo. O existen 67 países, incluyendo a los Estados Unidos, que niegan la entrada o la residencia a los pacientes... Hay que sacarse la careta: las personas con VIH no son una amenaza.

¿Y qué pasa con los tests y los cócteles de drogas?

Ya en Canadá hay tests de 5 dólares cada uno que dan el resultado en un minuto. Aunque todavía el 25% de las personas no sabe que está infectado. No podemos hacer que ni los tests ni los tratamientos sean obligatorios, pero sí debemos facilitar el acceso. Con respecto a los tratamientos, los cócteles de drogas se empezaron a usar en 1996 y esperábamos erradicar la infección del planeta. Hoy no hay indicios de que sea posible. Pero sí hemos demostrado que los cócteles tienen muchísimos beneficios tanto para el paciente como para la sociedad en general.

¿Por qué lo afirma?

Los cócteles de drogas contra el virus del sida pueden llevar a la infección a una remisión total. Frenan la replicación del virus en forma inmediata y reconstituyen el sistema inmune. De esta manera, se previene la aparición de enfermedades oportunistas y se prolonga la vida sana de los pacientes.

¿Por qué también dijo que benefician a la sociedad?

Porque también se ha demostrado que administrar los tratamientos en etapas más tempranas así como extender la cobertura a más personas con VIH ayuda a bajar la mortalidad y le ahorra dinero a los Estados.

¿A qué se refiere con tratamientos en etapas más tempranas?

La investigación cambió la comprensión de la infección. Antes, hablábamos de una fase latente, en la que el virus estaba presente, pero no producía enfermedad. Ahora sabemos que durante esa fase el virus del sida actúa como un estimulante de la inflamación y se pueden dañar los riñones, el hígado o el corazón. Por lo cual, hay que enfocar también a esa fase. En la fase tardía, se agrega la inmunodeficiencia que hace que el organismo sea más susceptible a diferentes gérmenes.

La ONU había lanzado la meta de dar tratamiento a 3 millones de personas de países en desarrollo para el año 2005. ¿Qué pasó?

La meta no se consiguió. Estamos tratando de convencer al G8 (el grupo de los 8 países con el mayor poderío político, económico y militar del mundo) para que los líderes se comprometan realmente a lograr el acceso universal a la prevención y el tratamiento en el año 2010.

La OMS advierte retrasos para lograr los retos del milenio", *Diario Médico*, 11/09/2008
http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/politica_sanitaria/es/desarrollo/1163708.html

Los retos marcados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para su consecución en 2015 corren peligro. Según se expone en el último boletín de la organización, a la crisis económica, que pone en riesgo los logros ya alcanzados, se une el hecho de que aún existan importantes desfases en el cumplimiento de algunos objetivos como el refuerzo de la asistencia al desarrollo y el acceso a medicamentos esenciales en los países más pobres.

Quedan tan sólo siete años para que se cumpla el plazo para la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio marcados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero siguen existiendo importantes desfases en el cumplimiento de los compromisos mundiales. Según el último boletín de la OMS, el debilitamiento de la economía mundial y los fuertes incrementos de los precios pueden invertir algunos de los avances logrados en diversos ámbitos, por lo que es preciso reforzar las asociaciones globales con el fin de evitar una posible regresión y dar respuestas urgentes para salvar los desfases de aplicación.

Una de las asignaturas pendientes es el refuerzo de la ayuda para el desarrollo, puesto que sólo el 20 por ciento del total que se destina a temas sanitarios se dedica a apoyar las prioridades sectoriales del gobierno. "La sostenibilidad de las intervenciones para reducir la incidencia de la tuberculosis, la malaria y el VIH depende de los esfuerzos de los servicios de salud públicos, y por ello el refuerzo en los presupuestos nacionales como el mejor mecanismo para canalizar los flujos de ayuda", resalta la OMS.

Según expone el documento, una de las principales metas es mejorar la disponibilidad de medicamentos a precios asequibles para los países pobres del mundo. De hecho, la disponibilidad de fármacos en el sector público sólo representa una tercera parte, mientras que la correspondiente al sector privado supone unas dos terceras partes y sus precios son entre 2,5 y 6,5 veces más elevados que los precios internacionales de referencia. La solución pasa, según la OMS, por el refuerzo de la alianza entre los gobiernos, las empresas farmacéuticas y los consumidores, el reconocimiento explícito a medicamentos y tecnologías como parte del derecho a la salud, y políticas que sustituyan los fármacos esenciales por genéricos.

"Los nuevos casos de sida en Latinoamérica afectan más a las mujeres", EFE, 10/09/2008

Publicado en elpais.com:

http://www.elpais.com/articulo/internacional/nuevos/casos/sida/Latinoamerica/afectan/mujeres/elpepuint/20080910elpepuint_3/Tes

Londres / Los nuevos casos de infección por virus del sida en Latinoamérica afectan más a las mujeres, discriminadas por unos gobiernos que, pese a incluirlas en las leyes, no les dedican partidas sanitarias específicas. Estas son las conclusiones de la jornada Sida y VIH en Brasil y el Caribe, celebrada ayer en la Canning House de Londres y en la que han participado cinco expertos sobre la situación de la epidemia en Latinoamérica.

Aparte de crecer entre las mujeres latinoamericanas, la epidemia sigue aumentando en los siguientes grupos: transexuales, adictos a drogas inyectables, huérfanos y niños vulnerables, hombres homosexuales y personas que ejercen la prostitución.

El incremento de esta epidemia entre las mujeres se debe, sobre todo, a que son víctimas de relaciones desiguales con los hombres, quienes terminan imponiendo que el acto sexual se lleve a cabo sin protección.

La directora de la división latinoamericana y caribeña de Alianza Internacional Contra el Sida, Ana María Bejar, indicó que esta enfermedad es un "asunto complejo en una región compleja" y que las personas infectadas sufren estigma y discriminación. Bejar hizo un llamamiento a los gobiernos para que incluyan a todos estos grupos en sus políticas sanitarias y dijo que los precios de los tratamientos médicos continúan siendo elevados.

Una "región olvidada"

Por su parte, el director del Centro Internacional de Cooperación Técnica del Ministerio de Salud de Brasil, Carlos Passarelli, denunció que Latinoamérica es una "región olvidada por la ayuda internacional" y que no recibe mucho dinero para la lucha contra el sida.

Passarelli, que explicó las claves del éxito del programa brasileño contra el virus "información, implicación de todos los agentes sociales, incluido el Gobierno, respuesta temprana a la enfermedad y producción local de tratamientos", destacó la voluntad de Brasil de colaborar con otros países en vías en desarrollo.

Este país ha conseguido desde 1996 que aumente la prevención y el uso del preservativo, que se establezca la prevalencia de la enfermedad, que ésta disminuya entre hombres homosexuales y adictos a las drogas, que se reduzca la mortalidad y que haya un acceso universal a los tratamientos antirretrovirales.

ENTREVISTA: Conferencia Internacional del Sida THORAYA AHMED OBAID

Directora ejecutiva del Fondo de Población de la ONU

"Los jóvenes suponen casi la mitad de los nuevos infectados de VIH" , *El País*,

05/08/2008

ANTONIO O. ÁVILA - México

Thoraya Ahmed Obaid, directora ejecutiva del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), una de las asistentes a la XVII Conferencia Internacional del Sida en México, pone todo su énfasis en las mujeres y los jóvenes, los dos colectivos más vulnerables ante el virus. Sólo un dato. Casi la mitad de las personas que se infectan cada año tienen entre 15 y 24 años. Lo preocupante es que, a estas alturas, casi tres décadas después de que se descubriera la enfermedad, menos de la mitad sabe con certeza cuáles son las vías para evitar la transmisión.

Pregunta. Hace años se consideraba que el VIH sólo afectaba a minorías. ¿Qué grupos están en situación de mayor vulnerabilidad ahora?

Respuesta. A mí lo que más me preocupa son los más jóvenes, los que tienen entre 15 y 24 años. De los 2,7 millones de nuevas infecciones por el VIH en 2007, ese grupo fue casi la mitad, el 45%, de los casos. En el mundo, se estima que hay 5,5 millones de jóvenes infectados.

P. ¿Por qué son tan vulnerables?

R. Porque les falta información. A finales de 2007, sólo el 40% de los jóvenes tenían un amplio conocimiento de lo que es el VIH.

P. ¿Y las mujeres? ¿Hay conexión entre las desigualdades de género y el VIH?

R. Sí. En África subsahariana, el 60% de los adultos infectados son mujeres. Los factores sociales, culturales y económicos hacen que las mujeres sean más vulnerables al virus y que éstas se vean mucho más afectadas por el impacto de la epidemia.

P. ¿Cómo evoluciona la tasa de transmisión de madres a hijos?

R. La proporción de bebés infectados por el VIH se podría reducir entre un 35% y un 45% mediante la prevención en mujeres y la prevención del embarazo entre las que viven con VIH. Es destacable que en sólo dos años, de 2005 a 2007, el porcentaje de mujeres embarazadas con el virus que tuvieron acceso a antirretrovirales para prevenir la transmisión de madres a hijos pasó del 14% al 33%.

P. ¿Qué futuro les espera a los niños que nacen con VIH?

R. En 2007, cerca de 200.000 niños con este virus en países de ingresos medios y bajos recibieron tratamiento con antirretrovirales, en contraposición a los 75.000 que lo hicieron en 2005. Sin embargo, su difícil detección en una etapa temprana en los niños se convierte en un gran obstáculo para lograr avances mayores. En 2007, sólo el 8% de los niños nacidos de madres viviendo con VIH tuvieron acceso a la prueba del virus en los dos meses después del nacimiento.

P. ¿Qué se podría hacer?

R. Hay que ampliar los programas que abordan las desigualdades entre hombres y mujeres, y dedicar más fondos para poder ponerlos en marcha. Por último, hay que lograr la movilización y participación de los hombres y los niños.

P. ¿Están los pobres más amenazados?

R. La relación entre el virus y la pobreza es compleja. Los nuevos datos indican que, en sí misma, la pobreza no lleva a la infección del VIH. Es decir, los pobres no son más vulnerables. Sin embargo, una vez que una persona recibe un diagnóstico positivo, el impacto del virus en los ingresos del hogar es notable. En estos casos, las familias pobres se vuelven más pobres. De todos modos, más del 96% de los 7.400 nuevos casos de infecciones por VIH al día se producen en los países de ingreso medio y bajo.

P. ¿Hay fondos suficientes para pagar los tratamientos?

R. A medida que más personas tienen acceso al tratamiento y viven durante más años, los presupuestos destinados a la respuesta al VIH y sida deben incrementarse. Una respuesta adecuada requiere una financiación a largo plazo. En los países de África subsahariana, el gasto nacional per cápita en VIH en relación con el nivel de ingresos fue seis veces mayor que en otras partes del planeta.

“Los enfermos de VIH aún están mal informados” , *Diario Médico*, 04/09/2008
G.S.S.

http://www.diariomedico.com/rec-templating/templates/diario_medico/cmp/viewDocument_DM.jsp

Un estudio realizado a nivel mundial ha concluido que existe falta de diálogo entre los médicos y los enfermos de VIH para conseguir que estén mejor informados sobre sus tratamientos y puedan ayudar así en la toma de decisiones.

Los resultados de la Aids Treatment for Life International Survey, encuesta internacional en la que han participado cerca de 3.000 enfermos seropositivos de 18 países, muestran que los pacientes infectados por el virus del sida siguen temiendo el estigma que acompaña a la enfermedad. A la luz del estudio, la Asociación Internacional de Médicos en Atención del Sida hizo un llamamiento a la acción internacional para que la comunidad del VIH se apreste a aumentar la educación y el diálogo para conseguir que los pacientes estén mejor informados y que se promueva el diálogo alrededor de la calidad de vida del paciente y su relación con la potencia del tratamiento, las estrategias posológicas, los efectos secundarios y la tolerabilidad.

Además, instaron a ocuparse de los obstáculos no clínicos del inicio y el cumplimiento del tratamiento contra el VIH, incluyendo el estigma, la discriminación y el coste, y a diseñar programas de prevención de la infección por el VIH adecuados a cada cultura.

Los enfermos españoles no tienen este problema. Así lo afirma el presidente de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (Seisida), Daniel Zulaica, que ha valorado el estudio: "La situación en España es buena y existe diálogo entre el profesional y el enfermo. Se ha avanzado mucho y el paciente no se siente marginado, como ocurre en otros países". Esto se debe a que los médicos españoles "se han adaptado muy bien a tratar enfermos crónicos".

En opinión de Zulaica, este tipo de estudios tienen un gran valor, ya que reflejan situaciones de

marginación que están más agudizadas en los países en vías de desarrollo, "donde hay menos diálogo entre el profesional y el paciente y más discriminación".

Efectos secundarios

Los resultados del estudio demuestran además que el miedo a los efectos secundarios puede impedir a los pacientes solicitar un tratamiento. El 26 por ciento de los encuestados refirió que había optado por no solicitar tratamiento antirretroviral porque creía que producía demasiados efectos secundarios; esta respuesta era más prevalente en Europa (42 por ciento).

Además, el estigma sigue preocupando y más de la mitad de las personas se mostraron "muy" o "algo" preocupadas por el hecho de que los demás supiesen que son seropositivos; el 83 por ciento señaló que esto se debía principalmente al miedo a la discriminación social y el estigma.

“México: Fabricará EU vacunas para prevenir adicción a cocaína y heroína”,

Milenio.com, 08/08/2008

<http://www.lasdrogas.info/index.php?op=InfoNoticia&idNoticia=26487>

La especialista Nora D. Volkow consideró que si una persona está inmunizada contra los efectos de la cocaína o la heroína no tendría ningún efecto y, por tanto, se inhibiría el uso de esas sustancias

El Instituto Nacional contra el Abuso de las Drogas de Estados Unidos trabaja en la elaboración de dos vacunas para prevenir la adicción a la cocaína y a la heroína, informó la directora de esa institución, Nora D. Volkow.

En el marco de la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida, que se celebra en la ciudad de México, la funcionaria del gobierno de Estados Unidos sostuvo que tan sólo en la fase 2B de las investigaciones de la vacuna contra la cocaína se invertirán cuatro millones de dólares.

En el caso de este primer inmunizante, dijo que ya se pasó de las pruebas en animales a los humanos y se comprobó que hubo importantes logros en la disminución del consumo.

Respecto de la vacuna contra la heroína, indicó que aún permanece en pruebas animales, pero ya se trabaja en la definición de candidatos humanos, y dijo que "uno de ellos está en el Distrito Federal".

Sin embargo, aclaró que hasta hoy todavía no está listo el proyecto para pasar a la fase de aplicación en humanos y "sería muy riesgoso para una persona el hacer este tipo de pruebas, por ello se le dará su tiempo".

Volkow, mexicana de nacimiento, por sus conocimientos y estudios fue invitada hace varios años a trabajar en el Instituto Nacional contra el Abuso de las Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés), en donde realiza investigaciones sobre el uso de estupefacientes vinculado al contagio del VIH/Sida.

La especialista mencionó que las vacunas contra la cocaína y la heroína, que son consideradas las más fuertes, eliminan los efectos que las drogas debían producir en el cuerpo humano.

Consideró que si una persona está inmunizada contra los efectos de la cocaína o la heroína no tendría ningún efecto y, por tanto, se inhibiría el uso de esas sustancias.

Hoy se utiliza como un sustituto de la heroína otra sustancia no adictiva, la metadona, que haría soportar a los consumidores el síndrome de la abstinencia, puntualizó.

“Cálculos de VIH/SIDA mundial ”, Avert , julio 2008

<http://www.avert.org/estadisticas-sida.htm>

Las últimas estadísticas de la epidemia mundial de SIDA & VIH fueron publicadas por ONUSIDA/OMS en Julio de 2008, y se refieren al final de 2007.

	Cálculo estimativo	Rango
Personas que viven con VIH/SIDA en 2007	33,0 millones	30,3-36,1 millones
Adultos que viven con VIH/SIDA en 2007	30,8 millones	28,2-34,0 millones
Mujeres que viven con VIH/SIDA en 2007	15,5 millones	14,2-16,9 millones
Niños que viven con VIH/SIDA en 2007	2,0 millones	1,9-2,3 millones
Personas recientemente infectadas con VIH en 2007	2,7 millones	2,2-3,2 millones
Niños recientemente infectados con VIH en 2007	0,37 millones	0,33-0,41 millones
Muertes por SIDA en 2007	2,0 millones	1,8-2,3 millones
Muertes de niños por SIDA en 2007	0,27 millones	0,25-0,29 millones

Más de 25 millones de personas murieron de SIDA desde 1981.

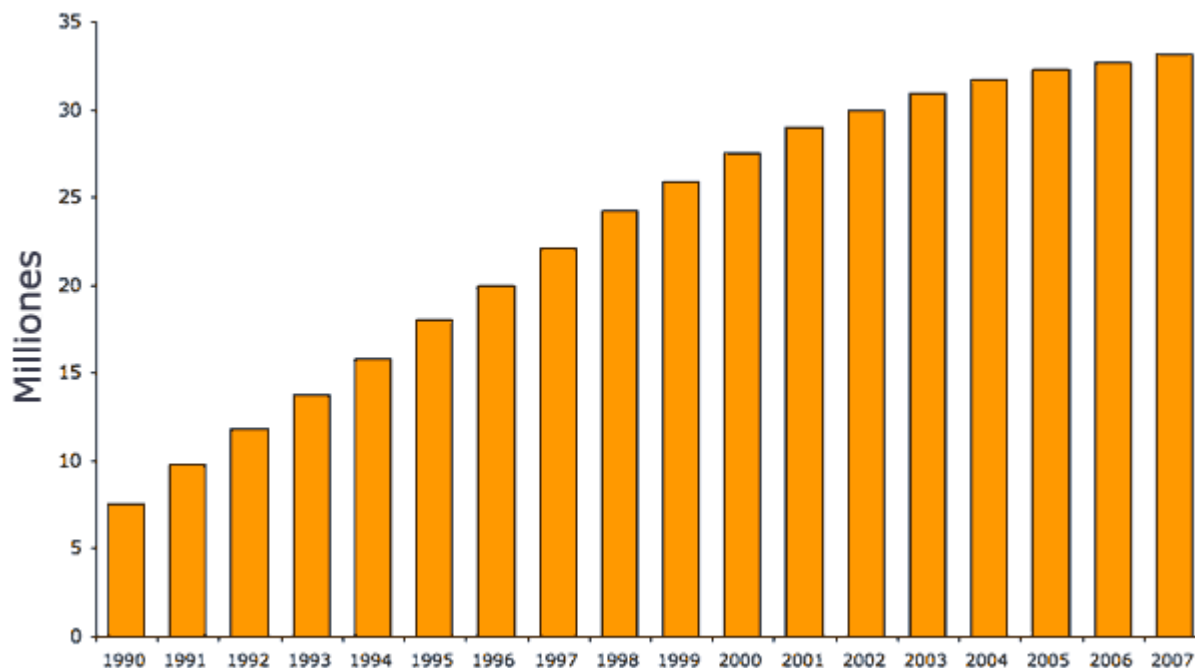
África tiene 11.6 millones de huérfanos a causa del SIDA.

A fines de 2007, las mujeres representaban el 50% de todos los adultos que viven con VIH en todo el mundo y el 59% en Africa Subsahariana.

Las personas jóvenes (menores de 25 años) representan la mitad de todas las infecciones con VIH recientes a nivel mundial.

En países en vías de desarrollo y en transición, 9,7 millones de personas tienen necesidad inmediata de medicamentos para el SIDA para salvar sus vidas; de éstos, sólo 2,99 millones (31%) los están recibiendo.

Tendencias mundiales



El número de personas que viven con VIH se ha incrementado de aproximadamente 8 millones

en 1990 a casi 33 millones en la actualidad y sigue en aumento. Alrededor de un 67% de personas que viven con VIH se encuentran en África subsahariana.

Estadísticas regionales de VIH & SIDA, fin de 2007

Región	Adultos y niños que viven con VIH/SIDA	Adultos y niños recientemente infectados	Frecuencia en adultos*	Muertes de adultos y niños
África subsahariana	22 millones	1,9 millones	5,0%	1,5 millones
África del Norte y Oriente Medio	380.000	40.000	0,3%	27.000
Asia	5 millones	380.000	0,3%	380.000
Oceanía	74.000	13.000	0,4%	1.000
América Latina	1,7 millones	140.000	0,5%	63.000
El Caribe	230.000	20.000	1,1%	14.000
Europa Oriental y Asia Central	1,5 millones	110.000	0,8%	58.000
América del Norte, Europa Occidental y Central	2,0 millones	81.000	0,4%	31.000
TOTAL MUNDIAL	33 millones	2,7 millones	0,8%	2 millones

* Proporción de adultos entre 15-49 años que vivían con VIH/SIDA

En 2007 alrededor de 2,5 millones de adultos y niños se infectaron con VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), el virus que causa el SIDA. Para fines de ese año, aproximadamente 33 millones de personas en todo el mundo vivían con VIH/SIDA. El ese año también ocurrieron alrededor de dos millones de muertes a causa del SIDA a pesar de las mejoras en el acceso al tratamiento antirretroviral.

Notas

Los adultos se definen como hombres y mujeres de más de 15 años, a menos que se especifique lo contrario.

Niños huérfanos por el SIDA se definen a las personas de menos de 18 años que están vivos y que han perdido a uno o ambos padres por el SIDA.

Todas las estadísticas de esta página deben ser interpretadas con cautela debido a que son cálculos estimativos.

ESPECIAL XVII CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE SIDA 3-8 AGOSTO 2008 - CIUDAD DE MÉXICO

“El Gobierno se compromete a luchar contra el VIH/SIDA, Elaboración propia, 04/08/2008

MÉXICO D.F.- “Estamos convencidos de que es tiempo de detener el sida. (...) Pueden contar con España para ello”. Con estas palabras, pronunciadas durante la apertura de la XVII Conferencia Internacional sobre el sida, la vicepresidenta del Gobierno, María Teresa Fernández de la Vega, anunció que España va reforzar su compromiso en la lucha contra el VIH con una aportación de 10,2 millones de euros a ONUSIDA.

De esta cantidad, tres millones estarán destinados a apoyar las actividades de la Iniciativa Internacional para la Vacuna, y un millón y medio a la Asociación Internacional para Microbicidas.

Esta nueva aportación se suma a los 600 millones de dólares que el Gobierno español se ha comprometido a aportar al Fondo Global de la Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria para el periodo 2008-2012.

Según De la Vega, España se ha impuesto como una de sus prioridades el combate contra el sida, dotando a los sistemas públicos de salud de mayores medios económicos y profesionales. Al mismo tiempo, la vicepresidenta considera que la investigación de la vacuna del VIH sigue siendo uno de los mayores desafíos para la comunidad internacional. Por ello, el Gobierno español aporta cada año, desde 2005, un millón de euros a la plataforma europea de ensayos clínicos.

La vicepresidenta, que inauguró junto con el Secretario General de la ONU, Ban Ki Moon, y el presidente mexicano, Felipe Calderón, la XVII Conferencia Internacional sobre el sida, ha expresado su preocupación por, no sólo la enfermedad, sino sobre todo por las desigualdades que rodean a ésta. Para De la Vega, la desigualdad económica, la climática, la de género, la social y la sanitaria son las causantes de situaciones como que la "esperanza de vida de un enfermo de sida en los países de renta media y alta haya aumentado entre 14 y 25 años", y que éste sea casi "exactamente el mismo número de años que ha retrocedido la esperanza de vida en aquellos países de menor renta". "Donde quiera que dirijamos nuestra mirada, encontraremos una estrecha correlación entre sida y desigualdad," declaró la vicepresidenta.

Según datos de la ONU, en aquellas zonas en las que más avanza la enfermedad aumenta "de un modo drástico" el número de mujeres seropositivas, y en algunos casos, como ha recordado De la Vega en su discurso, la probabilidad de que una mujer contraiga la enfermedad llega a quintuplicarse respecto a los varones.

Una mujer infectada por cada tres hombres

Un ejemplo de ello es Latinoamérica, donde hoy la media es de una mujer infectada por cada tres hombres. Y en algunas zonas como el Caribe, "el ratio ya alcanza el 50%".

Datos que demuestran que "el sida no es sólo un problema de salud, sino también de desarrollo, de justicia y de equidad". Razones por las que De la Vega ha instado a seguir luchando "de modo efectivo" no sólo contra su extensión sino también "contra toda forma de desigualdad".

La vicepresidenta ha hecho también un llamamiento para seguir luchando "en el camino del aprendizaje y de la solidaridad". "Es el momento de unir nuestras fuerzas para que esos tratamientos y esa asistencia que tantas vidas están salvando lleguen a todos los enfermos de sida", indicó.

Bajo el lema 'Acción Universal, ¡YA!', los integrantes de la conferencia, tanto profesionales como afectados, así como los representantes políticos, quieren lograr una mayor concienciación pública sobre la enfermedad y sobre su impacto en la sociedad, porque como ha afirmado la vicepresidenta "nos enfrentamos a una epidemia que ha cambiado la cara del mundo".

Antes de su intervención en la apertura de la conferencia, la vicepresidenta se reunió con el director ejecutivo de ONUSIDA, Peter Piot, y con representantes de la organización Tenemos sida, una coalición de ONG españolas e internacionales, para trasladarles el apoyo del Gobierno de España en esta larga y difícil batalla contra la epidemia de VIH/sida.

Texto elaborado a partir de las siguientes fuentes:

- "El Gobierno aportará 10,2 millones de euros para la lucha contra el sida," *El Mundo*, 04/08/2008,

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/08/04/hepatitissida/1217835886.html>

- "España se vuelca con el VIH," *Público*, 03/08/2008

"XVII Conferencia Internacional del Sida: Boletín del lunes", lunes, 4 de agosto de 2008
<http://www.aidsmap.com/cms1271240.asp>

- * Se inaugura la Conferencia del Sida en la Ciudad de México
- * Encuentro previo a la conferencia
- * Nuevas cifras de EE UU

Se inaugura la Conferencia del Sida en la Ciudad de México

Se ha inaugurado la XVII Conferencia Internacional del Sida en la Ciudad de México. Se espera que a la misma acudan más de 22.000 personas, lo que supone la reunión del mayor número de expertos en VIH del mundo, entre ellos médicos, investigadores, activistas y personas que viven con VIH. Dado que se celebra en la ciudad más populosa de habla hispana del planeta, constituirá la primera Conferencia Internacional del Sida en centrarse en América Latina y las cuestiones peculiares que caracterizan la epidemia en esta zona y el Caribe.

También se espera que en la conferencia de este año se preste más atención que en ediciones anteriores a la epidemia entre hombres gays y otros colectivos de hombres que practican sexo con hombres (HSH), especialmente en entornos con pocos recursos, donde las necesidades de prevención y tratamiento de estas personas a menudo son ignoradas o incluso denegadas.

Encuentro previo a la conferencia

A modo de ensayo de este aspecto de la conferencia, durante el fin de semana se celebró una miniconferencia de dos días, titulada “Hombres invisibles” y se centró en la epidemia entre los hombres que practican sexo con hombres en entornos con recursos limitados, lo que en ocasiones se denomina el “Sur mundial”. Se informó a los delegados de que la prevalencia del VIH entre los hombres que practican sexo con hombres en África, Asia y América se sitúa entre 4 y 33 veces por encima del valor registrado en la población general. Peter Piot, director saliente de ONUSIDA, afirmó que la situación de estas epidemias le recordaba a las de América del Norte y Europa en la década de 1980.

En el encuentro satélite también estuvo presente la nueva investigación sobre la extensión de la epidemia entre hombres que practican sexo con hombres en África. Las cifras de Malawi muestran que el 21% de las personas que pertenecen a este colectivo tienen VIH. Esto supone casi el doble de la prevalencia observada entre la población general (12%). Los niveles de uso de preservativo fueron bajos e, incluso cuando se utilizaron, dos tercios de los hombres declararon emplear un lubricante de base oleosa, lo que puede dañarlos y hacerlos más propensos a romperse. El sexo entre hombres se considera ilegal en Malawi y el estigma y la discriminación parecen estar impulsando la epidemia en el país: muchos de los hombres en el estudio declararon que se habían tenido miedo de buscar tratamiento médico debido a su sexualidad.

Nuevas cifras de EE UU

Se han hecho públicas las nuevas cifras de EE UU coincidiendo con la inauguración de la conferencia de la Ciudad de México. Se basan en una tecnología más fiable para la realización de la prueba (capaz de diferenciar entre las infecciones recientes y las antiguas) y muestran que existen muchas más nuevas infecciones por VIH en el país de lo que se pensaba. Las autoridades en EE UU consideran ahora que se produjeron más de 56.000 nuevas infecciones por VIH en 2006, un valor aproximadamente un 40% más alto que el de las estimaciones previas.

Cobertura en adismap.com

A lo largo de esta semana, adismap.com realizará una amplia cobertura de la Conferencia Internacional del Sida, en la que se tratarán una amplia variedad de temas, entre ellos:

- * Las novedades en el campo de la prevención del VIH, donde se esperan informes sobre el uso de fármacos antirretrovirales en geles vaginales y sobre la circuncisión como herramienta de prevención.
- * Debates sobre la capacidad de infección de las personas con el virus que siguen un tratamiento antirretroviral eficaz, en respuesta a la declaración de la Comisión Federal del Sida de Suiza.
- * La continuación del debate sobre la criminalización de la transmisión del VIH en muchos

países.

* Los avances en el tratamiento del VIH, incluyendo los nuevos fármacos y la cuestión del acceso y uso de los tratamientos en entornos con pocos recursos.

* VIH y tuberculosis, incluyendo nueva información sobre la tuberculosis multirresistente a fármacos.

Retransmisiones de la conferencia por Internet y comentarios de expertos

Aquí puedes seguir las retransmisiones en la web: <http://www.kaisernetwork.org/aids2008>

“XVII Conferencia Internacional del Sida: Boletín del martes”, martes, 5 de agosto de 2008

<http://www.aidsmap.com/cms1271380.asp>

* Tratamiento y capacidad de infección. La declaración suiza genera debate en la conferencia de México

* Los proyectos de microfinanciación reducen el riesgo del VIH en mujeres de Suráfrica

* Cambios de tratamiento y lipodistrofia

* Elevada incidencia de VIH entre hombres que practican sexo con hombres en Tailandia

* Lipodistrofia en Tailandia

* Tratamiento del VIH y tuberculosis

Tratamiento y capacidad de infección. La declaración suiza genera debate en la conferencia de México

Como era de esperar, la que se ha dado en llamar la “declaración suiza” (referente a la capacidad de infección de las personas con VIH con una carga viral indetectable) ha despertado controversia en la Conferencia Internacional del Sida de este año.

En enero, un destacado equipo suizo de médicos e investigadores del VIH realizó una declaración según la cual las personas que tomasen tratamiento anti-VIH y que hubieran tenido una carga viral indetectable en sangre durante al menos seis meses no eran susceptibles de transmitir el virus a sus parejas sexuales, siempre y cuando siguieran el tratamiento de forma adecuada y no presentaran una infección de transmisión sexual (ITS).

En un acto satélite previo a la conferencia tuvo lugar un acalorado encuentro de dos horas de duración en el que se abordó esta declaración.

Uno de los autores de la misma afirmó que nunca pensaron en darle una difusión mundial, sino que su objetivo era más bien servir de ayuda a los médicos suizos a la hora de tratar la adopción de riesgos sexuales con sus pacientes que tuvieran parejas estables.

También subrayó que su intención no era sugerir que una carga viral indetectable fuese un sustituto de los preservativos.

No obstante, también defendió la afirmación, señalando que las prácticas sexuales con preservativos no eran 100% seguras, sino que comportaban un riesgo que se situaba “en un intervalo confortable que permite a las personas llevar una vida normal. Situaríamos la práctica de sexo cuando se toma terapia antirretroviral en un intervalo de seguridad similar, pero sólo lo consideramos ‘seguro’ en unas condiciones especiales”.

Otras personas presentes en el encuentro expresaron su preocupación. Por ejemplo, un médico afirmó que el supuesto de que la transmisión no era posible en el caso de que la carga viral estuviera por debajo de un determinado nivel era más una creencia que una certeza. De cualquier modo, también señaló que algunos fármacos anti-VIH tenían mucha capacidad de penetrar en los fluidos genitales y podían estar actuando, de hecho, como microbicidas.

Un delegado de ONUSIDA afirmó que la declaración suiza carecía de relevancia para la mayor parte de las personas con VIH del mundo, ya que en muchos de los países más afectados por el

VIH el acceso a las pruebas de carga viral era limitado y las tasas de ITS eran altas.

La declaración fue respaldada por algunos activistas comunitarios, que señalaron que ayudaba a reducir el estigma y la discriminación.

Los proyectos de microfinanciación reducen el riesgo del VIH en mujeres de Suráfrica

La microfinanciación, centrada en el empoderamiento económico de las mujeres pobres, reduce los comportamientos de riesgo de transmisión del VIH y la violencia en la pareja, según se extrae de un estudio.

Dicho estudio se realizó en Suráfrica y contó con mujeres en situación de extrema pobreza a las que se les concedieron pequeños préstamos para abrir negocios como la compra y venta de productos agrícolas locales, la venta de ropa nueva y usada, el cuidado de niños o la regencia de pequeños puestos de comida. Casi todos los préstamos fueron devueltos en su totalidad.

Este proyecto no sólo ayudó a aumentar el bienestar económico, sino que los investigadores también descubrieron que redujo las tasas de sexo sin protección con parejas casuales y la violencia en la pareja.

Actualmente se prevé expandir el estudio y se espera que alcance a 15.000 hogares en la provincia de Limpopo entre 2008 y 2010.

Cambios de tratamiento y lipodistrofia

Algunos fármacos anti-VIH pueden provocar cambios en la distribución de la grasa corporal, incluyendo su pérdida en la cara, extremidades y nalgas o su acumulación en torno a los órganos internos del abdomen o entre los hombros. Esta variedad de efectos secundarios a menudo se conoce como lipodistrofia.

Se ha relacionado la toma de dos fármacos en particular (los ITIN d4T y AZT) con la pérdida de grasa, y actualmente algunos países, como el Reino Unido, no recomiendan su uso rutinario. Sin embargo, siguen constituyendo importantes opciones de tratamiento en muchos países en vías de desarrollo.

La investigación en el Reino Unido sobre los inhibidores de la proteasa ha descubierto que cambiar a atazanavir (Reyataz®) potenciado con ritonavir no reduce la pérdida de grasa central. El equipo de investigadores empleó escáneres para examinar el nivel de grasa en los pacientes que cambiaron a atazanavir y en los que siguieron tomando Kaletra® (lopinavir/ritonavir). Tras un año, no se apreciaron diferencias en los niveles de grasa en el vientre.

Es menos probable que atazanavir provoque aumentos de grasas en sangre que otros inhibidores de la proteasa y se esperaba que el cambio a este fármaco también tuviera un efecto positivo sobre la forma corporal. El ejercicio y la dieta parecen ser el único medio de atajar el problema de la grasa visceral, que el responsable del estudio describió como “un desafío muy importante”.

También sugirió que el tratamiento con inhibidores de la proteasa podría no ser la causa en absoluto de la acumulación de grasa.

En un estudio aparte, se examinaron los efectos sobre la grasa en las extremidades del cambio de AZT/3TC (Combivir®) a tenofovir/FTC (Truvada®). La mitad de los pacientes del estudio siguieron tomando Combivir®, mientras que el resto cambió a Truvada®. Tras seis meses, se estudiaron los cambios en la grasa de las extremidades empleando escáneres.

En general se produjo una ligera (aunque no significativa) ganancia de grasa en las extremidades en el caso de los pacientes que cambiaron a Truvada®, mientras que los pacientes que permanecieron con Combivir® siguieron perdiendo grasa. Sin embargo, el cambio a Truvada® pareció ofrecer un mayor beneficio a los pacientes que presentaban una pérdida de grasa más acusada.

Es posible que la duración del estudio no fuera lo suficientemente larga. Otras investigaciones han mostrado que tras el cambio de tratamiento pueden pasar hasta dos años antes de que puedan apreciarse mejoras reales.

Elevada incidencia de VIH entre hombres que practican sexo con hombres en Tailandia

La investigación en Tailandia ha descubierto que el 5% de los hombres gays y otros hombres que practican sexo con hombres se infectan por VIH cada año.

Entre los factores de riesgo de infección por VIH se cuentan tener más de 30 años, un menor nivel de educación, practicar sexo anal receptivo sin usar preservativos y el uso de drogas recreativas, incluyendo poppers. La investigación reciente en el Reino Unido ha encontrado también una relación entre el uso de poppers y un mayor riesgo de infección por VIH.

Tailandia ha experimentado algunos éxitos en el control de la propagación del VIH, pero sus esfuerzos de prevención se han centrado en trabajadoras sexuales y usuarios de drogas inyectables. En un encuentro celebrado el primer día de la conferencia se expuso que, con frecuencia, las necesidades de prevención de los hombres gays y de otros colectivos de hombres que practican sexo con hombres se habían ignorado, y se espera que la conferencia ayude a centrar la atención en la parte olvidada de la epidemia del VIH que afecta a los hombres gays en numerosas partes del mundo.

Lipodistrofia en Tailandia

El tratamiento del VIH en países con pocos recursos se basa en el uso de d4T y AZT, los fármacos más relacionados con los cambios de grasa corporal.

En Tailandia, el tratamiento estándar de primera línea para el VIH es GPOVir, una pastilla combinada en dosis fija de d4T, 3TC y nevirapina.

El equipo de investigadores descubrió que, tres años después de iniciar esta combinación, el 18% de los pacientes cambió a otra que incluía AZT debido a la lipodistrofia.

Sin embargo, no pareció surgir lipodistrofia en los pacientes con peor grado de adhesión a su tratamiento.

Debido al riesgo de lipodistrofia, la Organización Mundial de la Salud recomendó que se redujeran los niveles de dosificación de d4T. A pesar de esta recomendación, los pacientes en este estudio siguieron tomando dosis completas de d4T.

Tratamiento del VIH y tuberculosis

La tuberculosis constituye la principal causa única de morbilidad en personas con VIH en el mundo.

Se ha producido un gran debate en torno al momento oportuno para comenzar el tratamiento del VIH en personas con un bajo recuento de células CD4 que reciben tratamiento contra la tuberculosis. Esto se debe a las posibles interacciones entre los fármacos anti-VIH y antituberculosos y al riesgo de sufrir lo que se denomina síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria.

Dos estudios presentados en la conferencia de México han ofrecido resultados contradictorios respecto a los beneficios de un inicio temprano del tratamiento del VIH en pacientes con tuberculosis.

“XVII Conferencia Internacional del Sida: Boletín del miércoles”, miércoles, 6 de agosto de 2008

<http://www.aidsmap.com/cms1271517.asp>

- * Raltegravir en el tratamiento de primera línea
- * Inicio tardío del tratamiento: efavirenz funciona mejor que lopinavir/ritonavir
- * Resultados del tratamiento en entornos con pocos recursos
- * Circuncisión
- * Prevención Positiva
- * Transmisión del VIH
- * Prevención de la tuberculosis
- * Otras noticias

Raltegravir en el tratamiento de primera línea

Raltegravir (Isentress®) es un fármaco tan potente como efavirenz (Sustiva®) cuando se emplea en el tratamiento de primera línea contra el VIH en combinación con emtricitabina y tenofovir (Truvada®), según los resultados de un estudio de dos años presentado en la Conferencia Internacional del Sida.

Una ventaja que ofreció el uso de raltegravir sobre el de efavirenz fue el menor número de efectos secundarios.

Hoy por hoy, sólo está aprobado el uso del inhibidor de la integrasa raltegravir en personas con experiencia en el tratamiento anti-VIH, tanto en Europa como en EE UU. En este estudio, los investigadores querían determinar su seguridad y eficacia en personas que iniciaban la terapia antirretroviral.

Los últimos datos muestran que la proporción de pacientes que alcanzaron una carga viral indetectable tras 96 semanas fue similar entre los que tomaban raltegravir (83%) y los que recibían efavirenz (84%), el principal fármaco que se emplea actualmente en primera línea. Los aumentos del recuento de células CD4 también fueron muy parecidos. No obstante, el número de pacientes que se quejó de efectos secundarios fue menor en el caso de los que tomaban raltegravir (51% frente al 74%).

Inicio tardío del tratamiento: efavirenz funciona mejor que lopinavir/ritonavir

En el caso de las personas que empiezan el tratamiento con un reducido recuento de células CD4, hay más probabilidades de que su carga viral sea indetectable al año de recibir un régimen basado en efavirenz que si toman lopinavir/ritonavir, según los últimos datos.

Muchas personas con VIH reciben el diagnóstico cuando su recuento de células CD4 es bajo, y el diagnóstico tardío constituye la explicación subyacente de muchos de los diagnósticos de sida y las muertes producidos en el Reino Unido y en muchos otros países.

En este nuevo estudio, realizado en México, casi tres cuartas partes de los pacientes que comenzaron un tratamiento anti-VIH basado en efavirenz gozaban de una carga viral indetectable tras un año, frente a sólo el 50% de los pacientes que iniciaron tratamiento con lopinavir/ritonavir.

Además, los pacientes que comenzaron el tratamiento con lopinavir/ritonavir fueron más propensos a declarar efectos secundarios.

Las actuales directrices de tratamiento británicas se refieren a efavirenz como el fármaco de primera opción para los pacientes que inician el tratamiento con independencia del recuento de linfocitos CD4.

Resultados del tratamiento en entornos con pocos recursos

Hoy en día, hay más de tres millones de personas con VIH en países con ingresos bajos y medios que están recibiendo tratamiento antirretroviral, lo que para esos pacientes supone disfrutar de una vida más larga y saludable.

Sin embargo, los datos presentados en la conferencia de Ciudad de México muestran que los resultados de los programas de tratamiento del VIH difieren entre regiones y países.

Por ejemplo, los resultados de las regiones de América Latina y el Caribe muestran que la tasa de mortalidad después de un año de terapia antirretroviral varía entre el 2% de Argentina y el 12% de Haití.

Los resultados de Botsuana mostraron que el 89% de los pacientes seguía vivo seis años después del inicio del tratamiento. Casi la mitad de las muertes se produjeron en los tres primeros meses de terapia. La tasa de supervivencia a los seis años en el caso de pacientes vivos tras tres meses fue del 94%. El autor del estudio comentó: “Si podemos mantenerlos vivos durante tres meses, probablemente podamos mantenerlos vivos durante años”.

Por último, los resultados de China muestran que el 67% de los pacientes tenía una carga viral inferior a 400 copias/ml (el nivel definido como carga viral indetectable en este estudio) dos años después de iniciar el tratamiento.

Circuncisión

Si se triplicase el número de hombres circuncidados se podría reducir a la mitad el número de infecciones por VIH en los países más afectados por la epidemia, sugiere una investigación presentada en la conferencia de México.

No obstante, podrían ser necesarios hasta 50 años para poder apreciar todo el impacto de la circuncisión sobre la epidemia, y supondría circuncidar a la mayor parte de los hombres sexualmente activos de entre 15 y 45 años.

Otro estudio mostró que la circuncisión no se relacionó con una pérdida de la función o el placer sexuales.

Prevención positiva

La prevención del VIH dirigida a personas con VIH ha constituido un centro de interés en la conferencia de la Ciudad de México.

Numerosos estudios han examinado los factores relacionados con la práctica de sexo sin protección entre las personas con VIH. Un trabajo surafricano ha descubierto que, en el caso de las mujeres seropositivas, el sexo sin protección estuvo relacionado con la falta de empleo, haber sido objeto de maltratos físicos en una relación, sentirse sola y marginada y sentirse incapaz de negociar el uso de preservativos.

En el mismo estudio se descubrió que el principal factor de predicción de sexo sin protección en hombres con VIH fue el consumo de alcohol antes de las relaciones sexuales.

En la conferencia también se presentó una investigación europea que descubrió que las personas con VIH cuya pareja también está infectada por el virus fueron más propensas a declarar la práctica de sexo sin protección.

Entre las mujeres con VIH, la práctica sexual sin protección estuvo relacionada con una mayor edad, el deseo de tener hijos y el consumo de cannabis.

Los factores de riesgo de la práctica de sexo sin protección fueron algo diferentes en el caso de los hombres gays en el estudio e incluyeron la menor edad y el consumo de drogas recreativas, así como de fármacos para el tratamiento de la disfunción eréctil. Los hombres gays que declararon practicar sexo sin protección fueron también más propensos a afirmar que disfrutaban de una vida sexual de mayor calidad.

Recientemente ha sido objeto de debate el tema de carga viral y la capacidad de infección. El estudio europeo ofreció algunos resultados sorprendentes, como que las personas que tomaban fármacos anti-VIH eran menos propensas a declarar la práctica de sexo sin protección y que las

personas que conocían su carga viral lo fueron aún menos.

Un estudio realizado en EE UU mostró que los programas de prevención para hombres gays ofrecidos por otros hombres gays con VIH podrían ayudar a reducir los comportamientos sexuales de riesgo.

En la conferencia se produjo también cierta controversia en torno al significado real del concepto de prevención positiva. Un delegado afirmó que las personas con VIH en raras ocasiones formaban parte de la planificación o difusión de los mensajes o programas de prevención del VIH dirigidos a ellas.

Transmisión del VIH

Existen numerosos subtipos diferentes del VIH. Por ejemplo, el subtipo B es el más habitual en Europa y Norteamérica, mientras que el subtipo C es el predominante en el África meridional.

Los nuevos datos de un estudio presentado en la conferencia de México parecen indicar que el subtipo del VIH podría afectar a la posibilidad de transmisión del virus.

El estudio contó con 271 parejas heterosexuales en el distrito de Rakai en Uganda. En cada pareja, un miembro tenía VIH y el otro no y, entre los pacientes infectados, los dos subtipos más habituales fueron el A y el D.

El equipo de investigadores descubrió que la probabilidad de transmisión era mayor en el caso del subtipo A.

También se reunieron más pruebas de que la carga viral tiene un efecto sobre el riesgo de transmisión, ya que las parejas de las personas con una carga viral elevada fueron más propensas a infectarse.

Las infecciones de transmisión sexual que provocan úlceras también parecieron aumentar el riesgo de transmisión del VIH, especialmente si afectaban al miembro de la pareja que no tenía el virus de la inmunodeficiencia humana.

Prevención de la tuberculosis

La tuberculosis constituye la principal causa única de morbilidad en personas con VIH en el mundo.

Uno de los modos de prevenir la tuberculosis en personas con VIH en situación de alto riesgo de sufrir la enfermedad es ofrecerles un tratamiento preventivo, que a menudo consiste en una terapia diaria con el fármaco antituberculoso isoniazida.

Un equipo de investigadores de Kenia ha presentado un estudio en la conferencia de la Ciudad de México que muestra que dicho medicamento puede distribuirse con éxito a través de los programas de tratamiento del VIH.

Entre 2004 y 2007, el equipo de investigadores proporcionó isoniazida a casi 10.000 personas con VIH y comprobó que más del 75% completó el tratamiento. Por su parte, la tasa de tuberculosis fue baja entre las personas que siguieron esta terapia.

Otro estudio realizado en Tailandia descubrió también que la mayoría de las personas con VIH que recibieron isoniazida completó el tratamiento, y también mostró que el riesgo de tuberculosis activa se vio ligeramente reducido en estos pacientes.

Otras noticias

Se observaron niveles elevados de resistencia a los ITIN (inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos) y a los ITINN (inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos) en pacientes de Malawi cuyo tratamiento de primera línea fracasó. El VIH de más del

90% de estos pacientes presentaba resistencia a los ITINN efavirenz y nevirapina, en el 81% de los casos presentaba resistencia a 3TC, en el 56% a AZT o a d4T. Por su parte, la resistencia a tenofovir alcanzó el 23% de los casos. El riesgo de sufrir resistencias aumentó cuando el recuento de CD4 fue inferior a 100 células/mm³.

Las posibilidades de tener una carga viral indetectable son menores en el caso de niños de muy corta edad que inician tratamiento anti-VIH en países con pocos recursos.

“XVII Conferencia Internacional del Sida: Boletín del jueves”, Jueves, 7 de agosto de 2008
<http://www.aidsmap.com/cms1271691.asp>

- * Mirando al futuro: el VIH en 2031
- * Tratamiento y prevención del VIH
- * Es necesaria una combinación de métodos de prevención
- * Tenofovir y los problemas renales
- * Pruebas de orina para predecir problemas cardiacos
- * El tratamiento con IL-2 puede aumentar el recuento de CD4, lo que retrasaría la necesidad de tratamiento
- * Podrás encontrar más noticias en aidsmap.com

Mirando al futuro: el VIH en 2031

En 2031 habrán pasado 50 años desde que se registraron los primeros casos de sida. En la Conferencia Internacional del Sida que se celebra en la Ciudad de México se predijo ayer que para entonces se podrían haber superado los 80 millones de infecciones.

Peter Piot, director ejecutivo de ONUSIDA, expresó su esperanza de que en 2031:

- * Todas las personas en situación de riesgo de adquirir el VIH conocieran su estado serológico.
- * Hubiera combinaciones de tratamiento de primera y segunda línea más duraderas, con menos efectos secundarios y activas frente a los virus resistentes a los fármacos.
- * Se estuvieran usando de forma adecuada los fármacos del VIH para la prevención.

Dada la dificultad que supondría proporcionar tratamiento a tantas personas, en la conferencia se planteó la necesidad de intensificar la búsqueda de algún modo de erradicar el VIH o, al menos, de contenerlo de forma que las personas que vivan con el virus no requieran un tratamiento de por vida.

Será necesaria una cuantiosa inversión para asegurar que se dispone de suficiente dinero para pagar los fármacos anti-VIH. Por este motivo, se sugirió que los donantes internacionales tendrían que pensar en términos de provisión de “fondos de pensiones” para poder hacer frente a este problema.

Tratamiento y prevención del VIH

Existen suficientes pruebas que demuestran que un uso más amplio del tratamiento anti-VIH supondrá un menor número de nuevas infecciones. Éste fue un mensaje en el que coincidieron los oradores en la Conferencia Internacional del Sida.

El profesor Julio Montaner, el presidente entrante de la Sociedad Internacional del Sida, entidad organizadora de la conferencia, declaró: “Creemos que ya se dispone de pruebas suficientes para poder decir a los artífices de políticas que si despliegan un programa de tratamiento anti-VIH con una cobertura del 100% observarán una reducción de la transmisión del virus”.

Existen muchísimas pruebas científicas que respaldan esta afirmación. Por ejemplo, la transmisión del VIH en Taiwán disminuyó en un 50% tras la introducción del tratamiento antirretroviral.

La transmisión del VIH se redujo en un 90% en Rakai (Uganda), gracias a la provisión de tratamiento antirretroviral. Esto se combinó con un apoyo a la adhesión para asegurar que los pacientes tuvieran una carga viral indetectable y recibieran counselling sobre prácticas sexuales seguras.

Recientemente se vaticinó que se prevendrían dos tercios de las nuevas infecciones por VIH en la provincia canadiense de la Columbia Británica en los próximos 20 años si todas las personas con VIH iniciaran el tratamiento cuando su recuento de linfocitos CD4 rondase las 350 células/mm³.

También se ha predicho que la epidemia del VIH se frenaría en 50 años si todas las personas con el virus recibieran terapia antirretroviral.

Se rechazaron las insinuaciones de que el aumento del número de nuevas infecciones entre hombres gays en muchos países occidentales se debiera a la autocomplacencia y la disponibilidad del tratamiento. Existen numerosas pruebas que muestran que gran parte de estas nuevas infecciones partieron de personas no diagnosticadas, muchas de las cuales acababan de infectarse por el VIH.

Está en marcha un ensayo para verificar si el inicio del tratamiento con recuentos de CD4 superiores a 350 células/mm³ reduciría las tasas de transmisión del VIH en parejas donde uno de sus miembros no tiene el virus. Las últimas directrices británicas sobre el tratamiento del VIH proponen que, en el caso de los pacientes con una pareja seronegativa, podría considerarse el inicio de la terapia con unos recuentos de linfocitos CD4 superiores. Sin embargo, añaden que el tratamiento no es un sustituto de las prácticas de sexo seguro.

Es necesaria una combinación de métodos de prevención

En la conferencia también se afirmó que no existían “soluciones milagrosas” para la prevención del VIH, sino que más bien se requiere una “combinación de métodos prevención” que incluya:

- * El uso de preservativos y la reducción del número de parejas sexuales.
- * La circuncisión y la prevención de la transmisión de madre a hijo.
- * El tratamiento no sólo del VIH, sino también de otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
- * La implantación de políticas sociales para luchar contra la pobreza y defender los derechos humanos.

En la conferencia se presentaron datos que reflejan que la India ha reducido el número de nuevas infecciones por VIH en los colectivos de trabajadoras sexuales y hombres que practican sexo con hombres (HSH). Aumentó el uso de preservativos y disminuyeron las tasas de infecciones de transmisión sexual.

Tenofovir y los problemas renales

Un pequeño número de personas que toman el fármaco anti-VIH tenofovir desarrollan problemas renales. Los estudios presentados en la conferencia de Ciudad de México han encontrado que dichos problemas están relacionados con la toma de medicamentos para la presión sanguínea que también pueden provocar problemas renales y con la de inhibidores de la proteasa.

Tenofovir (Viread®) es un fármaco anti-VIH preferente de primera línea y está presente en las pastillas combinadas Truvada® (con emtricitabina) y Atripla® (con efavirenz y emtricitabina). Parece ser un fármaco seguro, pero un pequeño número de personas ha desarrollado problemas renales después de tomarlo.

Tener una alta presión sanguínea puede producir problemas renales. También se sabe que las personas de origen africano tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades renales.

El equipo de investigadores estadounidense descubrió que el riesgo de sufrir problemas renales en pacientes con tenofovir se veía incrementado si éstos:

- * Tenían una presión sanguínea elevada.

- * Estaban tomando otros fármacos que pueden provocar problemas renales.
- * Su tratamiento incluía también un inhibidor de la proteasa.
- * Presentaban un historial de enfermedades relacionadas con el VIH.

Las tasas de enfermedad renal fueron mucho menores en pacientes que tomaban tenofovir con un ITINN.

Pruebas de orina para predecir problemas cardiacos

Un nuevo estudio muestra que puede emplearse una prueba de orina para comprobar si una persona con VIH corre riesgo de sufrir problemas cardiacos.

Estudios anteriores habían mostrado que las personas con VIH pueden tener un mayor riesgo de sufrir estos problemas, por lo que es importante contar con pruebas sencillas que permitan detectar pronto las anomalías y tratarlas.

Un pequeño estudio estadounidense en el que participaron personas que seguían un tratamiento anti-VIH eficaz mostró que los niveles de determinadas sustancias en la orina estaban relacionadas con factores de riesgo bien definidos de enfermedad cardiaca, como es el caso de los niveles elevados del colesterol LDL (el conocido como colesterol "malo").

El tratamiento con IL-2 puede aumentar el recuento de CD4, lo que retrasaría la necesidad de tratamiento

La interleuquina-2 (IL-2) se produce de forma natural en el organismo y desempeña un papel clave en la estimulación del sistema inmunitario, induciendo la producción de linfocitos CD4.

Los últimos estudios muestran que las inyecciones de IL-2 pueden aumentar el recuento de CD4. El estudio contó con personas cuyo recuento promedio de linfocitos CD4 era de 380 células/mm³, algo por encima del umbral en que se recomienda tomar el tratamiento para el VIH.

El equipo de investigadores dividió estos pacientes en dos grupos: a uno se le administró inyecciones de IL-2 dos veces cada cinco días durante ocho semanas, y el otro no recibió tratamiento.

El recuento de CD4 aumentó en un promedio de 50 células/mm³ en las personas que recibieron IL-2, pero disminuyó en más de 60 células/mm³ en los otros pacientes (cuyo recuento final quedó por debajo del valor para el que se recomienda iniciar el tratamiento del VIH).

El equipo de investigadores que realizó el estudio calculó que los aumentos de CD4 registrados podrían posponer hasta dos años la necesidad de comenzar el tratamiento para el VIH.

Los efectos secundarios del tratamiento con IL-2 consisten en síntomas similares a los de la gripe, pero ningún paciente interrumpió el tratamiento con el fármaco por esta causa.

Podrás encontrar más noticias en aidsmap.com

Dos nuevos tratamientos parecen prometedores:

La extracción y modificación de las células inmunitarias mejora la respuesta inmune a la infección por VIH y parece constituir un enfoque seguro y viable para el tratamiento del VIH, según diversos informes hechos públicos esta semana en la XVII Conferencia Internacional del Sida.

Hoy, en Clinical Care Options:

Mejora de la supervivencia relacionada con TARGA tras un diagnóstico de tuberculosis.

En Malawi, se encontró que los pacientes seropositivos cuya terapia de primera línea fracasó

presentaban un VIH-1 con numerosas resistencias.

Casi la mitad de las mujeres con VIH desean y pretenden tener hijos, pero el conocimiento sobre la transmisión del virus de madre a hijo a menudo es errónea.

“XVII Conferencia Internacional del Sida: Boletín del viernes”, viernes, 8 de agosto de 2008

<http://www.aidsmap.com/cms1271989.asp>

- * El VIH y el derecho penal
- * Tratamientos del VIH y la tuberculosis en usuarios de drogas
- * Abacavir y la enfermedad cardíaca: los estudios no coinciden
- * Eficacia y efectos secundarios de abacavir: de nuevo discrepancia entre los estudios
- * Los datos disponibles hasta ahora no bastan para decidir si la declaración suiza es correcta o no
- * Otras noticias

El VIH y el derecho penal

En países de todo el mundo se están aprobando leyes que criminalizan la transmisión del VIH. ONUSIDA se muestra tan preocupada por esta tendencia que ha instado a que se deroguen todas las leyes que criminalizan la transmisión y exposición al virus, exceptuando la transmisión intencionada.

Todas las regiones del mundo cuentan con leyes que penalizan la exposición y transmisión del VIH, ya sea por la práctica del sexo, por el uso de drogas inyectables o por transmisión vertical de madre a hijo.

En la conferencia se afirmó que numerosos países del África occidental y central han aprobado leyes que penalizan la exposición y transmisión del VIH.

Sin embargo, también se manifestó que estas leyes son motivo de culpa y estigma, y pueden disuadir a las personas de someterse a las pruebas para detectar el virus.

Se expresó la preocupación respecto al “incremento de la criminalización” en las regiones de Europa y Asia central, donde 53 países cuentan con leyes referidas a la exposición y transmisión del VIH.

ONUSIDA ha hecho público un nuevo documento de política que señala que no existe ninguna prueba de que el uso del derecho penal reduzca las transmisiones del VIH. En lugar de procesar a las personas por transmitir el VIH, ONUSIDA insta a los gobiernos a aumentar aquellos proyectos que han demostrado reducir la transmisión del virus.

ONUSIDA hace una excepción en el caso de la transmisión intencionada del VIH, que cree que debe seguir considerándose un delito.

Tratamientos del VIH y la tuberculosis en usuarios de drogas

Durante la conferencia se exhortó a que se proporcionase atención y tratamientos contra el VIH y la tuberculosis a los usuarios de drogas inyectables.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ONUSIDA y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito han anunciado una nueva política destinada a garantizar que un mayor número de usuarios de drogas inyectables con VIH y/o tuberculosis reciban el tratamiento y la atención que necesitan.

Se estima que aproximadamente el 10% de los casos de VIH en el mundo afectan a usuarios de drogas (se calcula que 3,5 millones viven con el virus) y, sin embargo, sólo un reducido

porcentaje de esta población tiene acceso a los servicios, según se pudo oír en la conferencia.

Cuestiones como la marginación, la discriminación, la falta de hogar y el encarcelamiento pueden ser motivos por los que este colectivo no accede a los servicios que necesita.

El documento de política hace un llamamiento para aumentar la planificación para garantizar que los servicios lleguen a las personas que los precisan.

Se necesita un mayor control de la infección por tuberculosis en algunos lugares, como las prisiones, y existe una auténtica preocupación respecto a los casos recientemente detectados de tuberculosis extremadamente resistente a fármacos (XDR-TB).

También se ha instado a proporcionar un tratamiento universal contra el VIH y la tuberculosis a los usuarios de drogas, y a ofrecer un apoyo especializado a la adhesión en caso necesario.

Abacavir y la enfermedad cardíaca: los estudios no coinciden

En la conferencia que se celebra en la Ciudad de México se ha presentado información contradictoria respecto al riesgo de enfermedad cardíaca debido al tratamiento con abacavir.

A pesar de que en un gran estudio presentado en la conferencia el tratamiento con abacavir (Ziagen®, también en las pastillas combinadas Kivexa® and Trizivir®) se relacionó con un mayor riesgo de ataque al corazón, los fabricantes del fármaco examinaron los historiales de casi 10.000 personas que tomaban el fármaco y afirmaron que no encontraron ningún vínculo con la enfermedad cardíaca.

Aun en el caso de que exista una relación entre abacavir y la enfermedad cardíaca, los expertos creen que sólo es relevante en el caso de personas que presenten otros riesgos de sufrir problemas cardíacos. Esto refleja las recomendaciones de las actuales directrices británicas de tratamiento del VIH, que afirman que abacavir puede constituir una buena opción para las personas que inician la terapia antirretroviral, aunque desaconsejan su uso en el caso de las personas que tengan otros factores de riesgo de enfermedad cardíaca.

En la XVII Conferencia Internacional del Sida de México se aseguró que el estudio SMART (el mayor ensayo clínico del VIH de la historia) había descubierto que los pacientes que recibían abacavir fueron más propensos a desarrollar numerosos problemas cardíacos, incluido el ataque al corazón.

Este mismo año, los resultados de otro estudio que examinó los efectos secundarios de los fármacos anti-VIH mostraron que el tratamiento con abacavir duplicaba el riesgo de ataque al corazón. Se comprobó también que el tratamiento con didanosina (Videx®) aumentó el riesgo de ataque al corazón en ese estudio. Sin embargo, en el mismo no se incluyó el uso de tenofovir (Viread®, también en las pastillas combinadas Truvada® y Atripla®), por lo que sus resultados fueron incompletos.

El equipo de investigadores del estudio SMART sí fueron capaces de comparar abacavir y tenofovir.

Esta comparación mostró que abacavir aumentó el riesgo de problemas cardíacos, a diferencia de tenofovir. No se encontró ningún vínculo entre el tratamiento con didanosina y la enfermedad cardíaca.

Los resultados del estudio SMART también indicaron que las personas que tomaban abacavir fueron más propensas a que algunas pruebas mostraran resultados que apuntaban a un mayor riesgo de sufrir enfermedad cardíaca.

Por su parte, los fabricantes de abacavir (la empresa farmacéutica GlaxoSmithKline) examinaron los resultados de 52 ensayos clínicos distintos que se habían llevado a cabo para comprobar la seguridad y eficacia de abacavir. Esto supuso un total de casi 15.000 pacientes, de los que 10.000 fueron tratados con abacavir.

Estos estudios mostraron la misma reducida tasa de enfermedad cardiaca en las personas tratadas con abacavir que en las tratadas con otros fármacos anti-VIH.

Eficacia y efectos secundarios de abacavir: de nuevo discrepancia entre los estudios

Abacavir también estuvo en el centro de más controversias durante la conferencia.

En este año, un estudio estadounidense mostró que los pacientes con una elevada carga viral en el momento de iniciar el tratamiento anti-VIH fueron menos propensos a lograr una carga viral indetectable cuando su combinación incluyó abacavir que en lugar de tenofovir.

Los autores del estudio declararon en la conferencia que habían revisado sus resultados y que habían confirmado sus hallazgos.

También se descubrió que las personas que tomaban abacavir eran más propensas a declarar algún efecto secundario, aunque no se registraron ataques al corazón.

Sin embargo, GlaxoSmithKline, la empresa fabricante de abacavir, examinó distintos estudios que mostraron que no existía una diferencia real en las posibilidades de alcanzar una carga viral indetectable en el caso de las personas tratadas con abacavir (con independencia de su carga viral en el momento de iniciar la terapia antirretroviral) en comparación con las tratadas con otros fármacos anti-VIH.

Las actuales directrices británicas de tratamiento del VIH desaconsejan el inicio del tratamiento con abacavir cuando la carga viral del paciente supera las 100.000 copias/mL.

Los datos disponibles hasta ahora no bastan para decidir si la declaración suiza es correcta o no

En enero de este año, un destacado equipo de médicos especialistas en el VIH de Suiza publicó una declaración según la cual las personas que habían estado tomando tratamiento anti-VIH durante al menos seis meses, tenían una carga viral en sangre inferior a 40 copias/mL, mostraban una buena adhesión al tratamiento y no padecían infecciones de transmisión sexual no podían transmitir el VIH a sus parejas heterosexuales.

Esta declaración ha suscitado un intenso debate, y en una sesión de la conferencia se trató este tema al detalle.

Ahora, un equipo de investigadores de Suiza ha examinado todos los estudios realizados desde que se dispone de un tratamiento eficaz contra el VIH en los que se incluía información sobre la transmisión del VIH cuando un miembro de la pareja tenía el virus y el otro no.

El resultado no pudo ni confirmar ni refutar la declaración suiza.

La autora principal del estudio, Suzanna Attia declaró en la conferencia: "No encontramos ningún estudio o informe de casos en donde la transmisión se produjera por debajo de 40 copias/mL". No obstante, añadió que el estudio no podía determinar si la declaración suiza era correcta o no.

Uno de los problemas era que ninguno de los estudios contó exactamente con los mismos criterios empleados en la declaración suiza.

La investigación sí encontró el caso de una transmisión del VIH cuando una persona que no tomaba tratamiento antirretroviral presentaba una carga viral algo inferior a 400 copias/mL. Anteriormente, se había sugerido que el límite inferior del riesgo de infección era de 1.500 copias/mL.

Otras noticias

Un equipo de investigadores australiano estudia a qué hombres gays deberían dirigirse los

trabajos de prevención del VIH. En la Conferencia del Sida que se celebra en México, se ha planteado un abanico de estrategias para definir mejor las características de aquellos hombres gays que corren un mayor riesgo de implicarse en la exposición o transmisión del VIH y a los que podía dirigirse el trabajo de prevención del virus.

Consumo de alcohol y riesgo de infección por VIH. Los hallazgos de un estudio surafricano presentado el miércoles en la Conferencia Internacional del Sida sugieren que las personas cuyo consumo de alcohol aumenta su riesgo de infección por VIH pueden beneficiarse de intervenciones destinadas al desarrollo de habilidades para la reducción de riesgos.

“XVII Conferencia Internacional del Sida: Boletín”, miércoles, 13 de agosto de 2008
<http://www.aidsmap.com/cms1272574.asp>

- * Conferencia Internacional sobre el SIDA
- * Nuevos y prometedores ITINN
- * Microbicida de combinación
- * La circuncisión proporciona protección duradera frente al VIH
- * VIH y hepatitis C: Transmisión sexual
- * VIH y hepatitis C: La coinfección podría incrementar el riesgo de enfermedad cardiovascular
- * VIH y hepatitis B: La infección oculta es más común en personas con VIH

Éste es el último boletín de NAM desde la Conferencia Internacional sobre el SIDA de 2008.

Hayas o no asistido a la conferencia, esperamos que estos boletines te hayan resultado útiles. Puesto que valoramos mucho tus aportaciones, si tienes ideas o comentarios sobre esta cobertura puedes hacérmolos llegar a info@nam.org.uk.

En conferencias anteriores muchos delegados nos han contado cómo, de regreso a sus países, han usado este tipo de boletines en presentaciones a compañeros o financiadores. Además, por los comentarios que recientemente nos han llegado de personas que no han asistido a la conferencia, sabemos que estos boletines han sido útiles para manteneros al día a medida que las noticias se han ido conociendo. Hemos publicado muchas noticias nuevas de la conferencia, así como recursos desarrollados específicamente para este evento y los informes que enviamos la semana pasada desde México. Puedes consultar todo esto en nuestro sitio web.

A pesar de que estos boletines terminan hoy, NAM continuará manteniéndote informado mediante los boletines electrónicos semanales y mensuales, noticias y recursos. Si quieres recibir resúmenes semanales gratuitos de los avances más importantes en el campo de los tratamientos y la ciencia del VIH, HIV Weekly (en inglés) es para ti. O si trabajas en un lugar con recursos limitados, HIV & AIDS Treatment in Practice (en inglés) te ayudará a superar los retos del manejo del VIH en el día a día. También puedes visitar nuestra librería, donde encontrarás más información sobre otras publicaciones.

Muchas gracias a nuestros socios traductores Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VH (gTt), Grupo Português de Activistas sobre Tratamientos de VIH/SIDA (GAT), Sylvie, Christiane, Mary y Stanislav. El hecho de trabajar juntos significa que podemos ampliar el acceso global a información relevante y actualizada sobre el VIH, compartir nuestra experiencia y mantenerte al día.

Nuevos y prometedores ITINN

Dos nuevos antirretrovirales han ofrecido buenos resultados en ensayos clínicos presentados la semana pasada en Ciudad de México. Con los nombres provisionales RDEA806 and IDX899, estos dos fármacos, de la clase de los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN), están mostrando ser activos frente al VIH así como seguros para los

pacientes. Estos fármacos están en fases tempranas de su desarrollo. De continuar dando buenos resultados en los estudios, todavía pasarán unos cuantos años hasta que estén disponibles.

El RDEA806 ha sido probado en un estudio pequeño de una semana de duración en 48 personas que no habían tomado antes antirretrovirales. El objetivo principal del estudio fue encontrar la dosis más eficaz y segura. El RDEA806 se mostró eficaz frente al VIH con todas las distintas dosis y no pareció que causara ningún efecto secundario.

El estudio del IDX899 también fue muy pequeño, pues incluyó a 30 personas que tomaron dosis distintas del fármaco o una pastilla con placebo durante siete días. Se dieron caídas importantes de carga viral entre las personas que tomaron el fármaco, y sus recuentos de CD4 aumentaron una media de 65 células/mm³.

Microbicida de combinación

Un gel que contiene los antirretrovirales FTC (emtricitabina, Emtriva) y tenofovir (Viread) ofreció una excelente protección frente al VIH cuando se usó como microbicida vaginal en monos. La investigación se realizó con un tipo de VIH diseñado para ser infeccioso en monos.

Los investigadores encontraron que estos fármacos consiguieron penetrar en el torrente sanguíneo de los monos, pero no en las cantidades que pudieran llevar al desarrollo de resistencia a los antirretrovirales por parte del VIH, en caso de que se diera la infección.

Ninguno de los monos a los que se dio el microbicida que contenía esos fármacos llegó a infectarse por el VIH, mientras que entre los que recibieron el gel con placebo se infectaron seis.

Algunos de los delegados de la conferencia se preguntaron si estos resultados significan que los microbicidas que se vayan a probar en humanos deberían incluir dos antirretrovirales en lugar de sólo uno.

La circuncisión proporciona protección duradera frente al VIH

Durante la Conferencia de México, se ha sabido que la circuncisión parece proporcionar un efecto protector frente al VIH que perdura durante años.

Investigadores keniatas han hallado que un grupo de hombres circuncidados continuó teniendo menos probabilidades de infectarse por VIH 42 meses después de la intervención que aquéllos que no se habían sometido a la cirugía. Los expertos consideran que la circuncisión reduce el riesgo de infección por VIH entre un 65 y un 70%, una tasa mayor de lo que se esperaba.

Otro estudio mostró que la circuncisión podría reducir el riesgo de infección por el virus del papiloma humano (VPH), que produce verrugas genitales y anales. En un estudio sudafricano, un 16% de los hombres se infectó por VPH tras circuncidarse en comparación con un 25% de los no circuncidados en el grupo control.

VIH y hepatitis C: Transmisión sexual

Un grupo de investigadores holandeses ha hallado que muchos hombres gays con VIH también están infectados por el virus de la hepatitis C. En la investigación participaron los pacientes de un gran clínica de salud sexual en Ámsterdam.

El estudio halló que un 18% de los hombres gays con VIH también estaban infectados por hepatitis C. El fenómeno apenas se observó en hombres gays sin VIH.

También se descubrió que el porcentaje de hombres gay con VIH y hepatitis C va en aumento. En mayo de 2007, cerca de un 15% de los hombres gay con VIH también estaba infectado por VHC; sin embargo, en abril de este año, esta tasa aumentó a un 21%. Muchos de ellos desconocían que estaban infectados por hepatitis C.

Numerosos estudios han identificado la práctica del fisting (penetración anal con el puño) como un factor de riesgo de infección por hepatitis C en hombres gays con VIH.

Muchos delegados de la conferencia afirmaron que se deberían implementar más intervenciones para alertar a los hombres gay con VIH sobre los factores de riesgo de adquirir la hepatitis C.

VIH y hepatitis C: La coinfección podría incrementar el riesgo de enfermedad cardiovascular

Un grupo de investigadores estadounidenses ha hallado que las personas con VIH y hepatitis C parecen tener un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares graves, entre las que figuran infarto de miocardio y derrame cerebral.

El estudio incluyó a más de 20.000 personas con VIH. Una tercera parte también estaba infectada por hepatitis C.

Los investigadores descubrieron que las personas que viven con ambos virus tienen niveles más bajos de colesterol. A pesar de ello, las personas coinfectadas tuvieron cerca de un 25% más de probabilidades de desarrollar problemas cardiovasculares graves o de sufrir un derrame cerebral que las personas que sólo tienen VIH.

VIH y hepatitis B: La infección oculta es más común en personas con VIH

Durante la Conferencia de México se ha hablado de que la infección por hepatitis B tiene más probabilidades de permanecer oculta en personas con VIH.

Los análisis de sangre pueden normalmente detectar anticuerpos, o antígenos (es decir, sustancias que generan anticuerpos), que el cuerpo produce en respuesta a la infección por el virus de la hepatitis B. Si éstos no se pueden hallar, pero los resultados de las pruebas de detección de material genético de la hepatitis B son positivos, se dice que una persona tiene infección por hepatitis B "oculta".

Un grupo de investigadores estadounidenses llevó a cabo un estudio que incluyó a mujeres con y en riesgo de infección por VIH. Los expertos descubrieron que había una sólida relación entre hepatitis B oculta y supresión inmunitaria asociada al VIH. (La hepatitis C oculta es un fenómeno poco habitual.) Los investigadores, en sus conclusiones, señalaron que la infección por hepatitis B oculta se asocia más a infección por VIH y que podría ser un problema particular en mujeres con un control pobre de su infección por VIH.

Entre los factores de riesgo de hepatitis B oculta figuran un recuento de linfocitos CD4 bajo y de carga viral alto, uso de drogas inyectables y beber una cantidad elevada de alcohol.

XVII Conferencia Internacional del sida

"Epidemiología, una fotografía de la situación actual. El estado de la epidemia en España", Medios y sida, 05-08-2008

http://mediosysida.org/medios/prensa_noticias_det.asp?noticias_id=67

*** Más de 50 personas en el inicio de los Centros de Debate Paralelos en Barcelona.

*** Se cuestionan la utilidad de un registro de nuevos casos de VIH.

Por Marián Díaz y Lina Ruiz

La Red Comunitaria sobre el VIH del Estado español (RED2002) inauguró ayer en Barcelona los Centros de Debate Paralelos de la XVII Conferencia Internacional del sida celebrada en México. Al evento asistieron más de 50 representantes de ONG de sida y administraciones del país.

La ceremonia de apertura corrió a cargo del director de l'Institut d'Estudis de la Salut, Mateu Huguet Recasens, y M^a Luisa García Berrocal, representante de RED2002, quienes dieron la bienvenida a las y los presentes, dando paso a la retransmisión mexicana de la inauguración.

El tema central del primer día de los HUBS estuvo enfocado en el estado de la epidemia y las distintas perspectivas de cómo abordarla. Las sesiones sirvieron de punto de partida para el debate local. Las y los asistentes se dividieron en dos grupos para facilitar el intercambio de ideas y abordaje de la situación en nuestro país.

Debate local: el estado de la epidemia

La epidemiología y el registro de nuevas infecciones del VIH fueron los dos puntos más debatidos en ambos grupos. Se argumentó que los datos epidemiológicos son una buena herramienta para obtener una fotografía de la situación actual. Sin embargo, para que ésta sea completa, es necesario considerar la diversidad y particularidades de las personas.

“Se deben evitar conceptos como grupos de riesgo y entender que tras cada infección, hay razones y denominadores comunes que hacen que todas las personas, cualquier que sea su contexto, edad, preferencias sexuales, situación económica y sexo, están expuestas al virus en algún momento de su vida”. Sólo así, se concluyó, podremos tener una visión real del estado de la epidemia en nuestro país que nos permita diseñar e implementar políticas más eficaces.

A propósito del registro de nuevos casos de VIH, el desconocimiento del uso de los datos que éste pudiera recoger crea incertidumbre y miedo a que se creen más situaciones de estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

Los HUBs en Barcelona (España) han sido organizados por la Red Comunitaria sobre el VIH/SIDA del Estado español (RED2002) www.red2002.org.es, con el apoyo de: el Plan Nacional sobre el Sida y el Programa para la Prevención y Asistencia del Sida del Departament de Salut.

XVII Conferencia Internacional del Sida

“Centro Paralelo de Debate: ¿Existe un modelo de prevención a nivel español? ”,

Mediosysida, 06-08-2008

http://mediosysida.org/medios/prensa_noticias_det.asp?noticias_id=68

*** Asistentes a los Hubs en Barcelona plantearon la necesidad de cambiar los modelos de prevención actuales hacia modelos de reducción de riesgos.

*** Coinciden que una perspectiva de género es fundamental para lograr avances en prevención.

Por Marián Díaz y Lina Ruiz

Ayer martes, se celebró en Barcelona la segunda sesión de los Centro Paralelos de Debate de la XVII Conferencia Internacional sobre el sida en México. El común denominador de los contenidos de las ponencias programadas en la ciudad catalana fue la prevención: sexual, uso de sustancias, reducciones de riesgos, salud sexual, HSH y las barreras religiosas a la prevención.

En estas sesiones, se planteó la importancia de incluir la perspectiva de género para lograr el objetivo de prevención: proponer programas que promuevan la igualdad entre hombres y mujeres, incentivar la toma de consciencia de los roles y el cambio de comportamiento para prevenir la transmisión.

En las ponencias transmitidas, representantes de distintos países dieron a conocer estudios, que demostraban que la reducción de riesgos -- tanto en el ámbito de uso de drogas como de prevención sexual -- es efectiva.

Después de presenciar las ponencias on line, las y los asistentes a los Hubs en Barcelona, se dividieron en grupos y debatieron sobre la situación de la prevención en nuestro país a partir de lo que habían escuchado durante el día.

Debate local: situación de la prevención en nuestro país

Al final de la jornada, se presentaron las conclusiones de los grupos sobre el estado de la prevención en nuestro país. Ante la pregunta de si existe un modelo adecuado de prevención a nivel estatal, ambos grupos coincidieron en la necesidad de cambiar los modelos actuales hacia modelos de reducción de riesgos.

Las y los activistas coincidieron en que durante años se ha estado trabajando con modelos basados en el concepto de “riesgo cero.” Un modelo que, según ellos, es poco realista, porque además de no existir un “riesgo cero”, las estrategias de prevención basadas en este concepto coartan la sexualidad y el placer. Prefieren, en cambio, un modelo que ofrezca las herramientas necesarias para que cada persona tome decisiones informadas sobre su salud y su sexualidad. Son conscientes que la efectividad de dicho modelo no es inmediata, es un proceso a largo plazo. Por ello concluyeron, “no podemos seguir trabajando por proyectos. Necesitamos hacerlo en programas. Se requiere financiación al menos de tres a cinco años. “

También cuestionaron cómo los roles de masculinidad y feminidad pueden influir en los modelos de prevención del VIH, para lo cual sugirieron abordar el trabajo de reducción de daños con campañas “cara a cara”, que consideren los contextos de las personas a quienes van dirigidas.

XVII Conferencia Internacional del Sida

“Centro Paralelo de Debate: El futuro de la agenda del VIH en España ”, *Mediosysida*, 07-08-2008

http://mediosysida.org/medios/prensa_noticias_det.asp?noticias_id=69

*** La infancia, la inmigración, las mujeres son grupos olvidados en la respuesta al VIH en el Estado español.

*** El estigma y la discriminación asociada al VIH es un tema importante de abordar en este momento desde la incidencia política.

Por Belinda Hernández

Después de 25 años de epidemia, existen logros evidentes en la respuesta ante el VIH dentro de nuestro país, principalmente en aspectos médicos como el acceso a los medicamentos y la atención a las personas afectadas por la enfermedad. Sin embargo, algunos temas quedan pendientes en la agenda del VIH que deben ser abordados como: la atención a los niños y niñas que viven con el virus, la inmigración como un fenómeno inminente más que un problema, el respeto a los derechos humanos y a las garantías jurídicas, los aspectos laborales, la inclusión del género, las nuevas tecnologías de la prevención, etc. Estas son algunas de las conclusiones del tercer día del Centro Paralelo de Debate organizado en Barcelona dentro del contexto de la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida en México.

Bajo el título de “Temas emergentes: el futuro” se retransmitieron tres sesiones desde la ciudad de México, siendo el tema de las vacunas y los microbicidas el que cobró mayor relevancia en la sala de la Generalitat de Catalunya. “A la sociedad civil nos falta información, incluyendo los tipos de investigaciones que se realizan porque es fundamental que la comunidad participe y se le considere en el proceso, no sólo como estudio.” Comentaron los y las asistentes.

Debate local: Cómo vemos el futuro en nuestro país

Continuando con la dinámica de días anteriores, los grupos de trabajo se reunieron para debatir y compartir en torno a los temas que consideran importantes y que deben ser profundizados durante el próximo lustro.

“En España la transmisión vertical es un tema prácticamente resuelto. Sin embargo, la atención a los niños y niñas que viven con el virus es una asignatura pendiente. Se les está olvidando y se requiere voltear a ver sus necesidades, como por ejemplo qué pasa con los fármacos que consumen”. Se manifestó.

Entre los grupos a los cuales se debe prestar mayor atención, es a los y las inmigrantes porque

plantean diferentes aspectos relacionados con la prevención, por ejemplo, su visión de la sexualidad y cómo vivirla, las prácticas sexuales, la influencia de la religión, etc. En la sala, se coincidió en la necesidad de dejar de verla como un problema “España se está convirtiendo en un país de acogida y ello conlleva dar una respuesta a esta situación”.

Otro tema fundamental es hacer respetar los derechos de las personas que viven con VIH porque actualmente. Pese a que la Constitución Española no es discriminatoria hacia las personas que viven con VIH/SIDA, existe evidencia de trato desigual. La vulneración de los derechos y la discriminación están a la orden del día en aspectos como el laboral – las personas pierden sus trabajos injustificadamente o simplemente no pueden optar porque les hacen pruebas serológicas sin su autorización.

“Es importante incidir en el lenguaje”, comenta Pablo XXXX de la organización COGAM. “No es lo mismo infecto-contagiosa que infecto-transmisible. El VIH no se contagia se transmite y mientras no se cambie esta terminología se seguirá confundiendo la gente y discriminando”.

Otro aspecto importante para abordar en los próximos cinco años, es la prevención del VIH desde un modelo de reducción de riesgos. Para lo cual, es indispensable que la educación de la sexualidad sea reglada y con perspectiva de género.

Puntos específicos del debate:

- En España, la transmisión vertical está resuelta pero muchos niños/niñas tienen necesidades que no han sido abordados.
- La inmigración es un fenómeno –no un problema- que plantea diferentes aspectos relacionados con la prevención, las prácticas, la comprensión de la salud, la disponibilidad laboral, etc.
- Procurar aprender de otras experiencias exitosas en otros lugares o en otras poblaciones en los diferentes ámbitos.
- Tener una mirada más de pares hacia otros países y considerar la cooperación como doble dirección: enseño y aprendo, comparto y recibo.
- Aún hay mucho trabajo que hacer en relación al estigma y la discriminación en nuestro país en lo laboral, sanitario y en el entorno familiar.
- Las mujeres que tienen sexo con otras mujeres están invisibilizadas.
- Existe poca atención a las mujeres mayores, por ejemplo durante la menopausia.
- Prostitución de mujeres obligadas por las mafias. No es lo mismo que las que deciden ejercer el trabajo sexual por decisión personal.
- Coordinación de nuestro trabajo comunitario para incluir los temas emergentes y hacer incidencia política. Es necesaria la formación para conseguirlo.
- Diagnóstico precoz para un mejor tratamiento de las personas diagnosticadas.
- Incluir las nuevas tecnologías de la prevención (NTP) como temas de exploración para contribuir a la decisión de lo que se investiga o no.
- El trabajo en prisiones es fundamental y un tema pendiente de abordar.
- La justicia social nos debe hacer mirar hacia otros países más desfavorecidos e intentar hacer presión desde la comunidad al gobierno español y a otros.

XVII Conferencia Internacional del Sida

“Centro Paralelo de Debate: La participación comunitaria ”, *Mediosysida*, 08-08-2008
http://mediosysida.org/medios/prensa_noticias_det.asp?noticias_id=70

*** Las ONGs españolas apuestan por el activismo político.

*** Para combatir el estigma y la discriminación hay que informar y educar sobre los derechos de las personas.

La Participación comunitaria, el estigma y la discriminación fueron el jueves los temas centrales de las transmisiones de la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida de México que se realizan esta semana en Barcelona.

En la conferencia mexicana, se expuso que los avances en las investigaciones sobre VIH y Sida

dependen del nivel de implicación de la comunidad local donde se realizan. Por lo cual, deben garantizarse los medios para que ésta se involucre. Deben considerarse factores que contribuyan a que la comunidad participe, por ejemplo: información sobre la relevancia de los resultados deseados, el propósito de la investigación, los intereses de las partes implicadas, los resultados finales, etc,...

Sobre estigma y discriminación se presentó el documento: Índice de estigma hacia personas que viven con VIH que, según Anandi Yuvaraj de International Community of Women Living with HIV/AIDS, es una herramienta que medirá y mostrará indicadores del estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. En este índice, informó, el proceso es tan importante como el producto. "Su objetivo es abordar el estigma en relación al VIH, mientras que también se detectan las barreras que hacen que el estigma permanezca – lo cual es un gran obstáculo para el tratamiento, prevención, cuidado y apoyo a personas que viven con VIH". Apuntó.

Debate local: La Participación Comunitaria

En relación a la participación comunitaria en el ámbito local, se comentó que actualmente es un desafío, ya que vivimos en una sociedad cada vez más individualista. "Es importante incorporar a todos los actores sociales y potenciar los mecanismos (redes de participación, plataformas,...) que ayuden a buscar estrategias comunes". Los activistas acordaron que comunidad es cualquier persona que trabaje por los mismos objetivos para dar una respuesta a la epidemia.

Aunque los avances médicos han desdramatizado la enfermedad, queda mucho por hacer desde un punto de vista social. Hay que seguir incidiendo en las políticas públicas porque es un derecho como ciudadano/a. Un ejemplo donde la participación y acción política son necesarias, sería conseguir que en todo el Estado se tenga acceso a los mismos servicios sanitarios y sociales para no crear más desigualdad e inequidad en nuestra propia comunidad.

Mirando al futuro, las ONGs apuestan por el activismo político. "Decidimos, como comunidad, apostar por el activismo reivindicativo. Es imprescindible crear propuestas y defenderlas. El camino de la comunicación es la base de esta idea del activismo." Añadieron.

Sobre estigma y discriminación en el marco del estado Español, los presentes plantearon la necesidad de no confundir los dos términos. El estigma tiene que ver con el miedo. La discriminación, en cambio, es el ejercicio del estigma. "El estigma se alimenta del desconocimiento, a partir del cual se crean construcciones abstractas que confundimos con la realidad", señalaron.

También se hizo referencia a que existen dos manifestaciones del estigma: interno y externo. El interno, menos estudiado, tiene que ver con autoestigmatización y la vergüenza que sienten las personas cuando internalizan las respuestas y reacciones negativas de los demás. Para su superación es primordial el apoyo del entorno.

Además se habló de casos reales de discriminación, en todos los ámbitos: sanitarios, laborales, académicos, la población reclusa, etc.

Una de las vías sugeridas para combatir el estigma y la discriminación es informar y educar sobre los derechos de las personas, para que éstas tengan una percepción clara de cuando son vulnerados y a partir de aquí poder actuar.

ESTUDIOS

"Hallado un gen que influye en la producción de anticuerpos anti-VIH ", *Público*, 04/09/2008

AINHOA IRIBERRI - Madrid

<http://www.publico.es/148680/hallado/gen/influye/produccion/anticuerpos/antivih>

El descubrimiento podría facilitar nuevas vías de investigación para una vacuna contra el sida

La tendencia natural del organismo ante la llegada de un virus es producir anticuerpos que lo neutralicen. Sin embargo, existen algunos virus para los que la teoría no funciona, y ahí entran en juego las vacunas, muchas de las cuáles trabajan estimulando la producción de antiviruses para que el cuerpo pueda acabar por sí mismo con el enemigo.

Al hablar del VIH –el virus que, si no se controla, puede causar el sida– las cosas cambian. Por una parte, muy pocas personas producen de forma natural anticuerpos que acaben por él. A la vez, los pocos que lo logran resisten su ataque innumerables veces. A estos ingredientes hay que sumarles el hecho de que, en los más de 25 años transcurridos desde la identificación del VIH, no se ha logrado diseñar ninguna vacuna eficaz.

Producción de anticuerpos

En un momento en el que, precisamente, la investigación en torno a la inmunización del VIH no atraviesa sus mejores momentos –se vive un cierto pesimismo tras el fracaso de los últimos intentos–, un equipo de investigadores del Instituto Gladstone y del Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas de EEUU ha hecho un hallazgo importante: un gen en el ser humano influye en la producción de antiviruses frente al VIH.

El gen, denominado Apobec3, no es un desconocido para los investigadores en el campo del VIH. Según explica a Público el científico del Instituto Gladstone Mario Santiago, se sabe de su existencia “desde hace 30 años, como también de su importancia en el control del VIH y de otros retrovirus”. Fue entonces, en 1978, cuando investigadores de los Institutos Nacionales de la Salud de EEUU que estaban estudiando un retrovirus en ratones descubrieron un gen llamado Rfv3, que influía en la producción de anticuerpos neutralizantes frente al virus. En 1999, se descubrió que este gen estaba localizado en una región del cromosoma 15 del ratón, que contiene más de 60 genes.

El trabajo de Science desvela que el gen Rfv3 es igual que el Apobec3, lo que explicaría el papel que desempeña este último en el control del VIH, que no es otro que producir anticuerpos contra él. Por lo tanto, el virus del sida ataca a Apobec3 nada más entrar en contacto con la célula huésped y lo neutraliza, acabando así con su capacidad de generar defensas.

El estudio "pone encima de la mesa la posibilidad de combatir la acción de este gen"

El responsable de este ataque es un gen del virus VIH llamado Vif. “Nuestro estudio pone encima de la mesa la posibilidad de combatir la acción de este gen, lo que constituye una diana terapéutica muy innovadora”, comenta Santiago respecto a las implicaciones prácticas del hallazgo.

El descubrimiento de la función de Apobec3 enfatiza, según el investigador, el importante papel “de la primera línea de defensa frente al VIH”. También aumenta las posibilidades de encontrar la hasta ahora esquiva vacuna contra el mortífero virus, una diseñada específicamente para estimular la producción de anticuerpos.

Santiago adelanta que su equipo ya está trabajando en la identificación de fármacos que puedan atacar a la parte del VIH que neutraliza a Apotec3. No obstante, especifica que el trabajo se ha realizado en ratones, por lo que la hipótesis aún ha de demostrarse en humanos.

Pocos pacientes con VIH se someten a prueba tuberculosis: informe , Reuters Health
Traducido del inglés: 11/08/2008

Por C. Vidya Shankar

CIUDAD DE MEXICO (Reuters Health) - Sólo al 1 por ciento de las personas con VIH positivo en el mundo se le realizó la prueba para diagnosticar la tuberculosis (TB), una infección que se puede curar y causa la muerte a los portadores del virus del sida, sugirió un informe reciente.

La baja tasa de control diagnóstico de la TB es "inaceptable", afirmaron investigadores de la coalición Advocacy to Control TB Internationally (ACTION) durante una rueda de prensa en la Conferencia Internacional del Sida que se realiza en Ciudad de México.

"A apenas el 1 por ciento de las personas con VIH/sida se les realizó la prueba de detección de la TB", dijo el doctor Jim Yong Kim, jefe de la División de Medicina Social y Desigualdades en Salud de Harvard Medical School.

"Una de las mayores tragedias de esta epidemia es que las personas con VIH morirán innecesariamente por TB luego de tanta lucha por el acceso universal al tratamiento antirretroviral", agregó.

Según la OMS, de los 33 millones de personas VIH positivo en el mundo, sólo a 314.394 se les hizo la prueba de detección de TB. De ellas, 1 de cada 4 tenía TB activa, indica el comunicado de prensa de ACTION.

"Las personas con VIH/sida son 50 veces más propensas que las personas VIH negativo a desarrollar TB -advierte el comunicado-. Sin tratamiento, alrededor del 90 por ciento de las personas con VIH/sida morirá a los pocos meses de tener TB", agregó.

"Estamos enfrentando una plaga prevenible en una epidemia devastadora", dijo Michel Sidibe, subsecretario general y subdirector ejecutivo de Onusida.

La detección de la TB no es obligatoria en los programas financiados por los tres donantes principales: el Fondo Global, PREPFAR y el Banco Mundial, precisa el comunicado.

ACTION recomienda la detección universal de la TB para las personas con VIH/sida y el acceso universal a las 3 "I": Intensificar la detección de portadores, controlar la Infección y usar Isoniazida para la prevención.

Las pruebas de detección de la TB no son costosas si se los compara con el precio de los cócteles para tratar el VIH/sida, respondió Kim durante la conferencia de prensa.

El científico precisó a Reuters Health que se necesita un enfoque integrado de VIH/TB.

"La TB se puede curar. Es un delito no hacer las pruebas", afirmó.

"Fumar crack acelera la actividad del VIH en las mujeres: estudio ", Buenasalud.com 08/08/2008 .

Las mujeres infectadas con VIH que consumen crack de cocaína se exponen a sufrir un acelerado deterioro del sistema inmune

<http://www.ianet.com/index.php?op=InfoNoticia&idNoticia=26486>

Las mujeres infectadas con VIH que consumen crack de cocaína se exponen a sufrir un acelerado deterioro del sistema inmune, otras enfermedades y muerte por causas asociadas a la condición, aún cuando adhieran a una potente terapia antirretroviral contra el sida.

Esto surge de un estudio sobre 1.686 mujeres con VIH. El 29 por ciento de ellas consumió crack durante el estudio, realizado entre abril de 1996 y septiembre del 2004.

Según el equipo dirigido por la doctora Judith A. Cook, de la University of Illinois en Chicago, 419 mujeres murieron durante el estudio. El 47 por ciento de esas muertes estuvo vinculado con el sida, el 33 por ciento no lo estuvo y el 20 por ciento fue por causa "indeterminada".

Los resultados demostraron que las consumidoras continuas de crack eran tres veces más propensas que las no consumidoras a morir por causas asociadas con el sida.

El 32 por ciento de las 1.686 mujeres habían adquirido enfermedades asociadas con el sida durante el estudio.

Una mayor cantidad de consumidoras "intermitentes" (el 42 por ciento) y continuas (el 39 por ciento) desarrolló una nueva enfermedad durante ese período que las no consumidoras (el 28 por ciento), indicó el equipo.

Las consumidoras intermitentes y continuas de crack en las fases activas y abstinentes también mostraron un mayor deterioro del sistema inmune y una mayor carga viral en sangre.

Este, afirmaron los autores, es el primer estudio que asocia en una cohorte nacional el consumo de crack con el deterioro del sistema inmune, el aumento de la resistencia del virus, el desarrollo de enfermedades asociadas con el sida y la mortalidad por causas relacionadas con el sida.

"Nuestros resultados sugieren que es necesario elaborar una agenda de investigación de varios temas para comprender los efectos del crack sobre la actividad del VIH", dijo Cook.

"Dado que el 100 por ciento de las consumidoras de crack en nuestro estudio dijo que había recibido atención médica en los últimos seis meses y que más del 90 por ciento había consultado a un médico con frecuencia, los doctores podrían ser un medio importante para proporcionarles a esas mujeres la gran cantidad de servicios que necesitan", agregó la autora.

“La hormona de crecimiento podría ayudar a pacientes con VIH ”, Reuters Health, 06/08/2008.

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_67836.html

NUEVA YORK (Reuters Health) - Los efectos adversos de los fármacos para tratar el sida, incluido el aumento de la grasa abdominal, la presión y los triglicéridos, disminuyen significativamente al tomar bajas dosis de hormona de crecimiento, indicó un nuevo ensayo.

No obstante, esta terapia eleva los niveles de glucosa, lo que limita la efectividad del fármaco en los pacientes con VIH.

El equipo dirigido por el doctor Steven Grinspoon, del Hospital General de Massachusetts, en Boston, presentó estos resultados el domingo en la Conferencia Internacional sobre el Sida, en la ciudad de México. El estudio fue publicado en Journal of the American Medical Association.

Estudios previos demostraron que la deficiencia de hormona de crecimiento es muy frecuente en los pacientes con VIH y distribución anormal de la grasa corporal y grasa abdominal excesiva.

La diferencia con esos estudios sobre pacientes con VIH y efectos metabólicos relacionados con el tratamiento, comentó Grinspoon, es que el nuevo estudio usó dosis más bajas durante mucho más tiempo (18 meses).

El estudio incluyó a 56 pacientes infectados, que habían recibido el tratamiento antirretroviral de manera estable durante por los menos 12 semanas. Tenían un nivel relativamente bajo de hormona de crecimiento y acumulación de grasa abdominal.

Los pacientes recibieron al azar inyecciones diarias de placebo u hormona de crecimiento, a partir de 2 microgramos por kilo de peso corporal hasta un máximo de 6 microgramos.

A los 18 meses la grasa abdominal había disminuido un 8,5 por ciento en el grupo de pacientes tratados con hormona de crecimiento y apenas un 1,6 por ciento el grupo que recibía placebo.

Los pacientes que tomaron hormona de crecimiento también tuvieron niveles más bajos de triglicéridos y presión, aunque no se observaron cambios en los niveles de colesterol.

Asimismo, la terapia hormonal elevó los niveles de glucosa en sangre dos horas después de una

dosis oral estándar de glucosa, lo que indica que la capacidad de procesarla estaba alterada.

"Estos datos aportan precaución al debate sobre el uso de la hormona de crecimiento en el tratamiento de la infección por VIH", indicó Grinspoon.

"Hasta una dosis baja puede aumentar los parámetros específicos de insulina, a pesar de haber demostrado su efectividad en la reducción del riesgo y haber sido mejor tolerada que las dosis altas", añadió.

Se necesitan más estudios para identificar a los pacientes que podrían beneficiarse con el uso de la hormona de crecimiento.

FUENTE: Journal of the American Medical Association, 6 de agosto del 2008

“La marihuana medicinal alivia el dolor neuropático del VIH ”, HealthDay , 06/08/2008
http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_67865.html

Un estudio halla que el cannabis fue bien tolerado y eficaz cuando se añadió a los medicamentos que ya tomaban los pacientes

Robert Preidt

MIÉRCOLES, 6 de agosto (HealthDay News/Dr. Tango) -- La marihuana medicinal ayuda a aliviar el dolor neuropático en personas con VIH, señala un estudio de la Facultad de medicina de la Universidad de California en San Diego.

En el estudio participaron 28 pacientes de VIH con dolor neuropático que no se había podido controlar de manera adecuada con opiáceos u otros analgésicos. Los investigadores hallaron que el 46 por ciento de los pacientes que fumaba marihuana medicinal había reportado alivios significativos en el dolor, en comparación con el 18 por ciento de los que fumaron un placebo.

El estudio, publicado en línea en la edición del 6 de agosto de Neuropsychopharmacology, fue patrocinado por el Centro de investigación médica sobre el cannabis (CMCR, por su sigla en inglés) de la Universidad de California.

"La neuropatía es un problema crónico y significativo en pacientes de VIH para la que existen pocos tratamientos que ofrezcan un manejo adecuado del dolor", señaló en un comunicado de prensa de la UCSD el líder del estudio, el Dr. Ronald J. Ellis, profesor asociado de neurociencias. "Hallamos que fumar cannabis eran bien tolerado en general y eficaz cuando se añadía a la medicación para el dolor que tomaban los pacientes, lo que resultaba en un mejor alivio del dolor".

Los hallazgos son consecuentes con otra investigación reciente y de gran alcance auspiciada también por el CMCR que avalaba la eficacia a corto plazo de la marihuana medicinal en el tratamiento del dolor neuropático.

"Este estudio se suma al creciente cuerpo de evidencia que indica que el cannabis es efectivo, al menos a corto plazo, en el manejo del dolor neuropático", afirmó en un comunicado de prensa de la UCSD el Dr. Igor Grant, profesor de psiquiatría y director del CMCR

Artículo por HealthDay, traducido por Hispanicare

“Medicamento para el VIH podría suscitar cepas resistentes del virus ”, HealthDay , 05/08/2008 .
http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_67871.html

Estudio halla que la nevirapina, que se utiliza durante la lactancia para evitar el contagio entre

madre y bebé podría tener desventajas

Robert Preidt

MARTES, 5 de agosto (HealthDay News/Dr. Tango) -- La nevirapina, utilizada ampliamente en países en desarrollo para prevenir la transmisión del VIH de la madre al bebé, permanece en la leche materna y en la sangre de las madres, según halla un estudio reciente de la Universidad de Stanford.

Los investigadores agregaron que esto, a su vez, podría aumentar el riesgo de que ellas y sus hijos desarrollen cepas de VIH resistentes a los medicamentos.

Los científicos examinaron a 32 mujeres embarazadas VIH positivas de Zimbabue que recibieron una sola dosis de nevirapina al comienzo del parto. Las mujeres no habían recibido ningún otro tratamiento para la infección por VIH, el virus que causa el SIDA.

Dos semanas después del parto, más de a mitad de las mujeres continuaba teniendo niveles detectables del medicamento en la sangre y las dos terceras partes tenían niveles mesurables de nevirapina en la leche materna. Entre más tiempo permanezca el medicamento en el organismo, más probable es que desarrolle mutaciones resistentes a los medicamentos, según los investigadores de la Stanford.

Al comienzo del estudio, ninguna de las mujeres tenía cepas de VIH resistentes a los medicamentos. Sin embargo, dos meses después del parto, la tercera parte de las mujeres tenía cepas resistentes a los medicamentos en la sangre y el 65 por ciento tenía cepas resistentes también en la leche materna, que podían ser transmitidas a los bebés durante la lactancia. Las mujeres que tenían VIH más avanzado tenían más probabilidades de desarrollar cepas resistentes a los medicamentos.

El estudio tenía previsto ser presentado el martes en la Conferencia internacional sobre el SIDA en la ciudad de México.

"A corto plazo, la nevirapina es mejor que nada. Pero a largo plazo, me preocupa que confiera resistencia. Si se habla de resistencia a gran escala, podría perjudicar el tratamiento futuro de las madres y los bebés", señaló en un comunicado de prensa de la Stanford el Dr. David Katzenstein, profesor de enfermedades infecciosas.

La nevirapina y otro medicamento llamado zidovudina (AZT) tienen una función importante en los programas de salud pública para prevenir el contagio entre madre e hijo del VIH en países en desarrollo. En todo el mundo, los medicamentos se han usado como herramientas preventivas en cerca de 900,000 mujeres y bebés.

El acceso a un mejor tratamiento antirretroviral reduciría el riesgo de desarrollar VIH resistente a los medicamentos, señaló la Dra. Seble Kassaye, primera autora del estudio e instructora de enfermedades infecciosas.

"[El estudio] refuerza la necesidad de tratar a estas mujeres con terapia combinada, lo que ofrece mejor prevención para el bebé, mientras ofrecen mejor tratamiento para la madre. Los esfuerzos de salud pública por expandir la terapia combinada para que los bebés no queden vulnerables a la resistencia a los medicamentos deben continuar", señaló Kassaye en el comunicado de prensa.

Artículo por HealthDay, traducido por Hispanicare
Traducido del inglés: 06/08/2008

"Nuevas directrices sobre el VIH/SIDA sugieren un tratamiento más precoz ",
HealthDay, 03/08/2008 .
http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_67756.html

Investigadores señalan que la meta es reducir el número de pastillas y las dosis

DOMINGO, 3 de agosto (HealthDay News/Dr. Tango) -- Las nuevas directrices para tratar el VIH y el SIDA en pacientes con tratamientos conocidos como antirretrovirales sugieren que una terapia más precoz podría ser eficaz.

Se tenía previsto presentar los hallazgos en domingo en la Conferencia internacional sobre el SIDA en la ciudad de México. También aparecerán en la edición del 6 de agosto de la revista Journal of the American Medical Association (JAMA).

Las nuevas directrices fueron redactadas por la Sociedad Internacional de SIDA y USA Panel, y recomiendan comenzar la terapia antes de que los conteos de las células inmunes CD4 declinen a menos de 350 células por microlitro. Cuando se inicia la terapia con niveles más altos de CD4, se deben considerar factores adicionales.

"Como actualmente hemos desarrollado tratamientos que son más fáciles de tomar en términos del número de pastillas, número de dosis al día y efectos adversos potenciales, ahora sabemos que parecen haber beneficios adicionales de comenzar antes, y el péndulo vuelve a apuntar a un inicio más precoz [del tratamiento]", señaló el Dr. Michael Horberg, director de políticas de VIH/SIDA del Plan de salud Kaiser Permanente en Santa Clara, California. "Otra cosa importante es reconocer que las comorbilidades deben fomentar un inicio más temprano del tratamiento, lo que incluye hepatitis B o C, riesgo cardiovascular o necropatía asociada al VIH".

Los autores de las directrices también recomendaron que los regímenes de primera línea sean individualizados, y que ciertos fármacos como Sustiva (efavirenz) sean altamente considerados.

Los niveles de ARN de VIH-1 en plasma de los pacientes también deben monitorizarse de manera regular, y en ciertos pacientes se deben realizar pruebas genotípicas para la resistencia a los medicamentos.

Las directrices también abordaron los cambios de terapia y cuándo introducir nuevos fármacos.

Otras noticias de la conferencia sobre el SIDA incluyen:

- Los pacientes que toman terapia basada en rifampicin para la tuberculosis son más propensos a experimentar insuficiencia virológica (no mantener los niveles de virus bajos) cuando comienzan la terapia antirretroviral basada en nevirapina, en comparación con la terapia antirretroviral basada en efavirenz. La terapia basada en nevirapina cuesta menos y se usa con más frecuencias en las áreas en desarrollo del mundo.
- Los pacientes infectados con VIH que tienen obesidad abdominal y deficiencia de la hormona del crecimiento relacionada con sus regímenes de tratamiento que reciben hormona de crecimiento en dosis baja mostraron menores en las medidas de grasa y de presión arterial, pero peores niveles de glucosa.
- El índice de supervivencia entre los usuarios de drogas intravenosas infectados con VIH y los que no usan drogas es similar tras cuatro a cinco años de terapia antirretroviral activa. Esto contrasta con informes anteriores.

"La moraleja es que 'la prevención es siempre el mejor tratamiento', lo que parece ser posible a través de la utilización de las técnicas diagnósticas más recientes", afirmó Srikanth Kolluru, profesor asistente de ciencias farmacéuticas en el Colegio de farmacia Irma Lerma Rangel del Centro de ciencias de la salud Texas A&M en Kingsville.

Artículo por HealthDay, traducido por Hispanicare
Traducido del inglés: 04/08/2008

"Un nuevo fármaco antirretroviral puede eliminar el VIH en seis o siete años ",
Consumer Eroski , 29 de julio de 2008

"Raltegravir" reduce la carga viral a niveles indetectables

Médicos del Clínico de Barcelona y del Hospital Germans Trías i Pujol de Badalona han presentado un nuevo fármaco contra el sida que tiene la capacidad de bloquear una de las tres enzimas que el VIH utiliza para replicarse e infectar nuevas células.

"Raltegravir", que así se llama, es el primer producto de una nueva familia de antirretrovirales y fue aprobado en España en febrero. Su principal virtud es que reduce la carga viral a niveles indetectables y eleva el nivel de los leucocitos en enfermos para los que no había tratamiento.

Bonaventura Clotet, jefe del servicio de Sida y del Laboratorio de Retrovirología de la Fundación Irsicaixa del Germans Trías i Pujol, aseguró que con este fármaco el 90% de los seropositivos "podrán alcanzar una carga viral indetectable, lo que supone un gran cambio con respecto a la situación anterior". Los fármacos que se usaban hasta ahora sólo actuaban sobre dos enzimas, la transcriptasa y la proteasa.

Muchos de los pacientes tratados con estos medicamentos eran resistentes a esas familias de fármacos por lo que la infección avanzaba. La resistencia de los pacientes era diferente según cada caso, pero algunas personas no tenían ninguna opción de tratamiento ya que eran incluso resistentes a las tres familias de antirretrovirales existentes, apuntó Josep María Gatell, jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Clínico.

En seis o siete años, eliminado

En los estudios se observó que "raltegravir" responde con más rapidez que el resto de fármacos, ya que más del 75% de los pacientes alcanzaron cargas de VIH indetectables e incrementaron las células CD4 del sistema inmune en 16 semanas. Los investigadores aseguran que el tratamiento continuado con este nuevo fármaco puede hacer que en seis o siete años el virus se elimine completamente y la persona se considere curada.

Los dos hospitales están ahora ampliando la investigación. Clotet trabaja en la posibilidad de que "raltegravir" pueda afectar a los reservorios, una especie de depósitos donde se almacena el VIH y que impiden erradicar la infección y curar al paciente aunque la carga viral sea indetectable. Por su parte, Gatell liderará un equipo con el propósito de investigar la reducción de los efectos secundarios en los pacientes con un régimen que incluya este fármaco de nuevo uso.

"Distribuyendo láminas de aluminio en programas de intercambio de agujas y jeringuillas para promover la transición de la inyección de heroína a la inhalación: una evaluación", Harm Reduction Journal 2008, 5:24, 21/07/2008 .

(Traducido del original en inglés: Distributing foil from needle and syringe programmes (NSPs) to promote transitions from heroin injecting to chasing: an evaluation)

Rachael Pizzey y Neil Hunt

<http://www.harmreductionjournal.com/content/5/1/24>

Sumario:

Antecedentes. El informe presenta los resultados de la evaluación de una intervención usando kits de aluminio producidos especialmente para promover una transición de la heroína inyectada a la inhalada con consumidores de drogas intravenosas (CDIs) que atendía cuatro programas de intercambio de jeringuillas y agujas en el sudeste de Inglaterra (PIJ). Resultados: de los 320 usuarios del programa, el 54% cogió los kits de aluminio cuando estuvieron disponibles. Durante el periodo de evaluación, los intercambios en los PIJ aumentaron un 32,5%, de 1.672 a 2.216. Además, 32 nuevos clientes (consumidores de heroína no-intravenosa) comenzaron a asistir al servicio para obtener los kits de aluminio.

Este grupo no habría contactado con el servicio de tratamiento de otra manera. Se ha proporcionado información más detallada de uno de los lugares para 48 inyectores recientes, que habían tomado las hojas de aluminio en los PIJs cuando la fase piloto comenzó. Antes de la introducción de los kits de aluminio, el 46% de este sub-grupo informó haber inhalado heroína en las cuatro semanas previas. Como seguimiento, el 85% informó haber usado el aluminio para inhalar heroína en ocasiones en las que se hubieran inyectado si no lo hubieran tenido. De las personas que lo cogieron, la satisfacción con la calidad y el tamaño de los kits era buena y los entrevistados veían su disponibilidad como una ampliación valiosa de los servicios de los PIJs.

Como conclusión, estos descubrimientos sugieren que la distribución de los kits de aluminio puede ser un medio útil para iniciar discusiones con los usuarios de los PIJs sobre formas de reducir los riesgos de la inyección y para reducir la inyección en lugares donde ya existía una cultura de inhalar heroína. Es necesaria más investigación sobre si estos descubrimientos pueden ser reproducidos en otros contextos culturales y evaluar si los cambios en el comportamiento observados son sostenidos y si llevan a la reducción del daño incluidas infecciones por transmisión sanguínea y sobredosis.

"La meditación desacelera el avance del sida: estudio ", Reuters Health

Traducido del inglés: 25/07/2008

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_67372.html

Por Maggie Fox

WASHINGTON (Reuters) - La meditación desaceleraría el empeoramiento del sida en unas pocas semanas, quizá porque impacta en el sistema inmune, informaron investigadores estadounidenses.

Si los hallazgos se confirman en estudios más amplios, podrían ofrecer una forma económica y placentera de ayudar a las personas a combatir la enfermedad incurable y letal, señaló un equipo de expertos de la University of California en Los Angeles.

Los expertos analizaron un programa de reducción del estrés llamado meditación concienzuda, que se definió como la práctica de una conciencia abierta y receptiva del momento presente, evitando pensar en el pasado o preocuparse por el futuro.

Cuanto más seguido meditaban los voluntarios, mayores eran sus recuentos de células T CD4, una medición estándar de cuán bien está luchando el sistema inmune contra el virus del sida.

Los recuentos de CD4 se realizaron antes y después del programa de dos meses.

"Este estudio brinda el primer indicio de que el entrenamiento de control del estrés mediante meditación concienzuda puede tener un impacto directo en la desaceleración del avance de la enfermedad con VIH", dijo en un comunicado David Creswell, quien dirigió el estudio.

El equipo evaluó a 67 adultos VIH-positivos de la zona de Los Angeles, de los cuales 48 completaron parte o todo el plan de meditación. La mayoría eran propensos a tener vidas muy estresantes, señaló Creswell.

Las clases de meditación incluían ocho sesiones de dos horas semanales, un retiro de un día de duración y prácticas hogareñas diarias.

"El programa de meditación es un tratamiento grupal y de bajo costo y, si ese resultado se replica en muestras más amplias, es posible que este tipo de entrenamiento pueda ser usado como terapia complementaria poderosa para la enfermedad con VIH, junto con los medicamentos", agregó Creswell.

"Nuevo fármaco de administración oral para pacientes de Hepatitis C", Noticias.com

28/04/2006 .

Francisco Acedo Torregrosa

El nuevo medicamento es un inhibidor de la polimerasa que se está evaluando en ensayos clínicos de fase I. Un nuevo fármaco para la hepatitis C denominado R1626, perteneciente a la familia de los inhibidores de la polimerasa, ha demostrado poseer un potente efecto antiviral, logrando reducciones significativas en la carga viral de pacientes con hepatitis C provocada por el genotipo 1 del virus, el más difícil de curar. Así se ha hecho público hoy en el 41 Congreso de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado, que se celebra en Viena del 27 al 30 de abril.

El nuevo medicamento está siendo evaluado en una fase precoz de la investigación clínica, en un ensayo en fase I, pero se prevé la realización de futuros estudios para ver cómo funciona el nuevo medicamento no sólo administrado individualmente, sino también en combinación con los tratamientos ya existentes de Roche, Pegasys® (interferón pegilado alfa – 2a [40 KD]) y Copegus® (ribavirina).

“Estos resultados precoces son un importante indicador de que el inhibidor de la polimerasa R1626 es muy eficaz para inhibir la replicación viral”, explica el Dr. Stuart Roberts, Director del Departamento de Gastroenterología del Alfred Hospital en Melbourne, Australia y principal investigador del estudio. “Las terapias actuales sólo curan a alrededor de la mitad de todos los pacientes infectados con el genotipo 1 del virus, el más común y difícil de curar; por esta razón, se hace necesario un producto que tenga el potencial de mejorar las tasas de curación, o ser mejor tolerado”.

Sobre el estudio

En este estudio en fase I, que actualmente se sigue llevando a cabo, los pacientes fueron divididos aleatoriamente para recibir dos comprimidos diarios de R1626 o placebo durante 14 días y 14 días de posterior seguimiento. Los resultados presentados hoy en el EASL corresponden a los dos primeros grupos de pacientes que han recibido R1626 a dosis de 500 mg. y 1.500 mg. dos veces al día. El mismo estudio no ha concluido y evalúa en la actualidad dosis más altas del fármaco.

Principales hallazgos del estudio:

La administración dos veces al día de 1.500 mg. de R1626 se asoció a disminuciones clínicamente significativas en ARN sérico de Virus de la Hepatitis C (VHC) (de 1.2 log). A las dos primeras dosis probadas, R1626 ha sido bien tolerado sin efectos adversos serios, sin tendencia a padecer efectos secundarios relativos al fármaco y sin que se produjera ningún abandono prematuro de ningún participante en el estudio.

Definiendo el tratamiento para una nueva generación

Es probable que el futuro del tratamiento de la hepatitis C incluya la combinación de fármacos antivirales basados en nuevas moléculas pequeñas y el tratamiento basado en interferón pegilado, como Pegasys®. “Roche está totalmente comprometida con ofrecer a los médicos las mejores opciones terapéuticas para sus pacientes de hepatitis C, de forma que tantos pacientes como sea posible tengan la oportunidad de curarse”, explica Claire Steers, de Roche. “El desarrollo de R1626, los estudios con Pegasys® que están en marcha y las alianzas extensibles a otras compañías, subrayan nuestro compromiso a largo plazo para hallar terapias eficaces para que se beneficien los pacientes de hepatitis C”.

Otros datos interesante presentado en el Congreso Anual de la EASL incluye los resultados de un ensayo clínico con Pegasys® y Copegus® administrado junto a VX- 950, un inhibidor de la proteasa desarrollado por Vertex Pharmaceuticals. Cuando se combina con los dos fármacos de Roche, VX-950 demuestra un incremento del efecto antiviral en pacientes con hepatitis C.

Pegasys

Pegasys, medicamento de nueva generación y diseño diferente contra la hepatitis, es ya el líder mundial del mercado en el tratamiento de la hepatitis C. Aprobado en la Unión Europea también para el tratamiento de la hepatitis B, Pegasys posee un mecanismo de acción doble: inmunomodulador y antivírico. Gracias a su perfil farmacocinético, Pegasys garantiza una concentración plasmática mantenida a niveles constantes durante toda una semana, el intervalo

de administración. En la hepatitis B crónica, Pegasys se administra una vez por semana, en inyección subcutánea de 180 mg, durante un período de 48 semanas.

Roche contra la hepatitis

Roche mantiene un claro compromiso en el área de las hepatitis víricas, como lo demuestra el lanzamiento de Roferon-A contra la hepatitis B y C, seguido de Pegasys contra la hepatitis C y ahora contra la hepatitis B. Roche tiene su propia marca de ribavirina, Copegus, para el uso en terapia combinada con Roferon-A o Pegasys contra la hepatitis C. Recientemente, Pegasys y Copegus han sido aprobados en la Unión Europea en dos nuevas indicaciones: para el tratamiento de pacientes con hepatitis C y con concentraciones de ALT constantemente normales, así como para el tratamiento de pacientes coinfectados por el VHC y el VIH clínicamente estables.

“Conferencias y Tratamientos sobre Hepatología, Tratamiento de la hepatitis c: el próximo futuro”, Asociación Española de Enfermos de Hepatitis C, 28/02/2006.

<http://www.aehc.es>

Joan Córdoba y Rafael Esteban. Servicio de Medicina Interna-Hepatología. Departamento de Medicina

Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona

En el marco de la reunión anual de la AASLD, tuvo lugar un simposio satélite que abordó los avances en el tratamiento de la hepatitis C. El simposio fue dirigido por el doctor Willis Maddrey, profesor de la Universidad de Texas, y contó con la participación de reconocidos expertos en el tratamiento de la hepatitis C.

El Dr. Mark Sulkowski, de la Universidad John Hopkins, comentó las innovaciones que habían tenido lugar con la introducción del tratamiento combinado con Peg-IFN y ribavirina. Las recomendaciones terapéuticas propuestas por el Instituto nacional de Salud son adecuadas para la mayoría de pacientes. Sin embargo, datos recientes cuestionan algunas de sus recomendaciones, debido a un mejor conocimiento de los factores del huésped y del virus que intervienen en la respuesta. En base a estos datos, parece necesario incorporar en las decisiones terapéuticas aspectos como el genotipo, la carga viral, la velocidad de la respuesta viral, presencia de obesidad, esteatosis o raza.

Los factores objeto de estudio son conocer la dosis más adecuada del medicamento y ajustar la duración del tratamiento a la respuesta virológica. El ajuste de la dosis de ribavirina según peso ha demostrado ser más eficaz que una dosis fija de 800 mg en pacientes con genotipo 1. Respecto a la dosificación de Peg-IFN, los datos son controvertidos. En el análisis de la importancia de ajustar la dosis de interferón al peso, las moléculas que se han comparado presentan diferencias en su actividad antiviral, por lo que no es posible conocer si existen diferencias hasta la culminación del estudio IDEAL, en el que se incluirán 2.800 pacientes.

La respuesta virológica precoz se define como la disminución de más de los logaritmos de la carga viral durante las 12 primeras semanas de tratamiento. La falta de una respuesta virológica precoz predice la ausencia de respuesta virológica sostenida y se utiliza como criterio para finalizar precozmente el tratamiento. Estudios recientes demuestran que la rápida negativización de la viremia (a la semana cuatro) se asocia a una mejor respuesta que si ésta se produce a la semana 12 o 24. En pacientes de genotipo 2 o 3 que muestran una rápida respuesta virológica (viremia indetectable a la semana cuatro), se puede acortar la duración del tratamiento a 12, 24 o 16 semanas, manteniendo la misma eficacia. En pacientes de genotipo 1, la presencia de una respuesta viral rápida puede permitir acortar la duración del tratamiento antiviral de 48 a 24 semanas, mientras que la ausencia de esta respuesta rápida podría hacer necesario prolongar la duración.

El Dr. Ira Jacobson, de la Universidad de Cornell, discutió la posibilidad que es el futuro el tratamiento de la hepatitis C consistiese en la combinación de múltiples fármacos antivirales. El mejor conocimiento de la organización genómica y de los mecanismos de replicación viral ha permitido identificar nuevas dianas terapéuticas. Ha aparecido una primera generación de

inhibidores de enzimas virales, como la proteasa o la polimerasa, que han iniciado estudios clínicos en fase 1 y 2. Los inhibidores de enzimas virales son activos por vía oral y se toleran bien. Tienen un marcado efecto antiviral, por lo que existe una gran esperanza de que permitan erradicar la infección por VHC. Se ha propuesto que la elevada potencia inhibidora de la replicación viral esté en relación a que estos fármacos se acumulan en el tejido hepático. Además del efecto directo sobre la replicación viral pueden activar los mecanismos de inmunidad endógena. Se ha demostrado que el componente NS3/NS4A del VHC bloquea la respuesta inmune celular frente al virus. La inhibición de la proteasa evitaría la formación de NS3/NS4A y potenciaría la formación de interferón endógeno.

Los resultados de estudios in vitro y la experiencia en el tratamiento del VIH indican que cabe esperar un grado elevado de resistencias al tratamiento. La respuesta al desarrollo de resistencias ha sido clásicamente la combinación de diversos fármacos con mecanismos de acción diferentes. Se ha propuesto la combinación de varios antivirales de forma similar a lo que se realiza en la infección por VIH. Es posible combinar dos inhibidores de proteasas, porque muestran diferentes patrones de resistencias de sistemas in vitro (replicón) o combinar un inhibidor de proteasa con un inhibidor de la polimerasa.

Los inhibidores de la replicación viral pueden disminuir la viremia de forma intensa, pero para conseguir la erradicación parece ser necesaria la existencia de un componente inmunológico. Por ello, puede ser útil combinar los inhibidores de la replicación viral con Peg-INF. Se ha estudiado la cinética viral de la combinación del inhibidor SCH 503034 combinado con Peg-INF alfa-2b en pacientes que no habían respondido al tratamiento estándar. Se ha observado una clara disminución de la viremia con la combinación de un inhibidor de proteasa y Peg-INF respecto al Peg-INF sólo.

A los 15 días de tratamiento, en cuatro de 10 pacientes la viremia era indetectable. Es probable que, a pesar del desarrollo de fármacos con actividad antiviral directa, siga siendo necesario utilizar el interferón para el tratamiento del VHC. El Dr. Robert Gish, jefe de hepatología del California Pacific Medical Center de San Francisco, mostró cuáles son las novedades terapéuticas más próximas. Aunque el tratamiento antiviral estándar con la combinación de Peg-INF y ribavirina permite eliminar el virus en cerca del 50% de pacientes con genotipo 1, y del 80% de pacientes con genotipos 2 o 3, un importante número de pacientes debe abandonar el tratamiento antes de finalizarlo por escasa tolerancia. La virmidina es un fármaco de acción similar a la ribavirina, pero que causa una menor disminución de la hemoglobina. Se han realizado estudios en fase 2 que muestran una eficacia similar a la ribavirina.

Las tres dosis utilizadas mostraban que inducía un descenso significativo de hemoglobina ($>2,5$ g/dl) en un porcentaje del 45 al 67% de los pacientes, mientras que con ribavirina el porcentaje llegaba al 82%.

La resistencia a la insulina es un factor que se asocia a una peor respuesta al tratamiento antiviral. En un estudio multicéntrico realizado en España, se observó una disminución de la respuesta virológica sostenida con el incremento del índice HOMA, que es un indicador del grado de resistencia insulínica. Es por ello que se ha propuesto la administración de sensibilizantes a la insulina para mejorar la tasa de respuesta al tratamiento antiviral. En este sentido, cabe resaltar que se ha observado una mejoría en las enzimas hepáticas durante el tratamiento con diversos antidiabéticos orales. Por otra parte, parece recomendable el tratamiento antiviral, porque ello puede incrementar la respuesta.

Otras novedades terapéuticas que pueden aparecer próximamente son el empleo de pequeñas moléculas que interfieren en el mRNA o modificaciones en el interferón, como su unión con albúmina o el empleo de otras formas de interferón con una mayor actividad, mientras algunas modificaciones en los regímenes actuales pueden resultar positivas en poblaciones en las que las respuestas virológicas sea baja, como los pacientes de raza negra. En ellos se ha demostrado una mayor eficacia con el ajuste de dosis por peso y con el empleo de dosis de Peg-INF.

“10 millones para el VIH ”, *elplural.com*, 17/08/2008

Antonio Asencio

<http://www.elplural.com/opinion/detail.php?id=23938>

El comienzo de agosto nos trajo una buena iniciativa del Gobierno español casi eclipsada por las turbulencias de la crisis económica, aderezadas con el aliño impagable de las reivindicaciones nacionalistas catalanas con el concepto de solidaridad puesto, de nuevo, en la picota. Se trata del anuncio, por parte de De la Vega, de duplicar la ayuda a ONUSIDA, en el marco de la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida.

Es una buena noticia la duplicación, pasando de 5 a 10 millones de euros. Y lo es, también, que el Ministerio de Sanidad vaya a sufragar las operaciones para paliar la lipoatrofia, desajuste estético producido en los enfermos por los efectos secundarios que causa la medicación.

El esfuerzo, aunque loable, es claramente insuficiente. 10 millones de euros es, escasamente, el presupuesto de un municipio de 20.000 habitantes; o, por buscar otro baremo, es lo que cuesta un kilómetro de AVE. Y sin embargo, la pandemia afecta a entre 30 y 40 millones de personas en todo el mundo, con una saña especial en África, y el camino de la enfermedad es más que kilométrico.

En España, tras años de estancamiento, la enfermedad vuelve a extenderse, y aunque bien es cierto que los antirretrovirales han contribuido a cronificar la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas seropositivas, no es menos cierto que muchos contagios se hubiesen podido evitar si se hubiesen realizado campañas de información mucho mejores.

Informar no es alentar la castidad ni asustar: es describir la realidad de la enfermedad, las maneras de protegerse y proteger a quienes nos rodean. Se debe informar con una precisión exenta de mojigatería beata y vergüenza sexual, tan enraizadas en nuestro país de base católica, y esa educación debe empezar desde la misma adolescencia, aunque le pese a Rouco Varela y el PP lo lleve al Tribunal Constitucional.

Es cierto que hay que espolear, con el látigo de la realidad, a las conciencias más conservadoras, en cuyo fondo subyace la idea de que, quien padece el VIH, es porque se lo merece, porque se lo ha buscado (salvo, claro está, cuando les pasa a ellos). Desde luego, nadie es merecedor, no sólo de tener ninguna enfermedad, sino de padecer un rechazo infame que la Iglesia alimenta irresponsablemente.

Porque el VIH es una enfermedad social, y cuyos efectos no son sólo físicos, sino que tienen que ver con el silencio, la exclusión, y la soledad. No sólo hay que controlar la enfermedad física, sino la enfermedad social del estigma excluyente. No sólo hay que evitar contagios, sino eliminar rechazos. No sólo hay que mejorar el estado físico de los seropositivos, sino el estatus social de los mismos. Eso es luchar contra el VIH en su verdadera dimensión, y cuesta mucho más que 10 millones de euros. Aunque, insisto, es una buena noticia.

Antonio Asencio es periodista

“Solo' no es válido para la prevención del VIH”, ONUSIDA, 06/06/2008

http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2008/response_reassessing_hiv_prevention_science_e_s.pdf

Respuesta a “Reevaluar la prevención del VIH” de la revista Science

El ONUSIDA promueve que los países implanten programas de prevención del VIH que realmente reduzcan el número de nuevas infecciones. Esto requiere una combinación estratégica de intervenciones dirigidas a las poblaciones más vulnerables y expuestas al riesgo de infección, que utilicen métodos apropiados y actualizados para el cambio social y de comportamiento.

La palabra “solo” no es válida para el sida, ya sea solo tratamiento, solo prevención, solo preservativos, solo abstinencia o solo circuncisión masculina. En realidad, todo es necesario, un enfoque verdaderamente integral. Para el ONUSIDA, los tres pilares de una respuesta efectiva e amplia, según avanzamos hacia el acceso universal, son la prevención, el tratamiento y la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

Desde su creación en 1996, el ONUSIDA ha apoyado actuaciones de prevención integrales que combinan estrategias para responder a las necesidades reales. Los países deben determinar qué combinación de intervenciones es más adecuada tras analizar su epidemia y el estado de la respuesta nacional. Parte de este análisis debe consistir en una evaluación de la efectividad de la respuesta en las poblaciones y entornos pertinentes. Esta postura fue adoptada por los estados miembro cuando adoptaron el documento de posición política del ONUSIDA sobre la intensificación de la prevención del VIH en junio de 2005.

Recientemente, en un artículo publicado en un foro de políticas de la revista Science, el Dr. Malcom Potts y otros nueve autores pidieron que se “reevaluara la prevención del VIH”. El ONUSIDA está completamente de acuerdo en que se debería monitorizar y evaluar regularmente la repercusión de los programas, pero discrepamos en las propuestas limitadas que ofrecen estos autores. Estas incluyen sus interpretaciones sobre los vínculos entre el VIH y la pobreza, la efectividad de los preservativos y del asesoramiento y las pruebas del VIH como herramientas de prevención, la necesidad de promover la circuncisión masculina y la reducción del número de parejas sexuales, en perjuicio de otros programas de prevención. Asimismo, nos gustaría aclarar cómo evalúa el ONUSIDA qué recursos son necesarios para prevenir el VIH en países con epidemias generalizadas.

El sida es una epidemia mundial. Sin embargo, existen diferentes epidemias, cada una con sus propias características y contextos. Las epidemias del VIH difieren en su dinámica y sus causas, por lo que una estrategia de prevención determinada (como el tratamiento de las ITS o la promoción de preservativos) puede ser efectiva en un escenario o lugar epidemiológico concreto (por ejemplo en epidemias tempranas o concentradas) y no serlo en otros (como en las epidemias en fase avanzada o generalizadas). Por lo tanto, la selección y ampliación de estrategias de prevención deben basarse en pruebas tanto de la situación local como de la efectividad de los programas.

Un análisis exhaustivo de esta información concluye necesariamente que se necesita una combinación de medidas de prevención que no solamente incluya Estrategias centradas en la vulnerabilidad y el riesgo individual (como la circuncisión masculina), sino que también aborden los factores sociales que provocan éstos. Entre estos factores se encuentran la desigualdad de género, el estigma y la discriminación relacionados con el VIH y las violaciones de los derechos humanos. En el 60o aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos, sería lamentable dar un paso atrás y defender solo aquellas medidas que se centran en el riesgo individual.

Las Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH indican cómo ayudar a los países a ampliar los programas de prevención que se basan en pruebas y en la naturaleza de sus epidemias, teniendo presente la importancia de proteger a las poblaciones más expuestas y de actuar urgentemente para cambiar las normas sociales, políticas y otras cuestiones sociales que aumentan la vulnerabilidad y el riesgo de infección.

Pobreza y VIH

¿Tienen las personas que viven en la pobreza más probabilidades de infectarse por el VIH? Habría que replantearse algunas creencias y suposiciones bastante extendidas que identifican la pobreza como una de las causas subyacentes e inmediatas de la transmisión del VIH. La razón principal para incluir la pobreza en las respuestas nacionales al sida se basa en un principio de equidad, no en la creencia de que la pobreza cause necesariamente el sida.

Un análisis del ONUSIDA sobre la riqueza nacional y la prevalencia del VIH, así como diferentes encuestas de demografía y salud, muestran que la relación entre pobreza por una parte, y vulnerabilidad y riesgo frente al VIH por otra, es muy compleja. Estos estudios no respaldan la

creencia de que las personas que viven en la pobreza tienen más posibilidades de infectarse por el VIH. El análisis sugiere que existen múltiples asociaciones entre el nivel de riqueza y el riesgo y la vulnerabilidad. Por ejemplo, en situaciones de relativo bienestar económico y paz, la disponibilidad y movilidad de ingresos mejora, lo que facilita el acceso a relaciones sexuales remuneradas. Por otra parte, la pobreza, especialmente en el caso de mujeres y niñas, puede impedirles acceder a información y a servicios de salud, incluidos los del VIH, y puede asimismo aumentar la inseguridad alimentaria. La inseguridad alimentaria puede desembocar en un aumento de las relaciones sexuales remuneradas o del número de parejas sexuales, lo que conlleva un mayor riesgo de exposición al VIH. Aunque hemos refutado la suposición simplista de que "la pobreza causa sida", las desigualdades económicas o la disparidad de recursos todavía pueden ser un factor importante que subyace a la vulnerabilidad ante el VIH y, en algunos contextos, la pobreza puede obligar a las personas a mantener relaciones sexuales remuneradas, en las que el riesgo de infección es evidente.

Prevenir la transmisión sexual del VIH: no existen soluciones simples En el mundo real, los programas normalmente comprenden una serie de medidas, y no es necesariamente adecuado separar los distintos elementos que los componen. Por ejemplo, el asesoramiento y las pruebas del VIH, la educación inter pares, el tratamiento de ITS y la promoción de preservativos se ofrecen normalmente de manera integrada. Por ejemplo, existen pocos programas nacionales o subnacionales que promuevan el uso del preservativo de manera aislada, sino que normalmente promueven diferentes elementos para el cambio de comportamiento, por lo que es difícil evaluar el impacto de los preservativos por sí solos.

Reducir el número de parejas sexuales (incluidas parejas comerciales, habituales y ocasionales) así como hacer frente al estigma y la discriminación, han sido medidas esenciales en el descenso de la incidencia y la prevalencia del VIH en diferentes países, como Etiopía, Kenya, Tailandia, Uganda y Zimbabwe.

Debemos abordar de manera más eficiente el cambio de comportamiento, especialmente en el contexto de múltiples parejas sexuales. Como indica el artículo de Potts et al, "hay pocas medidas para reducir el número de parejas sexuales que hayan demostrado ser útiles y que puedan aplicarse a gran escala". Se necesitan inversiones urgentemente para implantar estas medidas. Debemos asimismo seguir investigando sobre cómo promover con éxito el cambio de comportamiento para reducir el número de parejas sexuales, fomentar las relaciones seguras en parejas habituales y parejas serodiscordantes, y lograr además que estos comportamientos se mantengan a lo largo del tiempo. El ONUSIDA ha trabajado con gobiernos, asociados de la sociedad civil y expertos académicos, tanto a nivel mundial como en África meridional (donde el problema es más grave), para mejorar y ampliar las respuestas de prevención del VIH dirigidas a parejas serodiscordantes y a parejas habituales.

Papel que desempeñan el asesoramiento y las pruebas del VIH en la prevención ¿Ayudan las pruebas del VIH a promover la prevención? El ONUSIDA ha realizado un seguimiento al respecto. Se ha demostrado que el asesoramiento y las pruebas reducen los comportamientos de riesgo de las personas que resultan seropositivas, pero en el caso de aquellos cuyos resultados son negativos, los datos son menos convincentes. Sin embargo, creemos que las estrategias que permiten a las personas que viven con el VIH evitar futuras transmisiones son fundamentales para la prevención. No se debe ignorar el papel de liderazgo y la gran contribución que pueden ofrecer estas personas en la promoción de la prevención. Además, el asesoramiento y las pruebas son esenciales para acceder al tratamiento.

Circuncisión masculina

Se ha demostrado que la circuncisión masculina reduce el riesgo de que los hombres se infecten por el VIH en al menos un 60%. El ONUSIDA, junto con la Organización Mundial de la Salud, ha trabajado directamente con los países para promocionar esta práctica. Muchos de los países más afectados por la epidemia están actuando rápidamente para llevar a cabo una investigación formativa, evaluar la demanda y la disponibilidad de servicios, y ampliar el acceso a la circuncisión masculina para adultos como parte de los programas de prevención integrales. Sin embargo, se deben tener en cuenta las susceptibilidades culturales y religiosas y evaluar los posibles riesgos. El ONUSIDA y la OMS recomiendan la intervención quirúrgica de la circuncisión

masculina, junto con otra serie de medidas de prevención, en contextos donde la prevalencia del VIH es alta.

Gasto para la prevención del VIH

El gasto para la prevención del VIH también debe ser consecuente con las realidades Locales. Debe adaptarse de país a país, y no seguir una fórmula mundial. Es poco afortunado por parte de Potts et al haber elegido para ilustrar su argumento sobre las epidemias generalizadas del VIH un gráfico de las estimaciones del ONUSIDA sobre los recursos necesarios a nivel mundial, ya que incluye a los países de ingresos medios y bajos, la mayoría de los cuales (75%) tienen epidemias de nivel bajo o concentradas. Por ello, no es sorprendente que una buena parte de los gastos del VIH se centren en actividades dirigidas a las poblaciones más expuestas al riesgo de infección, ya que son los más afectados en este tipo de epidemias.

Sin embargo, en países con epidemias generalizadas o escenarios hiperendémicos, la estimación que realiza el ONUSIDA de los recursos necesarios es muy diferente, ya que pone un énfasis especial en intervenciones relacionadas con los jóvenes, la movilización comunitaria, la comunicación y el lugar de trabajo, centradas principalmente en el retraso de la iniciación sexual, el descenso del número de parejas sexuales, el uso del preservativo en las relaciones ocasionales, y en los recursos necesarios para ampliar de la manera más viable y rápida posible la práctica de la circuncisión masculina en adultos (que se calcula que llegará a las 2.5 millones de circuncisiones al año para 2010 en los 12 países más afectados por la epidemia). Estas estimaciones también incluyen la prestación de servicios para el asesoramiento y las pruebas del VIH, cuya importancia en las epidemias generalizadas no debe ignorarse en un momento en el que cerca de la mitad de las nuevas infecciones se producen en parejas serodiscordantes.

Se debe realizar una evaluación continua de los programas de prevención del VIH

Los esfuerzos de prevención del VIH en todo el mundo deben ser evaluados periódicamente. El mandato "conoce tu epidemia y tu respuesta" es el principio del asesoramiento que ofrece el ONUSIDA a las respuestas nacionales al VIH. Determinar la "mezcla" correcta de intervenciones constituye un reto, pero es algo que se debe hacer localmente.

DECLARACIONES

Petición para la liberación de doctores iraníes especialistas en reducción de daños

Las organizaciones internacionales Médicos por los Derechos Humanos (Washington) y Observatorio de los Derechos Humanos (Human Right Watch), han lanzado una campaña exigiendo al gobierno de Irán que libere a los doctores Kamiar Alaej y Arash Alaei, médicos hermanos que han enfocado su trabajo en el VIH y el uso de drogas en Irán durante muchos años. Ellos fueron detenidos a fines de junio por las fuerzas de seguridad iraníes a pesar de no ser imputados con ningún cargo. Existe la preocupación de que su detención esté relacionada con su trabajo realizado en temas de reducción de daños y su liderazgo en este campo.

Por favor, considere firmar la petición en línea en:

http://actnow-phr.org/campaign/iran_free_the_docs

Puede escribir a Paula Paola Barahona si desea recibir información constante sobre el desarrollo de este caso: pbarahona@phrusa.org.

Declaración Iberoamericana Comunitaria sobre el VIH/SIDA

México 2008

En el contexto de la Conferencia de México, varias organizaciones impulsaron la Declaración Comunitaria Iberoamericana en demanda de una mayor cooperación en VIH/SIDA entre España y América Latina y el Caribe. Ya se han adherido múltiples organizaciones a la Declaración y se prevé que se adscriban más hasta el 22 de septiembre. Durante el mes de octubre se entregará

una copia a los respectivos gobiernos y se hará un seguimiento para que se dé respuesta escrita a las peticiones que se hacen.

Llamamiento del Sector Comunitario para a una mayor cooperación iberoamericana en VIH/SIDA
En Ciudad de México, a 5 de agosto de 2008

Con frecuencia se afirma que la tasa de prevalencia del VIH de los países latinoamericanos es baja (0,5%) al compararla con otras regiones más afectadas, como África (5%), y sin embargo Naciones Unidas calcula que casi dos millones de personas viven con VIH en América Latina y el Caribe (ALC), una cifra que supera el número de casos de Europa Occidental, EE UU, Canadá, Australia y Japón, sumados todos juntos. De hecho el Caribe, con una tasa de prevalencia del 1%, es la región del mundo más afectada después del África Subsahariana.

En ALC las relaciones sexuales no protegidas son la principal causa de transmisión del VIH, aunque el uso inseguro de drogas está en auge. Pese a que los datos disponibles hablan de la estabilización de la epidemia en naciones caribeñas como la República Dominicana y Haití, ninguno de los países de la zona ALC ha experimentado un descenso significativo en sus tasas de prevalencia desde el comienzo de la epidemia, y las predicciones señalan que el número total de infecciones se va a incrementar.

La región ALC es extraordinariamente diversa en condiciones sociales, culturas, lenguas y hábitos de vida, lo que nos invita a evitar generalizaciones entre un país y otro. No obstante, hay una serie de rasgos compartidos en mayor o menor medida que estimulan la expansión de la epidemia y dificultan una respuesta efectiva: la desigualdad económica, la pobreza -tanto moderada como extrema-, la inequidad de género, el racismo, la homofobia, la falta de acceso a servicios de salud y educativos, los desplazamientos poblacionales internos y externos, la dominación de visiones morales y religiosas conservadoras, legislación inadecuada o directamente discriminatoria, e insuficiente -cuando no inexistente- liderazgo político.

Con todo, la región ALC ha mostrado su gran capacidad de dinamismo, con una fuerte sociedad civil, especialmente entre las PVVS, y algunos Estados con políticas adelantadas que intentan responder al desafío del VIH y que muestran el camino a seguir.

Los lazos históricos, culturales, políticos y económicos entre ALC y España son de sobra conocidos, y pueden advertirse en el hecho de ser la región una de las principales prioridades de cooperación internacional española en términos proporcionales de transferencia de recursos. Y sin embargo, el VIH/SIDA no ha tenido hasta ahora el papel preponderante, coherente, y estratégico que le corresponde, ni en las agendas de cooperación bilateral entre España y los países de la zona, ni en la de cooperación multilateral entre todos los Estados.

Para muestra, la débil presencia del VIH/SIDA en las conversaciones de máximo nivel y en los programas de actividades paralelas durante las Cumbres Iberoamericanas de Jefes de Estado y de Gobierno que se celebran anualmente.

Por estos motivos, las organizaciones cívicas latinoamericanas y españolas abajo firmantes, reunidas con ocasión de la celebración de la XVII Conferencia Internacional del SIDA en México, desean hacer un llamamiento a los gobiernos de nuestros respectivos países para que tomen conciencia del impacto que la epidemia del VIH/SIDA está teniendo en las gentes y el desarrollo de la región ALC, y por ello les piden que:

A los gobiernos latinoamericanos que:

- Generen y mantengan esfuerzos para dedicar al VIH/SIDA presupuestos nacionales acordes con su capacidad y con la dimensión de la epidemia en sus naciones.
- Incluyan el VIH/SIDA como área de prioridad en las discusiones conducentes a la firma de convenios de cooperación con España.
- Hagan participar de forma significativa a la sociedad civil de sus países en los procesos de diseño, ejecución y evaluación de los programas de VIH/SIDA sustentados por los convenios de

cooperación bilateral con España.

Al gobierno español que:

- Dedique recursos al abordaje del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe de acuerdo con la realidad del impacto de la epidemia y en proporción a su presupuesto nacional de cooperación internacional para el desarrollo.
- Se asegure que una parte justamente proporcional de sus aportaciones económica a organismos multilaterales se dedica a abordar la situación del VIH/SIDA en ALC.
- Invite a los países ALC a incluir el VIH/SIDA como área de prioridad en las discusiones conducentes a la firma de convenios de cooperación bilaterales.
- Se asegure que la sociedad civil de los países receptores participa de manera significativa en los procesos de diseño, ejecución y evaluación de los programas de VIH/SIDA sustentados por los convenios de cooperación bilateral con cada país.

A los gobiernos de todos los países iberoamericanos a ambos lados del Atlántico que:

- Muestren -e inviten a mostrar a sus contrapartes- liderazgo político de alto nivel para abordar el impacto del VIH/SIDA en sus países.
- Aseguren la inclusión del VIH/SIDA como un tema prioritario en las agendas de los encuentros de alto nivel (entrevistas presidenciales, reuniones ministeriales) que se producen en la región ALC y entre ésta y España.
- Específicamente, den mandato a la Secretaría General Iberoamericana para que el VIH/SIDA forme parte destacada de su agenda de actividades.
- Y garanticen la inclusión del VIH/SIDA como un tema relevante de la agenda de discusión durante la celebración de las Cumbres Iberoamericanas, y para empezar en la XVIII Cumbre, a celebrar a finales de octubre de 2008 en San Salvador.

El VIH/SIDA ha sido ignorado o minusvalorado por demasiado tiempo ya en las relaciones iberoamericanas. Es hora de darle la vuelta a esa situación y asumir la responsabilidad que a todas y todos nos corresponde.

La comunidad española de personas con VIH/SIDA manifiesta su postura ante la retirada de un fármaco para el tratamiento del VIH

FORO ESPA—OL DE ACTIVISTAS EN TRATAMIENTOS DEL VIH (FEAT)
COMITÉ ASESOR COMUNITARIO SOBRE SIDA (CACSIDA) DE CESIDA
30/07/2008

**Activistas por los tratamientos del VIH en España se muestran disconformes con la decisión de los laboratorios BMS de retirar las cápsulas de efavirenz de 100 miligramos

Muchos son los avances que se vienen realizando en el campo del VIH/SIDA en los últimos años sobre todo en el campo farmacológico.

Dichos avances han permitido mejorar la calidad/cantidad de vida de las personas que vivimos con VIH/SIDA de una manera importante.

La sensibilidad de los laboratorios farmacéuticos ante las demandas de la comunidad ha variado considerablemente en aspectos tan decisivos como el acceso adecuado a tratamiento antirretroviral por parte de diversas poblaciones (mujeres, niños, países en vías de desarrollo, etc.), mejora en el diseño de los ensayos clínicos, mejora en el perfil de tolerancia de los distintos ARV y cuestiones relativas al precio de los medicamentos.

En ocasiones las demandas de la comunidad han sido escuchadas y atendidas por defender cuestiones de derechos humanos ajenas al frío cálculo del beneficio empresarial; en otras, la situación ha sido mucho más difícil. La comunidad de personas que vivimos con VIH/SIDA nos encontramos de nuevo ante una situación que consideramos totalmente arbitraria y que no posee el apoyo ni de la comunidad de afectados ni de la clase médica.

La decisión de Bristol-Myers Squibb (tomada en 2006 y que se llevará a cabo en los próximos días) de retirar las cápsulas de 100mg de EFV no ha contado con el consenso de las partes implicadas; se ha producido de forma unilateral por parte de la empresa sin escuchar a los agentes implicados, comunidad de personas que vivimos con VIH/SIDA y médicos prescriptores. Las cápsulas de 100 mg de EFV están indicadas para:

- Uso pediátrico
- Dosificación individualizada en adultos (en aquellas personas que alcanzan unos niveles plasmáticos demasiado elevados y que necesitan una reducción de la dosis standard de 600mg).

Si bien la casa farmacéutica ha informado que seguirá elaborando tanto la solución oral como las cápsulas de 50 y 200mg, consideramos que las capsulas de 100mg continúan siendo un pilar que fomenta la adherencia y el bienestar para muchas personas que toman con dificultad la solución oral (debido a su mal sabor) o que verían aumentar considerablemente el numero de cápsulas (al tener que utilizar las de 50mg) o que verían complicada su estrategia de reducción de dosis; sin olvidar que la gran mayoría de esas personas son niños y mujeres, poblaciones tradicionalmente infravaloradas por parte de los laboratorios farmacéuticos.

Igualmente nos preocupa enormemente que dicha decisión suponga una vez más el abandono de los países en vías de desarrollo donde hoy en día gran cantidad de niños necesitan tener acceso a dicha formulación de capsulas de 100mg.

La comunidad española de afectados exigimos a Bristol- Myers Squibb que reconsidere su decisión y atienda los deseos y necesidades de la comunidad de afectados y autoridades sanitarias que nos mostramos contrarios a la retirada de la cápsula de 100mg de EFV.

FORO ESPA—OL DE ACTIVISTAS EN TRATAMIENTOS DEL VIH (FEAT)
Diego García, 678790555
COMITÉ ASESOR COMUNITARIO SOBRE SIDA (CACSIDA) DE CESIDA
Jorge Saz, 647 23 64 34

Día internacional contra el abuso y el tráfico ilícito de drogas. Petición

Junio 26, 2008

La siguiente petición fue enviada a los principales mandatarios de la política internacional de drogas en conmemoración del Día Internacional contra el abuso y el tráfico ilícito de drogas, el pasado 26 de junio. La petición fue firmada por 442 organizaciones de 78 países diferentes, entre ellos algunos miembros de FAUDAS.

S.E. Ban Ki-Moon, Secretario General de las Naciones Unidas
S.E. Srgjan Kerim, Presidente, Asamblea General de las Naciones Unidas
S.E. Embajador Léo MérorËs, Presidente del ECOSOC
Selma Ashipala-Musavyi, Presidente, Comisión de Estupefacientes
Hamid Ghodse, Presidente, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
Peter Piot, Director Ejecutivo, ONUSIDA
Antonio Maria Costa, Director Ejecutivo, Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito

Excelencias:

Como defensores del VIH y profesionales de la salud, estamos preocupados por el impacto de las contradicciones entre los compromisos sobre VIH y las políticas de drogas. No vamos a lograr el

acceso universal a la prevención, atención y tratamiento del VIH / SIDA sin la protección de los derechos humanos de las personas que usan drogas.

Como organizaciones interesadas en garantizar una respuesta global efectiva a la epidemia de VIH y SIDA, deseamos destacar nuestra especial preocupación en relación al Día Internacional contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas patrocinado por las Naciones Unidas, el 26 de junio. Los gobiernos suelen utilizar este día para poner de relieve sus esfuerzos represivos de control de drogas, haciendo públicas ejecuciones, detenciones e incautaciones de drogas. Para los usuarios de drogas, cada día trae la expectativa de ejecución, detención y encarcelamiento.

Todos los Estados Miembro de las Naciones Unidas se han comprometido a reforzar la prevención del VIH mediante la reducción de los daños relacionados con el uso de drogas inyectables. Hacemos un llamado a los gobiernos para que honren estos compromisos, dando mayor énfasis a las estrategias probadas y eficaces de lucha contra el VIH entre las personas que usan drogas.

Fuera de Africa, el 30% de todas las nuevas infecciones de VIH ocurren entre los inyectores de drogas; las epidemias que se diseminan con mayor velocidad en la actualidad son entre aquellos que se inyectan drogas. Los programas de VIH y SIDA no pueden ser eficaces si severas políticas de drogas infunden temor a usarlos.

El Día Internacional contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas resalta los extremos del tradicional enfoque a los problemas de drogas basado en la aplicación de las leyes. En el transcurso desde la Reunión de Alto Nivel sobre SIDA de 2008 hacia la Reunión de Alto Nivel sobre drogas de 2009, necesitamos tomar un nuevo enfoque en política de drogas -uno que reconozca la importancia de proteger a las personas que usan drogas. La actual división en las Naciones Unidas entre encarar el uso de drogas con un enfoque de salud versus un enfoque jurídico causa confusión. Es imprescindible que el sistema de las Naciones Unidas hable con una voz única.

Para este 26 de junio y los próximos, hacemos un llamamiento a los gobiernos y al sistema de las Naciones Unidas a reconocer que una buena política de SIDA requiere una sólida política de drogas - medidas que aborden el problema de las drogas sin impedir el acceso a los servicios de VIH que salvan vidas.

cc: Civil Society Task Force, 2008 High Level Meeting on AIDS

MANIFIESTO

Por una verdadera política de reducción de daños en el uso de drogas

Barcelona, 11 de mayo de 2008.

En la mayoría de los países, las políticas de control de drogas intentan cumplir con las Convenciones Internacionales sobre Estupefacientes (de 1961, 1971 y 1988); las cuales han demostrado ser insuficientes para contrarrestar el tráfico de drogas y, al contrario, han contribuido a su incremento; causando efectos dañinos y contraproducentes en eslabones más débiles de la cadena (consumidores de drogas, correos y cultivadores) quienes sufren desproporcionadamente los efectos negativos de las políticas de control de drogas.

Las personas afectadas tanto por las drogas como por las políticas, sufrimos el deterioro de nuestra salud, el aumento de la exclusión y estigmatización y la vulneración de los derechos más elementales debido a una estrategia criminalizadora impuesta por los organismos internacionales -Junta Internacional de Estupefacientes (JIFE) y la Oficina de Naciones Unidas para las Drogas y el Delito (ONUDD), y por nuestros propios países. La participación de las organizaciones de afectados en la evaluación y diseño de las políticas de drogas es anecdótica y cuando se da, no tiene ninguna influencia en la toma de decisiones.

La estrategia antidrogas se ha convertido a lo largo de los años en una guerra abierta contra las personas consumidoras. Se niega la evidencia de que las políticas de reducción de daños son más justas y eficaces, y se acatan acuerdos realizados sin ninguna base científica, y en algunos

casos hace más de 40 años, en lugar de desarrollar verdaderas políticas centradas en la salud pública, basadas en los derechos humanos y sensibles a las diferencias de género. Como consecuencia:

- * El aumento de las ganancias del narcotráfico está relacionado directamente con el deterioro de las personas usuarias de drogas.
- * Se priorizan políticas represivas con el consumo con la ilusión de reducir la oferta de drogas, criminalizando a las personas usuarias y abocándolas a procesos de exclusión que, en muchos casos, son irreversibles.
- * Las desventajas de la situación del colectivo fomentan la marginación y la autoexclusión, dificultando la cobertura de sus derechos y el ejercicio de sus deberes como ciudadanos y ciudadanas.

Las organizaciones de personas afectadas de España exigimos:

- Que el Estado español salga de las convenciones internacionales sobre drogas e impulse una estrategia europea que dé lugar a políticas de drogas más justas y eficaces.
- Estrategias no-represivas en la política de drogas, que no causen daño a la salud de los consumidores, que no amenacen la subsistencia de campesinos en países del Sur, que respeten los derechos de los ciudadanos/as y que tengan en cuenta las diferencias de género.
- Modificaciones legislativas que pongan freno a la entrada masiva de personas usuarias en las prisiones.
- Apertura del debate social con todos los agentes de la comunidad sobre la regulación de algunas sustancias, empezando por separar el mercado del cannabis del resto de drogas ilegales.
- Redefinición de las estrategias de prevención dirigidas a jóvenes y personas adultas, en base a criterios integrales, realistas y participativos y con enfoque de género.
- Innovación y extensión de los tratamientos de drogodependencias a toda la población afectada, especialmente a la más vulnerable (salas de consumo, programas de dispensación controlada de drogas, etc...).
- Participación efectiva de las personas afectadas por las drogas en los espacios de toma de decisiones sobre las políticas de drogas de la ONU, la Unión Europea y el Estado español.

ORGANIZACIONES FIRMANTES

FAUDAS (Federación española de asociaciones de personas afectadas por las drogas y el VIH)
Misión: mejora de la calidad de vida del colectivo y romper con el estigma asociado.

www.faudas.org

ASAUPAM. Asociación de apoyo a las personas con problemas de drogas de Catalunya.

www.asaupam.info

Plataforma Pro derechos de las personas afectadas por las políticas de drogas de Catalunya.

ENCOD. (Coalición Europea por Políticas de Drogas Justas y Eficaces) Plataforma independiente de ONG y ciudadanos involucrados con el fenómeno de las drogas. www.encoded.org

FAC. (Federación de Asociaciones Cannábicas). www.fac.cc

Los derechos humanos y el VIH/SIDA . Ahora Más que Nunca

10 razones por las que los derechos humanos deben ocupar el centro de la lucha mundial contra el sida

noviembre 2007

Declaración en castellano:

http://www.soros.org/initiatives/health/focus/law/articles_publications/publications/human_20071017/spanish_20071109.pdf

En la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, celebrada en el 2006, los líderes mundiales reafirmaron que “la plena realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todos es un elemento fundamental de la respuesta mundial a la pandemia del VIH/SIDA”. Sin embargo, luego de 25 años de la lucha contra el SIDA, este “elemento esencial” sigue siendo la pieza perdida.

Esta Declaración, apoyada por 24 organizaciones no gubernamentales y redes de todas partes del mundo, afirma que ahora más que nunca, los derechos humanos deben ocupar el centro de la lucha mundial contra el VIH y SIDA.

PUBLICACIONES

“Criminalización de la transmisión del VIH ”, ONUSIDA/PNUD, agosto 2008

En inglés:

http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf

En algunos países, el código penal está siendo aplicado para aquellos/as que transmiten o exponen a otros/as a la infección por el VIH. No hay datos que indiquen si la extensa aplicación del código penal para la transmisión del VIH conseguirá una justicia criminal o prevenir la transmisión del VIH. Sin embargo, tal aplicación pone en peligro la salud pública y el respeto a los derechos humanos. Debido a todas estas preocupaciones, ONUSIDA urge a los gobiernos a limitar la criminalización a los casos de transmisión intencional, es decir, donde una persona conoce su situación de VIH positivo y lo trasmite de hecho.

“La OMS publica una guía sobre cómo luchar contra el sida”, Reuters Health

Traducido del inglés: 06/08/2008

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_67833.html

Guía en inglés: http://www.who.int/entity/hiv/pub/priority_interventions_web.pdf

WASHINGTON (Reuters) - ¿Cuál es la mejor forma de montar una clínica de pruebas de sida? ¿Cuáles son los mejores fármacos para administrarles a las personas infectadas con VIH?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una guía para ayudar a los países de ingresos bajos y medios a luchar contra esta pandemia.

El texto incluye consejos sobre distribución de condones, orientación sobre asesoramiento y listas de las pruebas disponibles para diagnosticar el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

"Este documento responde a una antigua necesidad de los países", dijo en un comunicado el director del Departamento de VIH/sida de la OMS, el doctor Kevin De Cock.

"Reúne en un sitio la mejor orientación de la OMS sobre lo que tiene que ofrecer el sector sanitario mundial de sida y VIH", añadió el funcionario.

La guía, publicada en la Conferencia bienal Internacional de Sida celebrada en México, será actualizada conforme se produzcan cambios científicos y está disponible -en inglés- en la página de internet <http://www.who.int/hiv>.

Según lo indicado por la OMS en el texto publicado, por día, más de 6.800 personas se infectan con VIH y más de 5.700 mueren, la mayoría porque no tiene acceso a prevención, tratamiento y servicios de atención del VIH.

"Pese a los progresos hechos en mejorar la respuesta durante la última década, la pandemia del VIH sigue siendo el desafío más serio de enfermedad infecciosa para la salud pública mundial", indica la guía.

La agencia contra el sida de Naciones Unidas, ONUSIDA, estima que 33 millones de personas están infectadas con VIH y 2 millones mueren cada año debido al virus.

En un segundo informe difundido el martes en la conferencia, un comité internacional de expertos en sida pidió que los líderes internacionales aumenten de forma drástica los programas de prevención dirigidos a reducir los comportamientos de alto riesgo, como el consumo de drogas y el sexo inseguro.

Esos especialistas añadieron que cientos de pruebas clínicas han demostrado que los programas de cambio de comportamiento son muy efectivos para evitar el VIH, con tasas de éxito de entre el 50 y el 90 por ciento, pero que no se incluye a la población suficiente para detener la epidemia.

"No debemos confundir la dificultad de cambiar el comportamiento humano con la incapacidad para hacerlo", afirmó la doctora Helene Gayle, copresidenta del Grupo Mundial de Trabajo de Prevención del VIH y presidenta y consejera delegada de la organización benéfica CARE USA.

Los programas probados suelen incluir una combinación de estrategias como asesoría individual, programas en grupos pequeños y educación de la comunidad, todo especialmente dirigido a la comunidad a la que se pretende llegar, señaló el informe.

"VIH y tuberculosis: se necesitan medidas específicas para los consumidores de drogas", Organización Mundial de la Salud (OMS), 04/08/2008

4 de agosto de 2008, México, D. F. — Las autoridades sanitarias y de justicia penal han de proporcionar servicios orientados específicamente a los consumidores de drogas, en especial a los de drogas inyectables, para prevenir y tratar la tuberculosis y la infección por el VIH. La tuberculosis es una importante causa de mortalidad entre las personas con VIH, pero los consumidores de drogas que son seropositivos han de superar la estigmatización, la discriminación, y múltiples barreras para acceder a los tratamientos que pueden salvarles la vida.

Se publican hoy unas nuevas directrices, encaminadas a reducir esas muertes evitables, por ejemplo, mejorando el acceso de los consumidores de drogas infectados por el VIH a los medicamentos antirretrovirales y a la isoniazida. La profilaxis con isoniazida disminuye significativamente el riesgo de que las personas con VIH contraigan la tuberculosis, pero aún no se utiliza ampliamente.

Se trata de las primeras recomendaciones para que el tratamiento de la tuberculosis y el VIH se incluya activamente en el marco de la atención que reciben los consumidores de drogas. Forman parte de la serie Evidence for Action y se basan en las orientaciones normativas sobre la tuberculosis y el VIH y sobre el consumo de drogas inyectables.

Incluso en los lugares donde se dispone de profilaxis con isoniazida, el personal de salud y de atención periférica tiene muchos problemas para proporcionar una asistencia plena a los consumidores de drogas, que a menudo viven marginados, sin techo, en la pobreza, en prisión y acosados por la hostilidad política y pública. Esos factores favorecen la transmisión del VIH y de la tuberculosis, y a la vez suponen un obstáculo para su tratamiento, y para el tratamiento de la drogodependencia.

Para velar por que todos los consumidores de drogas, incluidos los reclusos, se puedan beneficiar de la prevención de la tuberculosis y el VIH, y de su tratamiento y atención, la OMS, el ONUSIDA y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito han elaborado unas directrices normativas integradas para la prestación conjunta de servicios de control de la tuberculosis y el VIH destinados a los consumidores de drogas inyectables y otros estupefacientes. Las medidas* tienen por objeto superar los obstáculos que impiden la mejora de la salud, presentar una serie de intervenciones fundamentales, y mejorar la coordinación y la planificación entre quienes están en contacto con los consumidores de drogas inyectables y otros estupefacientes.

El VIH debilita el sistema inmunitario de los infectados, por cuya razón tienen una probabilidad 50 veces mayor de contraer la tuberculosis a lo largo de su vida que las personas que no están infectadas por el VIH. Si no reciben el tratamiento adecuado, la mayoría de las personas con VIH mueren a los dos o tres meses de enfermar de tuberculosis. En 2006, 231 000 personas murieron de tuberculosis estando infectadas por el VIH. Muchas de esas muertes hubieran podido evitarse.

En la actualidad, una de las principales vías de transmisión del VIH es el consumo de drogas inyectables de modo insalubre. Dejando África aparte, un tercio de las nuevas infecciones por VIH se puede atribuir al consumo de drogas inyectables de modo insalubre. En algunas zonas de Europa oriental y el centro de Asia, incluso se llega a los dos tercios de las nuevas infecciones. En partes de Europa oriental, los investigadores han constatado una importante asociación entre el VIH y la tuberculosis multirresistente.

Afrontar la tuberculosis concomitante con el VIH es uno de los temas fundamentales de la conferencia que la Sociedad Internacional del SIDA, que tendrá lugar dos meses después de que los dirigentes mundiales hicieran un llamamiento para rebajar drásticamente el número de muertes por tuberculosis/SIDA antes de que concluya 2015, con ocasión del Foro de dirigentes mundiales celebrado en la sede de las Naciones Unidas, en Nueva York.

*Resumen de las 13 recomendaciones formuladas en las directrices normativas integradas para la prestación conjunta de servicios de control de la tuberculosis y el VIH destinados a los consumidores de drogas inyectables y otros estupefacientes:

PLANIFICACIÓN CONJUNTA:

1. Coordinación multisectorial de las actividades de control de la tuberculosis y el VIH destinadas a los consumidores de drogas
2. Planes nacionales con funciones y responsabilidades para los dispensadores de servicios
3. Formación del personal para contar con equipos eficaces
4. Investigaciones operativas sobre servicios de tuberculosis/VIH para los consumidores de drogas

INTERVENCIONES FUNDAMENTALES:

5. Control de la infección tuberculosa en instituciones colectivas, incluidas las prisiones
6. Protocolo de detección de casos de tuberculosis y VIH para los servicios que atienden a consumidores de drogas
7. Acceso de los consumidores de drogas a los tratamientos adecuados
8. Profilaxis con isoniazida para los consumidores de drogas con VIH
9. Evaluación y facilitación de métodos de prevención de la infección por el VIH por parte del personal de salud

SUPERACIÓN DE LOS OBSTÁCULOS:

10. Acceso universal de los consumidores de drogas a intervenciones de prevención, atención y tratamiento de la tuberculosis y el VIH, así como a servicios de tratamiento de la drogodependencia
11. Prestación de servicios médicos de calidad a los prisioneros
12. Medidas de apoyo al cumplimiento terapéutico para los consumidores de drogas
13. La presencia de otras infecciones (p.ej., la hepatitis) o factores no deberá impedir que los consumidores de drogas reciban tratamiento contra el VIH y la tuberculosis.

Para más información pueden ponerse en contacto con:

México DF.

Saira Stewart

Departamento de VIH/SIDA

Móvil (Ginebra): +41 79 467 2013

Móvil (Mexico): (044) 55 3791 1985

Email: stewarts@who.int

Ginebra:

glenn thomas

OMS, Departamento Alto a la Tuberculosis

Tel.: +41795090677

Email: thomasg@who.int

EDITORIAL

- El Programa de Heroína de Andalucía. Reducción de daños sin más. Francisco José Caracuel González.

REVISIÓN

- Tratamiento farmacológico de los trastornos de la personalidad: actualización. José Manuel Bertolín Guillén.

ORIGINALES

- IDUQoL: un instrumento específico de calidad de vida para usuarios de drogas inyectadas. Datos descriptivos y adecuación a una muestra española. Ioseba Iraurgi Castillo y Nieves Corcuera Bilbao.

- Participación de las farmacias comunitarias en los programas de reducción de daños. Juan del Arco Ortiz de Zarate y Joseba Ruiz Golvano.

- Relaciones entre los recursos y el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. Lucía A. Ramírez Serrano y Gonzalo Musitu Ochoa.

- Campaña sanitaria sobre hepatitis C en un tratamiento con heroína. Araceli Plaza Andrés, José Ángel Martínez Casares, Francisco José Caracuel González y Equipo PSP-PEPSA.

- Asociación entre creencias religiosas y consumo de drogas lícitas e ilícitas en jóvenes universitarios, según la metodología de pares. Jorge Rodríguez T.; Ana María Fernández T.; Enrique Hernández A.; Macarena Valdés C.; Marcelo Villalón C.; Sergio Ramírez P.; América Román Q. y Macarena Muñoz.

LITERATURA INTERNACIONAL COMENTADA

- Topiramato para el tratamiento de la dependencia al alcohol. Eduardo López Briz.

SECCIÓN JURÍDICA

- Las enfermedades con que nacen los hijos y la posible responsabilidad civil de los padres en el ámbito de la procreación natural. María Luisa Atienza Navarro.

NOTICIAS

AGENDA

“Estrategias de cambio: Superando barreras en prevención, tratamiento y atención del VIH en mujeres”, Open Society Institute, Agosto 2008.

Documento en inglés:

http://www.soros.org/initiatives/health/focus/phw/articles_publications/publications/breakingbarriers_20080802/breakingbarriers.pdf

Esta publicación, en inglés, examina las estrategias innovadoras dirigidas al empoderamiento de las mujeres, a proporcionar servicios legales, económicos y de salud que ofrezcan una respuesta al VIH que tenga en cuenta a las mujeres. Producida por el Open Society Institute, el informe repasa los esfuerzos de activistas de VIH, defensoras de los derechos de las mujeres y expertos/as en salud para cubrir las necesidades de las mujeres, quienes en muchas ocasiones están marginadas por la sociedad, incluyendo trabajadoras del sexo, consumidoras de drogas y mujeres viviendo con VIH.

Los programas que se describen en este informe varían en su enfoque, objetivos y forma de ejecución, pero todos tienen como denominador común estar dirigidos a las mujeres. Fueron diseñados para, y en muchas ocasiones por, las mujeres cuyas necesidades se intentaba cubrir, desde abuelas rurales en Swazilandia hasta trabajadoras del sexo en Río de Janeiro.

Indice

- Introducción

- Empoderamiento: Para mujeres por mujeres

1. ¡Atención!: Abuelas en movimiento

2. Movilización en el ciberespacio: trabajadoras del sexo se unen para conseguir sus

derechos

3. Fuera de las sombras: consumidoras de drogas construyendo comunidad

4. ¿Quién cuida a las cuidadoras?

- Del papel a la práctica: Recuperando la ley

1. Tormenta en los tribunales: Usando juicios estratégicos para asegurar los derechos de las mujeres
 2. Reclamando a la tradición: prácticas culturales y derechos de propiedad de la mujer
 3. Buscando el equilibrio: integrando servicios legales y de reducción de daños
 4. La ley: ¿Qué has hecho por las trabajadoras del sexo últimamente?
- Es nuestro dinero: haciéndolo, administrándolo y gastándolo
 1. De pequeños préstamos a un gran impacto: combinando microfinanzas y prevención del VIH
 2. Uniéndonos por un objetivo común: asegurando fondos para mujeres y niñas
 3. Camino al éxito: Usando la moda como una herramienta económica y de activismo
 4. Siguiendo el dinero: asegurando financiación igualitaria para todos/as
 - No más paciencia: avanzando en la atención a la salud para mujeres
 1. Trayendo bebés: Vinculando programas de VIH y apoyo a madres
 2. No hacer daño: Proporcionando servicios de salud amigables para trabajadoras del sexo
 3. Obteniendo resultados: estudiando un modelo de apoyo para madres embarazadas.

“Mujeres y pruebas de VIH: Políticas, prácticas y el impacto en la salud y los derechos humanos”, Open Society Institute, julio 2008.

Documento en inglés:

http://www.soros.org/initiatives/health/focus/law/articles_publications/publications/womenhiv_20080730/womenhiv_20080730.pdf

Los análisis de VIH no han sido una prioridad en la agenda global del SIDA, y muchos gobiernos se han comprometido a aumentar las pruebas en sus países. De todas formas, todavía falta por abordar temas críticos relacionados como el análisis de mujeres.

Este documento del Open Society Institute analiza las líneas directrices de ONUSIDA y la OMS, así como las leyes locales e internacionales, y proporciona información sobre el impacto de las políticas de análisis del VIH en la salud y los derechos humanos de las mujeres. En particular, este documento de debate examina el análisis del VIH para mujeres embarazadas y el análisis prematrimonial obligatorio.

Principales conclusiones:

ANALIZANDO A MUJERES EMBARAZADAS

- Basado en un análisis de 19 países, todas las políticas nacionales revisadas requerían "consentimiento" como condición para el análisis, sin embargo la mayoría no aclaraban si la mujer tenía que consentir antes o después del asesoramiento pre-test.
- Todas las políticas indican que las clientas deberían recibir información antes del test, y deberían recibir sesiones individuales de asesoramiento después.
- Todas las políticas abordan la confidencial excepto en China.
- La mayoría de las políticas describen la necesidad de y el uso de un conjunto común de indicadores para recoger datos sobre la ejecución del programa.

PRUEBAS PREMATRIMONIALES OBLIGATORIAS

El análisis de VIH prematrimonial obligatorio se refiere al requerimiento de un análisis de VIH como condición para casarse. Las directrices internacionales sobre VIH/SIDA y derechos humanos (http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1252_int_guidelines_es.pdf) constatan que "está claro que las pruebas prematrimoniales obligatorias, o el requisito de "certificados de no padecer el SIDA" o ambos, como condiciones previas para otorgar legalmente certificados matrimoniales vulnera el derecho de las personas que viven con el VIH."

- Desde el inicio del nuevo siglo, un número creciente de comunidades cristianas y musulmanas han reforzado las pruebas prematrimoniales obligatorias.
- Los gobiernos también están adoptando los análisis prematrimoniales obligatorios de una manera creciente.
- No siempre se respeta la confidencialidad de los resultados de dichas pruebas prematrimoniales obligatorias.
- En muchas ocasiones, en el entorno de las pruebas prematrimoniales carece de servicios de asesoramiento.

- La experiencia con pruebas prematrimoniales indica que hay limitaciones a su efectividad en prevenir el contagio del VIH.

RIESGO POTENCIAL PARA MUJERES

- Las mujeres embarazadas que dan positivo en la prueba del VIH puede sufrir abusos o discriminación por sus parejas o por funcionarios/as de servicios de salud.
- Las pruebas prematrimoniales de VIH pueden también tener efectos negativos (en algunos países no se permite o no se recomienda la boda en caso de parejas discordantes).
- Hay pruebas de que estos riesgos disuaden a las mujeres de hacer público su estatus de portadora, impidiendo el acceso a tratamiento para mujeres y sus hijos (en un estudio en Africa Sub-sahariana, el 78% de las mujeres con VIH-positivo no habían dicho a sus parejas que lo eran, incluso 18 meses después).

LEY INTERNACIONAL

La legislación internacional sobre derechos humanos protege los derechos de las mujeres a su integridad física, incluyendo el tratamiento consensuado y el derecho a vivir sin violencia, bajo los derechos a la vida, la salud, la igualdad y la vida libre de trato cruel, inhumano y degradante. Un número de leyes y estatutos internacionales protegen los derechos de las mujeres en relación con las pruebas de VIH.

“Un análisis de las políticas de género de las tres instituciones que aportan la mayor parte de la financiación para el sida: el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, el Banco Mundial y el Plan de emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el alivio del SIDA (PEPFAR)”, ONUSIDA, julio 2008

Documento en inglés:

http://data.unaids.org/pub/Report/2008/20080715_sitan_aidsfinancingmechanisms_en.pdf

Las tres principales instituciones que financian la lucha contra el SIDA han reconocido recientemente la importancia del género y la necesidad de priorizar los temas de género, y cada una está buscando diferentes enfoques para definir y ampliar estrategias y programas de género. Los cambios potenciales en el horizonte son más evidentes para el Fondo Mundial que está dando los pasos para promover respuestas sensibles al género para el VIH en niñas, mujeres y minorías sexuales. El Banco Mundial, especialmente a través de su trabajo en Africa, está llevando a cabo esfuerzos para aumentar el perfil de género en varios planes nacionales de SIDA a través de la perspectiva de género, enfocándose en mujeres y niñas. PEPFAR, en muchos aspectos la institución que está más lejos de las tres en desarrollar estrategias de género, ha lanzado tres iniciativas nuevas centradas en género.

De todas formas, todavía queda por ver si alguna de estas instituciones demostrará el compromiso institucional de proveer a los países afectados por el SIDA de los necesarios recursos para abordar la dimensión de género de la epidemia del SIDA. Demasiado a menudo, las iniciativas de género en cada una de estas instituciones son impulsadas por personas específicas que llevan un compromiso personal a la agenda, pero su trabajo no es institucionalizado. Esto subraya la necesidad de establecer rendición de cuentas en los programas de VIH relacionados con el género, para asegurar una apropiada financiación, ejecución y monitoreo.

Resumen de orientación del informe sobre la epidemia mundial del SIDA, ONUSIDA, julio 2008.

Idioma: castellano.

http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1511_gr08_executivesummary_es.pdf

El Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008 aparece en el hito intermedio entre la Declaración de compromiso de 2001 y la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de invertir el curso de la epidemia para 2015. Asimismo, la publicación de este último informe tiene lugar tan sólo dos años antes de la fecha acordada para avanzar lo máximo posible hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. La coyuntura actual brinda una oportunidad para valorar la respuesta al VIH y comprender

qué se debe hacer para asegurar que los países prosigan el camino hacia la consecución de los compromisos contraídos sobre el VIH.

Archivo de la Conferencia Internacional de Reducción de Daños 2008

<http://www.ihra.net/Thailand/Barcelona2008#Presentations%E2%80%93Sunday11thMay>

En la web de la Conferencia Internacional de Reducción de Daños 2009 se está desarrollando una sección sobre los más recientes eventos, en la que se pueden descargar alrededor de 100 presentaciones de la Conferencia de 2008, celebrada en Barcelona. Aunque la web está en inglés, las presentaciones están en su idioma original.