



AÑO 7 No. 22 Mayo 2004

PUBLICACION DE CARACTER CIENTIFICO Y EDUCATIVO - ISSN 1657-0464 BOGOTA-COLOMBIA

**detectable**



# Siete años

Es grato poder presentarles de nuevo nuestra publicación INdetectable social que llega a su número 22 y a su año 7, durante un año estuvimos dedicados a producir INdetectable.org publicación cuyo objeto fue promover

nuestro sitio web [www.indetectable.org](http://www.indetectable.org) un sitio que cada día crece más y ofrece nuevos servicios.

La revista INdetectable Social fue creada hace 7 años cuando el panorama para las personas que vivimos con vih o sida (PVVS) se presentaba

esperanzador ante las nuevas terapias, aunque los programas de atención eran incipientes y pocas entidades prestaban servicios especializados; podríamos decir que el panorama ha cambiado “relativamente” en algunos aspectos: más entidades atienden PVVS, existe una legislación que nos permite defender nuestros derechos, las

PVVS están mejor organizadas en grupos, ONG, Redes y en una Coalición de líderes y su actuar esta ganando nuevos espacios y en este sentido es de destacar la labor de la Coalición que con sus acciones esta logrando el reconocimiento del invaluable aporte que hacemos las PVVS a la lucha contra la pandemia, La Coalición ha pasado de la resolución de las necesidades inmediatas de las PVVS al aporte en altas instancias en la toma de decisiones y a la incidencia política.

La situación frente a la pandemia, ha cambiado “relativamente” porque a pesar de haber conseguido la entrega de medicamentos -con acciones legales-, muchas entidades no los entregan oportunamente, especialmente la EPS Seguro Social, donde el incumplimiento en la entrega ha resultado en aumento de la mortalidad y en la creación de múltiples resistencias a los antirretrovirales (Que antes no se daban en el país) y a pesar de las denuncias elevadas a diversas instancias entre ellas a la

Superintendencia Nacional De Salud, pareciera que el proteccionismo del gobierno a esta EPS la convierte en “invulnerable” a las denuncias, pues no conocemos la primera acción sancionadora de la Superintendencia ante los hechos suficientemente documentados y demostrados ni jueces que sancionen por el incumplimiento a los descatos de tutelas. Mientras tanto otras EPS están siguiendo el ejemplo del Seguro Social y cuando las PVVS intentan cambiarse de EPS el Sistema coloca trabas al ejercicio de este derecho. Por otra parte aunque nuevas terapias se están usando en el mundo a Colombia aún no han llegado.

Se lanzo el proyecto aprobado a Colombia por el fondo global y los medios recogieron las declaraciones oficiales donde se mostró como un logro del gobierno en el tema sida, cuando esto no es así, es un logro del país, de diversos activistas, PVVS, ONG, organizaciones internacionales como ONUSIDA y algunas del gobierno y podríamos hablar mejor de “algunas” personas del gobierno comprometidas porque no es política de este gobierno ni de los pasados darle prioridad a la epidemia-, esto esta demostrado en los pocos recursos asignados al tema y la indiferencia frente a como se esta haciendo la atención y la prevención, ¿Se esta haciendo?.

Aunque Monseñor Trujillo siga afirmando que el condón no sirve colocando en riesgo la vida de miles de personas y su iglesia continúe con la política de negación y vulneración de los derechos orquestada por el vaticano, el mundo avanza, recientemente se ha logrado el reconocimiento de Naciones Unidas de los derechos sexuales como Derechos Humanos, los matrimonios gay se dan por miles y jercas de diversas iglesias se declaran homosexuales.

INdetectable social continuara año tras año brindando este espacio a la comunidad, a las organizaciones y personas comprometidas con el tema vih y sida, porque creemos firmemente que informar es empoderar a la comunidad.



Rafael Sandoval y Mauricio Sarmiento  
Directores

Directores:  
 Mauricio Sarmiento C  
 Rafael Sandoval A.  
 Editor:  
 Rafael Sandoval A.  
 Consejo Editorial  
 en web e impreso:  
 Dr. Armando Matiz,  
 Dr. Carlos Álvarez,  
 Elizabeth Torres,  
 German Rincón,  
 Hernando Muñoz,  
 Mark Padilla  
 Mauricio Sarmiento,  
 Dra. Nohra Joya,  
 Dra. Patricia Olaya,  
 Rafael Sandoval,  
 Dr. Ricardo García,  
 Luis Augusto Rivera  
 También Colaboraron  
 para ésta edición:  
 Carlos Alejandro Díaz  
 Pacho Piedad.  
 Dante Medina  
 Dr. Saúl Rugeles.  
 Dra. Ángela González  
 Dr. David Guerra.  
 Luis Augusto Rivera  
 Javier Leonardo Varón  
 Dr. Ricardo García Bernal  
 Coalición de LVVS de Colombia.  
 Artista Invitado: Antonio Arroyave  
 Fotografía: Patricia Rojas  
 Grupo de Farmacovigilangja  
 INVIMA:  
 Dr. Carlos Calderón  
 Dra. Erika Ardila  
 Dr. Carlos Arbeláez  
 Dr. Jaime de Jesús Escobar Orozco  
 Diseño y Diagramación:  
 TEMPO e&p  
 Prerensa Digital:  
 Fotolito Colombia  
 Impresión:  
 Panamericana  
 Formas e Impresos S.A.



Obra: Coronación  
 Técnica: Oleo  
 y pincel sobre lienzo  
 Autor: Antonio Arroyave

Los Directores Opinan	3	Siete años
Nuestras Defensas	5	Corte confirma derecho a Cambio de EPS
Panorama	8	Jóvenes y Derechos sexuales
Nutriacciones	10	En vih la nutrición es importante
Nos Vamos de Cóctel	12	¿Cuándo llegan...?
Actualidad	14	Respuesta al futuro Proyecto Madre - Hijo
Una Voz INdetectable	16	De convivir a vivir con vih
Consultas y Respuestas	18	Desde la web nos preguntan...
Acciones Positivas	19	Farmacovigilancia
Personaje IN	22	¿En que vamos? Proyecto Fondo Global
Acceso a Tratamientos	24	Tela Para Cortar...
Carga Cultural	25	Los poetas hablan de sida
Sida Sociales	26	Noticias

Todos los artículos firmados a título personal, las opiniones expresadas por los entrevistados, así como las características de los productos anunciados son responsabilidad de autores, entrevistados y fabricantes. Todos los artículos pueden ser reproducidos citando como fuente: "Revista INdetectable Social". Revista INdetectable Social no tiene ningún compromiso editorial, con las empresas que anuncian en ésta publicación.

Revista "INdetectable Social" es una publicación de carácter científico y educativo. Producida por La ONG Fundación en acción. Bogotá- Colombia  
[www.indetectable.org](http://www.indetectable.org)  
[indetectable@indetectable.org](mailto:indetectable@indetectable.org)  
 Nuevo Telefax: 571 3334686

OBRA PORTADA: Coronación  
 Técnica: Oleo y pincel sobre lienzo  
 Autor: Antonio Arroyave

INdetectable Social es miembro del Grupo Iberoamericano de Publicaciones sobre el vih: "GIPV" y es financiada principalmente por "Positive Acción".



Además recibimos el apoyo de: Abbott, GlaxoSmithKline, Bristol Myers Squibb, ONUSIDA, Roche y el Equipo Líderes en Acción

# Corte confirma derecho a cambio de EPS

Germán Humberto Rincón Perfetti

**E**l sistema de seguridad social en salud como servicio público tiene unas reglas o principios rectores como la equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

Con la libertad de escogencia de EPS o ARS, se pretende competencia entre ellas al igual que entre las IPS, de tal forma que los servicios mejoren. Las personas buscaran las mejores y así los dineros públicos del sistema serán manejados por las entidades más eficientes.

Este derecho fue reglamentado con el decreto 1485 de 1994 por el cual se regula la organización y funcionamiento de las entidades promotoras de salud y la protección a las personas usuarias del sistema.



Obra: Fumador pasivo  
Técnica: Oleo  
y pincel sobre lienzo  
Autor: Antonio Arroyave

Para las personas que viven con alguna enfermedad mal llamada catastrófica o ruinosa o mejor denominada de alto costo y de bajo impacto, se estableció el cambio luego de dos años de terminado el tratamiento, lo que constituye un

absurdo que favorece los intereses de las entidades que tengan más personas afiliadas sanas, ya que no tendrán “la carga” de recibir a quien les afecte el balance de pérdidas y ganancias y va en contra de las entidades que tienen más personas con enfermedades del alto costo como el ISS, en el cual estaba el 80% de personas con estas patologías. ¿Cuando

termina el tratamiento una persona diagnosticada con vih o cáncer? -Significaría dos años, luego de encontrarse en el cementerio-.

La misma norma estableció los dos años salvo mala prestación del servicio, por tal motivo, si existe una excepción. La experiencia en el manejo de casos nos ha demostrado como las EPS pasan por la norma, la citan textualmente, leen las palabras “salvo mala prestación” y niegan el cambio haciendo énfasis en los dos años únicamente. Es decir, solo ven lo que les conviene.

Este artículo fue demandado ante el Consejo de Estado, sin embargo, la Corporación la encontró ajustada a la Constitución por no ser discriminatoria, queriendo garantizar una prestación del servicio en forma adecuada y continua. Esta interpretación no se compadece con la realidad, ni con el sentido que aplican las entidades administradoras de servicios de salud, quienes la han visto como una excelente excusa para negar los traslados con cualquier tipo de argumentos que han adicionado, exigiendo por ejemplo que la Superintendencia de Salud se pronuncie sobre la mala prestación del servicio, algo que jamás fue exigido por ninguna reglamentación o que la persona presente pruebas del mal servicio cuando existe un principio de derecho por el cual los hechos notorios no requieren de prueba.

De acuerdo con las prácticas perversas que son la cotidianidad en el sistema de salud, una persona viviendo con vih se encontraba afiliada a la Caja Nacional de Previsión de la cual recibía los servicios de salud y pensión. Esta entidad tiene graves problemas, asunto que es de publico conocimiento y, ante la mala prestación

del servicio en el 2002, fue necesario presentar una acción de tutela para el suministro de medicamentos y llevar a cabo exámenes de laboratorio, razón por la cual actualmente hay demora en la prestación de los servicios, en la entrega de medicamentos y en las interconsultas, por estos motivos, la persona decidió cambiarse a Sanitas EPS.

Sanitas negó la afiliación afirmando que Cajanal debía continuar la prestación conforme el decreto 1485 por el cual solamente lo podrían recibir luego de dos años de terminado el tratamiento.

Inicialmente la persona acudió a la entidad encargada de vigilar el sistema, es decir, a la Superintendencia de Salud pidiendo se le reconociera su derecho al cambio. En respuesta la entidad le hizo saber que la movilidad esta debidamente reglamentada. Las entidades deben acatar la reglamentación, no siendo la Superintendencia un organismo de administración que pueda autorizar traslados ya que únicamente realiza vigilancia y control. El traslado le corresponde a las entidades que administran los recursos de la salud. Finalizaron su comunicación citando la sentencia del Consejo de Estado, por la cual se dejó vigente la reglamentación en la materia. La persona volvió a pedir la “valiosa intervención” de la Supersalud haciendo énfasis en sus funciones de vigilancia y control obteniendo otra respuesta con palabras diferentes diciendo lo mismo que la primera.

Al encontrarse la persona sin amparo legal y frente a la inacción del ente encargado de la vigilancia del sistema, decidió presentar una acción de tutela tramitada inicialmente en el Juzgado 76 Penal Municipal de Bogotá ante el cual Sanitas se amparó bajo el criterio de la Supersalud, es decir, era necesario esperar dos años luego de terminado el tratamiento o demostrar la mala prestación mediante procedimiento ante la Supersalud dentro del cual Cajanal explicara lo sucedido y establecer si hubo fallas en el servicio. Terminaron citando la sentencia del Consejo de Estado que ratificó el

decreto 1485 al cual se acogían siendo una norma de obligatorio cumplimiento y vigente. Sanitas considera que no viola derecho alguno con la negativa de afiliación debido a que el derecho a la movilidad no le ha causado deterioro a la calidad de salud y el bienestar gracias a la prestación de los servicios conforme los postulados de la ciencia en Cajanal en donde le vienen prestando servicios, por ello la tutela es improcedente.

El Juzgado 76 aceptó los planteamientos de Sanitas y negó la tutela considerando que la legislación vigente para los cambios de una entidad a otra no son violatorias de ningún derecho fundamental, además Sanitas no tiene relación de ninguna naturaleza con el demandante por no estar afiliado a ella. Los servicios deben seguir siendo prestados por Cajanal conforme se le ordenó en la tutela ganada por el accionante. Lo adecuado es tramitar la queja ante la Supersalud llevando las pruebas y fechas precisas de mala prestación del servicio.

Luego de ser enviada la tutela a la Corte Constitucional para su eventual revisión tomaron el caso para estudio, correspondiendo al magistrado Manuel José Cepeda presentar la ponencia a sus demás compañeros que integran la sala de decisión, quienes mediante sentencia T-010 de 1994 resolvieron definitivamente el caso haciendo jurisprudencia a favor de casos similares.

La Corte cito los principios constitucionales que garantizan los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener una calidad de vida conforme su dignidad humana, siendo el sistema de salud un servicio público con el cual se deben crear condiciones de acceso a todas las personas, quienes toman las decisiones importantes para su vida conforme los principios de autonomía, dignidad y libertad, encontrándose dentro de este resorte la libertad de elección de la entidad a la cual le confía la prestación de sus servicios de salud.

El derecho a la libertad de elección supone la prestación de los servicios de salud con calidad

La Corte cito los principios que garantizan los derechos de la persona y la comunidad para obtener una calidad de vida conforme su dignidad humana



Toda persona con una enfermedad de alto costo que sea atendida mal, puede decidir el cambio, sin requerir presentar pruebas de mal servicio, ni concepto de la Superintendencia de Salud.

y eficiencia basado en la libertad de competencia e incluye EPS e IPS conforme los planteamientos legales. La ley prevé el cambio pasados dos años de terminado el tratamiento con el fin de garantizar los altos costos y distribuir equitativamente las cargas dentro del sistema de salud, sin embargo, la excepción se encuentra cuando hay mala prestación del servicio ya que con ello se afecta el derecho a la salud de las personas.

Desde el momento en el cual la persona se obliga a presentar una acción de tutela, para garantizar sus tratamientos o procedimientos, se evidencia la mala prestación del servicio y al negar Sanitas la afiliación presento un trato discriminatorio por selección adversa. No es necesaria la exigencia de la nueva EPS de seguir presentando pruebas de mala prestación con fechas, situaciones y demás, así como tampoco la solicitud ante la Supersalud, ni la decisión de ésta.

Ahora le corresponde a Cajanal demostrar que sí, está atendiendo a la persona en forma permanente y oportuna.

La sentencia revoco la decisión del Juzgado de primera instancia y tutelo los derechos a la igualdad, la vida y la salud del accionante ordenando a Sanitas recibirlo en el termino de 48 horas, si él todavía lo desea.

El cambio de EPS significa un costo para el sistema, habiendo recibido Cajanal los aportes para prestar el servicio sin haberlo hecho adecuadamente y para no imponer una carga a Sanitas, - con la cual se premie a quien presta mal los servicios-, se ordeno a Cajanal pagarle a Sanitas durante un año los costos del tratamiento.



Obra: Con la cabeza llena de humo  
Técnica: Oleo y pincel sobre lienzo  
Autor: Antonio Arroyave

Se derrumban con esta decisión los fantasmas que exigen pruebas y documentos para fortalecer la tramitomanía, la cual constituye un obstáculo que evita el cambio de EPS siendo ésta una forma de selección adversa para una persona que vive con una enfermedad de alto costo e igualmente se evidencia la falta de coraje del organismo encargado de la vigilancia y control del sistema de salud; en buena hora la Corte sale a la defensa del más débil y maltratado, dejando claro el derecho a la movilidad dentro del sistema.

*\*Abogado defensor de los derechos humanos*

# Jóvenes y derechos sexuales

Luis Augusto Rivera Pulido

**C**ada cinco minutos hay una persona joven que se suicida, debido a los problemas emocionales y sociales relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva, incluidos el abuso físico, la violencia sexual, el embarazo no deseado, las ITS, el VIH y el sida<sup>1</sup>

Recientemente se ha discutido en foros internacionales el tema de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), haré referencia en este artículo a dos de éstos, por su importancia: Uno sucedido en Santiago de Chile al cual tuve la oportunidad de asistir y el otro el periodo de sesiones de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU realizado en Abril en Ginebra.

## Santiago de Chile: Youth Coalition, Redlac y CEPAL

En América Latina, El Caribe y en Colombia, - que no está ausente de la problemática-, nosotros los y las jóvenes, sufrimos el resultado de una sociedad que nos niega el disfrute y conocimiento de nuestra sexualidad.

En septiembre de 2004 se cumple una década de la histórica tercera conferencia Internacional de población y desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo, fue una de las mejores conferencias, allí se reconoció por parte de 180 países presentes, la importancia de incorporar al lenguaje de los Derechos Humanos, los temas de Desarrollo, Población y Sexualidad. Se han realizado reuniones internacionales regionales en pro de ratificar y evaluar el desarrollo por parte de los países ante la plataforma del Cairo, donde se incluye como tema de relevancia los DSR, Una de estas reuniones se realizó en Marzo en Santiago de Chile, allí se buscaba reafirmar o no, a través de una declaración el compromiso de los Estados con esta plataforma.

En el marco de dicha reunión por iniciativa de la Youth Coalition y la Redlac, (Organizaciones de jóvenes que trabajan en pro de los DSR). Fuimos seleccionados un equipo de 26 jóvenes activistas de América Latina y El Caribe, con el objetivo de recibir un taller y crear estrategias de incidencia política para ser implementadas

durante esta reunión para que las delegaciones reafirmaran su compromiso hecho en el Cairo.

Como gran logro de este evento, se llegó a un consenso en el que la región mediante una Declaración reafirmó su compromiso; y esto se consiguió a pesar de la oposición continua de USA, la iglesia católica, y corrientes fundamentalistas; la fuerza activa de nosotros los y las jóvenes en defensa de nuestra agenda, de nuestra libertad, en busca de un mundo mejor para las próximas generaciones aportó significativamente en este logro. Dentro de nuestra Declaración como jóvenes de la región nosotros-as denunciarnos que "...Mientras los Estados reconocían que todas las personas jóvenes teníamos derechos a la educación sexual, nosotras y nosotros aprendimos (Por que así nos enseñaron) que el sexo era un pecado..." Y esperamos que de ahora en adelante no se repita la misma situación.

## Ginebra, ONU: "Los Derechos Sexuales son Derechos Humanos".

Al finalizar el periodo de sesiones de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, se ha adoptado una resolución en la que claramente se estipula y se deja de una vez sentado el precedente y el principio de que los Derechos Sexuales (DS) son Derechos Humanos (DH),

"Una comprensión correcta de los derechos, conduce al reconocimiento de los derechos sexuales como derechos humanos" ONU

1. Ipas, jóvenes en riesgo 2002



Obra: Nuevos cielos y nueva tierra  
Técnica: Oleo y pincel sobre lienzo  
Autor: Antonio Arroyave

un tema ampliamente debatido en anteriores ocasiones y durante este periodo donde varias de las resoluciones presentadas tuvieron este tema en común; el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud física, Paul Hunt, en su informe de 2004 afirmó que: "Una comprensión correcta de los principios fundamentales de los DH, así como de las normas existentes en esta materia, conduce inevitablemente al reconocimiento de los DS como DH"; Y afirmó también que "... la sexualidad es una

característica que comparten todos los seres humanos. Es un aspecto fundamental de la dignidad del individuo y ayuda a definir a la persona". Ésta comisión de la ONU, actúa a partir de los resultados de investigaciones llevadas a cabo por expertos en DH y existe amplia documentación de vulneración de DH relacionados con la sexualidad en todos los rincones del mundo.

Sin embargo algunos países como Estados Unidos, Egipto, Pakistán y Arabia Saudita, utilizan la cuestión de la sexualidad como la razón para intentar negar a los individuos el disfrute completo de sus Derechos, y argumentaron que el Relator Especial se había excedido en su mandato al abordar estos temas; También algunos Estados pusieron objeciones a que la

Comisión confirmara la obligación de los Estados de proteger el derecho a la vida de las personas, incluidas las personas a quienes se da muerte por razón de su orientación sexual. La resolución sobre ejecuciones extrajudiciales, sumarias y arbitrarias no fue aprobada hasta haberse celebrado previamente una votación promovida por Pakistán en nombre de la Organización de la Conferencia Islámica, con resultado negativo que finalmente no alteró el párrafo en cuestión; Por otra parte, la resolución promovida por Canadá sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres se aprobó por unanimidad, aunque hubo de resistir a dos enmiendas presentadas por USA, que fueron rechazadas. El objetivo de estas enmiendas era moderar la redacción del apartado sobre los servicios médicos de SSR y eliminar el apartado en el que se pedía a los Estados que reconocieran que la violencia sexual, por ejemplo la violación, puede constituir un crimen de guerra o un crimen de lesa humanidad. Brasil propuso el año pasado que la inclinación sexual también se incluyese en la agenda de los DH sin embargo no fue aprobada por lo oposición de algunos Estados, este año Brasil aplazo la presentación de nuevo de esta propuesta al evidenciar de nuevo un ambiente de oposición de muchos Estados.

La ratificación de los acuerdos del Cairo y esta importante resolución de la ONU dejan aislados en su posición a Estados Unidos, algunos países islámicos, el Vaticano, la derecha evangélica, y otros sectores que se oponen al ejercicio pleno de los DH; Nosotros-as los jóvenes, las mujeres y las minorías sexuales seguiremos trabajando aún a pesar de la oposición de estos sectores para que se reconozca la importancia de los Derechos Sexuales y Reproductivos, cese la violencia contra la mujer, la discriminación y ejecución por la orientación sexual y el pleno ejercicio de nuestros derechos; ésta ha sido una importante victoria en dos Foros internacionales, sin embargo tendremos que pasar del discurso a los hechos.

\*Director área social, Fundación en Acción.

# En vih, la nutrición es importante

Saúl Rugeles. MD

aA

unque se han producido importantes adelantos en el tratamiento de la infección por vih, el compromiso del estado nutricional continúa siendo frecuente y produciendo efectos negativos sobre la salud de los pacientes. Es por lo tanto de gran importancia, conocer las causas del deterioro nutricional, sus consecuencias y las maneras de prevenirlo o tratarlo.

## ¿Por qué se desnutren los pacientes con vih?

El virus de inmunodeficiencia humana, infecta las células de la respuesta inmune del ser humano. Además de producir los efectos conocidos en las defensas del organismo, tiene también importantes efectos sobre el metabolismo. A través de la producción de sustancias por parte de los linfocitos infectados, se altera la manera como el individuo utiliza los nutrientes. Se produce una pérdida acelerada de la proteína corporal, la cual es directamente proporcional a la carga viral y a la presencia de infecciones intercurrentes cuando ellas ocurren.

Por otro lado, son frecuentes las alteraciones del tracto gastrointestinal. La superficie de absorción del intestino se ve afectada por el virus mismo y por las múltiples infecciones intercurrentes que se pueden presentar, entre las cuales están: hongos, citomegalovirus, tuberculosis, etc. Todos estos factores afectan la capacidad del intestino delgado para digerir y absorber los nutrientes contenidos en los alimentos. De esta manera, aunque la persona ingiera los alimentos, su intestino no es capaz de extraer los nutrientes y se crea una deficiencia nutricional.

Por último, la pérdida del apetito (anorexia) es un síntoma muy frecuente en todas las fases de la enfermedad; es muy común, que los pacientes afectados pasen semanas e incluso meses, ingiriendo cantidades insuficientes de alimentos y contribuyendo de esta manera a empeorar la desnutrición.

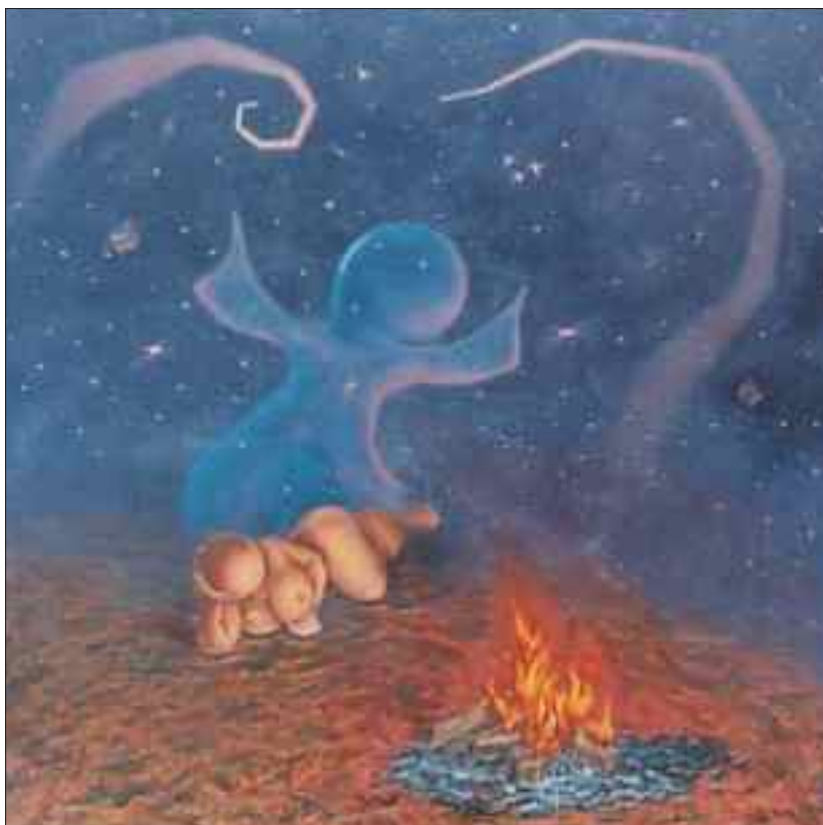
En resumen, la combinación de infección por vih, infecciones intercurrentes, alteración del tracto gastrointestinal y anorexia, llevan inevitablemente a una desnutrición progresiva.

## ¿Cuales son los efectos de la desnutrición?

En cualquier ser humano, la desnutrición está asociada con retardo del crecimiento y el desarrollo, alteraciones en el desarrollo de todos los órganos y sistemas del organismo, disminución de la respuesta inmune a la infección, retraso de la cicatrización y aumento de la posibilidad de complicaciones y de muerte en caso de enfermedad o trauma grave. En los pacientes infectados con vih, estos efectos son aún más importantes. Varios estudios demuestran que los pacientes desnutridos tienen mas rápida progresión de la enfermedad, pobre capacidad de respuesta ante infecciones oportunistas, pobre respuesta a los medicamentos, más complicaciones y un costo de la terapia mas elevado.

Es por lo tanto muy importante, mantener acciones permanentes para prevenir y tratar la desnutrición en los pacientes con vih y evitar estos efectos secundarios.

Los pacientes desnutridos tienen mas rápida progresión de la enfermedad, pobre respuesta a los medicamentos y más complicaciones



Obra: El espíritu de la danza  
Técnica: Oleo y pincel sobre lienzo  
Autor: Antonio Arroyave

## ¿Cuales son los principios de una adecuada intervención nutricional?

Todo paciente con vih debe tener una valoración nutricional periódica y la posibilidad de consulta con un-a nutricionista dietista, con el fin de obtener asesoría de alto nivel para el manejo de la dieta. En general, se recomienda ingerir una dieta balanceada, con la presencia de todos los nutrientes en proporciones correctas, utilizando como guía la nueva pirámide de la alimentación, recientemente divulgada por el CECNI.

El manejo higiénico de los alimentos es crucial, en busca de evitar contaminación de los mismos, con microorganismos que puedan producir infecciones oportunistas.

El ejercicio moderado, en sesiones de 30 a 45 minutos de duración tres veces por semana, es muy importante; con esta duración y frecuen-

cia, es posible estimular la producción de ciertas hormonas, como la hormona del crecimiento, que estimulan la conservación de la masa muscular, el sistema inmune y el mantenimiento de una composición corporal balanceada.

En muchos casos, es necesario utilizar suplementos nutricionales; los pacientes que más se benefician, son aquellos que han presentado pérdida de peso a pesar de una dieta balanceada, los que tienen desnutrición (Índice de masa corporal por debajo de 20), quienes tienen infecciones oportunistas u otras complicaciones de la enfermedad, los niños en crecimiento y las mujeres embarazadas. Al elegir un suplemento debe tenerse en cuenta que tenga registro de medicamento nutricional ante el INVIMA y que haya sido diseñado específicamente para cubrir las necesidades especiales que tienen los pacientes con vih. En especial, debe tener alta concentración de proteínas (18 a 20%) y baja concentración de grasas (menor al 18%), en busca de lograr los mejores resultados.

Por último, en los pacientes sometidos a tratamiento antirretroviral por largo plazo, es común encontrar alteraciones muy importantes de la grasa corporal y de los niveles de colesterol y triglicéridos en la sangre. Esta situación, llamada el "Síndrome de Lipodistrofia" o "Síndrome de Redistribución de Grasa", requiere de la asesoría permanente de un nutricionista dietista, pues es absolutamente necesario hacer modificaciones profundas en la dieta y en el consumo de grasas.

En resumen, el paciente con vih tiene un alto riesgo de desnutrición; esta condición afecta negativamente la evolución de la enfermedad y la calidad de vida. Una intervención nutricional adecuada y oportuna, puede prevenir o tratar el problema, mejorar significativamente la respuesta al tratamiento, disminuir las complicaciones y ofrecer una óptima calidad de vida.

\*Director CECNI: Centro Colombiano de Nutrición Integral

En muchos casos, es necesario utilizar suplementos nutricionales.

# ¿Cuándo llegan...?

Rafael Sandoval Arévalo

En los últimos años, nuevos medicamentos antirretrovirales (ARV) se han creado, aprobado y se están usando en el mundo y sin embargo aún no están en Colombia, a pesar de que ya se están presentando resistencias a los medicamentos que están disponibles y que los nuevos ofrecen alternativas terapéuticas, algunos reducción de dosis, de efectos secundarios, etc. ¿Hasta cuando tendremos que esperar? Es una pregunta para la industria farmacéutica, el gobierno y los activistas comunitarios.

## Como actúan los ARV

El virus VIH destruye las células de defensa de nuestro organismo; para contrarrestar este efecto se han creado los antirretrovirales (ARV), que han demostrado gran efectividad en detener al VIH en las cuatro etapas que este tiene para replicarse que son: Fusión, transcripción, integración y “maduración”. Este proceso se da así: El virus se une a la célula (Fusión); ingresa su información genética o ARN y lo convierte en DNA viral (Transcripción); este ADN viral se integra al ADN de la célula, (integración) finalmente el VIH aprovecha el momento de la división de la célula para “crear” mensajeros de RNA viral cada uno de los cuales formarán nuevos virus con la ayuda de la enzima proteasa que completa el proceso ayudando a crear virus maduros.

Para evitar que este ciclo de replicación ocurra en forma completa, se han creado varios medicamentos ARV que bloquean estos momentos de replicación, de esta forma existen los medicamentos inhibidores de la fusión, inhibidores de la transcriptasa, inhibidores de la integrasa (en estudio) e inhibidores de la proteasa. Por ello es necesario combinar los medicamentos, para que “acorralen” al virus en cualquier momento de la replicación; esta estrategia de combinación se conoció como cóctel y ahora se denomina técnicamente TARGA (Terapia antirretroviral de gran actividad).

Los ARV lo que consiguen es disminuir la carga viral o cantidad del virus- presente en el

organismo, permitiendo que el conteo de CD4 -o cantidad de células- de defensa aumenten y por lo tanto nuestra calidad de vida mejore.

## Cuales tenemos

Existen 25 medicamentos ARV (incluyendo las combinaciones), de los cuales hay 22 aprobados por la FDA, en Colombia solo hay 18 disponibles, de los cuales 15 son los más usados y 3 prácticamente están retirados del mercado (la antigua presentación de Saquinavir, Zalcitabina o DDC y Rescriptor®).

Los 15 que realmente están disponibles en Colombia son: como inhibidores de la transcriptasa hay nueve: AZT, 3TC, Videx® (DDI), Zerit® (D4T), Ziagen®, Efavirenz, Nevirapina, Combivir® (Unión de AZT+3TC), Trizivir® (Unión de AZT+3TC+Ziagen®). Como inhibidores de la proteasa hay seis: Nelfinavir, Kaletra®, Norvir®, Agenerase®, Fortovase®, e Indinavir

## Cuales no tenemos

Hay siete medicamentos ARV que no tenemos en Colombia, estos son: Como inhibidores de la transcriptasa: Viread®; Emtriva® y Capravirine. Como inhibidores de la proteasa: Reyataz®, Lexiva® y Tipranavir. Y como inhibidor de la Fusión. Fuzeon®; De estos 7, 5 han sido aprobados y se están usando hace algunos años -En Colombia aún no están disponibles-, me referiré a continuación a ellos describiendo sus características básicas por considerarlos opciones necesarias.



Obra: El Doctor  
Técnica: Oleo y pincel sobre lienzo  
Autor: Antonio Arroyave

Los dos que aún no han sido aprobados son Tipranavir (Inhibidor de Proteasa) y Capravirine (Inhibidor de la transcriptasa no nucleósido).

## Cuales esperamos...

### Viread®

Inhibidor de la transcriptasa nucleósido; su compuesto es tenofovir disoproxil fumarate (TDF); Laboratorio: Gilead Sciences, Inc. Su dosis es una tableta al día de 300 mg y no tiene restricciones con las comidas. Como ventajas tiene que es una dosis al día, que no es procesada por el hígado y ayudaría a quienes tienen problemas con el hígado al no ser tóxica allí. Como es excretada por los riñones quienes tienen problemas renales deben ser monitoreados; Viread® También tiene actividad en contra de la hepatitis B. y sirve para quienes tengan resistencia a otros inhibidores de transcriptasa.

### Emtriva®

Inhibidor de la transcriptasa; compuesto: emtricitabine (FTC); Laboratorio: Gilead Sciences, Inc. Su dosis es una tableta al día de 200 mg y no tiene restricciones con las comidas. Es un medicamento prácticamente idéntico a Eпивir® (3TC), sin embargo su diferencia es permanecer más tiempo en sangre. Como ventajas es una dosis al día y tiene actividad en contra de la hepatitis B. Gilead piensa unirlo a Viread® en un solo medicamento con dosis única al día y tenerlo disponible en el 2005.

### Reyataz®

Inhibidor de la proteasa, su compuesto es atazanavir; Laboratorio Bristol-Myers Squibb; La dosis estándar es dos cápsulas de 200 mg una vez al día con comida. De los inhibidores de proteasa este tiene muy buenas ventajas y hay tres que son especialmente únicas y significativas: Es el único inhibidor de proteasa de dosis única diaria lo que favorecerá la adherencia; Es el único inhibidor de proteasa que ha demostrado no alterar los niveles de colesterol ni de triglicéridos que es un problema muy común con las terapias antirretrovirales y pueden llevar a enfermedades del corazón, incluso tampoco aumenta los niveles de glucosa (que también ocurre con otros ARV); Y finalmente no presenta resistencias cruzadas con los otros inhibidores de proteasa lo que lo convierte en una buena opción en cualquier momento de la terapia. En algunos casos con pacientes experimentados quizás sea necesario combinarlo con Norvir® y ajustar su dosis aunque se mantiene la dosis única diaria.

### Lexiva®

Inhibidor de proteasa, compuesto: Fosamprenavir sulfate; Dosis: 2 tabletas de 700 mg dos veces al día sin restricciones con las comidas; Laboratorio GlaxoSmithKline. Es la reformulación del existente Agenerase® con la ventaja que esta nueva presentación reduce la toma de pastillas y los efectos secundarios, Lexiva® es una pro-droga de Agenerase® es decir que al tomarla el organismo la convierte en Agenerase®.

### Fuzeon®

Es el primer inhibidor de la fusión existente; compuesto: enfuvirtide o T-20; Dosis: una inyección de 90 mg dos veces al día en brazo, cadera o abdomen; sin restricciones con comidas; Laboratorio: Roche y Trimeris. Es una opción para pacientes en terapias de salvamento, presenta dos inconvenientes: su costo 20 a 25 mil dólares al año y su forma de administración puede causar reacciones en el sitio de aplicación. Se están desarrollando inhibidores de la Fusión con posibilidades de tomas orales.

Reyataz® se convierte en la mejor opción entre los nuevos medicamentos

# Respuesta al futuro: Proyecto madre-hij@

Ricardo García Bernal

A

lrededor de 14 millones de mujeres en edad reproductiva viven actualmente con la infección por vih o con sida, lo cual corresponde al 48% de los casos reportados globalmente. Aunque Los países del África Subsahariana son los más afectados, el riesgo de infección para las mujeres que viven en Asia y América Latina está aumentando a medida que la epidemia se sigue “feminizando” en estas regiones. En Colombia, donde el predominio de los casos reportados anualmente a nivel nacional se está moviendo gradualmente de los hombres hacia las mujeres, se estima que el número de personas viviendo con la infección estaría entre 200.000 y 220.000 y más del 20% de estas infecciones corresponderían a mujeres en edad reproductiva.

El primer caso de transmisión madre-hijo en Colombia se informó en 1987. Desde entonces y hasta diciembre de 2003, se habían registrado 1.266 casos de infección pediátrica, con un aumento sostenido desde 1995. El aumento observado en el número de mujeres infectadas, particularmente las mujeres con compañeros sexuales estables, permite predecir un aumento en la transmisión vertical del vih. Si la prevalencia nacional de infección en población general (15-49 años) es de 0.4% como se estima actualmente, estarían infectadas con vih cerca de 52.000 mujeres en edad fértil, y si la posibilidad de transmisión madre-hijo es del 35 al 40%, se tendrían cerca de 2.000 nuevas infecciones neonatales anuales.

Las actividades de atención y control prenatal a nivel regional y local en la mayoría de los departamentos siguen las guías del programa nacional implantado desde los inicios de los años ochenta. La cobertura estimada de los servicios de atención y control prenatal es de 89% en áreas urbanas y de 71% en áreas

rurales. Aunque la responsabilidad de estas acciones se comparte con las entidades aseguradoras de salud, el sector público mantiene estos programas enfocados al segmento de la población más pobre.

El Proyecto Nacional para la Reducción de la Transmisión Madre-Hijo, coordinado por una alianza interinstitucional conformada por ONUSIDA, el Instituto Nacional de Salud y la Federación Nacional de Cooperativas de Hospitales Redsalud, se gestó a partir de la experiencia previa de siete iniciativas regionales apoyadas por ONUSIDA desde 1999. Con base en estos proyectos regionales, se presentó ante la Comisión Europea una propuesta de cobertura nacional y se obtuvo una cooperación financiera de 1.800.000 euros. En abril de 2003 se iniciaron las actividades a nivel nacional. Los recursos del proyecto están orientados a la atención de las mujeres de los estratos socio-económicos de mayor vulnerabilidad.

El propósito principal del proyecto es implementar un programa nacional de reducción de la transmisión vertical del vih, basado en una intervención integrada a todos los programas de atención y control prenatal y perinatal existentes en el país. Los objetivos específicos incluyen promover el reconocimiento y la conciencia entre las mujeres colombianas de la importancia de practicarse la prueba diagnóstica para vih; ofrecer las pruebas diagnósticas en forma gratuita y oportuna, como parte de la atención prenatal; proveer atención integral a las mujeres embarazadas infectadas, incluyendo tratamiento antirretroviral; brindar apoyo psicosocial a las mujeres embarazadas infectadas y a sus familias; promover y obtener que las entidades aseguradoras del Sistema General de

El objetivo es implementar un programa de reducción de la transmisión madre hij@ basado en una intervención integrada a todos los programas de atención y control prenatal y perinatal



Obra: *Luna de mil noches*  
Técnica: Oleo y pincel sobre lienzo  
Autor: Antonio Arroyave

La sostenibilidad una vez concluida la cooperación externa, dependerá del compromiso de las diversas instituciones

Seguridad Social en Salud (SGSSS) se involucren y comprometan con el proyecto; y promover y apoyar la implementación de una política específica de salud pública dirigida a mantener en el nivel mínimo el riesgo de la transmisión madre hijo del vih en el país.

Entre las actividades llevadas a cabo por el equipo coordinador del proyecto a nivel nacional se incluyen la concertación y coordinación con los autoridades de salud pública regionales; el diseño, producción y pauta de la campaña de mercadeo social "A tu hijo transmítele solo amor", basada en dos comerciales de TV, cuñas radiales, afiches y folletos informativos; la capacitación de los equipos regionales en consejería pre y post prueba, en manejo clínico de la infección y en técnicas y modelos de intervención para la provisión de apoyo psicosocial a las mujeres infectadas con vih y a sus familiares. Los equipos regionales responsables de la ejecución del proyecto han replicado los procesos de capacitación en los niveles locales y coordinan las acciones de consejería, oferta y realización de las pruebas con consentimiento informado, recolección y procesamiento de las muestras de sangre, notificación y entrega de los resultados, manejo clínico de las gestantes infectadas y de sus neonatos, apoyo psicológico a las mujeres infectadas y a sus familias y consejería sobre nutrición infantil y planificación familiar, incluyendo el suministro de fórmula láctea de reemplazo. Recientemente, gracias a la cooperación técnica y financiera ofrecida por UNICEF, se iniciaron actividades de seguimiento permanente de cada una de las gestantes diagnosticadas y de sus hijo(a)s. Asimismo, el equipo nacional y los equipos regionales realizan acciones de abogacía para la afiliación

al SGSSS de las madres infectadas y de sus neonatos; sin embargo, existen aún dificultades para la afiliación de las madres, considerada como "selección adversa" por parte de algunas entidades aseguradoras.

Hasta la fecha, cerca de 69.000 mujeres embarazadas se han practicado la prueba de ELISA y a 162 (0.22%) de ellas se les ha diagnosticado la infección por vih. Los cinco departamentos con mayor número de pruebas practicadas son Valle del Cauca, Antioquia, Atlántico, Risaralda y Norte de Santander, los cuales aportan el 47% del total de pruebas practicadas. Los mayores porcentajes de seropositividad se han registrado en Sucre (0.7%), Santander (0.6%), Bolívar y Guajira (0.5%) y Quindío (0.4%), información coherente con el predominio de la transmisión por contacto heterosexual evidenciado desde comienzos de los años noventa en la Costa Atlántica y en los Santanderes. El 59% de las mujeres diagnosticadas están entre los 20 y 30 años de edad y el 19 % entre los 15 y 19 años.

La ejecución del proyecto con los recursos financieros donados por la Unión Europea continuará hasta diciembre del 2005. La sostenibilidad del proyecto una vez concluida la cooperación externa, dependerá de la visión y del compromiso de las instituciones de salud pública y de las entidades aseguradoras del SGSSS. La continuidad de esta iniciativa como política de salud pública se debe constituir en elemento fundamental de la respuesta nacional a la epidemia, si se espera mantener la prevalencia de infección por debajo del 1% en el largo plazo. La reducción de la transmisión madre-hijo no sólo es una intervención eficaz para disminuir la incidencia de infecciones en los recién nacidos, sino para promover cambios actitudinales y comportamentales de las mujeres en sus propias relaciones sexuales.

\*Asesor Nacional de Onusida, Comité Directivo Proyecto Madre-Hij@  
E-mail: [mtctproj@cablenet.co](mailto:mtctproj@cablenet.co),  
[rigarcia@unicef.org](mailto:rigarcia@unicef.org)

W

# De convivir, a vivir con vih...

Carlos Alejandro Díaz

ivir con vih o sida no es una maravilla, como en ocasiones quieren mostrar algunas personas a través de sus testimonios de vidas, siempre es difícil, ya que uno tiene que enfrentarse a obstáculos sociales y culturales, al estigma, vulneración de nuestros derechos, temor al

personal, eso es lo que quiero narrarles hoy, simplemente una vida como tantas otras.

Soy cubano; en 1988 a los 19 años de edad, cuando cursaba tercer año de Licenciatura en Bioquímica, me vincule con un grupo de estudiantes de la Federación Estudiantil Universitaria de la facultad de biología de la Universidad de la Habana al grupo de estudios sobre Inmunología y Virología del vih y el sida, grupo al que estuve unido hasta 1992, con el fin de ofrecer procesos educativos e impulsar investigaciones sobre el tema, en esa época estaba lejos de imaginar que diez años más tarde recibiría un diagnóstico positivo de vih, -el tener información no es suficiente para prevenir la infección-, eso lo se yo muy bien; mi historia no es igual a la de muchos líderes que viven con el virus, ellos, en su gran mayoría comenzaron a trabajar por la causa comunitaria, después de tener un diagnóstico positivo, mi historia con el sida empezó antes, en 1988, cuando inicié a impartir clases prácticas y laboratorios de inmunología en la carrera de Bioquímica.



Carlos Alejandro Díaz

rechazo de la persona que te atrae si ésta se entera, rechazo o temores de la familia, aún si están informados. Sin embargo, si te obliga a replantearte la vida desde otra mirada, en mi caso me obligo a analizar mi sexualidad, a explorar otras facetas de mi vida, me enseñó a valorar más la vida, me impulsó a vivir cada minuto de la vida intensamente, a amar cada rincón geográfico que he logrado conocer y cada aspecto de la naturaleza, a respetar a los que no piensan igual que yo, a ser un apasionado quijote de las causas sociales y comunitarias, pero eso lo logre luego de un ir y venir de sinsabores amargos, de esperanzas perdidas y luego retomadas en el camino al crecimiento

De 1988 a 1992 estuve muy ligado a procesos preventivos del vih en la universidad; al graduarme como Bioquímico, decidí trabajar en una escuela de hotelería y turismo como profesor en mi área profesional, allí y en 1996, presente un proyecto sobre educación sexual y prevención del vih y el sida, que desarrolle hasta 1998. Paralelamente, mi vida sexual se iba desarrollando, en 1989 tuve mi primera relación sexual con un hombre, un colega de carrera que me acompañaría como novio hasta que abandonó el país en 1993, para esa época le conté a mi familia acerca de mi orientación sexual encontrando su apoyo.

■ Mi sueño es que  
todas las PVVS  
luchemos por un  
mundo mejor



Obra: Con la cabeza llena de humo  
Técnica: Mixta  
Autor: Antonio Arroyave

Durante varios años (1993-1996), viví una vida demasiado agitada, comencé a visitar fiestas gays clandestinas, lugares de encuentros como la playa Mi Cayito y las costas de La Habana del este, un sitio obligado de encuentro gay donde la premura de no ser vistos por la policía habanera te hace tener relaciones sexuales a prisa y donde el ambiente de la clandestinidad te va elevando la libido, impulsándote a tener más de una relación sexual en un mismo día, un mundo para mi desconocido hasta ese entonces, que me atrapo ferozmente incitándome a visitarlo con frecuencia y a conocer e intimar con un sinfín de hombres jóvenes.

Como parte de una rutina laboral me realizaba los exámenes para vih cada tres meses entre los años 1996 y 1998, para esa fecha ya llevaba un año y nueve meses de relación de pareja con un muchacho llamado Efraín, alguien que ame desde los primeros días y que me hizo volver a la estabilidad sexual, en plena armonía de ésta relación de pareja, en 1998, recibí la noticia inesperada de que vivía con vih, sentí una angustia desesperante, entrando en un grave conflicto interior, ¿Como era posible que yo que había realizado procesos educativos para que no se infectaran las personas, estuviera infectado?, ¿Por qué justo en ese momento que tenía pareja estable resultaba positivo?, ¿Tendría que vivir mis días de persona positiva para vih, encerrado como tantos otros cubanos en un sanatorio? (lugar donde habitaban las personas con sida en Cuba). Mi reacción emocional fue la habitual, llore, me angustie, renegué, culpe, me reproche, estuve dos semanas en cama sin querer hablar con nadie, hasta que decidí contarle a mis hermanas ellas se angustiaron al principio, pero con el tiempo se calmaron y me ayudaron a que se lo comunicara a mis familiares, desde ese día mi familia siempre fue una gran ayuda.

Las semanas vividas al borde de un abismo, sufriendo la agonía del diagnostico, dieron paso a una reflexión sobre los proyectos de vida que debía emprender, mi rol paso de convivir con vih a vivir con vih y en este nuevo rol, desarrolle muchas actividades y proyectos en Cuba, ocupando gracias a mi empeño y liderazgo cargos directivos en múltiples instituciones, grupos, etc.; me apoyaron y apoye, y gracias a mi labor profesional no tuve que vivir los espantosos momentos por los que tiene que pasar una persona con un diagnostico para vih en los sanatorios de mi país.

En el 2001, Lideres en Acción y la Revista INdetectable, me invitaron a Colombia, país que me atrapo, a los meses de estar acá supe que había llegado para quedarme; he estado vinculado desde mi llegada a procesos de información, educación, comunicación, investigaciones socioculturales, procesos de fortalecimiento y desarrollo organizacional de Personas viviendo con vih o sida (PVVS), a través de la Fundación Darse, Corporación Amigos de Lucha Contra el Sida del Tolima, Proyecto Girasol, Recolvih, y la Liga Colombiana de Lucha contra el Sida, donde en la actualidad soy el Coordinador de Proyectos e Investigaciones. En Colombia ha sido muy grato trabajar en el tema y he encontrado una nueva escuela, pero también he vivido muchas dificultades ya que es un panorama distinto, acá siento que hay que lograr una mayor cohesión de los procesos preventivos y de atención de la epidemia de las ONG que se dedican a ello y que hay que continuar por un liderazgo positivo de las PVVS.

Han sido siete años trabajando en el tema sin tener vih y seis años trabajando como PVVS; Ahora, mi sueño es que todas las PVVS luchemos por un mundo mejor, más justo, más equitativo, de respeto, un mundo donde un día no exista la epidemia.

*Coordinador de Proyectos e Investigaciones, LCLCS*

¿Como era posible que yo que había realizado procesos educativos para que no se infectaran las personas, estuviera infectado?

# Desde la web nos preguntan...



indetectable@indetectable.org

## Homosexualidad

*Quisiera saber si la homosexualidad es curable con pastillas o a través de terapias, no tengo vih a Dios gracias; me gustan las mujeres pero empiezo a sentir en mi comportamiento conductas que se asemejan a la de un homosexual y quisiera saber si se pudiera cambiar esa actitud porque no deseo ser homosexual, aunque cuando era más joven acostumbraba a ponerme ropa de mujeres sin que nadie me viera en mi habitación, pero desde el fondo de mi corazón me arrepiento y estoy dispuesto a cambiar ya sea tomando medicamentos que aumenten la testosterona del varón o por medio de terapias ./ Responde. Dra. Nohra Joya. Psicóloga especialista en psicología clínica*

La homosexualidad no es una enfermedad, es una orientación sexual válida como cualquier otra; en ese sentido no se cura, pues no se está enfermo. Las personas homosexuales pueden llevar un proyecto de vida válido y significativo, si así lo desean. Lo mejor es acudir a un servicio de psicología y consultar sobre sus inquietudes, esto facilitará una toma de decisión sobre su orientación.

## Abuso sexual y profilaxis ARV

*¿Como se hace la profilaxis para exposición no ocupacional de vih?; ¿En medicina legal a las víctimas de abuso sexual se la hacen?, ¿Si es así quien da los medicamentos? / Responde: Dr. Carlos Álvarez MD. DTMH*

La profilaxis para exposición, se maneja igual que una profilaxis postexposición ocupacional, lo más importante a evaluar es el tipo de riesgo y de acuerdo a su clasificación: alto, mediano y bajo riesgo, se debe iniciar terapia antirretroviral (ARV). En el caso de relaciones sexuales hay conductas que son de mayor riesgo, Ej. Relaciones anales, traumáticas, etc. con personas con vih y que no estén recibiendo terapia ARV que requerirían iniciar con tres medicamentos ARV por un mes; mientras que otras conductas de menor riesgo con personas viviendo con vih con terapia ARV e indetectables probablemente no ameritarían el inicio de profilaxis o no con tres ARV. Cada caso se debe individualizar; Por otra parte en algunas ocasiones me han llamado de servicios de urgencias por pacientes sometidos a abuso sexual y tanto en urgencias como los que han ido a medicina legal no reciben una profilaxis adecuada; es necesario hacer una capacitación a dicho nivel. Finalmente quienes entregan medicamentos son las EPS o ARS.

## La masturbación es normal

*Hace tres años y medio que estoy en pareja, un año convivimos, nos separamos dos meses, él me busco y ahora estamos juntos, Mi motivo de separarme fue enterarme que él se había masturbado, la primer vez me puse muy mal, él me dio la explicación de que es normal en todos los hombres, pero para mí fue algo muy raro y mas viviendo con él y siendo nuestras relaciones placenteras; la segunda vez que me enteré estuve peor y decidí distanciarme, me daba repugnancia; quiero saber más sobre este tema en los hombres casados si es normal, ya que fui a una psicóloga y no me dio una buena respuesta. / Responde. Dra. Nohra Joya. Psicóloga especialista en psicología clínica*

La masturbación es una conducta normal como práctica usual, siempre que exista común acuerdo entre la pareja, su realización puede ser individual o

mutua. Lo bueno o malo lo asignan las personas. En este sentido me parece recomendable que establezca un dialogo abierto y sincero con su pareja, que permita mirar las expectativas de ambos, necesidades y logre llegar a acuerdos para llevar una vida gratificante, que permita crecer como personas y pareja. No necesariamente el practicar la masturbación quiere decir que no hay satisfacción con la pareja. Se debe buscar asesoría individual y de pareja. Hay prejuicios que se deben trabajar.

En ésta sección nuestro equipo de expertos-as, dará respuesta a tus inquietudes, escríbenos a: [indetectable@indetectable.org](mailto:indetectable@indetectable.org) o consulta nuestra Web: [www.indetectable.org](http://www.indetectable.org)

# Farmacovigilancia

Quiénes vivimos con VIH o SIDA hemos tenido que pasar por diversas fases en la adaptación de nuestra condición de salud y manejo de la misma, fases en las cuales hemos pasado de ser “pacientes” a ser sujetos activos en las decisiones que conciernen con nuestra salud y en ese sentido hemos tenido que ser un poco psicólogos-as, médicos-as, abogados-as y en los últimos tiempos tendremos que recibir una nueva especialidad. “Químicos farmacéutas” ante la incertidumbre de la calidad de algunos de los medicamentos que estamos recibiendo; por ello conocer de farmacovigilancia se hace necesario en pro de nuestra calidad de vida. En el presente artículo presentamos tres voces que nos ilustran frente al tema: del INVIMA, la voz médica y la voz de un activista comunitario especializado en el tema; agradecemos a ellos-as por su colaboración.

## 1. Grupo Farmacovigilancia INVIMA

### Farmacovigilancia

Tomando la definición de la OMS, la Farmacovigilancia es “la ciencia y actividades relacionadas con la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos, o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos.”

### Como se hace

Los métodos utilizados en Farmacovigilancia se clasifican en dos grupos, aquellos dirigidos a generar hipótesis, y otros dirigidos a confirmarlas. Dentro de los primeros el más utilizado es el Reporte Espontáneo de Eventos Adversos a Medicamentos. Otro método consiste en el monitoreo de eventos ligados a la prescripción. Los métodos confirmadores comprenden estudios clínicos que a su vez se subdividen en estudios de casos y controles, estudios de cohortes y ensayos controlados aleatorizados.

### Reglamentación

Según la Ley 9 de 1979 la información utilizada en Farmacovigilancia se clasifica

como información epidemiológica, es confidencial y se deberá utilizar únicamente con fines sanitarios. Solo el INVIMA o el Ministerio de Protección Social podrán divulgar esta información. La Ley 100 de 1993, y el Decreto 1290 de 1994, crean el INVIMA y establecen que debe ser éste el ente ejecutor de las políticas en materia de Farmacovigilancia.

### Importancia

A partir de la farmacovigilancia se tiene un impacto fundamental en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad a través de:

La mejoría en el cuidado y seguridad de los pacientes en relación al uso de medicamentos; El apoyo a los programas de salud pública en relación a la seguridad y el uso de los medicamentos; La valoración del beneficio, daño, efectividad, y riesgo de los medicamentos, teniendo en cuenta su seguridad y su uso racional y más efectivo; La promoción del entendimiento, la educación y el entrenamiento en Farmacovigilancia al personal de salud y a la comunidad.

### Calidad de medicamentos

En ocasiones un problema de calidad puede generar un evento adverso a medicamento en un usuario del mismo, por lo que, muchas veces, a partir de los reportes, se pueden detectar este tipo de problemas; todo problema relacionado con medicamentos, hace parte de la Farmacovigilancia.

Es importante recordar que así como no existen medicamentos 100% seguros, puesto que todos

Obra: A espaldas de la guerra  
Técnica: Oleo y pincel sobre lienzo  
Autor: Antonio Arroyave



son capaces de generar reacciones adversas; no existen medicamentos 100% efectivos para el tratamiento de una patología en particular. Por lo tanto, siempre existe un porcentaje de pacientes que por alguna razón (diferencias farmacogenéticas, mecanismos fisiopatológicos diferentes) pueden no responder a un medicamento. Por otra parte, muchas veces se presenta inefectividad terapéutica porque los pacientes utilizan medicamentos mal seleccionados, cuando se desconoce por ejemplo la existencia de una interacción farmacológica, o cuando la dosis o duración del tratamiento no es suficiente para alcanzar el objetivo terapéutico. Por lo tanto, los casos de inefectividad terapéutica deben valorarse cuidadosamente, sin perder de vista que existen muchos problemas diferentes a los de calidad, que deben descartarse, antes de pensar en una deficiencia en los procesos de elaboración de los medicamentos.

### Aportando todos

El principal aporte de la comunidad consiste en reportar todos los problemas que se presenten con los medicamentos; y usarlos racionalmente es decir, no consumir medicamentos de venta libre en forma indiscriminada, no realizar autoprescripción, leer y seguir las indicaciones de cada medicamento y buscar asistencia médica

El sector médico debe comprometerse a detectar, manejar y reportar los eventos adversos y los problemas relacionados con medicamentos, estas situaciones incluyen los fallos terapéuticos, tratando siempre de hacer que la farmacoterapia de cada paciente individual se lleve a cabo de forma óptima. Todos tenemos la obligación según la Ley 9 de 1979, de reportar este tipo de información al INVIMA.

Como sector estatal somos los receptores de toda la información relacionada con seguridad de medicamentos y estamos en la obligación de velar porque los medicamentos sean más seguros y sean utilizados de la mejor manera posible.

### A quienes viven con vih

El tratamiento de los pacientes con vih o sida, incluye el uso de gran cantidad de medicamentos, que en muchas ocasiones, pueden generar eventos (reacciones) adversas. La información obtenida sobre problemas relacionados con medicamentos en este grupo de pacientes contribuye a mejorar el conocimiento sobre seguridad y uso adecuado de los mismos, reduciendo así la incidencia de este tipo de problemas.

Más información sobre el tema, boletines de Farmacovigilancia y formato para reporte de eventos adversos se pueden encontrar en: [www.invima.gov.co](http://www.invima.gov.co) escribiendo al e-mail: [invimafv@invima.gov.co](mailto:invimafv@invima.gov.co) o llamando en Bogotá al Tel. 2948700 Ext. 3917- INVIMA - Grupo de Farmacovigilancia

## 2. Dr. David Guerra: Farmacovigilancia y salud pública

La Farmacovigilancia corresponde a la cuarta fase de investigación clínica de un medicamento. Para llegar a esta, han pasado tres fases en las cuales se evalúa la Eficacia y la Seguridad individual y comparativa en relación a sus antecesoros farmacéuticos, pero en un grupo limitado y controlado de pacientes, en los cuales no están incluidos los niños, ni las mujeres gestantes, como tampoco los ancianos. Una vez otorgado el registro sanitario el producto es sometido al criterio médico para ser utilizado en toda la población objeto de su acción terapéutica. Es aquí donde entra en juego la Farmacovigilancia como herramienta de monitorización o seguimiento de la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos.

Gracias a los procesos de la Farmacovigilancia se pueden evitar los costos en términos de salud pública, como la incidencia en la morbimortalidad y se podrá tener información para los consumidores, médicos y reguladores sobre el uso efectivo de estos fármacos. Se requiere que el INVIMA y las Direcciones Seccionales de Salud sean más proactivas en este tema; Y

El sector médico debe comprometerse a detectar, manejar y reportar los eventos adversos y los problemas relacionados con medicamentos



todos debemos estar preparados en dar respuesta a un programa de Farmacovigilancia. Las presiones sociales, políticas y judiciales debidas a la ausencia de la farmacovigilancia pueden ser devastadoras para todos los implicados: la industria farmacéutica pierde credibilidad en sus productos cuando no es capaz de responder a las quejas que cuestionan la calidad, ya que esto llevaría al retiro del registro sanitario; en el caso de los sectores médicos se pondría en duda su idoneidad en el manejo de los medicamentos, Y para la salud pública de todos los colombianos, la Farmacovigilancia es necesaria para detectar, cuantificar e intervenir las fallas terapéuticas y las reacciones adversas de los medicamentos para saber cual es el impacto en términos de expectativa de vida y de calidad de vida que implica su uso. Hasta ahora no lo sabemos, y podríamos estar hablando de una mortalidad debida al mal uso de medicamentos y/o derivado de una mala calidad de los mismos cercana a unas 25.000 muertes por año. No podemos seguir a ciegas, es absolutamente necesario implementar el programa de farmacovigilancia en todo el país.

David E. Guerra M.: Médico Farmacólogo. Coordinador de la Mesa de Medicamentos de Antioquia; Asesor y consultor empresarial.

### 3. Javier: La voz de la comunidad

Uno de los grandes retos que se ha trazado el grupo de farmacovigilancia del INVIMA es aumentar el número de reportes, ya que es imposible concebir un sistema de farmacovigilancia, si no se tienen reportes de eventos adversos y éstos son muy escasos especialmente de las personas que vivimos con vih o sida; El trabajo del grupo del



INVIMA no se podría realizar sin el apoyo de la Red Nacional de Farmacovigilancia, que esta conformado por profesionales de la salud vinculados a EPS, ARS, IPS, Hospitales y recientemente por iniciativa propia un líder comunitario viviendo con vih -Que soy yo-, resalto, que sin la información no se podrá realizar farmacovigilancia.

#### ¿Que debemos reportar?

Todo evento desfavorable que se presente, ante la más mínima sospecha, que pueda estar relacionada con el uso de un medicamento sin importar que no se disponga de toda la información; también el cambio de medicamentos, sea acordado o arbitrario; y problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos derivados de la farmacoterapia.

#### ¿Ante quien y como se reporta?

En primer instancia a su equipo de salud (Medico, enfermera, bacterióloga, farmaceuta etc.), quienes en su presencia deberán diligenciar el Formato para Reporte de Reacciones Adversas a Medicamentos (FORAM), a la Red de farmacovigilancia comunitaria quienes enviaron estos reportes al INVIMA o si desea directamente al Grupo de farmacovigilancia en el INVIMA.

#### Farmacovigilancia comunitaria una herramienta de vida

Es importante que quienes vivimos con vih tomemos conciencia de la importancia que tiene para nuestra calidad de vida hacer Farmacovigilancia Comunitaria, apoyar al equipo de salud facilitándoles información real de eventos adversos, aprovechar la presencia de una persona viviendo con vih dentro de la Red Nacional de fármaco vigilancia que está dispuesta a capacitar al respecto y canalizar los reportes en vih ante el INVIMA de manera organizada.

Javier Leonardo Varón; Miembro Red Nal. de Farmacovigilancia; Punto Focal Redla+; E-mail: Javierleovaron@yahoo.es Tel. Cel. 300 - 5638463

Es importante que quienes vivimos con vih tomemos conciencia de la importancia que tiene para nuestra calidad de vida hacer Farmacovigilancia Comunitaria

# ¿En que vamos? Proyecto Fondo Global

Entrevista a la Dra. \*Ángela C. González P.

El presente artículo se realizó a partir de una entrevista concedida a INdetectable por la Gerente del Proyecto Colombiano: Dra. Ángela González. Informamos de su desarrollo y como ustedes pueden participar.

**IN:** Cuéntenos acerca del Lanzamiento oficial del proyecto

**Dra. Ángela:** El proyecto empezó a ejecutarse en Mayo, es el primer proyecto aprobado a Colombia por el Fondo Global (FG) y su titulo nos dice en que consiste: "Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS- vih sida, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia". Una de las primeras acciones fue darlo a conocer a las autoridades Municipales y Departamentales seleccionadas para este proyecto que no le conocían; establecer líneas directas de comunicación y buscar su compromiso político; fueron invitadas especialmente las autoridades de los 48 municipios y 24 gobernaciones que estarán involucradas en este proyecto y los integrantes del MCP (Mecanismo Coordinador del País); Se realizo una presentación del proyecto y después hubo un panel para dilucidar inquietudes. Adicionalmente se circulo un documento para la firma de las autoridades asistentes a manera de compromiso político donde los alcaldes y/o gobernadores se comprometían a promover y participar en su región el proyecto, a fortalecer las instancias de coordinación territoriales, a integrar las áreas del proyecto en sus planes de desarrollo y a colaborar en la identificación de posibles fuentes de apoyo financiero ya que el proyecto espera que exista una contrapartida municipal.

**IN:** ¿Que criterios se tuvieron en cuenta en la selección de éstos municipios?

**Dra. Ángela:** Fue una decisión técnica donde se cruzaron dos variables: Población en contexto

de desplazamiento principalmente municipios receptores y prevalencia de vih y sida. Se comenzará con 19 municipios de esos 48 y para seleccionar esos 19 -que esperamos tenerlos en dos semanas-, se tendrá en cuenta 3 criterios generales: 1. de concentración (de población desplazada y prevalencia de vih) 2. De viabilidad, que incluye el compromiso político de las autoridades locales (Firma del documento en el lanzamiento, cofinanciacion, interés de priorizar el tema, etc.); aspectos técnicos como autonomía en sus decisiones, organización de las Secretarías de Salud y Educación, y ubicación geográfica ya que en esta primer parte esperamos comenzar por zonas del país para tener mayor eficiencia y experiencias demostrativas y 3. De participación social, es decir la inclusión de OBC y ONG.

**IN:** ¿Cuál es la estructura y como funciona el MCP?

**Dra. Ángela:** En su estructura el MCP, esta conformado por una Asamblea General de 19 miembros, con representación de organizaciones gubernamentales, de cooperación internacional, de PVVS, ONG, y entidades académicas, su pluralidad es interesante, se espera mantener y que participen otras instituciones. Esta asamblea tiene un Comité Ejecutivo donde esta el presidente (Ministerio de Protección) o vicepresidente de la asamblea (CODHES), - comité presidido actualmente por CODHES-, también estan ONUSIDA, UNICEF, Mineducación, Recolvih y la Coalición de Líderes viviendo con vih, y da la orientación a la gerencia del proyecto. Adicionalmente están los Comités Técnicos que dependen del ejecutivo y son tres: Uno para el área de gestión con autoridades municipales, otro para el área de

Con los Municipios seleccionados se empezarán reuniones Departamentales en Julio y Agosto.



Obra: Homenaje a Rasputin  
Técnica: Oleo y pincel sobre lienzo  
Autor: Antonio Arroyave

salud y educación y otro para jóvenes. Y esta la figura de receptor principal (OIM) quien maneja los recursos.

Respecto al funcionamiento, el MCP con su Asamblea General y su Comité Ejecutivo, toman decisiones

políticas y administrativas, las decisiones técnicas las delega en los Comités Técnicos para que coordinen con la gerencia del proyecto y la OIM, entre esas decisiones técnicas estará por ejemplo como y con quien vamos a contratar la caja de herramientas (material didáctico y de contenidos), elaboración de los términos de referencia, y contratación (con apoyo de la OIM) de las entidades que van a acompañar a los municipios y serán las ejecutoras. Las decisiones de municipios seleccionados, como se distribuye el dinero; las decisiones políticas y administrativas, se toman por Asamblea General o por Comité Técnico.

Las actas del Comité Técnico se difunden al MCP para informarlos de las decisiones que éste comité, con la gerencia y con el receptor principal tomen. También existe una secretaría técnica, es la OIM, su función es apoyar la convocatoria y logística de las reuniones citadas por la presidencia del MCP-, lleva las actas del MCP y de los comités, que son revisadas y aprobadas por la presidencia del MCP.

Mi función es desarrollar el proyecto desde la capacidad gerencial y administrativa, entablar mecanismos de coordinación y comunicación con los municipios y entidades ejecutoras para cumplir con los objetivos de proceso y de resultado; trabajaré en coordinación con el MCP y con la OIM. Tendré un equipo gerencial con tres profesionales: un-a asistente administrativo, un-a experto en salud publica epidemio-

logía y organización de servicios de salud para VIH y otro-a experto en educación sexual y trabajo con jóvenes

IN: ¿En que vamos?

Dra. Ángela: De Mayo a Noviembre estaremos en la etapa de preparación que incluye: Selección de los 19 Municipios y realización de Encuentros Departamentales con ellos; elaboración de términos de referencia - Que como dije los elaborarán los comités técnicos-; diseñada la caja de herramientas y contratadas y capacitadas las entidades ejecutoras; Desarrollado un sistema de información que establecerá una línea base de la situación de los Municipios y permitirá guiar a las entidades ejecutoras en su actuar. Y en Noviembre empieza la etapa de intervención.

IN: ¿Como se va a garantizar la participación de la sociedad civil?

Dra. Ángela: la sociedad civil esta representada en la asamblea del MCP y en los Comités Técnicos: allí tiene la instancia de dar lineamientos de cómo cree se deben hacer las estrategias y participar en la redacción de los términos de referencia; esperamos que esta representatividad informe adecuadamente al MCP acerca del inventario de organizaciones y su trabajo regional, adicionalmente en las reuniones departamentales Que serán como pequeños MCP regionales-, se contará con su participación.

¿IN: Donde acudir para más información?

Dra. Ángela: A través mío se canalizará toda la información, estoy abierta a las sugerencias que se puedan hacer; se pueden comunicar a mi correo: cgonzalez@oim.org.co, o los de apoyo administrativo de la OIM: Camilo Potes: cpotes@oim.org.co y Rafael Pardo: rpardo@oim.org.co

\*Gerente del Proyecto aprobado a Colombia por el Fondo Global.

Las decisiones de municipios seleccionados, como se distribuye el dinero; las decisiones políticas y administrativas, se toman por Asamblea General o por Comité Técnico.

# Tela para cortar...

**E**n el tema de acceso a tratamientos hay mucha tela para cortar, porque se mezclan variados intereses, comerciales, políticos, defensa de derechos y desde luego la salud y la vida de las Personas viviendo con VIH o con SIDA; de esa forma conocemos diversas versiones del mismo tema dependiendo de la óptica en que se le mire. Muy pronto a cumplir dos décadas de estar utilizando medicamentos antirretrovirales éstos solo llegan a una minoría privilegiada que solo alcanza el 5% de las personas infectadas actualmente en el mundo, a continuación referenciamos noticias importantes frente a este tema, sucedidas recientemente:

## Canadá exportará genéricos

Desde el año pasado Canadá como país industrializado y primer país del G7 había demostrado su intención revolucionaria de producir medicamentos genéricos y llevarlos a los países pobres, (Ya otros países lo venían realizando, especialmente la India y Brasil) poniendo en práctica los acuerdos de la Organización Mundial de Comercio (OMC) que permiten a los países más afectados importar medicamentos a precios reducidos bajo la condición de que demuestren que no pueden producirlos ellos mismos y que no los utilizarán para fines comerciales.

El Senado de Canadá en este mes (Mayo), acaba de aprobar una ley denominada "Compromiso por África" que permitirá que esta intención se haga una realidad autorizando a los fabricantes de genéricos canadienses a producir copias de medicamentos patentados y exportarlos a países pobres. Adicionalmente Canadá mostrando su compromiso ofreció a la OMS 60 millones de Euros para apoyar la iniciativa 3 X 5 que pretende alcanzar la meta de 3 millones de tratamientos para el 2005, y 36 millones de Euros más, para el fondo Global contra el sida.

## Fondo Global acuerda rebaja de precios

El Fondo Global, Banco Mundial, UNICEF, y la Fundación Clinton (Del expresidente de USA), acordaron en Abril con 5 farmacéuticas y 5 laboratorios la baja de precios de antirretrovirales y de tests diagnósticos, esta rebaja será efectiva en 16 países del Caribe y en África; los laboratorios con los que se negoció fueron: Aspen Pharmcare Holdings (Sudáfrica), Cipla, Hetero Drugs Limited, Ranbaxy Laboratories y

Matrix Laboratories (India); Se incluyen formulaciones individuales y combinaciones de dos o tres medicamentos que cuentan con las garantías dadas por la OMS en sus parámetros de calidad, seguridad y eficacia. Los precios de medicamentos rebajaron entre un tercio y la mitad y los métodos diagnósticos un 80%.

## USA dice si a genéricos

El secretario estadounidense de Sanidad y Servicios Humanos, Tommy Thompson, dijo a mediados de este mes (Mayo) que la FDA y su gobierno considerarían dar una rápida aprobación a medicamentos genéricos incluso a las imitaciones fabricadas en la India y a las nuevas combinaciones de medicamentos que se están haciendo en la India, una vez se demostrará su efectividad; El coordinador global de sida en USA, Randal Tobías, dijo que los medicamentos aprobados podrían ser utilizados en toda África y el Caribe. Muchos grupos, incluidos miembros del Congreso, han presionado al Gobierno para utilizar medicamentos baratos combinados de menos dosis. Médicos Sin Fronteras los ha distribuido en 20 países y dice que son efectivos. Sin embargo el Gobierno se ha resistido diciendo que estas combinaciones aún no aprobadas por la FDA pueden tener riesgos; Mientras tanto farmacéuticas que antes no combinaban sus medicamentos con otras compañías haciéndolo solamente con sus medicamentos anunciaron que terminarían esta política; de esta forma Bristol-Myers Squibb, Gilead Sciences y Merck & Co. dijeron que estaban en conversaciones para desarrollar una dosis fija diaria que combina tres fármacos. A su vez GlaxoSmithKline y Boehringer Ingelheim dijeron que estaban discutiendo una opción similar.



Obra: Laberinto  
Técnica: Oleo y pincel sobre lienzo  
Autor: Antonio Arroyave

# Los poetas hablan de sida

## Carga Viral Al Sagrado Manto

Por: Pacho Piedad. (Colombiano).

De acuerdo a los últimos análisis antropológicos, y la más exhaustiva investigación genética, realizada sobre el sagrado manto, donde una muestra casi fósil de la sangre de cristo, fue sometida a una prueba de absorción atómica y aunque no es concluyente su resultado, al parecer la ejecución de Jesús en la cruz fue un grave error político en su momento, por que, y aquí viene lo científico, estaba a punto de entrar en etapa terminal, a causa de hallarse infectado de VIH ( Virus de Incomprensión Humana ), no se pudo establecer realmente la carga viral, debido a que la prueba de carga viral, para esa época, al igual que en la actualidad se encuentra fuera del cubrimiento del POS, y además Jesús no estaba afiliado a ninguna EPS.

Pues bien, hipotéticamente hablando y con el mayor respeto religioso, en caso de resultar acertada la apreciación de que Jesús resultara ser Persona viviendo con el virus, efectivamente este gran personaje histórico (A.C. y D.C) humanamente hablando era victima de SIDA (Síndrome de Imposibilidad de Dar Amor).

Dejamos esta especulación en el ámbito de la creación literaria o la simple conjetura, e incluso la inscribimos, no sin cierta ironía en la categoría de la paradoja; esperando que la comunidad científica no pierda el tiempo ahondando en bizantinas investigaciones; si, nos gustaría que las autoridades eclesiásticas se pronunciaran, si no a través de los medios por aquello de como siempre lo han hecho, manejar un bajo perfil, si por lo menos agradeceríamos una respuesta por escrito (no necesario por triplicado) no indispensable remitirla por correo certificado.

Obra: Equilibrio  
Autor: Antonio Arroyave



## Poemas de amor para vivir con el sida.

Por: Dante Medina. (Mexicano)

No hay  
mejor sida  
que el que  
no se tiene



¿Por qué a la gente  
no le asombra  
que se enferme  
uno  
de amor

Si tú no tuvieras  
lo que tienes  
de todas  
maneras  
te querría



Y les escandaliza  
que uno  
por amor  
se enferme de sida?



# Noticias

## Coalición de LVVS

Con el apoyo político y financiero de ONUSIDA a esta importante iniciativa, que esta demostrando un grado de evolución en el actuar de los-as líderes, se llevo a cabo del 20 al 23 de Marzo, la II Mesa de Trabajo de la Coalición de Líderes viviendo con vih o sida. En muy poco tiempo de creada esta organización esta consiguiendo acciones importantes de visibilidad y de incidencia política en pro de la calidad de vida de las PVVS y de una mejor respuesta a la pandemia, felicitaciones y adelante con el Plan de acción que se han propuesto sacar adelante. Más información en: [coalicón\\_lvvs\\_col@yahoo.es](mailto:coalicón_lvvs_col@yahoo.es)



Segunda Mesa Coalición de Líderes

## Artista Invitado

Antonio Arroyave, destacado artista colombiano nos deleita con sus obras en esta edición de INdetectable, incluimos el comentario del crítico Leonardo Alonso Cortes sobre su obra:

“La cosmogonía iconoclasta en el erotismo de Antonio Arroyave; es una oleada de honestidad, de verdadera comunión con el meollo de la lúdica, donde la degustación existencial; cuestiona el azaroso postulado de encadenar las ansias.

Plasmar en un lienzo el triunfo de la libertad conceptual; en la tragedia de superar dogmas. Darle a cada jugada el posicionamiento ajedrecístico que la humanística exige y además hacerlo con la maestría que el pincel de Antonio Arroyave nos entrega; en estas sus obras, es ya un testimonio de lo que el futuro de este artista nos puede aportar, para el solaz deleite del espíritu”.

Se pueden comunicar con el artista al correo: [ardu2004@yahoo.com](mailto:ardu2004@yahoo.com) o al Tel. 6892999 en Bogotá.

## ¡Únete! a la Red de Jóvenes

Con la iniciativa de un líder comunitario joven: Luis Augusto Rivera se esta consolidando la creación de la Red Colombiana de Jóvenes Trabajando en vih, sida y Salud Sexual y Reproductiva; esta Red esta integrando trabajos existentes y otros recientes de jóvenes de varias partes del país. Ya se han unido algunos grupos y ciudades, y se estará formulando y perfilando su ámbito de accionar; si conoces de iniciativas de jóvenes en este campo o quieres unirte a la Red comunícate a los siguientes correos: [areasocial@indetectable.org](mailto:areasocial@indetectable.org); [luchoriver@hotmail.com](mailto:luchoriver@hotmail.com) o al Celular. 315 -8205725.



Luis Augusto Rivera  
Promotor de la Red

## Adiós a Marlene y a Javier

Murió Marlene Vahos en Cali y Javier Pérez en Bucaramanga; dos grandes líderes Colombianos que dejaron su huella no solo en sus ciudades sino en todo el país, durante más de una década de activismo comprometido con la vida y con las PVVS; sus acciones y su calidad como seres humanos nos enseñaron y nos inspirarán a quienes quedamos enarbolando sus banderas. Diversos homenajes se han llevado a cabo en su recuerdo, desde INdetectable enviamos un mensaje de solidaridad a sus amigas-as y familiares.

# Un Click te lo dice todo

www.indetectable.org

# IN detectable.org

Sexualidad Noticias Prevención Secciones Interactivas Vivir con vih  
Sitio web Colombiano especializado en el tema vih y sida

## Porque informar es empoderar a la comunidad

Además puedes aprender acerca de:

- Medicamentos
- Como vivir con vih
- Derechos Humanos
- Animación de cómo se replica el vih
- Formatos de Tutela y Derecho de petición
- Consultas y respuestas de expertos-as
- Listado de organizaciones
- Todas nuestras publicaciones

www.indetectable.org



Si  
quieres enterarte de  
lo más actual en el tema vih y  
sida a través de nuestro boletín,  
suscríbete totalmente **gratis** y  
el boletín llegará  
directamente a tu correo  
electrónico.