



***VIH/sida***



***Más allá del VIH***



***Diversidad sexual***





## **NOTICIAS SOBRE VIH/SIDA**

---

***La cuarta parte de los hombres gay suizos practican serosorting, posicionamiento estratégico o “la retirada” para reducir su riesgo de transmisión de VIH***

***Reinfección por hepatitis C en hombres que tienen sexo con hombres.***

***El riesgo de transmisión del VIH durante las relaciones sexuales anales es 18 veces mayor que durante las vaginales***

***Científicos crean células resistentes al VIH***

***Hallan potentes anticuerpos contra el VIH/sida***

***Noticias de interés permanente***

## **NOTICIAS MÁS ALLÁ DEL VIH**

---

***La música de la era en que apareció el VIH  
Gloria Gaynor – I am what I am – Soy lo que soy***

## **NOTICIAS DE LA DIVERSIDAD SEXUAL**

---

***La gran vía de Madrid baila al son del orgullo gay***

***Periplo lexicográfico de homosexual***

***Reino Unido falla a favor de refugiados homosexuales***





## NOTICIAS SOBRE VIH/SIDA

### La cuarta parte de hombres gays suizos practican se rosorting, posicionamiento estratégico o “la retirada” para reducir su riesgo de VIH



Casi dos tercios de los hombres gays y bisexuales utilizan preservativos de forma constante con sus parejas casuales como modo de prevención del VIH, según informa un equipo de investigadores suizos en la edición digital de Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.

Sin embargo, su investigación evidenció que el 25% de los varones recurrieron a estrategias como el serosorting, el posicionamiento estratégico y retirarse antes de eyacular (‘marcha atrás’) para intentar disminuir el riesgo de transmisión del VIH cuando mantenían una relación anal sin protección con una pareja casual.

“Es preciso reconocer cuáles son las prácticas de reducción del riesgo usadas con mayor frecuencia entre los hombres que practican sexo con hombres (HSH) y abordarlas de forma equilibrada en las actividades preventivas”, escribe el equipo de investigadores.





Los hombres gays siguen siendo uno de los grupos más afectados por el VIH; la investigación realizada en diversos países industrializados ha puesto de relieve que el número de hombres homosexuales y HSH que declararon tener relaciones anales sin protección con una pareja ocasional ha aumentado en los últimos años. El mismo estudio sugiere que aunque una proporción significativa de varones no empleaba preservativos de forma constante, de todos modos usaba otros métodos para intentar reducir el riesgo de transmisión del VIH.

Entre ellos, se incluyó el serosorting (la selección consciente de parejas que se cree que tienen el mismo estado serológico al VIH), el posicionamiento estratégico [la adopción del papel insertivo o receptivo durante las relaciones anales según el estado serológico al VIH] y la retirada antes de la eyaculación.

Estas estrategias no tienen el mismo efecto protector que el empleo constante de los preservativos; así pues, los investigadores suizos decidieron establecer su prevalencia y los factores relacionados con ella.

En consecuencia, se analizaron los resultados de un sondeo nacional sobre conducta sexual llevado a cabo en 2007. El sondeo fue completado por 2.953 hombres y 1.689 (57%) señalaron la práctica de sexo anal con una pareja casual en los doce meses anteriores. Estos varones fueron incluidos en el análisis de los investigadores.

Aproximadamente tres cuartas partes de estos hombres eran conscientes de su estado serológico al VIH y 145 declararon que tenían el virus. En conjunto, el 67% de los varones afirmaron emplear preservativos de forma constante con sus parejas casuales.

No obstante, el uso de condones fue menor entre los hombres con VIH que entre los que no tenían el virus (47% frente a 69%;  $p < 0,001$ ).

Los hombres seropositivos fueron significativamente más propensos a utilizar alguna vez una estrategia de disminución del riesgo que sus iguales sin VIH (35% frente a 25%;  $p < 0,001$ ).

En total, el 9% de los hombres indicaron usar el preservativo de forma inconstante fuera del contexto de la reducción del riesgo, siendo los infectados por VIH los que más tendieron a comunicar este comportamiento.

La retirada (conocida coloquialmente como “marcha atrás”) fue el método de disminución del riesgo más empleado (62%), seguido por la práctica de serosorting (50%) y el posicionamiento estratégico (33%).

El equipo de investigadores expresa su “gran preocupación” por el elevado número de hombres que recurren en ocasiones a la “marcha atrás”. Estudios previos revelaron que esto estuvo relacionado con un alto riesgo de infección por VIH.

Entre los factores asociados con el uso de estrategias de reducción del riesgo, se incluyó el estar en una relación estable, la utilización de internet para encontrar parejas sexuales, la edad y, en el caso de varones con VIH, un número más alto de parejas sexuales ( $p = 0,05$  en todos los casos).





El no usar el preservativo, o su empleo irregular, estuvo relacionado con la búsqueda de sexo por internet, la edad y, en hombres con VIH, con el mayor número de parejas [ $p= 0,05$  en todos los casos].

“Las prácticas de reducción del riesgo empleadas con la intención de evitar la transmisión del VIH fueron muy prevalentes entre los hombres que practican sexo con hombres”, explican los autores.

Y añaden: “Estas prácticas nunca fueron promovidas como tales en Suiza ni por las autoridades de salud pública ni por las organizaciones gays. Por el contrario, el sitio web sobre prevención de la Fundación Suiza del Sida advierte sobre su cuestionable eficacia”.

Se precisa más investigación para entender las circunstancias en las que los hombres gays utilizan la reducción de riesgos, afirman los investigadores. Éstos también creen que son necesarias campañas de prevención que aborden estas estrategias de un modo “equilibrado”.

*Referencia: Balthasar H, et al. Intentional risk reduction practices of men in Switzerland who have anal intercourse with casual male partners. J Acquir Immune Defic Syndr, advance online publication, 2010.*

*Traducción:*

*Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt)*



**REGRESAR AL INICIO**



## Reinfección por hepatitis C en hombres gays con VIH

*Un estudio subraya la necesidad de incrementar las intervenciones preventivas dirigidas a reducir la transmisión sexual del VHC en esta población*



Según los resultados de un estudio de secuenciación genética publicado en la edición del 1 de abril de 2010 del *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, la reaparición del virus de la hepatitis C (VHC) en hombres con VIH que practican sexo con otros hombres [HSH] que habían recibido terapia contra el virus hepático y conseguido alcanzar respuesta virológica sostenida (RVS) o respuesta de fin de tratamiento (RFT) parece ser consecuencia de una reinfección y no de una recidiva tardía.

Recientemente, se ha informado en algunas ciudades del Reino Unido, Europa, Australia y EE UU de brotes de infección aguda por VHC transmitida, en apariencia, por vía sexual en grupos de HSH con VIH. Aunque la cantidad total de infecciones ha sido baja, el hecho de que el virus hepático se esté propagando por transmisión sexual entre HSH seropositivos pone de relieve la necesidad de tener en cuenta qué actividades pueden suponer un mayor riesgo de infección. Además, pese a que muchos de estos varones hayan logrado tratar con éxito el VHC, el hecho de que en algunos pocos de ellos el virus hepático se vuelva a detectar de nuevo más tarde refleja la necesidad de implementar intervenciones preventivas orientadas de forma específica a reducir el riesgo de infección y reinfección en esta población.

A diferencia de lo que sucede con el virus de la hepatitis A y B, el aclaramiento del VHC no confiere inmunidad protectora frente a la reinfección por este virus en el futuro. En general, la hepatitis C se considera curada si una persona continúa teniendo carga viral indetectable del VHC 24 semanas después de finalizar el tratamiento. Después de ese momento, las recidivas de la hepatitis C son muy poco frecuentes en personas sin VIH, y en el caso de las personas seropositivas, si bien este aspecto no ha sido estudiado tan en profundidad, los resultados de investigaciones recientes parecen apuntar hacia la misma dirección.

Con el fin de determinar si la reaparición del VHC en hombres gays con VIH previamente tratados con éxito con interferón pegilado y ribavirina podría atribuirse a una nueva infección o a una recidiva tardía tras alcanzar una aparente respuesta virológica sostenida o respuesta de fin de tratamiento, un equipo de investigadores de la Fundación del Servicio Nacional de Salud (NHS, en sus siglas en inglés) del Hospital Chelsea and Westminster en Londres [Reino Unido] llevó a cabo un estudio de secuenciación genética cuyos resultados pudieran arrojar algo más de luz sobre esta cuestión.

Los investigadores británicos analizaron retrospectivamente los datos de los hospitales londinenses Chelsea and Westminster y Royal Free para identificar pacientes con VIH que hubiesen sido diagnosticados de hepatitis C aguda entre 1999 y 2008. De entre más de 200 personas, identificaron a 22 que volvieron a presentar VHC después de haber eliminado el virus.





Los 22 casos se dieron en hombres que practican sexo con hombres y en ninguno de ellos figuraba en su historial médico el uso de drogas inyectables. El promedio de edad fue de 40 años, en su mayoría estaban tomando tratamiento antirretroviral y, en general, su infección por VIH estaba bien controlada, con un recuento mediano basal de CD4 de 463 células/mm<sup>3</sup>. Un total de 20 de los 22 pacientes recibieron durante 24 semanas terapia con interferón pegilado y ribavirina para tratar el primer episodio de hepatitis C aguda; los otros dos HSH que no fueron tratados eliminaron de forma espontánea el VHC.

Todos los participantes fueron asintomáticos en el segundo episodio de viremia del VHC que fue detectada tras observarse un aumento de los niveles de la enzima hepática alanina aminotransferasa (ALT) o mediante el criba-

do de ARN del VHC por la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa [PCR, en sus siglas en inglés].

Los resultados muestran que la media de duración de la negatividad del ARN del VHC tras la respuesta al final del tratamiento y/o después de la aparente eliminación del virus hasta el segundo episodio de viremia fue de 22 meses.

Durante ese período de indetectabilidad del ARN del VHC entre los dos episodios, se produjeron 27 diagnósticos de otras infecciones de transmisión sexual, sobre todo sífilis y gonorrea, en 18 pacientes, lo que, según los investigadores, indica que probablemente seguían realizando prácticas sexuales no protegidas.

Los autores también examinaron la secuenciación de los genes E1/E2 de muestras emparejadas tomadas de 9 de los participantes durante el primer y el segundo episodio de viremia del VHC detectable, y confeccionaron árboles filogenéticos para determinar la relación de proximidad de los aislados virales de las dos muestras.

Uno de los pacientes que en el primer episodio estuvo infectado por el genotipo 4 del VHC –poco habitual en Europa, excepto entre grupos de HSH coinfectados –, en el segundo episodio presentó genotipo 1a, lo que sugiere que se trata de una reinfección en lugar de una recidiva tardía. Los ocho restantes mostraron el mismo genotipo del VHC (1a) durante la infección inicial y en la reaparición; no obstante, los análisis filo-





genéticos revelaron que en seis de estos hombres los aislados virales estaban relacionados de forma muy remota, lo que parece sugerir, de acuerdo con los investigadores, que estos participantes se infectaron con una cepa distinta del VHC.

Las muestras restantes mostraron aislados virales del VHC lo suficientemente próximos como para que pudieran haber sido casos de reinfección o recidiva tardía. Además, muchos de los aislados del VHC detectados durante el segundo episodio de infección estaban relacionados los unos con los otros, lo que indica, según los autores, una posible transmisión dentro de una misma red de contactos sexuales.

Sobre la base de estos hallazgos, los investigadores concluyen que la reaparición del VHC responde, por lo general, a una reinfección y no a una recidiva, y que, en su estudio, los episodios recurrentes “se asociaron de manera estrecha con comportamientos de alto riesgo en las prácticas sexuales”.

Asimismo, los responsables del estudio recomiendan a los médicos realizar a todos los pacientes con VIH pruebas de detección del VHC y determinar el genotipo viral en aquéllos que han dado un resultado positivo, incluso si no piensan seguir, por el momento, el tratamiento contra la hepatitis C. Por último, también subrayan la necesidad de intensificar las intervenciones educativas sobre la transmisión sexual del VHC y los esfuerzos preventivos dirigidos a los hombres que practican sexo con hombres, en general, y aquéllos con VIH, en particular.

*Fuente: Hivandhepatitis.com / Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH.*

*Referencia: Jones R, Brown D, Nelson M, et al. Re-emergent hepatitis C viremia after apparent clearance in HIV-positive men who have sex with men: reinfection or late recurrence? J Acquir Immune Def Syndr.*



**REGRESAR AL INICIO**



## El riesgo de transmisión del VIH durante las relaciones sexuales anales es 18 veces mayor que durante las vaginales

*El riesgo de transmitir el virus de la inmunodeficiencia humana cuando se mantienen relaciones sexuales anales puede ser unas 18 veces mayor que durante las relaciones vaginales, según sugieren los resultados de un metanálisis publicado en la versión digital anticipada de International Journal of Epidemiology.*



Por otro lado, además de este trabajo empírico, el equipo de investigadores del Imperial College y la Facultad de Higiene y Medicina Tropical de Londres aplicó un modelo matemático para calcular el impacto que tenía el tratamiento anti-VIH sobre la capacidad de infección durante las relaciones anales. Se determinó que el riesgo de transmisión de un hombre con una carga viral suprimida podía reducirse hasta en un 99,9%.

Las relaciones sexuales anales son el motor de la epidemia de VIH entre los hombres gays y bisexuales. Asimismo, una notable proporción de personas heterosexuales practican relaciones anales, pero tienden a emplear preservativos con menos frecuencia que en el caso del sexo vaginal. Esto puede estar teniendo su efecto en las epidemias heterosexuales en el África subsahariana y en otros lugares.

Rebecca Baggaley y un equipo de colaboradores llevaron a cabo una revisión sistemática y un metanálisis (un análisis de toda la investigación médica que cumple unos requisitos predeterminados) del riesgo de transmisión del VIH durante las relaciones anales sin protección. Los mismos autores ya han efectuado unas revisiones similares del riesgo de transmisión durante las relaciones sexuales vaginales y orales.





A pesar de la importancia del tema, se consideró que sólo 16 estudios eran suficientemente relevantes como para ser incluidos en la revisión. Si bien 12 contaron con hombres gays o bisexuales, otros reunieron datos sobre personas heterosexuales que practicaban sexo anal con frecuencia. Todos los estudios procedían de Europa o Norteamérica.

Aunque el equipo de investigadores buscó estudios publicados hasta septiembre de 2008, casi todos los informes empleaban datos que fueron recogidos en la década de 1980 o comienzos de la de 1990, lo que significa que los hallazgos no reflejan el impacto de la terapia combinada sobre la transmisión. Los autores no pudieron incluir un estudio con hombres gays australianos, publicado hace unos pocos meses [en inglés] [en español].

### **Cálculo del riesgo de transmisión por cada acto sexual**

Cuatro estudios ofrecieron cálculos del riesgo de transmisión durante un único acto de sexo anal receptivo sin protección. Al agrupar sus datos, el cálculo conjunto es de 1,4% (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,3 - 3,2).

Dos de estos ensayos fueron realizados con hombres gays y dos con heterosexuales, y los resultados no variaron en función de la orientación sexual.

El cálculo de la probabilidad de infección durante las relaciones anales receptivas es casi idéntico al publicado en el reciente estudio australiano (1,43%; IC95%: 0,48 - 2,85). Esto es así a pesar del hecho de que los datos australianos se recogieron después de la introducción generalizada de la terapia antirretroviral combinada.

La revisión no identificó ningún cálculo de riesgo por acto en el caso de la pareja insertiva. Sin embargo, el reciente estudio australiano sí lo hizo: 0,62% en el caso de los hombres no circuncidados y 0,11% en el de los hombres circuncidados.

Baggaley y su equipo de colaboradores señalan que su cálculo de riesgo para las relaciones receptivas es considerablemente superior al obtenido en sus revisiones anteriores. En estudios realizados en países desarrollados, se determinó que el riesgo de transmisión durante las relaciones vaginales era de un 0,08%, mientras que en el caso de las relaciones anales receptivas se calcula que es 18 veces mayor. Cuando se trata de sexo oral, existe un amplio abanico de cifras, pero ninguna superior al 0,04%.

### **Cálculo del riesgo de transmisión del VIH por pareja**

Doce estudios proporcionaron datos acerca del riesgo de transmisión durante todo el tiempo en el que una persona con VIH mantiene una relación con otra seronegativa. Los autores indican que la mayoría de estos ensayos no recopilaban suficiente información sobre factores como la duración de la relación, la frecuencia del sexo sin protección y el uso del preservativo para que los datos fueran completamente significativos.





## En diez de estos estudios sólo participaron hombres gays.

En el caso de parejas que practican relaciones sin protección tanto receptivas como insertivas, el cálculo agrupado del riesgo de transmisión es 39,9% (IC95%: 22,5 - 57,4).

En cuanto a las parejas que sólo tuvieron relaciones receptivas sin protección, el cálculo conjunto fue casi el mismo, un 40,4% (IC95%: 6,0 - 74,9).

Sin embargo, fue menor en el caso de personas que únicamente mantuvieron relaciones insertivas sin protección: 21,7% (IC95%: 0,2 - 43,3). El equipo de investigadores comenta que los datos respaldan la hipótesis de que las relaciones insertivas tienen un riesgo de infección notablemente inferior que las receptivas.

Los estudios individuales en los que se basan estos cálculos a menudo arrojaron resultados muy distintos, en parte debido a los diferentes diseños y métodos analíticos empleados. Como resultado, los intervalos de confianza de los cálculos acumulados son amplios y los autores recomiendan que estos datos se interpreten con cautela (un intervalo de confianza del 95% ofrece un abanico de valores: Se considera que es probable que el resultado "auténtico" esté dentro del intervalo, pero puede ser cualquier valor, incluidos el más alto y el más bajo de dicho intervalo).

Además, el equipo de investigadores afirma que los cálculos de riesgo por cada acto no parecen coincidir con los cálculos por pareja. Sus resultados implicarían que se produjeron relativamente pocos casos de sexo sin protección durante las relaciones estudiadas.

Los autores creen que parte de esta discrepancia podría reflejar variaciones en la capacidad de infección y susceptibilidad a la misma entre personas y también en la capacidad de transmisión del virus a lo largo del curso de una infección.

## Impacto del tratamiento anti-VIH sobre el riesgo de transmisión

Como se apuntó anteriormente, casi todos los estudios provienen de la era previa a la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). En consecuencia, el equipo de investigadores aplicó un modelo matemático para calcular las reducciones del riesgo de transmisión en personas con una carga viral suprimida.

Para ello, se emplearon dos tipos de cálculos distintos para establecer la relación entre carga viral y capacidad de transmisión del virus, a partir de estudios con heterosexuales en Uganda y Zambia.

El primer cálculo ha sido utilizado ampliamente por otros investigadores. En él, cada aumento de  $1\log_{10}$  en la carga viral se consideraba que incrementaba 2,45 veces el riesgo de transmisión. Aunque se cree que esta relación se cumple de forma precisa cuando las cargas virales están entre 400 y 10.000 copias/mL, Baggaley y su equipo de colaboradores consideran que sobrevalora el riesgo de transmisión tanto para cargas más altas como más bajas.

El segundo cálculo, más complejo, refleja que la transmisión es extremadamente rara cuando las cargas virales son bajas y también que las tasas de transmisión son bastante constantes para viremias más elevadas.





Empleando el primer método, el riesgo de transmisión del VIH en el caso de relaciones sexuales anales receptivas sin protección es del 0,06% (un 96% menor que sin tratamiento). No obstante, utilizando el segundo método, el riesgo de transmisión predicho sería del 0,0011%, un 99,9% más pequeño que sin tratamiento.

Al extrapolar estos datos, los autores calcularon el riesgo de transmisión del VIH en una relación que implicara 1.000 casos de relaciones anales receptivas sin protección. Usando el primer método, el riesgo sería del 45,6% y con el segundo, del 1,1%.

Los autores señalan que se obtuvieron predicciones muy distintas cuando se emplearon dos conjuntos diferentes de supuestos respecto a la carga viral. En el debate sobre el uso del tratamiento del VIH como prevención, comentaron: “Los modelos no pueden sustituir a las pruebas empíricas”.

Además, en un comentario sobre el artículo, Andrew Grulich e Iryna Zablotska, de la universidad de Nueva Gales del Sur (Australia), indican la ausencia de datos sobre carga viral y transmisión durante la práctica de sexo anal [todos los estudios se refieren a poblaciones heterosexuales]. Afirman que el hecho de que los cálculos del riesgo de transmisión por acto son muy superiores durante el sexo anal que durante el vaginal “constituye un sólido argumento para no limitarse simplemente a extrapolar los datos de poblaciones heterosexuales”.

Baggaley y su equipo de colaboradores indican que sus hallazgos sugieren que el elevado riesgo de infección durante las relaciones anales implica que, aunque el tratamiento consiga una reducción sustancial de la capacidad de infección, “la capacidad residual aún seguiría suponiendo un gran riesgo para las parejas”. Teniendo en cuenta esto, declaran que los mensajes de prevención tienen que poner de relieve el elevado riesgo relacionado con la práctica de sexo anal y la importancia de utilizar preservativos.

*Referencias: Baggaley RF, et al. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. Int J Epidemiol (online edition), doi:10.1093/ije/dyq057.*

*Grulich AE and Zablotska I. Commentary: Probability of HIV transmission through anal intercourse. Int J Epidemiol (online edition), doi:10.1093/ije/dyq101.*

*Traducción: Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt).*



**REGRESAR AL INICIO**



## Científicos crean células resistentes al VIH

*Un estudio de la Universidad del Sur de California publicado por la revista Nature Biotechnology revela una manera de cerrar una puerta al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que causa el sida.*



El trabajo, basado en pruebas de laboratorio con ratones, se enfoca en dos moléculas que el VIH usa como puertos de entrada en las células y que, de desarrollarse con éxito en los humanos, podría ser la clave para que los enfermos de sida controlen el virus sin necesidad de tomar los fuertes fármacos antirretrovirales.

La profesora de la Universidad del Sur de California que dirigió el estudio, Paula Cannon, explicó en un comunicado que se demostró en los ratones que es posible “crear células inmunes resistentes al VIH” con las que se podría ganar la batalla a la enfermedad.

La clave del estudio está en la proteína CCR5, un receptor en la superficie de los glóbulos blancos que el virus de VIH utiliza para infectar a las células.

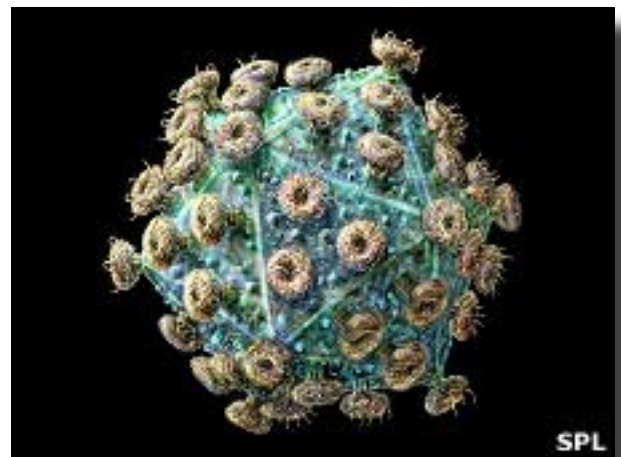
### De ratones a humanos

Hace aproximadamente una década, los científicos descubrieron que las personas que tenían una mutación en el código genético de la proteína CCR5 eran más resistentes a la infección por el VIH, por lo que demoraron más en desarrollar la enfermedad.

En función a esta teoría, los científicos transplantaron células troncales modificadas a los ratones, lo que permitía a los roedores controlar su enfermedad.

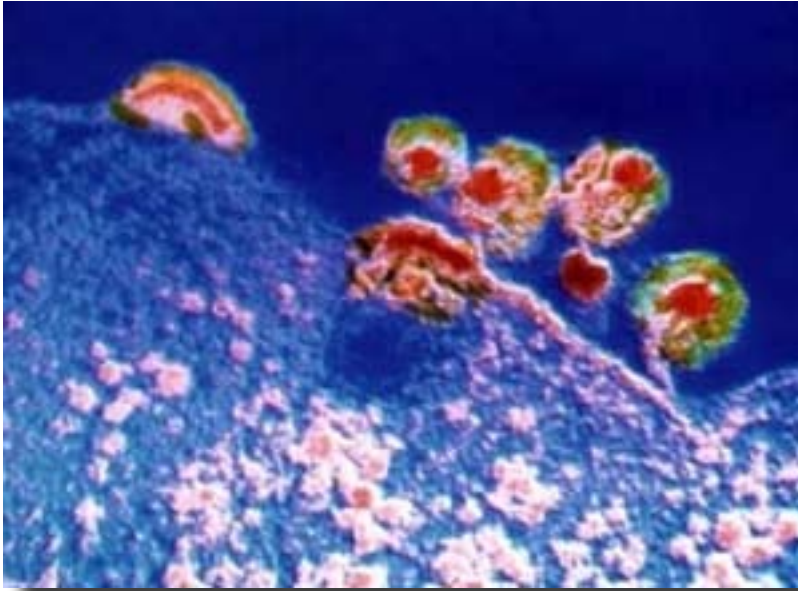
El reto ahora es aplicar el mismo método en los seres humanos, lo que abriría el camino para la creación de una generación de células resistentes al virus, que permitiría “producir células resistentes al VIH en todas las células que infecta”, afirmó la directora del estudio.

Hasta ahora, aunque los medicamentos antirretrovirales han sido muy importantes en la lucha contra el VIH, la búsqueda de una vacuna efectiva contra la infección ha sido infructuosa.



## Hallan “potentes” anticuerpos contra el VIH

*Científicos en Estados Unidos afirman que descubrieron dos poderosos anticuerpos humanos que pueden evitar que la mayoría de las cepas de VIH, el virus que causa el SIDA, infecten a las células.*



Aunque los ensayos fueron llevados a cabo en el laboratorio, los investigadores afirman que el hallazgo podría conducir al desarrollo de una vacuna efectiva contra el SIDA.

Los anticuerpos -dicen los científicos en la revista Science- también podrían utilizarse como una herramienta para prevenir o tratar el contagio del VIH y de otras enfermedades infecciosas.

“El descubrimiento de estos anticuerpos que pueden neutralizar de forma excepcional y extensa al VIH y del análisis estructural que nos explica cómo funcionan, son avances estimulantes que

acelerarán los esfuerzos para encontrar una vacuna preventiva de VIH para uso global”, afirma el doctor Anthony Fauci, director del Instituto de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID) de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos.

### Contra patógenos

Los anticuerpos son proteínas que se encuentran en la sangre y que ayudan al sistema inmune a combatir los patógenos foráneos que entran al organismo y causan enfermedades.

Durante muchos años varios equipos científicos han estado investigando el potencial de estos compuestos para combatir el VIH. Y este estudio, afirman los expertos, marca un importante avance en ese entendimiento.

Los investigadores del NIAID utilizaron una nueva técnica para encontrar los dos anticuerpos, llamados VRC01 y VRC02, en pacientes con VIH.

Los científicos desarrollaron un aparato molecular capaz de dirigirse a las células específicas que producen anticuerpos contra el VIH.

El “aparato” en realidad es una proteína del VIH, que los científicos modificaron para que pudiera reaccionar sólo con anticuerpos específicos en el lugar donde el virus se adhiere a la célula para infectarla.

Descubrieron que los dos anticuerpos VRC pueden neutralizar a más del 90% de las cepas de VIH que circulan en el mundo y son mucho más poderosos que los anticuerpos previamente conocidos.

Esto, afirman los investigadores, los convierte en buenos candidatos para el desarrollo de una vacuna.





Hasta ahora ha sido muy difícil poder encontrar anticuerpos que puedan neutralizar a todas las cepas del virus que circulan en el mundo.

Esto se debe a que el virus cambia continuamente la superficie de sus proteínas para evitar ser reconocido por el sistema inmune.

Por eso, afirman los investigadores, lograr identificar las pocas áreas de la superficie del virus que siguen siendo similares en todas las variantes del virus es un avance muy importante.

Contra muchas cepas

“Los dos anticuerpos se adhieren a la parte que no cambia en el virus y esto explica porqué son capaces de neutralizar a una gama tan grande de cepas de VIH”, afirman los autores.

Los científicos ya lograron determinar la estructura a nivel atómico de uno de los anticuerpos y esto les ha permitido entender cómo funciona el compuesto y han podido localizarlo con precisión cuando está adherido al virus.

Con esta información, dicen los investigadores, se podrá acelerar el desarrollo de una vacuna que pueda “enseñar” al sistema inmune humano cómo producir proteínas similares que eviten la infección del VIH.

Tal como explicó a la BBC el doctor Gary Nabel, uno de los investigadores que participaron en el estudio, el potencial de este hallazgo podría incluso ir mucho más allá de una vacuna.

“Podríamos utilizar los propios anticuerpos y suministrarlos a individuos que pudieran estar en alto riesgo de la infección, para ver si los compuestos en sí mismos tienen un efecto protector”, expresa el experto.

“Y en algunos casos los mismos compuestos incluso podrían ser una forma de tratamiento”, agrega.

Los científicos subrayan, sin embargo, que todavía serán necesarias muchas más investigaciones y que estos resultados son sólo el primer paso de una larga investigación.





## Noticias de interés permanente

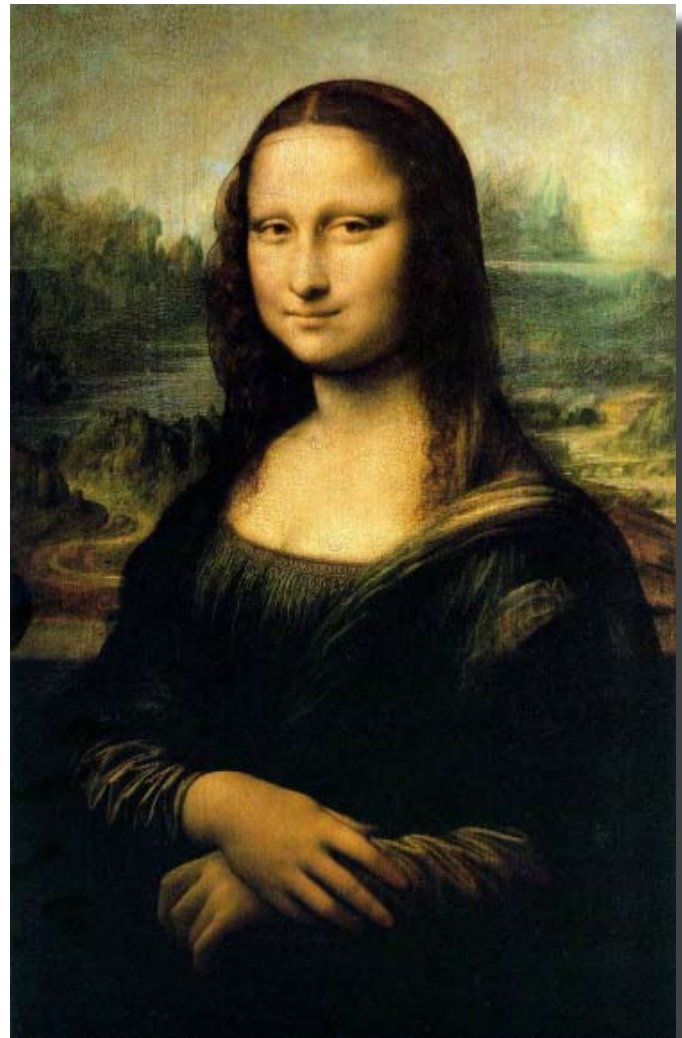
En 2009 había 33 millones 400 mil personas con VIH: 67% en el África subsahariana, 11% en el sur y sudeste de Asia, 6% en Latinoamérica, 4% en Estados Unidos y Canadá.

31 millones 300 mil son adultos.  
15 millones 700 mil son mujeres.  
2 millones 100 mil son menores de 15 años.  
En los últimos 20 años se han infectado ms de 60 millones de personas, la mitad en edades de 15 a 24 años.

En el mundo cada día 7 mil 500 personas se infectan con el VIH  
Por cada dos personas en el mundo que comienzan a tener acceso a medicamentos hay cinco nuevas infecciones.

Más de 5,700 fallecen de sida, en la mayoría de los casos debido a un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento del VIH.

*Informe de ONUSIDA*



En 2009 ocurrieron a nivel mundial 2 millones, 700 mil nuevas infecciones.  
Murieron 2 millones de personas.

*Fuente: Congreso Nacional 2009*

A finales de 2008, 4 millones de personas estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico en los países de ingresos bajos y medios, lo que supone una cifra 10 veces superior a la registrada cinco años antes; así pues, se calcula que los avances en el acceso al tratamiento han permitido salvar 1,4 millones de vidas desde 2004, 1,1 millones de ellas en el África Subsahariana. El número de niños menores de 15 años que estaba recibiendo tratamiento antirretrovírico se situaba en cerca de 275.700 a finales de 2008, cifra 3,5 veces superior a la registrada en 2005.

*Informe del Secretario General de las Naciones Unidas 1 abril 2010*

En la actualidad se dan 60 mil tratamientos antirretrovirales a nivel nacional, que se otorgan mediante las diversas instituciones médicas del país: al IMSS, 25 mil; al ISSSTE, cuatro mil, y a la SSA, 31 mil.

*Fuente: Dr. José Antonio Izazola – octubre 09*  
*Fuente: ONUSIDA*





El hecho de que una persona conozca su seropositividad cuanto antes después de la exposición al virus permite iniciar de forma oportuna el tratamiento y mejora los resultados médicos. En 39 países de ingresos bajos y medios que han dado a conocer datos de pruebas plurianuales, el número total de pruebas de detección del VIH realizadas se había duplicado entre 2007 y 2008. Sin embargo, existe una necesidad urgente de continuar haciendo progresos, pues se calcula que solo el 40% de las personas que viven con el VIH saben que son seropositivas.

*Informe del Secretario General de las Naciones Unidas 1 abril 2010*

2 millones de personas mueren anualmente por causa del sida.

La Organización Mundial de la Salud estima que en la actualidad 33 millones de personas viven con VIH/Sida en el mundo y que la gran mayoría, de las personas que viven con VIH-Sida desconocen que son portadoras del virus y que en la actualidad 9.7 millones de personas necesitan urgentemente del Tratamiento Antirretroviral (TAR) para sobrevivir hoy en día, y menos de 3 millones de ellos tienen acceso al TAR.

Al mes de diciembre de 2008 estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico unos 4 millones de personas de países de ingresos bajos y medios, cifra 10 veces superior a la registrada hace cinco años. Las nuevas infecciones por VIH descendieron un 17% entre 2001 y 2008, y la proporción de embarazadas que recibió medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión de la madre al niño pasó de un 10% en 2004 a un 45% en 2008. Gracias a ello, tan solo en 2008 más de 60.000 niños en situación de riesgo nacieron sin el VIH. La epidemia se encuentra en fase de transición, lo que pone de relieve la importancia de vigilar permanentemente los modos más frecuentes de transmisión en cada país y la necesidad de que se adopten enfoques nacionales flexibles.

*Informe del Secretario General de las Naciones Unidas 1 abril 2010*

El sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio consiste en detener y comenzar a reducir la epidemia de VIH para 2015. Sin embargo, a menos que la comunidad internacional acelere considerablemente sus actividades, esa meta no se alcanzará.

*Informe del Secretario General de las Naciones Unidas 1 abril 2010*

La cobertura de los regímenes antirretrovíricos destinados a prevenir la transmisión de la madre al niño alcanzó un 45% en 2008, frente a un 10% en 2004. Hasta la fecha, 19 países han alcanzado las metas nacionales relativas al acceso universal, consistentes en garantizar al menos una cobertura del 80% para los servicios de prevención de la transmisión de la madre al niño. Esos servicios no sólo benefician a los recién nacidos, sino también a las madres, a sus parejas y a las familias afectadas.

*Informe del Secretario General de las Naciones Unidas 1 abril 2010*

De acuerdo al más reciente informe de ONUSIDA, en Latinoamérica hay 2 millones de personas viviendo con VIH. Usando adecuadamente el condón, la probabilidad de contraer el VIH es de 1 en 500 mil. Cada vez son más jóvenes las personas, hombre y mujeres, que inician su sexualidad y también las que adquieren el VIH.

*Fuente Organización Panamericana de la Salud - OPS*





En México los hombres que tienen sexo con hombres son 109 veces más susceptibles a infectarse con VIH que los hombres de la población general adulta. En México por cada 4 hombres con VIH, hay una mujer en la misma situación, hace algunos años la relación era 23 hombres por una mujer.

**Fuente: INEGI, OMS, ONUSIDA. CENSIDA**

En México, en los últimos años, la cifra de personas con Sida aumenta ocho mil casos al año, y se estima que en la actualidad hay cerca de 220 mil personas con VIH, de las cuales 59% ignoran su estado de salud con relación al VIH. El resto, en su mayoría están recibiendo tratamiento. El reto es el diagnóstico oportuno para ofrecer el tratamiento y mejorar el conocimiento de la epidemia.

**Fuente: CENSIDA**

De quienes se conoce que tienen VIH en México, la prevalencia es como sigue:

- 15 % los trabajadores sexuales hombres
- 11 % los hombres que tienen sexo con hombres - HSH
- 5 % los usuarios de drogas inyectables
- 2 % las trabajadoras sexuales mujeres
- 1 % las personas privadas de su libertad
- 0.6 % los clientes de los y las trabajadoras sexuales
- 0.5 % los hombres heterosexuales
- 0.2 % las mujeres heterosexuales.

En 1985 por cada caso en mujeres con sida había 11 casos en hombres.

En 2007 y 2008 la proporción de mujeres había aumentado y por cada caso en mujeres había 3.6 hombres.

Sin embargo, para 2009 el número de casos en hombres por cada mujer volvió a aumentar a 4 hombres por cada mujer, proporción registrada en 2003 y 2004.

**Fuente: CENSIDA**

Para conocer las estadísticas actualizadas a noviembre de 2009 haz clic en:

**<http://www.aids-sida.org/vih-sida/estadisticas/entidad.html>**

**Fuente: CENSIDA**





Para el marco de resultados del ONUSIDA, 2009-2011: esferas prioritarias son:

- Reducir la transmisión sexual del VIH
- Evitar que las madres mueran por el VIH y los niños contraigan la infección
- Garantizar que las personas que viven con el VIH reciban tratamiento
- Evitar que las personas que viven con el VIH mueran de tuberculosis
- Proteger a los consumidores de drogas de la infección por VIH
- Proteger a los hombres que tienen relaciones homosexuales, los profesionales del sexo y los transexuales de la infección por VIH
- Eliminar las leyes punitivas, las políticas, las prácticas, los estigmas y los actos de discriminación que impiden dar una respuesta eficaz al SIDA
- Poner fin a la violencia contra las mujeres y las niñas
- Empoderar a los jóvenes para que se protejan contra el VIH
- Aumentar la protección social de las personas afectadas por el VIH

*Informe del Secretario General de las Naciones Unidas 1 abril 2010*

El acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH constituye un paso esencial para el logro de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La comunidad internacional debe tratar de aprovechar y maximizar las sinergias entre la respuesta al VIH y el programa más amplio relacionado con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y al mismo tiempo reforzar su compromiso de conseguir resultados en el marco de esa respuesta. Aunque tanto en la Declaración de compromiso como en la Declaración de política se establece que “la prevención debe ser la base de nuestra acción”, en muchos países las medidas adoptadas han quedado lejos de cumplir ese propósito. Reforzar el impacto de los programas de prevención es indispensable para garantizar la sostenibilidad a largo plazo de las iniciativas de tratamiento e impedir que la epidemia continúe menoscabando los beneficios conseguidos en el marco del programa de desarrollo más amplio.

*Informe del Secretario General de las Naciones Unidas 1 abril 2010*

Como preparación para el examen general en 2011 de los progresos en la aplicación de la Declaración de compromiso de 2001 y la Declaración política

de 2006, en la reunión de alto nivel de la Asamblea General que se celebrará en septiembre de 2010 para examinar los progresos realizados en cuanto al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se prestará especial atención a la fuerte relación entre esos procesos.

*Informe del Secretario General de las Naciones Unidas 1 abril 2010*





## MÁS ALLÁ DEL VIH: Porque la vida es algo más

### Gloria Gaynor – I am what I am – Soy lo que soy



Gloria Gaynor es una cantante estadounidense nacida en el último año de la década de los 40, se hizo famosa a partir de *Never can say goodbye* en 1974 y *I will survive* en 1979, esta última se convirtió en un himno de las feministas, pero más tarde de las personas de la comunidad gay frente a las embestidas conservadoras y más tarde aun de las personas con VIH que enfrentaron este padecimiento dispuestos a no rendirse.

Gloria fue una reina de la música disco durante más de 20 años y en su música aun se percibe el encanto y el desencanto de la aparición de la pandemia en momentos en que en los Estados Unidos de Norteamérica el movimiento gay empezaba a tener una relevancia política y de pronto aumentaba notablemente su vulnerabilidad, su estigma, en los difíciles años de la guerra fría.

*Soy lo que soy I am what I am* – 1983 Es una clara invitación a sentirse orgulloso de lo que se es, a manejar su propio destino, a salir del closet. Esto ocurría en la década del inicio del VIH y de la creciente organización y fortalecimiento de los movimientos gay y de lucha contra el sida, por lo que la canción se convirtió en un icono de la comunidad afectada.

<http://www.youtube.com/watch?v=ph-gBuliegA&feature=related>





I AM WHAT I AM - I am my own special creation.  
So come take a look, give me the hook or the ovation.

It's my world

That I want to have a little pride in - my word,  
And it's not a place i have to hide in  
Life's not worth a damn, `till you can say:

,I AM WHAT I AM

I AM WHAT I AM, I don't want praise  
I don't want pity - I bang my own drum,  
Some think it's noise, I think it's pretty.

And so what if I love each feather and each span-  
gle,

Why not try and see things from a different angle?  
Your life is a sham, `till you can shout out:

I AM WHAT I AM

I AM WHAT I AM and what I am needs no excuses  
I deal my own deck - sometimes the ace, sometimes  
the deuces.

It's one life and there's no return and no deposit:

One life, so it's time to open up your closet.

Life's not worth a damn `til you can shout out:

,I AM WHAT I AM

I am what i am, am what I am needs no excuses.

I deal my own deck - sometimes the ace, sometimes  
the deuces.

It's one life, and there's no return and no deposit:

One life, so it's time

*Fuente: musica.com*

SOY LO QUE SOY - soy mi propia creación especial.  
Entonces ven y echa una mirada, dame el gancho o  
la ovación.

Es mi mundo

quiero tener un poco orgullo en mi palabra,  
Y no hay un lugar en que deba esconderme

La vida no vale un pimiento, `hasta que puedas de-  
cir: , SOY LO QUE SOY

Soy lo que soy, no deseo elogio, no deseo compa-  
sión - golpeo mi propia batería, Algunos piensan  
que es ruido, yo pienso que es bonito.

¿Y que si adoro

cada pluma y cada lentejuela,

Por qué no tratar y ver cosas desde un ángulo dife-  
rente? Tu vida es una farsa, `Hasta que puedas gri-  
tar: , SOY LO QUE SOY

Soy lo que soy y por lo que soy no necesito excusas  
Manejo mi propio juego - a veces el as, a veces los  
doces.

Es una vida y no hay regreso ni depósito:

Una vida, así que es tiempo de abrir el closet. La  
vida no vale un pimiento `hasta que puedas puede  
gritar: , SOY LO QUE SOY

Soy lo que soy, y par lo que soy no necesito excusas.  
Manejo mi propio juego - a veces el as, a veces los  
doces.

Es una vida, y no hay regreso y ningún depósito:

Una vida, así que es tiempo





## DIVERSIDAD

Un mundo sin VIH/sida tiene como premisa un planeta sin homofobia, un mundo con pleno respeto a la diversidad sexual y a todos los tipos de diversidad

*Amigos contra el sida*



### La Gran Vía baila al son del Orgullo Gay

*El desfile, desarrollado en un ambiente festivo y colorista, reivindica los derechos de los transexuales*

*La marcha congrega en Madrid a un millón de personas de los cinco continentes*



Faldas escocesas, banderas con los colores del arcoíris, purpurina, pestañas postizas, disfraces, trajes sadomasoquistas, tangas, lentejuelas, plumas, pelucas y tacones de plataformas fueron los ingredientes principales del festival del Orgullo Gay que se apoderó durante horas de las arterias principales de la capital.

La Manifestación Estatal que este año se recogía bajo el 'leit motiv' 'Por la igualdad Trans' dio comienzo a las seis de la tarde en la Puerta de Alcalá y se prolongó hasta altas horas de la madrugada por los lugares más céntricos. Así tuvo comienzo la marcha con una pancarta que recogía el lema y que estuvo encabezada por la ministra de Igualdad, Bibiana Aído, el Coordinador General de Izquierda Unida, Cayo Lara, el miembro de la ejecutiva del PSOE y concejal del Ayuntamiento de Madrid Pedro Zerolo y la directora del instituto de la Mujer, Laura Seara, entre otros. Inadvertido, pero no cohibido, se situaba junto a ellos Suku Alexander, un transexual israelí que reivindicaba sus derechos. Por este motivo, la primera carroza estuvo compuesta de familias gays, lesbianas, transexuales y bisexuales junto con sus hijos e hijas.





Hasta un millón de personas -según la organización- eran las que sofocaban el calor abrasante (33 grados) que caía sobre el asfalto madrileño, con bebidas, abanicos de los colores del arcoíris, pistolas de agua y bailes. Mucho sonido disco-pop y ritmos a tono de samba que hacían menear las caderas a todos los transeúntes y con mayor pasión a las 'drag Queens' que calzaban inalcanzables plataformas.

El festejo, cuyo principal objetivo era el de la diversión, daba también paso a las reivindicaciones por un colectivo que se abre paso a la sociedad. Así lo afirmaba un participante de la Carroza 'Supermartxé': «Venimos a pasárnoslo bien, a disfrutar de la fiesta y a apoyar a este colectivo que siempre se ha visto desplazado». Un apoyo reforzado también por la comunidad heterosexual. Así, una pareja de novios (ambos amantes de la belleza, con cuerpos esculturales) que participaba por primera vez en el evento y que lograron subirse a una carroza, deseaba que no acabara el día y comenzara el próximo año para poder repetir. Similar caso era el de una mujer vestida a lo Madonna de blanco impoluto y altísimas plataformas que se acercó para apoyar a sus amigos 'gays'.

Y este mismo apoyo es el que recogían otras pancartas y carrozas a las que sumaban sus propias reivindicaciones, eslóganes por la lucha contra el sida ('VIHsibilidad=vida') y otros en contra del recurso de inconstitucionalidad acogido por el PP en contra de la reforma de ley que permite la unión entre personas del mismo sexo. El desfile coincide con el quinto aniversario de la aprobación de esta norma; desde entonces, alrededor de 20.000 parejas homosexuales se han unido en matrimonio. «Nos hemos desplazado hasta la capital por una lucha, porque hoy es el día de los transexuales, que también tienen sus derechos, y el mundo debe respetarlos», gritaba enérgico un participante de la Carroza del Patronato de Turismo de Fuerteventura.

### Rivalidad de espectáculos

Todo era válido para disfrutar del ambiente, respaldado bajo un espíritu tolerante. Así es el caso de miles de aficionados que vestían camisetas, gorros y pañuelos de la Selección Española. Mientras miles de personas de los cinco continentes se desplazaban a la capital para disfrutar en persona del 'happening' constituido por gays, lesbianas, bisexuales y transexuales del mundo y gritaban «¡Es el año para 'trans-formar'!», todos tenían parte de su mente (y muchos de su corazón) en el partido entre España y Paraguay.

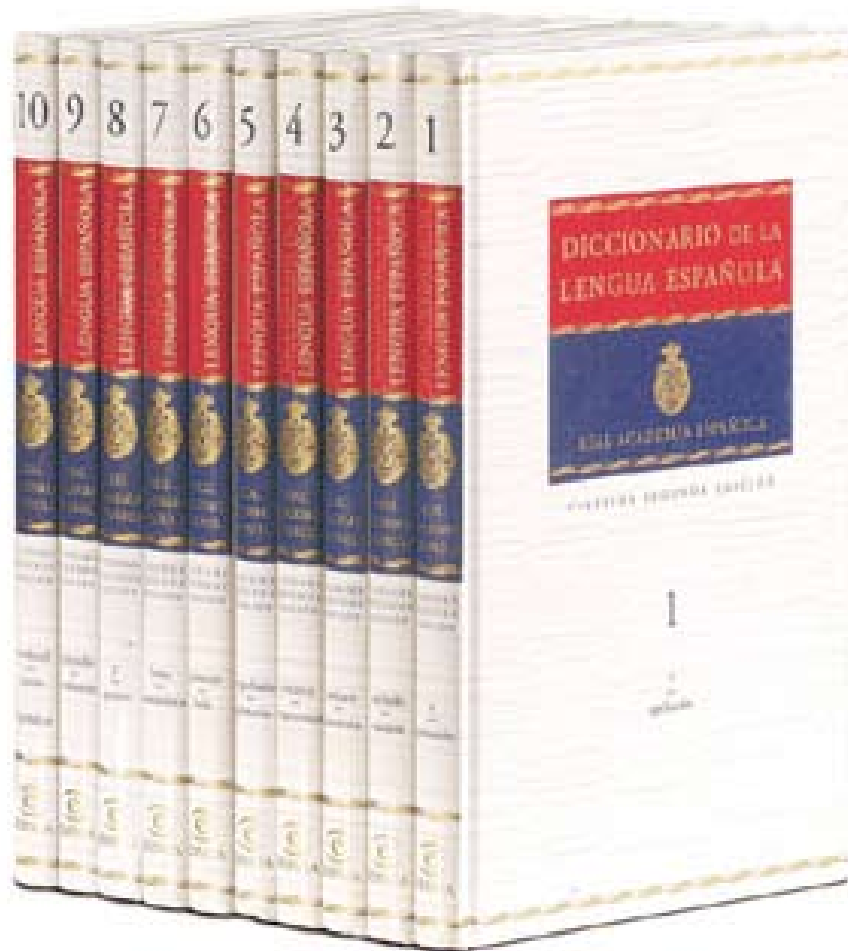
## eldiariomontanes

[http://www.bbc.co.uk/mundo/cultura\\_sociedad/2010/07/100703\\_0125\\_galeria\\_marchas\\_gay\\_europa\\_fp.shtml](http://www.bbc.co.uk/mundo/cultura_sociedad/2010/07/100703_0125_galeria_marchas_gay_europa_fp.shtml)

**REGRESAR AL INICIO**



## Periplo lexicográfico del homosexual



La relación de los homosexuales con la Real Academia ha sido fiel reflejo de la evolución de la situación de aquellos en la sociedad española. Aparecen ya en el Diccionario de Autoridades, en el primer tercio del XVIII, aunque con nombres como marica, maricón o afeminado, con una gran carga peyorativa. Con el tiempo, el catálogo de voces se ha ido ampliando con invertido, julandrón, loco, mariposón, mariquita, mariposa y el moderno gay de importación. Casi siempre son nombres coloquiales, eufemísticos, despectivos, vulgares, jergales o usados como insulto, lo que también ocurre con los empleados en América: ñaño y cuco (Panamá), cacorro (Colombia), culero, pipián y piña (El Salvador), chanfle, ganso, mula, pailero, yegua y flojo (Cuba), chuletón y cuchumbo (Honduras), colipato, maraco y flete (Chile), hueco (Guatemala), joto y mayate (México), mamplora (Nicaragua, El Salvador y Honduras), patuleco y tureca (Nicaragua), pájaro (Costa Rica), rosquete (Perú), volador (República Dominicana)...

Hasta 1936 no entró en el Diccionario el sustantivo más apto para su uso en contextos formales y que, entre otras ventajas, tiene la de que también permite su aplicación a mujeres: homosexual. La referencia más antigua que encontramos es de 1899, y aparece en *Virutas y astillas*, de Francisco Latzina, aunque en inglés ya existía. En las primeras décadas del siglo XX se emplean frecuentemente homosexual y sus voces derivadas en los estudios del doctor Marañón, así como en textos de Julio Casares, Unamuno y Pío Baroja.





En la edición del Diccionario de 1936 se introdujo el artículo homosexual con una etimología (Del lat. homo, hombre, y de sexual) y una definición (Adj., sodomita. U.¿t.¿c.¿s.) discutibles. Aunque en latín homo significa 'hombre', no es la voz latina la que interviene en homosexual, sino el elemento compositivo homo-, procedente del griego ὁμο-, que significa 'igual', y que aparece en otros adjetivos y sustantivos españoles, como, por ejemplo, homófona ('palabra que suena igual que otra'). La Academia mantuvo veinte años la etimología homo 'hombre', excluyendo de entre los homosexuales a las mujeres que lo eran. Lo que encajaba bastante con la definición que daba del término, 'sodomita'. Sodomía sí estaba registrada desde 1739, en que la definió como «concúbiteo [acto carnal o coito] entre personas de un mismo sexo, o en vaso indebito».

La definición de homosexual con o 'sodomita' se mantuvo hasta que en la edición de 1970 se describió como la «persona que tiene relación carnal con otra del mismo sexo». En el suplemento del Diccionario que se publicó ese año se incluyó una enmienda y la homosexualidad pasó a ser la «inclinación manifiesta u oculta hacia la relación erótica con individuos del mismo sexo» y la «práctica de dicha relación». Por primera vez se tiene en cuenta que una persona puede ser homosexual sin tener relaciones sexuales. Esa línea se confirma en el DRAE del 2001. Para los académicos de hoy, homosexualidad es la «inclinación erótica hacia individuos del mismo sexo», y homosexual, la persona «con tendencia a la homosexualidad». Las definiciones precisas para estas palabras llegan más de un siglo después de su introducción en el español.

**La Voz de Galicia**.es

**REGRESAR AL INICIO**



## Reino Unido: fallo a favor de refugiados homosexuales



La llamada “prueba de discreción”, que ha permitido al gobierno del Reino Unido rechazar peticiones de asilo de gays y lesbianas oriundos de países donde la homosexualidad no es aceptada e incluso es ilegal, fue considerada por la Corte Suprema británica como una violación a los derechos humanos.

Este miércoles, el máximo tribunal falló a favor de dos gays, uno de Irán y otro de Camerún, cuya solicitud de asilo en el Reino Unido fue previamente denegada.

Esta negativa había sido aceptada por cortes menores que consideraron que los hombres podían evitar ser castigados en sus respectivos países por su tendencia sexual si la mantenía en secreto.

La “prueba de discreción”, en vigencia desde 2006, ha sido criticada por distintas organizaciones británicas, grupos de abogados de inmigrantes y, recientemente, por el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).

“Consideramos que la condición o la sugerencia de que los individuos deben actuar con discreción está poniendo de cabeza la convención para los refugiados”, dijo Alexandra McDowell, portavoz de ACNUR en Londres, quien agregó que se debe tratar a quienes solicitan asilo por su tendencia sexual de la misma forma que a quienes lo hacen por sus ideas políticas o su religión.

Los actos homosexuales en Irán son castigados con la muerte. Mientras que, en Camerún, un gay o una lesbiana puede ser penado con hasta tres años de cárcel.

Stonewall, un grupo de cabildeo de homosexuales, acusó al gobierno británico de rechazar en primera fase el 98% de los pedidos de asilo de estas personas.

Al respecto, las autoridades de Londres aseguraron que existe un compromiso para poner fin a la eliminación de solicitudes de gays y de lesbianas que se enfrentan a un “riesgo probado de encarcelamiento, tortura o ejecución” en sus respectivos países.

### “Identidad fundamental”

John Bosco, un homosexual de Uganda cuya petición de asilo fue denegada, explicó que cuando regresó a su país fue arrestado, golpeado por la policía y despojado de su dinero.





“Me dijeron que ser gay era parte de la cultura europea, que no estaba permitido en Uganda, por lo que debería dejar de copiar esa cultura”.

Bosco afirmó que el consejo de ser “discreto” no es realista. “Los funcionarios del gobierno (británico) me dijeron que debía cambiar mi comportamiento y que debía mudarme a otra zona de mi país donde no me conocieran. Pero la situación en Uganda es igual en todas partes”.

“No hay un lugar donde puedas vivir feliz si eres homosexual”, agregó este refugiado.

Por su parte, el analista de la BBC Clive Coleman comentó que la decisión de la Corte Suprema marca un cambio completo en cómo los tribunales deben considerar los casos de las peticiones de asilo de homosexuales.

El alto tribunal “dejó en claro que pedir a un gay que pretenda que su sexualidad no existe es negarle su identidad fundamental”, dijo Coleman.

**Videos:**

[http://www.bbc.co.uk/mundo/internacional/2010/07/100707\\_refugiados\\_homosexuales\\_fallo\\_reino\\_unido\\_gtg.shtml](http://www.bbc.co.uk/mundo/internacional/2010/07/100707_refugiados_homosexuales_fallo_reino_unido_gtg.shtml)



**REGRESAR AL INICIO**

