

# MORTALS +

Conversa amb el Dr. Daniel Podzamczar

Barcelona, 26 de setembre 2024

Especialista en VIH, fundador i cap de la unitat de VIH de l'Hospital de Bellvitge de l'Hospitalet (Barcelona) fins al 2021 i investigador del VIH amb més de 40 anys d'experiència.

Actualment és assessor científic de la Fundació Lluita contra les Infeccions (Badalona) i col·labora amb l'Hospital Carmelo de Chokwe a Moçambic.

Desde el punto de vista humano  
era durísimo, pues los  
pacientes se nos morían y  
estábamos llorando millones de  
veces con la familia, con  
ellos.

Desde el punto de vista  
científico era apasionante.

Albert Potrony (AP): Daniel, ¿nos puedes explicar cómo empezó tu trabajo con VIH?

Daniel Podzamczar (DP): Bueno, yo hice la residencia en el Hospital de Bellvitge y, en medio de la residencia, empezaron a aparecer pacientes adictos a drogas por vía parenteral, toxicómanos. Era una epidemia de heroína. Y entonces yo me interesé mucho por ver y tratar casos de infecciones en adictos, infecciones bacterianas, muchas eran complejas.. y el jefe de infecciosas me dijo, “¿Oye, te interesa?”, de hecho, el primer caso que apareció en urgencias lo atendí yo, y el jefe de infecciosas me dijo “Oye, ¿te interesa seguir a estos pacientes?”

Y una cosa llevó a la otra, porque claro, los adictos fueron de los primeros que nosotros empezamos a ver con VIH. Y entonces, en el año 85 aparecieron las pruebas. Se pudieron hacer las pruebas de las serologías para ver si alguien estaba infectado o no, y yo abrí una consulta cuando terminaba la residencia para empezar a ver estos pacientes.

Hombre, a mí me interesó porque era algo nuevo, yo tenía miedo de aburrirme en medicina, de hacer algo que no me motivara demasiado, y esto era increíble. Por un lado, era durísimo des del punto de vista humano, pues se nos morían y estábamos llorando millones de veces con la familia, con los pacientes. Era un drama total y desde el punto de vista médico y científico era brutal, era increíble porque eran todas complicaciones nuevas. Veías un montón de enfermedades en el cerebro, en el pulmón, en el corazón, en todos los lados y como no había Internet tenías que ir a la biblioteca del Colegio de Médicos a estudiar, ir a congresos, reunirte con gente y bueno... científica y médicamente era apasionante.

Era muy duro el punto de vista médico... y así empezó todo.

Empezamos unos cuantos. Éramos pocos en Barcelona, con Ventura Clotet, José María Gatell y pocos más. Y nos íbamos reuniendo y ahí empezó el interés. De hecho, éramos todos gente joven. Los mayores no querían saber nada, porque estaban acostumbrados a que las infecciones se curaban la mayoría, y de pronto aparecían infecciones de las que se morían todos o muchísimos y encima eran, pues gais o eran adictos, toda gente indeseable para los médicos tradicionales, y bueno, fue una oportunidad y tuvimos suerte, los jóvenes, de que los otros no se querían meter. Se dio un cúmulo de cosas y mira, así fue.

El primer cambio fue en el 96,  
cuando aparecen los  
tratamientos triples, lo que  
se llamaban los cócteles de  
antirretrovirales.

Y ahí fue cuando la gente empezó a dejar de morirse. Tomando 14 pastillas al día, con una calidad de vida horrorosa porque tenían muchos efectos secundarios, pero empezaron a dejar de morirse.

El problema fue a nivel social. El tabú y los prejuicios nunca se han ido, ¿no?

AP: Has vivido todas las etapas de la pandemia de la Sida, desde el inicio hasta ahora, que se ha transformado en una enfermedad crónica. ¿Podrías definirnos un poquito esas etapas?

DP: Sí, bueno, casi al principio ya tuvimos un primer fármaco antirretroviral, porque la AZT se aprobó en España en el 87. Fue un pequeño inicio, nosotros empezamos en el 85 y en 2 años pues... no había nada para tratar a los pacientes, solo tratábamos las infecciones que llamamos oportunistas, las neumonías, etcétera, pero yo creo que el primer cambio fue en el 96, cuando aparecen los tratamientos triples, lo que llamaban los cócteles de antirretrovirales. Y ahí fue cuando la gente empezó a dejar de morir. Tomando 14 pastillas al día, con una calidad de vida horrorosa porque tenían muchos efectos secundarios, pero empezaron a dejar de morir.

Eso fue, yo creo, un antes y un después en la historia del VIH, a partir del 96, y luego fue una cosa progresiva, porque poco a poco iban saliendo fármacos nuevos que iban siendo mejores y así como el 96 fue poner un corte, un antes y un después, ya luego fue una cosa progresiva, de mejoría desde el punto de vista de tratamiento, de prevención. Desde el punto de vista médico progresó hacia bien muchísimo.

El problema fue a nivel social. El tabú y los prejuicios pues nunca se han ido. Ha mejorado, es verdad que ha mejorado en parte. Ha mejorado porque la gente ya no habla de VIH, pero bueno, al menos la gente en los hospitales, los familiares, los amigos y tal se fueron enterando más poco a poco. También fueron, al menos en parte, solo en parte, mejorando el rechazo, digamos, reduciendo, disminuyendo el rechazo.

De hecho, los primeros años yo tenía que hacer un esfuerzo enorme para poder obtener las autopsias, las necropsias de la gente que se moría porque no era



fácil, y los familiares no entendían qué pasaba, y tenía que pelearme con los anatomopatólogos para que hicieran las autopsias. Había mucho miedo, sobre todo en el personal que no se dedicaba al VIH, era lógico. En los cirujanos que tenían que operar y la sangre... porque se podían contagiar. De hecho, hubo muy pocos, pero hubo casos de contagio en el mundo, pero luego todo eso en los hospitales fue cambiando mucho.

Nosotros ya vimos desde los primeros años que para aprender teníamos también que investigar, hacer investigación clínica, hacer estudios.

La investigación la hacemos siempre con los pacientes, por lo tanto, la asistencia a nuestros pacientes está muy mezclada con la investigación clínica.

La mayoría de los pacientes entraban en ensayos clínicos voluntariamente porque entendían que la forma de avanzar era hacer esas investigaciones.

AP: La última vez que hablamos nos decías que tu trabajo se sostiene sobre tres pilares: el trato directo con pacientes, el estudio de laboratorio y luego la interpretación de resultados.

¿Nos puedes explicar cómo se intercomunican estas tres cosas? porque no eres un investigador que trabaja en el laboratorio de forma aislada, sino que tratas directamente con los pacientes.

DP: De hecho, son dos. En realidad, es la asistencia a los pacientes y la investigación clínica. Es como dices, yo no estoy en el laboratorio. Entonces lo que hemos hecho durante mucho tiempo es, no solo ver pacientes, que era una parte súper importante obviamente. Para mí el trato con el paciente, y el paciente VIH, pues es como muy especial por mil razones: por su background, de dónde vienen, todos los problemas que han tenido por los cuales se han infectado. Por un lado, estaba todo esto con el paciente, y por otro lado, pues que nosotros ya desde el principio ya vimos que para aprender teníamos también que investigar, que hacer investigación clínica, que hacer estudios; primero hicimos estudios de prevención de infecciones antes de que hubiera antirretrovirales, intentábamos presentar en congresos, publicar, para ayudar a diseminar la información, así como lo hacían otros compañeros de otros hospitales.

Junto con eso, fueron apareciendo los estudios en antirretrovirales, que es a lo que más nos hemos dedicado. La investigación la hacemos siempre con los pacientes, por lo tanto, la asistencia a nuestros pacientes está muy mezclada con la investigación clínica. No son pacientes diferentes entre ellos. Muchos entraban en ensayos clínicos voluntariamente, porque les interesaba colaborar. La mayoría, porque entendían que la forma de avanzar es hacer estas investigaciones. Tenían muy buena relación con sus médicos y era fácil hacer esta interacción: “oye, mira

te puedo dar el mismo tratamiento, pero necesitamos saber una serie de cosas que no sabemos, qué efectos secundarios o interacciones o lo que sea, o queremos compararlo porque estas dos pautas son muy buenas las dos, pero a lo mejor una puede ser algo mejor que la otra, y entonces lo queremos comparar". Por eso también hubo mucha interacción.

También hay mucha interacción con la industria farmacéutica, a pesar de que uno pueda criticar muchas cosas de eso, porque son empresas privadas que se dedican a ganar dinero. Pero fue un matrimonio de conveniencia, un matrimonio de conveniencia importante del que nos hemos beneficiado todos, sobre todo los pacientes, porque los ensayos clínicos que se hicieron con gran ayuda de la industria farmacéutica han servido para que la gente esté viva. Es que, si no, no estaría viva.

AP: Decías que la mayoría de los pacientes también se prestan a la investigación. ¿Crees que eso tiene que ver con esa idea de que "esto es un trabajo colectivo, a ver cómo podemos contribuir a la resolución de esta enfermedad"s? Hay algo, que es egoísta evidentemente, que es el "quiero ponerme bien", pero que también hay un elemento altruista, ¿no? "Esto si no lo hacemos entre todos, si no me implico yo, no habrá solución, no encontraremos la cura".

DP: Sí, quizás no tan así, pero sí que muchos pacientes te decían, bueno, incluso antes de que le ofrecieras nada, cuando empezaban tratamiento, te decían: "oye, si algún día tenéis un estudio, yo me ofrezco, para colaborar"., Había bastantes pacientes que se ofrecían a participar antes que tú les dijeras nada del estudio. Ya estaban dispuestos, sí, por una cosa altruista de que se supiera más de la de la enfermedad y que esto pudiera favorecer a todo el mundo.

AP: ¿Nos podrías explicar las áreas de investigación que tenéis abiertas para personas como nosotros que somos profanos en la materia? ¿cuáles son las principales áreas de investigación que estáis trabajando en este momento en el Hospital de Bellvitge?

DP: Sí, bueno, ya sabes, que yo ya no estoy en Bellvitge. En el hospital estuve 40 años; en la unidad de VIH, que la fundé yo. Estuve 37 años. Teníamos un equipo de 20 personas, con las que todavía tengo relación y todavía participo en algunos estudios que empezamos cuando estaba yo. Ahora estoy como asesor en la Fundación Lluita y en un proyecto que vamos a empezar ahora en Mozambique, un estudio con antirretrovirales para ver las resistencias y esas cosas.

En Bellvitge teníamos varias líneas de investigación. La primera era de prevención o profilaxis de infecciones oportunistas, y luego ya nos dedicamos a, por un lado, a todos los ensayos clínicos. Durante una época estudiamos bastante todo el tema de la lipodistrofia, que eran los cambios en la grasa, que era complicado porque muchísimos pacientes lo tenían por el tipo de fármaco que teníamos que utilizar, que era lo que había, y entonces se les iba la grasa de la parte periférica de la cara, de las nalgas y les aumentaba en la barriga, en lo que se llama giba de búfalo, y en el cuello. Sobre todo para las mujeres, desde el punto de vista estético, era un drama. Para los hombres también.

Y luego, en los últimos 15 años hemos hecho muchos estudios, muchos artículos, sobre unos temas que eran la actividad antiviral en los llamados reservorios, que es donde el virus es más difícil de engancharlo y de tratarlo, que es en el cerebro o en el tejido genital, o en el recto. Y entonces mirábamos las concentraciones de los nuevos fármacos que iban

saliendo, porque también es importante que puedan penetrar a estos niveles, ya que si en algún momento hay una cura de la enfermedad, tú tienes que sacar el virus de todos los sitios, no solo de la sangre. Hemos hecho bastantes estudios sobre la actividad antiviral en esos compartimentos anatómicos a nivel de sistema nervioso central, a nivel de tejido genital y de recto.

AP: Volviendo a los inicios, ¿qué importancia crees que tuvo el activismo de las personas con VIH para la investigación y para poder avanzar hacia la democratización de los tratamientos?

DP: Seguro que ha sido importante, pero si te digo la verdad yo no lo sé exactamente. Además, debe de ser muy diferente el activismo que ha habido en Estados Unidos y la fuerza que podían tener, que el papel que han jugado aquí. Hombre aquí yo lo he vivido más o menos de cerca con la gente de Checkpoint. Teníamos bastante relación, aunque ellos en general a la gente infectada la mandaban a Can Ruti, por la relación con Ventura Clotet, o al Clínic, por cercanía. Pero como tengo muy buena relación, también a veces nos mandaban pacientes y nos veíamos en congresos, y yo con Ferran y con Michael he tenido bastantes oportunidades de charlar y tal. Yo creo que ellos han hecho un papel importante, sobre todo para acercar a la gente a hacerse el diagnóstico de VIH. Que perdieran el miedo de hacerse las pruebas, y yo creo que a ese nivel sí que han jugado un papel importante. Y luego creo que también han jugado un papel importante con el tema del diagnóstico de ETS i de la PReP de la profilaxis del VIH en los últimos años.

Todavía hoy, yo le diría a un  
paciente:

“salvo a tu gente más cercana,  
no digas que tienes el VIH en  
el trabajo”.



A pesar de que hay información de todo, es como que la gente se cierra y no quiere que le entre la información. Siguen teniendo ese miedo, esos prejuicios...

AP: ¿Cómo explicarías el estigma que todavía existe?

DP: Cada vez es más difícil de explicar este mundo y su gente. Cada vez es más difícil y te encuentras cada vez con más cosas chungas a todo nivel y en este caso, cómo que ahí quedó un tabú y que no hay forma...

Todavía hoy yo le diría a un paciente, “salvo a tu gente más cercana, no digas que tienes el VIH en el trabajo, no digas que tienes el VIH”. A pesar de que hay información de todo, es como que la gente se cierra y no quiere que le entre la información. Siguen teniendo este miedo, estos prejuicios... Es verdad que tampoco ha habido grandes campañas, después del “Póntelo, Pónselo”. Yo creo que nunca más ha habido una campaña buena del VIH.

Pero yo creo que la información está y que no es un tema del que la gente no sabe. Pero es como si la gente no quisiera saber. Y bueno, sí, sí que ha habido mucho cambio en las familias, del principio que era una cosa horrorosa cambió bastante. Yo creo que los familiares fueron perdiendo el miedo porque, supongo que aparte de leer, al venir al hospital, a la consulta, a acompañar al familiar, pues también interactuaban con nosotros y con las enfermeras y entonces no solo tenían la información, sino que les entraba más.

AP: Esta es la pregunta del millón: ¿Cómo crees que se podrían mejorar la adherencia en los colectivos vulnerables, como reclusos, trabajadoras sexuales? En tu experiencia, ¿qué funciona y qué no funciona?

DP: Mira, yo creo que una de las cosas para mí más importantes es la relación del médico con el paciente: Se enganchan tanto que al final es como que eres la única persona, más o menos, a la que le hacen caso, y yo creo que eso es súper importante, porque esa relación estrecha te ayuda a convencer de por qué es importante que tomen el tratamiento. Obviamente el

apoyo de enfermería es importante, porque a veces tienen más tiempo para estar hablando con los pacientes. Probablemente si hubiera un trabajo más de calle, de alguna forma de visitar a la gente más vulnerable en sus casas.. nosotros teníamos gente que vivía en un coche. Probablemente esto también ayudaría, fuera del marco del hospital, porque los pacientes vienen al hospital cada x tiempo y a veces no tienen ni para venir, económicamente, sobre todo esta gente que está con muchos problemas sociales. Entonces, seguramente este tipo de ayuda que en realidad no se implementa porque no hay fondos para estas cosas... de hecho, en nuestra unidad, como seguramente en la mayoría de los hospitales grandes, una gran parte del personal estaba pagado por nosotros. La enfermería no, la enfermería la ponía el hospital. Pero varios de los médicos que incluso atienden a los pacientes, llevan ensayos clínicos, pero también son los médicos de los pacientes, o becarios, o todo lo que tiene que ver con la investigación clínica, casi todo está financiado por nosotros. Entonces imagínate, si no hacen ni eso, tampoco ponen dinero para ir a ver si esta persona vulnerable se va tomando el tratamiento. El sistema pasa totalmente de esas cosas.

Para mí una de las cosas más importantes es la relación del médico con el paciente.

AP: Con la cronificación del VIH, ¿cuáles son los desafíos biopsicosociales, teniendo en cuenta que cada vez tendremos más gente mayor viviendo con el virus? ¿Cuáles son los retos en las sociedades ricas como la nuestra, y en los países en desarrollo?

DP: A ver, hay varias cosas. Por una, la gente se va haciendo cada vez mayor, como dices tú, y entonces el problema es que con el VIH queda una situación inmunitaria anómala a pesar de que tú controles el virus. Esto provoca que enfermedades que son comunes en la población general sean más frecuentes y a veces incluso más precoces, enfermedades cardiovasculares, cánceres y todo esto. Al final, el médico de VIH se transforma casi como en el médico de cabecera del paciente. Aquí hay varias cosas. Nosotros hemos intentado de alguna forma compartirlo con la gente de primaria, porque tampoco tienes tiempo de hacer de médico de cabecera. También es verdad que, depende de la zona, hay médicos de primaria que les interesa el tema. De hecho, nosotros en los últimos años, y todavía se sigue haciendo, hacíamos unas reuniones anuales con médicos de la CAMFIC, o sea, de Medicina de familia que estaban en los CAPs, para aumentar un poco el conocimiento y para que ellos estuvieran más dispuestos a ver a pacientes con VIH de una forma un poco más, digamos, orgánica. Pero hay gente a quienes solo la palabra antirretroviral ya les da miedo y dicen no, ve a tu médico a que te diga. Y es que tampoco es tan fácil. Mis compañeros de infecciosas que no son de VIH no están al tanto de todas las novedades en el campo del VIH, incluyendo los antirretrovirales, porque esto ha avanzado tanto estos años que es como una súper especialidad, entonces es lógico. Y en la primaria igual tienes menos capacidad a lo mejor de formación. Todo el tema de las comorbilidades es algo que se tiene en cuenta, las sociedades científicas, pues tienen unos protocolos de diagnóstico y seguimiento y tratamiento de complicaciones o de comorbilidades, en gente con VIH.

Este es un tema importantísimo porque cada vez hay más gente con VIH con más de 50 años. Y son jóvenes con 50 años.

Otro tema es el de la prevención, porque este es un tema que es básico. Es increíble que todavía haya gente en España, en Cataluña, que se sigue infectando con VIH. La mayoría de gente son del colectivo gay, es así. Y este es un tema complicado de tratar porque es en parte cultural, el tema del no uso del preservativo en mucha parte de la gente del colectivo gay. Los adictos han dejado de ser un problema, porque yo creo que han muerto en la inmensa mayoría y los que han quedado se han dedicado a otro tipo de drogas no inyectadas, con lo cual el tema del VIH ha pasado a ser con una cosa mínima, o muy pequeña. Y también las trabajadoras del sexo y tal, pues obviamente también están en riesgo, pero yo creo que el problema principal en nuestro medio, y yo creo que en general en los países occidentales, a nivel de contagio está en la población gay, y esto es complicado de manejar, porque si tú dices la palabra preservativo hay como un cierto rechazo. Pero lo que también es cierto es que por lo menos está la PrEP, lo cual no quiere decir que no tengamos que seguir insistiendo en el uso de preservativo. Pero la PrEP está mejorando muchísimo, creo que en España solamente está aprobado el Truvada, pero tienes el TAF, que tiene menos efectos secundarios, como un Truvada pero mejorado. Por otra parte, está a punto de ser aprobado en España el Cabotegravir, que con unas inyecciones intramusculares cada dos meses, 6 al año, te previene el VIH. Recientemente se han publicado un par de estudios de un nuevo fármaco denominado Lenacapavir, que se administra mediante dos inyecciones subcutáneas al año, como la PrEP.

El estudio grande que han hecho salía cero de contagio, o sea que es brutal esto, esto puede cambiar totalmente la situación de prevención y de número de

contagios que, en teoría, incluso si lo aplican en países africanos, sería brutal, ¿no?

Es increíble que todavía hoy haya gente en España, en Cataluña, que se sigue infectando con VIH.

Las sociedades científicas tienen unos protocolos de diagnóstico, seguimiento y tratamiento de complicaciones o de comorbilidades en gente con VIH. Este es un tema importantísimo porque cada vez hay más gente con VIH con más de 50 años.



AP: ¿Crees que la disminución del uso del profiláctico, con la introducción de la PrEP, puede hacer que repunten las enfermedades de transmisión sexual en lugar de disminuirlas?

DP: A nosotros nos costó mucho al principio, a los clínicos en España y Cataluña. En principio dices “usa un preservativo, y ya está, ¿no?” ¿Por qué tiene que estar la sanidad pública gastando en fármacos, cuando es un tema de no querer usar preservativo? Pero luego, yendo a congresos americanos y leyendo publicaciones, ves que al final tampoco tienes que chocar con una pared. Lo importante es que el VIH baje.

Cuando nosotros ofrecemos PrEP no les decimos que no usen preservativos, es que ya no los usaban. La gente que viene a buscar PrEP al hospital ya no usa el preservativo, por eso viene a buscar la PrEP. Es obvio que es un poquito como un círculo, claro, si están tranquilos con la PrEP, menos aún van a usar preservativo si en algún momento tenían la duda.

El problema son las enfermedades de transmisión sexual. Pero la verdad es que las enfermedades de transmisión sexual ya estaban en un nivel altísimo antes de la PrEP. La PrEP es fundamental, lo cual no quiere decir que haya que explicarle a la gente que no tiene que dejar de usar preservativo y si no lo usa, pues que se controle. De hecho, es lo que se hace en los hospitales, controlarlos cada 3 meses o así, que no tengan enfermedades de transmisión sexual. También se diagnostican más ETS porque ahora se controlan más, cada tres meses, antes no se hacía esto.

AP: O sea, que en realidad ha habido un avance importante. Lo que pasa es que también hace que nos replanteemos lo que estaba establecido antes, como la cuestión del preservativo.

DP: No puedes obligar a nadie, pero puedes recomendar. Yo en mi última charla en Checkpoint pensé, y lo dije, lo del preservativo, que muy bien la PrEP, pero no se olviden del preservativo.

AP: Esto liga con la siguiente pregunta, ¿crees que el hecho de que la enfermedad se considere hoy en día una enfermedad crónica ha desactivado ese sentimiento de emergencia y esa desactivación puede tener un impacto en la búsqueda de soluciones como vacunas, etc., o no?

DP: No, no, yo creo que lo que se ha desactivado son las campañas publicitarias o sociales, o como quieras decirle, eso por un lado, y luego el miedo de la gente. La gente ha perdido el miedo totalmente. Eso también ha ayudado a que colectivos de cierto riesgo, que están en riesgo porque justamente no usan preservativo, piensen que bueno, que es igual, mira, me tomaré la pastilla... Pero a nivel científico no, porque hay muchos intereses. Los médicos tenemos interés en que esto se cure, en avanzar e incluso en mejorar los tratamientos actuales, y la industria farmacéutica gana dinero, y no es verdad que no quieran que se haga la vacuna porque ha habido ensayos clínicos muy grandes en los que se han gastado mucho dinero para intentar desarrollar una vacuna. Es que es muy difícil este virus para sacar vacunas o para curar a ese nivel. Pero tú vas a los congresos, sobre todo el americano, que es el más importante, y está lleno de estudios científicos (también de grupos españoles) para intentar el tema de la curación y, de hecho, hay congresos específicos sobre esto, sobre el intento de curación del VIH.

Tendría que haber cero casos de nuevas infecciones de VIH en un país como el nuestro.

AP: ¿Qué crees que es lo que queda pendiente en los países de renta alta y a nivel global?

DP: Bueno, en los países de renta media alta como el nuestro, en Occidente, las comorbilidades de la gente con VIH, sobre todo a medida que van siendo mayores. El tema de la prevención. Tendría que haber cero casos de nuevas infecciones de VIH en un país como el nuestro. Ves gente que viene por primera vez, pero no se infectó ayer, igual se infectó hace años, y todavía sigue habiendo casos. Y luego el tema obviamente de mejorar todo lo que se pueda el tratamiento, y la posibilidad de intentar buscar una curación. Gracias a lo que se sabe de VIH y a los antirretrovirales, se ha podido avanzar de manera increíble con la hepatitis C, que era una enfermedad que mataba y que mata millones de personas en el mundo cada año. Y en países occidentales ahora, pues es increíble, ahora das una pastillita cada 8 o 12 semanas y se cura. Se avanzó gracias a lo que se aprendió de VIH, y aquí hay que seguir intentándolo.

AP: ¿Qué crees que queda de los hitos sociales y políticos que se han conseguido desde la eclosión del VIH? ¿Queda algo de eso, o se han perdido cosas?

DP: Lo que es evidente es que la gente sabe más ahora, tiene mayor conocimiento, yo creo que el tabú un poco ha disminuido. A ese nivel se ha ido mejorando un poco, pero bueno, está un poco, no te digo en el olvido, pero ha pasado a un segundo plano. Encima con el COVID y todos los desbarajustes de la sociedad, pues del VIH ya nadie habla, es como si no existiera.

AP: Pero quizás también está ligado a lo que decías antes, lo tenemos más o menos controlado, pero la sociedad no ha normalizado la enfermedad. Como comentabas antes, si trabajas en una oficina, no dices, “oh mira, yo tengo VIH”, por qué no es como si dijeras “tengo diabetes”.

DP: No, no te miran igual seguro. Nos hemos quedado a mitad de camino.

AP: Volviendo a tu experiencia personal de todos estos años de trabajo. ¿cómo te ha afectado a ti, como persona, todo ese trabajo con VIH desde los 80, desde el principio de la pandemia? ¿Hay aprendizajes que son transferibles a otros aspectos de la medicina y a la vida en general o tu vida personal?

DP: Bueno, yo creo que, a nosotros, a los médicos que nos dedicamos a esto nos ha, no sé si transformado la vida, pero nuestra vida se ha dedicado a eso, aparte de la vida social, la familia, los hijos o nietos. Pero ha sido una vida dedicada muchísimo, muchísimo a esta enfermedad y a los pacientes. Y bueno, yo creo que también nos acercamos un poco a colectivos con los que a lo mejor uno socialmente no estaba en contacto. Sobre todo me refiero a la gente vulnerable, pero sobre todo a adictos, a transexuales, a trabajadoras del sexo. El tema gay, pues bueno, mi mejor amigo en la adolescencia era gay, se murió de Sida, siempre tienes contacto, porque al fin de cuentas forma parte de la normalidad de la sociedad. Pero bueno, también fue un contacto mucho más estrecho y con mucha más gente y con una variedad de gente en muchísimos aspectos. Creo que para nosotros fue un aprendizaje de vida espectacular. Es verdad que depende de cómo es cada uno, hay gente que lo toma con mucha más distancia, mucho más científico, y otra gente que se acerca más a los pacientes. Al principio tenías que poner una barrera porque si no te destruía, uno podía estar todo el día llorando. Es como que ponías una cierta barrera para defenderte de la angustia que te provocaba estar todo el día con pacientes que tenían una enfermedad sin cura, eran chicos jóvenes, chicas jóvenes.

AP: Lo que estás diciendo es que, a pesar de estar en un contacto tan directo, hay una necesidad de

protección, no protección a nivel físico, pero si a nivel psicológico, para poder seguir trabajando, ¿no?

DP: Sí, esto fue sobre todo los primeros 10, 15 años, cuando las cosas estaban mucho más jodidas que ahora. Ahora es diferente, pero es verdad que también hay más cosas. Luego tampoco tienes tanto tiempo, no puedes estar una hora con cada paciente, a veces pasa que uno está jodido por mil cosas en su vida y bueno, le dedicas un montón de tiempo, pero también es verdad que gente que ya está super perfecta, que está bien, que toma la pastillita y que viene y tal, pues igual hablas cinco minutos y luego empiezas a hablar del Barça.

Ponías una cierta barrera para defenderte de la angustia que te provocaba estar todo el día con pacientes que tenían una enfermedad sin cura, eran chicos y chicas jóvenes.

Tenías que poner una barrera  
porque si no te destruía, uno  
podía estar todo el día  
llorando.



AP: ¿Crees que el modelo de tratamiento y seguimiento del VIH, como por ejemplo vosotros, en Bellvitge, ha influido en el modelo general de atención del sector sanitario?

DP: No, no, no lo sé. No creo que mucho. Es como que este es nuestro mundo. El traumatólogo, el dermatólogo, no saben qué hacemos nosotros con los pacientes y nuestra relación, no me parece que haya influido.

AP: ¿porque hay estos mundos estancos dentro de la sanidad?

DP: Bueno, sí, yo no sé qué hace el traumatólogo, ni cuánto tiempo ve al paciente...

AP: ¿tú crees que vuestra manera de trabajar podría apuntar a cómo podría ser un modelo de futuro de la sanidad?

DP: No lo sé, porque además te digo que yo creo que no es lo mismo. La generación mía ya está prácticamente jubilada, una gran mayoría, y en los próximos pocos años la gente que ha venido después no ha vivido lo que vivimos nosotros, desde la relación que yo creo que tienen con los pacientes también, bueno, depende de cada uno, ¿no? En mi propia unidad, yo tenía gente que era increíble, en como veían a los pacientes. Lo sabía porque los pacientes luego a veces me lo contaban en el pasillo, y otra gente que decía, madre mía, es que no, no sé si el paciente saldrá peor de lo que entró. Hay de todo, aunque la mayoría era gente muy válida.

AP: Volviendo a las farmacéuticas, ¿nos podrías hacer un mapeo de las principales, como Gilead, Jansen... cuáles son las farmacéuticas que se han implicado más?

DP: Bueno, antes había más, ahora solo hay cuatro, por lo menos aquí hay solo cuatro: Gilead, ViiV, Janssen y MSD. Los que están más implicados... en realidad todo depende del dinero que ganen, ¿no? y de la oportunidad que tengan de generar negocio, es así. No hay un tema de que unos tienen más conciencia que otros, esto no es así. Es verdad que algunas farmacéuticas aprovechan también para que una parte de su presupuesto sirva para estudios más sociales y cosas de estas. De hecho, dan becas de estudio, como podría ser a lo mejor colaboraciones como la que queréis hacer vosotros con el proyecto MORTALS +. ViiV i Gilead son ahora las más potentes.

AP: ¿Cuál es tu relación a lo largo de los años con las farmacéuticas?

DP: De hecho, con alguna gente me sigo viendo, sigo yendo a comer y somos casi más amigos que otra cosa ahora, porque no tengo un trato comercial. Ahora el estudio que voy a hacer en Mozambique lo financia ViiV Internacional. Son cuatro duros, pero bueno, lo financia. Es que esto también es muy personal, yo he tenido una buena relación porque he sabido poner límites. Ya te digo, esto es un matrimonio de conveniencia, entonces nos interesaba que nos apoyaran ya no solo las sucursales de aquí, sino la internacional, que de hecho cuando tu estudio va a parar allí, esto de que desde aquí se paga el estudio de acá, eso no existe, casi todos son centralizados. Si son ensayos clínicos, o estudios científicos bien hechos, no estudios comerciales, que también ha habido, a estos no nos hemos dedicado porque yo no he querido. También hay una relación comercial, es evidente, pero es ahí donde tienes que poner los límites, si no es una mierda de relación y yo por ahí creo que he tenido la suerte y la capacidad de poder manejarlo bien. De no dejarme presionar, y en cambio sí tener una buena relación científica, de colaboración científica, de proponer ensayos clínicos

que les podían interesar, pero que también nos interesaban a nosotros como investigadores. A ese nivel yo creo que hemos tenido todos estos años una buena relación, y si en un momento ha habido algún desencuentro, pues mira, mala suerte.

AP: Has tocado un poco esta cuestión de las barreras económicas y barreras para poder acceder a fármacos y tal. La cuestión de los fármacos genéricos, sobre todo en los países en vías de desarrollo ¿cómo funcionan?

DP: No está mal ahora, porque yo creo que igual ha costado tiempo. Pero por ejemplo en Mozambique, que es un país super pobre que conozco en directo porque ya hace un par de años que voy yendo, todos los pacientes están con una pastilla única, que no es la que tenemos acá, pero es casi lo mismo, y está súper bien y es una combinación súper buena y el gobierno lo consigue, no sé si Estados Unidos se lo debe dar a un precio muy barato o se lo regala o qué, pero lo tiene ahí para todos los pacientes, no tienen limitación. Entonces, yo creo que a ese nivel... hombre, supongo, no sé si por interés de imagen o por lo que sea y que tampoco son tan malvadas las farmacéuticas, también han bajado mucho los precios para fármacos en esos países. Luego hay países que hacen genéricos. En la India, en Brasil, y tienen poblaciones muy grandes, y ellos se meten con genéricos enseguida. De hecho, en Latinoamérica, por ejemplo, en Argentina que conozco bien, allí no es como aquí, que necesitas 10 años para cambiar la patente. Allí para que otro pueda usar un genérico no hay la misma reglamentación que aquí.

AP: Una última pregunta, ¿cuál es tu relación personal con el virus?, después de estudiarlo tanto tiempo, ¿tienes un imaginario o una imagen del virus? Estaba leyendo artículos de estudios científicos que hablan de como el virus “se esconde” en el sistema nervioso central, en el tejido rectal... como casi humanizando o

antropomorfizando al virus, ¿tienes tu una imagen que a lo largo de los años te has creado del virus?

DP: La verdad es que no. Pero tampoco me he hecho su amigo.

La gente ya no habla de VIH.

Con el COVID y todos los de  
desbarajustes de la sociedad,  
pues del VIH ya nadie habla,  
es como si no existiera.

Nos hemos quedado a mitad de  
camino.