

MORTALS +

Conversa amb la Dra. Júlia Calvo.

Barcelona, 22 d'octubre 2024

Especialista en VIH, forma part del grup de recerca tècnica de l'Hospital Clínic. Equip multidisciplinari relació econòmica i social i VIH, Hospital de dia VIH/SIDA.

Autora de l'estudi: Model d'intervenció multidisciplinari sobre les persones amb VIH i vulnerabilitat socioeconòmica. (Assaig clínic aleatori).

Es tracta d'adaptar el sistema a les persones, no que les persones s'adaptin al sistema.

Júlia Calvo (JC): L'atenció estàndard d'una persona que viu amb VIH, una persona que es controla habitualment, són dues visites, un control cada 6 mesos amb una analítica. Això és la persona estàndard, la gran majoria de persones que seguim a la unitat. Tot el que sigui fora d'això és perquè la persona presenta algunes característiques determinades, ja siguin, per exemple, usuaris de Chemsex. Llavors fem un circuit també cada tres mesos per controlar malalties de transmissió sexual, i en el meu cas és súper variable: hi ha persones que veig mensualment i persones que potser venen cada setmana, i consisteix una mica en adaptar el sistema a aquestes persones, no que les persones s'adaptin al sistema. Això vol dir que també les professionals hem d'estar disposades a adaptar-nos, podria aparèixer perfectament una d'aquestes persones, i llavors l'has d'atendre. S'han fet poques coses d'aquest estil, de fet hi havia poques publicacions. Si voleu mirar potser el que ja està publicat ara mateix, perquè és un projecte, encara no tenim resultats, és a San Francisco, d'una metgessa que es diu Monica Gandhi, i ella treballa justament amb aquest tipus de població, sobretot a San Francisco. Pop-up clínics, bàsicament és una mica aquesta idea que els serveis estan disposats i quan les persones poden aparèixer son atesos allà on estan. De fet, ella és la que s'està saltant una mica el que està escrit. No només a nivell assistencial. Ara potser el més innovador que ha publicat, també, des de fa un any aproximadament, és que s'ofereix l'opció de fer tractament antiretroviral injectat, això vol dir que és un tractament cada dos mesos, i deixes de prendre la pastilla diàriament. Per fitxa tècnica només pots oferir aquest tractament si les persones son indetectables, i el que ha fet la Monica és començar a posar-la si no hi ha unes resistències evidents, encara que no compleixis aquest criteri d'indetectabilitat. Ella és una mica el referent en aquesta qüestió de poblacions vulnerables.

Albert Potrony (AP): Quan descrivies el perfil de les persones amb les que treballes, dels grups que esteu atenent, em preguntava: Com veus la qüestió de gènere en relació al VIH?

JC: Jo crec que és importantíssim. En general la medicina no té perspectiva de gènere, ni pel VIH en particular. Tots coneixem la història de la infecció per VIH, la història europea, per començar, la història dels homosexuals, dels homes que tenen sexe amb homes. Va ser una pandèmia horrorosa, però la veritat ara ja no és aquesta. Pràcticament el 51% de les infeccions actualment per VIH són de dones CIS, perquè la majoria d'infeccions són a l'Àfrica, on la transmissió més freqüent és l'heterosexual i el volum de dones CIS amb VIH és molt considerable. Aquesta no és la realitat que habitualment vivim a Europa i especialment en ciutats com Barcelona, Madrid, València, on els homes bisexuals que tenen sexe amb homes són el grup majoritari. No obstant això a les dades espanyoles i catalanes, i per això ho vam considerar com un grup de risc, més del 50% de les persones que es diagnostiquen ara mateix amb malalties avançades amb un Sida, o un CD4 per sota del 350, són dones. Els nous diagnòstics de persones amb malaltia avançada, una cosa que no hauria de ser ara mateix, no hauria de ser així, diagnosticar una malaltia anys després, quan se t'ha deteriorat tant el sistema immune, són dones. Per això creiem que és un col·lectiu vulnerable, la dona CIS en general.

Ha canviat molt de l'inici de la pandèmia dels anys 80, 90, a Barcelona. Les dones CIS que es contagiaven, o que tenien la infecció, ho feien en el context d'usuàries de drogues per via parenteral. També hi ha un subgrup de dones que són víctimes, perquè les seves parelles heterosexuals homes han tingut relacions extramatrimoniales, i elles han sigut contagiades sense saber-ho. I després hi ha un problema molt evident,

que és que les dones no tendim a testejar-nos amb la freqüència que hauríem de fer-ho.

Hi ha molt poca cultura de la salut sexual reproductiva, especialment en les dones. Si preguntes a les teves amigues, “quan va ser l'última serologia VIH que et vas fer?” La gent dirà que “fa 5 anys que vaig donar sang” i tal, però no hi ha cultura de testatge. I per tant, tenint totes aquestes consideracions en compte, vam considerar que el fet de ser dona era un factor de risc i per tant les havíem de considerar.

Hi ha un estigma molt més gran a més sobre la dona, i això és el cas de la dona CIS i la dona trans sobretot, perquè, almenys les dones trans que portem aquí, en general són treballadores sexuals. Per nosaltres això també és un factor de vulnerabilitat, no tant pel fet de ser treballadora sexual, sinó perquè normalment el treball sexual a Barcelona funciona per aplicacions i implica que les persones són destinades a diversos punts d'Espanya, i per tant, perden la cita i cada cop estem anant més cap a un turisme sexual o transsexual europeu. Se'n van a Suïssa, se'n van a Alemanya, i per tant no venen a les cites perquè estan treballant fora. Tenint això en compte, vam considerar que era un grup molt important a tenir en compte en el nostre projecte.

Més del 50% de les persones
que es diagnostiquen ara
mateix de novo amb malalties
avançades com un Sida o un CD4
per sota del 350, són dones.

Hi ha un problema molt evident, que les dones no tendim a testejar-nos amb la freqüència que hauríem de fer-ho.

Hi ha molt poca cultura de la salut sexual reproductiva, especialment en les dones.

AP: Quin paper juga l'estigma del VIH en la salut física i mental? Quin espai ocupa l'estigma en la teva recerca?

JC: Nosaltres és veritat que específicament ho parlem directament a la consulta. Quan preguntem quin és el motiu per no prendre la medicació, és una de les preguntes que nosaltres fem, un d'ells és l'estigma. Hi ha persones que el fet d'haver de prendre una pastilla al dia els recorda que viuen amb una condició crònica i deixen de prendre la medicació per aquest motiu. Part dels qüestionaris de qualitat de vida que passem a l'inici de les visites i de completar les 48 setmanes de seguiment, algunes de les preguntes fan referència a l'estigma. Per exemple, et sents culpable que la gent et culpi del diagnòstic? Hi ha una sèrie de preguntes que fan referència a l'estigma. És una cosa que es parla habitualment i que preguntes obertament, com vius la infecció per VIH? ho has explicat? no ho has explicat? et condiciona això en com et relaciones, com et vincules? Fem molt el reforç també perquè hi ha molt de desconeixement, encara que sigui una cosa sabuda que la gent viu amb VIH, segueix havent-hi molta desinformació.

Una de les coses que hem de fer les professionals, sobretot amb això de l'estigma, és reforçar moltíssim que "indetectable és intransmissible" Això és una cosa que ho sabem des de fa molts anys, però que tot i així, hi ha molt de desconeixement. Moltes parelles, per exemple inclús serodiscordants (una persona 0 positiva i una persona negativa), i que la negativa, en una relació tancada, està fent PrEP (profilaxis preexposició). I això, si la parella és tancada, no té sentit.

Fem molt de reforç amb això. Hem de recuperar molt la possibilitat de tenir relacions sexuals satisfactòries, les pràctiques que es vulguin.

Diria que potser el 70% de la meua consulta sí que són participants d'aquest projecte i després també estic fent moltes primeres visites a persones naïf al tractament, que són persones que les acaben de diagnosticar.

Hi ha un estigma molt més gran sobre la dona, i això és el cas tant de la dona CIS com de la dona trans.

AP: Com a persona que tractes amb el col·lectiu que ho viu dia a dia, com creus que funciona això de l'estigma? justament això d'indetectables = intransmissibles sembla que hauria de ser la fi de l'estigma. Com creus que funciona això avui dia?

JC: Jo crec que depèn una mica del col·lectiu, és a dir, pels homes que tenen sexe amb homes, generalment gais, que viuen a Barcelona i es relacionen amb altres homes, crec que viure amb VIH és una opció. És a dir, és una cosa que és relativament plausible, és una cosa que és relativament... que està bastant, diguem, sobre la taula entre el col·lectiu d'homes que tenen sexe amb homes, per exemple, quan obres Grindr o qualsevol aplicació, moltes persones inclús expliquen la seva situació, VIH no controlat, VIH controlat o en PrEP o sense PrEP... dona la sensació que igual que hi ha una consciència del testatge, del cribratge, molt més que en altres col·lectius, la possibilitat de viure amb VIH també la contemplen molt més que altres col·lectius. I per tant, sí que tot i que hi ha molt d'estigma, crec que pel qui és de Barcelona o el que viu a Barcelona i està en contextos de parelles múltiples i que a vegades no sempre utilitza protecció, entenent la protecció com a preservatiu, però que la sensació de les primeres visites és "ja m'ho esperava, tard o d'hora havia de passar".

És diferent per les persones que venen d'altres països, per exemple, persones, homes o trans, que venen de Colòmbia, que venen d'Equador, on evidentment no han pogut explorar la seva condició, la seva orientació sexual i la seva expressió de gènere. Llavors, aquí sí que hi ha una càrrega emotiva molt important, s'emparella la idea del càstig, del càstig diví, "que això m'ha passat per ser marica", hi ha com aquesta culpa...

I després sí que potser la dona, la dona sí que et diria que també aquí hi ha un estigma molt gran. "Si

jo només he estat amb el meu marit, jo no he tingut pràctiques, i com pot ser que m'hagi passat amb mi?" Jo crec que depèn una mica del perfil de persones, que no és el mateix estigma per tothom.

Com vius la infecció per VIH?
Ho has explicat, no ho has explicat? Et condiciona això en com et relaciones?

Hi ha molt de desconeixement,
encara que sigui una cosa
sabuda que la gent viu amb
VIH, segueix havent-hi molta
desinformació.

AP: La qüestió VIH i moralitat/amoralitat. Com ho has viscut tu en el teu treball?

JC: Una mica el que dèiem, depenent del grup. És a dir, col·lectius que s'ha titllat, entre cometes, de "promiscus", que tenien una alta activitat sexual com poden ser gais i bisexuals. Les persones que han viscut aquí i que han pogut gaudir de la sexualitat no hi ha cap sensació de càstig... "M'ho he buscat una mica perquè m'ho he passat súper bé, he fet el que he volgut, no he pres cap precaució i era evident que això em podia passar."

Jo crec que depenent del col·lectiu que dèiem. En canvi un homosexual, un home gai, però que ve d'un lloc on ni tant sols ha pogut explorar la seva orientació i que arriba aquí i que amb la primera parella sexual adquireix el VIH, aquí sí que hi ha una mena de... "això és un càstig", a vegades diví, també hi entra el paper de la religió, és una mena de càstig per ser gai.

I les dones igual. Jo crec que depèn una mica del col·lectiu. Sí que per una banda ho dèiem en una altra conversa, per una banda és bo perquè hi ha una obertura cap a tenir relacions més diverses, més divertides, més plurals, però sí que clarament hi ha una disminució de percepció del risc. I tot i que hi ha maneres de fer reducció de riscos, com pot ser la PrEP, com fer més tests, més freqüents. Evidentment va de la mà, tens més pràctiques sexuals, però sí que hi ha una sensació de relaxació perquè ja no és una malaltia mortal, sinó que és una condició crònica.

Hem de reforçar moltíssim que
indetectable vol dir
intransmissible.

Al món occidental el repte és
recuperar les persones que
viuen als marges.

AP: Quins son ara per tu els reptes de futur?

JC: Al món occidental jo crec que els reptes són aquests: Recuperar les persones que viuen als marges, clarament. Del 90% de persones que fan bé el tractament, que venen a les visites, els reptes són encara millorar més la qualitat de vida entesa. Com dèiem, fàrmacs cada dos mesos, intentar que hagin de prendre el menor nombre de pastilles possibles, parlar molt de l'envelliment i del VIH, és a dir, les comorbiditats. Atendre bé aquestes persones que abans morien i ara envelleixen amb una condició més a tenir en compte.

Des del nostre punt de vista intentar adequar una mica els recursos. Els objectius serien la gent gran, la gent comòrbida, que va envellint amb VIH, tenir-la en compte perquè és un factor més de risc en l'envelliment, i tenir un control més integral, intentar reduir la toxicitat farmacològica i en els que estan més controlats aportar tractaments que siguin el més senzills possibles.

Després el gran forat està en els que segueixen acabant a l'UCI, els que tenen sida, i els que venen a l'hospital i segueixen morint-se i segueixen tenint 30 anys. Ja no són nois de Londres, però són dones trans, són gent amb moltes vulnerabilitats. Jo crec que s'ha de repensar, aquí ho fem molt bé amb molta gent, tenim altres estudis que no porto jo, però que també són interessants. Hi ha un estudi que compara veure'ls cada 6 mesos respecte cada 12, persones que estan súper ben controlades realment no necessiten dues vegades a l'any, no? Repensar aquests recursos. Aquelles visites destinar-les a altres col·lectius que clarament estan fora.

Millorar el diagnòstic. Això és una element que encara no tenim del tot bé, hi ha massa diagnòstic tardà, encara un 30-40% dels nous diagnòstic són per sota 350

CD4s, que és molt, moltíssim, i això vol dir que ha d'haver més cribratge a l'ambulatori, a urgències, educar a la població perquè es faci una serologia de tant en tant, qualsevol persona sexualment activa s'hauria de cribar un cop a l'any com a mínim, ja no dic si tens dues o tres parelles sexuals. Hi ha una part educacional molt important i redistribuir els recursos cap a aquelles poblacions que... hi ha uns que no necessiten tant i uns altres que ho necessiten una miqueta més. Això per una banda. Cada zona té les seves limitacions, per exemple a l'Europa de l'est tota aquesta part de l'estigma i de l'homosexualitat clarament des dels propis governs està penada i perseguida, per tant és impossible que una persona que adquireix el VIH acudeixi a un centre sanitari per rebre tractament.

Després hi ha un problema, sobretot a Rússia, molt important de consum de drogues per via parenteral. A l'Europa de l'est hi ha molt de consum de drogues intravenoses. I després, a nivell mundial, un dels drames potser de la situació africana principalment són les transmissions verticals. Segueix havent-hi molta transmissió de gestant a criatura, una cosa que aquí a Europa s'ha reduït moltíssim, perquè a qualsevol dona o persona se li fan cribratges al primer trimestre, però això a l'Àfrica no és així hi ha molta transmissió vertical. Les polítiques o les mesures depenen molt de les necessitats de la zona, si no coneixes com és la teva zona i quines són les limitacions, és difícil que facis un projecte de respecte, primer has de voler conèixer això.

Hem de parlar molt de
l'envelliment i el VIH.

Hem d'atendre bé aquestes
persones que abans morien i
ara envelleixen amb una
condició més a tenir en
compte.

AP: Una de les coses que ens vas dir la primera vegada que vam parlar va ser que la gent que no entra al sistema torna a estar als anys 80, com al principi de la pandèmia. Vam parlar d'aquesta idea de canviar el sistema, que és bàsicament el que esteu estudiant vosaltres. Una mica tot el treball amb el VIH ha fet això, que s'haguessin de coordinar els CAPS, serveis socials, salut mental.. que hi hagués un treball més cooperatiu. Quin seria el següent pas endavant? Què esteu descobrint amb la vostra recerca, i si això pot també portar a unes experiències o uns sabers que ajudin a donar-li una mica de volta al sistema sanitari? Parla'ns de recursos i d'aquesta agilitat, de no homogeneïtzar-ho tot, de poder arribar allà on hi ha una necessitat més específica o complicada. Quins elements veus que podrien donar-li la volta al sistema?

JC: Per a qualsevol cosa es necessiten dades. Per convèncer un gestor, per convèncer un equip directiu, necessites dades que de moment no tenim, aquestes dades no existeixen. Sabíem que hi havia gent que ingressava a les UCIs, sabíem que teníem gent perduda que no venien a les consultes, però no estava quantificat no sabíem quants pacients perdien el seguiment, quins són els factors que s'associen a perdre el seguiment. Jo crec que això ajudarà al programa perquè evidentment és una primera aproximació i els resultats poden ser bons o no. Crec que és fonamental la part descriptiva que obtindrem, i poder dir, mira, això és la realitat, insisteixo, de 100 persones, que probablement hi hagi moltes més, aquestes son les 100 que hem pogut reclutar i vincular.

Falten moltes dades per veure quina és la dimensió real de la qüestió. Si aconseguïssis convèncer que això és una situació real, ni que sigui en termes econòmics, perquè al final les persones que acaben ingressant a una UCI, i un ingrés a una UCI són 5.000

euros diaris, són aquestes persones, les persones amb VIH, les que tenen oportunitats, les que necessiten intubar-se, les que necessiten ingressos de dos o tres mesos. Realment només des de un punt de vista econòmic, probablement sigui molt més rentable la prevenció que el tractament després. Probablement, no tenim estudis, però probablement sigui així.

Primer identificar, conèixer la població, perquè no la coneixíem fins ara, i un cop fet això donar una mica de dades reals. Crec que recursos n'hi ha, recursos socials n'hi ha, tot i que molt limitats per l'emergència que realment és. I a vegades sí que és veritat que l'administració tampoc ho posa massa fàcil. Ja ens adonem, a través de la treballadora social, que s'han activat moltes ajudes, però no hi ha un consens, moltes llacunes... Hi ha opcions, però... els tempos són molt lents, una administració complexa que al pacient li costa accedir-hi...

Una mica més això, molt multidisciplinari. Encara diem aquesta idea, no? Han d'haver-hi diverses professionals implicades. També des del punt de vista mèdic nostre, ha d'haver-hi metges i metgesses que vulguin tractar aquesta població. I no és una població senzilla per molts motius. Una perquè no venen moltes vegades, dos perquè has d'estar molt a sobre, tres perquè tenen drames, i evidentment les consultes no són de 15 minuts, són consultes de mitja hora o una hora, i no tothom vol assumir això, i també és molt lícit. Hi ha d'haver professionals que vulguin posar el seu temps en això.

Jo crec que és això. Identificar bé, conèixer la població, comptar amb professionals que vulguin implicar-se, i sobretot en molts dels diversos àmbits, ha d'haver sí o sí una treballadora social, ha d'haver-hi la part de salut mental sí o sí, i poca cosa més. I anar veient quines són les necessitats de cadascú i intentar donar el màxim. Pot ser que els

resultats, almenys els que hem proposat, no funcionin, però bé, ho haurem de veure, falten dades, no en tenim ni idea.

El gran repte està en els que segueixen acabant a l'UCI, els que tenen Sida i venen a l'hospital i segueixen morint-se, i segueixen tenint 30 anys. Ja no són nois de Londres, són dones trans, són persones amb moltes vulnerabilitats.

Roser Sanjuan (RS): Una cosa que ja ens vas avançar a l'altra conversa era com els canvis en l'ús dels preservatius també ha canviat com enfocar en la prevenció dels contagis, no? Que boomers com jo no ho tenim integrat, però que hi ha hagut uns canvis aquí i també hi han d'haver uns canvis conseqüents amb les estratègies. En els hàbits sexuals, pel que fa a la protecció, ens deies que el condó ha deixat de ser majoritari. A mi em sorprenia molt quan tu ho deies perquè soc d'una generació que entenia que el profilàctic havia vingut per quedar-se per sempre, i que era molt important. I com aquests canvis també han canviat la manera de buscar estratègies per a la protecció o per la prevenció. Una mica que tu tens això molt clar perquè ho veus dia a dia, però per a la resta de la població penso que és una cosa una mica desconeguda, a no ser que siguis adolescent o que estiguis en alguns col·lectius.

JC: Sí, jo crec que generacions nascudes als anys 70, són generacions que van viure dues coses: Una epidèmia de droga molt important i la Sida. I que per tant això va condicionar molt com es plantejaven l'ús del preservatiu perquè es va basar una mica la sexualitat des de la por. La por al contagi... Jo soc dels 90, i també vaig rebre aquests coletazos, no? el "pontelo, ponselo" unes campanyes d'ús de preservatiu en que d'alguna manera es van educar unes poblacions des d'un lloc que per suposat no estava dirigit a gaudir d'una sexualitat plena, divertida, variada, múltiple. Jo crec que això ha canviat, per mi ha canviat a millor, per suposat, però això té els seus riscos. Com més contactes sexuals tinguis, tens més probabilitat d'adquirir infeccions de transmissió sexual. En certs col·lectius, sobretot, es va més cap a la reducció de riscos, més que obsessionar-nos amb coses que ja sabem que no funcionen, perquè les dades són molt clares. Hi ha un molt baix ús del preservatiu des de la primera relació sexual, es comença la sexualitat molt abans del que es feia abans, i per tant es

pateixen més anys d'exposició a risc de malalties de transmissió sexual. Fem campanyes de prevenció de riscos. Assumim que ara mateix tu tindràs 20 parelles sexuals al mes, això és així, fàcil, i el que fem és oferir-te una profilaxis per exposició, com és la PrEP. En aquests col·lectius està aprovada per a homes que tenen sexe amb homes i que han tingut més d'una ETS* en l'últim any o per a treballadores sexuals, gent que tingui molta exposició o tingui més risc. Aquesta és l'estratègia que s'està seguint. Alguns diran que es fa promoció de les ETS*. El que fem és intentar entendre com funciona el món i intentar fer les coses amb la millor seguretat i salut possible. Jo crec que s'ha d'anar repensant, perquè anem tard. Tots aquests discursos encara del preservatiu, evidentment és un eina excel·lent i s'ha de recomanar sempre, però també s'ha de ser molt conscient de si això arriba o no a la població, si fem xerrades d'educació sexual amb 16 o 17 anys és que hem arribat tardíssim. Estem lluny de la primera relació ja.

Jo crec que és repensar... primer, parlar-ho amb normalitat. La gent que tingui criatures és molt complicat, però jo és com ho intentaria fer. Parlar-ho amb normalitat, que això és una realitat, què és un sí i què és un no, i a partir d'aquí com fer-ho el millor possible. Si que sembla que hi ha una miqueta més de llibertat en aquest sentit, que les generacions que venen en termes d'orientació gairebé no tindran tantes dificultats com altres que hem tingut durant els anys previs, això és molt positiu. Més contactes són més riscos. No passa res per dir-ho així.

Jo crec que generacions nascudes als anys 70, són generacions que van viure dues coses: Una epidèmia de droga molt important i la Sida. I que per tant això va condicionar molt com es plantejava l'ús del preservatiu, perquè es va basar una mica la sexualitat des de la por al contagi.

D'alguna manera es va educar la població des d'un lloc que, per suposat, no estava dirigit a gaudir d'una sexualitat plena, divertida, variada, múltiple. Jo crec que això ha canviat, per mi ha canviat a millor, per suposat, però això té els seus riscos. Com més contactes sexuals tinguis, tens més probabilitat d'adquirir infeccions de transmissió sexual.

Alguns diran que es fa promoció de les ETS*. El que fem és intentar entendre com funciona el món i intentar fer les coses amb la millor seguretat i salut possibles.

Anem tard. Evidentment el preservatiu és un eina excel·lent i s'ha de recomanar sempre, però també s'ha de ser molt conscient de si això arriba o no a la població. Si fem xerrades d'educació sexual amb 16 o 17 anys és que hem arribat tardíssim. Estem lluny de la primera relació ja.

AP: Però també amb aquesta qüestió de la moralitat, que és com que la prevenció s'equipara amb el portar-se bé, la manca de diversió, i que la diversió es vincula a allò que està malament. Com treballem la qüestió de les malalties de transmissió sexual, perquè sense preservatiu n'hi haurà més. És una qüestió de llenguatge, i també d'incorporació de protocols per intentar reduir els riscos?

JC: Jo crec que s'ha de parlar, i totes les professionals tenim una responsabilitat enorme amb el llenguatge i l'explicació de les coses. Jo soc súper taxativa amb això. Si tens més relacions, tindràs més risc d'ETS. Has d'explicar en què consisteix i donar eines i explicar que el preservatiu et reduirà el risc d'aquestes ETS, però que probablement no l'utilitzes pel sexe oral, i per tant també pots contraure ETS encara que l'utilitzis per la penetració, i oferir circuits. Jo prefereixo que quan tinguis símptomes, vinguis aquí i et pugui testejar i tractar-te amb menys d'un dia i tallar la cadena de transmissió, que per vergonya, no vinguis i no t'ho pugui tractar. He d'explicar els riscos i amb aquesta informació tu fes el que creguis que has de fer. Tampoc podem controlar la sexualitat de les persones i què faran i què no faran. S'ha d'explicar els riscos i la gent ha d'entendre al que s'exposa. I no passa absolutament res, per això tenim tractament, per això no tenim tractament.. explicar quina és la realitat que tenim i el que nosaltres podem oferir.

Crec que el llenguatge és importantíssim, que la persona, el pacient confiï amb tu. Jo prefereixo això perquè crec que a nivell d'eficàcia és molt millor aquest sistema. Jo sé que aquesta persona vindrà avui a tractar-se i tallar la cadena de transmissió. No s'esperarà dos o tres setmanes que tingui visita. Jo crec que ha de canviar això, el llenguatge, l'aproximació, generar un clima de confiança i aquí sí que allò del estigma és

importantíssim. Fer preguntes obertes, parlar de conceptes, quantes parelles sexuals tens.. si aquesta parella és oberta o és tancada... s'ha d'adequar el llenguatge perquè no podem donar res per fet. Quan més fàcil ho poses tu com a professional. Les persones en general el que volem és relacionar-nos amb gent normal. Si tu parles normal i tu parles obertament, la gent en general no té per què amagar-se d'això o d'allò altre. Jo crec que és possible.

AP: M'estàs il·lusionant. Estic veient un futur servei de salut/social que realment sigui per a la persona, no en contra de la persona.

JC: Sí, de fet, alguns pacients que veig, sempre quan comentem les analítiques, tothom el primer que mira és la càrrega viral, no? Jo sempre dic, anem a comentar primer tot el que no té res a veure amb el VIH, perquè ara és més probable que et moris d'això que del VIH. Llavors anem a comentar el ronyó, anem a comentar el fetge, perquè tens dret a viure amb malalties que no tinguin res a veure amb el VIH, això ho dic moltíssim. I dic, bé, ara ja sé que et preocupa, però anem a això, sembla que només l'important sigui la càrrega viral. Anem a escoltar altres coses i anem a mirar per allò que no té res a veure amb el VIH.

Tampoc podem controlar la sexualitat de les persones. Hem d'explicar els riscos i amb aquesta informació tu fes el que cregueis que has de fer.

Les professionals tenim una responsabilitat enorme amb el llenguatge i l'explicació de les coses. Hem d'explicar quina és la realitat i el que nosaltres podem oferir.

RS: Ens preguntàvem si entre els teus homòlegs a nivell d'edat, desperta interès aquesta especialitat, o ara que ja és una malaltia crònica desperta menys interès en especialitzar-s'hi?

JC: És veritat que la medicina interna és una especialitat molt àmplia i, al no tenir infeccions, tu quan fas la residència realment la rotació d'infeccions són 6 mesos, dels quals potser estàs un mes a VIH. El contacte que tu tens amb VIH és molt petit durant la residència i, per tant, jo crec que això sí que és un biaix en el sentit que realment si féssim infeccions hi hauria més persones que es voldrien dedicar a VIH. Llavors, depèn una mica, per tongades. Som sempre 5-6 residents que fem interna per any i no és el més freqüent, però va a tongades. Ara el meu company d'un any més gran que jo i jo, només un curs de diferència, estem fent VIH, però feia 5 anys que no venia ningú jove a la unitat. Crec que està esbiaixat per això, pel fet que no hi hagi una especialitat d'infeccions, perquè si hi fos, probablement, un 50% voldrien fer VIH i un 50% altres infeccions. Perquè acabi algú de medicina interna, que tenim autoimmunes, que tenim risc cardiovascular, que tenim les residències comunitàries... què algú acabi a VIH és relativament poc freqüent.