

Treball de fi de grau

Títol

Autor/a

Tutor/a

Departament

Grau

Tipus de TFG

Data

Facultat de Ciències de la Comunicació

Full resum del TFG

Títol del Treball Fi de Grau:

Català:

Castellà:

Anglès:

Autor/a:

Tutor/a:

Curs:

Grau:

Paraules clau (mínim 3)

Català:

Castellà:

Anglès:

Resum del Treball Fi de Grau (extensió màxima 100 paraules)

Català:

Castellà:

Anglès:

Con especial agradecimiento a:

Manel MateU Evangelista, por la tutorización de este proyecto y por brindarnos su entera disposición

A.P., por dejarnos entrar en los recovecos de su alma

Ferran Pujol, por abrirnos los ojos y cambiar nuestra perspectiva sobre la realidad del VIH y el estigma relacionado

| | |
|---|-----------|
| 1. Introducción..... | 3 |
| 2. Marco teórico | 9 |
| 2.1. El género reportaje..... | 9 |
| 2.1.1. Evolución del género reportaje..... | 10 |
| 2.2. El género documental | 10 |
| 2.2.1. Las modalidades de documental según Nichols | 10 |
| 2.2.2 Documentales “de representación social” y la captación de la realidad por parte del cineasta | 13 |
| 2.2.3 Documental contemporáneo y su incursión en la era digital..... | 15 |
| 2.2.4. La influencia de la televisión en el género documental..... | 17 |
| 2.3 La visión sociológica del estigma y el rechazo social | 19 |
| 2.3.1 Tratamiento preventivo biomédico: la profilaxis preexposición (PrEP) como esperanza de futuro | 23 |
| 3. Metodología..... | 26 |
| 4. Guión literario pre-rodaje | 29 |
| 4.1. Ficha técnica | 29 |
| 4.2 Primer bloque temático: la incansable lucha de las asociaciones y sus reivindicaciones. | 35 |
| 4.2.1 Entrevistas a los protagonistas..... | 38 |
| 4.3. Segundo bloque temático: La perspectiva sanitaria y de investigación..... | 39 |
| 4.3.1 Entrevistas a los protagonistas..... | 41 |
| 4.4. Tercer bloque temático: dando voz a las víctimas de la epidemia..... | 42 |
| 5. Guion técnico pre-rodaje | 44 |
| 5.1 Secuencias de la pieza audiovisual | 44 |
| 6. Plan de Trabajo | 75 |
| 7. Presupuesto | 82 |
| 8. Cadena y parrilla de televisión | 87 |
| 9. Plan estratégico de comunicación integral..... | 89 |
| 9.1 Estudio del entorno: análisis e investigación..... | 89 |
| 9.2 Objetivos..... | 90 |
| 9.3 Público Objetivo | 91 |
| 9.4 El mensaje..... | 91 |
| 9.5 Estrategia | 91 |
| 9.5.1 Difusión | 91 |

| | |
|--|------------|
| 9.5.2 Promoción..... | 92 |
| 10. Plan de financiación..... | 97 |
| 10.1 Patrocinios: | 97 |
| 10.2 Subvenciones: | 98 |
| 11. Conclusiones..... | 99 |
| 11. Bibliografía y webgrafía..... | 101 |
| 13. Anexos..... | 107 |

1. Introducción

En marzo de 2014 se produjo un pacto histórico y pionero en toda Europa: el Parlament aprobaba el Acuerdo Nacional para hacer frente a la epidemia del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en Cataluña y en contra del estigma relacionado. Fue fruto del esfuerzo de la ciudadanía y de las numerosas entidades que trabajan en el ámbito de la salud y del VIH/sida.

Un año después, dichas asociaciones denuncian que no tienen constancia de la creación del Plan de Trabajo y estudio del VIH de la comisión de Salud del Parlament de Catalunya; tampoco se ha establecido un Pacto social contra la discriminación de las personas que viven con VIH.

El Sida (síndrome de inmunodeficiencia humana) es la principal pandemia de carácter transmisible que ha afectado a la humanidad desde mediados del siglo XXI (UNAIDS, 2005:4). La incidencia de la enfermedad en España fue mucho mayor que en otros países de nuestro entorno debido principalmente a una potente propagación del VIH en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), tal y como recoge el European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS de 2004. No obstante, en la actualidad la situación ha cambiado y España es uno de los países de Europa con mayor tasa de VIH y Sida en hombres homosexuales y bisexuales. En el último informe de Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España (junio de 2015) se refleja como la transmisión entre hombres que declararon haber practicado sexo con otros hombres es la más frecuente (63,9%) mientras que la ocurrida en personas que se inyectan drogas (PID) sumó un 3,4%. En total, los hombres supusieron el 84,7% de los nuevos diagnósticos de VIH mientras que el porcentaje total de mujeres diagnosticadas con VIH durante el 2014 fue de 15,2%. Las tasas correspondientes para hombres y mujeres fueron respectivamente 12,5/100.000 y 2,2/100.000. En la tabla 1 se aprecia como la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres es muy superior a la de otros grupos de la población.

A través de la inclusión de la terapia antirretroviral óptima en 1996 tuvieron lugar grandes mejoras tanto en la supervivencia como en la calidad de vida de las personas infectadas por VIH. Todo esto ha generado preocupación ya que se produce un debate en torno a si ha disminuido el mantenimiento de prácticas seguras. En general, esto no

se ocurrido y no se han encontrado pruebas sobre si ha habido aumentos en la frecuencia de conductas de riesgo, a pesar de los nuevos infectados en el grupo de la población de hombres que mantienen sexo con otros hombres (Van der Straten A., Gomez, Saul J., Quan J., Padian N.: 47-54).

Tabla 1: Nuevos diagnósticos de VIH. Año 2014. Número de casos, porcentaje y tasas por sexo, edad y modo de transmisión. España. Datos no corregidos por retraso en la notificación.

| | Variable | N | Porcentaje (%) | Tasa/100.000 habitantes |
|---------------------|---------------|------|----------------|-------------------------|
| Sexo | Hombre | 2851 | 84,7 | 12,5 * |
| | Mujer | 513 | 15,2 | 2,2 * |
| | Desconocido | 2 | 0,1 | |
| Grupo de edad | <15 años | 4 | 0,1 | 0,1 |
| | 15-19 años | 60 | 1,8 | 2,8 |
| | 20-24 años | 355 | 10,5 | 15,2 |
| | 25-29 años | 572 | 17,0 | 21,3 |
| | 30-34 años | 606 | 18,0 | 18,0 |
| | 35-39 años | 497 | 14,8 | 12,5 |
| | 40-44 años | 461 | 13,7 | 11,9 |
| | 45-49 años | 368 | 10,9 | 10,0 |
| | 50 o más años | 443 | 13,2 | 2,6 |
| | Total | 3366 | 100 | 7,25 § |
| Modo de transmisión | HSH | 1814 | 53,9 | 7,9 * |
| | Heterosexual | 876 | 26,0 | 1,9 |
| | - Hombre | 455 | 13,5 | 2,0 * |
| | - Mujer | 419 | 12,4 | 1,8 * |
| | PID | 115 | 3,4 | 0,2 § |
| | Otros | 9 | 0,3 | 0 |
| | N.C. | 552 | 16,4 | 1,2 |

□ Tasa por 100.000 hombres

* Tasa por 100.000 mujeres

§ Tasa por 100.000 habitantes

Nota: tomada de Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2015.

Sin duda, la ciencia ha mejorado la calidad de vida de los enfermos de VIH de manera muy notable y sigue luchando frente al virus día a día. Las combinaciones antirretrovirales más efectivas y menos tóxicas, las nuevas familias de fármacos o los medios profilácticos en desarrollo son componentes habituales en el panorama médico y de investigación actual. No obstante, tal y como recoge José Manuel Peixoto Caldas, “el fenómeno del VIH/Sida va mucho más allá de los aspectos médicos: existe toda una dimensión social, asociada con valores, imágenes y prejuicios, en las que las personas con VIH se han visto obligadas a encarar un desafío no menos arduo: el del estigma y

las discriminación”. Y es que, a pesar de los avances conseguidos, la percepción social de la enfermedad difiere mucho de la normalización que cabría esperar (Caldas, J., 2009: 1).

Las entidades comprometidas continúan trabajando día a día contra la discriminación de las personas que viven con la enfermedad a través de campañas de información y sensibilización ciudadanas, a pesar de la precaria situación económica y sin contar con apoyo político unitario. La plataforma unitaria 1er de Desembre –que trabaja desde finales de los noventa con los objetivos de erradicar el estigma y la discriminación e incidir en las políticas autonómicas y estatales– ha lanzado la campaña “Acuerdo nacional VIH: ahora o nunca” como llamada de atención a la sociedad y a los poderes políticos.

La plataforma 1er de Desembre declaró en un comunicado de prensa el pasado año (Plataforma Unitària Comité 1er de Desembre, 2015) que “el incumplimiento del Acuerdo después de un año no puede dejar a la sociedad catalana impasible. Mediante el trabajo comunitario y la voluntad política, podemos dar una respuesta informada, eficaz y sensibilizada ante los retos que el tratamiento, la prevención y la lucha contra el estigma y discriminación asociadas con el VIH/Sida comportan”.

El estigma es un “atributo que desacredita socialmente a quien lo soporta, que queda sometido a reacciones adversas, de hostilidad y de rechazo, que favorecen la soledad y el aislamiento social”, según palabras de Goffman. Además, puede producirse autoestigmatización cuando las personas con VIH interiorizan o anticipan las actitudes sociales que se experimentan en la sociedad. Puede ocasionar vergüenza o desprecio de sí mismo, sentimientos de culpabilidad y de inferioridad, que pasan a formar parte de su identidad favoreciendo situaciones de autoexclusión en múltiples ámbitos de la vida (Goffman, 1963: 74).

En el documento lanzado por ONUSIDA en 2005 y que lleva por título “Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH”, se indicaba que el estigma relacionado con la infección por el VIH podría ser el obstáculo más grande al que tendrían que hacer frente las personas y las comunidades así como los políticos y los líderes religiosos que trabajan en la respuesta a la epidemia de VIH. Tal necesario esfuerzo para responder al estigma no solo mejoraría la calidad de vida de las personas infectadas por el VIH y de las personas que son sumamente vulnerables a la

infección, sino que reuniría las condiciones necesarias de una reacción a gran escala frente a la epidemia.

En el mismo documento del programa de las Naciones Unidas, se establece que la discriminación se produce “cuando el estigma se instala” (ONUSIDA, 2005: 9). Se considera discriminación arbitraria en relación con el VIH cualquier medida que acarree una distinción arbitraria entre las personas por razón de su estado de salud o su estado serológico respecto al VIH, confirmado o sospechado. La discriminación arbitraria puede ser el resultado de una acción o una omisión. A este tipo de discriminación se le denomina, también, serofobia (ONUSIDA, 2005: 7)

El programa de las Naciones Unidas dedicado al VIH/Sida afirma que el estigma asociado se explica en múltiples factores:

- Desconocimiento de la enfermedad
- Conceptos erróneos sobre cómo se transmite el VIH
- Las noticias irresponsables sobre la epidemia por parte de los medios de comunicación
- La imposibilidad de curar el SIDA
- Los prejuicios y temores relacionados con diversas socialmente delicadas, como la sexualidad, la enfermedad y la muerte, y el consumo de drogas. En este sentido, en el documento se afirma que al atribuir “la culpa a individuos y grupos ‘diferentes’, los demás pueden eximirse a sí mismos de reconocer su propio riesgo, afrontar el problema y cuidar a los afectados” (ONUSIDA, 2005: 7).

Muchas personas con VIH han visto vulnerados algunos de sus derechos fundamentales debido a su enfermedad, como el acceso a seguros y prestaciones sociales, a oportunidades de trabajo o a la entrada como turistas o como trabajadores a determinados países. Adoptar las medidas adecuadas para erradicar la discriminación hacia las personas con VIH y defender sus derechos es un reto fundamental en la respuesta a la epidemia.

Aunque es cierto que en las últimas décadas ha habido notables mejoras en la protección de los derechos de las personas con VIH, a día de hoy aún persisten

situaciones de discriminación. El Ministerio de Sanidad español hizo público en 2013 su Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual que se llevará a cabo entre los años 2013 y 2016.

El plan cuenta con diez líneas estratégicas y objetivos específicos:

1. Favorecer la Coordinación nacional e internacional.
2. Adaptar los sistemas de información a las necesidades en la respuesta a la epidemia de VIH y otras ITS.
3. Incrementar los conocimientos frente a la infección por VIH y otras ITS (Infecciones de Transmisión Sexual).
4. Disminuir la incidencia de la infección por VIH y otras ITS.
5. Promover el diagnóstico precoz de la infección por VIH y otras ITS.
6. Prevenir la limitación de la capacidad funcional y de la comorbilidad en las personas con infección por VIH y otras ITS.
7. Mejorar el mejor acceso al tratamiento precoz de las personas con infección por VIH y otras ITS.
8. Garantizar el correcto seguimiento del paciente y la continuidad asistencial entre niveles asistenciales.
9. Promover la igualdad de trato y la no discriminación de las personas con VIH e ITS.
10. Garantizar la igualdad en el acceso a la prevención y a la atención socio-sanitaria de las personas con VIH e ITS.

El total de páginas dedicadas a promover la igualdad de trato y la no discriminación de las personas con VIH es de seis. Comparando este dato con el total de páginas dedicadas a los diferentes puntos (98 en total) resulta insuficiente viendo el grave problema de discriminación al que se enfrentan las personas seropositivas. Según FIPSE (Fundación para la Innovación y la Prospectiva en Salud en España), en su informe de 2009 sobre integración laboral de las personas con VIH la tasa de desempleo alcanza el 53% entre las personas seropositivas, con las consecuencias que ello conlleva en la disminución de la calidad de vida y el bienestar psicosocial. Dicho informe también reflejaba como más de la mitad de estas personas intentan continuamente volver a formar parte del mercado de trabajo.

La sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SEISIDA), en colaboración con la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y la Universidad del País Vasco (UPV) realizó el estudio ‘Actitudes de la población española hacia las personas con VIH. Evolución 2008-2012’ en el que se arrojaban tristes datos acerca de la situación social de los seropositivos en nuestro país. Según el estudio, el 29% de la población española evitaría el contacto con una persona con VIH en el trabajo o en una tienda donde un empleado sea seropositivo. Pero el estigma no solo se refleja en el mercado laboral, sino también desde la infancia: más de un 50% de la población se sentiría incómoda si su hijo fuera al mismo colegio donde hubiera un niño con VIH.

Teniendo en cuenta todos estos datos sobre estigma y discriminación asociadas al VIH resulta extremadamente grave comprobando que los fondos destinados a la prevención y sensibilización del VIH/SIDA se vieron reducidos en un 78% en tan solo tres años de gobierno del Partido Popular (2011-2014).

Es por todo ello que el objetivo de nuestro proyecto audiovisual es la creación de una pieza híbrida entre el reportaje periodístico y el género documental. Los motivos de esta decisión es que las problemáticas que pretendemos abordar con nuestra pieza audiovisual son variadas y transversales, por lo que creemos que aproximarnos a ellas desde géneros y lenguajes diferentes ayudará a que el espectador pueda alcanzar mayor comprensión de los fenómenos a tratar.

Por un lado queremos acercar la incansable lucha que realizan diferentes entidades sin ánimo de lucro muy comprometidas con la causa, a pesar de no contar muchas veces con el respaldo de la administración pública; para esta tarea se usará el reportaje periodístico. El género del reportaje es el idóneo, además, para acercar al espectador cuál es la situación actual en el campo científico y los avances biomédicos que se han producido en los últimos años (vacunas terapéuticas o profilaxis preexposición), así como los motivos que justifican que no se estén implementando en nuestro país.

Además, las causas por las que decimos que nuestro proyecto audiovisual es un híbrido es porque uno de nuestros firmes intereses es el de hacer llegar la dura realidad a la que se enfrentan las personas seropositivas. Un joven recientemente diagnosticado será el encargado de poner voz a muchas otras que se ocultan y son invisibles para la sociedad, tratando así de sensibilizar al público con la causa. Ello, consideramos que no se

conseguirá desde una visión encorsetada y estricta, sino desde la flexibilidad y lo estéticamente atrayente que ofrece el género documental.

2. Marco teórico

2.1. El género reportaje

La palabra reportaje tiene su origen en el latín, “*reportare*” que significa “traer, llevar, transmitir, comunicar o dar noticias”. Martín G. Vivaldi, en su libro “Géneros periodísticos” define el reportaje televisivo como el “relato periodístico esencialmente informativo, libre en cuanto a tema, objetivo en cuanto al modo y redactado preferentemente en estilo directo, en el que se da cuenta de un hecho o suceso de interés actual o humano” (Vivaldi, 1973: 46)

El reportaje es considerado un género periodístico, y como tal su fin es informar un hecho o acontecimiento de la forma más objetiva posible sobre un tema actual y/o hecho noticioso de la forma más objetiva posible; cómo señala el periodista cubano Eduardo Ulibarri, el reportaje “narra lo que sucede” (Ulibarri, 1994: 12). Como género informativo debe profundizar en la noticia del hecho noticioso o presentarla desde nuevas perspectivas, además se basa en la investigación, se apoya en la entrevista y es un formato flexible que aglutina diferentes géneros como la nota, el perfil, el informe o la crónica. Es, por lo tanto, el género informativo en el que se trabaja con más libertad y creatividad y, como destaca Cebrián Herreros “el reportaje se define por la profundidad con que trata los temas y por la originalidad con que los presenta” (Herreros, 1992: 88).

Como asegura Carlos Miguel Patterson en su artículo “El buen reportaje, su estructura y características” (Patterson, 2003), una de las características de este género puede ser la hibridación, es decir, el mestizaje o la mezcla de formatos o de géneros. No obstante, el reportaje como elemento periodístico debe responder a cuatro funciones principales: en primer lugar debe informar, siendo ésta la función elemental e indispensable del periodismo; en segundo lugar debe describir el suceso para que éste sea comprendido por completo por el público; en tercer lugar, y como se ha comentado anteriormente, el género reportaje tiene que tener la narración como objetivo principal, es decir, es necesario, juntamente con la descripción, narrar el hecho de forma detallada; por último, el reportaje debe investigar sobre el hecho noticioso sobre el que va a informar, describir y narrar.

2.1.1. Evolución del género reportaje

En su tesina, Fuster Martínez (2011) señala que éste género tuvo su origen en la prensa escrita. Nació en 1880 en el periódico británico *Pall Mall Gazette*, a raíz de una investigación realizada por algunos de sus periodistas sobre la trata de blancas en Londres. Y aunque el desarrollo oral y escrito de este género viene dándose desde el inicio del periodismo, no tiene presencia visual hasta mediados de la Segunda Guerra Mundial. En ese momento aparece el reportaje audiovisual como herramienta para informar de los avances de la guerra, y esta nueva forma y posibilidad de informar ya no sólo se preocupó de responder a las 6W (*Who, What, Where, When, Why How*), sino que sirvió como medio para levantar o dejar caer los ánimos de un país (Fuster Martínez, M.M., 2011: 20)

Por ende, la historia del reportaje ha estado marcada por la aparición de las nuevas tecnologías y por el peregrinar de este género a través de diferentes medios: desde la prensa escrita, hasta el cine, la televisión o Internet. Y es en estos dos últimos soportes donde hemos visto que los reportajes han evolucionado con productos como *Callejeros*, *Salvados* o *Comando actualidad*; en ellos podemos ver como los reporteros viven en primera persona determinados hechos y los muestran durante su desarrollo.

2.2. El género documental

2.2.1. Las modalidades de documental según Nichols

Bill Nichols es probablemente el teórico más prolífico e influyente sobre el documental y en el libro *Introduction to documentary* (2001) deja sentadas las bases teorizadoras del mismo, dividiendo el género en seis modalidades diferentes: expositiva, poética, reflexiva, observacional, participativa y performativa.

1. **Modalidad expositiva.** Se asocia con el documental clásico basado en la ilustración de un argumento a través de las imágenes. Se trata de una modalidad más bien retórica que no estética, dirigida directamente al espectador, a través de los usos de los títulos de texto o las locuciones que guían la imagen y enfatizan la idea de objetividad y de lógica argumentativa. Surgió del desencanto generado por la baja calidad del entretenimiento del cine de ficción.

Destacan en esta modalidad la época de las expediciones socioetnográficas (la finalidad antropológica en el cine documental, sobre todo a partir de la obra de Robert Flaherty) y

el movimiento documental británico (la finalidad social en el cine documental, liderada por John Grierson y los documentalistas de la escuela británica). (Nichols, 1991:68-72 y Nichols, 2001:105-109)

2. Modalidad **poética**. Se vincula su origen con la aparición de la vanguardias artísticas en el cine, y por eso incluye muchos de los artefactos representativos de otras artes (fragmentación, impresiones subjetivas, surrealismo, etc.). Se trata de una modalidad que ha reaparecido en diferentes épocas y que en muchos documentales contemporáneos vuelve a coger fuerza y presencia. Tiene la voluntad de crear un tono y estado de ánimo determinado más que proporcionar información al espectador.

Destacan en esta modalidad las vanguardias de los años veinte y treinta (la finalidad estética en el cine documental liderada por Walther Ruttmann, Jean Vigo y Joris Ivens) y las películas próximas al arte y al neorrealismo (la finalidad artística y poética del lenguaje documental plasmada en las aportaciones de Arne Sucksdorf y Bert Haanstra). (Nichols, 1991:72-78 y Nichols, 2001:102-105).

3. Modalidad **reflexiva**. Modo que tiene como objetivo la toma de conciencia por parte del espectador del propio medio de representación y de los dispositivos que le han dado autoridad. El documental no se considera una ventana abierta al mundo, se considera una construcción o representación suya, procurando que el espectador adopte una posición crítica ante cualquier forma de representación. Nichols la considera la tipología más autocrítica y autoconsciente. Se trata de la modalidad más introspectiva: utiliza muchos de los recursos de otros tipos de documental, pero los lleva hasta el límite, para que la atención del espectador se centre tanto sobre el recurso como sobre el efecto.

Destacan en esta modalidad las noticias documentadas durante los primeros años del siglo XX en Rusia (la finalidad ideológica en el cine documental, encabezada por Dziga Vertov) y unos cuantos autores más contemporáneos como Jill Godmilow y Raúl Ruiz, entre otros. (Nichols, 1991:93-114 y Nichols, 2001:125-130)

4. Modalidad **observacional**. Se trata de la modalidad representada por los movimientos cinematográficos del *Cine Vérité* francés y el *Direct Cinema* estadounidense, los cuales, a pesar de mostrar diferencias importantes, comparten unos desarrollos tecnológicos comunes (equipos portátiles, ligeros y sincrónicos) de

principios de los años sesenta. Esto permitía que el realizador registrara la realidad sin involucrarse con lo que hacía la gente. Combinados con una sociedad más abierta y un conjunto coherente de teorías filmicas y narrativas, permitieron un acercamiento diferente a los sujetos, y los directores daban prioridad a una observación espontánea y directa de la realidad. Surgió a raíz del desacuerdo con la voluntad moralizadora que el documental expositivo generaba.

Destaca aquí el movimiento del *Cine Vérité* en Francia, el *Cine Directo* estadounidense o el *Candid-Eye* canadiense (la finalidad sociológica en el cine documental, liderada por Jean Rouch, Edgar Morin y Mario Ruspoli, entre otros). (Nichols, 1991:66 y Nichols, 2001:109-115)

5. Modalidad **participativa** (en sus orígenes interactiva). Desarrollada principalmente en el cine etnográfico y en las teorías sociales de investigación participativa, muestra la relación entre el realizador y el sujeto filmado. El director se convierte en investigador y entra en un ámbito desconocido, participa en la vida de los demás, gana la experiencia directa y profunda y la refleja a partir del cine. Este modo de representación se encuentra presente en películas como *Celovek Kinoapparatom* (Vertov, 1929) o *Chronique de un été* (Rouch y Morin, 1960). La modalidad observacional limitaba el realizador al momento presente y pedía un desapego disciplinado de los propios sucesos. El documental participativo hace más evidente la perspectiva del realizador, que se involucra en el propio discurso que realiza. Los directores querían entrar en contacto con los individuos de un modo más directo, sin volver a la exposición clásica, y de aquí surgieron estilos de entrevistas y diferentes tácticas intervencionistas, con lo cual se permitía que el realizador participara de una manera más activa en los acontecimientos. También podía convertirse en el propio narrador de la historia, o explicar los hechos sucedidos a través de los testimonios y/o expertos. A estos comentarios, se les suele añadir metraje de archivo, para facilitar las reconstrucciones y evitar las afirmaciones interminables del comentario omnisciente. Destacan las figuras de Jean Rouch, Emile de Antonio y Connie Filed, entre otros. (Nichols, 1991:78-93 y Nichols, 2001:115-125)

6. Modalidad **performativa**. Último modo introducido por Nichols, aparecido hace relativamente poco tiempo, cuestiona la base del cine documental tradicional y duda de las fronteras que tradicionalmente se han establecido con el género de la ficción.

Focaliza el interés en la expresividad, la poesía y la retórica, y no en la voluntad de una representación realista. El énfasis se desplaza hacia las cualidades evocadoras del texto, y no tanto hacia su capacidad representacional, se acerca de nuevo a las vanguardias artísticas más contemporáneas. Este nuevo modo de representación surgió gracias a los modelos anteriores y las carencias o defectos que presentaban los clásicos, según diversos autores. Un exponente claro sería el director estadounidense Michael Moore, entre otros (Nichols, 1994:92-106 y Nichols, 2001:130-138).

En resumen, según Nichols cada modalidad despliega los recursos de la narrativa y el realismo de una manera diferente, y elabora a partir de ingredientes comunes diferentes tipos de texto con cuestiones éticas, estructuras textuales y expectativas características por parte del espectador.

2.2.2 Documentales “de representación social” y la captación de la realidad por parte del cineasta

Bill Nichols se refiere a las obras de no-ficción con el término “documentales de representación social”. Nichols apunta que toda película es documental. El autor considera que las películas de ficción tienen un cierto carácter documental, por lo que las denomina “documentales del cumplimiento de deseos” (*documentaries of wish-fulfillment*) en contraposición a los “documentales de representación social” que serían los que identificamos como no-ficción. Esta representación social de los documentales es conseguida por la relación de las obras con el mundo histórico y a través de unos recursos retóricos. Así, en palabras de Nichols, “[los documentales] hacen visible y audible el material de la realidad social en una forma particular, en consonancia con los actos de selección y organización llevados a cabo por el cineasta” (2001: 1-2). Los documentales, como indican estas palabras, son una prueba del mundo, una prueba transmitida al espectador. La teoría de Nichols está fundada en la asunción del documental como forma de comunicar un mensaje al espectador: “La tradición documental depende en gran medida de su capacidad para transmitirnos la impresión de autenticidad. [...] Cuando creemos que lo que vemos ofrece un testimonio de la forma en que el mundo es, puede formar la base para nuestra orientación hacia o nuestra acción en el mundo” (2001: 13). La concepción de Nichols plantea una forma de transmisión de unos contenidos a un receptor para provocar en él una reacción, por lo

que la finalidad principal del documental es para el autor la de hacer actuar al espectador para conformar una realidad social. Los documentales y otros discursos de sobriedad son para el autor transmisores de “acción e intervención, poder, deseo y voluntad” (Nichols, 2001: 39).

El punto sensible en esta cuestión parece situarse en la frontera entre la interpretación de la realidad por parte del autor, cómo éste la representa y su compromiso ético.

En relación a esta problemática, es interesante la definición que formuló Joaquín Romaguera a finales de los años 90:

[...] trabaja sobre la realidad o la representa; de ahí surge ‘el punto de vista’, un concepto presente en toda obra, pero todavía más en esta tan específica, en la que se parte de una materia prima ‘subjetiva’ que al elaborarse según objetivos concretos adquiere la condición ‘subjetiva’, la del autor o autores del film, lo que permite elucubrar sobre la dicotomía objetividad/subjetividad inherente en todo trabajo de creación que combina elementos icónicos y sonoros extraídos de la realidad misma, tal como se representa o como es, al menos en apariencia.

(Romaguera, 1999: 50)

Para tratar en mayor profundidad la problemática que presenta la percepción de la realidad por parte del cineasta y la transmisión de la misma, es necesario trasladarnos hasta la década de 1930 y a las palabras de John Grierson, quien describió al documental como el “tratamiento creativo de la realidad” y estableció entonces tres principios orientadores. En primer lugar, apuntó que el cine documental era “una nueva y vital forma artística” que puede “retratar la escena viva y la historia viva”. En segundo lugar, señaló que los personajes y escenas tomadas de la realidad ofrecen mejores posibilidades para la interpretación del mundo moderno. Finalmente, Grierson defendió que los materiales y las historias extraídas del mundo permiten reflejar mejor la esencia de la realidad, ya que captan los gestos espontáneos y realzan los movimientos (Grierson, 1932: 36-37).

Años más tarde, en 1948, la World Union of Documentary definía el género documental siguiendo las líneas trazadas por Grierson de la siguiente manera:

Todos los métodos de grabación en celuloide, sobre cualquier aspecto de la realidad interpretada, ya sea captada objetivamente o una reconstrucción sincera y justificable, con la finalidad de apelar a la razón o la emoción, con el propósito de estimular el deseo, y ampliar el conocimiento y la compresión humanas, y

planteando sinceramente problemas y sus soluciones en el campo de la economía, la cultura y las relaciones humanas (Sellés, M, 2004: 61).

Y es que como diría Nichols, el “documental no puede ser más fácilmente definido que como ‘amor’ o ‘cultura’” (Nichols, 2001: 20).

2.2.3 Documental contemporáneo y su incursión en la era digital

En las últimas décadas hemos sido testigos de cómo el género documental proliferaba de manera transversal: en su extensión artística, industrial y cultural. En palabras de Austin y De Jong, “los primeros años del siglo XXI han sido testimonio de los significativos y continuos cambios en las dimensiones tecnológica, comercial, estética, política y social del documental producido para, y visto por, una amplia gama de múltiples escenarios” (Austin y De Jong, 2008: 1).

El crecimiento no solamente se ha visto reflejado en los aspectos recién mencionados, sino que “en los últimos 30 años ha habido un enorme crecimiento en el estudio y análisis crítico del documental y un incremento, también, en la variedad y ambición conceptual en las maneras en que éste es pensado” (Corner, 2008: 13).

El desarrollo cuantitativo es un hecho más que probado, pero el documental también ha alcanzado su máximo esplendor en las formas en las que se manifiesta. Sus incursiones mutuas con la ficción, lo experimental o la telerrealidad han desencadenado en una serie de derivaciones estilísticas de un género que parece haberse desquitado de los “cánones clásicos” y los “discursos de sobriedad” del medio tradicional (Català y Cerdán. 2008: 6-7).

No parece descabellado afirmar, pues, que el documental está viviendo unos verdaderos años de resplandor y expansión. El consenso parece unánime por parte de todos los sectores, incluso “los comentaristas más críticos y espectadores esporádicos estarán de acuerdo en que es un momento apasionante para el documental –mesurado en términos de atención popular, legitimidad institucional o salida académica– y para aquellos de nosotros interesados en el proyecto documental” (Renov, 2008: 39).

Una de las principales causas del auge que vive el género en la actualidad viene dado, sin lugar a dudas, por la era digital en la que estamos inmersos. La tecnología digital y el acceso a internet ha supuesto un gran abaratamiento, flexibilización y accesibilidad en el uso de los equipos de video digital. Con ello se abre una nueva dimensión en la que la realización de documentales se hace viable para todo aquel que quiera formar parte del nuevo fenómeno artístico de DIY (*do it yourself*)¹, como un método alternativo de producción y consumo de cultura. Gracias a la era digital no son necesarias las ayudas financieras (ya sean de tipo público o privado) ni el mecenazgo de grandes productoras para desarrollar un proyecto de documental. Además, debido a la existencia de plataformas en la Red como Youtube o Vimeo se hace mucho más sencillo la difusión de contenidos, así como su búsqueda y visionado por parte del internauta.

Como vemos, la digitalización del cine documental trae consigo nuevas herramientas para mostrar y comprender la realidad sin necesidad de grandes inversiones: “Por suerte, el vídeo digital ofrece la oportunidad de restituir al documental la dignidad perdida: la flexibilidad que esta herramienta aporta a las destrezas y al concepto del trabajo de producción llevado a cabo por pequeños grupos de profesionales perfectamente coordinados entre sí conlleva un ahorro muy atractivo” (Chanan, 2007: 80). Por lo tanto, en la era digital desaparece la necesidad de hacer uso de sofisticados equipos técnicos de rodaje a la hora de filmar un producto audiovisual de calidad. Un evidente ejemplo de ello es la cineasta francesa Agnès Varda, quien en su premiado documental ‘Los espigadores y la espigadora’ (*Les glaneurs et le glaneuse*, 2000) se sirve de una sencilla cámara digital para recorrer Francia y mostrar en primera persona el despilfarro presente en el mundo moderno y la reutilización de lo que la mayoría consideraría desechable.

La era digital en la que estamos inmersos también supone una clara democratización de la producción cinematográfica. “El aspecto que habría que destacar es que el documental constituye una toma de contacto con el espacio público que puede efectuarse al margen de patrones y normas preestablecidas y a espaldas de la censura

¹ El DIY surge como una filosofía. Una idea que rechaza tener que comprarlo todo y sustituirlo por el trabajo que podemos hacer por nuestros propios medios. Fue la cultura Punk la que rescató de esta ancestral idea. Para luchar contra el capitalismo comenzaron a fabricar sus propios instrumentos musicales e incluso su propia ropa.

De la Hoz, Saray. (2/09/14). *El significado del DIY (Do It Yourself)*. Recuperado desde: <http://www.diyshow.es/descubriendo-el-significado-del-diy/>

gracias a la ayuda que proporcionan las nuevas tecnologías” (Chanan, 2007: 95). Ello permite que los textos se conciban desde la libertad y la diversidad gracias a una menor rigidez y encorsetamiento: “La nueva ola de documentales representa una intervención en la esfera pública gracias a que las nuevas tecnologías permiten escapar a la prescripción y la proscripción” (Chanan, 2007: 99).

El libre acceso a las nuevas tecnologías también suponen un desafío debido al gran riesgo que existe de que la nueva imagen digital pueda ser manipulada. Ello conlleva irremediablemente a que la credulidad del público se reduzca y presuponga que lo que está viendo no se ajusta a la realidad. Aunque ‘lo real’ sea necesariamente inalcanzable, no exime al documentalista de huir de la mentira y de “buscar la verdad o, al menos, intentarlo, por muy complicado que sea en la práctica contar y mostrar lo que es veraz” (Plantinga, 2007: 66). Por el contrario, “quienes no lo suscriban, no es que no estén capacitados para hacer documentales, sino que, en realidad, no deberían considerarse capacitados para vivir en sociedad” (Català y Cerdán, 2007: 11-12).

2.2.4. La influencia de la televisión en el género documental

No podríamos hablar sobre la expansión del documental en términos cuantitativos y cualitativos sin tener en cuenta un aspecto fundamental: la aparición de la televisión. Este fenómeno ha supuesto un enorme impulso en cuanto a la financiación, producción y distribución de documentales como nunca antes. Tal y como afirma el profesor y coordinador de los Servicios de Audiovisuales de las Universidades Españolas, Miquel Francés: “Sin la televisión hubiera resultado impensable la consolidación de la industria documental, tanto la producción independiente como la de las propias teledifusoras. Esta es una realidad ineludible que estudiosos, investigadores, productores, distribuidores o emisores coinciden en aceptar” (Francés, 2003: 71).

Tanto es así, que desde los años cincuenta se ha venido observando como la televisión ha desbancado a las salas comerciales a la hora de programar documentales, convirtiéndose así en el principal canal de producción y difusión del género. Cuesta imaginar un desarrollo como el que el documental ha experimentado si éste no hubiera contado con el amparo de la televisión: “La distribución documental, exceptuando un porcentaje muy bajo de documentales de gran formato y de autor que han encontrado un

lugar en la pantalla de gran exhibición, en su mayoría se ha realizado para la divulgación televisiva” (Francés, 2003: 71).

A pesar de ello en los años setenta se produjo un cambio trascendental en el modelo estatal de televisión que sigue siendo el hegemónico en la actualidad: la desregularización implicó una metamorfosis hacia el modelo comercial de televisión. Este modelo está caracterizado, según Bustamante, Catedrático de Comunicación Audiovisual y Publicidad y experto de la economía y sociología de la televisión, por “una serialización cada vez más sistemática [...], una más rápida frecuencia de emisión de los distintos productos, [...] una lógica horizontal que gana terreno progresivamente a la antigua lógica vertical, [...] y una tendencia al alargamiento de los bloques” (Bustamante, 1999: 99-100), no obstante muchos estados europeos contaron con la hegemonía de las televisiones públicas –incluso monopolísticas– hasta los años ochenta. “El establecimiento de los sistemas de titularidad mixta, pública/privada promueve un escenario competitivo que diluye la propia idea de servicio público [...] En ese contexto las cadenas públicas [...] han ido abandonando los tres ejes sobre los que teóricamente se articulaba su actuación en el pasado: informar, formar y entretenir” (Prado, 1995: 86).

Desde los 90 la televisión ha tenido que abrazar el entretenimiento como medio para captar audiencia y mejorar así su rentabilidad económica. En este nuevo paradigma los programas documentales se han ido transformando a través de la introducción de elementos de ficción, serializándolos (Kilborn, 1998: 203; Zoellner, 2009: 504). Han surgido nuevos géneros híbridos como el *docu-soap* o *docuglitz* (Brundson et al., 2001: 31; Coles, 2000: 27; Kilborn, 2000: 111), han ido desapareciendo de la franja de prime-time los documentales tradicionales (Prado, 2002: 387) y “sólo los segundos canales de las televisiones públicas han dejado posibilidad a la emisión de estos programas” (Pérez Ornia, 2000 en Francés, 2003: 143).

En España nos encontramos frente a una radical concentración del género exclusivamente en el segundo canal de la televisión pública (La 2) lo cual supone una ratio muy elevada de documentales pero con muy baja audiencia ya que se trata de una cadena no generalista y de carácter básicamente cultural.

La fortísima presión que ejercen los clientes publicitarios a las cadenas de televisión privadas las fuerza a prescindir del documental debido a los bajos índices de audiencia que suelen generar. El director de ITV (compañía británica de medios de

comunicación), Dawn Airey afirma: “[ITV] is a business. To be frank something like a single documentary made for another broadcaster there is no value in it beyond the production fee. I am not interested in running a 7% production margin” (Thomas, 2008 en Zoellner, 2009: 504).

El dominio de la economía en el panorama televisivo a nivel mundial provoca que el género documental se encuentre inmerso en una lucha constante por la supervivencia, lo que conlleva la creación de nuevos géneros de actualidad, más accesibles y más blandos (Chapman y Allison, 2009: 9).

En definitiva, el marcado alejamiento de las televisiones públicas de su original función de brindar un servicio público se pone de manifiesto al observar la negativa tendencia a la que es avocada el documental. “Hasta hace poco más de una década, esta noción significaba dar un servicio televisivo de calidad, que pudiera contribuir a mejorar el nivel cultural de la población. Hoy parece que servicio público significa satisfacer a la mayor cantidad de público. Con una lógica simplista se nos quiere convencer de que un servicio público televisivo cumple mejor su función cuanto más público lo ve.” (Aznar, 2002: web).

La televisión pública, al estar al servicio de la población, tiene el compromiso de ofrecer productos capaces de transmitir conocimientos y proyectar el patrimonio cultural, con una programación basada en contenidos de calidad. Esto resulta utópico teniendo en cuenta el sometimiento que ejercen sobre ellas los intereses puramente comerciales.

2.3 La visión sociológica del estigma y el rechazo social

Los argumentos estigmatizadores no son un fenómeno actual, ya que los procesos de elaboración, construcción y reproducción de dichos argumentos no son propios de sociedades y épocas concretas. Tal y como afirma Goffman, esta sucesión de argumentos “son un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce dondequiera que existan normas de identidad” (Goffman 1989: 152).

Según la catedrática en psicología social Carmen Huici, estos procesos nacen de una construcción cultural por parte de la sociedad que pone el foco en lo característico o diferencial de un grupo (Huici 1996: 170-176).

El término “estigma” proviene del latín “stigma” y éste a su vez del griego, que significa ‘picadura’, refiriéndose a una marca en el cuerpo. Dicha marca puede ser causada con un hierro al rojo vivo (como castigo a los criminales), tener causas sobrenaturales, provenir de enfermedades o simplemente haber nacido con ella (diccionario etimológico). En definitiva, se trata de un atributo significativamente desacreditador que socialmente sirve para degradar a la persona que lo posee. El término se introdujo en la sociología de mano de Erving Goffman para estudiar la reacción social ante personas que padecen enfermedades mentales, poseen deformidades físicas o practican lo que se percibía como conductas socialmente desviadas, como la homosexualidad o el comportamiento criminal. Goffman razonó que al individuo estigmatizado se le considera una persona con una “diferencia indeseable” (Goffman, 1963)

Dos de los teóricos que más han ahondado en los conceptos de estigma y discriminación son Richard Parker y Peter Aggleton. En uno de sus estudios relacionan el proceso estigmatizador con la desigualdad social:

La estigmatización juega un papel capital en la transformación de la diferencia en desigualdad, y en principio puede funcionar en relación con casi cualquiera de los ejes principales de la desigualdad: clase, género, raza, sexualidad u orientación sexual. Algo más, aún más importante: la estigmatización no se da simplemente de una manera abstracta. Es parte de complejas luchas por el poder latentes en la vida social. De modo todavía más concreto, el estigma lo despliegan actores sociales que son reales e identificables, y que buscan legitimar su propio estatus dominante dentro de las estructuras existentes de desigualdad social.

(Parker, R., Aggleton, R., 2003: 18)

La estigmatización y rechazo no solo ocurre desde la sociedad hacia el ‘señalado’, sino también desde éste hacia sí mismo: “más allá de entender que la estigmatización es parte de una lucha social concreta en relación con las estructuras de desigualdad, las nociones de violencia simbólica y de hegemonía ayudan también a comprender por qué las personas a las que la sociedad estigmatiza y discrimina aceptan tan a menudo, e incluso interiorizan, el estigma impuesto” (Tomado y editado del estudio HIV and

AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action. Traducción: Carlos Bonfil).

Si analizamos la estigmatización sufrida por los enfermos de lepra en la Europa medieval y el rechazo al que se enfrentan los enfermos de obesidad de nuestros días comprobamos que la estigmatización social de los cuerpos enfermos presenta continuidades. Sontag sostiene que la cultura occidental ha desarrollado multitud de clasificaciones para designar los cuerpos como sanos/normales/buenos, o bien enfermos/anormales/malos. Dichas clasificaciones se cargan de significado que van más allá de lo simplemente patológico y que acostumbran a ser moralistas o, incluso, a culpabilizar al enfermo (Sontag, 2003: 84).

Los ejemplos de ello se expanden en el tiempo: “En la Edad Moderna, el sifilítico fue signo de vulgaridad y lujuria; en el siglo XIX, el tuberculoso representó la debilidad y la consunción corporales; hoy mismo, el enojo y la tensión se relacionan con el cáncer y la “desviación” sexual con el sida” (Vilá y Sánchez: 148). El culpabilizar al enfermo se hace más evidente cuando su padecimiento es claramente visible por parte de los otros. Esto es debido a las transformaciones que sufren sus cuerpos como es el caso de la lepra, la obesidad o el sida ya que dichas “enfermedades no pueden esconderse, por el contrario, son perceptibles para los miembros de la sociedad y, entonces, provocan actitudes de repugnancia, lástima, reprobación, vergüenza, aversión y desagrado” (Vilá y Sánchez: 149).

En su artículo académico “Evolutionary Origins of Stigmatization: The Functions of Social Exclusion”, el doctor en psicología Robert Kurzban hace hincapié en cómo los cuerpos están cargados de percepciones y expresiones y cómo ello repercute en las relaciones sociales. Los cuerpos enfermos cargan significados y acepciones que los señalan, los diferencian y los separan, produciendo que las relaciones sociales del enfermo cambien drásticamente. La estigmatización social obstaculiza en gran medida la interacción con otros ya que “ésta se encuentra mediada por la marca impuesta al cuerpo” (Kurzban, 2001: 187).

No cabe duda de que el sida y las drogodependencias se convirtieron en los fenómenos sociales más importantes de la segunda mitad del siglo XX, provocando una clara respuesta de incomprendimiento y de miedo (Sontag 1996: 112; Romaní 1991: 63; Prats

1997: 17). El sida “ha estado asociado a grupos culturales que aparecen como ‘diferentes’ en relación a pautas de normalidad socioculturales” (Romaní, 1991: 65). Hay que tener en cuenta que el riesgo “es evaluado desde un sistema de creencias y actitudes, es una construcción cultural” (Gamella, Álvarez Roldan, 1991: 244).

Es por ello que la enfermedad que pueda parecer una persona perteneciente a algunos de los colectivos sociales visto como excluidos, peligrosos y/o desviados de las normas comunes –en el caso del sida y la drogodependencia se trataría de homosexuales, heroinómanos y prostitutas– (Romaní, 1999: 68-69), y su naturaleza de enfermedad transmitida por unas determinadas prácticas de riesgo (relaciones sexuales o uso compartido de materiales inyectables) provoca que se cree ‘el mito del castigo’ (Falgueras, 1995: 50; Morín, 1996: 205; Romaní, 1991: 68-69; Sánchez, Romo, Páez, 1996: 189; Sontag, 1996: 112).

Este concepto del ‘mito del castigo’ es de gran importancia, ya que “las actitudes hacia las personas seropositivas o enfermas de sida parece basarse en la siguiente lógica: cuanto más se juzga que una persona es responsable de su situación más se la desvaloriza” (Comby y Devos 1996: 234). Multitud de autores sostienen que este fenómeno es debido a la preponderancia de ‘argumentos personalistas’ en nuestra cultura desde la Edad Media en detrimento de los llamados ‘argumentos naturalistas’. Entendemos por argumentos personalistas “un tipo de cultura en que la enfermedad se debía a un agente externo (humano, divino o sobrenatural) y en que la persona enferma era vista como objeto de una agresión o de castigo”. En los sistemas naturalistas, por el contrario, “la enfermedad se explica en términos impersonales, como si los elementos que componen el cuerpo se encontraran en una situación de desorden y esta turbación fuese explicable solamente en términos naturales” (Prats, 1997: 15-16).

En definitiva, las actitudes de rechazo que generan los infectados por VIH, enfermos de sida o drogodependientes van unidas a explicaciones que hacen hincapié en el fallo o error de los propios individuos. Esto difiere de otras muchas enfermedades presentes en nuestra sociedad: a pesar de que el germe de las afecciones pueda haber sido un mal hábito por parte del enfermo, éste no es visto como el culpable de su situación. Cuesta imaginar a un fumador de tabaco diagnosticado con cáncer siendo juzgado y condenado por el resto de la sociedad como el responsable último de su padecimiento.

“En el caso de sida, comparativamente con el cáncer, la responsabilidad individual está más presente: los individuos tienden a pensar que las personas son responsables de su infección. Y se observa una desvaloración del individuo contagiado, en comparación con el cáncer en el que la responsabilidad individual es menos importante” (Comby y Devos, 1996: 236).

2.3.1 Tratamiento preventivo biomédico: la profilaxis preexposición (PrEP) como esperanza de futuro

Las mejoras en el campo de tratamientos antirretrovirales ha hecho posible la conversión del VIH de mortal a crónica, alcanzando cada vez mejores resultados clínicos. No obstante, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana es todavía un problema de salud muy importante en España desde el prisma sanitario, social, económico y humano.

Los datos disponibles en nuestro país reflejan que la tasa de nuevos infectados se ha mantenido estable durante varios años. No obstante, se puede observar una transformación en la tendencia según la categoría de transmisión, disminuyendo o manteniéndose estable en el grupo de usuarios de drogas por vía parenteral y personas de orientación heterosexual y aumentando entre los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), especialmente en el grupo de 25 a 34 años. Se trata de datos extraídos de la publicación realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, *Vigilancia epidemiológica del VIH y Sida en España* (30 de junio de 2015), donde además se asegura que el colectivo de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres es prioritario para los programas de prevención.

En los últimos años se ha desarrollado como estrategia de prevención biomédica la denominada “profilaxis preexposición” (PrEP) en el ámbito del VIH. La PrEP consiste en la administración de fármacos a individuos no infectados que tienen una elevada exposición o vulnerabilidad a este patógeno. De este modo, la persona seronegativa que pertenece a un grupo de riesgo de infección por VIH tomaría una pastilla llamada Truvada, creada por la farmacéutica Gilead para prevenir la infección con el VIH.

En 2012 fue recomendado su uso por parte del CDC (Center for Disease Control and Prevention) y autorizado posteriormente por la FDA (Food and Drug Administration) en Estados Unidos. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su

publicación *WHO: Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations* recomienda el uso de PrEP como medida de prevención para los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y para parejas serodiscordantes.

A pesar de estas recomendaciones llevadas a cabo por organismos de gran relevancia internacional, la PrEP no está reconocida como método preventivo en España.

Numerosos estudios han testado la efectividad de los componentes de la PrEP en diferentes poblaciones de riesgo en la última década. Los que más éxito han resultado tener han sido aquellos centrados en el uso de anillos vaginales y geles anales, así como los de agentes sistémicos. Los estudios revelan que la falta de adherencia es la principal causa de las diferencias de resultado encontradas entre sí (Ferrández y Sesmero: 220). Ello se traduce en que se ha comprobado científicamente que la profilaxis preexposición es una estrategia muy eficaz, con valores de reducción del riesgo cercanos al 90%, cuando los pacientes alcanzan tasas altas de adherencia, como es el caso de los hombres que mantienen sexo con otros hombres, tal y como se recoge en la tabla 2.

Tabla 2: Resultados de los principales estudios sobre PrEP con agentes orales

| Estudio | Población | Intervención | Reducción global del riesgo | Reducción del riesgo en pacientes adherentes |
|-----------------------|---|-------------------------|------------------------------------|--|
| PROUD | HSH | TDF/FTC oral diario | 86% (IC95%: 58-96%) | ND |
| IPERGAY | HSH | TDF/FTC oral pericoital | 86% (IC95%: 40-99%) | ND |
| iPrEX | HSH y transexual | TDF/FTC oral diario | 44% (IC95%: 15-63%) | 92% (IC95%: 40-99%) |
| Partners PrEP | Parejas heterosexuales serodiscordantes | TDF/FTC oral diario | 75% (IC95%: 55-87%) | 90% (IC95%: 58-98%) |
| | | TDF oral diario | 67% (IC95%: 44-81%) | 86% (IC95%: 67-94%) |
| TDF2 | Hombres y mujeres heterosexuales | TDF/FTC oral diario | 62% (IC95%: 22-83%) | 85% ns |
| Bangkok Tenovir Study | Usuarios a drogas parenterales | TDF oral diario | 49% (IC95%: 10-72%) | 74% (IC95%: 2-91%) |
| FEM-PrEP | Mujeres heterosexuales | TDF/FTC oral diario | 6% (IC95%: -52; 41%) | ND |
| VOICE | Mujeres heterosexuales | TDF/FTC oral diario | 6,7% (IC95%: 4,7; 8,30%) | ND |

ND: No disponible; ns: no significativo

Nota: tomada del artículo *Profilaxis preexposición al VIH: ¿un nuevo paradigma de prevención?*, de Javier Sánchez-Rubio Ferrández y José Manuel Martínez Sesmero. Publicado en Farmacia Hospitalaria el 4 de febrero de 2016 (p. 223).

Tal y como señalan los doctores Javier Sánchez-Rubio Ferrández y José Manuel Martínez Sesmero, “uno de los aspectos que generan más dudas sobre la generalización de la aplicación de esta estrategia es su posible impacto sobre los perfiles de comportamiento sexual de riesgo (compensación de riesgo), así como sobre la transmisión de otras infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH” (Ferrández y Sesmero: 222). A pesar de ello, los estudios realizados hasta el momento no demuestran que la aplicación de la PrEP empeore cualquiera de estos dos aspectos de forma estadísticamente significativa (Spinner CD, Boesecke C, Zink A, Jessen H, Stellbrink HJ, Rockstroh J.K., 2015: 14).

Otro de los factores que presentan los doctores como recurrente justificación para la no aplicación de la profilaxis preexposición es que ésta presenta un elevado coste si la estrategia de prevención se extiende a toda la población de riesgo. Sin embargo, señalan que “como cualquier otra tecnología sanitaria, se debería analizar el coste-efectividad de la PrEP de manera rigurosa pues el coste de cada infección evitada no es nada desdeñable máxime si se tiene en cuenta el carácter crónico del tratamiento que en el momento actual recibiría cualquier nuevo individuo infectado” (Ferrández y Sesmero, 2016: 222).

3. Metodología

Los objetivos que nos marcamos en un principio cuando decidimos implicarnos en este proyecto eran claros: mostrar a la sociedad la situación actual de la epidemia del VIH a nivel español y catalán, la gran labor que desempeñan las diferentes entidades sin ánimo de lucro comprometidas con la causa y que están en una lucha constante y sensibilizar a la sociedad de la realidad que viven las personas diagnosticadas con el virus VIH/Sida. Cabe destacar que otro de nuestros objetivos fundamentales fue también el plantear ante los espectadores cuales eran las líneas de investigación que se están llevando a cabo en la actualidad para erradicar la epidemia en un futuro próximo.

Para poder cumplir con estos propósitos se ha seguido una metodología concreta que nos ha permitido presentar el presente proyecto.

En primer lugar, se realizó un exhaustivo proceso de documentación para informarnos y conocer qué es la epidemia del virus VIH/Sida, a quienes afecta, qué incidencia tiene en la población, qué instituciones están implicadas en la lucha contra la epidemia, etc. entre otras cuestiones que nos planteábamos en un principio. Se realizaron varias consultas en internet de artículos, noticias relacionadas, leyes, propuestas políticas, encuestas sociales, datos científicos, etc., para poder ofrecer un enfoque correcto a nuestro producto audiovisual.

Para poder hacer los primeros apartados del presente trabajo –introducción y marco teórico- se usaron varias fuentes bibliográficas que han sido útiles para ampliar nuestro conocimientos sobre los diversos puntos que se han tratado como son el virus del VIH, el tratamiento preventivo de la epidemia, el género reportaje o el género documental entre otros aspectos analizados. Asimismo, en estos primeros apartados también fueron consultadas fuentes online que han completado la información recogida mediante referencias bibliográficas. Por otra parte, para profundizar en los puntos que se desglosan a continuación, no se realizó ninguna consulta bibliográfica, pero sí a través de la red puesto que es un tema en constante evolución y se ha pensado el proyecto con la intención de ofrecer la perspectiva más actual. Además, necesitábamos informarnos acerca de quienes son las personalidades más influyentes en el campo de la investigación y lucha contra la epidemia del VIH para así posteriormente ponernos en

contacto con ellas y realizar las entrevistas que nos has permitido elaborar el guion literario y técnico.

En segundo lugar, se procedió a hacer una selección de las personas que aparecerían en cada bloque temático de nuestra pieza audiovisual. Los criterios para seleccionar a cada una de ellas fueron diferentes: en el primer bloque se eligieron aquellas organizaciones más activas en la causa y con más acciones a sus espaldas, como son Comitè Primer de Desembre y BCN-Checkpoint. En el segundo bloque se hizo una selección basada en el grado de importancia de los profesionales médicos así como de sus líneas de investigación, y finalmente se decidió entrevistar al Dr. Josep Maria Gatell y al Dr. Jordi Casabona i Barbarà.

En el caso del último bloque tuvimos serias dificultades a la hora de conseguir que personas seropositivas contaran su experiencia de manera abierta frente a cámara. Finalmente creemos que contar con un chico joven y homosexual es idóneo ya que representa el perfil más característico de los nuevos infectados por VIH en nuestro país. No obstante, declinó el que su rostro pudiera ser identificado en pantalla debido al estigma asociado a la enfermedad. Creemos que ello, en lugar de suponer una debilidad como asumimos en un principio, ha resultado ser una fortaleza ya que simboliza el silencio e invisibilidad de aquellos que conviven diariamente con la enfermedad.

Después de estas dos fases, y con toda la información con la que contábamos, comenzamos a elaborar todas las etapas del proceso de preproducción de nuestra pieza audiovisual: guion literario y guion técnico en el que explicamos la estructura del documental en lo que respecta al tiempo de duración, los protagonistas, las secuencias o los materiales. Se elaboró un plan de trabajo en el que se muestra el tiempo que se le dedicará a la creación del producto audiovisual en las fases de preproducción, producción y postproducción, así como un presupuesto aproximado de lo que supondría producir el presente proyecto. Además se creó un plan de comunicación integral del presente proyecto con la intención de ponerlo en marcha una vez se haya acabado. Finalmente se creó un plan de financiación lo más austero posible para que la elaboración de nuestra pieza audiovisual fuera factible económicamente.

Por último cabe destacar que nuestra pieza está concebida como un trabajo multidimensional en el que la mayoría de temas a tratar serán abordados por cada uno

de los diferentes agentes que participan en él. Se ha pensado así con el objetivo de conocer, profundizar y diferenciar las diferentes posiciones de cada uno de ellos.

4. Guión literario pre-rodaje

4.1. Ficha técnica

Qué se contará: El estado actual del VIH en Cataluña y la lucha que están llevando a cabo los infectados por el virus así como las diferentes asociaciones implicadas en la erradicación de la epidemia y del estigma relacionado.

Sinopsis: se propone una división en tres bloques temáticos para poder ofrecer una amplia visión de la problemática.

Por una parte, es necesario abordar la situación actual de las diferentes asociaciones que luchan por los derechos sociales y sanitarios de los afectados por el VIH en Cataluña, haciendo hincapié en su dura labor y recogiendo las críticas que realizan acerca de la inacción política. También abordarán el papel de los medios de comunicación y algunos agentes de la comunidad sanitaria, quienes colaboran en la perpetuación del estigma asociado al VIH según ellos.

El segundo bloque tiene como propósito la aproximación a la realidad epidemiológica del virus, que afecta principalmente, y de manera brutal, a una comunidad minoritaria como es la homosexual (particularmente a hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres).

Con el objetivo de obtener una mirada cercana a esta problemática, es imprescindible contar con el testimonio de un afectado que convive con el virus del VIH en su día a día y, a través de él, dar voz a las miles de personas que callan acerca de la enfermedad que padecen.

Cabe destacar que nuestra pieza está concebida como un trabajo multidimensional en el que la mayoría de temas a tratar serán abordados por cada uno de los diferentes agentes que participan en él. Se ha pensado así con el objetivo de conocer, profundizar y diferenciar las diferentes posiciones de cada uno de ellos.

Quiénes aparecerán: las intervenciones de los diferentes participantes se detallan en la sinopsis de cada bloque.

Primer bloque temático:

- **Ferran Pujol:** es una figura de gran relevancia en lo referido a investigación, prevención y divulgación del VIH y otras ITS. Es de gran interés ya que se trata del director de un proyecto de servicios de información, asesoramiento, investigación y prevención del VIH pionero en todo el estado español y que él mismo impulsó tras haberse infectado de la enfermedad cuando aún no existía tratamiento: Projecte dels Noms. Desde dicha plataforma se promueven encuentros, el intercambio de conocimiento respecto al VIH-SIDA, así como la incesante lucha comprometida por la visibilidad del colectivo seropositivo. Además, creó años más tarde el centro BCN–Checkpoint, donde ofrecen pruebas del VIH y sífilis gratuitas, así como vacunación contra la Hepatitis A y B. A través de esta asociación sin ánimo de lucro se detectan más del 30% de las nuevas infecciones por VIH en Cataluña y llevan seguimiento exhaustivo a más de 6.000 hombres, siendo una de las ONG más importantes de Europa.
- **Montserrat Pineda:** es la actual presidenta del Comitè Primer de Desembre, Plataforma Unitària de ONG Sida de Cataluña. Esta organización trabaja para dar respuesta al VIH/sida en Cataluña, erradicar el estigma y la discriminación de las personas que viven con VIH/Sida así como incidir en las políticas autonómicas y estatales para promover cambios sociales, legales ya administrativos. Su protagonismo en nuestra pieza documental es de gran relevancia ya que es una de las caras visibles de aquellos que están luchando por los derechos sexuales –su actividad profesional en este campo se ha centrado en la salud sexual y reproductiva de las mujeres-. Montserrat cuenta con una carrera profesional de más de diecinueve años trabajando en organizaciones de atención a personas infectadas por el VIH, ejerciendo actualmente como coordinadora de Incidencia Política de la Asociación Creación Positiva.

Segundo bloque temático:

- **Josep Maria Gatell:** es doctor en medicina por la Universidad de Barcelona y Jefe del Servei de Malalties Infeccioses i SIDA del Hospital Clínic de Barcelona. Es también uno de los directores del HIVACAT (Centre Català d'Investigació i Desenvolupament de Vacunes contra el SIDA). Su papel es

muy relevante en nuestra pieza audiovisual ya que se trata de una de las principales figuras en cuanto a la investigación médica acerca de antiretrovirales y vacunas frente al VIH. Gatell es el Jefe del Área de Infecciosos de del Hospital Clínic de Barcelona, en donde se ofrece asistencia médica y tratamiento antirretroviral a miles de pacientes. Por otro lado, el Dr. expone las líneas de investigación que se desarrolla desde HIVACAT, donde en la actualidad se está llevando a cabo la búsqueda de una vacuna terapéutica eficiente contra el VIH de manera coordinada con otros organismos y laboratorios.

- **Jordi Casabona i Barberà:** es el director del CEEISCAT (Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya) y de la Fundació Sida i Societat. Es el responsable de la vigilancia epidemiológica del VIH y el SIDA, colaborando con diferentes grupos de expertos y profesionales con la intención de promover las actividades docentes y de investigación en el ámbito de esta enfermedad. Una de las tareas que el Dr. Casabona lleva a cabo gira en torno al análisis de datos para entender cómo y porqué se comportan la epidemia del SIDA y otras ITS, así como presentar propuestas a los políticos para que promuevan acciones que disminuyan el impacto de dichas epidemias. Casabona funde la investigación con la vertiente social de la lucha contra el SIDA a través de su fundación Sida i Societat, impulsando diferentes proyectos de cooperación internacional.

Tercer bloque temático:

- **A.P.:** es un joven de 21 años de origen catalán que se infectó del virus del VIH en el año 2014, momento en el que tenía 19 años. Contrajo el virus a través de un abuso sexual en el que hubo penetración anal sin preservativo. Supo que era seropositivo al recibir una carta de la Cruz Roja en la que le indicaban que su sangre no era válida en la donación ya que tenía VIH. Al poco tiempo comenzó a sufrir ansiedad severa, depresión y se aisló de sus amigos y familiares. Al cabo de unos meses, y con ayuda de sus seres queridos más cercanos, decidió comenzar a estudiar enfermería en el Tecnocampus de Mataró. Sus propósitos en la vida son los de ser feliz y hacer feliz a los que le rodean, mantener la presencia del virus en su sangre a niveles negativos y ayudar a otros como él a través del trabajo en la enfermería.

Cómo (género): se trata de un híbrido entre el género del reportaje y el documental con una duración de 35 minutos aproximadamente pensados como un conjunto uniforme ya que los diferentes actores que participan en nuestra pieza audiovisual lo hacen de manera intercalada y sin seguir un patrón dividido por bloques estructurales.

Cuándo: época contemporánea ya que se trata de un hecho de actualidad, noticioso.

Sobre la estructura: nuestra pieza audiovisual ofrece un contenido dividido en tres bloques temáticos con la intención de aproximar al espectador a las diferentes problemáticas asociadas en la actualidad al virus del VIH.

Se ha buscado una forma eficiente para estructurar nuestra pieza audiovisual puesto que en ella aparecen varios protagonistas especializados en diferentes ámbitos que tratan la epidemia. Es por ello que hemos decidido estructurarla en tres bloques temáticos: el de las asociaciones, el del ámbito sanitario y científico y el de las personas afectadas por el VIH. Esta división se ha hecho así para facilitar el trabajo en todas las fases del proyecto y que nos resulte más metódico a nosotros como creadores a la hora de elaborar y llevar a cabo el plan de trabajo.

No obstante, se debe aclarar que esta estructuración no afecta a nuestra pieza audiovisual en sí misma, ya que está concebida como un todo unitario, tal y como se refleja en el apartado dedicado al guion técnico.

- En el **primer bloque temático** el protagonismo recaerá en Ferran Pujol y Montserrat Pineda, figuras de gran relevancia en lo referente a la lucha contra el VIH desde la sociedad civil.

Ferran Pujol nos situará haciendo un recorrido histórico y social del virus del VIH/SIDA desde finales de la década de los 80 hasta hoy. No obstante, Pujol incidirá en la necesidad de mayor acción política orientada al colectivo homosexual en lugar de políticas destinadas a todos los grupos poblacionales. Para ello hará uso de los datos que ha ido recopilando a lo largo de estos 25 años de experiencia combatiendo contra la epidemia.

Montserrat Pineda nos relatará la situación de las asociaciones en Cataluña que se amparan bajo el paraguas de la plataforma unitaria Comité Primer de Desembre, de la que ella es presidenta. Por otro lado, Pineda es la voz más reivindicativa a la hora de criticar el incumplimiento del *Acuerdo Nacional para hacer frente a la epidemia del VIH en Cataluña y en contra del estigma relacionado*, siendo ella una de las impulsoras del mismo a través de la presión política que ejerce.

- En el **segundo bloque temático** aparecerán dos personas del ámbito sanitario en Cataluña. Las figuras de este bloque son el Dr. Josep Maria Gatell y el Dr. Jordi Casabona i Barbarà. Los dos protagonistas relatarán los objetivos médicos y sanitarios con los que hacer frente a la epidemia del VIH.

El Dr. Gatell hará un recorrido temporal acerca de la investigación que lleva realizando a lo largo de sus 35 años como Jefe de la Unidad de VIH en el Hospital Clínic de Barcelona, así como en el Área de Infecciones desde hace 14 años. Hablará sobre la transformación de la incidencia del virus, que comenzó afectando a usuarios de drogas por vía parenteral y ha terminado recayendo en aquellos hombres que mantienen relaciones con otros hombres. Gracias a los años de profesión del doctor Gatell también podremos obtener su experiencia en el campo de los antirretrovirales y cómo su optimización en los años noventa potenció que el VIH dejara de ser altamente mortal y pasara a ser considerado una enfermedad de carácter crónico.

El Dr. Casabona narra las líneas de investigación que se llevan a cabo desde el CEEISCAT y las diferentes propuestas que él mismo presenta a las instituciones políticas para que impulsen acciones que acaben con la epidemia del VIH/Sida. El doctor también hará hincapié en las supuestas conductas de riesgo que llevan a cabo la población de hombres que mantienen sexo con otros hombres. Además, como experto en epidemiología y terapias biomédicas, expondrá su visión acerca de la profilaxis preexposición y los motivos por los que no está regulada en la actualidad en España.

- El **tercer bloque temático** servirá para dar voz a aquellos afectados por la enfermedad del VIH, aunándolos bajo la experiencia de una persona seropositiva. Somos plenamente conscientes de que la experiencia de cada uno de los enfermos de VIH es diferente, pero es imposible acceder al discurso de cada uno de ellos. Ha resultado ser una tarea muy complicada el encontrar otros entrevistados que enriquecieran nuestra pieza, pero creemos que la elección final es óptima. Celebramos el que hayamos podido tener acceso a la experiencia de A.P., ya que representa a la perfección el perfil mayoritario de personas VIH+ en nuestro país: es una persona homosexual, joven e infectada a través de la vía sexual. Por otro lado, creemos que el relato de A.P., a pesar de ser relatado de forma personal, es universal a la vez. Explicará sus sentimientos, evidentemente de forma personal, pero a la hora de analizar el estigma y la discriminación a la que se ven sometidos los seropositivos lo hará de manera generalizada y ofreciendo ejemplos que conoce de primera mano. Debido al estigma relacionado con el VIH, A.P. ha decidido que ni su rostro ni su identidad aparezcan en la pieza audiovisual. Nos contará cómo cayó en una profunda depresión y cómo ha cambiado su vida desde que fue diagnosticado. Su relato irá acompañado de imágenes evocadoras y poéticas que dotarán de significado y sentido a sus declaraciones. Además, haremos uso de diferentes técnicas de iluminación o planos detalle para evitar la abstracción del espectador pero sin que se le identifique claramente.

Voz en off: nuestro producto audiovisual no cuenta con la presencia total de A.P. debido a la decisión de que su rostro no aparezca en él. No obstante sí podemos verle caminando de espaldas, a contraluz, reflejado en un espejo así como planos detalle de sus manos mientras habla o coge algún objeto con las manos.

Además, A.P. es el único narrador del producto audiovisual, contando en él con su voz en off.

Presencia del periodista: el protagonismo del reportaje recae en las entrevistas a expertos y personas involucradas en diferentes ámbitos de la problemática en cuestión, con lo cual se prescinde de la presencia de la figura de un periodista en el mismo. Por otro lado, como se ha aclarado en el punto 1.3, el género documental no es participativo sino poético, por lo que la presencia del periodista es también nula.

Para llevar a cabo la producción de la pieza audiovisual, seremos Erena Ferrer y Diego García los únicos periodistas. Nos desplazaremos a diferentes localizaciones para poder grabar a cada uno de los protagonistas:

1. BCN Checkpoint para grabar a Ferran Pujol (Barcelona).
2. Sede del Comitè Primer de Desembre para grabar a Montserrat Pineda (Barcelona).
3. Hospital Clínic de Barcelona para grabar al Dr. Josep Maria Gatell (Barcelona).
4. CEEISCAT para grabar al Dr. Jordi Casabona (Badalona).
5. Montgat para grabar algunas de las escenas en las que participa A.P (Maresme)
6. Diferentes localizaciones de Barcelona para grabar todos los otros planos en los que no salga presencialmente A.P. (detallados en el guion técnico).
7. Alrededores de la Sagrada Família, Barceloneta, Gràcia, Plaça de les Glòries para las entrevistas a pie de calle (Barcelona).
8. Interior y exterior de las discotecas Razzmatazz y Arena (Barcelona) para una de las escenas en las que participa A.P.
9. Mural “Todos juntos podemos parar el Sida” situado en las inmediaciones del MACBA (Barcelona) para grabar a Ferran Pujol.

Al no contar con un equipo técnico propio, alquilaremos un equipo de producción los días que realicemos las diferentes entrevistas.

Alquilaremos el material técnico para poder grabar todas las escenas ya que no disponemos de él, y será posible alquilarlo mediante la financiación y/o patrocinio que se detalla en el plan de financiación.

4.2 Primer bloque temático: la incansable lucha de las asociaciones y sus reivindicaciones

Sinopsis:

Este primer bloque temático estará protagonizado por Ferran Pujol y Montserrat Pineda. Estará enfocado en dar a conocer la función y situación de las diferentes asociaciones que luchan para hacer frente a la epidemia del VIH en Cataluña, como son el Projecte dels Noms (Hispanosida) y la plataforma unitaria de otras muchas asociaciones, el Comitè Primer de Desembre.

Este bloque también pretende mostrar el llamamiento que las asociaciones hacen para cambiar las políticas que se están llevando a cabo desde las instituciones y dar una

respuesta eficaz y sensibilizada a los desafíos que presenta la epidemia del VIH/SIDA en los próximos años. Este bloque temático también pretende cubrir la inacción política que ha traído consigo la aprobación del Acuerdo Nacional contra el VIH y el estigma relacionado que fue aprobado en 2014. Por otro lado, también se pretende mostrar la presión que ejercen las asociaciones para que se apruebe la PrEP como método preventivo para los grupos de alto riesgo.

Localizaciones donde se grabarán a los diferentes entrevistados:

Para realizar la entrevista a Ferran Pujol nos desplazaremos hasta la sede de la ONG BCN-CheckPoint que él mismo fundó. Se encuentra situada en el centro de Barcelona (Antiga Esquerra de l'Eixample, C/Comte Borrell, 164) y ofrece bastantes espacios y elementos que enriquecerán visualmente nuestro producto. Por ejemplo, cuenta con una recepción que actúa a la vez como centralita en la que atender las llamadas de personas interesadas en realizarse la prueba rápida de VIH y otras ITS, consultas relacionadas con la enfermedad, etc. Es interesante grabar en esta localización ya que en ella hay bastantes carteles llamativos con mensajes relacionados con el VIH. Por otro lado, otro escenario de gran interés serán las salas en las que el personal sanitario (voluntarios) realiza las pruebas rápidas de VIH ya que allí se encuentran los utensilios, encuestas y otros elementos que aportan gran valor informacional y visual. Tal y como se detalla en el guion técnico, también se ha decidido grabar en el mural que se encuentra pintado en las inmediaciones del museo MACBA y que lleva por título “Todos juntos podemos parar el Sida”. Es una obra realizada por el artista Keith Haring y cuenta con unas considerables dimensiones, haciendo posible que se graben tanto planos generales como detalle de las diferentes escenas que representa el famoso mural.

Para la entrevista de Montserrat Pineda hemos escogido como localización la sede central de la plataforma unitaria Comitè Primer de Desembre, que se encuentra situada en la calle Pere Vergés, 1. A pesar de no ser un local que cuente con tantos elementos visualmente ricos como el BCN-Checkpoint, sí veíamos necesario el desplazarnos hasta el lugar de trabajo del propio Comitè. Por otro lado, en una de las secuencias en las que interviene Montserrat Pineda tendrán mucho protagonismo diferentes imágenes, como por ejemplo fragmentos de vídeo del día que se aprobó el Acuerdo Nacional. Este aspecto está detallado en el guion técnico.

Sinopsis aproximada de lo que dirán los entrevistados:

– Ferran Pujol:

Explicará su visión de la transformación de la epidemia del VIH a lo largo de los 25 años que lleva de activismo social. Relatará en primera persona el profundo terror y confusión extrema que infundió la enfermedad a finales de los años 80 (momento en el que él contrajo el virus), así como la esperanza que produjeron los avances en el campo de los tratamientos antirretrovirales a mediados de la siguiente década.

Pujol hará hincapié en los datos que monitorean desde BCN-CheckPoint, la base de datos sobre conductas sexuales más grande de España y una de las más considerables a nivel europeo. Expondrá que son necesarias medidas de prevención y concienciación focalizadas directamente en el grupo minoritario de la población de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres al ser éste el más damnificado.

Para ello se antoja necesario según él un cambio profundo en cuanto a la estrategia política y sanitaria para combatir el VIH, como es la implementación de la profilaxis preexposición (PrEP), así como cribados sistemáticos a aquella población en riesgo de infección.

– Montserrat Pineda:

Nos explica el importante papel que tiene la prevención, así como de la necesidad de abastecer a las diferentes entidades de recursos para poder garantizar su estabilidad y posibilitar la continuidad de un trabajo de calidad y servicio público. Uno de los aspectos más importantes que tratará Pineda será al Acuerdo Nacional que ella misma impulsó en el Parlament de Catalunya y del que aún no se ha recogido ningún fruto debido a la inacción por parte de los políticos.

Por otro lado, nos hablará acerca de lo que ha supuesto la aprobación del Real Decreto Ley 16/2012, el cual dificulta el acceso al tratamiento médico y medicación antirretroviral a inmigrantes. Montserrat Pineda, como Pujol, también hará hincapié en el estigma relacionado con el VIH, haciendo una llamada de atención a los medios de comunicación. Según ella, en lugar de tratar de concienciar a la población de los estragos que produce el VIH en la comunidad homosexual, son los causantes de

propagar falsas ideas sensacionalistas como la llamada ‘Ruleta sexual’. Según ella, estas noticias llevan infundiendo desinformación y provocando el que se culpe a las propias víctimas de la epidemia desde el inicio de ésta.

4.2.1 Entrevistas a los protagonistas

Entrevista a Ferran Pujol:

- ¿Cómo surge la idea de crear HispanoSida y BCN-CheckPoint?
- ¿Cuántas personas pasan por su centro cada año para realizarse las pruebas de VIH y sífilis?
- ¿Qué resultados se arrojan de la monitorización de datos de población homosexual en el BCN-Checkpoint?
- ¿Cuál es el estado de la epidemia actualmente en Barcelona?
- ¿Se llegará a encontrar la cura definitiva para el VIH?
- ¿Cuáles son las estrategias que se deberían implementar para que descienda la elevada tasa de nuevos infectados?
- ¿Qué opinión le merece la Profilaxis Pre Exposición? ¿Por qué cree que no está implementada aún en España?
- ¿Cree que las autoridades sanitarias están haciendo todo lo posible para implementar medidas de prevención biomédicas como las vacunas o la PrEP?
- ¿Cree que las conductas de riesgo de la población homosexual son las causantes de la propagación del virus entre ellos?
- ¿Cree que se debería focalizar la atención en cuanto a prevención en el colectivo homosexual?
- ¿Qué opina de los recientes artículos publicados en los medios sobre el *Chemsex* o *Bug Chasing*?

Entrevista a Montserrat Pineda:

- ¿Qué funciones se llevan a cabo desde la Plataforma Unitària Primer de Desembre?
- ¿Cómo surge la idea de impulsar el Acuerdo Nacional contra el VIH y el estigma asociado?
- ¿Cómo valora la acción política que se ha llevado a cabo tras él?

- ¿Qué medidas se le piden a los agentes políticos desde las diferentes asociaciones que se aúnán bajo la plataforma unitaria?
- ¿Qué ha supuesto el Real Decreto Ley 16/2012 en cuanto al acceso a la sanidad universal y medicación para el VIH? ¿Cómo se han visto afectados los inmigrantes que viven en nuestro país?
- ¿Se sigue estigmatizando a los afectados por el VIH/Sida?
- ¿Cómo circula la estigmatización y el rechazo hacia los enfermos de VIH/Sida? ¿Dónde puede observarse el trato desigual hacia las personas seropositivas?
- ¿Están haciendo todo lo posible las autoridades sanitarias a la hora de luchar contra el estigma relacionado con el VIH?
- ¿Qué piensa sobre las diferentes noticias que se publican en los medios de comunicación acerca de las conductas sexuales de la población gay?

4.3. Segundo bloque temático: La perspectiva sanitaria y de investigación

Sinopsis:

En este segundo bloque temático intervendrán el Dr. Josep María Gatell y el Dr. Jordi Casabona. En él se le da voz a la vertiente científica y de investigación, fundamentales en lo que refiere a la erradicación de la epidemia del VIH. Para ello contamos con dos figuras de máxima relevancia en el campo de las enfermedades infecciosas que nos explicarán la evolución del virus a través de los años, así como las investigaciones y posibles tratamientos que, de llevarse a cabo, podrían cambiar el rumbo de la enfermedad. En este bloque, en definitiva, mostraremos cómo los profesionales sanitarios trabajan para terminar con la incidencia del VIH desde una vertiente científica, así como social a través de la presión que ejercen a la clase política.

Localizaciones donde se grabará a los diferentes entrevistados:

Para la entrevista de Josep María Gatell nos desplazaremos hasta el Hospital Clínic de Barcelona, concretamente hasta Área de Enfermedades infecciosas y Sida. En ella se encuentra situado el despacho del doctor Gatell, lugar en el que se realizará la entrevista. Además, en él hay algunos objetos que pueden ser de interés para nuestro producto, como una amplia biblioteca en la que dispone de libros especializados en diferentes enfermedades infecciosas como es el VIH o la Sífilis que nos servirían como

planos recursos. Por otro lado, las instalaciones hospitalarias nos ofrecen la oportunidad de grabar numerosos elementos visualmente potentes.

En cuanto a la entrevista al doctor Jordi Casabona, ésta tendrá lugar en el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Can Ruti), situado a las afueras de Badalona. Concretamente se grabará el Centre d'Estudis Epidemiològics sobre ITS y VIH/SIDA de Catalunya (CEEISCAT), que cuenta con numerosos espacios en los que poder grabar: el despacho del doctor, el Hospital de Dia de VIH, el centro de Bioestadística o el Departament de Monitoratge i Avaluació. Todos estos ambientes posibilitan el que podamos obtener planos diversos y diferentes entre sí.

Sinopsis aproximada de lo que dirán los entrevistados:

– Josep Maria Gatell:

El doctor Gatell nos hablará sobre la evolución de la epidemia en las últimas décadas en Cataluña y España de manera precisa y desde la experiencia de haber sido Jefe del Área de VIH desde su creación a mediados de los años 80. También hará hincapié en las líneas de investigación que se están llevando a cabo, así como de las medidas que podrían tomarse hoy mismo para tratar de frenar la epidemia.

Para ello el Dr. Gatell expondrá cuál es el estado actual de desarrollo de las conocidas vacunas terapéuticas que él mismo ha creado desde el HIVACAT, así como la posible aprobación de la profilaxis preexposición y los beneficios que conllevaría.

La experiencia de Gatell también será muy relevante a la hora de comprobar si verdaderamente hay un claro perfil poblacional en lo que refiere a la epidemia por VIH y nos explicará qué pasos siguen los nuevos infectados una vez conocen que su estado serológico ha cambiado.

– Jordi Casabona i Barbarà:

En este caso, el doctor Casabona nos aportará datos del estado actual de la epidemia en Cataluña, así como de la cantidad de pacientes que se han monitorizado desde el CEEISCAT en este último año. Además nos hablará de las líneas de investigación con las que trabajan desde el CEEISCAT, y cómo una de ellas es la de demostrar que la esperanza de vida de una persona seropositiva se sitúa tan solo unos diez años por debajo de la media de la población general.

La experiencia del doctor Casabona es imprescindible para conocer cual es la perspectiva de futuro para la próxima década, tanto a nivel español como en la Unión Europea, ya que también colabora directamente con diferentes programas de ámbito europeo.

El director del CEEISCAT tratará de aportar datos científicos sobre la incidencia del virus VIH en el colectivo homosexual, y de los componentes que hacen que ésta epidemia afecte a un grupo u otro. Hará hincapié en la prevención y en las conductas sexuales de los hombres que mantienen sexo con otros hombres, principal colectivo afectado por la epidemia en occidente.

4.3.1 Entrevistas a los protagonistas

Entrevista a Josep Maria Gatell:

- ¿Cuál es el trabajo que realiza usted en el Área de Infecciosos del Hospital Clínica de Barcelona?
- Una persona que es diagnosticada como seropositiva, ¿qué pasos debe seguir?
- ¿Qué evolución ha visto usted con respecto a la enfermedad desde mediados de los años 80 hasta ahora? ¿Debemos creernos las noticias que van apareciendo sobre la cura definitiva de la enfermedad?
- ¿Qué pasos se han dado campo de la investigación del VIH?
- ¿Qué opinión tiene sobre el llamado Profilaxis Pre Exposición? ¿Se usa como sustitutivo del preservativo en las relaciones?
- ¿Cree usted que se le ha perdido el miedo al VIH en los últimos años?
- ¿Cómo es la situación del VIH en Europa? ¿Es diferente la situación con respecto a España?
- Con respecto a la crisis, usted que también dirige el HIVACAT, ¿ha visto mermado su presupuesto?
- Se suele relacionar la infección por VIH con prostitutas, homosexuales y drogadictos por vía parenteral, ¿hay un perfil medio de infectado por VIH o es variable?
- 1 de cada 3 personas no sabe que está infectada, ¿qué representa esta cifra?
- ¿En qué estado se encuentran el desarrollo de las vacunas terapéuticas?

Entrevista a Jordi Casabona:

- ¿En qué se trabaja desde el CEEISCAT y desde la Fundación Sida y Sociedad?
- ¿Cuál es el estado actual de la epidemia del VIH en Cataluña y España? ¿Qué datos monitorizados se manejan?
- ¿Cree usted que desde las instituciones se está fomentando la prevención entre el colectivo homosexual, o se está haciendo a nivel general sin incidir en dicho grupo?
- ¿Hay estudios que demuestren que desde el colectivo homosexual se esté dejando de usar el condón?
- ¿No cree que el uso de la Profilaxis Pre Exposición podría hacer frenar la epidemia? Si tenemos en cuenta lo ocurrido en San Francisco u otras ciudades en Europa, vemos que se están implementando con éxito los tratamientos preventivos, ¿qué opinión le merece?
- ¿Qué tipo de propuestas se plantean desde el CEEISCAT a la Administración Pública? ¿Las terminan llevando a cabo?
- ¿Qué líneas de investigación se están siguiendo ahora mismo?
- ¿Se trata la estigmatización desde el CEEISCAT?
- ¿Señalar al colectivo homosexual como el principal afectado por el VIH es estigmatizarlo o dar información sobre dónde se concentra la epidemia?
- ¿Cuáles son sus perspectivas de futuro para la próxima década?

4.4. Tercer bloque temático: dando voz a las víctimas de la epidemia

Sinopsis:

Como ya se ha explicado anteriormente, en nuestra pieza audiovisual contamos con la experiencia de una persona seropositiva enmarcada dentro del género del documental poético. Su aparición servirá para mostrar en primera persona la reacción y consecuencias que experimentó A.P. al conocer la noticia de que había sido infectado por VIH. A través de su experiencia seremos partícipes del estigma relacionado con la enfermedad, así como el rechazo y aislamiento social que supone ser seropositivo debido, en la mayoría de casos, a la desinformación y miedo irracional de la población. En definitiva, a través de las delicadas declaraciones de A.P. se pretende dar voz a otras personas que en la actualidad continúan invisibles: muchas de las cuestiones que abordará incluyen problemas que afectan de manera generalizada a los VIH+ y que A.P. conoce de primera mano.

Localizaciones donde se grabará al entrevistado:

Para grabar los planos que acompañarán a la voz en off de A.P. durante la parte documental de nuestra pieza audiovisual nos moveremos por diferentes puntos de la ciudad de Barcelona y la localidad costera de Montgat en el Maresme.

Allí se grabarán diferentes localizaciones que tienen mucha carga simbólica en el discurso de A.P. como es su propia casa o la playa de la ciudad.

En Barcelona usaremos diferentes escenarios que serán usados para representar los elementos poéticos necesarios para acompañar a su voz en off y que se encuentran detallados en el cuerpo del guion técnico.

Sinopsis aproximada de lo que dirá el entrevistado:

- **A.P.:** el discurso de este joven catalán seropositivo estará acompañado por el relato sobre la profunda depresión en la que cayó después de conocer que se había infectado por VIH tras un abuso sexual. A.P. relatará de forma delicada y honesta la transformación personal a la que se ha visto sometido a lo largo de estos años de estos dos años conviviendo con el virus. Nos explicará lo difícil que fue contárselo a su familia y amigos y lo sencillo que es caer en el aislamiento, encerrándose en uno mismo tras conocer la noticia. Hablará sobre los enormes prejuicios a los que se enfrenta diariamente debido a la ignorancia con respecto al VIH que tiene la población en general y a los estigmas que se asocian a la misma. A.P. también expondrá los inconvenientes que supone el buscar pareja (tanto amorosa como sexual) y el propia estigma hacia el VIH presente en el colectivo gay. El joven también compartirá sus anhelos relacionados con el futuro y sus peticiones a las administraciones sanitarias y políticas para luchar contra la enfermedad y el estigma que supone.

5. Guion técnico pre-rodaje

5.1 Secuencias de la pieza audiovisual

Secuencia 1:

Intervendrán en esta secuencia un voluntario del BCN-Checkpoint y joven anónimo que realiza una llamada telefónica.

Primeramente parecerá en plano detalle una de las partes de un teléfono del centro comunitario Checkpoint. Se trata de un típico teléfono fijo modelo DOMO que tiene una pequeña luz que parpadea cuando se recibe una llamada. Esta luz es de color rojo e intermitente, por lo que desde el primer plano de nuestra pieza documental se cuenta con un elemento poético de mucha fuerza, ya que el rojo es el clásico color que desde siempre ha simbolizado el VIH/SIDA.

Transcurridos cuatro segundos empezará a sonar y, en consecuencia, se iluminará dicha parte del teléfono. Dejaremos que suenen hasta tres tonos hasta que cambie el plano y nos encontramos con un primerísimo primer plano de la mano de uno de los voluntarios que colaboran en la recepción del BCN Checkpoint descolgando el teléfono y atendiendo a un chico. La conversación se ilustra a través de otros primerísimos primeros planos de diferentes partes del cuerpo del voluntario, como su boca, el auricular del teléfono en su oreja o sus dedos golpeando levemente la superficie de la mesa.

Sinopsis aproximada de la conversación telefónica:

Se trata de la conversación entre un voluntario del BCN Checkpoint y un chico joven que pide información sobre el centro (horarios, en qué consiste la prueba, cuánto tardan los resultados...). El chico joven está nervioso y necesita hacerse la prueba cuanto antes; el recepcionista trata de calmarle y consigue adelantar la cita a pesar de que el centro cuenta con muchos usuarios.

Secuencia 2:

Esta secuencia tiene como protagonista a A.P. y las imágenes que acompañarán a su voz en off.

Su voz se ilustrará con uno de los típicos buses que se encuentran en Portal de l'Àngel destinados a la donación de sangre. Se realizará un plano medio en el que el bus quede

encuadrado justo en el centro del mismo; usaremos un travelling progresivo como movimiento de cámara hasta leer el lema “Amb una vegada no n’hi ha prou” que se encuentra rotulado en el bus.

Lo siguiente que veamos será un plano detalle todo el proceso que conlleva una extracción de sangre hasta que la jeringa se llena por completo. Se contará también con diversos planos del interior del bus y se podrá ver a un enfermero/a y al donador hablando entre ellos en plano americano, pero sin que se oiga la conversación.

Sinopsis aproximada de lo que dirá A.P.:

En esta secuencia A.P. narrará cómo supo que era VIH+: ocurrió tras una rutinaria donación de sangre a través de la Cruz Roja ya que al cabo de unas semanas recibió una carta en su casa indicándole que su sangre no había podido utilizarse porque había resultado ser seropositivo. Relatará también con plenitud de detalles cual fue su reacción al leer la carta y lo que sintió al conocer que era seropositivo.

Secuencia 3:

Esta secuencia comenzará con una panorámica horizontal en la que se empezará mostrando el cartel de metro de la parada de Hospital Clínic, el cual se encontrará situado en la parte superior del mismo. Transcurridos unos segundos la rotación de la cámara será de izquierda a derecha, mostrando la fachada principal del hospital y terminando en un encuadre fijo que muestre la puerta principal de entrada y salida.

Una vez dentro, podrán verse diversos planos del interior del hospital hasta llegar a un plano detalle en el que leeremos un rótulo que indica donde está el Área de Infecciosos y la placa del despacho de Josep María Gatell con su nombre y cargo.

Para la realización de la entrevista del doctor Gatell se requerirán dos cámaras para poder combinar diferentes perspectivas. Gatell aparecerá en la imagen en un plano medio corto situándose en el centro del encuadre y gracias a la segunda cámara se podrán captar algunos de sus movimientos con las manos u otros planos detalle. Además también tomaremos diferentes imágenes de su despacho como los libros especializados en la epidemia del VIH que contiene su biblioteca.

Sinopsis aproximada de lo que dirá Josep María Gatell:

En su primera intervención el doctor explicará sobre cómo el VIH/Sida empezó siendo una epidemia que afectaba sobre todo a los usuarios de drogas por vía parenteral y cómo la mortalidad era casi del 100% debido a que los antirretrovirales existentes en aquel momento eran muy deficitarios. Explicará la revolución que supuso el desarrollo de los tratamientos antirretrovirales a mediados de la década de los 90 y cómo las personas VIH+ llevan una vida muy similar a la de la población general a excepción de tener que tomar una medicación de por vida. Finalizará su intervención explicando que el primer paso que se ha de seguir una vez comprobado que se es seropositivo es ir a la farmacia del propio hospital para conseguir la primera toma de antirretrovirales.

Secuencia 4:

A lo largo de la cuarta secuencia intervendrá una farmacéutica del Hospital Clínic y A.P.

La farmacia a donde se tienen que dirigir los infectados por VIH/SIDA está en el subterráneo del hospital y aprovecharemos para introducir elementos poéticos jugando con las luces y sombras y el uso de un primer plano picado en la parte superior de las escaleras que conducen al sótano. El dispensario de la farmacia evoca un ambiente claustrofóbico y algo tenebroso y cuenta con una ventanilla pequeña por la que los farmacéuticos dispensan los medicamentos. Se grabará un plano detalle de dicha ventana y de la mano de la farmacéutica entregando diferentes fármacos antirretrovirales. Se debe mencionar que en esta escena sonará música intrigante con la finalidad de acompañar y realzar las imágenes de cariz lúgubre.

La farmacéutica aparecerá en un plano medio para que el espectador pueda observar el entorno en el que trabaja: miles de medicamentos colocados en diferentes secciones así como una cinta mecánica para transportarlos.

A.P. sí aparecerá en esta escena de manera física pero de forma que no se le identifique. Esta escena será grabada en su casa y se hará un recorrido por su rutina diaria para mostrar lo que supone ser un enfermo crónico que necesita medicación a diario. La escena comenzará con un plano detalle picado de la pantalla de su móvil con el despertador sonando por la mañana y a continuación seguiremos a A.P. y lo veremos de espaldas en plano medio haciendo uso de un travelling de seguimiento. Una vez en el

baño grabaremos diversos planos del mismo haciendo hincapié en el vaho causado por el agua caliente y en cómo el espejo se empaña completamente. Gracias a este recurso podremos ver cómo A.P. se lava la cara pero sin poder distinguir su rostro; el espejo funcionaría aquí como elemento poético de gran valor ya que se trata de una metáfora de lo que supone ser seropositivo y no reconocerse a uno mismo así como no querer ser reconocido. El primer plano de espaldas será el que se usará en la escena en la que se lava la cara para hacer ver al espectador que la intención es la de grabar en detalle su rostro, pero que éste no se puede ver debido a que se esconde tras el empañamiento del cristal del espejo.

Tras esta escena se comenzará a escuchar la voz de A.P. mientras veremos diversos planos en los que aparecerá realizando tareas cotidianas de la mañana: peinarse, vestirse o abriendo las persianas y dejando entrar claridad tanto en su habitación como en el resto de la casa.

A través del uso nuevamente de un travelling de seguimiento A.P. nos guiará hasta la cocina donde tendrá lugar la primera toma de antirretrovirales del día. Se grabarán las pastillas de diversos colores en un plano detalle haciendo un travelling de descubrimiento de izquierda a derecha hasta llegar a un vaso transparente lleno de agua en el que se precipitará una de las pastillas que está fuera de plano y comenzará su efervescencia.

Sinopsis aproximada de lo que dirán la farmacéutica y A.P.

Una de las farmacéuticas del Área de Infecciosos del Hospital Clínic explicará en qué consiste el tratamiento de antirretrovirales y los posibles efectos adversos que pueden ocasionar. Contará las diferentes modalidades de tratamiento que existen y algunas cifras como precio, lotes de medicamentos que se dispensan a través de la farmacia, la cantidad de pastillas que toma de media un seropositivo a lo largo de los años, etc. Se trata de una intervención breve y puramente informativa acerca de los antirretrovirales.

A.P. en esta intervención explicará cual es su rutina diaria desde que es VIH+. Relatará que ha de despertarse cada día a las 7 para tomarse la primera dosis de antirretrovirales; la segunda es por la tarde noche, alrededor de la misma hora. A.P. contará los fuertes efectos secundarios que sufría al principio: pérdida de apetito, náuseas, sueño interrumpido así como los importantes mareos que padece tras la toma de la mañana, la

cual muchas veces le impide mantenerse en pie. También explicará cómo la medicación varía dependiendo de los avances que se producen en el campo de los antirretrovirales.

En definitiva, en esta secuencia A.P. explicará su experiencia como enfermo crónico que debe tomar medicación diaria de por vida y los efectos que esto conlleva.

Secuencia 5:

En esta secuencia intervendrá el doctor Jordi Casabona i Barbarà.

Nos desplazaremos hasta el Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i SIDA de Catalunya (CEEISCAT), uno de los centros de investigación en el que trabaja el doctor Casabona y en donde ha coordinado diferentes estudios de gran importancia.

Al doctor Casabona se le enseñará a través de la pantalla de una Tablet diferentes noticias aparecidas en los medios que hablan sobre cómo a la inmensa mayoría de personas seropositivas se les deniega el acceso a una hipoteca ya que uno de los requisitos indispensables es un seguro de vida, el cual no pueden adquirir debido a su estado serológico.

Se grabarán diversos planos tanto del CEEISCAT así como del despacho del doctor Casabona. Para su entrevista se usarán dos cámaras: una de ellas grabará al doctor en plano medio corto y la otra será la utilizada para planos detalle, como es el caso de las imágenes de la Tablet que él mismo sostendrá en sus manos –no habrá presencia de los periodistas–, así como diferentes elementos de interés que hay en su despacho: informes de la UE, carteles, esculturas...

Sinopsis aproximada de lo que dirá el doctor Jordi Casabona i Barbarà:

El doctor explicará que las principales funciones del CEEISCAT son la vigilancia y monitorización epidemiológica y valoración de las infecciones de transmisión sexual (incluyendo el VIH). Casabona también añadirá que sus funciones pasan por generar información para explicar cual es la magnitud y características de la epidemia para así influir en las decisiones políticas en materia epidemiológica.

El doctor verá imágenes de diferentes noticias aparecidas en los medios recientemente acerca del drama de los seropositivos al pedir una hipoteca y se mostrará contrario a dicha medida, apoyándose en los datos que publican desde el CEEISCAT. Explicará

que una de las líneas de trabajo es comprobar la esperanza de vida media de un enfermo crónico de VIH, que en la actualidad se sitúa en unos diez años por debajo de la media de la población general.

No obstante, Casabona acabará su primera intervención aclarando que tanto los bancos como las aseguradoras son empresas privadas y que son ellas las que tienen la decisión final a la hora de decidir si un enfermo de VIH puede tener una hipoteca o no.

Secuencia 6:

Esta secuencia será muy breve y dinámica ya que está centrada en entrevistas a pie de calle con un funcionamiento idéntico al de las declaraciones de personas anónimas que suelen recoger los programas informativos. Nos desplazaremos por diferentes puntos icónicos de Barcelona como las medianías a la Torre Agbar en la Plaça de Les Glòries, la Sagrada Família, diversas plazas de Gràcia o la Barceloneta. La finalidad de esta secuencia es la de encontrar a diferentes perfiles de personas (jóvenes, adultos, familias y/o tercera edad) y preguntarles acerca de hipotecas bancarias. Será interesante conocer la perspectiva que tienen dichos entrevistados sobre las hipotecas y contrastarla con la realidad de las personas infectadas.

La tipología de plano escogido para este secuencia será la de plano medio acompañado de una panorámica descriptiva, recursos idóneos para captar también los diferentes escenarios en los que grabaremos. También habrá planos generales de cada uno de los lugares ya mencionados para situar a los espectadores y aportar sensación de dinamismo al documental.

Sinopsis aproximada de lo que dirán los entrevistados a pie de calle:

Las entrevistas serán de respuesta breve y de carácter desenfadado. A los encuestados más jóvenes se les preguntará si tienen pensado firmar una hipoteca en el futuro y cómo se sienten acerca de dicha responsabilidad. También serán preguntados acerca de los requisitos que deberán cumplir en un futuro próximo para poder firmarla: avales, trabajo estable, disponer de seguro de vida... Por otro lado, los adultos hablarán de las preocupaciones que genera tener que pagar las letras de la hipoteca cada mes o sobre los requisitos que tuvieron que cumplir a la hora de firmarla.

Secuencia 7:

A lo largo de esta secuencia intervendrá A.P. y su voz en off estará acompañada por imágenes poéticas que tratarán de evocar su discurso.

Serán grabados diferentes elementos directamente relacionados con el mundo hipotecario: típicos carteles de ‘se vende’ así como las fachadas de los edificios más emblemáticos de diferentes bancos (BBVA en Plaça Catalunya, La Caixa en la Avinguda Diagonal o Catalunya Caixa en la Vía Laietana).

Para grabar estas escenas se combinará planos generales y planos detalle y la duración de cada una de las diferentes escenas que contenga esta secuencia será larga (aún por determinar la duración) para así impulsar al espectador a que reflexione acerca de la problemática que se le está planteando a través de las imágenes y, sobre todo, de la voz de A.P.

Es muy importante hacer hincapié en la angulación de las diferentes escenas: haremos uso del plano contrapicado. Este tipo de angulación tiene mucha carga poética ya que servirá para ensalzar y magnificar los elementos mostrados en cámara a través de un travelling de presentación. Se exaltará la tenebrosidad y tendrá un cariz solemne. Además se hará uso de música intrigante para crear una atmósfera sombría.

Sinopsis aproximada de lo que dirá A.P.:

A.P. iniciará su discurso hablando sobre su punto de vista acerca de la problemática de las hipotecas pero no solo versará sobre ello. Hablará también sobre las dificultades a la que se enfrentaría si quisiera vivir en otro país debido a la dependencia que tiene al acceso de los medicamentos. A.P. terminará su intervención hablando sobre lo que supone mantener el secreto de ser portador del VIH en su trabajo por miedo a ser despedido.

Secuencia 8:

En esta secuencia intervendrá Montserrat Pineda, coordinadora de la plataforma unitaria Comité 1er de Desembre.

La grabación tendrá lugar en la sede central del Comité y, como en las otras entrevistas, usaremos dos cámaras. Los planos usados serán el medio corto y el plano detalle para elementos específicos como movimientos de manos, carteles...

En esta secuencia también se emitirán imágenes del Parlament de Catalunya del 6 de marzo de 2014, día en que se aprobó por unanimidad el ‘Acuerdo Nacional para hacer a la epidemia del VIH en Catalunya y contra el estigma relacionado’, destacando la intervención de Montserrat Pineda en el Parlament. Además también emitiremos imágenes de breves intervenciones de diferentes políticos de todos los partidos que votaron el acuerdo: se trata de un vídeo que grabó el propio Comité un año después de que tuviera lugar el acuerdo para denunciar que éste aún no se había llevado a cabo. Las imágenes han sido cedidas por el Comité Primer de Desembre.

Sinopsis aproximada de lo que dirá Montserrat Pineda:

A lo largo de esta intervención la coordinadora del Comité Primer de Desembre tratará dos temas: el estigma que sufren las personas seropositivas y el Acuerdo Nacional aprobado en 2014.

Montserrat Pineda comenzará comentando diversas cifras sobre estigma en las personas infectadas por el virus como la desinformación que presenta la población general o el rechazo que supone trabajar con un seropositivo. Dichas cifras aparecerán rotuladas en la parte inferior de la pantalla para captar la atención del espectador.

Un tema importante que tratará la coordinadora será la complicada situación de los inmigrantes VIH+ para acceder a su medicación tras la aprobación del decreto ley que regula el sistema sanitario español. Montserrat hablará sobre el Real Decreto-Ley 16/2012 del 20 de abril y explicará que a través de él se redefine la condición de ciudadano asegurado y beneficiario y se deja de ofrecer atención sanitaria universal y gratuita a las personas que no estén dadas de alta en la Seguridad Social y a todos los inmigrantes irregulares del Estado. Ello supone, según ella, un claro retroceso de los derechos de los ciudadanos ya que deja desprotegidos a los sectores más vulnerables de la sociedad.

Pineda acabará su intervención hablando sobre el Acuerdo Nacional para hacer frente a la epidemia de VIH en Cataluña y contra el estigma relacionado. Explicará lo que supuso a nivel europeo la aprobación de dicho acuerdo por parte de todos los grupos políticos pero lamentará que dos años después no se haya llevado a cabo. Hablará sobre los puntos más importantes y que han quedado sin tratar por parte del Parlament como

es la creación de un Plan de Trabajo y Estudio del VIH y las ITS dentro de la Comisión de Salud.

Secuencia 9:

En esta secuencia intervendrá Ferran Pujol, director de la ONG Projecte dels Noms (Hispanosida) y del centro BCN Checkpoint.

Hemos decidido que el escenario para la entrevista con Pujol sea el centro comunitario BCN Checkpoint ya que ofrece multitud de recursos atrayentes que aportarán valor a nuestra pieza audiovisual. Grabaremos a Ferran Pujol en una de las salitas en las que realizan las pruebas rápidas. Para su entrevista combinaremos el plano medio corto y el primer plano ya que esta distancia íntima favorece a Pujol al ser una persona muy comunicativa a través de la mirada. Creemos que debido a su manera de expresarse le benefician los planos cerrados a la hora de transmitir su discurso.

También se hará uso de planos detalle para captar los instrumentos que se usan a la hora de hacer las pruebas rápidas de detección de VIH/SIDA y sífilis o de las encuestas que realizan a todos los usuarios de BCN Checkpoint con el objetivo de monitorizar las conductas y exposición al virus en hombres que mantienen sexo con otros hombres en Cataluña.

Sinopsis aproximada de lo que dirá Ferran Pujol:

Ferran Pujol se mostrará muy crítico con el Acuerdo Nacional por la inacción que representa. El activista rechaza este tipo de declaraciones institucionales porque no se traducen en nada y están repletas de banalidades y obviedades que todos los grupos políticos firman pero que nunca ponen en marcha. Pujol expondrá que el objetivo de los grupos políticos y de las entidades comunitarias que, como la suya, luchan día a día para frenar la epidemia, tiene que pasar por reducir la enorme incidencia que tiene el virus en Cataluña, una de las más altas en Europa. Para ello harían falta planes de acción que se tomen inmediatamente, según él.

Ferran Pujol expondrá que a lo largo de sus casi 30 años en la lucha contra el VIH y el SIDA ha visto cómo se creaban muchos pactos de Estado que no tenían como finalidad la de reducir la tasa de nuevos infectados porque si así fuera ya estarían implementando determinadas estrategias que están ya descritas y basadas en la evidencia científica. Pujol será contundente a la hora de señalar lo que está fallando por parte de la

autoridades: no toman medidas destinadas al grupo de la población de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, que es aquel en el cual se concentra la epidemia del VIH. El activista acabará su primera intervención haciendo hincapié en las condiciones marcadas por la Organización ONUSIDA, perteneciente a las Naciones Unidas, que determina que para 2020 España tiene que haber alcanzado unos niveles de erradicación de la epidemia muy lejanos a los actuales y que para 2030 ésta debe haber sido erradicada completamente. Pujol finalizará incidiendo en que las cifras son escandalosas y se preguntará porqué cada año se quedan situadas prácticamente en el mismo punto que el anterior.

Secuencia 10:

En esta secuencia intervendrá el doctor Josep Maria Gatell.

Su entrevista será grabada con las mismas técnicas ya explicadas en el apartado dedicado a la secuencia número 3 y su intervención estará directamente relacionada con el discurso de Ferran Pujol, ampliándolo y haciéndolo aún más verosímil.

Sinopsis aproximada de lo que dirá Josep Maria Gatell:

En su primera intervención, el doctor hará un breve repaso a la epidemia del VIH y sus cifras en España, incidiendo en Cataluña y ofreciendo también datos a nivel europeo. Hará especial hincapié en que las víctimas de la epidemia varían mucho dependiendo del país y continente.

El doctor comenzará su intervención aportando las cifras de nuevos infectados por VIH cada año en Cataluña y España: 3.500 nuevas infecciones de las que 750 tienen lugar en Cataluña. Hará hincapié en el perfil de los nuevos infectados, el cual está perfectamente definido: varones que tienen sexo con otros hombres, en general jóvenes y españoles. Dirá que la epidemia, en Occidente, se encuentra concentrada en las grandes ciudades y que de cuatro hombres con los que se acuesta un varón en Barcelona, uno es portador del VIH. Hablará sobre como las causas más frecuentes de nuevos infectados ha cambiado en las últimas dos décadas: la causa más frecuente era compartir jeringas en usuarios de drogas por vía parenteral, ahora esta causa prácticamente ha desaparecido por completo. En el año 2016, casi un 70% de los nuevos infectados por VIH son varones que tienen sexo con otros hombres y españoles, un 20% pertenece al grupo de inmigrantes y el 10% restante es una miscelánea.

Secuencia 11:

En esta secuencia intervendrán diferentes personas encuestadas por la calle usando el plano medio, como en la secuencia número 6.

Esta secuencia tiene como objetivo el mostrar los estereotipos acerca del VIH/Sida relacionándolos también con los estereotipos vinculados a los homosexuales en nuestra sociedad.

Para ello, primeramente, usaremos recortes de diarios con titulares sensacionalistas aparecidos tanto recientemente como en décadas pasadas, ya que se trata de algo que se publica con cierta regularidad en los medios. Algunos de dichos titulares son los siguientes: “Drogas y sexo gay sin condón, ¿un problema de salud pública?”, “Ruleta rusa gay: con extraños y sin condón”, “La ruleta del Sida: gays montan orgías en Barcelona para contagiarse de VIH”, “La mitad de las relaciones ocasionales gays son sin protección”, “El *Bug Chasing*, la moda de contagiarse el SIDA” o “El Sida se expande entre los gays al aumentar la promiscuidad a través de internet”.

En la siguiente escena contaremos de nuevo con entrevistas breves a pie de calle en las que personas de perfiles diferenciados contestarán algunas preguntas y opinarán acerca de algunos de los titulares que se les serán mostrados a través de la pantalla de una Tablet y que el espectador ya pudo ver en la escena anterior. Serán los entrevistados los que sujetarán la Tablet y ello podrá verse a través de un plano detalle picado. Los entrevistados y las localizaciones serán los mismos que en la secuencia número seis para así darle continuidad a nuestra pieza audiovisual.

Sinopsis aproximada de lo que dirán los entrevistados a pie de calle:

Los entrevistados a pie de calle mostrarán brevemente su opinión acerca de las supuestas prácticas de riesgo del colectivo minoritario de hombres que tienen sexo con otros hombres. Se les preguntará acerca de la supuesta moda del *Bug Chasing*, de las famosas saunas, de las aplicaciones de contactos, etc. y se les pedirá que opinen sobre la relación que cree que tiene sobre el VIH. Algunas de las preguntas que los entrevistados a pie de calle deberán responder serán las que aparecen a continuación; no obstante, cabe recalcar que no se oirá a los periodistas formulando las preguntas, sino que los entrevistados contestarán directamente y se usará determinados fragmentos de sus respuestas.

- ¿Sabía que el colectivo de hombres que mantienen sexo con otros hombres es el más afectado por la epidemia del VIH/Sida?
- ¿Cuáles diría que son las causas que llevan a ese colectivo a ser el más afectado?
- ¿Qué opinión le merecen las conductas sexuales del colectivo gay?
- ¿Qué le aconsejaría usted al colectivo para protegerse de las Infecciones de Transmisión Sexual?

Secuencia 12:

Intervendrá Montserrat Pineda y serán usadas dos cámaras para la entrevista, la cual tendrá lugar en la sede central del Comité Primer de Desembre. Los planos serán diversos: plano medio corto, semiprimer plano y plano detalle. Creemos que el uso del semiprimer plano nos ayudará a transmitir información sobre los sentimientos de Montserrat y describirá con detenimiento su personaje.

La entrevista a Montserrat Pineda tiene como objetivo el conocer la perspectiva de las entidades que trabajan duramente en la prevención del VIH y otras ITS acerca de las noticias sensacionalistas publicadas en los medios, así como su opinión sobre las supuestas conductas peligrosas de la población homosexual en materia sexual.

Sinopsis aproximada de lo que dirá Montserrat Pineda:

Pineda analizará brevemente las noticias incidiendo en aquellas que le resulten más rocambolescas y comentándolas. Pineda explicará que desde las diferentes entidades que se unifican en el Comité Primer de Desembre rechazan este tipo de noticias porque, primeramente, no hay datos suficientes que describan de manera contrastada y rigurosa este tipo de encuentros sexuales. Hará hincapié en que, en el caso que se produzca la práctica del *Bug Chasing*, se trataría de una conducta sexual aislada y sin documentar. Explicará que las noticias están llenas de imprecisiones y que optan por explotar el lado más amarillista y morboso sin tratar de entender la complejidad del fenómeno. Pineda expondrá que estos mensajes desde los medios crean una alarma innecesaria que desinforman aún más a la población general, la cual, según ella, no suele tener idea de lo que es el VIH ni a quién afecta.

Además, explicará que publicaciones como éstas estigmatizan aún más a las personas que viven con el VIH perpetuando la culpabilidad que ya sienten, ya que provocan que

los estereotipos negativos asociados a la enfermedad continúen e incluso se hagan más fuertes.

Pineda, en la parte final de su intervención, criticará también a algunas autoridades médicas del ámbito del VIH por caer en estereotipos y lugares comunes, lo que según ella demuestra que no tratan de entender a sus pacientes sino juzgarlos. Acabará su entrevista con una aportación que para nuestra pieza audiovisual es muy importante: hablando sobre cómo a lo largo de la historia se ha juzgado y criminalizado la sexualidad de las mujeres y de los homosexuales y cómo a día de hoy sigue ocurriendo a muchos niveles. Pineda expondrá que estas noticias frivolizan y criminalizan las conductas sexuales de hombres adultos gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con otros hombres, eternizando la homofobia y, sobre todo, la serofobia (rechazo y discriminación a las personas que viven con el VIH).

Secuencia 13:

En esta secuencia intervendrá el doctor Jordi Casabona i Barbarà y serán usadas de nuevo dos cámaras para la entrevista, la cual tendrá lugar en el Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i SIDA de Catalunya (CEEISCAT). Los planos oscilarán entre el plano medio corto y el plano detalle. En esta secuencia, como en la anterior, también habrá sobreimpresiones gráficas en pantalla a través de gráficos, diagrama de barras, etc.

Esta secuencia servirá para exponer la opinión del director científico del Centro de Estudios Epidemiológicos en materia de prevención y conducta sexual de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Por otro lado, también podrán verse en pantalla algunos de los resultados expuestos en el informe epidemiológico anual elaborado por el propio CEEISCAT. El del año 2015 está titulado como 'SIVES 2015: Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica del SIDA/VIH/ITS en Cataluña' y está publicado por la Agència de Salut Pública de Catalunya.

Sinopsis aproximada de lo que dirá Jordi Casabona i Barbarà:

El doctor Casabona se mostrará favorable al uso de intervenciones conductuales del grupo de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Afirmará que ha disminuido el uso del preservativo en los encuentros sexuales y que éste debería

usarse siempre, sin excepción. Además, hablará sobre un incremento de las prácticas sexuales de riesgo por uso de drogas: su percepción es que hay una gran incidencia entre nuevos infectados de VIH y uso de drogas.

El doctor arrojará los datos recogidos por la cohorte ITACA, llevada a cabo desde 2008 hasta diciembre de 2011 en conjunto con BCN Checkpoint y que ha reclutado los datos de 5.086 hombres que mantienen sexo con otros hombres con tal de monitorizar las conductas asociadas a la infección. De los resultados se puede extraer que un 36,3% de los hombres no utilizó el preservativo en todas y cada una de sus relaciones sexuales en los últimos seis meses.

El doctor mostrará preocupación acerca de los datos, alegando que se le ha perdido miedo al VIH al no ser ya una enfermedad mortal. Terminará su intervención asegurando que el uso del condón es indispensable para acabar con la epidemia del virus.

Secuencia 14:

Esta secuencia se basa en entrevistas a pie de calle y la participación de A.P. y se hará uso de planos medios y planos generales en las entrevistas a pie de calle. Para la escena de A.P. habrá planos generales, cenitales, de ángulo picado y también planos detalle.

Uno de los propósitos de esta secuencia es el mostrar la desigual consideración que tienen las personas de orientación heterosexual acerca de las relaciones sexuales protegidas a través de métodos anticonceptivos de barrera (es el caso del condón) y del uso de drogas a la hora de tener relaciones. Para ello volveremos a entrevistar a diferentes personas a pie de calle para que hablen de manera distendida acerca de las conductas sexuales que emplean. Su perfil será el de personas jóvenes y de mediana edad.

Además de las personas anónimas, también podrán verse en la parte inferior de pantalla rótulos con diferentes datos que han sido extraídos de diversos trabajos científicos sobre el uso del preservativo o el empleo de drogas entre heterosexuales en sus relaciones íntimas. Los datos que se usarán provienen de estudios de referencia llevados a cabo recientemente.

- Uno de los trabajos lleva por título *Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña*, el cual se llevó a cabo en 2012 gracias al trabajo

de diferentes entidades como el propio CEEISCAT, la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPC) o la Universitat Autònoma de Barcelona, entre otras. De dicho estudio –realizado a través de un panel de 70.000 encuestados– se pueden extraer diferentes conclusiones interesantes como que un 31,2% de los chicos y un 29,7% de las chicas declaró que ‘no siempre’ usaba el preservativo con sus parejas ocasionales. Otros datos interesantes es que el 31,4% de los varones heterosexuales utiliza internet habitualmente para conseguir parejas sexuales esporádicas o que el 96,6% de los chicos y el 92,4% de las chicas había consumido hachís, marihuana o cannabis en alguna relación sexual mantenida en los últimos 12 meses. El consumo de otras drogas durante el acto sexual también es considerable: el 11,2% y el 16,5% de chicos y chicas respectivamente había consumido alguna vez cocaína en el último año y un 11,2% y 13,9% había tomado SPEED o anfetaminas durante el acto sexual.

- Se usará también el *Informe Control* del 2015 para contrastar los datos y veremos que sus cifras coinciden con el trabajo anteriormente citado: un 35,4% de los jóvenes heterosexuales entre 18 y 35 años no usa el preservativo de manera habitual en sus relaciones sexuales esporádicas. Las justificaciones más habituales de los jóvenes fueron que encontraban el condón ‘incómodo’ o porque tuvieron un ‘descuido’. Llama la atención que más de un 65% de mujeres respondieron que ‘alguna vez’ no habían utilizado el preservativo por deseo expreso del hombre.
- Por último, creemos conveniente el uso del último *Informe IVE* (Interrupción Voluntaria del Embarazo) como indicador empírico de conductas sexuales de la población heterosexual. El último informe publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad data de 2014 determinaba que había habido 94.796 interrupciones del embarazo ese año. De esa cifra total también se puede extraer que 32.302 de dichos embarazos ocurrieron porque no se utilizó ningún método anticonceptivo, que a 19.971 mujeres ‘no les consta’ haber usado ningún método para no quedarse embarazadas o que en 3.927 de los casos fueron utilizados métodos naturales (popularmente conocido como ‘marcha atrás’, según explica el informe).

En esta secuencia también intervendrá A.P. tras las entrevistas a pie de calle. Su voz en off estará acompañada de diferentes imágenes que evocaran su discurso. Por ejemplo, se mostrará en pantalla imágenes rodadas tanto en el interior como en las inmediaciones de dos conocidos locales de ocio nocturno de Barcelona: *Razzmatazz* y *Arena*. Usaremos la técnica de la pantalla partida: a la izquierda se podrán ver imágenes de *Razzmatazz* y a la derecha del club *Arena*, local destinado al ocio nocturno gay. Los dos clubs cuentan con doble altura, por lo que rodaremos planos generales y cenitales en picado, haciendo uso también de un travelling circular de las pistas de baile. Debido al tipo de lenguaje cinematográfico que empleamos, las identidades de las personas quedarían ocultas. Además habrá planos detalle de diferentes elementos poéticos en los que no aparecerá el rostro de las personas y sonará música de estilo *tecno* para aportar dinamismo.

Nuestro objetivo en esta escena es la de recalcar que las salidas nocturnas y las conductas sexuales de ambos grupos de la población no muestran un gran contraste entre sí.

Sinopsis aproximada de lo que dirán los entrevistados a pie de calle y A.P.:

Los entrevistados a pie de calle hablarán acerca de diferentes conductas sexuales: empleo del preservativo en las relaciones esporádicas o hacer uso de drogas recreativas (alcohol, por ejemplo) a la hora de mantener relaciones sexuales. Algunos de los temas que se tratarán versarán acerca de si los hombres consideran que el condón es incómodo o sobre si las mujeres han aceptado alguna vez la penetración sin protección por deseo expreso del hombre. También se hablará sobre si el uso de alcohol facilita la desinhibición a la hora de ligar o de si ellos o alguien cercano ha tenido que recurrir alguna vez a la toma de la píldora del día después. También nos interesará conocer si se han realizado alguna vez o no las pruebas del VIH y otras ITS y si, al comenzar con una pareja con la que deciden utilizar métodos anticonceptivos hormonales, han comprobado previamente que los dos eran seronegativos. Cabe recalcar de nuevo que estas entrevistas tienen carácter distendido y ameno y se espera que los entrevistados hablen de manera abierta y natural. Podrán responder tanto de manera particular, refiriéndose a sus propias experiencias, o de forma colectiva, haciendo alusión a amigos o conocidos.

A.P. en esta secuencia hablará acerca de historias que ha conocido en primera persona de chicos homosexuales que están infectados de VIH. Explicará que acude una vez en

semana al grupo de apoyo mutuo organizado por Gais Positius y en los que un profesional de la psicología conduce a los usuarios para que comparten sus experiencias, emociones, etc. A.P. expondrá el caso personal de diferentes chicos y cómo se expusieron al VIH: la gran mayoría de infecciones se produjeron tras relaciones afectivas de confianza en las que decidieron dejar de usar el preservativo sin chequearse previamente. A.P. relatará los testimonios de diferentes personas que acuden a esta terapia de apoyo mutuo y cómo se sienten al ser rechazados y culpabilizados por sus conductas, tanto por parte de la población general como por las autoridades médicas.

En esta secuencia A.P. también introducirá el concepto del tratamiento llamado PrEP, cuyas siglas en inglés significan Profilaxis Previa a la Exposición. Se trata de un tratamiento preventivo de carácter biomédico que toman las personas VIH negativas para evitar contraer la infección y que está dando muy buenos resultados en países como Estados Unidos, Australia o Canadá. A.P. explicará como a lo largo de los años se ha constatado que el uso del preservativo no es suficiente para frenar la epidemia del VIH en occidente, siendo la profilaxis pre exposición una medida que se ha comprobado eficaz para disminuir de manera considerable los casos de nuevas infecciones.

Secuencia 15:

En esta escena intervendrá Ferran Pujol y contaremos con una gran diversidad de planos en esta secuencia: gran plano general, ya que el mural mide 2,35 metros de ancho y 3,4 metros de largo. También se usará el plano general corto, primer plano en profundidad para la entrevista con Pujol y el plano detalle para algunas partes sugerentes del mural. En cuanto a movimientos de cámara, haremos uso del travelling de presentación progresiva para que el espectador pueda ver el mural en su totalidad.

Para esta intervención de Ferran Pujol hemos escogido un escenario diferente al centro BCN Checkpoint. Su entrevista tendrá lugar frente al famoso mural ‘Todos juntos podemos parar el sida’, pintado por Keith Haring y que se encuentra situado en las afueras del museo MACBA del Raval. Hemos decidido que era conveniente cambiar el escenario debido a que el testimonio de Pujol será diferente que en escenas anteriores: a

lo largo de esta secuencia el activista contará como fueron los orígenes del VIH/Sida en España y qué se sentía al infectarse.

Pujol convive con la enfermedad desde finales de los 80, cuando el ser seropositivo era sinónimo de muerte casi asegurada. Explicará que la estigmatización hacia el colectivo gay está presente desde el principio de la enfermedad aludiendo a sus conductas sexuales: promiscuidad, uso de drogas, no utilización de preservativos... Se mostrará contrario a esos argumentos porque considera que son la vía fácil para no atajar un problema que no preocupa a la población en general y sirve para culpabilizar a los propios enfermos. Hará alusión a otras enfermedades a las que no se le culpa al enfermo de haberla contraído, como es el caso del cáncer, mientras que en el del VIH/Sida el componente de culpabilidad está muy presente, tanto en los seronegativos como en los VIH positivos.

En su intervención también hablará de los casos de nuevos infectados que detectan en el BCN Checkpoint (no olvidemos que se trata de la institución donde más personas se hacen la prueba de España): el perfil de casi el 80% de las nuevas infecciones provienen de hombres que inician una relación sentimental con otro hombre y deciden dejar de usar el preservativo como muestra de confianza hacia el otro. Explicará que esta práctica es muy habitual e incluso se realiza de manera completamente inconsciente en las parejas heterosexuales, pero que en el caso de los gays, éstos parecen tener la obligación moral de siempre usar el preservativo, no importando con quien ni las características de la situación particular.

Pujol también hablará acerca de la Profilaxis pre Exposición y la revolución que está suponiendo en muchos países, disminuyendo las tasas de nuevos infectados hasta en un 30% cada año como es el caso de Francia o la ciudad de San Francisco. Argumentará que la única razón por la que no se está dispensando la medicación a la población de riesgo de infección del VIH (mayoritariamente hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres) se reduce a causas económicas, ya que se ha comprobado su alta efectividad.

Para finalizar su intervención, Pujol hará un llamamiento a los homosexuales para que se realicen la prueba rápida de VIH cada tres meses. Según él, en España, es lo más eficaz para intentar controlar la enfermedad y tratar de reducir la tasa de nuevos infectados: uno de los mayores problemas del VIH es que una de cada tres personas desconoce que está infectada.

Secuencia 16:

En esta escena intervendrá A.P. y para acompañar su voz en off se usarán, entre otros, planos conjunto de grupos de amigos en diferentes situaciones siendo cómplices entre sí en Barcelona. También grabaremos una hormiga en primerísimo primer plano, siguiéndola a través del travelling de seguimiento para simbolizar y representar la profunda soledad y vergüenza que se siente al ser seropositivo.

En esta escena podremos volver a ver a A.P. físicamente caminando por la parte final de Gran de Gràcia: usaremos un plano medio de espaldas a través de un travelling de seguimiento mientras camina. A.P. llegará a la escultura que se encuentra en la parte final de Passeig de Gràcia –concretamente en los Jardines de Gràcia–, y que lleva por título *l'Empordà. Oda nova a Barcelona*. En dicha escultura las dos figuras parecen mirarse con complicidad mientras la que se halla reclinada le tiende la mano.

Grabaríamos tanto la escultura en su totalidad a través de un plano entero, así como diversas partes que nos parece importante recalcar a través del zoom y el plano detalle. Se halla cargado de valor poético ya que invita a reflexionar sobre lo que A.P. está afirmando, que no es otra cosa que el miedo a explicarle a una nueva pareja el que se es seropositivo y la importancia de la compasión y la confianza en estos casos.

También habrá lugar en esta secuencia para una escena en la que aparecerán diferentes parejas que serán grabadas en actitud cariñosa y que no podrán ser identificadas por el espectador.

A lo largo de esta secuencia A.P. explicará cómo contrajo el VIH y lo traumático que fue, ya que tuvo lugar tras un abuso sexual con penetración sin preservativo. A partir de ahí A.P. detallará la vergüenza intrínseca al VIH debido a la estigmatización presente tanto por parte de la población en general como por el propio colectivo gay, ya que está muy arraigada la culpabilización y el miedo irracional hacia la enfermedad. Explicará que la gente desconoce las vías de transmisión y el concepto de indetectabilidad del VIH en sangre. A.P. argumentará que cuando un seropositivo se somete a tratamiento antirretroviral, en la inmensa mayoría de ocasiones el enfermo llega a producir unos niveles de anticuerpos indetectables en sangre, por lo que la transmisión del VIH se antoja imposible. A.P. hará hincapié en que lo verdaderamente duro de ser seropositivo no es ser un enfermo crónico y tener que tomar medicación diariamente, sino el secretismo y la vergüenza que acompañan a la enfermedad. Relatará la profunda

depresión en la que cayó causada por el aislamiento así como la ansiedad que provoca el llevar la enfermedad en soledad.

Manifestará lo difícil que fue contar que era seropositivo a su familia y amigos más íntimos, haciendo hincapié en los obstáculos que supone ser VIH+ a la hora de sentirse atraído o enamorado de otra persona. Planteará también la discusión de si es obligatorio o no el contar que eres seropositivo a la hora de mantener relaciones sexuales o si lo único imprescindible es tomar todas las precauciones necesarias, recalando que teniendo niveles indetectables de anticuerpos en sangre resulta imposible la transmisión.

Secuencia 17:

En esta secuencia intervendrán todos los participantes: Montserrat Pineda, Josep Maria Gatell, Ferran Pujol, Jordi Casabona i Barbarà y A.P.

Esta secuencia final contará con escenas en las aparecerán los participantes hablando y la tipología de planos utilizados serán el plano medio corto para fijar la atención del espectador en las explicaciones de los expertos y el primer plano con la intención de transmitir confidencia e intimidad. A la voz en off de A.P. le acompañarán diversas imágenes evocadoras y de carácter poético: grabaremos la playa de Montgat a la que suele ir a meditar por las tardes o un plano picado de algún punto concurrido del centro de Barcelona como puede ser Portal de l'Àngel para transmitir que la estigmatización del VIH es un problema que nos concierne a todos como sociedad.

En esta secuencia final aparecerán todos los participantes de nuestra pieza audiovisual de manera breve y de forma intercalada entre sí. Todos ellos explicarán qué medidas se deben tomar según su criterio para atajar la epidemia del VIH en el grupo de la población minoritario de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Esta secuencia final pondrá de manifiesto las desavenencias que se dan entre las instituciones sanitarias y las entidades que luchan para erradicar la epidemia y el estigma relacionado. Ferran Pujol y Montserrat Pineda defenderán la aprobación de la profilaxis pre exposición cuanto antes y la implementación de las vacunas terapéuticas como métodos más eficaces para atajar una epidemia que se mantiene estable desde hace décadas. Por otro lado, Jordi Casabona i Barbarà y Josep Maria Gatell manifestarán que, a pesar de que consideran que la PrEP es una buena medida de prevención, las intervenciones biomédicas deben ser plenamente examinadas antes de ponerlas en marcha, ya que generan un coste elevado a la administración pública y

pueden suponer un incremento de las prácticas de riesgo así como la proliferación de otras ITS. Su postura es que las intervenciones biomédicas deben ir acompañadas de otras medidas de carácter preventivo.

Gatell y Barbarà volverán a hacer hincapié en las ‘peligrosas’ prácticas del colectivo gay que, según ellos, continúan en aumento, mientras Pujol y Pineda aclararán que seguir culpabilizando a un grupo minoritario de la población por sus supuestas prácticas sexuales es, según ellos, estigmatizador, moralista y, además, se ha comprobado totalmente ineficaz. Pineda también criticará la inacción por parte de los políticos a pesar de todos los acuerdos que puedan llegar a firmar.

La última intervención de A.P. servirá para que el joven exprese brevemente sus anhelos y deseos de futuro, tanto a nivel personal como también acerca de la enfermedad en sí.

Nuestra pieza audiovisual acabará con diferentes rótulos en pantalla que tienen como objetivo el informar y concienciar a los espectadores acerca de la estigmatización del VIH. Los datos que aportaremos serán los siguientes:

- El 22% de la población española cree que el VIH se puede transmitir en un baño público (AIDS Care).
- El 29% de la población española evitaría el contacto con una persona seropositiva en el trabajo (AIDS Care).
- Solo una de cada diez personas con VIH decide contarla (AIDS Care).

Tabla del guion técnico:

| TEMA | TC P. | TC T. | ENCUADRE | PUNTO DE VISTA | IMAGEN | SONIDO** | GRAFISMO |
|--------|--------|--------|---|---|--|--|----------|
| | | | PLANO GENERAL: PG PLANO CONJUNTO: PC PLANO FIGURA: PF PLANO AMERICANO: PA PLANO MEDIO: PM PLANO MEDIO CORTO: PMC SEMIPRIMER PLANO: SPP PRIMER PLANO: PP PRIMERÍSIMO PRIMER PLANO: PPP PLANO DETALLE: PD | NORMAL PICADO CONTRAPICADO CENITAL CÁMARA* FIJA TRAVELLING PANORÁMICA | | | |
| Sec. 1 | 1'30'' | 1'30'' | PD, PPM | Normal / Fija | Teléfono BCN Checkpoint Mano, boca, dedos y oreja del voluntario Loc.: interior / luz artificial | Sonido ambiente Conversación entre voluntario y usuario | |

*Tal y como queda expresado en las anteriores secuencias, para grabar a los diferentes entrevistados se usarán dos cámaras.

** Tal y como queda expresado en el posterior apartado “Presupuesto”, contaremos con un músico que nos creará una banda sonora para nuestra pieza que servirá de hilo musical en todo el reportaje-documental.

| - | 20'' | 1'50'' | Careta | | | Música careta | Título |
|--------|--------|--------|------------|---------------------------------------|--|---|--|
| Sec. 2 | 2'20'' | 4'10'' | PM, PD, PA | Normal / Fija y Travelling Progresivo | Exterior autobús Cruz Roja Diferentes zonas de Portal del Ángel Proceso de extracción de sangre Conversación entre enfermero y donador Loc.: exterior / luz natural Interior / luz artificial | Sonido ambiente (acompañando imágenes exterior bus) Voz en off de A.P. | |
| Sec. 3 | 1' | 5'10'' | PD, PMC | Normal / Fija y Travelling | Parada de metro Hospital Clínic Fachada Hospital Clínic Planos interior hospital Rótulo informativo hospital (Área Infecciosos) Placa despacho Dr. Gatell Entrevista Dr. Gatell Despacho Dr. Gatell (libros, | Sonido ambiente Música Voz Dr. Gatell | Nombre y cargo entrevistado: Josep Maria Gatell |

| | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--|--|--|--|--|
| | | | | | biblioteca, objetos) Loc.: exterior / luz natural interior / luz artificial | | |
| Sec. 4 | 2'30'' | 7'40'' | Escena farmacia: PP, PD, PM Escena A.P.: PD, PM, PP | Escena farmacia: Picado / Fija Escena A.P.: Normal / picado Fija / travelling de seguimiento | Escaleras que conducen a la farmacia Farmacia: ventanilla, farmacéutica, medicamentos Pantalla de móvil Casa de A.P.: detalles de su habitación, baño, espejo, pasillo, ventanas, cocina, pastillas, vaso de agua Loc.: Interior / luz artificial y natural | Escena farmacéutica: música intrigante, sonido ambiente de la farmacia (amplificando el sonido de la cinta) y voz farmacéutica Escena A.P.: alarma del móvil, música instrumental (piano), sonido amplificado de la pastilla precipitándose en el vaso de agua y voz A.P. | Nombre farmacéutica |
| Sec. 5 | 1'30'' | 9'10'' | PG, PMC, PD | Normal / Fija | Diversos planos del CEEISCAT (exterior del Hospital Germans Trias i Pujol e interior Can Ruti, donde se encuentra el CEEISCAT) | Música Entrevista Dr. Casabona | Nombre y cargo entrevistado: Jordi Casabona |

| | | | | | | | |
|--------|--------|---------|---------|--|--|--|--|
| | | | | | Planos detalle noticias tableta Despacho Dr.Casabona (informes UE, carteles, esculturas...) Entrevista Dr. Casabona Loc.: interior / luz artificial, exterior / luz natural | | |
| Sec. 6 | 1'15'' | 10'25'' | PM, PG | Normal / Fija y PAN descriptiva | Personas entrevistadas a pie de calle Torre Agbar, Sagrada Família, diversos rincones de Gràcia y Barceloneta Loc.: exterior / luz natural | Declaraciones Sonido ambiente Música en las breves presentaciones de las diferentes localizaciones | Nombre y edad entrevistados Nombres de las localizaciones |
| Sec. 7 | 1'45'' | 12'10'' | PG, PD | Normal, Contrapicado / Fija y travelling de presentación | Cartel 'se vende' en diversos edificios de Barcelona Edificios de Barcelona: BBVA en Plaza Cataluña, La Caixa en Avda. Diagonal o Catalunya Caixa en Vía Laietana Loc.: exterior / luz artificial | Voz en off A.P. Música intrigante | |
| Sec. 8 | 2'10'' | 14'20'' | PMC, PD | Normal / Fija | Carteles y diferentes elementos importantes del Comitè Primer | Entrevista a Montserrat | Nombre entrevistado y |

| | | | | | | | |
|--------|--------|-----|----------------|---------------|---|--|--|
| | | | | | <p>de Desembre</p> <p>Entrevista a Montserrat Pineda</p> <p>Exterior Parlament de Catalunya</p> <p>Vídeo Parlament de Catalunya: Acuerdo Nacional 2014 (intervención Montserrat)</p> <p>Breves intervenciones de políticos que votaron el acuerdo en el video</p> <p>Loc.: interior / luz artificial, exterior / luz natural</p> | <p>Sonido ambiente exteriores Plaça Sant Jaume</p> <p>Sonido de las imágenes Parlament</p> <p>Intervenciones políticos en el video</p> | <p>cargo: Montserrat Pineda</p> <p>Localización Plaça Sant Jaume</p> <p>Localización y fecha de cuando se produjo el Acuerdo</p> <p>Nombre y partido al que pertenecen los políticos del video</p> |
| Sec. 9 | 1'40'' | 16' | PG, PM, PP, PD | Normal / Fija | <p>Exterior BCN Checkpoint: C/Compte Borrell, 164</p> <p>Entrevista a Ferran Pujol en una de las salidas del BCN Checkpoint</p> <p>Instrumentos para realizar las pruebas rápidas y otros detalles del centro</p> | <p>Sonido ambiente</p> <p>Entrevista a Ferran Pujol</p> <p>Música</p> | <p>Nombre y cargo del entrevistado: Ferran Pujol</p> |

| | | | | | | | |
|---------|--------|---------|--------------|-----------------------|--|--|---|
| | | | | | Encuestas que les hacen a los usuarios que van a hacerse las pruebas Loc.: interior / luz artificial, exterior / luz natural | | |
| - | 5'' | 16'05'' | Transición | | Fundido a negro | | |
| Sec. 10 | 50'' | 16'55'' | PD, PMC | Normal / Fija | Entrevista al Dr. Gatell Loc.: interior / luz artificial | Entrevista al Dr. Gatell | |
| Sec. 11 | 1'15'' | 18'10'' | PM, PD | Normal, Picado / Fija | Titulares de noticias que aparecerán en la tableta Entrevistas a pie de calle Loc.: exterior / luz natural | Entrevistados Sonido ambiente | |
| Sec. 12 | 1'40'' | 19'50'' | PMC, SPP, PD | Normal / Fija | Entrevista a Montserrat Pineda Titulares de las noticias a los que se refiera Montserrat Loc.: Interior / luz artificial | Música Entrevista a Montserrat Pineda | Titular de las noticias a las que haga alusión Montserrat |
| Sec. 13 | 1'30'' | 21'20'' | PMC, PD | Normal / Fija | Entrevista Dr. Casabona Sobreimpresiones gráficas en pantalla con: gráficos, diagrama de barras, etc. Loc.: interior / luz artificial | Entrevista Dr. Casabona Música | |

| | | | | | | | |
|---------|--------|---------|--|---|--|--|---|
| Sec. 14 | 4'30'' | 25'50'' | PG, PC, PM, PD | Normal, Picado, cenital/ Fija, Travelling circular | Entrevistas a pie de calle Imágenes de los locales <i>Razzmatazz</i> y <i>Arena</i> (Barcelona): exteriores de las salas así como interior: pista de baile y personas anónimas en ella Loc.: interior / luz artificial, exterior / luz artificial | Entrevistados a pie de calle Voz en off A.P. Sonido ambiente Música tecno | Nombre y edad entrevistados Rótulos con diferentes datos sobre prácticas de riesgo en el inferior de la pantalla Nombre y ciudad de los dos locales de ocio en la parte superior izquierda de la pantalla |
| Sec. 15 | 2'15'' | 28'05'' | PGP, PGC, PP, PD | Normal / Fija y travelling de presentación progresivo | Mural 'Todos juntos podemos parar el sida': se captarán diferentes secciones del mismo (todo el mural, detalles del mural) Entrevista Ferran Pujol Loc.: exterior / luz natural | Sonido ambiente Entrevista a Ferran Pujol Música intrigante que acompañará al travelling | Localización y nombre y autor del mural |
| Sec. 16 | 2'35'' | 30'40'' | PC, PPP, PMC, PD, PF, PM (de espaldas) | Normal, contrapicado / | Planos de varios grupos de amigos en diferentes | Voz en off de A.P. | |

| | | | | | | | |
|---------|--------|---------|-------------|---|--|---|--|
| | | | | Fija, travelling de seguimiento y zoom a la escultura | situaciones en Barcelona Seguimiento a una hormiga Escultura <i>L'Empordà. Oda Nova a Barcelona</i> en Passeig de Gracia A.P. caminando por la C/Gran de Gràcia y planos detalle de sus manos Parejas a las que no se les va a identificar, en actitud cariñosa Loc.: exterior / luz natural | Música Sonido ambiente | |
| Sec. 17 | 3'30'' | 34'10'' | PMC, PP, PG | Normal, picado / fija | Entrevista a Montserrat Pineda Entrevista a Josep Maria Gatell Entrevista a Ferran Pujol Entrevista a Jordi Casabona Imágenes que acompañarán la voz de A.P.: playa de Montgat, diversos planos de puntos concurridos del centro de Barcelona (Portal del Ángel) | Entrevista a Montserrat Pineda Entrevista a Josep Maria Gatell Entrevista a Ferran Pujol Entrevista a Jordi Casabona | |

| | | | | | Loc.: interior / luz artificial, exterior / luz natural | Voz en off A.P. Sonido ambiente Música | |
|---------|------|---------|--|--|---|--|--|
| Sec. 18 | 30'' | 34'40'' | | | Datos que aparecerán en pantalla con el fondo negro | Música | <p>El 22% de la población española cree que el VIH se puede transmitir en un baño público (AIDS Care).</p> <p>El 29% de la población española evitaría el contacto con una persona seropositiva en el trabajo (AIDS Care).</p> <p>Solo una de cada diez personas con VIH decide contarla</p> |

(AIDS Care).

6. Plan de Trabajo

A continuación se muestra un planteamiento idóneo del tiempo necesario para llevar a cabo nuestra pieza audiovisual. Este proceso cuenta con tres fases diferenciadas: preproducción, rodaje y postproducción. El proyecto podría realizarse y finalizarse, tal y como se explica en las tablas a continuación, en un período de 3 meses, trabajando en un bloque temático cada mes.

La decisión de elaborar nuestra pieza en una duración de tres meses se basa en el hecho que si lo hicieramos en meses sin continuación en el tiempo podría suponer dificultades y/o cambios en todo el equipo y material técnico y de grabación, circunstancia que podría atrasar o dificultar la realización de nuestra pieza y aumentaría los costes finales.

El método de trabajo que usaremos durante el plan de trabajo de los tres bloques temáticos sigue la misma estructura: dividimos la grabación en las tres etapas ya comentadas anteriormente –preproducción, rodaje y post-producción-. Para los pasos de documentación, sinopsis, estructura, guion, contacto y confirmación de entrevistados necesitaremos la **primera semana** de cada mes. La **segunda semana** de cada mes, se finalizará el guion y se realizará la escaleta técnica. La **tercera semana**, alquilaremos el material técnico necesario, procederemos al rodaje de entrevistas e imágenes, y empezaremos a editar las mismas. Finalmente, la **cuarta semana** la dedicaremos al montaje final de nuestro producto audiovisual.

BLOQUE TEMÁTICO 1: 'La incansable lucha de las asociaciones y sus reivindicaciones'

| SEMANA DE GRABACIÓN | | SEMANA 1 | | | | | | | SEMANA 2 | | | | | | | SEMANA 3 | | | | | | | SEMANA 4 | | | | | | |
|---------------------|--|----------|---|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|---|
| Días de la semana | | L | M | X | J | V | S | D | L | M | X | J | V | S | D | L | M | X | J | V | S | D | L | M | X | J | V | S | D |
| PREPRODUCCIÓN | Documentación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sinopsis, estructura y tratamiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Contacto y confirmación entrevistados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Guion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Escaleta técnica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Alquiler material técnico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RODAJE | Rodaje entrevista Ferran Pujol e imágenes del centro y del mural 'Todos juntos podemos parar el Sida' Localización: Checkpoint Barcelona y mural en el MACBA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BLOQUE TEMÁTICO 2: 'La perspectiva sanitaria y de investigación'

| SEMANA DE GRABACIÓN | | SEMANA 1 | | | | | | | SEMANA 2 | | | | | | | SEMANA 3 | | | | | | | SEMANA 4 | | | | | | |
|---------------------|---|----------|---|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|---|
| Días de la semana | | L | M | X | J | V | S | D | L | M | X | J | V | S | D | L | M | X | J | V | S | D | L | M | X | J | V | S | D |
| PREPRODUCCIÓN | Documentación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sinopsis, estructura y tratamiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Contacto y confirmación entrevistados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Guion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Escaleta técnica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Alquiler material técnico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RODAJE | Rodaje entrevista Josep Maria Gatell e imágenes del Hospital | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Localización: Hospital Clínic de Barcelona | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| POSTPRODUCCIÓN | <p>Rodaje entrevista Jordi Casabona e imágenes del CEEISCAT Localización: Hospital Germans Trias i Pujol (Badalona)</p> <p>Rodaje escenas de las discotecas Razzmatazz y Arena Localización: Barcelona</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Edición de video | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Montaje audio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Audiodescripción para personas ciegas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Subtitulación para sordos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BLOQUE TEMÁTICO 3: 'Dando voz a las víctimas de la epidemia'

| SEMANA DE GRABACIÓN | | SEMANA 1 | | | | | | | SEMANA 2 | | | | | | | SEMANA 3 | | | | | | | SEMANA 4 | | | | | | |
|---------------------|--|----------|---|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|---|
| Días de la semana | | L | M | X | J | V | S | D | L | M | X | J | V | S | D | L | M | X | J | V | S | D | L | M | X | J | V | S | D |
| PREPRODUCCIÓN | Documentación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sinopsis, estructura y tratamiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Contacto y confirmación entrevistados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Guion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Escaleta técnica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Alquiler material técnico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RODAJE | Rodaje entrevista A.P. Localización: casa de A.P. (Montgat) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

7. Presupuesto

El presupuesto que se muestra a continuación pretende mostrar, en términos económicos, cuál será la cantidad de dinero necesaria para realizar nuestra pieza audiovisual intentando minimizar al máximo los gastos. Por otro lado, queremos que sea un presupuesto lo más real y viable posible.

Derechos de autor

Según lo publicado por Departamento de Cultura de la Generalitat de Catalunya en su documento Tasas por los Servicios del Registro de la Propiedad Intelectual, el precio a abonar por la tramitación del expediente de una obra es de **12,60 euros**.

Equipo técnico

Para llevar a cabo todas las fases de nuestra pieza audiovisual –pre-producción, producción y post-producción–, necesitaremos un equipo técnico formado por cuatro profesionales del mundo de la comunicación. Dos de estos profesionales seremos los mismos autores de este proyecto, Erena Ferrer y Diego García. Para poder ahorrar en el presupuesto y que este resulte factible, las personas contratadas para realizar nuestra pieza audiovisual se encargarán de realizar varias funciones y tareas. Además, contrataremos de forma puntual a un profesional de bandas sonoras que nos creará una para nuestro proyecto.

En el anexo I.3 del II Convenio colectivo de la industria de producción audiovisual (Técnicos) se presenta la resolución de 28 de diciembre de 2015, de la Dirección General de Empleo, por la que se registran y publican los Acuerdos de prórroga y tablas salariales del año 2016. Debido al limitado presupuesto con el que contamos para realizar este proyecto, no pretendemos seguir las tablas salariales del año 2016 que se exponen en la publicación del Boletín Oficial del Estado (BOE). Por lo tanto, después de realizar un análisis exhaustivo del presupuesto con el que contamos y el tipo de proyecto que llevamos a cabo, se ha determinado que se reducirá el sueldo establecido en el BOE a cada uno de los miembros que forman nuestro equipo de trabajo de producción.

A continuación mostramos exponemos el salario de cada uno de los integrantes del equipo:

- 1. Director de Producción:** Erena Ferrer y Diego García. Al ser los creadores de esta pieza audiovisual además de llevar a cabo las funciones de directores de producción, también ejerceremos de guionistas, periodistas, directores y realizadores y editores del montaje de vídeo. Es necesario tener en cuenta que parte del guion ya se ha preparado con la entrega de este trabajo, por lo que a la hora de realizar el documental-reportaje sólo será necesario realizar algunos cambios y retoques que se irán añadiendo durante el transcurso de la fase de preproducción.

Según la tabla de salarios publicada por el BOE, un director de producción debe cobrar un salario de 546,40€ a la semana. Esta cifra incrementa al tratarse de una persona que además de ser director de producción ejercerá también de guionista que según el BOE debe obtener un salario de 327,48€/semana, periodista y editor y montador de vídeo, con un salario de 407,09€/semana. Si se pagara esta cantidad, deberíamos abonar a cada uno de los Directores de producción un total de 5.123,96€/mes a cada uno, cifra que resulta desmesurada teniendo en cuenta el proyecto del que se trata. Observando que este presupuesto es inviable, estas figuras cobrarán 10€/hora y trabajarán un total de 15 horas semanales. Aplicando esta fórmula, el salario mensual de cada uno de ellos será de 600€, y el de los dos será de 1.200€. Teniendo en cuenta que todo el proceso tiene una duración de tres meses, cada uno recibirá en este período 1.800€, y usando este método, el salario total que habrá que pagar a estas dos figuras será de 3.600€.

Total: 1.200€ (mensuales) x 3 (meses de duración) = **3.600€**

- 2. Cámara:** esta figura, además de ejercer la función de cámara, llevará a cabo las funciones de director de fotografía y ayudante de guion. Según el BOE, un cámara debe tener un sueldo de 307,58€/semana, sumándole a esta cifra 407,09€ por ejercer la función de director de fotografía. Para poder contar con esta figura contrataremos a una persona que se encargará de ir a hacer una visita a las localizaciones además de grabar las diferentes secuencias. Para poder grabar dos planos diferentes de los entrevistados, como se ha detallado en el guion técnico, el cámara traerá consigo su material de grabación. Hemos calculado que

contrataremos por un total de 15 horas, repartidas en los meses que dura la duración. Además de los 10€ establecidos que se pagarán a todos los miembros del equipo, tras un acuerdo llevado a cabo con el cámara, éste cobrará 175€ más por ceder su cámara.

Total: 15h x 10€/h + 200 = 325€

3. Técnico de sonido: La persona que ejercerá de técnico de sonido y de editor de audio, debería cobrar, según el BOE, 307,58€ a la semana por su función como jefe de sonido, sumándole a esta cifra el salario de 367,28€ semanales por su labor como editor de audio. Con el presente presupuesto, el técnico y editor de sonido trabajará un total de 20 horas. La persona que se encargará de llevar a cabo estas tareas será contratada las horas establecidas repartidas entre los tres meses que durará todo el proceso de creación de la pieza audiovisual.

Total: 20h x 10€/h = 200€

4. Músico: se contratará a un músico especializado en creación de bandas sonoras que nos creará una para nuestra pieza audiovisual. Esta persona trabajará un total de 10 horas aproximadamente.

Total: 10h x 10€/h = 100€

Presupuesto necesario para el Equipo Técnico: **4.225€**

| PRESUPUESTO EQUIPO TÉCNICO | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Función | Salario total (3 meses) |
| Director 1 | 1.800€ |
| Director 2 | 1.800€ |
| Cámara | 325€ |
| Técnico de sonido | 200€ |
| Músico | 100€ |
| Total | 4.225€ |

Material Técnico

Para llevar a cabo la fase de montaje de nuestra pieza audiovisual alquilaremos material técnico que desglosamos y explicamos a continuación. Tras informarnos sobre los precios del alquiler de material técnico, y después de comparar los costes de cada uno de ellos, hemos elegido el de la empresa Avisual Pro² ya que es el más asequible para nuestro presupuesto.

La grabación de nuestra pieza audiovisual tendrá una duración de seis días, y esta empresa nos ofrece la posibilidad de alquilar el material por días: a más días, menos coste. El alquiler del material durante los seis días de grabación será de 894,50€ en lugar de 995€.

El Pack Descuento “Entrevista” del que vamos a disponer contiene el siguiente material:

- **Cámara:** modelo Canon C100 Mark II (2 baterías incluidas)
- **Óptica:** modelo 24-70MM II F/2.8L
- **Trípode:** modelo Manfrotto 509
- **Micrófono:** 2 micrófonos inalámbricos de corbata Sennheiser y 1 micrófono de mano Sennheiser E845
- **Panel:** 2 paneles led 600 bicolor
- **Auriculares:** modelos Sennheiser

El presupuesto total calculado que se gastará en alquilar todo el material técnico es de **894,50€.**

Otros gastos:

- **Transporte:** Para que el equipo técnico se desplace a las diferentes localizaciones dónde se grabaran las entrevistas, cada uno de los miembros usará su abono personal ya que la mayoría de ellas están ubicadas en Barcelona. Las únicas entrevistas que no se realizan en Barcelona son la del Dr. Casabona (Badalona), y la de A.P., en Montgat. No obstante se puede llegar hasta estos destinos en tren, así que estos desplazamientos no forman parte del presupuesto.

² Los precios de la empresa Avisual Pro pueden ser consultados a través del siguiente enlace: <http://www.avisualpro.es/packs-descuento.html> [en línea] consultado en: 13/04/2016

Con todos los gastos expuestos hasta ahora (equipo técnico, material técnico y transporte) la realización de este proyecto tendría un presupuesto total de **5.119,50€**. A continuación se desglosan los diferentes gastos:

| PRESUPUESTO | |
|--|----------------------|
| GASTOS | INVERSIÓN (€) |
| Equipo Técnico | 4.225€ |
| Director de Producción 1 | 1.800€ |
| Director de Producción 2 | 1.800€ |
| Cámara | 325€ |
| Técnico de sonido | 200€ |
| Músico | 100€ |
| Material Técnico | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Cámara - Óptica - Trípode - Micrófono - Panel - Auriculares | 894,50€ |
| Total: 5.119,50€ | |

8. Cadena y parrilla de televisión

La pieza audiovisual que presentamos en este proyecto se trata de un híbrido entre documental y reportaje que tiene una duración aproximada de 35 minutos. El proyecto aquí expuesto se divide en tres bloques temáticos, sin embargo está pensado para emitirlo como un conjunto uniforme. Por lo tanto, esta pieza solo presenta una sola forma de emisión: en un bloque entero de 35 minutos dentro de una parrilla de programación.

Por lo que hace a las posibles cadenas compradoras, contemplamos la posibilidad de emitirlo en la televisión autonómica catalana, **Televisió de Catalunya** (TV3) o en **Televisión Española** (La 1 o la 2). Estas tres cadenas tienen en su parrilla de programación suficiente espacio para añadir y emitir un producto audiovisual de 35 minutos como es el caso de nuestro documental-reportaje. Al tratarse de un producto de interés social y que tiene incidencia en la población, creemos podría emitirse un día entre semana, después de los servicios informativos o en algún espacio libre que tenga la cadena en su parrilla como emisión especial. Cabe destacar, que estas cadenas ofrecen información de tipo generalista y ambas pretenden ofrecer una televisión pública y de calidad, por lo que podrían estar interesados en emitir nuestro producto audiovisual.

Una vez se haya emitido la pieza, se contempla la opción de que nuestro documental-reportaje esté presente en Internet y los espectadores interesados puedan obtener más información e indagar acerca del producto. Por lo tanto, queremos explotar las ventajas, beneficios y posibilidades que Internet nos proporciona a través de la creación de un **webdoc**.

Webdoc:

Durante la fase de documentación y producción de nuestra pieza audiovisual obtendremos información y conocimiento necesario para crear la plataforma webdoc. Esta tratará de ofrecer, explicar y difundir, de forma más extensa y amplia, el mismo mensaje que pretendemos hacer llegar a la audiencia con la emisión de nuestro documental-reportaje: la situación actual del VIH en Cataluña y la lucha de las asociaciones y los afectados para erradicar con la epidemia y el estigma relacionado.

Con la creación de un webdoc buscamos mostrar a todos los internautas la posibilidad de volver a visionar nuestro producto on-line además de proporcionarles otros materiales relacionados con el mismo. Al tratarse de un producto que pretende ser emitido en televisión, toda esta información que hemos comentado que aparecerá en el webdoc estará disponible sólo después de la emisión del mismo.

En el webdoc publicaremos diversos materiales:

- Las entrevistas íntegras a todos los protagonistas de nuestra pieza.
- La pieza audiovisual íntegra tal y como se haya emitido por televisión.
- La posibilidad de visionar el documental en tres partes diferencias entre sí por los tres bloques temáticos descritos en este proyecto: la lucha y reivindicaciones de las asociaciones, la situación sanitaria y en materia de investigación en Cataluña y España y la experiencia de A.P. como seropositivo.

Se aprovecharán materiales que aparezcan en el reportaje, aunque estos sólo podrán incluirse después de la primera emisión, y otras partes de entrevistas que no hayan sido emitidas en nuestro producto pero que puede ser información de interés para el público. Por ejemplo las entrevistas enteras, coloquios con los entrevistados o vídeos íntegros a los que aludimos brevemente en nuestra pieza.

9. Plan estratégico de comunicación integral

El documento que lleva por título “Elaboración de un plan de comunicación” publicado realizado por la Plataforma Voluntariado de España, un plan de comunicación “es un documento que recoge las políticas, estrategias, recursos, objetivos y acciones de comunicación, tanto interna como externa, que se propone realizar una organización”. Tal y como describe el documento “¿Cómo planificar la comunicación desde una institución pública” publicado por el Gobierno de Navarra, para realizar un buen plan de comunicación es necesario tener en cuenta diferentes aspectos, y consecuentemente hay que llevar a cabo las diez etapas de cualquier plan de comunicación:

1. Estudio del entorno: análisis e investigación
2. Objetivos
3. Público Objetivo
4. Mensaje
5. Estrategia
6. Acciones de comunicación
7. Cronograma
8. Presupuesto
9. Control y seguimiento
10. Evaluación

Aunque estas sean las fases que se realizan en cualquier plan de comunicación de una empresa, en este proyecto sólo se redactan los cinco primeros puntos de este plan, ya que son las fases que nos interesa realizar puesto que las otras se deberían llevar a cabo una vez se ejecute el presente proyecto.

9.1 Estudio del entorno: análisis e investigación

A la hora de hacer un estudio exhaustivo para saber cuáles serían nuestras posibles fuentes de financiación así como el público al que le interesaría visualizar nuestra pieza audiovisual, es necesario hacer un buen estudio de mercado. Para poder llevarlo a cabo se realizará un pequeño DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortaleza y Oportunidades) con tal de observar qué es lo que puede mostrar nuestro producto y por qué aspectos se ve limitado.

A continuación mostramos una tabla con el DAFO realizado:

| DEBILIDADES | FORTALEZAS |
|--|---|
| Presupuesto limitado. Presupuesto total superior al estimado. Dificultades a la hora de pedir financiación por la nula presencia que tenemos en el mundo de la comunicación. Falta de experiencia de los creadores del presente proyecto. | Tema de mucho calado social y que interesa a un sector importante de la población Innovación en lo que respecta al planteamiento de la pieza audiovisual desde el punto de vista de documental poético. Podemos ofrecer un producto que no se ha hecho hasta ahora combinando el reportaje y el documental poético. Implicación de los directores del proyecto. |
| AMENAZAS | OPORTUNIDADES |
| La epidemia del VIH es un tema recurrente sobre el que ya se han hecho varios documentales y reportajes. Negación por parte de las productoras para emitir nuestra pieza audiovisual. | Innovación en cuanto a la señalización de cuál es la problemática en la actualidad y el grupo de la población al que afecta la enfermedad. Posibilidad de hacer difusión de nuestro proyecto a través de Internet sin que suponga un aumento en el presupuesto. |

9.2 Objetivos

Los objetivos marcados a través de esta estrategia de comunicación son los siguientes:

1. Conseguir público interesado en visionar nuestra pieza audiovisual
2. Conseguir una buena audiencia el día de la emisión de nuestro proyecto
3. Conseguir financiación para cubrir nuestro presupuesto

4. Publicar información en la web que crearemos sobre los avances en nuestra pieza audiovisual
5. Sensibilizar a la sociedad de lo complicado que es vivir siendo serpositivo
6. Ofrecer información de interés para la ciudadanía, favoreciendo el conocimiento de la epidemia del virus VIH/sida

9.3 Público Objetivo

El público objetivo de nuestro plan estratégico de comunicación es el mismo público al que queremos dirigirnos con nuestra pieza audiovisual. Se trata de los jóvenes españoles de entre 18 y 35 años que quieran obtener más conocimientos sobre el virus del VIH, interesados en saber el estado actual de la epidemia y cuál es el trabajo que se lleva a cabo desde las asociaciones y la sanidad pública y campo de la investigación. Cabe destacar que el presente proyecto no está enfocado única y exclusivamente a este sector de la población, creemos que también puede ser de gran interés para los adultos mayores de 35 años.

9.4 El mensaje

Mediante el plan estratégico de comunicación tenemos un mensaje claro a comunicar: emisión del reportaje-documental sobre la problemática actual en torno al VIH y el estigma relacionado. Nuestra intención es informar al público que nuestra pieza será un reportaje-documental diferente e innovador y que tratará la realidad del VIH desde una visión flexible y atrayente, haciendo de nuestro reportaje una pieza única y sensibilizadora.

9.5 Estrategia

9.5.1 Difusión

La difusión de nuestra pieza audiovisual se hará mediante la emisión en la TDT, sin embargo a posteriori de la emisión en televisión, se colgará el reportaje-documental en la página web oficial del mismo, donde los espectadores interesados podrán volver a verlo de nuevo. Además también se podrá visualizar

si las cadenas interesadas en la compra y emisión del mismo gozan de las plataformas adecuadas. Por ejemplo, si fuera TV3 la cadena que nos comprara el producto, también podría verse la pieza audiovisual al completo en soportes como tabletas o móviles ya que la cadena cuenta con una aplicación optimizada para dispositivos móviles. Asimismo, en la página web –que contará con un webdoc–, se hará público contenido adicional, además del reportaje-documental íntegro.

Finalmente, haremos uso de las redes sociales para hacer difusión de nuestra pieza audiovisual publicando algunas partes del reportaje-documental para despertar el interés del público y que se dirijan a la página web para poder visualizar la pieza entera o partes exclusivas que le interese.

9.5.2 Promoción

Para promocionar nuestra pieza audiovisual se considera oportuno llevar a cabo diferentes acciones en medios de comunicación como son la televisión, la radio, y las diversas plataformas que nos ofrece Internet.

Televisión

- **Spot publicitario:** se trata de la emisión de un spot publicitario por parte de la cadena que emita nuestra pieza audiovisual a modo de autopromoción. Estaría a manos de la misma cadena la edición de la pieza, decidir qué partes del reportaje-documental se emiten, así como la franja horaria o la periodicidad.
- **Mención:** se trata de la mención, por parte de otro programa de la misma cadena, de la emisión de nuestro producto. Nos interesa la mención desde otros programas el público objetivo de los cuales sea parecido al nuestro y ofrezca un contenido similar. Por ejemplo, si el programa “30 minuts” de TV3 –suponiendo que la cadena nos comprara la pieza audiovisual– hace algún reportaje relacionado con algún tema social, podría anunciar la emisión del reportaje-documental.

Radio

Se contempla la posibilidad de pagar a las principales emisoras para que emitan cuñas publicitarias anunciando el reportaje-documental.

Internet

Esta herramienta nos brinda la oportunidad de poder hacer difusión y promoción de nuestra pieza audiovisual gracias a todas las facilidades y medios que nos proporciona. Internet se considera el pilar principal de nuestro plan de comunicación ya que los servicios de los que haremos uso son gratuitos y comprende un gran porcentaje de población, por lo que nos facilita que nuestro mensaje llegue de manera más fácil y rápida a nuestro público objetivo.

- **Página web:** nuestra pieza audiovisual estará disponible para ver online en la página web de la cadena que nos la compre. Además crearemos una página web oficial del reportaje-documental para promocionarlo y publicarlo, así como interactuar con el webdoc, aconsejar a los internautas que quieran información sobre el VIH o presentar al equipo técnico.

A continuación mostramos un borrador de lo que podría ser la *home page* nuestra página web:



Como se puede observar es una página clara y sencilla para navegar. Cuenta con una cabecera con el título –provisional- de nuestra pieza audiovisual con los colores que se relacionan con el VIH: el negro y el rojo, colores intensos y que contrastan entre sí y de marcado carácter simbólico.

El menú principal cuenta con cuatro pestañas: la primera es la que tiene por nombre “**El proyecto**”, en la que se explicará en qué consiste nuestro proyecto y se publicará el reportaje–documental íntegro. En segundo lugar se encuentra el botón “**Webdoc**”, y si se hace click sobre él se va a encontrar información relacionada con el reportaje-documental explicado anteriormente. La siguiente pestaña lleva por nombre “**VIH**”, y en ella los usuarios podrán encontrar todo tipo de información y contenido relacionado con el VIH, así como noticias recientemente publicadas en los medios de comunicación. Finalmente, en la botonera inicial se encuentra la pestaña “**Sobre nosotros**”, en la que se pretende explicar quién forma el equipo técnico, sus fotos, sus funciones y su contacto.

En esta primera página encontramos también un *teaser* de la pieza audiovisual, que el internauta podrá visualizar y si le interesa, seguir navegando por nuestra página web y acabar de verla. Creemos es conveniente compartir este *teaser* en la página inicial ya que hacemos que, si interesa al espectador, éste tenga interés en seguir descubriendo sobre la pieza así como sobre el tema del reportaje-documental. Dicho *teaser* se reproducirá automáticamente cuando el internauta acceda a la web.

Finalmente, como se puede observar, se han añadido los botones de “Facebook” y “Twitter” donde los internautas podrán acceder ya que estarán *linkados*, y así entrar en nuestra página en Facebook y Twitter. Además, se han añadido las colaboraciones con las que contaremos para realizar el presente proyecto.

- **Redes sociales: Facebook y Twitter**

Estas redes sociales las usaremos para aumentar el *engagement* de los usuarios y atraer el interés de nuestro público. La persona encargada de la dinamización de Facebook y Twitter será un miembro del equipo del reportaje que ejercerá, como una labor más, la función de *community manager* debido a que es una disciplina estudiada durante la carrera de periodismo.

Las redes sociales nos servirán para aumentar el *engagement* previamente a la emisión del reportaje-documental en televisión. Para ello, lanzaremos algunas preguntas que creamos puedan ser de interés para nuestro público y se responderán después de la emisión del mismo, llamando así la atención de los espectadores y anunciando el día y la fecha de la emisión del reportaje-documental. Por ejemplo: “¿Qué hay de cierto en el mito: <<todos nos podemos infectar de VIH?>>? La respuesta la encontrareis el viernes a las 22:00h en TV3”.

Facebook y Twitter también serán un vehículo de difusión y promoción de la página web oficial –así como del webdoc–, que estará constantemente activa ya que se irán colgando materiales interesantes que iremos obteniendo durante el proceso de creación de nuestra pieza audiovisual.

10. Plan de financiación

Para poder llevar a cabo y emitir el presente proyecto es necesario contar con algún tipo de financiación, y en este caso contamos con la posibilidad de financiarlo mediante patrocinios. No obstante, si a una cadena le interesara nuestra pieza audiovisual y la compra antes de su producción, la publicidad y los patrocinios estarían resueltos puesto que estas acciones estarían a su cargo.

A continuación proponemos un seguido de empresas, organizaciones e instituciones que podrían llevarnos a cabo la financiación puesto que comparten intereses parecidos con el tema de nuestro producto:

10.1 Patrocinios:

Empresas / organizaciones, etc:

- BCN-Checkpoint
- Empresas de venta de preservativos (Control, Durex)
- Guilead, empresa farmacéutica poseedora de la patente de Truvada, medicación de la profilaxis preexposición
- Grupo Arena (conglomerado de salas de fiesta y asociaciones dedicadas al público gay)
- Razzmatazz (discoteca)
- Matineé (empresa organizadora del festival gay 'Circuit')
- Diferentes empresas que tengan como público objetivo la comunidad homosexual

Instituciones públicas:

En primer lugar, creemos que el Departamento de Sanidad del Ayuntamiento de Barcelona estaría interesado en patrocinar nuestra pieza audiovisual ya que tratará la epidemia del VIH en el colectivo homosexual, sobretodo en las grandes ciudades, y un caso claro es el de Barcelona. Además, todas las escenas están localizadas en diferentes puntos de la ciudad de Barcelona a excepción de Montgat y el Hospital Germans Trias i Pujol.

En segundo lugar, creemos que el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña también podría estar interesado en llevar a cabo el patrocinio del producto audiovisual. Este departamento trabaja en la investigación de la epidemia y es uno de los máximos aludidos a lo largo de nuestra pieza audiovisual.

10.2 Subvenciones:

Las subvenciones son aquellos recursos aportados por terceros que no exigen su devolución al ser recursos propios que no exigibles.

En estos momentos el programa de subvenciones que más se adapta a nuestra propuesta es el que el Departament de Cultura y el Institut Català de les Empreses Culturals (ICEC) propone. Dicho programa tiene tres líneas de subvención en el ámbito del sector audiovisual.

El que podría resultar interesante para nuestro proyecto audiovisual es el destinado a la realización de documentales televisivos. Estas subvenciones tienen como objetivo el apoyar la realización de documentales televisivos con tal de que se creen productos de calidad destinados a los mercados nacionales e internacionales. El objeto de estas ayudas es apoyar proyectos audiovisuales, ya sean documentales para televisión o documentales interactivo, en su fase de desarrollo. Entendiéndose por fase de desarrollo todas aquellas actividades previas al inicio del rodaje, necesarias para la realización del proyecto audiovisual, siendo éste el punto exacto en el que nos encontramos en la actualidad con nuestro proyecto.

La cuantía de la subvención será como máximo del 40% del coste total del proyecto, hasta un máximo de 500.000,00 euros.

11. Conclusiones

A pesar de conocer la problemática asociada al VIH/Sida, la realización de este proyecto audiovisual nos ha llevado a profundizar y a conocer aspectos que hasta el momento nos eran desconocidos y que nos han obligado a transformar el mensaje inicial que habíamos sopesado.

Iniciamos este proyecto con la idea en mente de denunciar la estigmatización que sufre el colectivo homosexual en lo que respecta al VIH, pero lo acabamos con la intención puesta en hacer visible que es el grupo minoritario de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres el principal –y casi único– afectado por una epidemia que predomina en las grandes urbes. Este es el caso de Barcelona, principal escenario de nuestro proyecto. Nos sorprendió sobremanera este hecho e inmediatamente nos vimos en la obligación de modificar nuestro enfoque previo y fijar la mayor parte de nuestra atención en abordar el que consideramos el aspecto más relevante de nuestro proyecto: la epidemia del VIH no afecta a toda la población por igual y existe un grupo minoritario muy damnificado en el que no se están impulsando las medidas que cabría esperar para paliar una epidemia que afecta cada año a unas 3.500 nuevas personas en España.

Si bien el Parlament de Catalunya aprobaba el histórico Acuerdo Nacional contra el VIH y el estigma relacionado en 2014, a día de hoy, en junio de 2016, no se tiene constancia de que se haya desarrollado ninguna de las propuestas que se firmaron. Al realizar este proyecto, hemos sido aún más conscientes de la propaganda imperante en el país y de las promesas vacías por parte de las instituciones políticas. No obstante, tras las entrevistas con los diferentes actores que participan en nuestro proyecto, hemos llegado a la conclusión de que lo verdaderamente provechoso sería acotar el grupo de afectados –no generalizando las medidas a la población general, con el sobrecoste que ello conllevaría innecesariamente–, y tomar medidas específicas que estén dirigidas a aquellos grupos de alto riesgo.

Hemos comprobado como en lugar de fijar unas estrategias definidas para luchar contra la transmisión del VIH, se ha culpabilizado al grupo de la población de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). Este colectivo lleva décadas

sufriendo la estigmatización por parte de algunos sectores sanitarios y de los medios de comunicación de masas, quienes no dudan a la hora de señalar, juzgar y reproducir de manera sensacionalista las supuestas prácticas de riesgo que los homosexuales llevan a cabo.

Un claro ejemplo de medida que se podría desarrollar en lugar de las reprobaciones morales constantes a las que se ven sometidos los gays sería la implementación de los llamados tratamientos preventivos biomédicos. La profilaxis preexposición (PReP) está siendo un éxito en países como Francia, Estados Unidos o Australia, donde los índices de nuevos infectados han ido descendiendo año a año de manera considerable: en la ciudad de San Francisco disminuyó la tasa en casi un 30% el pasado año. En nuestro país, tras las investigaciones que hemos tenido que llevar a cabo, hemos comprobado como las cuestiones relacionadas con la economía suponen uno de los principales frenos para que no exista la posibilidad de acceder a la profilaxis preexposición. Otro de los frenos es el miedo infundado e injustificado que circula afirmando que si se empieza a proporcionar esta medicación preventiva, las conductas sexuales de riesgo y el uso de drogas irán en aumento.

En definitiva, los objetivos deseados a la hora de desarrollar este proyecto se resumen en dos. Primeramente, aportar información y datos que son novedosos para la población general con la intención de advertir acerca de la realidad de la epidemia en nuestro país. Por otro lado, también encontramos necesario el acercar la experiencia de aquellos que sufren la enfermedad y, sobre todo, el estigma y el rechazo social que van relacionados con ella. Se ha comprobado a lo largo del proyecto que lo más cruel de la enfermedad no es el padecimiento en sí mismo (la elevada esperanza de vida de los seropositivos es ejemplo de ello), sino las consecuencias a nivel personal y social que acarrea.

Pretendemos así remover conciencias o, al menos, iniciar un debate social que en la actualidad es inexistente. El único debate que circula en nuestra sociedad está intoxicado por parte de los medios de comunicación y algunas instituciones dedicadas a la investigación, que en lugar de tratar de arrojar luz sobre el drama humano que se halla tras el VIH, actúa como agente moralizador que juzga las prácticas sexuales de un grupo de la población. Un grupo invisible que calla tras la vergüenza impuesta.

11. Bibliografía y webgrafía

BIBLIOGRAFÍA

- Aznar, H. (2002). Televisión, telebasura y audiencia: condiciones para la elección libre”, en *Revista Latina de Comunicación Social*, 48.
- Brundson, C., Johnson, C., Moseley, R. & Wheatley, H. (2001). Factual entertainment on British television: *The Midlands TV Research Group's 89 Project*. European Journal of Cultural Studies, 4:1. (pp. 29-62.).
- Bustamante, E. (1999). *La televisión económica: financiación, estrategias y mercados*. Barcelona: Gedisa.
- Català, J.M. & Cerdán, J. (2007-2008). Despues de lo real. *Pensar las formas de documental, hoy*. (vol. I y II). Archivos de la Filmoteca, números 57-58.
- -- (2007). El documental y el espacio público. *Despues de lo real* (vol. I), *Archivos de la Filmoteca*, núms. 57-58. (pp. 68-99).
- Cebrián Herreros, M. (1992). Géneros informativos audiovisuales. *Géneros referenciales o expositivos en radio y TV* (pp. 112-241). Madrid: Ciencia Madrid
- Chanan, M. (2007). *The Politics of Documentary*. London: British Film Institute.
- Chapman, J & Allison, K. (2009). *Issues in contemporary documentary*. Cambridge, UK; Malden, MA, Polity.
- Coles, G. (2000). *Docusoap: Actuality and the Serial Format*. En Carso Nand, Bruce y Llewellynjones, Margaret: *Frames and Fictions on Television: The Politics of Identity within Drama*. Exeter, Intellect Books. (pp. 27-39).
- Comby, L. & Devos, T. (1996). *Atribución de responsabilidad y discriminaciones*. En N. Basabe, D. Páez, R. Usieto y H. Paicheler. *El desafío social del sida*. Madrid: Fundamentos. (pp. 234-240).
- Falgueras, L. (1995) *Vivir con el sida. Prevención, consejos y orientación*. Barcelona: Colimbo.
- Francés, M. (2003). *La producción de documentales en la era digital*. Madrid: Cátedra.
- Gamella, J. F. & A. Álvarez Roldán. (1999). *Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles*. Barcelona: Ariel. (pp. 242-244).
- Goffman, E. (1989). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

- -- (1963). *Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity*. Nueva York: Simon and Schuster.
- Grierson, J. (1979). *First Principles of Documentary*. (pp. 35-46). Londres: Forsyth, Hardy.
- Huici, C. (1996). *Estereotipos*, en J. F. Morales, y C. Huici, *Psicología Social y Trabajo Social*. Madrid, Mc Graw-Hill, Cap. XI.
- Kilborn, R. (1998). Shaping the Real: *Democratization and Commodification in UK Factual Broadcastin*. European Journal of Communication, vol.13. (pp.201-218).
- -- (2000): *From Grierson to the docusoap: breaking the bound aries*. Luton, University of Luton.
- Kurzban, R. (2001). Evolutionary Origins of Stigmatization: *The Functions of Social Exclusion*. Psychological Bulletin, vol.2, núm. 127. (pp. 187-208).
- Martín Vivald, G. (1973). *Géneros periodísticos*. Madrid: Paraninfo.
- Morin, M. (1996). *Representaciones sociales y prevención del sida*. En N. Basabe, D. Páez, R. Usieto y H. Paicheler, *El desafío social del sida*. Madrid: Fundamentos.
- Nichols, B. (2001). *Introduction to Documentary*. Bloomington: Indiana University Press.
- -- (1994). *Blurred Boundaries. Questions of Meaning in Contemporary Culture*. Bloomington: Indiana University Press.
- -- (1997), *La Representación De La Realidad. Cuestiones Y Conceptos Sobre El Documental*, Paidós: Barcelona. Primera edición inglesa: (1991) *Representing reality: Issues and Concepts in Documentary*. Bloomington: Indiana University Press.
- Plantinga, C. (2007). *Caracterización y ética en el cine documental*. Archivos de la Filmoteca nº 57. (pp. 46-67).
- Prado, E. (1995). Programación y televisiones públicas. *La nueva perspectiva audiovisual. El reto de la televisión pública regional*. Madrid: Telemadrid.
- -- (2002). *Telerrealidad: globalización y uniformización*. En Vidal Beneyto, José: *La ventana global*. Madrid, Taurus.
- Prats, J. (1997). *Criterios para plantearse una acción didáctica ante un fenómeno social de gran trascendencia: el caso del proyecto 'Sida. Saber ayuda'*. Aplicaciones didácticas del programa "Sida. Saber ayuda. Barcelona: Fundación La Caixa. (pp. 15-17).

- Romaní, O. (1991). *De la sobreestigmatización a la racionalización del problema*. Antropología de la Medicina, nº 942, vol. XL. (pp. 63-74).
- -- (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel. (pp. 153-154).
- Sánchez, F. (I. Romo y D. Páez). (1997). *Aportaciones del concepto de prototipo en la investigación sobre sida. Implicaciones y limitaciones*. En N. Basabe, D. Páez, R. Usieto y H. Paicheler, *El desafío social del sida*. Madrid: Fundamentos.
- Sellés, M. (2004). *El documental: un compromís polític*. (pp. 59-81). Editorial Tripodos.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas*, Madrid: Taurus.
- Spinner CD, Boesecke C, Zink A, Jessen H, Stellbrink HJ, Rockstroh JK, et al. *HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP): a review of current knowledge of oral systemic HIV PrEP in humans*. *Infection*.
-
- Ulibarri, E. (1994). *Idea y vida del reportaje*. (1^a ed.). Editorial Trillas.
- Van der Straten, A., Gomez, C.A., Saul, J., Quan, J. & Padian, N. (2000). *Sexual risk behaviors among heterosexual HIV serodiscordant couples in the era of post-exposure prevention and viral suppressive therapy*. (pp. 47-54).
- Vilá, M. & Sánchez, M. (2009). Continuidades en la estigmatización social del cuerpo enfermo: *Una comparación entre la lepra y la obesidad*. México.
- Zoellner, A. (2009). Professional Ideology and Program Conventions: Documentary Development in Independent British Television Production. *Mass Communication and Society*, 12:4. (pp. 505-536).

WEBGRAFÍA

- Fuster Martínez, MM. (2011). *Recursos narrativos en la postproducción de reportajes televisivos. El equilibrio entre la creatividad y la credibilidad* (Trabajo de Master, Universitat Politècnica de València). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10251/14093>
- Ibañez, A. (2010). *Documental vs. Reportaje: Cómo identificarlos*. Recuperado de <http://www.guioteca.com/cortos-y-documentales/documental-vs-reportaje-como-identificarlos-parte-ii/>

- Patterson, C.M. (2003). *El buen reportaje, estructura y características.* Recuperado de http://www.ull.es/publicaciones/latina/latina_art642.pdf
- Universidad Privada del Norte. (2015). *Semejanzas y diferencias entre documental y reportaje audiovisual.* Recuperado de <http://blogs.upn.edu.pe/comunicaciones/2015/04/29/semejanzas-y-diferencias-entre-documental-y-reportaje-audiovisual/>
- Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. *Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida.* Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2015.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. *HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2004.* Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2005. No. 71. (Consultado el 28/02/2006. Recuperado de http://www.eurohiv.org/reports/report_71/pdf/report_eurohiv_71.pdf
- Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. (2001). *Infección por VIH y sida. Plan Multisectorial 2001-2005.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56552/2/89252.pdf>
- ONUSIDA. (2005). Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Estudios de caso de intervenciones exitosas. *Situación de la epidemia de SIDA.* Ginebra, Suiza. Recuperado de: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/epi_update2005_es.pdf
- Patterson, C.M. (2003). *El buen reportaje, su estructura y características.* Revista Latina de Comunicación Social, 56. Recuperado de: <http://www.ull.es/publicaciones/latina/20035633patterson.htm>

- ONUSIDA. (2001). *Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH*. Recuperado de http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC295-Protocol_es.pdf
- Gobierno de Navarra. (2011). *¿Cómo planificar la comunicación desde una institución pública? Metodología para el diseño de planes de comunicación*. Recuperado de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5FBD54A1-D7CF-4EAF-9EC3-43AD2FCD3A9E/0/Guiaparaelaborarunplandecomunicacion2012x.pdf>
- Sánchez-Rubio Ferrández, J., & Martínez Sesmero, J.M. (2016). Profilaxis preexposición al VIH: ¿un nuevo paradigma de prevención? *Farmacia Hospitalaria*, 40 (3), 219-224. Recuperado de http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/fh/article/view/10439/pdf_8732
- Comitè Primer de Desembre. (Marzo, 2015). *Acuerdo Nacional VIH: cumplimiento ahora o nunca*. Recuperado de <http://www.comite1desembre.org/es/acord-nacional-vih-compliment-ara-o-mai/>
- Prado, E. (2014). El documental televisivo: un género en peligro de extinción en Europa. *Estudios sobre el mensaje periodístico*, 20 (2), 841-856. Recuperado de http://dx.doi.org/10.5209/rev_ESMP.2014.v20.n2.47037
- Campo, J. (2015). Tratamiento creativo (y político) de la realidad. *Cine Documental*, 11. Recuperado de <http://revista.cinedocumental.com.ar/cine-documental-tratamiento-creativo-y-politico-de-la-realidad/>
- Hernández Corchete, S. (2004). Hacia una definición del documental de divulgación histórica. *Communication & Society. Universidad de Navarra*, 17 (2). Recuperado de http://www.unav.es/fcom/communication-society/es/articulo.php?art_id=82
- Mamblona Agüera, R. (2012). *Las nuevas subjetividades en el cine documental contemporáneo. Análisis de los factores influyentes en la expansión del cine de lo real en la era digital* (Tesis doctoral). Recuperado de

http://www.thesisenred.net/bitstream/handle/10803/83917/Tesi_Ricard_Mamblona.pdf?sequence=5

- WHO: Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Recuperado de <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>.
- Rengel Morales, D. (2005). *La construcción social del 'otro'. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de Sida*. Recuperado de: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=2783>
- Calderone, M. (2004). Sobre violencia simbólica en Pierre Bourdieu. *La trama de la Comunicación*, vol. 9. Recuperado de http://biblioteca.puntoedu.edu.ar/bitstream/handle/2133/487/calderone%20-%20violencia%20simb%C3%B3lica%20en%20bourdieu_a1a.pdf?sequence=1
- Bonfill, C. (2002). El estigma y sus efectos discapacitadores. *HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action*. Tomado del suplemento Letra S. Diciembre 5 de 2002. Recuperado de <http://www.equidadecuador.org/es/todo/ATT1121345190-1.pdf>
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004
- Gil de Arriba, C. (2008). Viejos estigmas y nuevos riesgos epidemiológicos. Incidencia y prevalencia del VIH/SIDA a escala internacional. *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. Recuperado de: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-270/sn-270-104.htm>
- Beltran Vilá, M., Sánchez Uriarte, M. (2010). Continuidades en la estigmatización social del cuerpo enfermo: una comparación entre la lepra y la obesidad. *Tramas* 32, UAM México. Recuperado de: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/6-477-6898czp.pdf

13. Anexos

Transcripción entrevista a Ferran Pujol:

¿Cómo surge la idea HispanoSida y Check Point?

HispanoSida surge en el año 93, yo fundé junto a mi marido y a otras personas involucradas en ese momento, la organización “Projecte dels Noms” en ese momento no se llamaba HispanoSida con un objetivo muy claro que era hacer visible la pandemia del VIH a nivel local, me refiero a nivel de la ciudad de Barcelona, Cataluña, pero también a nivel español ya lo hicimos a través de adaptar una idea que ya estaba funcionando en EEUU que era el *ETS Memorial Quild* que fundó Cleve Jones en el año 87 y que es un símbolo universal de la epidemia, en la actualidad algo más desconocido desde que la patología es crónica, etc., pero que a finales de los 80 pero especialmente en los 90s fue una imagen plástica importantísima.

El *Quild* es ese arte americano de juntar pedazos de tela para el *Quilting* que es una tradición americana y aquí se unió esta tradición norteamericana de juntarse las comunidades. Esto viene de los colonos, de la época de la colonización de EEUU. Venía de la tradición de juntar trozos sobrantes de tela y alrededor del fuego o de la lumbre confeccionar con ello mantas para protegerse. El *Quild* es algo muy americano en el sentido de que hay *quilds* que son verdaderamente obras de arte.

Entonces se juntó esta tradición americana: la de juntarse alrededor de una actividad con el VIH, con el SIDA, con la idea de combatir el duelo de los familiares que habían muerto. Entonces confeccionaban unas piezas que se extendió por 40 países de todo el mundo, dónde se hacían paneles conmemorativos de las personas fallecidas a causa de la epidemia. Es universal, 1'80x1'90m; se juntaban en piezas de 8 y hay más de cien mil confeccionadas en todo el mundo, incluido aquí en Cataluña.

Entonces yo adapté esta idea, la traje aquí, la exhibimos por toda España, especialmente en Cataluña pero también en el resto del estado, con la idea de visualizar el problema a través de la gente que había fallecido, porque no todo el mundo se escondía tras el anonimato, muchos de estos recordatorios sí son relativamente anónimos, pero la inmensa mayoría son con nombres, fotografías, etc. Por tanto, de ahí el nombre “Proyecto de los Nombres”, era una forma de humanizar las estadísticas y mostrar el

impacto de la epidemia a través de su consecuencia final que era la muerte de los afectados; y funcionó muy bien durante muchos años no solamente como un elemento plástico pedagógico y sensibilizador sino también como unos espacio donde combatir el duelo de los familiares, novios, parejas, allegados de los muertos porque la mayoría de estos tapices no fueron hechos de forma individual e incorporados al proyecto, sino que se hicieron en unos talleres que estaban previstos para este efecto dónde se ofrecía como un recursos para elaborar el duelo de la pérdida, y realmente la mayoría de personas que optaban por ello obtenían unos claros beneficios, especialmente a causa del estigma y todo lo que conllevaba en ese momento la epidemia. Al final se convirtió no solamente en, posiblemente, el símbolo más universal, sino en un elemento artístico impresionante porque ocupa varios campos de futbol, todo el Mall de Washington, y posiblemente es la obra de arte más grande del mundo hecha por gente que no son artistas. Hicieron piezas fabulosas que hoy en día se conservan como piezas de museos y que también, en Cataluña precisamente este año, estamos en proceso de hacer cesión de todos estos tapices al Museo d'Història de Catalunya para que estén ahí depositados.

Esto es una parte muy conocida por cualquier activista o persona con VIH de aquellos años; es cierto que ahora ha caído en el olvido.

Esto fue el origen, lo que a mí me llevó a adaptar esta idea, porqué además yo venía de las artes plásticas, y cada uno tiene que ofrecer aquello que sabe hacer, y en este caso yo ofrecí lo que pude y creo que con bastante éxito fundamos la organización que hoy en día es una de las más activas y con más proyectos en toda España y con unos claros resultados y consecuciones o logros obtenidos.

El Check Point llega más tarde, es uno de los proyectos, la organización ha desarrollado bastantes más y algunos todavía vigentes, y uno de ellos, probablemente el más conocido, el de más alcance, es BCN CheckPoint que es este centro donde estamos ahora para el diagnóstico de VIH y otras ITS y para promover la salud sexual en el colectivo de hombres gais así como llamamos toda la jerga: bisexuales, otros hombres que hacen sexo con hombres y mujeres transexuales.

¿Cuál es la situación del VIH (a nivel epidemiológico) en Cataluña?

Actualmente en Cataluña el VIH es una epidemia exclusivamente homosexual porque los casos que se dan fuera de este colectivo son prácticamente anecdóticos, que no significa que no sean relevantes.

En realidad España nunca tuvo una epidemia diseminada en la población en general, esto no es África subsahariana, estamos en Europa y aunque hubo otros colectivos que se vieron afectados siempre fueron colectivos minoritarios. “La sociedad en general”, por llamarlo así, nunca estuvo afectada por esta epidemia, o no lo estuvo de una forma significativa; otra cosa es que al principio se podía presuponer que esto derivaría en una pandemia en una epidemia endémica, de hecho en algún momento se temió que aquí ocurriese, lo que ocurrió por ejemplo en Sud África. Sin embargo no tenía trazos de ir por ahí la cosa y siempre se centró en usuarios de drogas por vía parenteral, que era el grupo en España más afectado porque España tenía un problema a finales de los 70, todos los 80 y principios de los 90, tenía un problema enorme con la heroína, que no había sido abordada de forma correcta, donde se había criminalizado a todos los usuarios, teníamos las cárceles con un 80% de los internos relacionados con el tráfico o uso de heroína, y como veníamos de aquella transición y de la criminalización de la personas, los usuarios de drogas siempre fueron tratados como criminales y esto se expandió hasta tal punto que cuando llegó el VIH aquí ya estaba teniendo el terreno abonado para que se expandiera como la pólvora entre ese colectivo, que es lo que ocurrió. Porque los programas no llegaron hasta más tarde de reducción de daños, es decir, la metadona, el intercambio de jeringuillas, etc., esto llegó mucho más tarde. Y el VIH ya había hecho su trabajo, sus estragos, y la Hepatitis C, etc.

Y por tanto, los homosexuales quedamos algo diluidos tras este colectivo que numéricamente nos superaba. Después de este colectivo venía el nuestro y a continuación venían los inmigrantes, no tanto por venir infectados de sus países sino porque contraían la infección aquí y no había tampoco programas de apoyo. Pongamos algunos ejemplos: algunos inmigrantes llegaban aquí, sin embargo no tenían aquí a sus familias, con lo cual esto produjo alguna desestructuración familiar. Pero nunca existió un problema de VIH en la población general española, aunque algunos quieran venderlo así. El querer venderlo, o proyectarlo así en su momento podía tener algunas razones, por ejemplo no estigmatizar a colectivos determinados y presuponiendo que no se sabía cuál iba a ser el rumbo que iba a tomar la epidemia, surgían esas campañas del “póntelo, pónselo” que eran para toda la población y que además han perpetuado hasta muy tarde,

desde mi punto de vista, de una forma equivocada porque hacer esto más que beneficios en cuanto a la no estigmatización, produjo una verdadera confusión entre la ciudadanía y sobretodo en la clase política donde había que dirigir los esfuerzos.

Lo cierto es que, aunque parezcan palabras algo radicales, algunos homosexuales consideramos que ni siquiera hemos sido protagonistas de nuestra propia epidemia y que con ello nos han secuestrado la respuesta, los recursos para hacerle frente, etc. Y esto hay que decirlo alto y claro porque el peligro de no hacerlo no es tanto la estigmatización de un colectivo, sino la inacción hacia ese colectivo que es lo que básicamente ha ocurrido. Me parece chocante que últimamente se escuchen sentencias del tipo “últimamente la epidemia parece que repunta en el colectivo homosexual”; en realidad nunca fue de otra manera, siempre fue así. Y cuando decimos últimamente los datos que confirman esto tienen más de una década, sino Check Point no existiría y yo ya lo puse en marcha por esto. Sin embargo, los podemos ver en los medios de comunicación, en informes que pueden provenir del ministerio o de la propia Generalitat, a veces.

Para concretar, la ciudad de Barcelona, el 82% de las nuevas infecciones se dan en nuestro colectivo, y a nivel de Cataluña más del 60%. Sin embargo eso no significa que el otro 40% pertenezca a personas heterosexuales, que es lo que uno tendería a entender, hay una bolsa importante del resto de diagnosticados, estoy hablando de los casos que se reportan, porque el VIH en la actualidad es una enfermedad de declaración obligatoria por parte de las instituciones clínicas cuando detectan los casos. Obligatoria en el sentido de poder mantener una buena monitorización sobre el tema y una vigilancia epidemiológica, saber qué pasa. Por este motivo, los datos son irrefutables y uno podría pensar “bueno 60% pero sigue habiendo 40% de hombres heterosexuales”; en España la epidemia es esencialmente masculina y homosexual porque ni siquiera hay un equivalente femenino.

Es decir, en España apenas tenemos mujeres infectadas por VIH, por suerte, no hay mujeres de nuevas generaciones que se infecten por VIH, cuando digo no hay no digo que no haya ningún caso porque evidentemente lo hay, pero es un problema individual más que colectivo. Esto hay que dejarlo muy claro, porque en esta bolsa del 40% que nos falta para llegar al 100% de los diagnosticados que cada año se reportan en Cataluña, ahí tenemos una franja importantísima de personas que no identifican su orientación sexual en el momento del diagnóstico, y tenemos a otras que sí lo hacen

pero no son sinceras porque no viven la homosexualidad libremente. Y hay otros colectivos, como las mujeres transexuales, el trabajo sexual a partir de las mujeres transexuales y de la alta prevalencia que tienen también estas mujeres en su trabajo sexual, que por cierto en España es muy baja la prevalencia y la incidencia en trabajadoras sexuales femenina.

Es decir, primero habría que desmontar, correctamente y con precaución, un mito que es que “el VIH afecta a todo el mundo” porque eso no es cierto. Pero tampoco es un mensaje que deba darse de esta manera porque no es necesario que animemos a nadie a que se sienta invulnerable frente a algo a lo que potencialmente si puede verse afectado pero que en la realidad no ocurre. Esta es la situación: en Cataluña concretamente se reportan cada día unas 800 nuevas infecciones, prácticamente todas ellas en el colectivo homosexual, esto es una tendencia que está relativamente estabilizada desde hace unos años que coincide con la irrupción de Check Point, porque estamos convencidos que la epidemia en Cataluña es homosexual y estamos convencidos de que Check Point está haciendo una labor importantísima, no sólo Check Point sino el paradigma que éste ha representado y la prevención del VIH que al final se ha implementado más allá de lo que es nuestro centro y nuestros propios usuarios. CP ha conseguido contener la epidemia en Cataluña pero no impactar en ella en el sentido de hacer descender la incidencia que en la actualidad tiene.

Podríamos explicar qué reclamamos y porque creemos que en la actualidad existen las herramientas suficientes, y no estoy hablando de condones exclusivamente sino de muchas otras estrategias: la Profilaxis Pre Exposición, el Tratamiento como prevención, etc., y que por este paquete preventivo y voluntad política, Cataluña podría casi poner fin a la epidemia, otra cosa es que no se quiera o que no se lleve a cabo.

¿Qué opina sobre el Pacto Nacional?

Mira, yo no creo en todo esto! Y ahora España está liada con lo mismo y yo creo que es una inmensa pérdida de tiempo y que simplemente sirve para promocionar a los propios estados, las instituciones y aquellas organizaciones no gubernamentales que lo promocionan. A mí me parece muy bien, ahora en España están liados con el pacto de Estado y yo creo que para acabar con la epidemia el pacto de estado no va a servir para nada.

Sabemos muy bien qué hay que hacer para acabar con esta epidemia, o para incidir en ella, y desde luego que aprueben todos los pactos de estado que quieran porque luego no se van a cumplir; porque en Cataluña hay un acuerdo Nacional, hay una ley contra la homofobia que todavía no está ni desplegada. Es decir, esto salvo que permitamos, y aun así quedaría por ver, que nuestros parlamentos, irrumpan partidos directamente neonazis o fascistas que podrían no suscribir determinadas declaraciones, Lo cierto es que este tipo de declaraciones como la del Ayuntamiento de Barcelona de hace un par de semanas instando a luchar contra la discriminación y el estigma suelen ser brindis al sol, todos se ponen de acuerdo, esto los suscribe todo el mundo porque hay que tener la cara muy dura para no suscribirlo y acaba siempre en papel mojado.

Por tanto yo a largo de mis 25 años he asistido a varias declaraciones de este tipo y a varios pactos de estado y me parece sorprendente que alguien los quiera todavía promover porque mientras se hace esto no se está haciendo lo que pienso que debería hacerse, que es exigir una respuesta inmediata. Nosotros no podemos estar sembrando para recoger resultados dentro de 20 años, nosotros tenemos un tiempo muy limitado para poder responder a la epidemia y el tiempo nos lo ha marcado, si de veras lo queremos, la Organización ONUSIDA, la organización de NNUU a través de su fast track, de su respuesta rápida, aquella que promueve que para 2020 debemos conseguir determinados objetivos para en 2030 a nivel global haber erradicado la epidemia en el mundo. Lo cual es posible pero falta lo principal: la voluntad de los estados de conseguirlo.

¿Cómo tienen que actuar las instituciones políticas?

Nosotros aquí no estamos para pactos de estados que den frutos dentro de no sé cuánto tiempo, sino que ya debemos estar implementando determinadas estrategias que están muy bien descritas y basadas en la evidencia científica de esos resultados, porque entre 2016 y 2020 quedan 4 años. Si mientras tanto se quieren promover este tipo de acciones yo personalmente no me opondría a ellas, pero no esperemos nada de esto. Creo que la respuesta pasa por admitir donde se tiene la epidemia, y la epidemia no tiene las mismas características en todo el mundo, en Cataluña no se puede combatir la epidemia del VIH en la forma en que hay que hacerlo en Sudáfrica porque son perfiles epidémicos totalmente distintos. He hablado de las mujeres en España, pero puedo decirte que en Sudáfrica se diagnostican, porque muchas ni siquiera se diagnostican, más de 800

mujeres a la semana; por tanto allí la epidemia es básicamente un problema que pasa por abordar el problema de las mujeres. Sin embargo no podría darse la misma respuesta a una epidemia que a la otra; nosotros tenemos una epidemia concentrada y por tanto tenemos que concentrar también los esfuerzos y los recursos y diseñar la respuesta en función de un grupo poblacional determinado que en este caso es la población homosexual, que no es tan sencillo porque no hay un único patrón y por tanto a partir de aquí podemos hablar.

Soy muy crítico con este tipo de declaraciones institucionales. Me parece muy bien lo del Ayuntamiento de Barcelona, todos los grupos parlamentarios lo van a apoyar, a ver quién se atreve a decir “yo no voy a apoyar una declaración en contra del estigma, la discriminación porque no me da la gana, porque a mí me encanta que estén discriminados”, esto no lo puede hacer nadie.

Por tanto no se traduce en nada, yo miré los acuerdos de esta última declaración del Ayuntamiento y pasan por banalidades como la siguiente: “aquellos empresas que cuenten con participación municipal, velarán de forma específica para que los derechos de las personas afectadas por el VIH sean respetadas”. Todo esto está muy bien, pero ¿en qué se traduce? Es decir, ¿cómo vamos a incidir o a impactar?

¿Con qué objetivos trabajáis?

El objetivo final de todos nosotros debe ser conseguir que esos datos que os he dado, 800 infecciones que a nivel de España pasa lo mismo, son unas 3500 al año. Y luego podemos hablar de por qué no crecen exponencialmente ni tampoco descienden, por qué nos quedamos más o menos cada año en el mismo punto dónde estábamos. Entonces nuestro objetivo tienen que pasar por reducir esa incidencia porque es una de las más altas de toda Europa porque aunque en términos absolutos sí que es parecida a algunos países de nuestro entorno, en términos porcentuales la tasa es muy superior a la media europea, tanto la catalana como Española.

Por tanto el objetivo de todos debería ser, en primer lugar, hacer descender esas tasas de infección porque con ella se revolverá el estigma y la discriminación, claro que tampoco voy a negar que para que eso sea posible en un entorno donde prevalece la discriminación y el estigma se hace más complicado, es un pez que se muerde la cola,

es decir es aquello de “qué fue primero, el huevo o la gallina?” porque en realidad si acabamos con el problema y conducimos al estado español a unas tasas de infección (el 0% probablemente no lo obtendremos nunca) anecdóticas, no se podrá producir ni estigma ni discriminación porque esencialmente no habrá afectados. Y a mí no me interesa tanto educar a la sociedad, entre otras cosas porque llevo 25 años intentándolo y creo que algunos pasos se consiguen pero creo que estamos demasiado tarde, es decir para pensar que con medidas educativas o pedagógicas podamos vencer a la epidemia.

¿Se puede vencer a la epidemia?

A la epidemia hoy en día se la puede vencer con estrategias preventivas que pasen también por ciertos recursos biomédicos, o se la puede vencer con una vacuna pero eso nos queda un poco lejos todavía. El día que podamos inmunizar a todos los bebés que nazcan en España, como lo hacemos con la Poliomielitis, terminará. Pero esta queda un poco lejos, no podemos esperar simplemente a que exista una vacuna preventiva de manera que ya nos inmunicemos todos, los que no estén infectados, sino que hay medidas que en paralelo debemos observar si realmente creemos que somos capaces de reducir la incidencia del VIH en nuestro país.

¿Crees que tiene fin esta guerra contra el VIH?

No lo sé, yo creo que sí que tiene porque no estamos igual ahora que hace unos años atrás. No estamos peor, el discurso no es catastrofista. Estaríamos peor si en lugar de las 800 infecciones del año pasado este año diagnosticáramos 1.200, el año que viene 1.800 y el siguiente 3.000. Por lo tanto esto sería una epidemia sin control, y no es verdad, no tenemos una epidemia descontrolada, pero tampoco la tenemos controlada. Digamos que la tenemos, hasta cierto punto, el pie en el cuello pero no acabamos de rematarla.

No se puede dar la guerra ganada antes de tiempo. La gente ya no muere, el tema ha dejado de aparecer en los medios de comunicación y hay el peligro de dar la guerra por ganada. Si aparece en los medios es por cuestiones estigmatizantes como el “camesex” estos últimos años, etc.

¿Cuáles son las estrategias que funcionan?

La primera es la del condón, esta idea de que la gente no usa condones, preguntad a Durex y a las empresas que los fabrican si nunca habían vendido tantos como ahora. Por lo tanto, desmontemos mitos: no es verdad. Además, hacer estas lecturas tan negativas

sobre los colectivos y las personas: “que han perdido el miedo, que les da igual, que no tienen respeto a las ITS”, todo esto no aporta nada bueno, esto es como decir esas cosas como que “la juventud no sirve para nada, que está perdida”, yo no me imagino haciendo este discurso, no porque me quiera hacer el joven, simplemente dudo que alguien me escuche, además no coincidiría con la realidad.

La estrategia es equivocada. Condones yo creo que nunca se habían usado tantos como ahora, pero también es verdad que la epidemia se escapa al uso de los condones porque no es un problema tanto de utilizar condones o no, sino de admitir que el condón no es suficiente para muchas personas porque es algo muy taxativo, es decir, tiene que ser siempre, sin excepción, y aun así los condones no siempre funcionan. No quiero hablar mal de los condones porque han ahorrado muchas infecciones y en algunos casos no las han impedido pero sí retrasado, pero no son infalibles. Se vende la idea del condón como un mecanismo infalible contra el VIH cuando no lo es. ¿Por qué la población general no se infecta de VIH en España? ¿Porque usa más condones que los gais? No. Porqué todas las estadísticas nos dicen que los gais usan más condones que los heterosexuales, y hay otros indicadores indirectos: más de 100.000 interrupciones involuntarias del embarazo cada año en España son 100.000 potencialmente infecciones por VIH pero que no se producen, pero nos enseñan que no había preservativo, que hubo un embarazo no planificado y que por lo tanto esta es una situación que podría comportar una infección por VIH pero no la ha comportado porque en la población heterosexual hay un riesgo inferior, no sólo biológico, porque no es la misma potencialidad que tiene un hombre de infectar a una mujer, que la que tiene la mujer de infectar a un hombre, o la que tiene una mujer de infectar a otra mujer –que es nula -. Por lo tanto, aquí la cadena de transmisión ya se ve alterada, entre hombres las penetraciones son siempre rectales que es la exposición más arriesgada de todas.

Los condones se usan, yo no he conocido a casi nadie – y por este centro pasan más de 5.000 usuarios cada año – que me confiese, y te aseguro que si no nos lo confiesan a nosotros no lo confesaran a nadie porque aquí no tenemos las barreras esas de que no hay una empatía, no hay un trabajo de proximidad. Si alguien te dice que nunca utiliza condones, o es invulnerable al VIH por otros motivos, o es un milagro porque dentro del mundo homosexual, sobre todo en zonas de elevada prevalencia como es Barcelona o Cataluña. Pero evidentemente la prevalencia disminuye en función si es una gran

ciudad como Barcelona o Madrid. Pero hoy en día vivimos en un mundo globalizado y nos movemos de un lado a otro, es decir, cualquier hombre gay que pruebe de mantener relaciones sexuales con múltiples parejas, con penetración anal incluida sin utilizar nunca un condón, no tardará mucho a estar infectado por el VIH. Si esto lo probara un heterosexual le costaría más de llegar a la infección porque el VIH no está en su entorno. A una mujer le costaría muy poco porque es muy vulnerable a través de la mucosa vaginal y rectal —que en el caso de las personas heterosexuales el sexo anal también existe, quizás no es una práctica como en el caso de los homosexuales que no hay otra opción-.

Una mujer sería muy vulnerable, y esto lo vemos en entornos como Sudáfrica, y de hecho en los países donde la epidemia es heterosexual la mujer siempre tiene la peor parte porque es más vulnerable que un hombre. Y en estos países acostumbra a haber un porcentaje más elevado de mujeres infectadas que de hombres.

Curiosamente aquí nos dicen que tenemos un 60% de gais, y del resto hay no sé cuántos heterosexuales pero sólo masculinos, es decir, o se infectan todos con las mismas mujeres o no se entiende. Sí que se entiende, no se quiere admitir porque todo esto significaría cambiar todas las políticas, que creo que es lo que tendrían que hacer: repensar y centrar todo.

Con esto sí soy catastrofista. El VIH siempre ha afectado, desde un inicio, a colectivos minoritarios y la respuesta de las sociedades en general siempre es la que es. De hecho, las grandes luchas del siglo son las de las minorías: las de los negros, las de las mujeres, las de los gais, etc. En realidad creo que este tratamiento que se da a España, y al resto de Europa, es precisamente porque no es una epidemia que afecta a la población en general. Si entre un 15% y un 20% de prevalencia que se estima a la ciudad de Barcelona en hombres homosexuales, que esto significa que entre 15 y 20 de cada 100 hombres homosexuales ya está infectado, estos datos fueran, no sobre este colectivo, sino sobre toda la población catalana sexualmente activa, la respuesta política tendría que ser otra. Solo es necesario que veamos cómo nos ponemos todos por un caso de Microcefalia a causa de un virus Ika, fijaros realmente cuál es el riesgo real para la sociedad española de que una mujer embarazada pueda llegar a desarrollar el virus.

Con esto quiero ir a que como el VIH es una epidemia que afecta a quién afecta, la respuesta es la que es. Hay otros factores que se suman; aquí hay unas generaciones de hombres homosexuales que generación tras generación cargan con un peso importantísimo por lo que hace a esta epidemia y tienen la salud comprometida, porque aunque haya tratamiento y haya una esperanza y una calidad de vida muy considerable, sigue siendo una patología gravísima. Estas generaciones no se pueden liberar de eso porque en realidad no hay una sociedad ni unos recursos dispuestos a facilitarlo, y aquí reside el problema. Tendrían que cambiar muchas cosas, o las ONGs y las instituciones se adaptan al problema, o tendríamos que empezar a descabezar muchos de los programas.

Una forma de ilustrar que las cosas no se hacen bien, es un chiste que alguien un día me dijo: "si no fuera porque hay tanto millones de muertos, podríamos decir que hay más gente que vive del Sida que no que muere". Y de hecho, cuando la situación global será la que tenemos a Europa, podremos decir que en la actualidad hay más gente que vive del Sida que no que muere. Y esto no sé si es bueno hasta cierto punto, y no me refiero sólo a la industria farmacéutica, sino que a veces conviene perpetuar unas estructuras simplemente porque están montadas de esta manera y no se quieren desmontar.

Además el tratamiento es muy caro...

Eso es otro asunto, el tratamiento es caro ahora y lo va a ser siempre porque a las personas con VIH no se nos trata con los fármacos de hace 15 o 20 años, hay que tratarla con lo último que se desarrolla por parte de las farmacéuticas. Las farmacéuticas tienen un sistema muy bien pensado de patentes, etc., con la finalidad de que aunque solamente puedan vender sus productos a una parte ínfima de la población global, es suficiente para los grandes beneficios que obtienen con ello. Por tanto los fármacos antirretrovirales siempre van a ser extraordinariamente caros como los fármacos para la Hepatitis C, etc.

Los de la Hepatitis C son otra historia porque los actuales curan y si se pudieran fabricar genéricos pudieran erradicar relativamente de forma rápida la epidemia de Hepatitis C. En el caso del VIH es otra situación. Tengo datos económicos de Cataluña aunque no me gusta mucho hablar del tema económico porque cuando tú tienes una epidemia concentrada en un grupo de población que ya de por sí puede estar señalado o

estigmatizado y le cuentas a la población que el gasto lo produce prácticamente este grupo social y el gasto es el que es, 450 millones de euros anuales en Cataluña solamente en antirretroviral porque el tratamiento es algo mucho más complejo que pagar las pastillas, es evidente que cualquier acción preventiva de demostrar eficacia será siempre algo coste-efectivo en términos de prevención y de ahorro de dinero y no tan a largo plazo. Y todo lo que digo se sostiene no solamente en mi apasionamiento sino en algunas experiencias que ya se están viendo en el mundo, como es a ciudad de San Francisco, con unos claros objetivos, que ellos dicen: “aquí empezó todo y aquí acabará” en los que ya se pueden constatar unos claros resultados porque San Francisco ha tenido una epidemia muy parecida a la catalana, a la de Barcelona, tanto en cifras como en número y en San Francisco desde la introducción de la Profilaxis Pre Exposición en el año 2012 conjuntamente con otras estrategias preventivas como el tratamiento como prevención, porque ya sabéis que cuando alguien está tratado no puede transmitir el VIH, la posibilidad de transmisión es 0.

Por tanto fomentando los condones como se ha hecho siempre más el tratamiento como prevención a través de la prueba diagnóstica, que esto es una prevención de tipo secundario, no primario, más la Profilaxis Pre Exposición, más el control de las ITS que están a la alza en este colectivo, es evidente que esto debería dar unos resultados.

Todavía no está aprobada la Profilaxis Pre Exposición?

En Europa no, en San Francisco déjame que te diga en términos generales, estos datos son comprobables, que han experimentado solo en 4 años de la implementación de la estrategia un 30% de reducción en cuanto a nuevos diagnósticos y esperan para 2020 llegar al 70%. Si San Francisco puede, por qué no va a poder Madrid o Barcelona? Sin embargo no va a poder, yo estuve en Say Sida, que es la reunión de la sociedad española multidisciplinaria del sida, esta semana pasada en Madrid, y el ministerio a pesar de que mantiene un discurso de que todo suma, dónde ha invertido sus pocos esfuerzos en los últimos 4 años ha sido en intentar implementar la prueba rápida, que todavía no la ha hecho, en la atención primaria.

La OMS dice que es coste-eficaz hacerle la prueba a todas aquellas poblaciones que tengan una incidencia superior al 0,1, y como España la tiene el objetivo es “vamos a hacer la prueba a todos los Españoles”, y ahí no vas a encontrar nada. Nosotros

llevamos más de 10 años con la prueba rápida, han tenido tiempo de implementarla donde les dé la gana, todavía no lo han hecho y siguen haciendo pilotajes en la primaria. El otro día presentó la subdirectora General de Epidemiología del Plan Nacional del Sida los resultados del estudio: le han hecho la prueba a un 96% de personas heterosexuales, han conseguido 6 diagnósticos positivos de los cuales 4 eran hombres homosexuales y los otros 2 también pero les dijeron que no lo eran. Esta es la realidad. Y para ello han invertido no se cuantísimo dinero, en no sé cuántos centros de atención primaria, pero es que ni siquiera está implementado porque su objetivo es: que de forma proactiva, y hay muchos proyectos en este sentido. Es cierto que en primaria, porque en España pasa todo por la atención primaria, y la idea es que se pierden oportunidades diagnósticas y en eso estoy totalmente de acuerdo, y algunas de las personas que se diagnostican en nuestro centro, que no hemos hablado de cifras, son más de un tercio del total de casos en hombres gais de los que se notifican anualmente en Cataluña y diagnosticamos el 25% del total de infecciones en gais o no gais; en Cataluña, en un solo centro, frente a un sistema que precisa de toda una infraestructura sanitaria para diagnosticar al resto. Dicho de otro modo, con 7.000 pruebas al año diagnosticamos 170-180 casos de infección por VIH que equivalen a un tercio del total en Cataluña y para los otros dos tercios restantes se hacen 300.000 pruebas al año con un coste brutal. Porque se están haciendo sobre población que no merece ser testada. Las estrategias hay que dirigirlas donde hay que dirigirlas.

Y el Ministerio está en esto, y dice que todo suma y que los gais también, pero la idea es heterosexista completamente porque es centrarse en proteger a la población en general cuando no está en riesgo.

Entonces el sector homosexual está mucho más concienciado que el heterosexual...

No es que esté más concienciado, es que la gente no es tonta y sabe lo que hay. Es decir, si yo fuera una mujer y no me hubiera enterado que me puedo quedar embarazada, tendría un problema. Y quizás no es necesario hacer muchas campañas sobre la capacidad de las mujeres de quedarse embarazadas, es algo que la mujer interioriza de alguna manera, sabe que cuando tiene una relación sexual y no quiere quedarse embarazada, ese fantasma está y planea, aunque el condón esté puesto.

No es comparable porque el embarazo no es ni una infección ni una enfermedad, pero los hombres gais, después de tantos años –incluso las nuevas generaciones – saben muy bien que el VIH está ahí y lo que supone; no hay ningún hombre gay que no sepa que el VIH – o la Sida como lo dicen ellos – existe, y saben cómo se contrae. Otra cosa es que tengan las herramientas suficientes para poderle hacer frente, porque uno puede querer proteger, pero esta capacidad estoica se ve alterada por muchos factores. Yo creo que de entrada todo el mundo quiere protegerse, porque nadie quiere tener una enfermedad, aunque no sea mortal; la prueba es que en el momento del diagnóstico, y en esta casa sabemos un rato, siempre es un golpe muy fuerte para todo el mundo, y esto no lo vemos nunca porque se produce en un espacio de confidencialidad. Y a veces tienes a mucha gente especialmente joven delante del diagnóstico que intenta aparentar que está muy serena, pero que en el fondo está temblando por dentro, y no te extraña, porque aunque haya tratamiento, cuando tú le preguntas si conoce a otra persona que tenga VIH, para hacer un poco de prospección de lo que pueda llegar a saber del VIH, muchas veces la respuesta es que no.

Por lo tanto, aunque haya tratamiento, a una persona a la que se le dice que es VIH positiva, que no hay duda, que no se lo puede sacar de encima, que será para siempre, y que además se ve avocada, en principio, en una enfermedad que no está libre de estigma ni del propio colectivo, es algo que desespera a todo el mundo.

Por lo tanto yo creo que la gente gay lo sabe muy bien, otra cosa es que podamos ser tan ingenuos de pensar “como ya lo sabemos…”, que es lo que pasó a partir del 1984 cuando se aisló el virus de la Sida, del VIH, cuando se supo que era de transmisión sexual que todo lo hacía prever, pero no veían bien cómo, ni en quién, ni de qué manera. Es decir, cuando se aisló el virus del Sida la ecuación era muy simple: “ya está, ya lo tenemos, es un virus de transmisión sexual. Dejando de mantener relaciones o teniendo menos y protegiéndonos con condón, cuando se vio la efectividad que tenía el condón –porque efectivamente no era ni a través de besos, ni sexo oral, básicamente eran penetraciones – pues ya está: protegemos las penetraciones con un preservativo y ya tenemos la solución al problema”.

Lo cierto es que esto no ha sido así porque probablemente nadie sea capaz de no verse afectado por factores que pueden alterar este propósito, porque el propósito está ahí,

pero un par de copas alteran el propósito, la autoestima, el apasionamiento, el a lívido, y tantísimas otras cosas. Llámale las drogas, los condones se rompen, etc., hay mil factores, y pedirle a alguien que utilice un condón toda su vida sin excepción, porque además en el caso de los hombres gais con la permeabilidad que hay y lo tolerabilidad que hay en parejas abiertas, significaría que también el sí de una pareja, vamos a no ser que sea una pareja monógama, porque hay una parte importante de los hombres gais que se diagnostican porque la infección llegó a través de la pareja. Entonces es un condón siempre, y me gustaría ver cómo planteamos esto en relaciones heterosexuales, porque dices “¿yo cómo me quedo embarazada?”.

Estos planteamientos que parecen tan simples para hacerle al colectivo homosexual ya no lo parecen, y no sólo por eso porque ya no sólo se trata de embarazos, a fin de cuentas los fluidos tienen una importancia determinada en las relaciones. Y no solamente en las relaciones afectivas, porque yo no sé hasta qué punto las relaciones son afectivas o dejan de serlo incluso cuando son esporádicas, porque uno puede tener sexo una sola noche y por qué no calificar eso de afectivo? A fin de cuentas me resolvió unas necesidades biológicas pero también quizás unas carencias afectivas que en ese momento no puedo satisfacer con una persona de forma estable, pero que de forma esporádica pues las personas necesitamos contacto y calor entre nosotros. Las personas necesitamos razonarnos y el sexo es una forma de crecimiento personal sin lugar a dudas, todo el mundo debería estar de acuerdo en ello, no es solo un medio reproductivo. Entonces los fluidos también son importantes, seremos vulnerables al intercambio de estos fluidos y no me refiero a la saliva precisamente; entonces eso está ahí. Está bien que el discurso fuese pétreo antiguamente, cuando no había otra salida que los condones y la información, pero hoy en día tenemos otros mecanismos: al Profilaxis es uno de ellos, el tratamiento como prevención... lo que pasa que por sí solos es difícilmente que funcionen, que tengan un impacto definitivo en la epidemia.

Por lo menos el 50% de los casos tienen una infección muy reciente, de semanas o inclusive de días, que es cuando el virus es más transmisible. Por lo tanto, funciona el tratamiento como prevención? Seguro que sí, porque de no funcionar, la estrategia del testar y tratar, en España tendríamos un crecimiento exponencial de la epidemia, si no en población general, por lo menos sí dentro del colectivo, y no la tenemos, está relativamente estabilizado porque los hombres gais tienen bastante conciencia, se

protegen hasta donde pueden y se hacen la prueba con periodicidad. Porque también son conscientes que esa protección no es absoluta, y tampoco lo sería por lo que es conveniente hacerse la prueba cuando la incidencia es tan alta en un colectivo la prueba hay que aplicarla o promoverla de forma más regular, no solamente cuando se ha roto el condón, cuando se ha roto el condón lo que hay que hacer es correr a urgencias para que a uno le den la PEP. Pero por sí solo no sé hasta qué punto ninguna de estas estrategias va a impactar porque la PReP potencialmente también tiene esta capacidad, pero es bastante improbable imaginar un escenario donde los hombres gais hagan PReP, a mí me parece imposible de imaginar... todos significa todos. Porque entonces les tendríamos a todos inmunizados porque la PreP no es una vacuna, porque no se sustenta en los principios de una vacuna pero funciona al final como una vacuna. Si uno es adherente la PRep protege al 100% y por tanto es una vacuna que hay que repetirla cada día porque es una pastilla al día, no es una vacuna en absoluto pero los efectos son como los de una vacuna. Pero es bastante improbable pensar en un escenario en que todos los hombres gay sexualmente activos estén haciendo prep, porque primero, no vas a convencer a todo el mundo, ni es un recurso para todo el mundo, ni todo el mundo se va a percibir suficientemente en riesgo como para optar por esa estrategia.

Por tanto, juntemos todo lo que tenemos que serían: cribajes periódicos de la prueba, y en función de cómo uno se comporta sexualmente con mayor o menor periodicidad en este colectivo, y no creo que haya que recomendar a la población en general que se haga la prueba cada 3 meses, pero sí a determinados personas dentro del colectivo ofrezcamos programas de cribado, de otras enfermedades de transmisión sexual que están a la alza y que tenemos una salud pública, sea dicho de paso, que solamente cuantifica pero no resuelve, solamente nos dicen que suben, que suben, pero no implementan nada para que bajen. Y qué es lo que deberían implementar? Programas de cribados sistemáticos porque ya sabemos que las prevalencias son muy altas e implementando esos cribados sistemáticos baratísimos, y pueden ser cribados oportunistas, por ejemplo sobre poblaciones que hay están concienciadas por otra motivación. Es decir, que si a los 5.000 quieren cada año ir a hacerse la prueba además del VIH y la Sífilis, además también les ofrezco Gonorrrea, vas a saber con qué rapidez tratamos, diagnosticamos disminuimos la incidencia. Entonces veremos las curvas de las ITS entre hombres gais como van descendiendo; y no solamente lo que haga yo, lo que haga yo, lo que hagan en Drassanes, lo que hagan en cualquier lugar que de forma

oportunista sobre una población que viene a por otra cosa, tú le propongas esos cribados.

Aquí sólo se hace de Sífilis y VIH, ¿verdad?

Sí, y también Gonorrea, pero no tenemos recursos, lo estamos haciendo con criterios determinados, es decir de cuando debemos actuar sobre toda la población.

Condones, cribado sistemático o por lo menos oportunista. Sistemático sería que cada vez que uno se decida acudir a su médico de cabecera, si no le es problema, a proponerle, así sea una vez cada 3 o 6 meses, un cribado completo, el médico no le ponga trabas, ni le haga juicios, sino que le ofrezca.

En España, y esto no me lo invento yo, son datos que no tiene el LCD (centro europeo de control y prevención de enfermedades), no hay cribado ni sistemático ni oportunista. Esto que significa? Pues salvo que uno tenga una Gonorrea soporosa que le obligará tarde o temprano a acudir o a urgencias o al médico de cabecera o al recurso que tenga más a mano, todas aquellas otras ITS que cursan de forma sintomática que en el caso de las rectales son más del 80% no van a poder tomar una actitud proactiva, porque si uno está actuando como vector de la transmisión de gonorreas o clamillas/clamidias rectales que lo exponen a él mismo y a todo el mundo a una probabilidad más elevada de contraer el VIH, yo no sé si no hay campañas, si no hay percepción de riesgo, si no hay cribados para hacerlo, cómo esto se va a resolver? Y además la prueba del VIH en mayor frecuencia en el colectivo y la Profilaxis Pre Exposición, posiblemente todo el paquete de forma sistematizada, no desde los esfuerzos que pueda hacer una ONG o algo parecido, sino de forma decidida, contundente, posiblemente obtendríamos resultados similares a los que estamos viendo y por suerte, en San Francisco, porque por lo menos podemos decir que todo esto no es un campo hipotético sino que en realidad se podría traducir.

Dicho esto, quizás tenga que sacar de mi discurso esta acritud que me comporta el llevar tantos años identificando un problema, viéndole la solución, y no porque yo sea un Premio Nobel porque al final lo que yo estoy hablando es un compendio de todo lo que yo he recogido de los expertos y de las recomendaciones actuales, quizás esta impotencia me lleva a esta acritud con la que he respondido lo que me parece el Pacto. Pero claro, el Pacto y todo esto no tiene nada que ver, porque todo esto lo podemos

hacer sin ningún tipo de pacto, un gobierno democráticamente elegido tiene la obligación de actuar con pacto o sin él. Aunque la oposición se le ponga muy perra a lo que va a destinar los recursos, un gobierno tiene la obligación de actuar con pacto o sin él, ahora si lo quieren pactar para mí todavía mejor, nosotros contentos.

En Cataluña además siempre hemos sido pioneros, quizás porque ha sido más fácil lidiar con la clase política, no tenemos partidos tan al extremo, o no teníamos por lo menos hasta hace poco, partidos tan al extremo, o partidos significativos. Aquí no es el partido popular con quien ha habido que confrontarse, sino con una derecha más compleja, que seguramente el partico popular también lo es porque en la derecha del partido popular hay muchas familias, sin embargo la que prevalece es la que está más a la derecha, la más extrema. Aquí, que durante muchísimos años hemos tenido que lidiar con la derecha, ha sido una derecha en la que las familias socialdemócratas de esa misma derecha acababan también celebrando el discurso y le impedía a esa derecha ser tan bestia como la española que aquí la sufrimos menos porque tienen menos representatividad.

Pero claro, más allá tampoco hemos ido, porque aquí ha sido más o menos fácil entenderse con los partidos y además no ha habido mucha opción, a nivel de Barcelona estuvieron los socialistas durante décadas y a nivel del Parlament de Catalunya estuvieron convergentes y los de unió durante décadas. Por tanto no es tan complicado, yo creo que lo más fácil del mundo es que nos propongamos desde Check Point con el consenso, porque a ver quién no nos lo va a dar y promovamos otra acción de este tipo y la articulemos a través de un partido político o del propio gobierno directamente y en unos cuantos días al veremos aprobada. Pero no sé a dónde nos lleva eso...

¿No lo tenéis pensado?

No, porqué mi esfuerzo se dirige a otro tipo de intervenciones que creo son más productivas. Pero me parece muy bien que se dediquen a promover esto, cuentan con nuestro apoyo, firmaremos donde haya que firmar, pero entendemos que no se están enfocando las cosas correctamente. Lo entendemos así porque estamos en un mismo bucle siempre y podríamos hablar de triunfalismo sobre la epidemia si fuéramos impactando en la incidencia que esta tiene, pero es que la incidencia se mantiene, tampoco está disparada pero se mantiene. Pero es muy alta porque nosotros conducimos

aquí una cohorte de hombres VIH negativos que son la base de toda nuestra información y que es algo muypreciado también en toda Europa, es de las más grandes que hay en Europa, tenemos seguimientos activos en más de 6.000 hombres aunque en la cohorte hay reclutados más de 12.000 pero con un seguimiento activo en más de la mitad de los mismos con lo cual es una ONG enorme y nos permite entre otras muchas cosas evaluar la incidencia que tiene el VIH en nuestro colectivo de forma directa, no a partir de casos de Sida que hoy en día no tendría ningún sentido porque apenas tenemos Sida gracias a los tratamientos y la incidencia actual está entre un 2,5% personas/año y un 3% personas año. Comparada con la población general que es de un 0.02% personas/año, la lectura es bien clara: de cada 10.000 personas hombres homosexuales en Cataluña, y estos datos serían extrapolables al resto de España, mientras no seamos capaces de disminuir la incidencia actual, se nos infectaran cada año entre 250 y 300. Mientras que de cada 10.000 heterosexuales con la incidencia actual se nos infectaran 2.

Entonces la desproporción es absoluta. Con otro factor añadido que las poblaciones no son comparables porque la población heterosexual donde la incidencia estaría estimada en un 0.02% personas año, conforma (no lo tengo cuantificado) millones de personas sexualmente activas en el Estado Español, mientras que los hombres que tengan sexo con hombres probablemente no llegan ni al 4% del total de la población sexualmente activa. O sea tienes una epidemia de un alcance muy considerable concentrado sobre un núcleo muy pequeño de individuos. Que nadie quiera verse en el círculo porque ahí va a estar expuesto a pesar de todos los buenos propósitos, y eso no significa tampoco que yo quiera ser catastrofista de “acabaréis todos infectados los que seáis gais”, porque no se puede hacer este discurso. Pero no es cuestión de hacer un discurso o no, pero las estimaciones se pueden hacer, la prevención es una ciencia, lo que pasa que aquí como el tratamiento es una ciencia la prevención es una ciencia también y se puede calcular perfectamente, se pueden hacer prospecciones con un intervalo de confianza muy estrecho, como en determinadas encuestas.

También hay un factor que es el factor tiempo, ahora tenemos una mediana de infecciones entre los 35 y 45 años, con gente por arriba y por abajo, pero a medida que el tiempo transcurre, si no somos capaces de disminuir esta incidencia, esto juega en contra de alguien. Porque claro, uno ha esquivado el VIH cuando tiene 18 años y empezó a tener relaciones sexuales a los dieciséis, pues los dos primeros años de su vida

lo ha esquivado. En los cuatro, cuando tendrá veinte, quizás también, cuando tendrá 25, con la misma incidencia o in-crescendo y el tiempo transcurriendo, esto es un factor que juega en contra del individuo y eso es lo que ocurre a muchos: que cuando llegan a determinada franja de edad ya no pueden contenerla más. De hecho es una lectura que hay que hacer de forma muy positiva sobre estas personas en lugar de tender, faltaría más, a nadie habría que culpar de su propia infección. Pero una forma de empoderarlas es haciéndoles ver que la infección podría haber llegado, estadísticamente, muchísimo antes; y esa persona ya ha trabajado mucho para evitarla: se puso condón cada vez que tuvo la oportunidad, cada vez que lo pudo negociar, cada vez que alguien no le interrumpió en el proceso y no le dijo que sin.

Por tanto, yo creo que los hombres gais, lo contrario sería temerario, están haciendo lo que pueden. Por tanto a mí no me sirven esos discursos populistas de que “sólo hay que darse una vuelta por Grindr y vemos allí... bueno, tu as a ver lo que tú quieras.

Y ahora hay artículos de periódicos con el Bug Chasing que se comenta a vox populi que...

Fíjate, por mucho menos actúa el Consell de l'Audiovisual de Cataluña en otros colectivos. A veces las mujeres, que entiendo que tienen sus razones para hacerlo, pero que se victimizan tanto, yo creo que esto no se podría hacer ahora mismo sobre el colectivo femenino. Y sin embargo fíjate lo que se ha escrito en estas últimas semanas a partir de las ruletas rusas, y de las declaraciones de algunos médicos del clínico y de la SER, y de todo lo que ha venido después, y el CAC no actúa de oficio porque, entre otras cosas, está perfectamente regulado y ya hay una clara mención a que no se utilizarán grupos sociales determinados en relación a una patología, salvo que esté justificado por motivos preventivos estadísticos o epidemiológicos, y no se cumple ninguno de los casos en esto. Y aquí se está hablando de que se drogan, de que no paran de follar, de que no tienen bastante con el riesgo sino que además meten ahí a gente positiva. Y nadie actúa de oficio, ni al salud pública emite un comunicado para decir “contrastemos ya este despropósito”, porque la SER puede amplificar lo que le dé la gana –no debería – porque los periodistas y los medios tienen la obligación de autocontenerse y aportar algún dato.

Entrevista a Josep Maria Gatell:

La epidemia del SIDA en España comenzó más o menos en el año 1985-86. Nosotros por aquel entonces veíamos pacientes que eran usuarios de drogas por vía parenteral que tenían otros tipos de infecciones diferentes al VIH: tenían endocarditis, infecciones en los brazos por donde se pinchaban la heroína, hepatitis... Entonces cuando se extendió la epidemia del VIH la mayor parte de estos usuarios de drogas por vía parenteral, además de otras infecciones, se infectaron por VIH. Eran unos pacientes que nosotros ya controlábamos y que seguimos controlando en el servicio de infecciones. Después la transmisión no fue solo a través de jeringas, sino que empezamos a ver casos de transmisión por vías sexuales, que son la mayoría de casos que vemos hoy en día. De alguna manera fue una cosa natural, ya que eran unos pacientes que ya controlábamos por otros motivos que, a partir de un momento dado, empezaron a infectarse con el VIH.

¿Cuál es el trabajo que realiza usted aquí?

Yo he sido el coordinador de la unidad de VIH desde que se creó a finales del año 1986-87 y he sido también el jefe del servicio de infecciones, que es una cosa más amplia desde hace unos 13 ó 14 años. Por lo tanto he sido jefe de la unidad de VIH desde hace unos 35 años aquí en el Hospital Clínico. Pero este es un gran servicio de infecciones, donde la unidad de VIH es solo una parte de este servicio.

Una persona que es diagnosticada como seropositiva, ¿qué pasos debe seguir?

Este es un hospital grande, terciario y de referencia. A nosotros los pacientes nos los remiten, en general. Nosotros no solemos hacer diagnósticos por VIH, sino que el paciente ya ha sido diagnosticado por otros especialistas o centros de atención primaria, etc. Cuando uno de los test es positivos entonces nos remiten al paciente para que continuemos con los cuidados médicos.

El primero de los pasos a seguir es comprobar que esto sea cierto, porque a veces hay test que son falsos positivos. Una vez que has comprobado que el test es positivo hay que hablar con el paciente y explicarle que es lo que habrá que hacer de ahora en adelante.

¿Qué evolución ha visto usted con respecto a la enfermedad desde el 85 hasta ahora? ¿Qué hay de cierto en que vaya a haber cura pronto para el VIH?

El punto de inflexión clave en la historia del VIH es el año 1996-97. Hasta ese año los tratamientos que existían eran unos tratamientos subóptimos, funcionaban mal y la mortalidad de una infección por VIH era del 100% en un plazo relativamente corto de tiempo, en un plazo de cinco o seis años. A partir del año 96-97 los tratamientos empezaron a funcionar bien y esto hizo que, poco a poco, se toleraran mejor, los pacientes los aceptaran mejor... Todo ello hizo que la infección por VIH se convirtiera en una enfermedad crónica con una esperanza de vida muy parecida a la de la población general. Ésta es la situación en la que estamos en el momento actual.

¿Qué queda por hacer?

El tratamiento del VIH es un tratamiento que dura toda la vida ya que la infección no se cura. Es un handicap, pero no es la única enfermedad que hay que tratarla a lo largo de toda la vida: si tu tienes una diabetes también te tienes que tratar toda la vida o si tienes una presión arterial también te tienes que tratar toda la vida. Una de las líneas de investigación consiste en ver qué podríamos hacer para que no hubiera que tratar toda la vida la infección por VIH: este es el campo de la inmunoterapia, vacunas terapéuticas, que son un tema de investigación.

La otra cosa que queda por hacer es la prevención: si tú quieres acabar con la epidemia del VIH lo que tienes que hacer es conseguir que no se infecten nuevas personas. Esto pasa con el ébola, por ejemplo: ¿cuándo se ha acabado con el virus del ébola en África? Cuando el número de infecciones ha sido cero. En el momento en que no hay nuevas infecciones, la OMS deja pasar un periodo razonable de tiempo –en el caso del ébola son 30-40 días– y si no aparece ninguna nueva infección declaramos que la epidemia se ha extinguido.

En el caso del VIH esto no es así, sino que cada año en el mundo se infectan más de dos millones de personas y tenemos que conseguir que esto no ocurra. ¿Cómo se hace la prevención de una enfermedad infecciosa? Si tenemos una vacuna preventiva, fantástico, ya que suele funcionar muy bien. Lo que pasa es que ni para el SIDA ni para otras enfermedades infecciosas no tenemos vacunas preventivas que funcionen bien.

¿Cuándo las tendremos? No lo sé, esto es un tema de investigación, pero lo que hay que hacer mientras tanto en sacarle el máximo partido posible a las otras medidas preventivas de las cuales disponemos. No hemos tenido mucho éxito hasta ahora con estas medidas preventivas que disponemos porque si en el mundo se infectan dos millones y medio de personas nuevas cada año, esto quiere decir que algo falla en la prevención.

¿Qué opinión tiene sobre el llamado Profilaxis Pre Exposición?

Dentro de la panoplia de medidas preventivas que tenemos, la profilaxis pre exposición es una más y hay que aplicarla de una manera coordinada y en conjunto con el resto de medidas preventivas. La profilaxis pre exposición significa que una persona que tiene riesgo de infectarse, si le das unos medicamentos, si se expone al virus en principio no se infecta porque está tomando estos medicamentos.

La profilaxis pre exposición es algo que va dirigido a grupos de personas que tienen un riesgo muy elevado de ser infectados. No es algo destinado a la población general, sino que va dirigido a aquellos grupos de personas que tienen un riesgo de infectarse superior al 3% o al 5% por año.

¿Cómo está la situación en Europa?

La agencia reguladora del medicamento en Europa no la ha aprobado todavía, por lo que es un tema de investigación por el momento. En Estados Unidos, en Canadá o Australia, las agencias reguladoras sí que lo han aprobado y esto puede empezar a aplicarse allí de manera un poco más rutinaria. En Europa el paso importante que queda por dar es que la agencia europea que regula la utilización de los medicamentos se pronuncie. No sé cómo lo hará, si dirá que sí o que no, pero como mínimo debe decir algo y probablemente lo haga en la segunda mitad de este año.

Este tratamiento es solo uno más de todo el conjunto de medidas que hay que aplicar para tratar de mejorar la prevención.

¿Se usa como sustitutivo del preservativo en las relaciones?

Ninguna de estas medidas por sí solas, aisladas, va a solventar el problema al 100%. Lo que hay que hacer es utilizar mecanismos de barrera como el preservativo, profilaxis pre exposición, aconsejar cambios de conducta sexual, fomentar la educación sexual... Otra cosa que sirve como prevención es la identificación de las personas infectadas y

tratarlas: esto en el argot técnico se llama *test and treat*. Si tu tienes una infección por VIH, te hacemos tratamiento y tu carga viral es indetectable, es imposible que transmitas el VIH aunque quisieras. Por tanto, identificando a las personas infectadas y tratarlas es otra medida preventiva. Esto no es exclusivo del VIH también es válido para la tuberculosis, por ejemplo.

¿Cree usted que se le ha perdido el miedo al VIH en estos últimos años?

El hecho de que se haya convertido en una enfermedad crónica con una esperanza de vida parecida a la de la población general, y que esto se consiga con un tratamiento sencillo y bien tolerado... sin ninguna duda esto ha hecho que en algunos casos de le ha perdido el miedo y hasta se ha frivolizado un poco en el sentido de 'bueno, me es igual, las medidas de prevención no me gustan así que no voy a tomarlas y si me infecto ya me tratarán'. Es verdad que si te infectas te diagnosticarán y te tratarán, pero no deja de ser un tratamiento que va a durar toda la vida y que tiene algún efecto secundario, necesitarás controles médicos dos veces por año... Hay algunas variedades de cáncer que son más frecuentes en los pacientes infectados con VIH que en el resto de la población. Es decir, no es ninguna bicoca el estar infectado por el VIH, ya que comporta algunas servidumbres de todo tipo que hay que tenerlas en cuenta. Hay que tomarse el tema en serio.

Es un tratamiento bastante caro, además. ¿Cree que por la crisis pueda pasar algo como lo que les ocurre a los pacientes de Hepatitis C en Galicia?

De momento nadie lo ha cuestionado. No es un tratamiento caro, solo lo es porque dura toda la vida, pero el coste por día de tratamiento no es más caro que cualquier otro tratamiento. Un día de tratamiento de una pulmonía, diabetes, tuberculosis, etc. cuesta lo mismo que un día de tratamiento de VIH. El problema es que tiene que durar toda la vida, que es lo que lo hace caro: tienes que multiplicar 365 días al año por unos 70 años de esperanza de vida. Pero a la larga, tiene una muy buena relación coste-eficacia. Es una inversión que da muy buen retorno. El tratamiento antirretroviral no se lo ha cuestionado nadie en el mundo occidental. Es una buena inversión para los gobiernos el pagar este tratamiento.

El tema de la Hepatitis C es un poco diferente: es una excelente inversión a medio-largo plazo, el problema es que es muy caro y entonces en una época de crisis económica,

aunque a ti te digan que es una buena inversión y recuperarás el dinero a diez años vista... El problema es que no se tiene ahora el dinero.

Con respecto a la crisis, usted que también está en el HIVACAT, ¿ha visto mermado su presupuesto?

Esta crisis económica ha hecho que los presupuestos de investigación en España acabaran recortados alrededor de un 30% de una manera u otra. Esto se ha vivido en todas partes. Hay que buscar recursos alternativos como por ejemplo los presupuestos europeos en investigación. Son muy competitivos, pero se han recortado menos. En el HIVACAT participamos en varios, pero son muy competitivos y es difícil obtener las ayudas, pero se han recortado poco.

Si consigues que te lo aprueben, el presupuesto está bien.

En España seguimos teniendo una gran asignatura para la investigación que es la ley del mecenazgo, que es dar incentivos fiscales a personas o entidades que quieren colaborar con la investigación sin fines de lucro y es algo que en España falta. Hace falta que el mecenazgo tenga un buen reconocimiento social en España y también incentivos fiscales.

Se suele relacionar la infección por VIH con prostitutas, homosexuales... ¿Hay un perfil medio de infectado por VIH o es variable?

Sí que hay un perfil medio, sobre todo en las nuevas infecciones. En España se diagnostican unas 3.000 nuevas infecciones y en Cataluña 700 cada año, que tienen un perfil perfectamente definido y el cual es muy diferente al que era hace 10 o 12 años. En el año 2016, el 60% de nuevos infectados son varones que tienen sexo con hombres, en general jóvenes y españoles. El 20-30% restantes son inmigrantes, que no quiere decir que todos hayan traído la infección de su país de origen, ya que muchos también se han infectado mientras estaban en España. El 10-15% restante es una miscelánea. Este es el perfil de ahora, en España y en 2016, si te remontas 15 años atrás, la causa más frecuente de nuevos infectados por VIH era el compartir jeringas en usuarios de drogas por vías parenterales. Ahora esto prácticamente ha desaparecido, en España. En el Este de Europa o en Rusia sigue siendo la vía más frecuente de nuevas transmisiones.

Es por ello que hay que acotarlo, en ocasiones hasta dentro de un mismo país varían las causas según las regiones.

1 de cada 3 personas no sabe que está infectada.

Esto también es algo muy variable dentro de cada país: en el oeste de Europa las estimaciones dicen que de cada tres personas infectadas, dos lo saben y una no. Si te vas al Este, es todavía peor: de cada tres personas infectadas, dos no lo saben y una sí. Esto no es que sea ningún consuelo, pero tampoco es exclusivo del VIH. Con la Hepatitis C pasa algo aún peor: se estima que de cada dos personas infectadas, una lo sabe y la otra no.

¿En qué estado se encuentran el desarrollo de las vacunas terapéuticas?

Nosotros en el HIVACAT hemos sido pioneros y probablemente tengamos los mejores resultados del mundo con diversos candidatos. Hemos probado dos o tres candidatos a vacunas terapéuticas y hemos obtenido muy buenos resultados, pero son insuficientes. No son suficientes como para comercializar esta vacuna y venderla a las farmacias. Estos candidatos hay que mejorarlos a través de la investigación. Es poco probable que en los próximos 3 ó 5 años tengamos alguna vacuna terapéutica que se venda en las farmacias, por lo tanto el mensaje que hay que dar a las personas que están infectadas es que tendrán que tomar antirretrovirales toda la vida, les guste o no les guste. De momento, claro, quizá en el año 2020 hablemos de algo totalmente diferente.

Entrevista a Jordi Casabona:

¿En qué trabajáis desde el CEEISCAT y desde la Fundación Sida y Sociedad?

El CEEISCAT es un centro que depende de la Agencia de Salud Pública de Catalunya y está ubicado en el Campus de Can Ruti. Básicamente hacemos todo lo que es la vigilancia epidemiológica y monitorización y valoración de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo evidentemente el VIH. Esto quiere decir que generamos información que sirve para explicar cuál es la magnitud y las características de la epidemia, identificamos determinantes de porqué se da esta situación y proponemos medidas para tratar de reducir la epidemia o las nuevas infecciones.

La Fundación Sida y Sociedad es una ONG que se fundó después de la organización del Congreso Internacional de SIDA en Barcelona del 2002 y básicamente lo que hacemos son intervenciones de salud pública en Guatemala. Sobre todo en prevención y control de ITS: hasta hace poco gestionábamos tres clínicas de ITS y ahora estamos implementando diversos proyectos de violencia de género y de prevención sobre todo en prostitución.

¿Cuál es el estado actual de la epidemia del VIH en Catalunya y España?

La epidemia en Catalunya y en el conjunto de España no es muy diferente. Se da la típica situación europea, donde en estos momentos se concentra mucho en ámbitos urbanos, en las grandes ciudades. Uno de los grupos más afectados es el de los hombres que tienen relaciones con otros hombres aunque esto ha variado con el tiempo y hasta hace poco los más afectados eran los usuarios de drogas por vía parenteral. Era un grupo importante tanto en VIH como en hepatitis y otras infecciones. Hay otros grupos emergentes a tener en cuenta como por ejemplo los inmigrantes; esto en función del país del que vengan, pero en España y Catalunya casi la mitad de los nuevos diagnósticos son de personas que provienen de otros países. Es un grupo con unas peculiaridades que no son homogéneas pero como diana de prevención se ha de tener muy en cuenta.

Ferran Pujol nos comentaba que no se está poniendo el foco de las medidas en el grupo minoritario de homosexuales, ¿cree que desde las instituciones se está fomentando la prevención entre este grupo o se está haciendo a nivel general sin incidir en dicho grupo?

No sé si es tanto que no se está focalizando en el grupo más importante. Pienso que muchas de las cosas que se están hablando sí que incorporan al colectivo gay, sino puede ser la proporcionalidad de estas intervenciones. Creo que en general se habla mucho del VIH pero olvidamos las otras ITS. Se habla mucho de intervenciones preventivas biomédicas –vacuna terapéutica, PrEP– pero no se habla de las clásicas intervenciones de salud pública como son la promoción del preservativo, asegurar que los contactos de las personas que tienen una ITS también lo sepan y puedan ir al médico para diagnosticarse y tratarse lo más pronto posible, servicios de proximidad... Quiero decir que hay una serie de cosas que se olvidan un poco. Muchas de estas cosas no necesariamente han de ser exclusivas para el colectivo homosexual si estamos hablando de servicios cercanos a la población: pueden tratar tanto a heterosexuales como a homosexuales, como jóvenes como a trabajadores del sexo. En este sentido creo que la Unidad de ITS de Drassanes, que es de las pocas que en estos momentos queda activa, está trabajando mucho y una buena parte de las personas que van son hombres homosexuales. Por tanto yo no sé si es un tema de priorizar o no o si es tema de revisar las políticas de prevención en general para que sean proporcionales a las magnitudes de la epidemia, que no son solamente el VIH sino que hemos de tener en cuenta la gonorrea o la sífilis y que, evidentemente, el grupo de homosexuales es uno de los más afectados y ha de ser prioritario sin ninguna duda pero tampoco podemos olvidar la prevención en los jóvenes, que al final serán los que acabarán infectándose.

Ha dicho que desde aquí monitorizáis las infecciones de transmisión sexual, ¿de qué datos estamos hablando?

Aquí tenemos muchos sistemas de información, uno de ellos es la cuantificación de casos que se declaran por parte de los profesionales sanitarios. Muchas de estas infecciones son de declaración obligatoria y, por tanto, cuando un médico las declara, las ha de declarar. De esto hacemos unos informes y está cuantificado.

A parte de eso, que es el trabajo quizás más interesante, hay muchas personas que están infectadas y no lo saben, claro. No todas las que están infectadas van al médico y lo declaran. Por tanto, para conocer a grandes rasgos el mapa de lo que está pasando

hemos de hacer estimaciones, trabajar con modelos, y eso también forma parte del monitoreo que estamos haciendo. Creemos que es importante monitorear qué pasa con aquellas cosas que facilitan que se infecten. Por ejemplo, los conductas, por lo que monitoreamos las conductas en diferentes colectivos. Por ejemplo, hemos visto que ha disminuido el uso del preservativo en algunos colectivos, entre ellos en el homosexual. Por tanto estas son cosas que habrían de hacer reflexionar en las políticas de salud e incorporarlas.

Cuando hay nuevas tecnologías como nuevos test de diagnóstico intentamos ver cómo funcionan en la realidad, intentamos validarlos. Ahora estamos en una colaboración a nivel europeo en la que estamos recogiendo muestras de saliva con programas de acercamiento con gente que no suele ir a los servicios sanitarios, gente que se encuentra en sitios de ejercicio de la prostitución. Estas muestras se envían a laboratorio, se analizan y subimos los resultados en una web segura para que la gente conozca los resultados de manera confidencial. Se está haciendo otro estudio sobre el auto test: en Francia lo pueden hacer, van a la farmacia y pueden comprar el test y hacérselo a casa. Desde aquí tratamos de analizar cuáles son las perspectivas de los diferentes colectivos sobre todos estos temas.

Dice que desde el colectivo homosexual se está dejando de utilizar el condón, ¿hay estudios que demuestren esta afirmación?

Sí, nosotros tenemos cosas publicadas, sí. Ha disminuido el uso del preservativo y, además, sabemos que hay algunos aspectos que están asociados a dicha disminución como el uso de drogas o el uso de alcohol alrededor de las relaciones sexuales. Por tanto, los datos nos confirman que lo que facilita que las personas se infecten son muchos determinantes diferentes: no usar el preservativo es uno, evidentemente. También influye el tipo y numero de contactos, en qué redes se da este contacto, el uso de drogas... Ahora ha salido con mucha fuerza en los medios de comunicación el *chemsex* y es otro factor a tener en cuenta, como la salud mental, la depresión. Por eso pensamos que las intervenciones preventivas no se pueden focalizar en un tema y basta: tratamiento para la prevención y ya está. No es así, se ha de tener en cuenta todos los factores que acabo de decir y hacer intervenciones que puedan prever también el impacto de estos determinantes que además son muy consistentes en la literatura internacional.

Desde el Checkpoint nos cuentan que de las 6.000 personas que monitorizados, el 84% de las nuevas infecciones provienen de las personas que han dejado de usar el preservativo porque estaban iniciando una relación sentimental.

Yo creo que una cosa no excluye la otra. El Checkpoint es un servicio que acoge a una población determinada y que si los datos sugieren esto, entonces quiere decir que es importante y que es un tema que tendría que hacer reflexionar. Estas parejas tendrían que hacer el test más a menudo y tener las relaciones de forma consistentes con los estatus que tengan. Esto no quiere decir que no haya grupos de homosexuales que con el uso de drogas están fomentando un uso de las relaciones en el que el riesgo es más alto y eso está descrito en la literatura.

¿Usted no cree que el uso de la profilaxis pre exposición podría hacer frenar la epidemia? Si tenemos en cuenta lo ocurrido en San Francisco u otras ciudades en Europa vemos que se están implementando con éxito los tratamientos preventivos, ¿qué opinión les merecen?

Hablar de intervenciones biomédicas siempre es mucho más fácil que hablar de intervenciones conductuales o estructurales. Aquí nadie habla cual es el papel de la depresión con dejar de usar el preservativo y sabemos que está relacionado. Cual es el papel de las drogas, de la desinformación... Sabemos que el colectivo inmigrante gay en el propio Checkpoint tiene el doble de incidencia que el colectivo autóctono. ¿Por qué pasa esto? ¿Es que están relacionados con trabajo sexual? ¿Es porque tienen menos información? Estas preguntas son clave para identificar determinantes. En cambio, no se plantean, ya que es mucho más fácil hablar de la pastilla. Lo que pasa es que una cosa son los resultados de los ensayos clínicos, que dicen que funciona muy bien con un 95% de eficacia y otra cosa es la realidad. Hay mucha literatura que demuestra que el tratamiento por la prevención, del cual mucha gente había dicho que acabaría con la epidemia en pocos años, la verdad es que no es así. La realidad no es lo que acontece un ensayo clínico, ni todo el mundo tiene acceso al tratamiento, ni todos tienen adherencia a ellos. Por tanto una cosa es lo que pasa en los ensayos clínicos y otra es la realidad.

Nosotros pensamos que no hay una solución final, sino que ha de ser un poco de todo. Esta es la posición del European Center for Diseases Control, que es lo que llaman intervenciones preventivas multivel. La profilaxis pre exposición es una parte de la solución, pero no es la solución mágica ni efectiva. La PrEP tiene diversos problemas

importantes además: uno es su coste de efectividad, y esto es lo que, desde la perspectiva política, preocupa más. Suponen unos costes importantes, tienen un impacto presupuestario importantísimo y por tanto se ha de contextualizar en el conjunto de las otras cosas que se están haciendo. ¿De dónde sale el dinero si tuviéramos que pagar este tratamiento? Los epidemiólogos pensamos que antes de tener este tipo de discusión hay una serie de preguntas que tampoco tenemos claras: ¿cuánta gente sería necesario tratar? ¿Cuánta gente aceptaría tomar esta medicación? ¿Cuánta gente sería adherente a ella? ¿Quién pondría dispensar la medicación? ¿Tendrían que ser los hospitales? ¿Podríamos incorporar a alguna ONG? Estas son preguntas que normalmente se responden a través de lo que se le llama estudios de implementación, que se están haciendo en algunos países y que desde la Sociedad Española de Epidemiología hemos sugerido que creemos que ahora es lo que habría que hacer en España, un estudio para responder este tipo de preguntas y para cuando en el futuro bajen los precios y se pueda plantear esto de una forma asequible, saber a qué colectivo se le dará o qué consecuencias tendrá. Hay evidencia que esto cambia los comportamientos, lo cual es lo lógico, hay gente que lo toma para no utilizar el preservativo. Por tanto la exposición al resto de ITS aumentará y en un lugar donde hay una prevalencia tan alta como Cataluña es lógico que se tengan en cuenta el resto de infecciones. Por tanto esto quiere decir que se tienen que preparar los servicios para atender este posible aumento de ITS. Todos estos son temas que antes de comenzar las intervenciones se habrían de replantear y esto se hace con estudios de intervención e implementación. Pienso que la PrEP es un tema que ha funcionado y por tanto se ha de tener en cuenta en la ecuación, pero queda una serie de preguntas –costes al margen– que estaría bien responder antes de tomar la decisión final.

¿Usted diría que hay inacción política en cuanto a la epidemia de VIH y SIDA en España? En Catalunya se firmó el Pacto Nacional pero aún no se ha hecho nada al respecto...

Yo no creo que haya inacción, sino que estamos en un contexto en el que en España la salud pública siempre ha sido más débil que en otros países. La respuesta al SIDA refleja esta debilidad cultural, esto en un contexto de crisis se multiplica por diez y esto lo estamos sufriendo todos: entidades, usuarios, profesionales...

Lo que pienso desde una perspectiva cualitativa es que sí que es verdad que hay muchos acuerdos, muchos posicionamientos, etc. En la prensa hay un tratamiento muy

biomédico de la epidemia, pero en cambio la respuesta técnica de salud pública ha quedado menos visible y menos implementada. Evidentemente los derechos y el estigma es un tema clave como respuesta a la epidemia pero no lo es todo. Estamos en un país donde los niveles de tolerancia a la homosexualidad son de los más altos del mundo. Aquí es donde juega el papel técnico de la salud pública, la ciencia de la salud pública, hacer intervenciones evaluables que tengan efectividad... Yo creo que este es el discurso que falta en general, un poco más de rigor en las intervenciones, ya que en un contexto de pocos recursos de han de pensar más que nunca.

El Pacto Nacional se dio tras un gran esfuerzo del Comité Unitario 1er de Desembre, ya que recoge muchas de las sensibilidades, pero aparte de temas como los derechos, etc. queda una parte más técnica sobre cómo se implementan las intervenciones preventivas clásicas, que son habituales en otros contextos y que puede ser que al colectivo minoritario le ha quedado más lejos.

¿Ustedes cómo han sufrido la crisis y los recortes en sanidad?

Como todos, desde la administración ha habido recortes importantes que han tenido su impacto, y por tanto las cosas sí que son más difíciles de sacar adelante que hace unos años.

¿Tanto desde la administración española como europea?

Nosotros como centro tenemos dos tipos de actividad: una programática que depende del departamento de Salud y la otra que es de investigación aplicada que recibe financiación europea. Este ámbito no se ha visto tan resentido: hemos seguido haciendo monitoreo gracias a las ayudas europeas.

Los porcentajes de recortes son los habituales de la administración en los últimos años. Hemos dejado de hacer cosas y ha habido más voluntarismo que antes, por ejemplo hay cosas que hacemos en los hospitales y que antes les dábamos alguna ayuda para la recogida de información. Ahora ya no la hay pero la mayoría de hospitales la han seguido haciendo porque había interés. Donde sufrimos más es desde la informática.

¿Cómo es la relación entre las diferentes entidades como la suya y la Administración Pública?

Las entidades están en íntimo contacto con la administración de salud y, en nuestro caso, colaborando con ella desde hace muchos años.

¿Llevan a cabo las proposiciones que ustedes plantean?

Nosotros no tenemos que definir y diseñar políticas, nosotros como mandato tenemos que recoger información y proponer cosas. Con el Comité 1er de Desembre hay una excelente relación, así como con diferentes entidades como Stop SIDA con la que hace veinte años que hacemos proyectos en común. Nos hemos implicado los estudios europeos y trabajamos conjuntamente y, por tanto, estamos muy contentos de la relación que tenemos: con algunas de ellas hemos firmado acuerdos. Siempre hay organizaciones en las que la relación es más difícil: yo creo que una de las asignaturas pendientes que tenemos en este país es entender que la información ha de servir para mejorar las políticas. Se ha de degenerar con rigor y se ha de compartir con todos los actores, pero hay algunos a los que les cuesta más que a otros.

Desde el CEEISCAT se le plantean propuestas a la Administración Pública

Hacemos recomendaciones, algunas las toman y otras no. Depende de la coyuntura y del momento político y económico... En general sí porque son cosas muy obvias, pero cuando hay cosas más novedosas o complejas, pues, depende.

¿Ahora mismo qué líneas de investigación se están siguiendo?

Hemos puesto mucho énfasis en la calibración comunitaria del VIH e ITS. Catalunya fue uno de los lugares en los que más rápidamente se usó a las ONG para ofrecer el test a nivel comunitario, es decir, fuera del centro sanitario. Hay una red que se llama DEBO desde el año 94 recogiendo información y a partir de esta experiencia pedimos un proyecto europeo que se concedió para hacer una red europea de esto. Es decir, que tras esta experiencia decimos promover este concepto, facilitamos la introducción del uso de pruebas rápidas (en algunos sitios no se estaban haciendo). Hay países del Este en los que la administración no las dejaba hacer a las ONG y el proyecto también sirvió para solucionar algunos de estos temas. Este proyecto ha tenido una continuidad: el Euroedat, que tiene diversos componentes, uno de ellos es recoger indicadores para poder demostrar la actividad que tienen estas ONG como es el detectar la infección en la comunidad. Se está haciendo una guía para implementar Checkpoints para hombres homosexuales y otra vía es la de eliminar barreras para los inmigrantes y que puedan acceder a las pruebas. Se trata de una investigación muy aplicada, transversal, que como finalidad tiene la mejora de los servicios. Es estos momentos estamos pidiendo un

proyecto sobre inmigración precisamente también en la UE y también nos acaban de conceder otro proyecto europeo donde hay dos grandes objetivos: uno es hacer un gran estudio en internet sobre conductas sexuales en el colectivo homosexual y el otro es un estudio del perfil de los trabajadores de salud que hay en las comunidades a nivel europeo. Se hace una propuesta de cuál debe ser el perfil.

En estos momentos hay una cierta discusión de hasta qué punto las ONG se han de medicalizar o no: el Checkpoint es un ejemplo de ONG que desea medicalizarse, pero se da en otros países también.

Ahora ha salido a los medios que los enfermos de VIH no puedan acceder a una hipoteca porque se les pide que tengan un seguro de vida, el cual es denegado por tener una enfermedad crónica

Nuestra aportación es la de dar información que demuestra que la esperanza de vida de los enfermos de VIH y la población general es similar y esto es lo que hemos hecho en un estudio. Es uno de los más potentes que tenemos y es un acuerdo de los hospitales de Catalunya para poder estimar la esperanza de vida y es actualmente de unos diez años por debajo.

Nuestra aportación es generar información que desmonte tabús.

Cuando entramos en el ámbito privado, son ellas las que han de cambiar este tipo de actitudes y conductas.

¿Se trata la estigmatización desde el CEEISCAT?

Ahora mismo en este centro no. Lo que sí estamos haciendo es un estudio para saber cómo los profesionales sanitarios tratan a diversos colectivos. Hay un índice de estigma europeo y nuestro objetivo es estudiarlo, pero por el momento no hemos podido hacerlo.

¿Señalar al colectivo homosexual como el principal afectado por el VIH es estigmatizarlo o es dar información sobre donde se concentra?

Depende de cómo se trate. Al comienzo de la epidemia se hablaba de los grupos de riesgo: desde muchos ámbitos decían que aquello era estigmatizar. Pero claro, ‘grupo de riesgo’ quiere decir que hay una parte de la población que tiene más probabilidades de sufrir una enfermedad. Si puedes demostrar esto te sirve para pedirles a los políticos que deben poner los recursos en este grupo porque son los más vulnerables. El equilibrio

entre el lenguaje más epidemiológico y la estigmatización a veces es difícil de establecer; en estos momentos todo el mundo acepta que hay unos grupos que son los más afectados y vulnerables y por tanto los que tienen más riesgo: se trata de hombres que mantienen relaciones con otros hombres. A veces poner el énfasis en este tema nos hace perder otras posibilidades: es cómo si solo hablamos de tratamiento o de vacunas. Si solo hablamos de estigma dejamos de hablar de cosas que son importantísimas como es el diagnóstico precoz y las preguntas que lo envuelven. ¿Debe testarse todo el mundo? ¿Se ha de hacer la prueba rápida a todos? ¿Por qué se está infectando de gonorrea jóvenes de 14 años? Si solo hablamos de temas como la estigmatización perderemos de vista los temas de salud pública, que son los que a mí me toca defender. Son temas técnicos que tienen metodología detrás y que se han de evaluar y que habrían de tener un resultado.

Evidentemente el colectivo gay ha sido el colectivo que en los últimos años está siendo más afectado por el VIH, así como otras ITS, por lo que no hay duda de que se trata de una población que se ha de priorizar, pero el debate lo ha de incluir todo. Debe incluir los temas de estigma, homofobia, temas de conducta... Se ha de debatir como están entrando las drogas en el colectivo, cómo se han de posicionar frente a estos temas. No se pueden obviar los temas que he comentado anteriormente.

Perspectiva de futuro para la próxima década

A mí me gustaría que la salud pública saliese reforzada, porque lo necesitamos. Me gustaría que todo el mundo entienda y use la información: es clave para hacer políticas basadas en la evidencia y no solamente basadas en opiniones personales. Se han de hacer evaluaciones, correcciones de las cosas que no funcionan y se financian y las cosas que funcionan se habrían de potenciar y hacer más amplio.