

¿Dónde está la información que hemos perdido en los datos?.

Hiroshi Inose, J. R. Pierce

Por más inverosímil que parezca, hoy, a siete años de haber celebrado el cambio de milenio (III milenio), existe un pequeño grupo de “científicos”, que se atreven a aseverar que el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) no es responsable de la actual pandemia de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Cuando me decidí a escribir este artículo no sabía siquiera por dónde empezar, esta tesis disidente posee tantos flancos flacos y la evidencia a favor de que el VIH produce SIDA es tan abrumadora que me es imposible en este espacio tocar todo y resumir con justicia la misma. No obstante, intentaré hacer una exposición selectiva de la evidencia en poco más de 12,000 caracteres.

Primero que nada, debemos definir el SIDA. De entrada, cuando en medicina a una dolencia se le da el título de síndrome, esto quiere decir que su manifestación clínica es compleja e involucra una serie de síntomas y signos diversos (no todos tienen forzosamente que manifestarse en el paciente). En el caso del SIDA, lo que se observa es básicamente una inmunodeficiencia que trae como consecuencia la aparición de infecciones oportunistas (las que normalmente no producen enfermedad, pero que aprovechan deficiencias inmunes para brotar) en el paciente, así como de neoplasias agresivas (producciones celulares descontroladas que forman tumores), en especial el sarcoma de Kaposi (nódulos hemorrágicos en la piel, que también brotan en deficiencias inmunes).

En principio de cuentas, en la búsqueda del origen de cualquier enfermedad debemos partir del axioma básico que nos dice que ésta no se presenta al azar. Esto quiere decir que factores ambientales, costumbres, contactos, constitución genética, etcétera, influyen en los riesgos y probabilidad de presentar alguna enfermedad en particular. Una vez dicho esto, es importante identificar cuáles son las condiciones específicas que los pacientes comparten que les permiten conectar al

SIDA. Entre 1980 y 1981, los pacientes identificados fueron hombres homosexuales jóvenes. Posteriormente se amplió el riesgo a hemofílicos, después se detectó en drogadictos, y finalmente se estableció su riesgo para todo individuo expuesto a la sangre o derivados de la misma que parecía contener un agente desconocido. Dicho agente fue aislado tan sólo en 1983, aunque recibió su nombre actual (VIH) hasta 1986.

Hasta el momento sabemos que el SIDA es una dolencia compleja y que se encuentra íntimamente asociada al VIH, pero ¿cómo supieron los primeros investigadores que realmente el VIH produce SIDA? Primero que nada, como se acaba de exponer, el VIH se aisló de prácticamente todos los pacientes con SIDA (hoy podemos aislarlo de todos). También se observó que al cuantificar el virus, este se encontraba en mayor cantidad en los casos más avanzados de la enfermedad, por lo que la correlación se extendía también entre la cantidad de virus y la severidad de la enfermedad (más virus equivale a peor estado de salud).

Otro hecho indiscutible, ya adelantado, fue que los receptores de unidades de sangre o sus derivados contaminados con VIH terminaban desarrollando SIDA (salvo algunos casos extraordinarios por cuestiones que sería interesante tratar en otro artículo, que tienen que ver con deficiencias en el virus o polimorfismos en el hospedero). Esto ocurría aún en ausencia de otros factores de riesgo como homosexualidad, uso de drogas inyectadas, hemofilia, etcétera. No deja de ser interesante que esto no sea mencionado por los disidentes en sus artículos “científicos”.

Estudios para identificar anticuerpos dirigidos contra el virus se desarrollaron rápidamente, y en 1985, anticuerpos contra VIH eran buscados rutinariamente en todos los bancos de sangre de Estados Unidos de Norteamérica. El resto del

mundo incorporó estos estudios de inmediato. Ipso facto se encontró que las personas que poseían anticuerpos contra el VIH podían o no tener SIDA, pero que quienes no lo padecían terminaban sufriendolo con el tiempo (una vez más, salvo las extraordinarias excepciones del párrafo anterior). Este es el origen del término seropositivo, o sea que posee los anticuerpos, pero no el síndrome.

Los enfermos más jóvenes, aproximadamente el 30% de los bebés de madres afectadas, poseen también el virus, mientras que sus hermanos sanos no tienen rastro alguno del mismo. Un hecho adicional es que los hermanos sanos permanecen con absoluta seguridad sanos, mientras que no incurran ellos mismos en prácticas de riesgo. Hoy, con los tratamientos antirretrovirales, es posible disminuir el porcentaje de transmisión materno-fetal a prácticamente una cuarta parte (lo que prueba que los antirretrovirales al disminuir la concentración de virus, disminuyen la probabilidad de transmisión –este hecho incontrovertible es selectivamente ignorado por los disidentes-).

Finalmente -y esta es una evidencia sistemáticamente negada por los disidentes-, médicos, enfermeras, químicos, y otros profesionistas de la salud, se han infectado accidentalmente al manipular sangre o hemoderivados contaminados con VIH. Estos profesionistas, al igual que con los receptores de sangre o hemoderivados contaminados, han desarrollado SIDA aún en ausencia de cualquier otro factor de riesgo. Estos profesionistas no forman un grupo numeroso, pero son suficientes para probar que la sangre transporta al agente causal (el único identificado a la fecha es el VIH).

Actualmente los pacientes con SIDA son monitoreados de forma cercana desde dos frentes, el inmunológico y el viral. Para evaluar su capacidad de respuesta inmune, en contados laboratorios de análisis clínicos rutinariamente se evalúan los niveles de linfocitos T CD4+ y CD8+. En español, los linfocitos T CD4+ son las células blancas que se encargan de “chismear” a la “policía” celular (la población de linfocitos T CD8+) cuando un intruso es “visto” dentro de los dominios del cuerpo humano. Así es que los linfocitos T CD4+ avisan a los CD8+ de la presencia de agentes extraños, y los CD8+ se encargan de destruirlos, para mantener la integridad del organismo (el linfocito T CD4+ también produce sustancias que estimulan respuestas inmunitarias en los linfocitos B, productores de

anticuerpos –inmunidad humoral). Esta mancuerna es vital dentro del sistema inmune celular, y es precisamente el blanco del VIH. El VIH es un virus especial, de los poco más de 200 tipos celulares en el cuerpo humano, el VIH infecta precisamente a los linfocitos T CD4+ (como ya vimos, un eje central dentro de los sistemas humoral y celular), lo cual es sumamente desafortunado, ya que merma sobremedida la capacidad de respuesta ante cualquier infección, así como facilita la aparición de algunos tipos de cáncer, aquellos que el mismo sistema inmune apoya a controlar en el organismo. Ahora bien, ¿qué hay del virus?

El virus también es monitoreado de forma rutinaria en algunos pocos laboratorios de análisis clínicos. En un procedimiento conocido como carga viral de VIH, se determina la actividad del virus, es decir, con qué entusiasmo se encuentra el virus trabajando. ¿cómo se hace esto? Bien, los genes del virus, al igual que aquellos en cualquier célula, necesitan expresarse, es decir, producir ácido ribonucleico (RNA), la gran mayoría mensajero (mRNA), que sea traducido a proteínas. Una vez más en español: la gran mayoría de los genes necesitan transformarse a un intermediario (mRNA) que por medio de la maquinaria intracelular será a su vez convertido en proteínas, quienes son en última instancia las ejecutoras de la vasta mayoría de las funciones vitales, en el caso de los virus, sus funciones vitales incluyen la infección de nuevas células. Cuando el VIH se encuentra muy activo, es cuando puede trabajar a sus anchas, por lo que es necesario impedirlo con tratamiento antirretroviral. El incremento en la carga viral (el número de copias de mRNA) es indicativo de que el tratamiento no está siendo eficaz, siendo la consecuencia de todo tratamiento eficaz, un número reducido de copias de mRNA.

El que exista una correlación clara entre lecturas de CD4+, CD8+, carga viral y agudeza del cuadro clínico, parece no importar mucho para los disidentes. Su postura es peligrosa, porque entre otras cosas, promueve que los tratamientos antirretrovirales son los que provocan el SIDA, cuando ya existía el SIDA antes que estos medicamentos. Su repuesta es que el SIDA es también producido como consecuencia de la adicción a drogas, homosexualidad y contaminantes distintos del VIH en el factor VIII (necesario para los hemofílicos), todos requisitos teóricamente cubiertos por los primeros casos previos a los antirretrovirales. El que no hayan podido probar

la existencia de contaminantes distintos al VIH que provoquen SIDA en los viales de factor VIII utilizados por hemofílicos que terminaron desarrollando la enfermedad, tampoco parece ser un problema para ellos, que insisten en esta hipótesis.

A pesar de que el VIH afecta tanto a hombres y mujeres, los disidentes hablan de que en Estados Unidos de Norteamérica y Europa los hombres son por mucho los principales afectados y en África dicen que los números de enfermos hombres y mujeres son prácticamente iguales. Esto definitivamente ha dejado de ser así desde hace algún tiempo. Además tienen la osadía de enfatizar que diferencias estadísticas en la presentación del síndrome bastan para clasificar a ambas enfermedades como distintas, es decir, para ellos el SIDA en Estados Unidos de Norteamérica y Europa es una enfermedad, y el SIDA en África es otra muy distinta. Esta concepción es perniciosa debido a que tiende a asignar a hombres homosexuales y drogadictos la carga (culpa) de la enfermedad en los países primermundistas, y porque promueve que en África el SIDA es el producto de una mala nutrición y malos hábitos de higiene entre otros, en vez de interpretar esta situación africana como detonante y agravante que facilita la transmisión del VIH y complicación del SIDA; además apunta hacia distintas alternativas de tratamiento, mientras que los homosexuales deben dejar de serlo, los africanos deben sólo comer bien y asearse cuidadosamente todos los días.

Tampoco es un problema el que hoy muchos de los individuos con SIDA sean hombres y mujeres heterosexuales, que no se infectaron por una transfusión sanguínea ni por la administración de hemoderivados contaminados, sino a todas luces por relaciones heterosexuales. La interpretación de los disidentes en este punto crea una segregación que afecta la tolerancia hacia aquellos con preferencias homosexuales, lo cual incita a la intolerancia y el juicio injusto y rudo, así como a la indiferencia ante los problemas de estos enfermos por paliativos moralistas como “ellos se lo buscaron”. Lo mismo ocurre con individuos que han caído en la drogadicción, en vez de ayudarlos, crear redes de apoyo y rehabilitarlos, con estas concepciones se tiende también a juzgarlos y abandonarlos a su suerte.

En definitiva el tema da para mucho más, pero lo que es importante destacar es que el VIH produce SIDA no porque sea la teoría políticamente correcta, sino porque es la teoría

científicamente sólida. Son dos hechos independientes el que la hipótesis de los disidentes encuentre toneladas de datos que la contradigan y que además sea ultra conservadora. Aunque mucho más allá de lo político, la evidencia que puede extraerse con certeza de innumerables estudios sobre SIDA soporta que los tratamientos antirretrovirales, su monitoreo y apego, mejoran excesivamente la calidad y expectativas de vida. Quienes se empeñen en ignorar esto, aprovechando justamente lo numeroso y complejo de éstos estudios para convencer gobiernos (como ya ocurrió en Sudáfrica, en donde los antirretrovirales son un tratamiento secundario al ajo, el limón o el rábano, administrados para “fortalecer” al sistema inmunológico), serán (y son) los autores intelectuales de un genocidio sin comparación (tan sólo en Sudáfrica mueren 800 personas diarias de SIDA).