Textos de Contraportada de la edición original de *Positively False*

'Joan Shenton ha escrito un libro ameno, sin escatimar esfuerzos a la hora de investigar este tema … es hora ya de que estas cuestiones básicas sobre el VIH y el SIDA sean abordadas de modo abierto y sin prejuicios.'

Profesor Beverly Griffin, Imperial College (School of Medicine), Londres

'En los países industrializados, el SIDA se ha quedado lejos de ser el desastre que nos anunciaron. Este libro ayudará a los que estén interesados, o afectados, a comprender el porqué, y a ser más realistas acerca de las artimañas utilizadas para desviar la atención de otras prioridades médicas. Debería ser de lectura obligatoria para los que tienen que tomar decisiones.'

Gordon T. Stewart, profesor emérito de Salud Pública, Universidad de Glasgow

'Creo que es importante cuestionar la opinión comúnmente aceptada y especialmente en casos de salud pública como éste [SIDA].'

Harry Rubin, Profesor de Biología Celular, Universidad de California, Berkeley profesor of Cell Biology, University of California, Berkeley

'La comunidad en su conjunto no tiene paciencia para escuchar a los críticos que adoptan puntos de vista alternativos. Sin embargo, la gran lección de la historia es que el conocimiento se desarrolla a través de opiniones en conflicto. Si lo que tienes es simplemente consenso, por lo general, se atrofia. Este es, de hecho, uno de los fundamentos de la teoría democrática. Es una de las razones básicas por las que creemos en la noción de libertad de expresión'

Walter Gilbert, profesor de Biología Celular y Molecular, Universidad de Harvard, premio Nobel de Química 1980

POSITIVAMENTE FALSO

LOS MITOS DEL VIH Y SIDA AL DESCUBIERTO
EDICIÓN 16 ANIVERSARIO

JOAN SHENTON

Primero publicado por I.B. Tauris & Co. Ltd, 1998
Segunda edición publicada, 2015. Esta traducción fue autopublicada, 2019

Copyright © 1998, 2015, 2019
Todas las contribuciones reimpresas con permiso de sus respectivos autores

Elemento de arte central © Valdis Torms / Shutterstock

Todos los derechos reservados. Excepto por citas breves en una revisión, este libro, o cualquier parte del mismo, no debe reproducirse de ninguna forma sin el permiso por escrito del editor

ISBN-13: xxx

Immunity Resource Foundation (IRF)

17 Ivy Lodge
122 Notting Hill Gate
London W11 3QS
United Kingdom

immunity.org.uk

IRF es una organización benéfica reconocida por HMRC en el Reino Unido

"Los hombres son tan simples y se someten hasta tal punto a las necesidades inmediatas, que quien engaña encontrará siempre quien se deje engañar."

Niccolò Machiavelli, *El Príncipe*, 1532

Este libro está dedicado a todos aquellos que murieron creyendo que el VIH era la causa de su muerte

Agradezco especialmente esta traducción al español por nuestro brillante e intrepido compañero Leo Varela, fallecido 29 de Junio 2018. También agradezco a Manuel Garrido y Fernando Bandrés por su ayuda adicional

Contenidos

Acrónimos y Abreviaturas xi
Agradecimientos xv
Prólogo Inicial, 2014 (Henry H. Bauer) xvii
Prefacio, 2014 xx
Prólogos adicionales y contribuciones, 2014 (alfabético) xxiv
Mohammed Aziz xxiv
Clark Baker xxvi
Nancy Banks xxviii
David Crowe xxxi
Elizabeth Ely xxxiv
Celia Farber xxxvi
Christian Fiala xl
Charles Geshekter xliv
Roberto Giraldo xlvii
Mike Hersee xlix
Neville Hodgkinson lii
Christine Johnson lvi
Helen Lauer lix
John Lauritsen lxii
Terry Michael lxv
David Rasnick lxix
Irina Sazonova lxxiii
Liam Scheff lxxvi
Manuel Garrido Sotelo lxxix
Prólogo original, 1998 (Gordon T. Stewart) lxxxi
Preámbulo original, 1998: Una Hipótesis Falsa lxxxiv

1. Viaje a la Disidencia 1
La Experiencia del Lupus 1
Encarando el Debate del Sida 2

2. SIDA: Las Voces No Escuchadas 6
Sangre en Mal Estado: ¿Pudo causar SIDA? 6
Descubriendo a Duesberg: El Principal Académico Disidente del SIDA 8
Voces que Disienten: ¿Por qué no fueron escuchadas? 11

3. La Vida en Reservados y Saunas 19

La Hipótesis Riesgo/Sida 19
¿Qué Ocurría en Reservados y Saunas? 21
Devotos a Disco y Drogas 22

4. A la Caza del Retrovirus Humano 29
Empieza la Disputa: Desacuerdo entre los Reyes de la Virología 29
¿Cómo puede el Mundo Entero haberse equivocado tanto acerca del SIDA? 31
¿Cómo Consiguió Imponerse el VIH en Primera Instancia 32
Retrovirología: Un Catálogo de Errores y Suposiciones Equivocadas 35
¿Qué Podrían Hacer a Continuación el Rey de la Virología y su Corte? 38
Gallo Vincula el HTLV-III con el SIDA 41
La Disputa por Reivindicar el Descubrimiento del VIH 45
Tejemanejes en el Laboratorio de Gallo: Colegas de Laboratorio Declarados Culpables 47

5. Plaga de Terror 53
Alimentando la Máquina del Miedo 53
Pánico al SIDA: La Caza de Brujas VIH 62
Servicio de Inteligencia de Epidemias (EIS, en sus siglas en inglés): Avivando el fuego de la Plaga de Terror 64
Miedo a la Propagación Heterosexual 68

6. "La Trampa del SIDA" 73
Los Disidentes Censurados 73
Revisión Inter Pares y Supresión del Debate 74
"Proceedings of the National Academy of Sciences" 75
Pausa Entre Latidos: Donde está la verdad 77
"La Trampa del SIDA": *Los Mitos del VIH y SIDA al Descubierto* 79
La toxicidad del AZT: El SIDA y el Episodio de Weller 87

7. La Contienda 91
El 'Establishment' Contraataca: La manipulación de los medios 91
Duelo con Nature *y los Postulados de Koch* 95
La Conferencia de SIDA en Edimburgo – En la Picota 102
No Más Fondos para El Disidente: Duesberg Apartado 103
"Broadcasting Complaints Commision": Grupos de Interés al Ataque 104

8. 'AZT: Motivo de Preocupación' 109
AZT: SIDA por Receta 109

Ensayo Fase II AZT: Cifras de Mortalidad Manipuladas 113
AZT y Cáncer 114
"AZT: Motivo de Preocupación"*: Estructurando la Historia* 116
¿Por Qué el AZT No Funciona? 117
El Estudio Oficial sobre el AZT en los Veteranos de los EE. UU. 120
La Reina de los Ensayos con AZT 122
New York: Los Disidentes del SIDA Hablan Claro 122
Londres: AZT y la Comunidad Gay 125
Magic Johnson le Resta Importancia al SIDA 127
Reivindicaciones de Wellcome sobre el AZT 129
Defendiendo el AZT: Control de Daños de Welcome 131
Defendiendo a un Disidente: El Juego Limpio de un Científico 134

9. Ámsterdam y Todo Aquello 138
Conferencia Alternativa del SIDA en Ámsterdam: Los Disidentes se Reúnen 138
VIH y Contaminación en Laboratorio 143
Contragolpe de los Barones del SIDA 146

10. 'SIDA y África' 151
Rakai, Uganda: ¿El Epicentro del SIDA? 151
¿Por Qué se le Echó la Culpa del SIDA a África? 154
Bukoba, Tanzania: Un Disidente del SIDA en Primera Línea 157
Falsos Positivos en la Prueba del VIH 160
Retorno a los Rakai: La Trampa de la Pobreza en África 160
Kampala, Uganda: ¿Están la TB y la Malaria Denominándose SIDA? 164
Yaoundé, Camerún: Conferencia Internacional del SIDA en África 165
Abidjan, Costa de Marfil: Proyecto de los "Centers for Disease Control"-USA 167
SIDA Sin VIH 168

11. "Diario de un Disidente del SIDA" 173
Batalla de Berlín: La Conferencia Mundial del SIDA en Berlín 173
Gallo Investigado: Tres Pesquisas Diferentes 176

Gallo en el Ojo del Huracán 178
Resultados del Estudio Concorde: El AZT No Produce Ningún Beneficio en Asintomáticos 181
Londres: Conferencia 'Proceso al AZT' 184
AZT y Bebés: El Estudio PENTA 186

12. ¿Qué Pasó con el SIDA en Haití? 190

13. Poppers y SIDA: Hemofilia y SIDA 200
Dos Áreas de Investigación Abandonadas 200
Poppers: Inhalables Peligrosos 200
Hemofilia o Hemofilia/SIDA: ¿Dónde está la Diferencia? 205
¿Hay VIH en el Factor VIII? 210
Factor VIII y Falsos Resultados VIH Positivo 211
Los Anticuerpos que 'Identifican' al VIH No Son Específicos del VIH 212
La Obstinada Comunidad de los Escépticos 214

14. ¿Existe el VIH? 218
Conferencia del SIDA en Buenos Aires: Las Dudas Crecen 218
¿Ha Sido Alguna Vez Aislado el VIH? 218
El Mecanismo del SIDA: Sobrecarga Inmune Adquirida 221
Positivamente Falso*: El VIH Identificado Erróneamente* 228
Positivamente Falso*: Pruebas Erróneas y Supervivientes a Largo Plazo* 234
Inhibidores de la Proteasa: El Fracaso de Otra 'Cura' del SIDA 236
Toxicidad 238
El Coste 240

Apéndice A: Sumario del Documento SCAM Remitido al MRC con Objeciones al Protocolo del Estudio PENTA 244
Apéndice B: Comentarios de los Productores del *Positive Hell* 246
Apéndice C: Artículo Retirado de Peter Duesberg et al. – 2009 248
Apéndice D: Fotografías de la edición original de "*Positively False*" 265
Apéndice E: Comentario de la autora, publicado en la edición original de "*Positively False*" (modificado) 269
Bibliografía 272
Índice 274

Acrónimos y Abreviaturas

ACSUR	Association pour la coopération avec le Sud
AIDS	Síndrome de Inmuno Deficiencia adquirida (en sus siglas en inglés)
ANC	Congreso Nacional Africano (en sus siglas en inglés)
ARV	antirretroviral
ATL	Leucemia de las Células T en Adultos
AZT	Azidotimidina - zidovudina (nombre genérico) o Retrovir (nombre de marca)
BBC	British Broadcasting Corporation
BCC	Comisión de Quejas de Radio-TV
BMA	Asociación Médica Británica
BMJ	*British Medical Journal*
CBL	Laboratorio Chester Beatty (en sus siglas en inglés)
CDC	Centro para el Control de Enfermedades (en sus siglas en inglés)
CDS	Centros para el Desarrollo de la Salud (Haití) (en sus siglas en inglés)
CMV	citomegalovirus
ddC	dideoxicitidina
ddI	didanosina
DMT	dimetiltriptamina (droga alucinógena)
DNA	ácido desoxirribonucleico (AND)
EBV	Virus de Epstein Barr
EIS	Servicio de inteligencia epidémica
ELISA	Ensayo Inmunoabsorbente Ligado a Enzimas (en sus siglas en inglés)
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos (en sus siglas en inglés)
GAG	Gays Contra el Genocidio (en sus siglas en inglés)
GHESKIO	Grupo haitiano sobre el sarcoma de Kaposi y oportunista Infecciones (en sus siglas en inglés)
GRID	Inmunodeficiencia Relacionada con los Gays (en sus siglas en inglés)
HAART	terapia antirretroviral altamente active (en sus siglas en inglés)
HEAL	Enlace de AIDS de educación de salud (en sus siglas en inglés)

HIV	virus de inmunodeficiencia humana
HIV-SF	factores supresores-VIH (en sus siglas en inglés)
HLA	antígeno del leucocito humano (en sus siglas en inglés)
HTLV	virus de la leucemia de células-T tumanas (en sus siglas en inglés)
i.v.	intravenoso
IBA	Autoridad de Radiodifusión Independiente (en sus siglas en inglés)
ICI	Imperial Chemical Industries
ICL	linfocitopenia idiopática de las células T-CD4 (en sus siglas en inglés)
INSERM	Institutut National de Santé et de Recherche Medicale
JAMA	*Journal of the American Medical Association*
JC	tipo de virus
JIMHA	*Journal of the Interamerican Medical and Health Association*
KS	Sarcoma de Kaposi (en sus siglas en inglés)
LAV	virus asociado a linfadenopatía (en sus siglas en inglés)
LDK	droga recreativa
LSE	London School of Economics and Political Science
MCA	Agencia para el Control de Medicinas (en sus siglas en inglés)
MDA	metilendioxianfetamina
MDMA	Metilendioximetilanfetamina (éxtasis)
MP	Miembro del Parlamento (en sus siglas en inglés)
MRC	Consejo para la Investigación Médica (en sus siglas en inglés)
MS	Esclerosis Múltiple (en sus siglas en inglés)
NBA	Asociacion Nacional de Basquetbol (en sus siglas en inglés)
NBC	National Broadcasting Company
NCI	Instituto Nacional del Cáncer (en sus siglas en inglés)
NEJM	*New England Journal of Medicine*
NIAID	Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas (en sus siglas en inglés)
NIH	Institutos Nacionales de Salud, (en sus siglas en inglés)
NTSC	Comité Nacional del Sistema de Televisión (en sus siglas en inglés)
OMSJ	Oficina de Justicia Médica y Científica (en sus siglas en inglés)
ORI	Oficina para la Integridad en la Investigación (en sus siglas en inglés)

PBS	Sistema Público de Radiodifusión (en sus siglas en inglés)
PCP	Neumonía por Neumocystis Carini, *o* también fenciclohexilpiperidina (la droga fencilidina; polvo de ángel) (en sus siglas en inglés)
PCR	reacción en cadena de la polimerasa (en sus siglas en inglés)
PDR	Directorio Médico de Referencia (en sus siglas en inglés)
PENTA	Red Pediátrica Europea para Tratamiento del Sida (en sus siglas en inglés)
PEPFAR	Plan de emergencia del presidente para el alivio del SIDA (en sus siglas en inglés)
PHLS	Servicio de Laboratorio de Salud Pública (en sus siglas en inglés)
PI	inhibidor de la proteasa (en sus siglas en inglés)
PML	Leucoencefalopatía multifocal progresiva (en sus siglas en inglés)
PNAS	*Proceedings of the National Academy of Sciences*
RAID	Información responsable sobre el SIDA en Dartmouth (en sus siglas en inglés)
RNA	ácido ribonucleico
RT	la transcriptasa inversa
RTS	Royal Television Society
SCAM	Comité Permanente de Mala Práctica de AZT (en sus siglas en inglés)
SIV	virus de la inmunodeficiencia en simios (en sus siglas en inglés)
SLE	lupus eritematoso sistémico (en sus siglas en inglés)
SMON	mielo-opticoneuropatía subaguda (en sus siglas en inglés)
STD	enfermedad de transmisión sexual (en sus siglas en inglés)
STP	droga alucinógena
T	thymus
T-cells	linfocitos que maduran en el thymus (células del sistema inmune)
TAC	Campaña de acción de tratamiento (en sus siglas en inglés)
TB	tuberculosis
UCL	University College London
UCLA	Universidad de California, Los Angeles
UNAIDS	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (en sus siglas en inglés)

USAID	Agencia USA para el Desarrollo Internacional (en sus siglas en inglés)
UNDP	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (en sus siglas en inglés)
VA	(Departamento de los Estados Unidos de) Asuntos de Veteranos (en sus siglas en inglés)
WHO	Organización Mundial de la Salud (en sus siglas en inglés)
YHC	droga recreativas

Agradecimientos

En un mundo en el que la ortodoxia científica y médica había cerrado sus puertas a la indaga-ción, doy las gracias a los profesionales que mantuvieron abiertas sus puertas a mis preguntas: Prof. Alfred Hässig, Dr. Harvey Bialy, Prof. Gordon Stewart, Dra. Eleni Eleopulos, Dr. Valendar Turner, Prof. Fritz Ulmer, Prof. Harry Rubin, Prof. Charles Thomas, Prof. Phillip John-son, Mr. Michael Freeman, Dr. Fabio Franchi, Profª Beverly Griffin, Dr. Stefan Lanka, Prof. Kassi Manlan, Dr. Martin Okot-Nwang, Dr. Félix Konotey-Ahulu, Dr. Andrew Herxheimer y Dr. Ricardo Leschot.

Gracias a David Lloyd, jefe de Noticias y Temas de Actualidad del Canal 4, su editora francesa O'Brian -y en una primera etapa Karen Brown-, por hacer posible la transmisión del debate disidente y por su incansable aportación intelectual. Gracias también a los abogados de Canal 4 dirigidos por Don Christopher quienes, sin excluir a Jana Tomalin, Madeleine Sheahan y Mark Lambert, defendieron nuestra causa; a Christopher Griffin-Beale, que se ocuparon de la prensa y las relaciones públicas en nuestro primer programa del SIDA y a Martín Stott, que se encargó del resto, enfrentándose, con el mayor aplomo, a una avalancha de insultos después de cada programa. Estoy muy agradecida también a Frank Riess y al Prof. Alfred Hässig, por creer en mí y por apoyar financieramente a Meditel en los momentos difíciles. También al difunto Bill Bowie y a la Bill Bowie Foundation por proporcionarnos el dinero necesario para la conclusión de *Diario de un Disidente del Sida*. Gracias a Terrel Cass, director del canal US Public Broadcasting Service WLIW, por cumplir su palabra y emitir partes de la película en 'The Great AIDS Debate', y al abogado Peter Smith por insistir en la injusticia en torno a la decisión de la Broadcasting Complaints Commission.

Hay mucha gente que a lo largo de los últimos diez años me ha animado, apoyado y confortado cuando más difícil se ponía la batalla contra la ortodoxia del SIDA: Mark Wood, Etsuro Totsuka, Gaby Berneck, Philip Barker y Julia Peakman; Sybil Duesberg, Jodie Schwartz, Jane Byrd, Bryan Ellison, Russell Schoch y David Rasnick, en Berkeley; Michael Ellner y Frank Buianouckas, de HEAL-New York; Simon Jenkins, Jane Balfour, Tony y Mary Mackintosh, Jackie y Kim Merino, Carol Wiseman, Corina Poore, Roberto Blandin, Astrid Luna, Dale Chalk y mi hermana Rosemary Prior, junto con su marido, el Rvdo. David Prior. Gracias también a mi sobrino Daniel Prior, quien me tomó lo bastante en serio como para

escribir sobre nuestro trabajo en su periódico de la Universidad de Edimburgo; a Nick Fraser y Nik Gowing, por decirme que debería escribir este libro; y a nuestro equipo de Meditel: Jad Adams, Felicity Milton, Nicky Hirsch, Melanie Wangler, Ian Owles, Jeremy Stavenhagen, Chris Renty y Pascal de Bock.

Gracias al equipo de la revista *Continuum*: Huw Christie, Rafael Ramos, Tony Thompsett, Patrick Brough, Nigel Edwards, Chris Baker; y también a Alex Russell, Gareth James y James Whitehead por su generosa ayuda en la investigación. En Nueva York, Bob Guccione Jr. y Celia Farber, de la revista *Spin* y Charles Ortleb, del *New York Native*, siempre dispuestos para ayudar con apoyo moral e información, así como los disidentes del SIDA Kawi Schneider y Peter Schmidt y Peter Rath en Alemania, Robert Laarhoven en Holanda y Ole Deraker en Suecia. En temas como el de los prejuicios del SIDA hacia las prostitutas me fueron de gran ayuda Nina Lopez-Jones y Niki Adams, del Colectivo Inglés de Prostitutas, y sobre ensayos clínicos que involucran a bebés de la comunidad negra, Cristel Amiss, de "Black Women for Wages for Housework" me dio un apoyo inestimable.

Parte de este libro fue escrita durante mi año en la República Dominicana y de ese país agradezco a Daniel Martínez y su familia todo su amor y deferencia: Prudencio (Papi), Amarylis Tavares, Oneida Tavares, Elvira de la Rosa, Tomás Reyes, Kenny Padilla, Adri Reyes y Ana Ylda Martinez. Gracias también a Susanna Beutler por su buena compañía, sentido del humor y apreciación crítica.

Enorme gratitud para Peter Duesberg por tomarme de la mano y conducirme a través de un curso acelerado de biología molecular, y al Dr. Hector Gildemeister, por ser amigo constante y crítico. Michael Verney-Elliott merece un especial agradecimiento por peinar el libro de arriba abajo, añadiendo algunos de sus incomparables recursos estilísticos, lo mismo que Mohammed Aziz, quien puso todo su empeño para reunir el material de la edición aniversario, la ha editado y le ha devuelto la vida a este libro. Henry Bauer merece una mención por localizar errores que se colaron en la primera edición. Como también la merecen todos los que han contribuido en ésta de 2014.

Quiero también expresar mi agradecimiento a Christian Fiala y Bob Leppo por su enorme entusiasmo y apoyo en el mantenimiento de la "Immunity Resource Foundation" y en la producción de nuestras dos películas más recientes, *Posively False - Birth of a heresy y Positive Hell.*

Y gracias finalmente a mi editor, Iradj Bagherzade, por ir moldeándome con amable persuasión.

Prólogo Inicial, 2014

Un apasionante y oportuno relato de periodismo de investigación, con análisis de los errores en la teoría VIH/SIDA: aún sería esa una descripción exacta de este libro quince años después de ser publicado por primera vez. Que todavía se puedan aplicar las mismas palabras, incluyendo especialmente la palabra "oportuno...", habla por sí solo del estado de la ciencia médica contemporánea en general y de la cobertura que a ello le dedican los medios, así como de lo que esto supone para todo el conjunto de la sociedad.

Como es una narración, el lector comparte el asombro de Shenton y su equipo al descubrir que "lo que todo el mundo cree" sobre el VIH y el SIDA resulta ser erróneo; y la incredulidad que le sigue al descubrir que el funcionariado y los investigadores de la corriente mayoritaria se obstinan en eliminar esa verdad. Tristemente, sigue siendo verdad que la historia del VIH/SIDA es "sintomático de la forma en que el genuino proceso de investigación, en sí mismo, ha perdido todo rigor científico en la sociedad occidental" (p. 177).

Especialmente contundente es la deconstrucción del mortal "tratamiento" con AZT (capítulo 8) y del llamado "test VIH" (capítulo 14) que "miente", al reaccionar positivamente con casi todo – con muchas enfermedades, así como con vacunas y con situaciones perfectamente normales en personas sanas, como el embarazo, por ejemplo. El detalle de la discusión de cómo Wellcome siguió comercializando el AZT, una vez conocidas las evidencias incontrovertibles de su absoluta toxicidad, es espeluznante, te deja sin respiración. Me recordó el diagnóstico de Hannah Arendt sobre "la banalidad del mal", en relación con Adolf Eichmann y el Holocausto nazi: burócratas –funcionarios de mayor o menor rango en gobierno y corporaciones- que se las arreglan para perpetrar y ser cómplices de acciones monstruosas, sin reflexionar, pero haciendo conscientemente lo que sus funciones profesionales les indican.

Sólo algunas puntualizaciones justifican alguna nota de actualización:

- Las pretensiones de Gallo deberían haberse desvanecido cuando el premio Nobel por el VIH, en 2008, se le concedió a Montagnier.

- Se mencionan 80 pleitos pendientes (a partir de 1997 o 1998) por error en el diagnóstico de infección por VIH (p. 233). En estos momentos la "Office of Medical and Scientific Justice" [omsj.org] tiene el récord de haber defendido con éxito a más de cincuenta personas acusadas de propagar el "VIH", demostrando que la fiscalía es incapaz de probar en un juicio el conta-gio.

- En 1998 se esperaba que los pleitos pendientes, y otros relacionados con los daños por AZT, "cambiará para siempre la cara de la ciencia del SIDA" (p. 236). Eso no sucedió. La fuerza colosal de los intereses creados ha resistido a todas las pruebas que se han ido acumulando. [thecaseagainsthiv.net] La adherencia dogmática a las opiniones de la corriente mayoritaria en la ciencia y la medicina se ha hecho todavía más habitual. [ver, de Henry Bauer, *Dogmatism in Science and Medicine: How Dominant Theories Mo-nopolize Research and Stifle the Search for Truth*]

- Que "la mayoría de los científicos habían abandonado subrepticiamente la conexión africana" (p. 155) resultó ser un lapsus temporal de cordura basada en evidencias. La creencia de que el VIH pasó a los humanos desde los chimpancés, en Camerún, o por allí cerca, sigue constituyendo el dogma actual. No importa que no cuadre con la distribución histórica ni geo-gráfica de test VIH positivos.

- La mortalidad de la gente que toma medicamentos antirretrovirales cayó de forma pronunciada e inmediata con la introducción de los cócteles (HAART), a mediados de la década de 1990 (p. 241). La mejor explicación, no aportada en el libro, es que la monoterapia altamente tóxica fue reempla-zada por tratamientos menos tóxicos. El AZT y los fármacos de su clase están presentes en los cócteles en dosis mucho más bajas, y los nuevos componen-tes, en particular los inhibidores de la proteasa causan enfermedad más len-tamente y menos muertes directas. (Un pequeño fallo en el texto se presta a cierta confusión, en la página 237, en cuanto a si los cócte-les tienen dos o tres componentes).

- Hay una intensa discusión sobre las pruebas aportadas por el Grupo de Perth, Stefan Lanka, y otros, de que el "VIH" no ha

> sido nunca aislado y, por esa misma razón, no está demostrada su existencia. Sólo se menciona brevemen-te el hecho de que Duesberg y Bialy afirman que sí fue aislado, y se cita a Duesberg lamentando que el campo disidente desvíe su atención polemizan-do sobre ese tema. Dado que ese desvío de atención ha conducido a un cis-ma abierto, desagradable y lamentable, hoy día estaría justificado un análisis extenso y explícito.

El principal aspecto que destacar acerca de este libro es que siguen siendo tan oportuno como lo fue siempre. El párrafo final menciona el gasto (en América) de miles de millones de dólares en el "SIDA", y eso se ha incrementado: los Institutos Nacionales de Salud ("National Health Institutes"), gastan veinte veces más en cada muerte por VIH/SIDA que en cualquier otro problema de índole médica o de salud pública, excepto el cáncer de mama. [fairfoundation.org].

La frase que concluye el libro no necesita ninguna actualización en absoluto:

"No ha habido pandemia heterosexual; el SIDA ha permanecido sólidamente circunscrito a los grupos de alto riesgo; el SIDA no se ha comportado como lo haría una enfermedad transmitida sexualmente; y no se ha encontrado cura para el SIDA".

Henry H. Bauer es Profesor Emérito de Química y Estudios de la Ciencia, y Decano Emérito de Artes y Ciencias del Virginia Polytechnic Institute y Universidad del Estado (Virginia Tech.); después de periodos previos de servicio en las Universidades de Sídney, Michigan, Southampton y Kentucky. Entre sus publicaciones se cuentan doce libros. Su currículum completo está disponible en su sitio web.

henryhbauer.homestead.com

Prefacio, 2014

Parece que hubiera pasado mucho tiempo desde que empaqué cinco grandes maletas, tres de las cuales iban llenas de artículos de investigación, y tomé el avión hacia la República Dominicana. Había decido ir allí para escribir mi libro. Mi situación laboral en Inglaterra era muy difícil y Iradj Bagherzade, jefe de la editorial J. B. Tauris, me había invitado tiempo atrás a comer en el Garrick Club y me sugirió que escribiera un libro acerca de la experiencia de cuestionar la versión ortodoxa sobre el SIDA, como causado por un virus llamado VIH y como una enfermedad infecciosa y de transmisión sexual.

Escribir en el trópico, rodeada de velas, chorreando sudor durante los interminables cortes de electricidad de cada día, además de cortes de agua y lluvias torrenciales retumbando sobre el techo por la noche, fue un desafío, pero lo hice y volví a Londres, cinco meses más tarde, con un manuscrito. Era demasiado largo, pero recuerdo a Iradj diciendo "Ahí está todo". Siguieron dos años de sesiones trabajo editorial con Iradj. Era un editor excelente. Me persuadió para que reescribiera muchos pasajes del libro y los hiciera más comprensibles para el lector lego, no sin sostener unas cuantas contiendas, ¡y no pequeñas!

El libro no se vendió bien. Todo intento de publicidad fue frustrado desde el principio. Por ejemplo, la BBC me invitó a su programa sobre libros. Iba a ser entrevistada por Sir Robin Day. Me llamó la investigadora del programa para decirme que tenía que encontrar a alguien para "enfrentarse" mí. Tenía que ser un científico. Le dije que eso podría resultar difícil y que podría ayudarla sugiriéndole uno o dos científicos con mente más abierta que podrían estar de acuerdo en aparecer. Me contestó que todo saldría bien. Al día siguiente me llamó, con lágrimas en los ojos, y dijo que ni uno sólo de los científicos del Reino Unido en ese campo, a los que se había dirigido, estaba dispuesto a aparecer en el programa, así que me retiraron. El cierre de filas de la ortodoxia con el fin de mantener un muro de silencio demostró ser muy efectivo para los científicos del área SIDA que tenían mucho que proteger. Se estaban concediendo unas extremadamente generosas subvenciones a la investigación, y alguno de los virólogos interesados incluso tenía su nombre en la patente del test VIH.

Recuerdo que algunas bibliotecas no pusieron el libro en las estanterías. Me contaron que, en una biblioteca de Windsor, le dijeron a un cliente que si quería el libro lo tendría que solicitar a la British Library. Lo recibió con un aviso de multa de más de 100 libras esterlinas si el libro se perdía. No demasiado alentador para el tímido prestatario.

El tiempo ha pasado y ahora veo que la mayoría de la gente que me encuentro está más abierta a la idea de que la ciencia detrás de la hipótesis infecciosa del SIDA podría estar equivocada. No ha habido propagación heterosexual, de hecho, el SIDA no se ha propagado de la forma en que lo haría una enfermedad infecciosa y existen muchísimas anomalías.

Quien fue sumamente consciente de esas anomalías, y de la ciencia errónea que respalda la hipótesis infecciosa del SIDA, fue el presidente de Sudáfrica Thabo Mbeki. Se esforzó por estudiar los escritos del profesor Peter Duesberg y los de los doctores Valendar Turner y Eleni Eleopulos, del Grupo de Perth, Australia. Esto le condujo a oponerse a la administración de medicamentos antivirales tóxicos a las mujeres embarazadas de Sudáfrica, al considerarlo demasiado arriesgado, teniendo en cuenta que la hipótesis VIH/SIDA no estaba demostrada. Se convirtió así en el objetivo de una maliciosa campaña de prensa, alimentada por la industria farmacéutica y científicos investigadores con conflictos de intereses. Lo calificaron de asesino de mujeres y niños por negarles la medicación.

Sin embargo, antes de que los enemigos de Mbeki consiguieran derrocarlo, le concedió una entrevista a Meditel. Con la ayuda de la periodista sudafricana Anita Allen, Huw Christie (entonces editor de la revista *Continuum*) y yo pudimos volar a Pretoria, donde primero recibimos la aprobación de Smuts Ngonyama, jefe de comunicaciones del ANC (siglas en inglés del Congreso Nacional Africano), y luego nos dieron luz verde para la entrevista. Después nos dirigimos al editor de *Carte Blanche*, en M-Net, Sudáfrica, quien nos encargó la coproducción de un reportaje de veinte minutos para el programa, transmitido a cuarenta y dos países por todo el continente africano. En el programa, Mbeki explicó por qué le preocupaba autorizar la disponibilidad de los medicamentos en cuestión:

> Se han planteado muchas preguntas acerca de la cuestión de la toxicidad del medicamento … Y me parece que donde se han planteado esas dudas …. Que era necesario tratar de nuevo esos temas porque la conciencia de uno no quedaría tranquila al considerar que habías sido avisado de que podría haber peligro y

> aun así seguiste adelante y dijiste … dispensemos esos medicamentos.

Cuando volvimos a casa, contactamos con *Newsnight*, de la BBC, con la esperanza de interesarlos en nuestra entrevista con el presidente Mbeki. Nos solicitaron poder usar parte de la grabación de nuestra entrevista. Poco nos imaginábamos que en vez de informar de la valiente postura del presidente Mbeki, usaron nuestra grabación como fondo para tildar a Mbeki de muñeco de feria, acribillándolo cruelmente con indirectas y críticas descaradas.

Lo más destacado, en tiempos recientes, ha sido la realización de nuestros dos documentales. La película de noventa minutos, *Positively False – Birth of a heresy*, fue rodada en 2011 y contempla 25 años de objeciones documentadas a la ortodoxia del SIDA, principalmente de Peter Duesberg y del Grupo de Perth, pero incluyendo también una impresionante selección de científicos, médicos y periodistas de renombre internacional. Rebuscamos en el fondo de los archivos de Meditel y digitalizamos sesenta horas de rodaje. Luego seleccionamos las mejores secuencias y añadimos entrevistas actuales con Christian Fiala, Neville Hodgkinson, Jad Adams y Mike Hersee.

Positive Hell se rodó en el verano de 2013, en Santiago de Compostela, donde conocimos a un grupo de gente reunida por una página web llamada 'Superando el SIDA', que llevaban viviendo con el diagnóstico VIH más de veintisiete años –algunos de ellos nunca habían tomado medicación antiviral, otros la tomaron breves periodos, pero la dejaron por el mal que les hacía. Gozan de buena salud.

Cuando Iradj Bagherzade me devolvió amablemente los derechos del libro y estando ya el mismo fuera de imprenta, Frank Riess me animó a republicarlo. Esto fue posible gracias a la ayuda y experiencia de Mohammed Aziz, quien es el editor de esta nueva edición. Yo quería sacarlo actualizado, así que pedí contribuciones de escritores, científicos, periodistas y personas afectadas que estaban todavía implicadas en el debate, después de quince años. Estoy emocionada con la cantidad de contribuciones que recibí, las cuales ofrecen una variedad de perspectivas sobre los sucesos en ese periodo intermedio y sobre la situación en la que nos encontramos hoy.

Joan Shenton es fundadora y administradora de Immunity Research Foundation, presentadora galardonada con varios premios y prolífica productora de documentales médicos independientes.

immunity.org.uk

Prólogos adicionales y contribuciones, 2014 (por orden alfabético)

El Día Mundial del SIDA que precedió a la publicación original de *Positively False*, recuerdo salir de mi última clase del día en Sixth Form College y ver un montaje del "Terrence Higgins Trust". Yo no sabía que había gente que no estaba de acuerdo con la teoría simbolizada por el lacito rojo; no sabía que una década después yo, un niño cuando se anunció al mundo la "probable causa", me uniría a ellos. Mi investigación personal sobre la deficiencia de vitamina D, que se culminó con la publicación independiente de mi libro, me había hecho ver, para empezar, que el VIH no puede ser la causa exclusiva del SIDA.

Como disidente moderno me sorprendió, al principio, que las meritorias actividades de los oponentes no consiguieran hacer mella duradera. Los argumentos presentados eran contundentes y habían conseguido llegar a filtrarse en los medios de comunicación mayoritarios. Desafortunadamente, el "éxito" de la teoría VIH/SIDA es en gran parte debido a que fue pregonado en los medios lo más alto posible al tiempo que se silenciaba a otros.
No obstante, los disidentes no se han limitado a agitar la bandera y desaparecer. En esta guerra fría, el acampo de batalla en la actualidad se está librando en un terreno que no era el habitual en las primeras décadas de la disputa: Internet. Todavía, en gran parte, libre de censura, este es quizás el medio de comunicación que alimentará una revolución de manera similar a como lo hizo en la Primavera Árabe. Si no es la moda actual de los medios de comunicación sociales, algún otro mecanismo pondrá la chispa al detonador. No tengo la total esperanza de que sea mi generación la que empape los lazos con disolvente y les prenda fuego, sin embargo, soy parte de la última generación que recuerda las campañas y acciones de la década de 1980 lo suficiente como para sentirse conmovido e incrédulo.

En la primera década y media desde la primera edición del libro de Shenton, ha habido una erosión lenta, pero continua, de la visión ortodoxa. Aunque ahora, semejantes errores garrafales se explican como interesantes factores nuevos. Cualquier cosa antes de conceder alguna razón a los

disidentes. A la vista de esto, el público lego simplemente no puede dejar que los expertos lo diriman entre ellos. Requerirá de una indignación global masiva para hacerse oír y, una forma de provocarla es la reimpresión de este libro, que no necesitó de mayores revisiones, porque las cosas han cambiado muy poco. La gente continúa sufriendo y muriendo, mientras la verdad es amordazada. Los hombres gais han comprado una engañosa ilusión.

A pesar de las divisiones entre la comunidad disidente, existe un amplio acuerdo en que el SIDA se ha complicado innecesariamente al atribuirle, únicamente, una causa microbiana, pero, al mismo tiempo, se ha simplificado al señalar que las razones para dar positivo a un test VIH son innumerables. Estamos aprendiendo que, al igual que las estrategias militares fallan ante la diplomacia a la hora de conseguir objetivos políticos, se ayuda más eficazmente al sistema inmunitario con una política de defensa que con una de ataque.

En el momento de escribir este artículo, está teniendo lugar el funeral del legendario líder sudafricano Nelson Mandela. Inicialmente dudoso sobre el VIH, con su sucesor Thabo Mbeki convertido en chivo expiatorio por atreverse a hacer preguntas, nos damos cuenta de que una parte de la lucha de Mandela continúa: en tanto que el "apartheid" fue desmantelado, el colonialismo médico todavía existe. Está obsesionado con el sexo y el látex, mientras ignora los problemas históricos que llevan asolando al subcontinente desde hace muchos años.

El día en que la teoría del VIH como causa del SIDA sea eliminada de los libros puede tardar todavía.

Mohammed Aziz es autor de Prescribing Sunshine: Why vitamin D should be flying off the shelves*, productor de esta reimpresión y editor del blog de la "Immunity Resource Foundation".*

prescsun.com

Con respeto y gratitud, recomiendo este libro de Joan Shenton. Su tenacidad en perseguir la verdad del VIH y el SIDA y la extraordinaria historia de investigación que nos cuenta, son una valiosa contribución al debate en curso. Pocos científicos, médicos o periodistas harían tanto para descubrir, en primera persona, si la ciencia detrás de la alarma sanitaria más grave de nuestro tiempo sirve para algo. Cuanto más profundizas, más cuenta te das de la enormidad del problema. Que miles de científicos, investigadores, clínicos, periodistas y pacientes pudieran cometer un error en algo tan serio como el VIH y el SIDA, que afecta de una u otra manera a millones de personas, de entrada, desafía la capacidad de comprensión. Como Joan, cuando empecé mi propia investigación, en 2008, la dimensión de lo que puede ser el más mortal y masivo fraude médico y científico de la historia de la humanidad, me dejó anonadado.

Una vez que comprendes los mitos y ves la farsa en su verdadera dimensión, es imposible no sentirse obligado a sacarlo a la luz y solucionarlo. Sin embargo, el conocimiento y las evidencias científicas que respaldan explicaciones alternativas acerca de cómo tuvo lugar todo este episodio de la ciencia médica, parecen no tener el impacto necesario para cambiar el curso de ese trasatlántico que navega totalmente fuera de ruta. En mis treinta años de carrera como detective (veinte en LAPD), estoy acostumbrado a ver la corrupción denunciada y castigada. Mientras me dedicaba a la investigación más importante de mi carrera, que me condujo al libro que ahora estoy escribiendo, descubrí que quedaba un sitio donde yo podría poner al descubierto los defectos de la ciencia y tener respuesta a mis preguntas.

En 2009 creé la "Office of Medical and Scientific Justice" (OMSJ), una agencia de investigación sin ánimo de lucro que proporciona apoyo médico, científico y legal a las víctimas de la persecución criminal del VIH. A pesar de décadas de propaganda farmacéutica (ahora llamada 'marketing social'), los médicos, científicos y técnicos de laboratorio que son llamados al estrado para testificar, revelan, bajo juramento, la inadecuación y sinsentido que subyacen en esta ciencia. Hasta la fecha, de los más de cincuenta casos criminales de VIH que la OMSJ ha concluido desde 2009, todos menos cuatro han resultado en acuerdos favorables, absolución o retirada de todos los cargos relacionados con el VIH.

Los casos civiles y criminales proporcionan un camino en el que el conocimiento adquirido por gente como Joan Shenton puede realmente cambiar algo. Estoy en deuda con Joan y muchos otros pioneros, tenaces, cuyo trabajo de investigación puso los cimientos de las estrategias que la OMSJ aplica ahora en los juzgados y salas de justicia de todo el país. Hoy estoy orgulloso del trabajo que el equipo de la OMSJ está haciendo. Hay vidas que cambian, cuando desafiamos a los llamados expertos acerca de la ciencia y administración de los test VIH. Personas, de hecho inocentes, acusadas de transmitir a sabiendas el VIH a sus parejas se están viendo libres de largas penas de prisión.

Hoy, en América, científicos, instituciones académicas, gobierno e industria están tan interconectadas que forman un complejo académico-gubernamental-industrial (AGIC). Esta gigantesca y billonaria alianza ha anulado el debate, la investigación científica libre y abierta, y es responsable de la mediocridad que impregna la ciencia y los medios de comunicación. Es por lo cual el trabajo de Joan Shenton y la OMSJ es tan crucial a la hora de exponer la verdad de la ciencia y la medicina, que hoy nos afecta a todos, también a las generaciones futuras.

Clark Baker es detective privado, CEO e Investigador Principal de la OMSJ.

omsj.org

Uno de los grandes problemas del movimiento disidente del SIDA, es que nadie se ha tomado el tiempo necesario para traducir la lingüística del discurso del SIDA al inglés. Ya han pasado treinta años con la obsesión de un virus que nadie ha sido capaz de hallar. En el Mundo del SIDA, un virus es una enzima y una proteína. En el Mundo del SIDA, la carga viral consiste en fragmentos de ADN humano que no habría necesidad de multiplicar logarítmicamente, estando presentes miles de millones de partículas virales. En el mundo del SIDA, un test de anticuerpos VIH es un test de proteínas de membrana y cito esqueletales – ¿por qué? Simple estadística. Lo que se ha dado en llamar VIH apenas puede encontrarse en las células, sea *in vivo* o *in vitro*; no es un virus sino una enzima y una proteína. El 99% de las moléculas celulares es agua, lo que representa el 70% de su peso; el 1% son otras moléculas; el 30% del peso consiste en peso en seco con el siguiente orden descendiente: proteínas, 15%; ARN, 6%; iones y pequeñas moléculas, 4%; polisacáridos, 2%; fosfolípidos, 2%; y ADN, 1%. La probabilidad estadística de encontrar "VIH" (transcriptasa inversa y p24) en cultivos celulares es cero. La probabilidad estadística de encontrar proteínas celulares y otras moléculas es cercana al 100%.

En las décadas de 1930 y 1940, Barbara McClintock trabajaba en la genómica del maíz. Descubrió que, si estresaba el genoma con radiación externa, se expresaban elementos transponibles. Se hicieron conocidos como los 'genes saltarines', y a ella le concedieron un premio Nobel en 1983. Cuando los investigadores del cáncer estaban estresando sus cultivos celulares con mitógenos, descubrieron la transcriptasa inversa, el mecanismo que permite 'saltar' a los genes. Bien sea porque no entendieron el trabajo de McClintock, o porque ellos veían el mundo a través de una lente viral, atribuyeron esta enzima a un virus en vez de a una función natural del metabolismo celular. Como se ha demostrado, cerca del 50% del genoma humano está constituido por elementos transponibles que son retrotranscritos usando la RT (retrotranscriptasa), denominándose por ello retrotransposones,; y un 8% del genoma ha sido identificado como retrovirus endógenos humanos, los cuales también usan RT. Muchos de estos retroelementos son isogénicos y tienen la misma secuencia repetida: gag, pol, env. Se ha propuesto, recientemente que el material genético original fue RNA. Si esta teoría resulta viable, el sistema de la retrovirología al completo acabará, afortunadamente, en el cubo de la basura de los errores científicos y podremos empezar a tener un debate científico racional acerca de la función celular, y pararemos de contar células y trozos de material genético y otras irrelevancias que no son importantes desde el

punto de vista de la atención clínica a los pacientes.

Sólo soy una simple médica rural, y ya me ha pasado la edad de sentir la necesidad de ser políticamente correcta. Yo no hago ciencia, pero fui enseñada a leer ciencia y a conocer la diferencia entre ciencia y ciencia ficción. El paradigma VIH/SIDA se incluye en la segunda, en gran parte porque no cumple la función quintaesencial de una teoría viable, que consiste en tener cierto poder predictivo.

Para seguir avanzando, sugiero que quizás necesitásemos repasar las ideas de algunos disidentes del pasado. Antoine Béchamp, quien propuso que es la alteración del terreno biológico la que permite que las enfermedades infecciosas arraiguen; Hans Selye and Walter Cannon, que nos hicieron empezar a pensar de qué manera la célula/organismo consigue la homeostasis; Szent Györgyi, quien comprendió que el agua estructurada cercana a superficies biológicas, era capaz de inducir excitaciones electrónicas y orden duradero en la estructura celular; Gilbert Ling, con su hipótesis asociación-inducción, que convierte la teoría de membrana de bombeo en termodinámicamente improbable, y Erwin Bauer, que describió las características termodinámicas generales de los sistemas vivos. Por sus obras, lo mataron en las purgas estalinistas de 1938.

La salida está en comenzar a discutir las funciones celulares. Muy pocos disidentes del SIDA, con la excepción del Grupo de Perth y del Dr. Heinrich Kremer, se han centrado en las fluctuaciones termodinámicas del metabolismo celular bajo estrés crónico de larga duración, como el expresado por él, hace tiempo conocido, déficit de glutatión/inducible por el óxido nítrico en pacientes VIH positivo y pacientes de SIDA. Se ha reconocido que el metabolismo celular es no lineal, complejo, casi determinista y dinámico. Las respuestas han estado ahí todo el tiempo. No hemos hecho las preguntas correctas.

La Dra. Nancy Turner Banks es graduada por la Harvard Medical School, con aprobación certificada en ginecología y obstetricia. Su libro, AIDS, Opium, Diamonds and Empire: The Deadly Virus of International Greed*, explora el SIDA desde su perspectiva histórica y sociopolítica. Ha pronunciado múltiples conferencias sobre las inconsistencias médicas y científicas de la teoría del SIDA en los Estados Unidos, Europa y Latino América.*

Más recientemente ha trabajado con la "Office of Medical and Scientific Justice" (OMSJ) en el HIV Inocence Project, el cual ofrece la posibilidad de defenderse a personas que han sido erróneamente acusados de crímenes "VIH".

nancybanksmd.com

La imagen que me viene a la mente más a menudo cuando pienso en los más de veinte años que he pasado inmerso en el dogma VIH=SIDA=Muerte, es un grabado de M.C. Escher. Una escalera que sube y sube, pero los que están en ella no consiguen subir más arriba de donde están. La ciencia VIH=SIDA es el espejismo de cambio. Detrás de la cortina raída lo que te encuentras es una atracción de feria que gira y gira, o sube y baja, siempre que haya dinero para mantener la música sonando.

La promesa de una vacuna vino pronto, lo hizo en la infame conferencia de prensa de 1984 protagonizada por Robert Gallo, cuando la máxima autoridad sanitaria del gobierno de los Estados Unidos, Margaret Heckler, anunció que Robert Gallo había descubierto la probable causa del SIDA. Treinta años han pasado y estamos en el mismo sitio; pero poco después empezó a quedar claro que Gallo era un impostor, lo que está muy bien comentado en el libro del periodista científico del *Chicago Tribune*, John Crewdson, titulado, *Science fictions: A scientific mystery, a massive cover-up, and the dark legacy of Robert Gallo*.

Tenemos que apoyarnos en Luc Montagnier y el Institut Pasteur para una investigación más honesta, pero éste admitió en la década de los años 1990, ante las cámaras, no haber purificado el virus. A día de hoy, nadie lo ha hecho. Sin embargo, sin purificación no se puede saber la composición del VIH. No puedes pescar proteínas y ARN en un cultivo celular y saber, ni con una mínima seguridad, que esas sustancias proceden de un virus específico y no de las células que predominan en el cultivo. Pero esto es lo que se hace de forma rutinaria. En raras ocasiones, los científicos sacan fotografías con microscopio electrónico de partículas en cultivos celulares que podrían ser virus. Son esféricas y se aproximan a su tamaño, pero es imposible saber de lo que están compuestas.

Montagnier contradijo, una y otra vez, la mayoría de los postulados del dogma VIH=SIDA. Sus palabras, sin embargo, caen en saco roto. Pero parece disfrutar del hecho de ser crítico con la industria multibillonaria. Parece no importarle que ni una sola de sus palabras que contradicen el dogma, sea tomada en serio por un establishment que, en 2008, lo laureó con el máximo galardón científico, mientras despreciaba a Robert Gallo, a quien mucha gente todavía ve como el codescubridor.

El principal avance tuvo lugar en 1984. Se trata del test de anticuerpos, aún hoy usado para el diagnóstico de VIH, a pesar de que los anticuerpos

indican exposición pasada, no infección presente, a un virus y a pesar de que los anticuerpos pueden estar respondiendo a reacciones cruzadas con otras enfermedades, o con vacunas. El test de anticuerpos Western Blot, usado habitualmente para validar el, más simple, test de anticuerpos ELISA, se contradice a sí mismo. Si todas las proteínas del test son del VIH, las personas infectadas tienen que tener anticuerpos para todas ellas, pero únicamente se necesitan unas pocas para un test reactivo. Y si todas las proteínas del test son únicas del VIH, la gente que no está infectada no debería tener ninguna de ellas.

En tanto que otros métodos de prueba ya existían, uno de los pocos cambios tuvo lugar a comienzos de la década de 1990 con la llegada del test de la PCR, también conocido como test de carga viral. Aunque más sofisticado que los test de anticuerpos no está mejor validado. No lo puede estar a menos que el virus sea purificado, y el ARN del virus purificado sea usado como 'primer' del test. Se esquiva el problema rehusando realizar un test de carga viral, a menos que provenga de alguien que tenga ya un resultado positivo a los anticuerpos VIH. Esto significa que pueden existir contradicciones entre los dos tipos de test, pero será muy raro encontrarlas. A las personas negativas al test de anticuerpos no les hacen un test de carga viral, por lo que las comprometedoras preguntas acerca de altas cargas virales sin anticuerpos raramente se plantean. Y si las personas con anticuerpos VIH positivo, tienen una carga viral indetectable simplemente lo interpretan como que el virus ha sido dominado, no que no estén infectados.

Otro importante principio de esta teoría es que el VIH es transmitido sexualmente. Sin embargo, esto se contradice con el estudio Padian, publicado en 1977, que demostró cero conversiones entre parejas serodiscordantes y aunque numerosos datos de África demuestren consistentemente que las mujeres son más proclives a ser VIH positivo (aunque en todas partes sean siempre menos promiscuas que los hombres, excepto las prostitutas, quienes sorprendentemente no son un grupo de riesgo para el VIH, a menos que sean usuarias de drogas).

Otro pilar de la teoría VIH = SIDA, es que las drogas IV constituyen un riesgo porque el virus se transmite a través de las agujas usadas. Sin embargo, el estudio de Bruneau, publicado en 1997, demostró un riesgo espectacularmente más alto de que los usuarios de drogas resulten VIH positivo si usan agujas limpias. Otros estudios han demostrado que la cocaína es un riesgo de positividad VIH, incluso cuando no es inyectada.

El uso de medicamentos increíblemente tóxicos ha sido una constante desde 1987. La principal clase de medicamento, los nucleósidos análogos, incluye el primer medicamento del SIDA, el AZT. Están diseñados específicamente para interferir la síntesis del ADN. Como es bien sabido por todos, el Dr. Peter Duesberg dijo que el AZT es incompatible con la vida; sin embargo, todos los cócteles de medicamentos todavía contienen o AZT u otros nucleósidos análogos.

La principal constante es el dinero. Por ello, la ilusión de progreso continuo es altamente beneficiosa. Pero el progreso real es perjudicial, ya que podría llevar a una solución del problema, y la atracción de feria se quedaría parada para siempre. Los mocosos malcriados del $IDA, con sus caras pegajosas de comer en el abrevadero de la industria farmacéutica, tendrían que acabar yéndose a su casa.

David Crowe es Presidente de Rethinking AIDS, y fundador y Presidente de Alberta Reappraising AIDS Society. HBSC (Hons) Biology/Mathematics.

aras.ab.ca

El SIDA apareció en un momento de la historia en que su inventor, Estados Unidos, estaba pagando el precio de descansar sobre un montón de mentiras: merma de poder internacional, recesión económica, desigualdades enormes, polarización de las diferencias étnicas y sexuales, y la "destrucción mutua asegurada" de la Guerra Fría. Los estadounidenses reaccionaron construyendo defensas contra los impulsos primitivos –miedo a la sangre contaminada y vergüenza sexual entre ellos- y buscando la salvación fácil en el victimismo y la 'lucha'. La metáfora clave era "Fortaleza América".

Desde entonces hemos avanzado hacia un, no muy metafórico, aterrador y real Manicomio América. Estamos presenciando las últimas defensas de un paradigma moribundo, *sólo si* muriera. Una "cura funcional" se produce bajando una medida ficticia llamada "carga viral", lo cual se consigue tomando altas dosis de medicamentos tóxicos en un corto espacio de tiempo. Las pruebas VIH se realizan sin consentimiento. Las autoridades locales vigilan a través de Skype para asegurar la "adherencia" a los tratamientos en niños, ordenados por los tribunales de justicia, pero tan agresivos que les producen convulsiones. Un fiscal lleva a juicio a un hombre VIH positivo por esgrimir un 'arma mortal', la cual, según queda demostrado en el juicio, no existe -porque el diagnóstico no está definido con claridad- y un jurado simplemente le condena sin explicación. El absurdo ha alcanzado tal dimensión que dejaría pequeños incluso a los talentos descriptivos de Orwell y Kafka.

Una enfermedad epidémica es temida por los que están en los "grupos de riesgo"; una epidemia de irracionalidad nos amenaza a todos. La buena noticia es que no tenemos por qué creernos el mensaje publicitario: la realidad de los hechos no lo avala.

La otra cara de la moneda nos muestra que la propaganda del SIDA tiene una palabra dura y cínica para las prácticas de vivir en plena y libre expresión sexual, tomar la plena responsabilidad de nuestra salud, crecer en la verdadera madurez y hacer preguntas de ciencia inteligentes: *negación*. Hasta la esperanza ha sido etiquetada como ilusoria. La difunta Christine Maggiore una vez me dijo que defendiera siempre lo positivo. "En ese caso, ¿qué van a hacer ellos, manifestarte delante de ti con pancartas que digan 'Abajo la Libertad en la Salud"? Sí, Christine, no es que lo vayan a hacer, es que ya lo han hecho.

La mejor manera de aplastar una verdad es no darle ninguna contestación.

El establishment del SIDA (y hay uno) todavía no tiene una respuesta creíble al relato de Joan Shenton sobre su razonamiento circular. Viven en una zona libre de responsabilidades.

La palabra descorazonadora que define esto es 'silencio'. Durante dieciséis años, este pequeño libro, *Postively False*, ha sido recibido con silencio porque cuenta, sin aspavientos, la verdad de lo que sucedió. Quizás hayamos entrado en una nueva era, cansados de todo este lío, y tres décadas de este sinsentido mortal sean suficientes. La reedición de este libro es una señal de esperanza. Su verdad es callada, sin embargo, rompe el silencio. Nos recuerda que es hora de, simplemente, ser esa verdad e invitar a otros a vivirla, en un mundo más feliz, de honestidad científica, bondad sincera, alegría y amor.

Elizabeth Ely es defensora y promotora de la salud, y copresentadora del podcast del SIDA "How Positie Are You", junto con David Crowe.

howpositiveareyou.com

Creo que nosotros, disidentes, somos de hecho negacionistas. ¿Qué quiero decir con ello? Quiero decir que nosotros negamos la naturaleza verdadera de las fuerzas que se congregaron para formar este "huracán de sinrazón" (frase prestada de Martin Amis, refiriéndose al estalinismo).

"El edificio científico" no se ha resquebrajado porque no era un edificio científico. Si lo hubiera sido, nunca habría nacido sin evidencias, sin dificultades, sin revisión por los pares, sin cumplir los postulados de Koch, sin ningún "virus" visible, y con una completamente inaudita serie de experimentos químicos improvisados, como si fueran realizados por adolescentes en bata de laboratorio.

Creo que el edificio VIH/SIDA es un "edificio postcientífico" que, en ningún caso, debería ser llamado ciencia. ¿Qué es, entonces?

Es dominación, por supuesto, un paradigma de dominación. La dominación utiliza el miedo. Es el terreno de los matones, no de los científicos. Es puro abuso.

"Si puedo hacer que sientas miedo, tendré poder sobre ti. A partir de ahí puedo empezar a cobrarte por estrategias de salida parcial, pasadizos y túneles para salir de esa situación de miedo por la que has sido engullido".

Se trata de un brillante, clásico, realmente demoníaco (Ahrimánico, más precisamente) modelo de dominación. Un modelo de dominación con recompensas económicas espectaculares para aquellos dispuestos a atemorizar. Lo que le quitaron, incautaron, robaron a la gente atrapada al comienzo de todo ello, fue nada menos que la promesa y esperanza de vida.

Esto fue como un drama de rehenes sin precedente. "Te he sacado toda la esperanza, ya te he declarado muerto". La promesa prometeica de que los humanos nunca podrían saber la fecha de su muerte, para poder tener aspiraciones, ha sido eliminada. No hay nada más fundamental que un "derecho" humano, aunque mejor llamarlo condición natural, que el derecho a no ser sentenciado a una muerte inminente. Peor, imprecisa, que únicamente se expande, pero que nunca se resuelve. Peor aún, una sentencia de muerte por un "virus" espectral, cuya existencia no ha sido probada nunca.

¿Qué he aprendido, al final? ¿Cómo ha cambiado mi mente?

Aprendí que estaba luchando contra algo con lo que me había topado hace tiempo, como nos pasa a muchos.

Estaba luchando como si se tratara de mi propio derecho a "vivir", a no ser menospreciada nunca más por causa del miedo y del castigo.

No digo que hable por ningún otro "disidente" cuando digo, aquí y ahora, que a lo que yo creo que estaba realmente enfrentándome, no era ciencia "equivocada", sino insensibilización, brutalidad y, finalmente, sadismo puro.

La crueldad no es "ciencia"; el abuso no es "ciencia".

El abuso, como todo superviviente de un abuso sabe, no es intentar *no* ser agredida, no es intentar ser comprensiva –no buscar el "ajá", el momento cuando se puede entender lo que el "otro" quiere decir, o el porqué.

"Ah! Ahora que entiendo lo que quieres decir, o (fantasía disidente común), *ahora que he leído tu artículo detenidamente*, voy a ordenar que cesen las palizas y nuestro personal atenderá todas tus heridas. Pasa por aquí."

Mientras uno estaba colocándose las gafas de lectura y ordenando sus papeles, el otro estaba cerrando todas las salidas y afilando los cuchillos. Nunca fuimos capaces de popularizar la idea de que los científicos que plantean algo, en medio de un gran caos científico, deberían estar protegidos de la violencia, como toda especie en peligro de extinción. Fue una batalla sobre ciencia: ¿debería la ciencia ser libre o totalitaria? ¿Qué deberíamos hacer con los que consideramos que están equivocados?

La contestación estaba antes que la pregunta: molerlos a palos, sin compasión. Hacerlos desaparecer. Despreciarlos, humillarlos, retirarles la financiación y, a cada instante, aterrorizarlos y desmoralizarlos. Si alguien lo resiste tendrá la "razón".

Por qué insistimos en esta fantasía infantil de que alguno de nosotros ha estado implicado en un "debate científico", cuando de hecho, se trató de una sórdida pelea de perros pit-bull, algo propio de *La Naranja Mecánica.*

Y en cuanto al dinero –cómo podría uno encontrar palabras para describir el aspecto económico de esta industria monstruosa, global, que vende la salvación de una entidad mortal que no existe. O quizás, como me corregiría el Grupo de Perth: "Nunca se ha demostrado su existencia".

Tuve que examinar la violencia en mí, implícita en mi acusación hacia "ellos".

Realmente creo que "ellos" estaban equivocados, fueron destructivos, dominantes y peligrosos. Sí.

Y, sin embargo, si tuviera que volverlo a hacer, en vez de centrar mis ideas e intenciones en poner al descubierto a los "chicos malos", me habría centrado en llenarme de paz, lo que haría posible que pudiera comunicar un sentido de seguridad y amor a los atrapados, como yo siempre he estado, dentro de una nube de victimismo colectivamente creado.

Somos libres. Pero eso es muy difícil de descubrir.

No estoy aquí para salvar a nadie. Ni para corregir los errores de nadie.

La respuesta más memorable que alguien dio a mis infinitas preguntas (mi entrenamiento en desempoderamiento) a lo largo de estos años, fue cuando pregunté al Dr. Roberto Giraldo, quien ha "tratado" a innumerables personas con baja inmunidad y "test VIH" positivos, "Cuál es la respuesta".
Su respuesta se resumió en una sola palabra que molestará a la mayoría de los disidentes del SIDA, pero, para mí, tenía todo el sentido, incluso cuando la pronunció –muchos años antes de que yo realmente la comprendiera.

"Amor"

Si Christine Maggiore hubiera sido capaz de encontrar "amor", que es decir [justicia], si hubiera podido encontrar un respiro en las brutales y continuas acusaciones dirigidas contra ella, estaría viva.

No necesitas obsesionarte con su informe patológico.

El director de cine ruso Andrei Tarkovsky escribió una frase en su última película, *El Sacrificio*, que, para mí, es el resumen más preciso del mal que yo haya oído jamás.

"Qué es el mal?"

Hay una pausa, y a continuación viene la respuesta:

"Todo lo que no es necesario".

Celia Farber es una periodista que ha sido galardonada en múltiples ocasiones. Autora y editora con base en New York City. Ha escrito sobre gran variedad de temas en Spin, Rolling Stone, Esquire, Harper's, Salon, New York Press, *y en muchos otros*

medios. Es autora de Serious Adverse Events: An Uncensored History of AIDS.

truthbarrier.com

Todavía se nos está diciendo que África sufre una devastadora epidemia de SIDA. Las gigantescas cifras de infecciones, producen gigantescas cantidades de fondos públicos para la investigación y los investigadores. ¿Qué clase de juicio científico podemos esperar de expertos que defienden una convicción ampliamente extendida que garantiza sus ingresos?

Han pasado dos décadas, pero al final se nos está diciendo la verdad: la mayoría de lo que los expertos del SIDA y los medios de comunicación nos han hecho creer no es correcto. Un engaño amargo, pero mejor ahora que nunca.

En primer lugar, la UNAIDS admitió que, en diciembre de 2007, había sobrestimado la cifra mundial de gente infectada por el VIH en nada menos que siete millones, de un total de cuarenta millones. Esta admisión es importante, pues viene después de años del uso de cifras infladas para su muy exitosa campaña de financiación.

Pero la sobreestimación real es más del doble, situándose en quince millones, según afirma el Dr. James Chin, la persona que era la responsable antes de esos mismos datos en la UNAIDS.

La siguiente revelación vino a través del muy respetado *British Medical Journal*, en mayo de 2008: 'The writing is on the wall for UNAIDS'. Su autor, Roger England explica: "Ha dejado de ser una herejía decir que se ha gastado de más muchísimo en el VIH, en relación a otras necesidades, y que ello es perjudicial para los sistemas sanitarios". Basándose en datos y argumentos, hace la siguiente recomendación: "La UNAIDS debería cerrarse rápidamente porque su mandato es inapropiado y perjudicial"

Por último, en junio de 2008, el director del departamento VIH/SIDA de la OMS, Dr. Kevin de Cock, admitió oficialmente que, fuera de la región de África subsahariana, el VIH estaba confinado en los grupos de alto riesgo.

Crecimiento de la población en África

Pero ¿qué pasa en África? La mayor parte de la gente todavía se cree lo que nos han contado: Una terrible epidemia de VIH/SIDA está arrasando los países pobres, debido principalmente a la expansión heterosexual del VIH, lo que sorprendentemente no está ocurriendo ni en Europa, ni en Norte América. Esta discrepancia es sólo una de las muchas contradicciones en

las, ampliamente asentadas, creencias en torno al SIDA. Otra es la continuadamente alta, incluso en crecimiento, tasa de población de países que se nos dice han sido 'golpeados' por una epidemia mortal de VIH/SIDA. El mejor ejemplo es Uganda. Este país fue reconocido como "el epicentro de una epidemia mundial". La revista *Newsweek* decía en 1986: "En ningún lugar está la epidemia tan descontrolada como en la región Rakai, situada en el suroeste de Uganda, donde se estima que el 30% de la población es seropositiva". En 1995, la Organización Mundial de la Salud confirmó que "a mediados de 1991, se calculaba que 1.5 millones de ugandeses, lo que representaba el 9% de la población general y el 20% de la población sexualmente activa, tenían infección por VIH". Posteriormente, los cálculos del número de ugandeses VIH positivo se incrementó todavía más: al 15% del número total de habitantes. Se esperaba que la mayoría muriese prematuramente, con desastrosas consecuencias para su familia y para el país.

Con estos antecedentes, resulta chocante mirar a Uganda hoy y no encontrar rastro alguno de la anunciada muerte prematura de millones de personas. Lo que sí encontramos en Uganda es un país enfrentándose a un espectacular crecimiento poblacional. Siempre ha tenido una tasa de crecimiento muy alta, pero durante los últimos 15 años, ha estado entre los países del mundo con un crecimiento más acelerado. La mortalidad ha permanecido constante, o incluso disminuido, en tanto que las tasas de fertilidad han permanecido altas y estables.

Obviamente, esto es paradójico. Pero la contradicción entre una predicha epidemia mortal y un espectacular incremento poblacional puede ser explicada fácilmente: La mayoría de la gente que eran VIH positivo hace quince años no murió prematuramente, tal y como se esperaba, sino que siguió viviendo una vida normal.

Test del SIDA imprecisos

Las aceptadas, y evidentemente infladas cifras, estaban basadas en suposiciones incorrectas, cálculos sin base y errores epidemiológicos fundamentales. Para empezar, y como han documentado varios estudios, los test VIH son altamente imprecisos en África. Las pruebas se hacen habitualmente en un pequeño número de personas y los resultados se extrapolan al total de la población.

La industria global del VIH

Llegados a este punto, los expertos del SIDA se encontraron en un callejón sin salida. No podían inflar más sus números sin perder toda credibilidad. En su lugar, cambiaron simplemente de estrategia y dejaron de publicar detalles de cómo obtienen sus datos del VIH/SIDA.

La estrategia de presentar cifras infladas y anunciar de forma repetida una catástrofe inminente, ha compensado sobradamente a aquellos que viven del VIH/SIDA. Ya en 1989, el German Medical Board escribió en su periódico que la única explicación de la 'confusa' manera en que se recopilan las estadísticas del SIDA es que 'grandes cifras atraen grandes cantidades de dinero público' para la investigación del SIDA y, por extensión, para los bolsillos de los investigadores.

Prioridades

Desgraciadamente, la casi histérica atención al VIH/SIDA en África a lo largo de las dos últimas décadas ha hecho mucho daño. En primer lugar, la enorme presión política ha puesto de patas arriba las prioridades de la atención sanitaria. Problemas o enfermedades comunes están desatendidas. Por ejemplo, África es un continente tan pobre que casi la mitad de su población no tiene acceso a agua potable, pero la solución de esta necesidad humana fundamental es escandalosamente lenta.

Segundo, se están desviando recursos de otros temas importantes. Por ejemplo, UNAIDS instó a los ministros africanos de economía a "redirigir los recursos de proyectos existentes para apoyar el SIDA –miles de millones de dólares programados para financiación social, educación, proyectos de salud, infraestructuras y desarrollo rural".

Tercero, intervenciones como las centradas en los condones pueden ser perjudiciales, dado que el aborto es todavía ilegal en la mayoría de los países africanos, los cuales se basan en leyes anticuadas de pasados poderes coloniales. Los condones no son un contraceptivo muy eficaz y una mujer en África que se encuentre con un embarazo indeseado por fallo del condón tiene pocas opciones, aparte de que le practiquen un aborto ilegal y arriesgado.

Ahora que la obvia realidad ha sido finalmente admitida, podemos sentirnos aliviados de que la epidemia de SIDA no sea tan exterminadora como nos hicieron creer que era. Pero ¿Cómo podemos impedir un engaño similar en el futuro? Una posible estrategia es simplemente que evitemos creernos lo que los científicos nos cuentan y seguir el consejo de Albert

Einstein: "Lo importante es no dejar de hacerse preguntas".

Artículo original titulado 'AIDS: are we being deceived?', publicado el 15 de septiembre de 2008 en ncr.nl. Reimpreso con permiso del autor.

El Dr. Christian Fiala es médico especialista en Obstetricia y Ginecología, y director médico de la Gynmed Clinic, en Viena.

gynmed.at

La aparición del libro de Joan Shenton, *Positively False*, hace quince años, proporcionó una introducción convincente a los errores, fallos e inconsistencias ligados a la creencia de que un retrovirus causaba la diversa colección de síntomas agrupados y definidos como "SIDA".

Durante los últimos quince años, el establishment del SIDA se ha vuelto aún más estrecho de miras, rechazando revisar la historia de los errores y contradicciones que, como nos muestra Shenton, surgieron en la década de 1980. Su sofocante negación de las opiniones críticas, y una ferviente censura, fue reforzada por una cobertura acrítica por parte de los medios de comunicación. Hoy, la industria del SIDA advierte al público que no mire nunca hacia atrás y recomienda que mire sólo hacia delante, al 2030 y 2050, y financia una interminable variedad de programas diseñados a alcanzar un mundo libre de SIDA. Este es un consejo poco prudente. El libro de Shenton les recuerda que va a estar perdidos si no saben de dónde provienen; un público pésimamente informado no puede hacerse idea de los excesivos errores de la ortodoxia del SIDA.

Una idea central del dogma del SIDA es la falacia que dice que África es pobre porque los africanos son extraordinariamente promiscuos. Para aliviar la pobreza, el dinero se debe gastar en enseñar a los africanos qué es el "sexo seguro", lo que les sacará del agujero de la pobreza. En la era del SIDA, África se convirtió en el paraíso de los misioneros del sexo seguro procedentes del oeste. Insolentes y con complejo de superioridad, celebradas lumbreras ganadoras de premios como Laurie Garrett, Peter Piot, Anthony Fauci y Jeffrey Sachs se cuentan entre los más cualificados a la hora de aportar indecencia cultural y necedad histórica. Shenton explica cómo los miembros de la ortodoxia VIH/SIDA se aferran obstinadamente a irregularidades y errores, a pesar de los fracasos en sus predicciones de mortalidad y desarrollo de la vacuna.

Dos años después de la aparición del libro de Shenton, los defensores de la ortodoxia del VIH empezaron a comparar a los críticos del VIH/SIDA con los que negaban el Holocausto. De esta manera, trivializaron a las víctimas del Holocausto y suprimieron el debate científico sobre el SIDA, convirtiendo una catástrofe excepcional en una metáfora rutinaria y vulgar. Su histeria fue *in crescendo* hasta alcanzar su punto álgido entre 1999-2009, cuando el Presidente de Sudáfrica, Thabo Mbeki expresó un escepticismo elemental acerca de las creencias convencionales sobre el SIDA. La ortodoxia del SIDA ridiculizó y demonizó a Mbeki, pero rehuyó los

debates porque tal y como afirmaron -a modo de fanáticos religiosos - ellos no podían discutir lo "indiscutible".

Los investigadores del SIDA en África impidieron la expresión de opiniones no deseadas sobre la definición, causas, prevención y cura de los síntomas. Los epidemiólogos del SIDA se apoyaron en la sofistería estadística al tiempo que el periodismo del SIDA quedó idiotizado. De manera convincente, Shenton expone la investigación del VIH/SIDA como una subcultura totalitaria que acosa y atemoriza a la gente con el miedo a contraer una enfermedad mortal por tener sexo sin protección.

Las cuatro palabras menos fiables de la investigación del SIDA son: "un nuevo estudio demuestra". Shenton critica los descubrimientos ortodoxos en VIH/SIDA para mostrar en qué medida son fácilmente refutables o probadamente exagerados. Una incansable y excelente comunicadora, versada en la explicación de datos técnicos con una prosa lúcida, Shenton se adhiere al principio de la navaja de Occam, la premisa que dice que la explicación más simple y sencilla de sucesos y procederes es, probablemente, la más correcta.

El SIDA ha servido como una gran distracción de los acuciantes problemas de salud pública en África. La relación causal entre la pobreza africana y la frecuencia de enfermedades tales como TB, malaria, diarrea y anemia proteínica, es bien conocida y, desde hace mucho tiempo, en la investigación de salud pública. En la medida en que el empobrecimiento de las condiciones de vida en muchas zonas de África se aceleró espectacularmente en la década de 1980, se incrementaron los síntomas clínicos de las citadas enfermedades. En vez de atribuirlos a la carencia de redes sanitarias, dietas deficientes en proteínas, agua no potable y enfermedades conocidas de antiguo, pero no tratadas, esas viejas enfermedades y síntomas clínicos se metieron en el mismo saco y se les dio un nuevo nombre –"SIDA", del que se dice que está causado por conductas sexuales promiscuas.

Los test de VIH son imprecisos, nunca se ha demostrado que el VIH cause enfermedad, y los medicamentos prescritos para "luchar" contra este retrovirus son altamente tóxicos. El dogma VIH-SIDA es una enfermedad del miedo. Shenton relaciona sucesos desconectados (como una historiadora), y escribe con un estilo directo y libre de florituras. Su libro esclarece los orígenes del dogmatismo VIH/SIDA en la década de 1980, cuando una ortodoxia dominante en temas de conducta sexual se

atrincheró, y las críticas y las recomendaciones fueron rechazadas o ignoradas.

Shenton domina los datos técnicos, médicos y científicos relacionados con el VIH/SIDA. Sus capítulos reinterpretan esos datos. Como lectura obligatoria en mis cursos sobre África moderna, han inspirado a los estudiantes para investigar el VIH/SIDA desde una perspectiva más reciente. Si los lectores del año 2014 quieren saber cómo los defensores de la teoría infecciosa viral consiguieron disfrutar de treinta años de inmunidad frente a toda refutación, *Positivamente Falso* sigue siendo el primer libro que deberían leer.

El Dr. Charles Geshekter es profesor emérito de Historia de África de la California State University, Chico.

Perfil AIDS Wiki: v.gd/ZGRY68

En este libro, publicado por primera vez en 1998 y ahora presentado en una nueva edición, Joan Shenton detalla con elegancia los detalles de la corrupción que rodea a los llamados *"test del SIDA"*, a los *"cócteles"* de medicamentos antirretrovirales y a la violenta censura contra aquellos que defendemos a la humanidad, a quienes nos oponemos a las creencias falsas que rodean el *VIH/SIDA*.

Shenton es una de las pocas personas que practican el periodismo ético, que no puede tolerar estupideces académicas y políticas como la que conduce a la creencia de que el SIDA está causado por un "virus mortal", una hipótesis que nunca ha sido probada. Fue simplemente el resultado del delirio de varios investigadores de virus de conocidas instituciones sanitarias como el Paster Institute, en París y la NCI y la Universidad de California en los Estados Unidos. Esta hipótesis equivocada, con catastróficas consecuencias para la humanidad, ha sido apoyada y perpetuada por numerosos investigadores acríticos que han transformado el establishment científico en una institución de fe y creencia; por instituciones corruptas de salud pública como la OMS, UNAIDS, y las organizaciones gubernamentales de Estados Unidos, NIH, FDA y CDC; y por las corporaciones farmacéuticas y los medios de sociedades secretas como la Comisión Trilateral, los Illuminati, el Grupo Bilderberg, etc.

Mis investigaciones de las deficiencias inmunitarias y el SIDA, el estudio de la literatura médica disponible, y mis pacientes de varios países, me han llevado a la convicción de que dar positivo en "*los test del VIH*" (seropositividad) y SIDA son secundarios a la exposición a los agentes estresantes del sistema inmunitario, cuyo origen puede ser químico, físico, biológico, nutricional y, en gran medida, mental. Todos esos agentes causan acidez y oxidación en todos los órganos y sistemas corporales, pero especialmente en el sistema inmunitario. La prevención y cura del SIDA es posible, sin esfuerzo, si el individuo cesa su exposición a los tóxicos y acepta que su desequilibrio emocional, en la forma de arrogancia, narcisismo y envidia, está el origen primario de esas enfermedades. Los argumentos científicos sobre los que se sostiene esta opinión están disponibles en mis libros y en los muchos artículos de mi página web.

Felicidades a Joan Shenton por tener el coraje de publicar esta nueva edición de tan leído libro. Un trabajo en el que abunda la ciencia, la lógica, el sentido común y el amor por los otros seres humanos.

El Dr. Roberto Giraldo es colombiano y médico especialista en medicina interna y enfermedades infecciosas, tropicales e inmunitarias. Es también psicosomatólogo, psicosocioterapeuta y psicoanalista integrativo.

robertogiraldo.com

Si bien durante la década de 1990 ya era consciente de los graves errores científicos de la ciencia del VIH/SIDA, aunque desde una perspectiva desapasionada, no fue hasta el año 2000 -cuando mi compañero de entonces, desoyendo mi consejo, se hizo el test y fue diagnosticado VIH positivo- que, de modo sobradamente evidente, se hizo patente la realidad de los problemas que tal diagnóstico genera. Ello me hizo cuestionar ambas partes del debate con inaudita intensidad. Después del activismo inicial con otros disidentes, comprobé que mi propio conocimiento había alcanzado bastante amplitud y me desenvolvía bien en el manejo de situaciones políticas. Aprendí que lo que mucha gente necesitaba era un sitio a donde poder llamar y preguntar cosas, apoyo activo en el trato con otros, entre ellos los médicos, y reunirse con otra gente en su misma situación. Con la intención de extender la red HEAL, tres de nosotros formamos HEAL London en 2006.

Un objetivo adicional era cambiar el paradigma. Por esas fechas, Libia estaba iniciando la revisión del juicio de varios médicos, acusados de infectar deliberadamente a cientos de niños libios con VIH. Lo que motivó que me involucrara no fue tanto que los médicos estuvieran enfrentándose a la pena de muerte (que yo estaba seguro no se llevaría a cabo ya que era un asunto muy político), como que a los cientos de niños supervivientes les fueran a dar la medicación del SIDA, suministrada por parte de los poderes occidentales como una concesión política. Como nadie parecía intervenir de forma correcta para evitarlo, decidí hacerlo yo mismo. Mi intención era crear una oportunidad para que el Dr. Mohammed Al-Bayati, toxicólogo y patólogo, especializado en litigios relacionados con la causa de muerte, evaluara los temas médicos. Sin embargo, aunque fui finalmente invitado por los abogados de la defensa a ir a Libia, una vez allí, resultó evidente que todo el asunto se trataba de política internacional, no de ciencia. No fui capaz de que el mundo pusiera su foco de atención en temas científicos para salvar a los niños de medicamentos 'vitales'.

Desde entonces he participado activamente en varios casos legales, la mayoría relacionados con mujeres que habían decidido que no querían que se les impusiera un tratamiento tan sumamente tóxico a sus bebés recién nacidos. En el proceso he aprendido que, aunque la actitud de los trabajadores sociales varía –algunos pueden ser extremadamente buenos, otros son arrogantes y siguen agresivamente la línea médica oficial- los médicos que se relacionan con diagnósticos VIH son, casi exclusivamente, fanáticos, arrogantes, acosadores, manipuladores y deshonestos. A muchos clientes que previamente tenían un absoluto respeto por los médicos, a los

que consideraban honorables pilares humanitarios del establishment, se les hace muy difícil concebir y aceptar que la persona que ellos consideraban 'su amigo' pueda llegar a ser tan ogro cuando los cimientos de su discurso se ven desafiados con autoridad.

Un problema en particular es que, cada vez que hay niños involucrados, el método más fácil de conseguir la sumisión de los padres, por parte de los médicos, es decir o sugerir que la custodia del niño se les puede ser retirada. Para una madre, que le lleven a su hijo es un miedo primario que en muchos casos neutraliza la amenaza de desobediencia, por lo menos en gran parte. Sin embargo, no hay duda de que los padres que consiguen los mejores resultados para sus hijos son los que luchan enérgicamente de manera inteligente y entienden cómo funciona la política del poder. Pero habiéndose otorgado a los médicos, como pilares del establishment, tal responsabilidad y credibilidad en los procesos legales, y sin apoyo legal para cuestionar sus opiniones, hoy por hoy, las probabilidades se acumulan de forma aplastante en favor de la profesión médica.

Mucha gente sólo se ha distanciado de su médico cuando, a la vista de una muerte inminente, debida a los devastadores y debilitantes efectos secundarios de los tratamientos antirretrovirales que les han prescrito, finalmente se dan cuenta de que el médico preferiría que se murieran antes de que sobrevivieran sin tomar dicha prescripción. Es casi como si los médicos no quisieran poner límite al miedo del que depende su control sobre los pacientes, porque el permitir a otros pacientes sobrevivir en mejores condiciones sin tratamiento, revelaría que el VIH por sí mismo no es tan mortal como lo han pintado. Una vez tuve un cliente que estaba ingresado en el hospital, por algo no relacionado directamente con un diagnóstico VIH, y que desarrolló un caso tan grave del síndrome de Stevens-Johnson que, si los médicos hubieran continuado administrándole la medicación del SIDA, habría sido demasiado obvio que fue ese tratamiento lo que lo mató. En su lugar decidieron trasladarlo al 'Liverpool pathway'[1] y 'retirarle el tratamiento para prolongar la vida y proporcionarle únicamente cuidados paliativos'. En realidad, eso quería decir que, antes de admitir que había sido el tratamiento VIH que le estuvieron administrando lo que lo estaba matando, los médicos culparon al VIH de su enfermedad y, administrándole morfina para que no se moviera, lo dejaron morir de hambre. Con recursos muy limitados para intervenir, estaba asombrado de

1 Criticada unidad de cuidados paliativos.

lo imposible que era encontrar a alguien con cierta autoridad que cuestionara la palabra del especialista que había firmado su sentencia de muerte. Posiblemente, el aspecto más impactante, es que cuando se les contó todo esto a otros profesionales médicos, más responsables, más o menos se encogieron de hombros, en un gesto de impotencia, diciendo: "Sucede a menudo".

En total, he tenido algún tipo de interacción con alrededor de 200 personas, del Reino Unido, Europa y otras partes del mundo asombrosamente distantes, como Malasia, porque la gente dice que no hay nadie adecuado más cerca con quien poder hablar en persona. Ha habido una serie de contratiempos, y algunos resultados desagradables a causa de la inclinación inherente del sistema legal hacia las opiniones de los médicos; y la percepción pública ha cambiado poco hasta el momento. Pero al menos hay alguna gente para la que un poco más de compresión de su situación y un poco de apoyo en su lucha, ha marcado una enorme diferencia en sus vidas.

Mike Hersee es un activista en la tarea en pro de un mejor conocimiento del VIH/SIDA. Es uno de los pocos que, públicamente, ofreció apoyo en primera línea a las personas diagnosticadas VIH positivo que habían cuestionado su diagnosis o tratamiento.

heallondon.org

Escribir acerca del SIDA durante los últimos veinticinco años ha sido una reveladora lección de humildad.

Con cada avance (como yo lo veo) en mi propia comprensión del fenómeno SIDA, me parecía que no pasaría mucho tiempo antes de que otros pudieran comprenderlo igual que yo. Habiendo informado inicialmente sobre el SIDA de manera convencional, como un enorme desastre de salud pública, pronto se hizo evidente que el síndrome estaba quedando confinado a los grupos de riesgo originales en casi todo el mundo. Con el paso del tiempo, los investigadores explicaron cada vez con mayor claridad dónde se había equivocado la ciencia del SIDA, y yo estaba seguro de que sus esfuerzos ganarían pronto el reconocimiento del público. Como también lo haría el trabajo de directores de cine como Joan Shenton, la primera en poner de manifiesto en el Reino Unido los desafíos a la teoría de que un virus recién identificado era la causa del síndrome, y periodistas como yo mismo, que desarrollé en letra impresa lo que Joan había empezado en televisión.

No podía haberme equivocado más. Científicos en la cima de su especialidad se vieron ridiculizados, con su financiación retirada, e incapaces de publicar nada que cuestionara la teoría del virus. Los periodistas que publicaron sus argumentos se convirtieron en los parias dentro de los profesionales de los medios de comunicación.

Un ejemplo relativamente reciente es el caso de Celia Farber, una periodista de New York City que ha escrito con acento crítico acerca de la investigación del SIDA y sus tratamientos desde mediados de la década de 1980. En marzo de 2006 publicó un reportaje de quince páginas en la revista *Harper's* titulado 'Out of Control: AIDS and the Corruption of Medical Science'. Pensé que, al fin, ese debería ser el comienzo de un muy esperado debate acerca de las verdaderas causas del SIDA. Sin embargo, al cuestionar el diagnóstico VIH, el artículo fue recibido mayormente con incomprensión, y Farber fue muy criticada por la respetada "*Columbia Journalism Review"* por airear ideas de 'chiflados'. Una vez más se perdió la oportunidad de acabar con lo que yo veo como una tragedia en marcha de diagnósticos incorrectos, y (normalmente) tratamientos inadecuados.

Fue aún más decepcionante la negligencia y el escarnio sufridos por un grupo de científicos de Perth, Australia Occidental, cuyas ideas y argumentos veo como los más cercanos a la verdad [theperthgroup.com]. Durante 30 años, han construido meticulosamente la perspectiva a través

de la cual deberíamos ver el SIDA, y todos los fenómenos interpretados como indicadores de la presencia del "VIH", como un desorden celular provocado por substancias y exposiciones que son comunes a todos los grupos de riesgo del SIDA, y no por el VIH, cuya existencia no consideran probada. Se trata de investigadores de primera categoría y con una experiencia muy relevante, pero las corrientes mayoritarias, tanto científicas como de los medios de comunicación, los han marginado invariablemente.

¿Cómo ha sido posible esto?

Los aspectos reveladores de mi experiencia tomaron su tiempo en manifestarse, pero finalmente me ayudaron a ir más allá de los sentimientos de frustración y dolor por la incomprensión demostrada hacía los que cuestionaban la teoría del virus.

Me he dado cuenta de que la supervivencia de la mentalidad "VIH" –contra tanta evidencia, como ahora la veo- es explicable, primeramente, en términos de sentimientos humanos, los cuales, en un contexto diferente, sólo podrían haber tenido resultados positivos.

La preocupación por la salud pública fue, y es, un factor importante. Cuando arraigó el concepto del virus, en la segunda mitad de la década de 1980, los gobiernos advirtieron que casi todo el mundo que hubiera mantenido relaciones sexuales podía estar en riesgo. Recuerdo el entusiasmo misionero con el que me puse a dar publicidad a los peligros, después de haber asistido a la Conferencia Internacional del SIDA, de 1987, celebrada en Washington. Contribuir a la tarea de despertar a la humanidad por la presencia de este microbio mortal que se estaba extendiendo imperceptiblemente entre nosotros, te hacía sentir bien.

Por aquel entonces se hicieron predicciones de que en la década siguiente habría un millón de personas infectadas, sólo en el Reino Unido, a menos que se encontrara una vía para evitar su expansión. Los especialistas de los medios de comunicación, así como los profesionales de la salud y los políticos, pensaron que tenían una guerra entre manos en la cual el virus era el enemigo y la educación pública la principal herramienta para conseguir la victoria. Cuestionar el VIH era poner en riesgo millones de vidas.

La compasión por los gays fue otro factor. En la década de 1980, cada vez más gente caía víctima de una crisis de salud sin precedentes – especialmente entre los que habían sido más activos en la lucha por la Liberación Gay. El número de víctimas aumentó enormemente con la introducción del AZT en dosis letales, matando no únicamente a víctimas del SIDA, sino a personas como los hemofílicos y otras con desórdenes en su sistema inmunitario –causas por las que dieron positivo al test "VIH". En este sentido, la teoría de que el "VIH" era la causa, fue como la profecía que conlleva su propio cumplimiento, y cuestionar la teoría del virus era proclamar tu falta de compasión como ser humano.

En tercer lugar, había preocupación por la reputación de la ciencia y la de los políticos y administradores responsables de canalizar los fondos públicos hacia ella. En abril de 1987, poco después de la publicación del primero de los artículos del profesor Peter Duesberg cuestionando el VIH como la causa del SIDA, y desde la oficina del Secretary of Health and Human Services, se envió una circular a una lista que incluía al Surgeon General y a la White House, titulada MEDIA ALERT. Advertía que:

> Obviamente, esto tiene el potencial de crear gran controversia (si no es el virus, ¿Cómo sabemos que el suministro de sangre es seguro? ¿Cómo podemos saber algo acerca de la transmisión? ¿Cómo podríais todos vosotros ser tan estúpidos y por qué íbamos a creer en vosotros otra vez?), y necesitamos estar preparados para responder.

En estilo similar, en noviembre de 1988, el difunto John Maddox, editor de *Nature*, quien había rechazado numerosos trabajos de Peter Duesberg sobre VIH y SIDA, se dirigió a él por escrito diciendo:

> Me alegro de que, correctamente, deduzca por mi carta que tengo simpatía por lo que dice. No obstante, no le he pedido que revise el manuscrito. El peligro, tal y como yo lo veo, es que la disputa entre usted y lo que usted llama comunidad VIH va a confundir y angustiar al público de la siguiente manera: Usted apunta una serie de aspectos en los que la hipótesis VIH puede ser deficiente. Pudiera parecer temerario decir que está equivocado, pero … publicar su artículo sería como pedirle a la gente que creyera que lo que se ha dicho hasta ahora acerca de la causa del SIDA es una sarta mentiras.

En cuarto lugar, me ha impactado el papel que juega la lealtad a la hora perpetuar lo que ahora veo como los mitos que rodean al "VIH". Peter Duesberg se ganó un gran respeto por su postura contra la atribución del

SIDA a un tipo de virus que él había estudiado intensivamente y en el que era un experto mundial. Su experiencia le decía que era inofensivo. Rompió públicamente con sus colegas profesionales cuando habló claro de los efectos letales del AZT. Fue la primera figura importante del mundo científico que hizo algo parecido, y pagó muy caro su disidencia. A la par que su enorme inteligencia y personalidad, esto le hizo ganarse un gran respeto, incluso amor, entre aquellos que apreciaron la importancia de su crítica. Y creo que ello pudiera haberles impedido ver, a él y a sus seguidores, especialmente en los Estados Unidos, la validez de una crítica más profunda que se elaboró a una distancia de 12.000 millas por parte del Grupo de Perth.

Neville Hodgkinson. Corresponsal médico, 1985-89; corresponsal científico, 1991-94, The Sunday Times*, London; Autor de:* AIDS: The Failure of Contemporary Science.

Perfil AIDS Wiki: v.gd/i8hwem

Como el recalcitrante establishment del SIDA ha hecho oídos sordos a la sagacidad argumental de los disidentes científicos y académicos, a veces parece que no hemos llegado a ninguna parte. La probada eficacia de la táctica de señalarnos como lunáticos en vez de contestar a nuestros argumentos científicos ha alcanzado mayor nivel con el término "negacionista". La genialidad de este popular término es que un "negacionista" de algo (cambio climático, vacunas, etc.) es automáticamente considerado un loco idiota que es un peligro para la sociedad. Entretanto, en el trasfondo, el disco rayado de la retórica VIH ha sido asimilado hasta tal punto, que el ciudadano medio no tiene capacidad de evaluar su validez.

La extensión del uso de internet ha hecho que la información disidente esté disponible de forma inmediata. Grupos de comunicación social como la página de "Rethinking AIDS" en Facebook [v.gd/s8DtXa], y otros sitios como Questioning AIDS [questioningaids.com] han atraído a muchos cientos de personas, creando así un movimiento de base en el que la gente intenta encontrar las claves de todo esto. Sin embargo, internet es un arma de doble filo. En tanto que algunos disidentes legos son realmente brillantes, en general me ha decepcionado bastante la falta de comprensión exhibida por muchos disidentes de la nueva hornada, ya que parecen estar inventándoselo sobre la marcha. Me ha asombrado, además, la mala información difundida por estos novatos, las luchas internas, el egoísmo y la falta de disciplina mental que impregna la página de RA en Facebook (que también es la que tiene mayor audiencia). Internet atrae al mínimo común denominador de ambas partes, proporcionando también un foro para los mezquinas, científicamente romas, difamaciones de nuestros detractores, cuyos argumentos no van más allá de llamarnos "negacionistas".

Vale la pena mencionar a la OMSJ ("Office of Medical and Scientific Justice"), cuyo enfoque es más combativo y menos académico. Evitando libros arcanos que, francamente, no nos han llevado a ninguna parte, el equipo jurídico de Clark Baker ha ayudado a las víctimas de las atrozmente injustas leyes criminales de transmisión del VIH. La experiencia de Baker como policía retirado e investigador privado le confiere una mentalidad diferente, que es exactamente lo que necesitamos.

En el lado de las luces, mis aversiones particulares en el mundo del SIDA incluyen la forma en que la "responsabilidad social" de Hollywood no retrata ningún acto sexual practicado sin condón, lo cual me hace

preguntarme, 1) si realmente ha cambiado algo desde aquellos días en que no podías conseguir, bajo ninguna circunstancia, que un hombre usase condón, y 2) ¿Se dan cuenta las mujeres que se sienten "seguras" con el "sexo seguro", de que los condones son el método menos efectivo de control de natalidad? Otra herencia de la era del SIDA es la idea de que la gente tiene algún tipo de problema con sus sistemas inmunitarios, lo que hace que el ciudadano medio parezca obsesionado con cada simple resfriado, creando un mercado en auge para los "estimuladores del sistema inmunitario" y cosas por el estilo. Intentemos, por favor, pasar el resfriado común sin preocuparnos de que nuestro "sistema inmunitario" esté bajo.

Una reciente e interesante novedad es el test rápido (RT) para anticuerpos VIH y cómo dicho test se está practicando en África. Anteriormente, el SIDA en África había sido diagnosticado sobre la base de síntomas no específicos (definición de caso clínico de Bangui), puesto que muchos países africanos sin recursos ni podían permitirse los kits del test, ni tenían las instalaciones ni el personal entrenado que se requiere para aplicar e interpretar, en particular, los Western blot. Sin embargo, los test rápidos son baratos y pueden ser administrados por personas legas, en pueblos remotos y sin instalaciones de laboratorio. Los test rápidos podrían parecer de una gran ayuda en África, aunque casi parece que esto fuera irrelevante, puesto que, con unos cuarenta millones de supuestos casos de SIDA contabilizados, nadie se ha preocupado de la falta de confirmación por un laboratorio en ninguno de ellos.

Sin embargo, todavía me preguntaba si los test rápidos eran mejores (o peores) que las secuencias estándar de test ELISA/Western blot. La literatura de pruebas rápidas era un territorio familiar: Múltiples afirmaciones de rozaban la perfección (especificidades irreales de 100% y "raros" falsos positivos) que eran puestos en duda por más análisis en profundidad que revelaron el mismo tipo de problemas que me he acostumbrado a ver (y son muchos).

Dichos problemas incluían: 1) El comportamiento varía extraordinariamente de región a región y de marca a marca, 2) pésimas especificidades de test, sólo el 39.1% (Determine), 3) altas tasas de falsos positivos, 4) algoritmos de las pruebas en países que escogen los tres kit de test que tuvieron los problemas más notorios (Determine, Stat-Pak y Uni-Gold), 5) documentación de todavía más enfermedades africanas que podrían causar reacciones falsas, 6) algoritmos de pruebas que simplemente fallan en muchos casos, y así sucesivamente.

Mi favorito en esta selección es el problema de cómo interpretar adecuadamente una banda reactiva débil. (El test rápido es un pequeño cartucho de plástico en el que puedes inyectar una gota de sangre, mostrándote a continuación una reacción positiva de una banda en una pequeña ventana). La literatura documenta claramente que las bandas reactivas débiles indican, prácticamente siempre, un resultado negativo o falso positivo, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud y los fabricantes de los kits de test recomiendan que todas las bandas, débiles o fuertes, ¡se interpreten como positivos!

Tenemos también el frecuentemente usado OraQuick, cuya página web anuncia una especificidad mayor del 99%, pero cuando "Los Angeles County Public Health Department" usó el OraQuick como primer paso de su algoritmo de test rápidos, encontraron una tasa de falsos positivos del 17%. Un estudio en Zimbabwe demostró un 100% de especificidad, pero considerado especialmente la plétora de datos que apuntan a una mala aplicación de los test en África, una se pregunta cómo el OraQuick podría ser perfecto al 100% en África y, sin embargo, dar una tasa del 17% de falsos positivos en Los Ángeles, donde hay muchísimas menos razones para que la población tenga reacciones cruzadas de anticuerpos.

Ojalá pudiera ser más optimista.

Christine Johnson ha estado implicada en el movimiento "Rethinking AIDS" durante más de 20 años. Su principal interés es el valor predictivo de los test de diagnóstico médicos. Sus trabajos han aparecido en Spin, New African, Townsend Letter for Doctors and Patients *y otros periódicos, así como en las* antologías Environmental Health Third World Problems – First World Preoccupations y Fearing Food. *Su análisis de los test rápidos VIH está incluido en el libro de texto* Reclaiming the Human Sciences and Humanities through African Perspectives.

Artículos en VirusMyth: v.gd/P72BYC

Dentro de los preparativos de la nueva "Global Agenda post-2015", el Informe de abril 2013 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP, en sus siglas en inglés), al secretario general de la ONU reveló los problemas dominantes hoy en los países africanos, donde reside el porcentaje de menores de veinticinco años más alto del mundo. La encuesta *My World*, de la UNDP indica que la salud es la principal prioridad del continente, junto con la pobreza y la educación. La amenaza de muertes debidas a diarrea, y otras enfermedades contagiosas transmitidas a través del agua, se espera que aumente drásticamente en los próximos treinta años, debido a la elevación del nivel del mar y a las masivas inundaciones que forzarán la migración de hasta tres mil millones de personas hacia mal gestionadas ciudades costeras que, en las naciones en vías de desarrollo económico de África, carecen de instalaciones sanitarias básicas. Sin embargo, a pesar de perseguir el número 7 de los Objetivos del Milenio para el Desarrollo (asegurar el saneamiento ambiental), en el año 2013 únicamente el 15% de la población de Ghana tuvo acceso a un buen servicio. La respuesta apropiada a esta prevista crisis sanitaria es precisamente no intensificar el gasto en investigación de una vacuna contra la diarrea, lo contrario de lo que defiende la "Global Alliance for Vaccines and Immunization", desarrollando en su lugar infraestructuras básicas adecuadas, drenajes, sistemas de alcantarillado y acceso asequible a agua limpia por parte de las poblaciones en explosión, urbanas y peri-urbanas, de la costa de África.

Alimentación e infección operan en un círculo vicioso que explica en gran medida las altas tasas de morbilidad y mortalidad, especialmente entre los niños. Cuando a los niños no se les dan comidas suficientemente equilibradas, sus defensas inmunitarias se debilitan.

¿Qué le pasa al sistema inmunitario de una persona que está desnutrida en el útero y sobrevive como neonato en un medio de hambruna? Se sabe que la inmunidad depende de las hormonas. Está sobradamente documentado que la malnutrición materna es un factor principal de las altas tasas de mortalidad de niños pequeños, ya que correlaciona con bajo peso al momento del nacimiento, lo que, a su vez, contribuye a la malnutrición del niño y a una muerte prematura. ¿Qué le pasa al sistema inmunitario de una mujer joven, en el zénit de su madurez sexual, que nació de una madre subalimentada? La pregunta me vino a la cabeza a mediados de 2005, cuando el antiguo Secretario General de la ONU, Kofi Annan, un Premio Nobel ghanés, durante su discurso ante un foro especial sobre VIH y SIDA en la Asamblea General de la ONU, se lamentaba de la evidente relajación de las mujeres jóvenes de su país. Allí informó de las cifras en aumento de

mujeres de entre 20 y 22 años recién infectadas. Pero esta apreciación incluía a todas las mujeres nacidas en Ghana justo después de la hambruna de 1983. ¿Es posible que la grave escasez de alimentos que sufrió Ghana durante el año 1983 explicara las muertes prematuras, o los problemas inmunológicos y los extraños resultados de los test del sistema inmunitario, con que se encuentran esas mujeres a los treinta y pocos años?

Las enfermedades crónicas como causa de muerte en las naciones africanas son hoy las mismas que han padecido adultos y niños a lo largo de décadas de depresión económica, pero re-etiquetadas como 'infecciones oportunistas' y relacionadas causalmente con la irresponsabilidad sexual, *vía* el infame estigma VIH/SIDA. Estos contagios no están más cerca de ser erradicados después de la aplicación de las estrategias de los Objetivos del Milenio para el Desarrollo. Los adultos africanos siguen muriéndose de tuberculosis y malaria, y la disentería endémica sigue siendo especialmente letal entre los neonatos. De hecho, el 50% de los fallecimientos de adultos diagnosticados como "SIDA" murieron tuberculosos; pacientes diagnosticados con TB a menudo se registran como falsos positivos al test de anticuerpos VIH.

En los últimos quince años, cada vez que he preguntado a las autoridades sanitarias de Ghana qué es lo que se necesita para aliviar la carga de la enfermedad en África, el acceso a antirretrovirales siempre estuvo ausente. En cambio, siempre han instado a un enfoque multisectorial. La primera prioridad es proteger y apoyar la nutrición y la salud de la mujer embarazada, ya que en desórdenes inmunitarios y enfermedades sistémicas tan diferentes como diabetes e hipertensión "todo empieza en el útero".

La obsesión médica con la supuestamente siniestra naturaleza de la sexualidad africana ha sido evidente desde finales del siglo XVIII hasta mediados del siglo XX, cuando se estableció como un hecho, en prestigiosos periódicos médicos, que la sífilis era un tipo de lepra que se extendió por Europa, desde África, en algún momento de la Edad Media. Hasta Freud, es decir, hasta 1906, la piel oscura era considerada como síntoma de lepra. Durante trescientos años, la principal preocupación del establishment médico en Europa fue eliminar las enfermedades de transmisión sexual por medio del control social. Con respecto a las colonias, este fue un asunto fundamental en los programas sociales de reformas -ya que la sexualidad de los nativos se entendía como primitiva y requería observación, reforma y control-, y hoy todavía lo es.

Las políticas coloniales, como medida preventiva clave, incluyeron

campañas de educación de masas para estimular una modificación de la conducta, atribuyendo la expansión de los contagios a la inferioridad cultural africana, a ciertos atributos de carácter personal, a la ignorancia, y a la inmoralidad de los extranjeros que socializaban con los nativos. La segregación de los grupos de alto riesgo de los de bajo riesgo se efectuó mediante la aplicación por "zonas" de las leyes, estableciendo barreras sociales protectoras y "mentalidad fortaleza" entre una élite racial y los nativos plebeyos.

El discurso de las recomendaciones globales para el siglo XXI sobre el SIDA en África sigue haciendo recaer la responsabilidad de intervención en situaciones de enfermedad y cuidados paliativos sobre el individuo, sobre quien debería ser ayudado, no sobre el acceso asegurado a tratamiento médico, condiciones sanitarias de vivienda, agua limpia y adecuada ingesta de calorías, primero y principalmente por las iglesias y otras instituciones religiosas para mejorar los rasgos de carácter y las costumbres sexuales. Por ejemplo, el 6 de mayo de 2013, Peter Piot, director de la "London School of Hygiene and Tropical Medicine", vino a la Universidad de Ghana y dirigiéndose a los principales profesionales sanitarios del país, en la actualidad asociados con UNAIDS, empezó su presentación como antiguo director ejecutivo de UNAIDS, lamentándose del reciente descenso del uso de condón en Ghana y aplaudiendo el también reciente descenso en la prevalencia de seropositividad, gracias a una mayor disponibilidad de medicamentos antirretrovirales. Ya no es tanto que estos comentarios, hechos para distraer, sean insultantes y despectivos para tan augusta audiencia, las tergiversaciones de Piot son contraproducentes desde el punto de vista del urgente esfuerzo de abordar las razones por las que los ghaneses continúan sufriendo desproporcionadas tasas de mortalidad y morbilidad, a pesar del reciente espectacular aumento de su PIB.

Helen Lauer es profesora de Filosofía y trabajó como jefa del Departamento de Filosofía y Clásicos de la Universidad de Ghana de 2008 a 2012. Máster en Humanidades (1983) y doctorado en Filosofía (1986) por la City University of New York Graduate and Research Center. En la actualidad es miembro de la dirección de "Rethinking AIDS".

University of Ghana, perfil: v.gd/Kexjd2

Estamos en 2014, treinta años después de la conferencia de prensa donde Margaret Heckler, US Secretary of Health and Human Services, anunciara que "se ha encontrado la probable causa del SIDA, una variante de un conocido virus del cáncer humano, llamado HTLV-III". No había pruebas suficientes para su declaración entonces y sigue sin haberlas hoy. Más tarde, el HTLV-III sería rebautizado como el "virus de la inmunodeficiencia humana", o "VIH". Pero incluso antes de su anuncio ya estaba claro que el nuevo síndrome no se estaba comportando como una enfermedad infecciosa, sino que estaba limitado, casi totalmente, a dos principales grupos de riesgo: consumidores de heroína y hombres gay.

Desde 1984 algunas cosas no han cambiado. El "SIDA" todavía figura como la mayor metedura de pata y el engaño más grande de la historia médica –una epidemia de incompetencia y una epidemia de mentiras. El "SIDA" sigue siendo tan solo un constructo; en primer lugar, las definiciones oficiales de "SIDA" nunca tuvieron sentido y han cambiado, de un modo radical, con el paso del tiempo. No existe aún evidencia de que el "VIH" exista como virus real, infeccioso y flotante (en plasma) –una partícula que podría ser fotografiada con un microscopio electrónico. Los medicamentos anti-VIH que se prescriben siguen siendo inútiles y tóxicos. Los medios de comunicación mayoritarios (MM, en sus siglas en inglés) todavía ocultan toda información no acorde con la ortodoxia dominante. Los expertos del "SIDA" siguen siendo incompetentes y deshonestos.

Algunas cosas han cambiado. Una de ellas es el desarrollo de un movimiento de críticos del SIDA: miles de científicos y otros profesionales que han hecho un llamamiento público para la re-evaluación de la hipótesis VIH/SIDA. Internet ha abierto una brecha en el muro de censura de los medios de comunicación mayoritarios (MM); ahora hay decenas de páginas web disidentes, con miles de videos y artículos. La sección del "SIDA" en mi propia página es: paganpressbooks.com/jpl/AIDS.HTM. (Sensible a mayúsculas).

Una diferencia crucial es que los expertos del SIDA ya no hablan de "SIDA", sino de "enfermedad VIH", al mismo tiempo que hacen todo lo posible para mezclar los dos conceptos. Los primeros casos de "SIDA" estuvieron en realidad muy enfermos; no vivieron mucho. Pero ahora, los que son VIH positivo pueden al mismo tiempo tener una salud perfecta – hasta que reciben el terrorífico diagnóstico y les prescriben "cócteles" farmacéuticos. De ahí en adelante, todo va cuesta abajo: primero, malestar general; luego, deformidades físicas; y, finalmente, la muerte. Muchos de ellos mueren antes de desarrollar ninguna de las, aproximadamente,

veintinueve enfermedades "indicadoras de SIDA". A estas muertes las llaman "muertes anteriores al diagnóstico", y no se cuentan como muertes por "SIDA" –reforzando así el mito de que las muertes por "SIDA" disminuyen gracias a los nuevos medicamentos. En Massachusetts, donde vivo, la insuficiencia hepática causada por los medicamentos es la principal causa de muerte entre "VIH positivos".

Intentar seguir, o interpretar, las estadísticas de los Centres for Disease Control (CDC) es como pisar sobre gelatina: resbaladizo y peligroso. Se cambian las definiciones y se mueven los palos de la portería. No obstante, datos de informes del CDC dicen que, en Estados Unidos, más del 96% del total de las muertes de "personas con diagnóstico SIDA" se produjeron después de que el AZT llegara al mercado, en 1987, el año en que la incidencia del "SIDA" alcanzó su pico más alto y empezaba a bajar. Esto sugiere que las muertes fueron causadas por el AZT y otros medicamentos, no por ningún virus. Prudentemente, los CDC declaran: "Las muertes de personas con diagnóstico de SIDA pueden ser debidas a cualquier causa – es decir, la muerte puede estar relacionada con el SIDA, o no".

Hablando de mí mismo, ya no tengo otro medio que internet para mis escritos sobre el SIDA. *El New York Native*, que había publicado más de cincuenta de mis artículos entre 1985 y 1996, desapareció por un boicot dirigido por Act Up, cuyos líderes estaban confabulados con Big Pharma. Los otros medios, pocos, que me habían publicado, o cerraron o sucumbieron a la ortodoxia del SIDA. En vez de darme cabezazos contra la pared, me he dedicado a otros temas: los poetas del Romanticismo inglés, especialmente los hombres del círculo Shelley-Byron, una historia gay.

Al mismo tiempo que internet promueve el pensamiento crítico en torno a temas previamente prohibidos, hay un clima de conformidad que afecta a una gran masa de americanos. Es un clima de miedo –un miedo a salirse del camino marcado- un miedo a cuestionar el discurso oficial. Estoy orgulloso de la charla que di en Viena en 2010, "El engaño del SIDA y los Hombres Gay", y envié un link al editor de una revista gay que publica mis artículos regularmente. Rechazó su lectura y me escribió: "Francamente, es pura idiotez. ¡¡¡PARA!!!" Ha publicado muchos artículos ortodoxos sobre el SIDA, pero rechazó de muy mal humor la publicación de una sola carta de un crítico canadiense del SIDA.

En 1984, todas las publicaciones gay estaban llenas de anuncios de poppers, en color y a toda página. Eso se acabó. Aunque se supone que los poppers son ilegales, se consiguen fácilmente por internet, y también bajo mano en establecimientos de sexo. Un bar de Viena los tiene a la venta por 12 euros.

En vez de poppers, las publicaciones gay anuncian "tratamientos VIH".

The Advocate, en su número de diciembre de 2013, tiene un anuncio de una página dedicada a Tivicay (dolutegravir), cuatro páginas de anuncios de Stribild (mayormente avisos, "tratamiento completo VIH-1 con sólo una pastilla al día."), y cuatro páginas de anuncios de Complera (anuncios también, sobre todo, "Un tratamiento VIH completo con sólo una pastilla al día."); ambos, Stribild y Complera están fabricados por Gilead. Los hombres gay representan aún el mayor mercado de "tratamientos VIH", porque ellos, a diferencia de la población general, son el objetivo de las campañas de test VIH –con los inútiles e invalidados test ELISA y Western blot.

En mi opinión, el panorama es todavía sombrío, pero finalmente se sabrá la verdad, y espero que eso ocurra estando yo vivo.

John Lauritsen, Harward College, AB 1963. Antes de retirarse, Lauritsen fue un especialista en análisis de investigación de mercados. Es el autor de once libros, entre los que se incluyen The AIDS War: Propaganda, Profiteering, and Genocide from the Medical Industrial Complex *y* Poison by Prescription: The AZT Story.

paganpressbooks.com

El "VIH" celebró su treinta aniversario el 23 de abril de 2014. Ese mismo día de 1984 el gobierno de los Estados Unidos, en una conferencia de prensa protagonizada por la ministra secretaria de salud de la administración de Ronald Reagan, Margaret Heckler, proclamó ante el mundo que "se había encontrado la probable causa del SIDA". Atribuyó el descubrimiento a un burócrata de la investigación del cáncer, cuestionado por razones éticas, llamado Dr. Robert Gallo, de los "National Institutes of Health".

Aquellos que han estudiado esta politizada teoría de ciencia basura durante años, como la video-periodista de investigación y escritora Joan Shenton, saben que la inmunodeficiencia "observada" (por otra agencia USA, los "Centers for Disease Control") en un pequeño número de hombres gays, no tenía nada que ver con ningún misterioso retrovirus patógeno. Su causa era multifactorial. A continuación, sigue un breve resumen de la historia de lo que realmente estaba sucediendo entre los hombres gays urbanos, grandes consumidores de drogas y los africanos y afroamericanos pobres desde "la invención del virus del SIDA".

Década entre los años 1960 y 1970:
I. **Preludio de la tormenta:** La revolución sexual, gay y de consumo de drogas allana el camino a la inmunodeficiencia.

1981
II. **"Inmunodeficiencia Relacionada con los Gais" y "SIDA":** La tormenta perfecta se cobra sus víctimas por medio de (1) ataques agudos y crónicos de patógenos como resultado de mantener de relaciones íntimas con múltiples parejas, (2) la exposición sin precedentes a toxinas de drogas como "poppers" y cocaína, y (3) el machaqueo de los gays y el estrés inducido por el miedo que se da desde el momento que los CDC "advierten" deficiencias inmunitarias en junio de 1981.

1984
III. **"Invención del virus del SIDA":** Los burócratas de las enfermedades infecciosas de los CDC y NIH, que no habían tenido una buena plaga a la cual combatir desde la guerra de la polio, inventaron una explicación basada en la teoría de los gérmenes del siglo XIX para la ambigua no-enfermedad, el problema de salud que decidieron definir como "SIDA", etiquetado como "La venganza de Dios contra los homosexuales" por la Derecha Religiosa emergente, al mismo tiempo que abrazado por los activistas gay negacionistas como "la enfermedad que afecta a todos".

1986

IV. **SIDA por receta:** "Act Up", la FDA y Big Pharma crean una alianza que lleva a la muerte a miles de personas que, como lemmings, corren para lanzarse al mar de altas dosis de AZT.

1987

V. **Duesberg, la disensión y el juego de nombres del "VIH":** El Dr. Peter Duesberg se enfrenta a la mala ciencia de sus antiguos colegas, lo que lleva a un movimiento de discrepancia en todo el mundo (Perth, Reghinkg, Mbeki, et al.) ignorado por los medios de comunicación de masas y atacado como "negacionismo" tipo Holocausto por la Industria del SIDA. Entretanto, los gobiernos francés y americano hacen movimientos para compartir la fuente de riqueza, rebautizando el "LAV" de Montagenier y el "HTLV-III" de Gallo como el políticamente correcto y rentable "VIH".

1992

VI. **SIDA por redefinición de los CD4 según los CDC:** Al agotarse las "enfermedades definitorias de SIDA", los burócratas de los CDC del gobierno de los Estados Unidos, a la vista del declive de la "epidemia" y del aumento de muertes debidas al AZT y otros inhibidores de la transcriptasa inversa experimentales, ampliaron espectacularmente su definición de SIDA, incluyendo la cifra de 200 o menos células T, sin necesidad de presentar enfermedad.

1996

VII. **Tienes que tomar HAART, HAART por un tubo:** La consigna "golpea duro y pronto" la carga viral (de ciencia basura), lleva a la administración de "cócteles" de quimio a los llamados "HIV positivos", atrapando a millones de personas "tratamientos" que inducen la muerte a largo plazo.

2000

VIII. **El no existente "SIDA heterosexual" blanco se exporta y traslada a África y a los afroamericanos:** SIDA por ser negro y pobre del tercer mundo. Contraataque de Mbeki contra las alucinaciones racistas acerca de las prácticas sexuales en África. La anunciada "epidemia" heterosexual de SIDA no se materializó en el occidente caucasiano. La teoría fue entonces es transferida a heterosexuales negros en el África subsahariana, que desde hacía mucho tiempo estaba acosada por la malnutrición, la carencia de instalaciones sanitarias, agua para beber

cargada de patógenos inmunosupresores y un sinnúmero de viejas enfermedades.

Siglo XXI

IX. **Explosión de La Industria del VIH/SIDA:** Cuando amaneció el siglo XXI, el director de los NIH/NIAID había pasado más de quince años promocionando la teoría de un único patógeno (causante) del SIDA, con decenas de miles de millones de dólares USA provenientes de los impuestos, y rechazando gastar ni un céntimo en la hipótesis multi-factorial. El presidente George Bush anunció cincuenta mil millones de dólares para el PEPFAR [President's Emergency Plan For AIDS Relief] – asumiendo el peso de la responsabilidad del hombre blanco en África. Miles de lucrativas (organizaciones) "sin ánimo de lucro", famosos oportunistas de lazo rojo e inventores de epidemias de la UNAIDS crearon nuevos clientes para la codicia de Big Pharma, al tiempo que la HAART seguía atacando a los llamados "HIV positivos", y el gasto total del gobierno en VIH/SIDA se acercaba a los cuatrocientos mil millones de dólares. Montagnier, el primero que mencionó los "cofactores VIH", en 1990, se apartó más de la teoría de un único patógeno en una entrevista dos años antes de su Premio Nobel 2008 por el "descubrimiento" del VIH. Montagnier declaró con total claridad en el documental *House of Numbers*: "Podemos exponernos al VIH muchas veces sin ser infectados de forma crónica. Nuestro sistema inmunitario se librará del virus en cuestión de pocas semanas, si tienes un buen sistema inmunitario." Por estos sinceros comentarios, fue condenado al ostracismo por la ortodoxia del VIH=SIDA, que lo reducen en la historia del VIH/SIDA a alguien poco menos que "inexistente".

2014

X. **La locura del Test y el Tratamiento y la PrEP:** Fauci en complicidad con Gilead, a cuyo CEO John C. Martin había nombrado para su "comité asesor" en el NIAID en el año 2000, usando el Truvada "regalado" en multimillonarios, y con sesgo confirmatorio, ensayos clínicos experimentales en sujetos del tercer mundo. La FDA en complicidad con Gilead para promover la quimioterapia antirretroviral en "positivos" no enfermos y con (test de) anticuerpos "negativo". El "VIH" celebra su trigésimo aniversario el 23 de abril de 2014 y el difusor de la teórica "enfermedad VIH" se acerca a los treinta años (3 de noviembre de 2014) como zar, no elegido, del SIDA USA.

(Para una larga discusión del invento Sexo = VIH = SIDA = Muerte,

ver: v.gd/0UvR3m)

Terry Michael. Antiguo periodista y secretario de prensa, dirige el Washington Center for Politics and Journalism, organización comprometida con la mejora del periodismo sobre asuntos públicos. Sus ensayos personales y su periodismo de investigación desafían a la ciencia politizada y corrupta, incluyendo el fraude VIH/SIDA.

terrymichael.net

A lo largo de tres décadas hemos visto como la epidemia de SIDA de los años 80 del siglo pasado, se metamorfoseaba en la (epidemia) del híbrido VIH/SIDA, la cual, en el año 2010 pasó a llamarse, finalmente, epidemia VIH. El VIH/SIDA fue inventado para ocultar el hecho de que, desde 1993, bastante más de la mitad de todos los nuevos casos de SIDA en los Estados Unidos no padecían enfermedad alguna. De esta manera, un problema de salud real se transformó en la fantasía de salud pública llamada VIH. Una consecuencia surrealista de esta transformación fue el titular "Hair Strand Study" que apareció en el *San Francisco Chronicle* el 5 de noviembre de 2009. El artículo reveló que la Ciudad de San Francisco, junto a la Universidad de California, San Francisco, estaban reclutando hombres y mujeres de pelo negro, que fueran VIH negativo, para administrarles medicamentos anti-VIH. Los objetivos declarados del estudio eran: 1) ver si la presencia del medicamento en el pelo pudiera ser usado como medio para determinar si los pacientes estaban cumpliendo el régimen de tratamiento anti-VIH prescrito, y 2) ver si las personas VIH negativas pudieran beneficiarse del uso de estos medicamentos.

El primer objetivo plantea serios problemas sociológicos y de derechos humanos. El segundo objetivo es simplemente una locura. Los medicamentos anti-VIH están entre las sustancias más tóxicas aprobadas jamás para uso humano. Vienen con etiquetas que avisan de consecuencias que constituyen una amenaza para la vida. Los medios no informan de que el cáncer representa ahora entre el 25-35% de las muertes en personas VIH positivas que toman la combinación de medicamentos anti-VIH conocida como HAART. Nadie ha dicho nunca que el VIH cause cáncer, la causa primaria de todos estos cánceres es la HAART. Hoy en día, la HAART es responsable de alrededor de los tres cuartos de todas las enfermedades y muertes entre aquellos que toman los medicamentos. El número real es probablemente más alto, pero no es posible realizar un recuento preciso.

En 1999, Orenstein y LeGall-Salmon avisaron de que "La combinación de terapia antirretroviral … pone a los pacientes con enfermedad VIH en riesgo elevado de reacciones adversas e interacciones de dichos medicamentos. Se ha informado de hepatitis grave con todas las clases de agentes antirretrovirales disponibles en la actualidad." No sorprende que la insuficiencia hepática se haya convertido en la principal causa de muerte entre los que toman los medicamentos anti-VIH.

El AZT (un nucleósido análogo) fue el primer medicamento anti-VIH. Los nucleósidos análogos son la columna vertebral de la HAART. Fueron desarrollados en los años sesenta del siglo pasado como quimioterapia del cáncer, para impedir la división celular. Son citotóxicos, lo que significa que envenenan las células. Una de las formas en que esta clase de medicamentos mata a las células es impidiendo la síntesis del ADN. Por ello, los nucleósidos análogos son carcinógenos. Con anterioridad a la llegada del SIDA, el AZT había descartado para tratar el cáncer porque era demasiado tóxico. Si un médico prescribiera nucleósidos análogos, de por vida, a un paciente de cáncer, sería culpable de mala praxis, probablemente perdería su licencia y podría acabar en la cárcel. Pero si tienes anticuerpos positivos al llamado test de VIH, el protocolo de atención es tratarte con esos medicamentos de por vida –la cual, gracias a esos mismos medicamentos, será demasiado corta.

Para mantener los beneficios económicos y la histeria del SIDA en niveles elevados, la comercialización de los test VIH y la (terapia) HAART se trasladaron desde las zonas de Estados Unidos y Europa, relativamente libres de SIDA, hacia África y otras regiones pobres del mundo. Los africanos por supuesto que no pueden pagar esos extraordinariamente caros medicamentos, pero los contribuyentes de los USA (principalmente) y Europa sí pueden, y lo hacen. Legislaciones como la PEPFAR norteamericana aportan decenas de miles de millones de dólares para que las empresas farmacéuticas puedan volcar sus medicamentos anti-VIH en África.

En tanto que los horrores de los medicamentos anti-VIH no son publicados en los Estados Unidos, los africanos hablan libremente acerca de "El Lado Feo de los ARVS" (medicamentos antirretrovirales). En 2005, la ONG "African Woman and Child Feature Service", de Nairobi, presentó una devastadora exposición de la toxicidad de la (terapia) HAART. Estas citas pueden servir como muestras del informe:

> "Percibidos como una intervención clave en la prolongación de la vida de los infectados por el VIH, ahora está resultando que son letales…"
>
> "Los médicos cuentan historias de haber presenciado la muerte de pacientes que no superan los efectos secundarios potencialmente fatales de los ARVS."
>
> "Estos efectos secundarios pasan a ser mortales, si quienes los dispensan carecen de los conocimientos para diagnosticarlos a tiempo".

Para ocultar el hecho de que la HAART causa enfermedades del SIDA, y muerte, se inventó el Inmune Reconstitution Syndrome (Síndrome de Reconstitución Inmunitaria -IRI, IRIS o IRI, según sus siglas, en inglés). Conforme al CDC, el objetivo de la HAART es aumentar el número de células CD4 y bajar la cantidad de VIH, la llamada carga viral. Sin embargo, "La tasa de mejora de los conteos de CD4 y la tasa de caída de la viremia (carga viral) están ciertamente asociadas con riesgo de IRIS". Es importante comprender que el IRS aparece *únicamente después* de tomar medicamentos anti-VIH. Si padeces las enfermedades antes del tratamiento, las llaman SIDA. Si esas mismas enfermedades aparecen después de tomar la HAART, y se cumplen las condiciones del CDC, se llaman IRS.

La HAART es altamente tóxica para las mitocondrias, lo que lleva al fallo de múltiples órganos –músculo, páncreas, hígado, corazón, sistema nervioso periférico, cerebro- causando acidosis láctica y muerte. Los pacientes y el público ignoran dos de las más comunes y graves enfermedades causadas por la (terapia) HAART. No se le da publicidad al hecho de que alrededor del 50% de los pacientes a tratamiento con HAART padecen daño cerebral en la forma de leucoencefalopatía multifocal progresiva (PML, en sus siglas en inglés) en semanas o meses, y entre el 11% y el 83% de los pacientes pierden parte o toda su visión.

A las organizaciones locales africanas que hacen campaña para las empresas farmacéuticas, tales como "Treatment Action Campaign" (TAC), se les ha asignado la tarea de quitarle importancia a la alta incidencia y magnitud de la toxicidad de la HAART. Dichas organizaciones quieren que la gente crea que el IRS es señal de que los medicamentos anti-VIH están mejorando el sistema inmunitario de las personas que lo toman. Esta táctica de prestidigitación no sólo intenta darle un carácter positivo al IRS, sino que también permite una bajada aparente de enfermedades definitorias de SIDA y muertes, por medio del truco contable de renombrarlas como IRS. George Orwell y Lewis Carroll se deben estar revolviendo en sus tumbas.

David Rasnick es doctorado en Química por el Georgia Institute of Technology. Tiene más de veinte años de experiencia en la industria biotecnológica/farmacéutica, habiendo trabajado en las áreas del cáncer, enfisema, artritis y enfermedades infecciosas. Fue miembro del Presidential AIDS Advisory Panel of South Africa (Comité Asesor Presidencial de Sudáfrica sobre el SIDA). *Su último libro es* The Chromosomal Imbalance Theory of Cancer: The Autocatalyzed Progression of Aneuploidy is Carcinogenesis, *y actualmente es director científico de la "Office of Medical and Scientific Justice".*

davidrasnick.com/Home.html

El 23 de abril de 2014 se cumplieron 30 años desde que Margaret Heckler anunciara al mundo que el VIH era la "probable causa" del SIDA, iniciándose así una auténtica guerra contra un microbio. ¿Pero cuáles han sido las victorias obtenidas en esta guerra?

Es un hecho claro que los vaticinios que se hicieron hace más de un cuarto de siglo nunca se materializaron:

- No ha habido pandemia global, ni muerte masiva de personas.
- La población de Sudáfrica pasó de más de veinte millones en 1986, a más de cincuen-ta millones en 2011. Un incremento de más del doble.
- No ha habido epidemia en Rusia, Ucrania ni Bielorrusia.

Pero la histeria con motivo del VIH/SIDA ha provocado la proliferación de todo tipo de instituciones relacionadas con el SIDA y se ha potenciado la medicina. Mujeres embarazadas sanas que resultan positivas en el test de VIH son víctimas de esos venenos, a pesar del hecho de que el embarazo en sí mismo puede ser causa de un resultado positivo en ese test.

La Ley Federal de Rusia establece, desde 1995, un test de VIH obligatorio para los donantes de sangre y órganos, y para los pacientes de ciertas enfermedades. A esa prueba, en el año 2011, se le dio carácter voluntario. ¿Pero, cual es la realidad? Que la prueba se le practica a la gente, contra su voluntad, en todas partes; a las mujeres se les hace tres veces durante el embarazo. No se le exigen responsabilidades a nadie por estas violaciones de la ley. Es más fácil aceptarlo que quejarse.

El resultado es la destrucción sistemática de la familia. Las madres son coaccionadas para que aborten. Si se oponen, se les dan antirretrovirales, tóxicos, que destruyen el sistema inmunitario. Esto equivale al genocidio de una nación.

En mi intercambio de correspondencia con mujeres embarazadas de diferentes partes de Rusia, me entero del engaño que practican los médicos del SIDA. Mujeres embarazadas sanas que dan un falso positivo en el test son humilladas por los trabajadores de la salud. En los centros del SIDA las califican de drogadictas y prostitutas; son intimidadas constantemente, convirtiendo un embarazo normal en un infierno.

Pese a que la leche materna fue condenada por ser una forma de transmisión del VIH, los expertos dicen ahora que una proteína de esta

leche puede proteger a los niños contra las infecciones.

Pero las mujeres siguen tomando tóxicos antivirales en lugar de amamantar, debido a la amenaza de que les quieten a sus hijos si se oponen al envenenamiento de sí mismas y de sus bebés. Esto es doloroso para las mujeres, cuyo instinto maternal les dice que amamantar es lo mejor para el bebé. Aunque el artículo 20 de la Ley Federal de Rusia garantiza el derecho a rechazar la medicación, esto es ignorado por los centros de SIDA que ejercen su poder involucrando en ello a trabajadores sociales y a fiscales, quienes realizan un seguimiento de las demandas por abuso infantil, pero no hacen lo propio con los denunciados.

Surgen las preguntas: ¿Qué es un centro – entiéndase institución- del SIDA? ¿Quienes trabajan allí?, ¿Verdugos de bata blanca? ¿Quién les dio el derecho de dictar el destino de la gente basándose en unos análisis que no tienen fiabilidad?

En Rusia se gastan enormes cantidades de dinero:

- En 2012 se dedicaron más de 600 millones de dólares del presupuesto federal para la detección y tratamiento de la infección VIH.

- En 2013 se dedicó la misma cantidad.

- En 2014, el presupuesto total dedicado a la lucha contra el VIH fue de 600 millones de dólares, de los cuales, 550 millones se reservaron para antirretrovirales, eso es más dinero para medicamentos que para investigación, ¡teniendo en cuenta que se trata de un virus inexistente!

Los antirretrovirales destruyen las células de la médula ósea y del sistema linfático intestinal –partes del sistema inmune. Es decir, estos medicamentos causan inmunodeficiencia, no la curan. Como resultado de destruir la inmunidad de las madres y de sus hijos, están destruyendo nuestro patrimonio genético.

En los prospectos de estos medicamentos se dice claramente que no se ha establecido su seguridad durante el embarazo. Las mujeres embarazadas no quieren tomarlos, ni dárselos a sus hijos, pero son obligadas a hacerlo. Algo que se vuelve aún más perverso al saber que ese dinero estaría mejor empleado en medicinas para enfermedades reales.

A pesar de enorme trabajo empleado para demostrar lo absurdo de la teoría

viral del SIDA, la falta de fiabilidad de los test y la toxicidad mortal de los antirretrovirales, la generalización de las pruebas del VIH continúa.

Los medios de comunicación actúan como si la información no existiera y siguen propagando el dogma VIH/SIDA. Esa es la razón de los disidentes rusos, ucranianos y bielorrusos –la mayoría personas VIH positivas que cayeron en la trampa del SIDA- se unieron e iniciaron una petición destinada a que se ponga fin a las pruebas del VIH y acabar definitivamente con las consecuencias de un diagnóstico positivo.

La Dra. Irina Sazanova es médica, asesora del Central Council of the All-Russian Public Movement "All-Russian Parent Meeting", y miembro del Sindicato de Periodistas de Moscú.

*El escrito original ha debido ser editado varias veces, debido a que la autora no se expresa con la misma soltura en inglés.

SIDA y VIH. Pronúncialas con el fervor religioso que se merecen. Y, no te equivoques, son creencias religiosas, nada más y nada menos. Y que esto no te lleve a pensar que pueden ser desechadas con facilidad –un sistema de creencias tipo cuento de hadas, destinado a los que somos más incautos. Pero nada podría estar más lejos de la verdad. La religión es la fuerza más poderosa de la tierra en cuanto a sociedades humanas se refiere. Y esta cosa –"VIH/SIDA"—es parte inseparable de nuestra iglesia del liberalismo y la tecnología de finales del siglo XX.

Si has profundizado en el tema habrás notado que no hay "ciencia" ahí, no hay cálculo matemático, nada concreto que satisfaga tu mente en el caso de que la permitas pasearse sin restricciones por territorio prohibido. Pero no te equivoques, está terminantemente prohibido: preguntarse por qué tememos al sexo, por qué hemos de sacrificarnos como soldados voluntarios al servicio de un señor de la vergüenza y la desesperación como el demonio del SIDA.

Pero me estoy poniendo dramático. Déjame decirlo con otras palabras. Poco después de la invención de la máquina de vapor y antes de la normalización del ordenador doméstico, nos las arreglábamos solos para librarnos –enterrándolas bajo sábanas de plástico- de nuestra naturaleza tribal y su correspondiente sistema de creencias sobrenaturales. Las reemplazamos con un dios de la tecnología, que comía, rezumaba y se formaba a sí mismo a partir del petróleo, pero nos ocultaba su fuente de energía bajo una capa de luz eléctrica y movimiento. Este nuevo dios nos podía proporcionar tiempo de descanso, mecanización agrícola, automóviles, viajes en avión, azúcar y chocolate, naranjas en invierno, plátanos todo el año, y este nuevo imitador de la vida llamado "plástico", que ahora forma la base deforme de un mundo empeñado en acumular más y más de sí mismo hasta que … (Y no tenemos una respuesta a esa pregunta, pero no parece ser prometedora, si tomas Japón como un presagio –y yo lo hago).

¡Pero me estoy poniendo dramático –de nuevo! Bien, ¿De qué otra forma puedo decirlo? Siempre tenemos un dios. Hoy nuestro dios vive bajo la pretensión de no tener ninguno porque tenemos 'ciencia'. Este nuevo todopoderoso "Deus-in-machina" vive en ese punto ciego –adoramos la ingeniería y la tecnología y las inculcamos con la misma fuerza que cualquier fundamentalista lo haría con su credo.

Encuentra a un ateo declarado y encontrarás a alguien que adora la ciencia

tan ciegamente como un sacerdote o prelado del cristianismo medieval adoraba su noción de Yahveh o Yeshua ("Jesús"). Pero es sólo la noción (la idea a escala humana) de "dios" o "ciencia" lo que adoramos. No podemos ver la verdad. La verdad está más allá de nuestras pequeñas capacidades. Podemos ver detalles pequeños. Imaginamos que al añadir unos cuantos más, tenemos la "verdad". (Imaginamos erróneamente).

No podemos interiorizar el significado total de la existencia; vemos muy poco y creemos que es mucho. No podemos ver la razón del universo, en la misma medida que una hormiga no puede hacer tu declaración de impuestos. Las hormigas son criaturas de complejidad y diseño asombrosos –pero no pueden descifrar el misterio del sistema de impuestos (o el uso de un bolígrafo o de un procesador de textos), de la misma forma que nosotros no podemos comprender la naturaleza de la naturaleza, o del universo.

Nos contamos historias a nosotros mismos para hacer que las cosas invisibles, eternamente incomprensibles, se hagan tolerables y analizables, a modo de alivio. Adoramos a los ídolos que nos sugieren nuestras limitadas mentes humanas. Cuando cometemos el error de creer al pie de la letra la posibilidad real de las historias construidas por grupos de hombres – nos convertimos en los tontos de la historia.

Somos una especie religiosa. Argumenta en contra de esta proposición, y enseguida crearás otro credo. Elimina una religión, y otra surgirá de sus cenizas, vistiendo una nueva capa sobre los mismos huesos, intestinos y dientes. Elimina de una tribu una costumbre generalizada, y esa costumbre se revivirá a sí misma con un nuevo atuendo. A saber: la vacunación encaja perfectamente con el bautismo. Son el mismo rito, practicado por un clero diferente. Ambos dan la bienvenida a un niño al mundo y afirman repeler demonios futuros. La 'ciencia' de la vacunación es tan pobre e inconsistente que únicamente un tonto la defendería en una discusión seria.

Y Dios ayuda al académico que alcanzó su estatus, pero posteriormente cambió de opinión acerca del proyecto médico. Nadie es tan cruel e inhumano en el mundo moderno como los grandes sacerdotes de la medicina. No pueden tolerar la pluralidad de opiniones en sus filas. Se esfuerzan al máximo para destruir a los disidentes en el aquelarre. Muchos de ellos han sido puestos en la picota por cambiar de opinión: Pauling, Wakefield, Duesberg, Culshaw, Fishbein, Rath, Humphries –y muchos más que no conoces. Apártate de la línea y serás un apóstata, te crucificarán

también a ti y lo pondrán en la cruz que instalen para ti en sus periódicos. Porque estas ciencias son la religión moderna.

El SIDA y el VIH refuerzan la vigencia de las antiguas prohibiciones sobre el sexo con 'el otro'. Es decir, la noción moderna de que las clases y razas denigradas (africanos, hombres homosexuales y adictos a las drogas) mueren porque realizan prácticas sexuales, es sólo una pequeña variante de la noción victoriana (y levítica) de que estas mismas razas morirán (o deberían hacerlo) porque tienen un sexo cristiano, (o no-judaico, o lo que sea que la tribu adopte como argumento. Toda tribu tiene normas y prohibiciones contra la práctica sexual con el "otro").

Somos criaturas espirituales, adoradores de la naturaleza y contadores de historias capaces de inventar herramientas. Eso debería ser suficiente, pero abandonamos la naturaleza y empezamos a adorar a nuestro propio ego cuando descubrimos, por medio del poder de la energía del carbón y del petróleo, cómo (momentáneamente) subvertir y dominar esa misma naturaleza. Hemos eliminado nuestras viejas costumbres y, de un plumazo, las hemos refundido en una sociedad de hormigas altamente mecanizada.

Vas a tener que perdonarme por sonar como un adusto filósofo de la Ilustración, despotricando contra los presuntos avances de la época. Estoy muy enfadado con el progreso humano. Ojalá dejáramos de intentar ser mejores de lo que somos, porque vamos de mal en peor.

Liam Scheff es periodista, escritor, artista, comentarista de radio y monologuista sobre los mitos contemporáneos de la ciencia, la política y la cultura. Su libro, Official Stories: Counter-Arguments for a Culture in Need, *trata de los mitos de la ciencia y la cultura modernas.*

liamscheff.com

Como médico, el SIDA no era un tema que me atrajera especialmente, mi interés por él se produjo contra mi voluntad, al dar positivo en ese fraude de test, llamado de VIH, en junio de 1987.

Los primeros seis años fueron atroces, hasta que el año 1993, de un modo casual, supe de la disidencia del SIDA de la mano de Lluis Botinas y Alfredo Embid, (que me ayudaron a empaparme de lecturas, primero de Duesberg, Mullis, Shenton, Lauritsen, C. Farber, Giraldo…y más tarde de Papadopulos, Kremer, Lanka y otros).

Una vez convencido de los detalles y magnitud del fraude, intenté divulgar, por todos los medios a mi alcance, este importante asunto, sobre todo entre las víctimas directas de este fraude, sin excluir otros ámbitos.

Desde 1998, y gracias a la labor de denuncia, tanto de científicos como de profesionales comprometidos, la información crítica sobre el SIDA ha experimentado una enorme difusión, que se manifiesta en la aparición de páginas que difunden esta información en prácticamente todos los idiomas, así como grupos de personas en distintos países que se juntan con el ánimo de acabar con este fraude. A eso se ha sumado, en los últimos años, su difusión a través de las redes sociales. Sin embargo, a nivel de los grandes medios de comunicación habituales, sobre todo prensa y canales de tv mayoritarios, la información disidente sigue estando ausente.

Las personas directamente afectadas por este fraude sentimos una inmensa gratitud por todos aquellos científicos e investigadores que nos han ayudado a abrir los ojos. Esta gratitud es extensible a todos sin distinción, independientemente de los desacuerdos que puedan existir entre corrientes y grupos. Nuestra actitud es la de intentar tomar de cada persona, grupo o corriente, los aspectos más útiles y positivos que nos puedan aportar, sin entrar en los desacuerdos entre ellos, los cuales nos parecen irrelevantes desde el punto de vista práctico.

Desde hace años, sobre todo a raíz de la creación de la red Superando el Sida, me he implicado en la tarea de adaptar y trasladar toda esta información científica crítica a la práctica de las necesidades concretas de las víctimas de este fraude, intentando facilitarles herramientas prácticas, sobre todo en el terreno de la salud, (en el terreno de los derechos está todo prácticamente por hacer), para que superen esta situación.

Pero sigue apreciándose una gran falta de protagonismo, por parte de las

víctimas directas de este fraude, a la hora de implicarse de un modo más directo tanto en la defensa de sus derechos como en la lucha para acabar con él.

Hasta ahora, los investigadores y científicos disidentes, a menudo jugándose su prestigio y sus carreras, han hecho mucho y bien a la hora de desmitificar y acabar con el fraude. Hay una serie de hechos, sin embargo, como la nula disposición por parte del sector oficialista a que se produzca un debate que saben perdido, o las formas cada vez más agresivas para mantener este fraude, que hacen que algunos nos planteemos la necesidad de ir un poco más allá en nuestras acciones.

Creo que deberíamos empezar a valorar hasta qué punto es necesario en estos momentos que, entre todos aquellos que estamos contra este fraude -tanto científicos y profesionales de distintos campos, como víctimas directas de este fraude-, nos planteemos la elaboración de estrategias para acabar con él.

Algo que intentaremos desarrollar, concretar y discutir en los próximos tiempos, desde la vertiente de las personas directamente afectadas por este fraude, para luego proponerlo a las distintas personas, corrientes y grupos que comparten con nosotros el firme deseo de poner fin a este fraude genocida.

El Dr. Manuel Garrido Sotelo es médico en Galicia (España) y fundador de la página web 'Superando el SIDA'.

superandoelsida.ning.com

Prólogo original, 1998

Joan Shenton es conocida por sus numerosas apariciones en canales de televisión, en radio, en la prensa y en encuentros públicos a nivel internacional. Hasta 1987, su relevancia y su prestigio provenían de su experiencia periodística en la exploración de algunas de las principales amenazas a la salud, así como de problemas médicos, desde la desnutrición a la toxicidad de ciertos medicamentos de amplio uso. Desde entonces, ha centrado su capacidad de percepción, su inmensa energía y capacidad de compasión, en el sufrimiento ocasionado por los malentendidos y engaños que han proliferado en todo el mundo en torno al SIDA.

Mi primer encuentro con ella fue en el año 1979, cuando me pidió consejo en un programa de televisión sobre un medicamento tóxico, ahora retirado. Este fue el comienzo de un periodo durante el cual serví, junto a otros profesionales de la salud, como consejero de le empresa Meditel, fundada por ella. Joan ha ganado prestigiosos premios por sus abiertas, precisas y realmente informativas comunicaciones sobre temas de salud, en televisión o cualquier otro medio. Las frecuentes y sinceras sesiones con ella y sus colegas me llevaron a apreciar la calidad de su compromiso con la nueva e importante profesión de periodismo médico, que es en la actualidad una fuente de conciencia y el principal estímulo en la corrección de los peligros actuales para la salud.

Este fue el camino que la llevó al SIDA. Su experiencia la hizo dudar de algunas de las certezas expresadas sobre la causa y tratamiento del nuevo síndrome. Cuando Peter Duesberg escribió su artículo sobre retrovirus, en 1987, respondiendo a la invitación del editor de *Cancer Research*, y afirmó que el VIH no podía causar SIDA, Joan se interesó inmediatamente; cuanto más cuando dicho artículo fue, primeramente, ignorado y después, furiosamente rechazado, por quienes reivindicaban el descubrimiento o bien trabajaban con este nuevo agente. Teniendo conocimiento de que yo me había dedicado a los aspectos epidemiológicos del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, me llamó para pedirme mi opinión. Sondeé a algunos colegas para conocer lo que pensaban sobre el artículo de Duesberg. La respuesta fue que no tenía sentido. La conferencia cumbre sobre el SIDA, en Londres, en 1988, consensuó respaldar otra reunión *ad hoc* que había tenido lugar en Washington, en 1984, que declaraba que el VIH estaba asolando América por medio de la transmisión sexual. Expertos y peritos predecían que se producirían millones de casos y cientos de miles de muertos en pocos años.

La realidad ha demostrado que la mayoría de esas predicciones eran absurdas, incluso inventadas. Pero esa creencia de que la población general en todas partes estaba en riesgo de SIDA debido a la propagación del VIH por medio de transmisión sexual, persistió entre los expertos y centros oficiales, siendo así promulgada como un hecho indiscutible por las autoridades de todo el mundo. La justificada preocupación a nivel local daba paso a un pánico internacional, alimentado por las alarmantes previsiones procedentes, principalmente, de fuentes localizadas en EE. UU., de la OMS y de países del Tercer Mundo en los que el SIDA se veía como una amenaza a la supervivencia de su población trabajadora. En el Reino Unido, la Declaración de Londres condujo a una sucesión de advertencias apocalípticas en todos los medios, superadas únicamente por las de la Organización Mundial de la Salud, los Centros para el Control de Enfermedades de EE. UU. (US CDC, en sus siglas en inglés) y otras autoridades sanitarias, especialmente, en el Reino Unido, la "Health Education Authority", por medio de sus anuncios televisados.

Cualquier intento de criticar todo esto, aun el mero intento, se consideró como mínimo una herejía. Pero Joan Shenton y su modesto equipo, prácticamente los únicos en el campo del periodismo médico y sobre todo a través de varios programas en el Canal 4 de televisión del Reino Unido, sí lo hicieron.

Este libro nos da un relato sincero de a donde condujo todo esto y lo que aconteció después de esta audaz incursión en lo que, ya por entonces, se convirtió en el mayor tema de la historia de la ciencia médica, con muchos más trabajadores, publicaciones, propaganda, profecías, gasto e influencia política dedicados a él que ningún otro. Es revelador como documento para iniciados porque registra respuestas y actitudes con humor a nivel personal. En este sentido, aunque a considerable coste para su empresa, Joan Shenton ha conseguido acceso a varios sanctasanctórums de la ciencia y ha contribuido a pinchar aseveraciones demasiado infladas que, hasta ahora, no habían sido objeto de tanto de crítica como de análisis independiente.

Al decir esto, no la eximo a ella del mismo imperativo, ni ella desearía que yo así lo hiciera. Al cuestionar la ortodoxia médica, y otras, en esta enrevesada área de actividad, ella está sujeta, como el resto de nosotros, a juicios e interpretaciones con los que muchos otros no estarán de acuerdo. Pero su franqueza deja estas páginas abiertas a discusión, incluso corrección, de sus sólidas opiniones sobre el carácter no infeccioso del SIDA (independientemente del VIH), o de la situación en África y de la quimioterapia actual. Aun en las ocasiones en que no estoy de acuerdo con ella, siempre puedo apreciar razones válidas que justifican tan vigorosa

defensa de sus propias opiniones.

En el Reino Unido y en muchos otros países industrializados, el SIDA está muy lejos de ser el desastre que se predijo. Este libro ayudará a los interesados o afectados a comprender el porqué, y a ser más realistas respecto a argumentos artificiosos que todavía superan a otras prioridades médicas. Debería figurar como libro de lectura obligatoria para aquellos que toman decisiones, porque ofrece conocimiento y percepción de una continua crisis en la que destacados descubrimientos científicos, y entregados esfuerzos, han sido frustrados por malentendidos y por engaños, tanto políticos como médicos, a una escala internacional sin precedentes.

Gordon T Stewart es profesor emérito de salud pública en la Universidad de Glasgow.

Artículos en VirusMyth: v.gd/UNuhxV

Preámbulo original, 1998: Una Hipótesis Falsa

El más formidable obstáculo para el avance de la ciencia es la opinión generalmente aceptada por el grupo dominante.

C. H. Waddington, genetista 1905-1975

Estaba muy claro que él (Peter Duesberg) tenía un importante tema científico que exponer. Es un eminente científico. Yo estaba impresionado de que el 'establishment' del VIH, como ahora lo llamamos, rechazara tomarlo en serio. Su actitud era la de 'nosotros sabemos que el VIH causa SIDA'. Lo hemos decidido hace mucho tiempo. Está zanjado. Ahora hacemos investigación sobre esa base y simplemente deja de molestarnos. No queremos oír hablar de dudas acerca de nuestra premisa básica.

Phillip E. Johnson, Catedrático de Derecho, Universidad de California, Berkeley[1]

Fue en 1981, en California, cuando el primer grupo de casos de lo que al final se acabaría llamando SIDA, fue identificado en cinco jóvenes varones homosexuales. Todos ellos tenían dos patologías en común, un tipo de neumonía llamada 'neumonía por pneumocystis carinii (PCP)' y un tipo de tumor de los vasos sanguíneos llamado sarcoma de Kaposi (SK), causante de lesiones externas e internas. Tenían también otra cosa en común, habían inhalado poppers –nitritos de amilo y butilo. Esta droga era usada habitualmente para potenciar el placer sexual y, en especial, para facilitar la dilatación anal y permitir actos como el 'fisting' (introducción del brazo a nivel rectal) en el agresivamente promiscuo estilo de vida de estos jóvenes.

La recién descubierta libertad sexual que siguió al movimiento de liberación gay, a mediados de la década de 1970, condujo a muchos hombres homosexuales a un estilo de vida caracterizado por el alto riesgo y el modo desenfrenado de vivirla, donde el sexo potenciado por drogas se convirtió en parte necesaria de su vida diaria y las concomitantes enfermedades de transmisión sexual (ETS) eran vistas como simples 'gajes del oficio', fácilmente conjurados con los antibióticos.

Fue en 1984 cuando el VIH fue anunciado como 'la probable causa del SIDA'. El anuncio tuvo lugar en una conferencia de prensa, en Washington, antes de que se hubiera publicado ningún artículo revisado por pares en ninguna revista científica.

El descubrimiento del VIH y el pánico al SIDA han supuesto la publicación de más de 100.000 artículos. Desde 1984 se ha gastado en el SIDA unos 40.000 millones de dólares de los contribuyentes USA y 2.000 millones de los del Reino Unido. Los programas de prevención en UK (Reino Unido), dirigidos al conjunto de la comunidad superan los 500 millones de libras. Sin embargo, después de todo este tiempo no se ha encontrado ninguna cura para el SIDA. A pesar de su concienciación sobre la necesidad de 'sexo seguro', los hombres gais jóvenes todavía desarrollan el síndrome del SIDA.

¿Por qué? Porque el edificio del SIDA está construido sobre la falsa hipótesis de que el retrovirus VIH es su causa y de que el SIDA es una enfermedad infecciosa. Aunque, de hecho, el síndrome del SIDA nunca se ha comportado como lo haría una enfermedad infecciosa. Ha permanecido confinado a ciertos grupos de riesgo (que describiremos más adelante); grupos ya proclives a una severa inmunodepresión.

Ya en 1986 el biólogo molecular Profesor Peter Duesberg, de la Universidad de California (Berkeley), inició su ataque contra la ortodoxia del SIDA al enumerar las razones por las que el VIH no puede matar células y, por ello, no puede ser patógeno ni causar la muerte de nadie. Simplemente porque se diga que el VIH está presente en la mayoría de los casos de SIDA no significa que sea su causa.

'Asociación no prueba causalidad', dice Duesberg. El SIDA, dice, no es una enfermedad infecciosa. En un principio, tratándose de un respetado científico en el campo de la retrovirología, Duesberg fue escuchado, aunque por poco tiempo, para ser luego rápidamente rechazado por sus pares. La montaña rusa de la investigación del SIDA era demasiado lucrativa para que se parase por una única voz disidente. Una plaga de terror había ya captado la atención del gobierno y de la población. ¿Por qué sólo se oía una voz? Puede uno preguntarse. Bueno, Copérnico, Galileo y Colón también se encontraron solos en sus creencias –y al final se demostró que tenían razón- aunque la herejía de Galileo tardó 350 años en ser perdonada por los comités vaticanos pertinentes.

Este libro quiere ser la crónica del desafío, a lo largo de los últimos diez años, a la creencia firmemente sostenida de que el VIH causa SIDA, y de la respuesta ortodoxa a este desafío. Se describirá la relación entre científicos como Robert Gallo y Luc Montagnier, catapultados a la fama y fortuna por su investigación del SIDA, y de Peter Duesberg, que se atrevió a enfrentarse a ellos. Se desenmarañarán también las rivalidades, celos y engaños tejidos en la política bizantina de los laboratorios con más financiación del mundo.

En 1987 nos dispusimos a contar la historia de cómo Peter Duesberg, el

primer científico en trazar un mapa de la estructura genética de los retrovirus, lanzó el guante al 'establishment' del SIDA.

No sólo mantiene Duesberg que el VIH no puede causar SIDA, sino que presenta la hipótesis de que el colapso del sistema inmune, descrito como el síndrome del SIDA, está causado por el uso a largo plazo de drogas intravenosas y recreativas, además de ciertas condiciones clínicas que requieren transfusiones sanguíneas inmuno-supresoras o, como en el caso de la hemofilia, inhibidores de los factores de coagulación sanguínea. La sobrecarga tóxica consiguiente permite que las infecciones oportunistas proliferen en un cuerpo indefenso.

En los primeros días del SIDA se pensaba que la hipótesis de su origen tóxico suponía un importante factor causal. En el primer grupo de hombres gays con síntomas de SIDA, en California, todos ellos habían usado 'poppers' (inhalables de nitritos de amilo y butilo) para potenciar el placer sexual y facilitar el coito anal. Su enfermedad fue originalmente descrita como GRID –inmunodeficiencia relacionada con los gays. Pero tan pronto como el VIH apareció en escena, la hipótesis tóxica fue abandonada y se abrazó con entusiasmo la hipótesis virus/SIDA, tanto por la ortodoxia médica como por la comunidad gay.

Este libro se sumergirá en nuestro extenso archivo y dejará constancia de los triunfos y frustraciones de aquella gente, incluyendo otros conocidos científicos, profesionales de la salud, gente con SIDA y muchos hombres, homo y heterosexuales, que se atrevieron a desafiar a este mismo 'establishment' del SIDA. Describirá la forma en que nuestra pequeña empresa independiente de producción para televisión, Meditel, realizó su primer documental sobre el tema, confiando en que podríamos cambiar la idea que la población tenía acerca del SIDA –ignorando entonces de qué manera el 'establishment' científico cerraría filas contra nosotros. Sin embargo, después de un período de DIEZ años hemos sido capaces de mantener vivo el tema, con la ayuda de David Lloyd, editor de la serie *Dispatches* del Channel 4 Televisión, quien nos encargó cuatro documentales y un quinto que pondría en marcha más tarde, Joanne Sawicki, editora de programación de Sky News, que emitió cuatro reportajes cortos sobre el tema y Terry Cass, director del American PBS Channel WLIW New York, que compró nuestras grabaciones y nos llevó a un programa de discusión de dos horas. El debate del SIDA ha absorbido nuestras vidas y nos ha introducido de lleno en una de las más apasionadas controversias científicas del siglo.

En el curso de la preparación de nuestros documentales nos hemos desplazado siete veces a través de los Estados Unidos en viajes para investigar, entrevistar y filmar a docenas de científicos, ortodoxos y

disidentes, así como a personas con SIDA. Hemos filmado profusamente en Europa y viajado a seis países del Este y Oeste africanos. El libro está estructurado en torno a la producción de esos programas, entre 1989 y 1997. Conforme completábamos un programa y seguíamos con el siguiente, las investigaciones concernientes al tema aumentaban, como lo hacían las discusiones entre los científicos clave.

Lo que he aprendido en todos estos años es que en la comunidad científica ya no existe libertad. Hoy la ciencia se puede comprar; las voces disidentes se pueden silenciar e ignorar con enormes sumas de dinero volcado para proteger hipótesis dominantes, por muy defectuosas que éstas puedan ser. Política, poder y dinero dominan el área de la investigación científica hasta tal punto, que ya es imposible poner a prueba una hipótesis que se haya convertido en dogma. Los ensayos científicos patrocinados por empresas farmacéuticas incluyen a menudo diferentes facultades universitarias a la vez, amarrando así a la mayoría de las voces expertas. El dogma está escrito en las tablas de piedra de los libros de texto médicos y los estudiantes jóvenes se lo tragan sin preguntar. A los que ya disfrutan de trabajos bien remunerados les es más fácil no incordiar. ¿Por qué habrían de hacerlo? Simplemente perderían sus empleos.

Duesberg tiene su propia explicación sobre porqué el dogma de la hipótesis actual del SIDA continúa siendo algo sacrosanto:

¿Por qué un científico joven no se hace un nombre por sí mismo, cuestionándola? La respuesta está en las fuertes presiones que llevan al conformismo ejercidas sobre los científicos en la era de la tecnología, particularmente los jóvenes no numerarios. Su obediencia conceptual al 'establishment' está asegurada por el acceso controlado a fondos de investigación, revistas y puestos de trabajo; y recompensada por la participación en conferencias, premios personales, consultorías (sic), acciones y copropiedad de empresas. El que disiente tiene que ser completamente independiente y estar preparado para sanciones en serie.[2]

Los editores del libro *Research Fraud in the Behavioural and Biomedical Sciences* (Fraude en la investigación de las ciencias biomédicas y conductuales) lo cuentan así: 'El mercantilismo académico… y una mentalidad de mercado en la investigación han conducido al anti-intelectualismo y la deshonestidad.[3] Las patentes de los kits de pruebas del VIH, los beneficios del fármaco supuestamente anti-SIDA, azidotimidina (AZT), y el flujo de fondos del gobierno puestos a disposición de la prevención del SIDA y la investigación de su vacuna, han llevado a tal conjura de consensos alrededor del SIDA que puede tardar años en ser desmontada. Puede que tengan que morirse algunos antes de que las generaciones más jóvenes de

científicos reúnan el coraje y la confianza necesarios para revisar la última década de mala ciencia en torno a la investigación del SIDA. Tan mala es esa ciencia que el Dr. Harvey Bialy, editor científico de *Bio/Technology* (publicación hermana de *Nature*) y amigo de Peter Duesberg, se negó a publicar la mayoría de los artículos relacionados con el VIH remitidos a su revista.

Las reacciones a las publicaciones de Duesberg y a nuestras reflexiones sobre su trabajo han sido de lo más mezquino. La ortodoxia decidió cerrar filas contra él y sus opiniones, simplemente no se discute en las revistas científicas. La principal justificación por parte de los miembros dirigentes de la ortodoxia, para evitar cualquier tipo de desafío a la hipótesis virus/SIDA, es que si ésta (VIH=SIDA=muerte) finalmente resultara correcta, el dejar permitir opiniones disidentes causaría un daño incalculable.

Pero es aquí donde reside la gran culpa de una ortodoxia que intenta pisar a los que disienten, porque en ausencia de evidencias clínicas fiables para la hipótesis VIH=SIDA=muerte, ésta se queda en simplemente eso, en una hipótesis. El avance de la ciencia se ha basado siempre en presentar hipótesis alternativas y ponerlas a prueba. Al eliminar las opiniones que discrepan, si éstas resultaran correctas, la ortodoxia podría ser considerada responsable de un daño mayor, porque la investigación habría estado mal dirigida por un larguísimo periodo de tiempo y la credibilidad del método científico saldrá por completo malparada.

Por definición, ninguna hipótesis razonable puede ser eliminada hasta que la evidencia científica establezca dónde reside la verdad; hasta ese momento las hipótesis deben poder competir entre ellas, en un terreno abierto al debate y al discurso inteligente y sensato. Al silenciar el discurso y el debate sobre las opiniones que disienten, la ortodoxia está cometiendo el imperdonable pecado científico de bloquear la legítima investigación de una hipótesis que se puede convertir en futura opinión ortodoxa. Mientras, los millones de la financiación de la investigación y toda la energía empleada habrán estado mal dirigidos. De esta curiosa manera el intento ortodoxo de moralizar contra el hecho de dar un soporte a los disidentes por miedo a distraer la investigación tiene su reflejo en la visión disidente. Si la hipótesis ortodoxa resulta errónea, al acallar a los disidentes la ortodoxia se convertirá en responsable moral de los daños causados, debido a la mala orientación de los esfuerzos de investigación que buscan la respuesta correcta.

Aunque el primer artículo de Duesberg criticando la hipótesis VIH=SIDA fue publicado en una importante revista científica, *Cancer Research*[4] y, con dificultades, un artículo posterior suyo se publicó en

Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)[5], revistas como *Nature* han rechazado repetidamente sus artículos. Su ex-editor, Sir John Maddox, sólo permitió respuestas cortas de Duesberg, de escasos centenares de palabras, para contestar a artículos de dos mil palabras que le atacaban personal y profesionalmente. El grado de censura, tanto en la prensa científica como en la no especializada, ha alcanzado niveles asombrosos y trataremos de ello en estas páginas.

El "Medical Research Council" (Consejo de Investigación Médica), la Unión Europea, la Organización Mundial de la Salud, los Institutos de Salud y los Centers for Disease Control (CDC) de los Estados Unidos, todos inmersos en gigantescos programas para el SIDA, han permitido el derroche de fondos institucionales en su obstinada adhesión a la hipótesis virus/SIDA. Han creado una élite de cuadros del SIDA que, como nómadas, deambulan de una conferencia internacional del SIDA a otra, paciendo sobre una colección de incomprensibles estadísticas sobre la supuesta expansión del VIH.

A Duesberg se le han unido otros científicos en su lucha contra la ortodoxia del SIDA, en particular unos 500 científicos y profesionales de la salud que han formado el "Group for the Scientific Reappraisal of the HIV/AIDS Hypothesis" (Grupo para la Reevaluación Científica de la Hipótesis VIH/SIDA). Uno de los miembros es el Dr. Kary Mullis, ganador del Premio Nobel de Química de 1993 e inventor de un método altamente sensible para identificar el VIH, el Dr. Kary Mullis dice:

No he podido encontrar un solo científico que me dé referencias de trabajos que demuestren que el VIH es la causa probable del SIDA. En un asunto tan importante como este, tendría que haber un cuerpo de documentos científicos en alguna parte, artículos de investigación escritos por gente accesible que lo demuestren. Pero no están disponibles. Si preguntas a un virólogo por esa información, no hay respuesta, lo que hay es un enorme enfado.[6]

Pero no han sido sólo los virólogos y los organismos gubernamentales los que han perpetuado el mito del VIH. Los 'Famosos compasivos', como los describe el periodista Chris Dunkley, han jugado un enorme papel, 'con estrellas de cine y 'disc jockeys' adoptando expresiones de profunda preocupación mientras dan vueltas a los condones entre sus dedos'.[7]

Esta aproximación compasiva de los famosos tiene su máxima expresión en mi heroína de juventud, la estrella cinematográfica Elizabeth Taylor, en el Estadio de Wembley, en su tributo a la estrella del rock Freddie Mercury. Era de general conocimiento que Mercury había abusado mucho de las drogas a lo largo de los años, pero tan arraigada estaba la teoría del "VIH

infeccioso" con su supuesta vía sexual hacia el SIDA, que Taylor pasó por alto el riesgo de las drogas. Dirigiéndose a la juventud, dijo:

Vosotros sois el futuro del mundo. Sois los mejores y más brillantes. … Protegeos! Cada vez que tengáis sexo, usad condón. Cada vez. Sexo heterosexual, gay, bisexual. Usad un condón quienquiera que seáis. Y su consumís drogas, no compartáis la aguja. Protegeos. Amaos a vosotros mismos. Respetaos a vosotros mismos. Porque os lo seguiré diciéndolo hasta que lo hagáis. Y no me rendiré, porque el mundo os necesita vivos. Os amamos. Nos preocupamos.[8]

'Y si consumís drogas, no compartáis la aguja', decía la Taylor. Por lo que parece, estaba bien que te metieras drogas, siempre que no compartieras las agujas. Era el virus lo que causaba el SIDA, por lo tanto, eran las agujas lo único importante, no lo que iba a través de ellas. Sólo los condones eran importantes, no la promiscuidad y las enfermedades relacionadas con ella que pudieran conllevar.

¿Qué es el VIH?

El virus de la inmunodeficiencia humana pertenece a un relativamente recién identificado grupo de virus conocido como retrovirus, que están considerados como pertenecientes a una única familia viral de patógenos (agentes causantes de enfermedad).

Todos los virus son como piratas.[9] Invaden, saquean, destruyen y a veces establecen su residencia en el buque atacado. Los virus son trozos de material genético envueltos en una capa de proteínas. Están hechos de ADN (ácido desoxirribonucleico) o ARN (ácido ribonucleico). La mayoría de los virus están hechos de ADN, una molécula de doble hélice que, de manera químicamente codificada, contiene toda la información necesaria para construir, controlar y mantener un organismo vivo. El ADN es, de hecho, nuestro anteproyecto.

Algunos virus están hechos de ARN. A una minoría de ellos se les llama retrovirus y el VIH es uno de ellos. La actual ortodoxia sostiene que los retrovirus como el VIH, hechos de ARN, son de una solo hebra y cuando entran en una nueva célula, necesitan el ADN de su célula huésped para sobrevivir. Se podrían describir como basureros o barrenderos dependientes de la célula.

Los virus ADN más comunes son como granadas de mano en una bolsa de plástico. Dentro de cada granada hay un manual completo de instrucciones sobre cómo el virus puede autocopiarse, cuándo debe multiplicarse, cómo pasar la información genética a las nuevas células, etc.

Es decir, cuando la granada entra en una célula, hace copias de sí misma hasta que la célula revienta, como el conjunto de semillas maduras de una planta. La célula huésped destruida derrama entonces todas las nuevas granadas de mano, perfectamente formadas, ávidas de salir e infectar otras células.

Los retrovirus, como les sucede a otros virus, necesitan de la célula huésped para vivir, pero tienen que transformar su ARN en ADN antes de poder unirse con el ADN de la célula huésped. Este proceso químico utiliza una enzima llamada transcriptasa inversa, que es el que permite integrar su ARN en el ADN –el núcleo genético- de la célula invadida, donde se asienta tranquilamente y permanece en estado de latencia. Una vez que el retrovirus se ha integrado en su huésped, se le denomina 'provirus'. Si la célula se dividiera se llevaría a su provirus pasajero integrado, pudiendo desprender algunas partículas en el proceso.

Estas teorías eran ampliamente aceptadas en 1983, cuando el VIH fue propuesto por primera vez como la causa del SIDA. El VIH adquirió entonces una maligna, una cualidad de talismán casi mística. Sin embargo, muy pronto se señaló que los retrovirus son muy comunes y que realmente la mayoría de los patrones genéticos de mamíferos contienen muchos tipos diferentes de ellos, en algunos casos cientos que, aparentemente, yacen latentes como tantos microchips quemados.

Así pues, un retrovirus es mucho menos activo que un virus ordinario y permanecerá pasivo dentro del núcleo de la célula huésped, sin que parezca hacer nada. Por esta razón los retrovirus son descritos como mansos, perezosos y benignos; tanto es así que en opinión de Peter Duesberg, y ahora ya de muchos otros científicos, el VIH no causa SIDA.

Hoy día se está planteando una visión más radicalmente herética acerca del SIDA por parte de científicos de Perth (Australia Occidental), Alemania y Suiza. Mantienen que el VIH no ha sido nunca aislado, en su lugar lo que se hace es identificar la presencia de anticuerpos para algunas proteínas, bien juntas (test ELISA) o bien separadas en bandas (test Western blot), las cuales se dice que son específicas del VIH. Estas proteínas, sin embargo, están en todo el mundo y los anticuerpos contra ellas pueden incrementarse espectacularmente cuando el organismo se encuentra en una situación de estrés inmune severo. Otras formas de identificación del VIH implican amplificar el contenido genético del retrovirus por medio de la PCR (reacción en cadena de la polimerasa). Pero según estos científicos, lo que se está encontrando son fragmentos de material genético o bien restos celulares, no un virus completo capaz de infectar otra célula. Esto es lo que erróneamente está siendo considerado como VIH, dicen. El VIH, como tal, no existe.

Siempre es difícil que salgan a la luz opiniones nuevas y controvertidas cuando la ortodoxia cierra filas, como es el caso del SIDA. Más adelante veremos cómo los procesos de revisión por pares, practicados por las revistas científicas, pueden excluir hipótesis rivales. Aquí es donde la revista *Continuum*, con sede en Londres, ha jugado un importante papel al publicar de manera constante los artículos de los científicos citados, tras haber sido rechazados repetidamente por las publicaciones ortodoxas.[10]

La hipótesis de que el VIH no ha sido nunca aislado y está siendo identificado erróneamente cuestiona toda la maquinaria de los tests del VIH. El test en sí no es válido, dice este grupo de científicos, porque no hay 'gold standard' (virus real) con el que comparar, es decir, con el que se pueda verificar el resultado del test.

Pusimos a prueba esta teoría para el programa *Dispatches* del Channel 4 y obtuvimos resultados sensacionales. Hemos descubierto inconsistencias entre diferentes 'kits de pruebas' existentes en el mercado y hemos constatado que individuos que dan positivo al VIH un día, dan negativo un mes más tarde. Además, personas con elevado índice de proteínas en sangre debido a condiciones reumáticas o autoinmunes, dan positivo al VIH sin que hayan tenido ninguna enfermedad definitoria de SIDA.

No es ésta la primera vez que la ciencia médica se equivoca. La 'obsesión con el contagio', la tendencia a culpar a agentes infecciosos exógenos de la aparición de enfermedades ha llevado en el pasado a situaciones horrorosas. Tomemos dos ejemplos: la epidemia de pelagra y el caso del SMON (neuropatía mielo-óptica subaguda).

Falso: La Historia de la Pelagra

Tuvieron que pasar quince años antes de que la solitaria voz del Dr. Joseph Goldberger fuera escuchada en relación con la pelagra. Desde el siglo dieciocho esta enfermedad había afectado a comunidades pobres de Europa, que padecían de una deficiencia en niacina (una vitamina del grupo B), debido a una dieta basada en maíz que prácticamente excluía otros vegetales. El maíz había sido la dieta básica en América durante milenios, y los habitantes pre-Colombinos no contraían la pelagra porque habían aprendido cómo extraer esta vitamina B esencial del maíz durante su elaboración. Pero este arte culinario se perdió con la llegada de otras civilizaciones.

Aunque la pelagra no se expandió más allá de los grupos de riesgo, lo que constituye un indicador clásico de enfermedad no infecciosa y nunca afectó al personal médico y de enfermería, muchos médicos la consideraron una enfermedad bacteriana infecciosa. Los pacientes

afectados por la enfermedad desarrollaban terribles lesiones cutáneas, daños en los nervios, demencia, diarrea, síndrome de emaciación (adelgazamiento extremo) y finalmente morían. Los marineros con síntomas de esta enfermedad eran arrojados al mar por miedo a que infectaran al resto de la tripulación; y cuando se daba un brote grande en las comunidades agrícolas pobres de los estados sureños de América, los pacientes eran aislados en asilos psiquiátricos y en prisiones. Hacia 1914, se informó de 200.000 casos de pelagra. Fue entonces que el Dr. Goldberger fue requerido para presidir una comisión especial.

Cuando Goldberger visitó el sur y se aventuró por las áreas rurales y asilos psiquiátricos advirtió algo que se les había escapado a los cazadores de microbios -en su afán de encontrar un agente infeccioso. Se dio cuenta de que las personas más próximas a las víctimas de la pelagra, médicos y enfermeras, nunca contraían la enfermedad. Advirtió también que en ambos casos -víctimas de la enfermedad y personas que las cuidaban- las dietas de comidas eran totalmente distintas. El personal sanitario comía fruta fresca y vegetales, mientras que los agricultores comían su acostumbrada dieta de maíz.[11] Goldberg concluyó que la causa de la pelagra era una deficiencia nutricional. En un sorprendente paralelismo con la historia del SIDA, sus hallazgos fueron recibidos con alarma e indignación por los más comprometidos con la hipótesis infecciosa. Los médicos se reunían para criticarle y ridiculizar sus teorías. Su exasperación llegó a tal punto que en un dramático intento por demostrar que la pelagra no era infecciosa, se inyectó, e inyectó a su esposa y a catorce colaboradores, muestras de sangre, mucosidades y otros fluidos corporales de pacientes con pelagra. Ninguno contrajo la enfermedad. Pero incluso esta espectacular demostración no sirvió para cambiar la opinión imperante y la gente con pelagra se siguió muriendo. La niacina, la vitamina ausente en la dieta de la gente con pelagra, fue finalmente aislada a mediados de la década de 1930, cinco años después de la muerte de Goldberger.[12]

Falso: La historia del SMON

Del mismo modo, en las décadas entre 1960 y 1970, una misteriosa enfermedad afectó a miles de personas en Japón; se llamaba SMON (neuropatía mielo-óptica subaguda). Causaba parálisis, ceguera y muerte. En un espacio de pocos años murieron 700 personas y otras 11.000, que sufrieron daños severos en el sistema nervioso, formaron un grupo de apoyo. Ante el temor de un agente infeccioso, las autoridades sanitarias japonesas, preocupadas porque ello podría afectar a los próximos Juegos Olímpicos de Tokio. Se echó la culpa a un virus que denominaron 'Inoue

SMON virus', para incluir el nombre de uno de los científicos que estaba investigando la enfermedad. Muchas víctimas se suicidaron para evitar contaminar a sus familiares; otros murieron de puro miedo.

Afortunadamente el gobierno japonés decidió financiar un comité interdisciplinar para investigar el problema. Ya no mandaban los virólogos e infectólogos. Entró en juego la buena ciencia basada en la observación de la vieja escuela y el trabajo de investigación del Profesor Tadeo Tsubaki le llevó al hallazgo de que todo era debido a una reacción adversa causada por el uso prolongado de un medicamento antidiarreico llamado Entero-Vioform, el cual contenía clioquinol.

Se trataba de un simple problema de toxicidad –no había agente infeccioso. Se dieron también casos en Suecia, Australia, UK y USA. Miles de víctimas japonesas llevaron el caso a los tribunales. Después de nueve años de lucha y un extraordinario y tenaz trabajo legal, en particular el de un joven japonés, abogado de derechos humanos, Etsusro Totsuka, quien puso el asunto en el centro de atención internacional, Ciba-Geigy, fabricante de Entero-Vioform, tuvo que pagar más de 350 millones de libras esterlinas en indemnizaciones. En total, con cientos de abogados movilizados, el conjunto de este penoso proceso había durado quince años.[13]

Es interesante observar que este problema no habría sido resuelto dentro de la comunidad científica. Velando por sus intereses, la compañía farmacéutica había silenciado hábilmente las escasas voces disidentes que apoyaban la hipótesis tóxica. Tuvo que comenzar el litigio para que los hechos científicos reales salieran a la luz y se conociera la verdadera dimensión del daño y sufrimiento causados. Ciba-Geigy nunca aceptó su responsabilidad, pero finalmente retiró de la venta en todo el mundo, como fármacos contra la diarrea, el Entero-Vioform y otros productos basados en el clioquinol.

Existen otros muchos paralelismos significativos entre estos dos ejemplos mencionados y la cuestión del debate del VIH y el SIDA. Un importante factor a tener en cuenta es que la idea de que un virus, el VIH, causa el SIDA, no ha sido nunca otra cosa que una hipótesis no demostrada. La medida definitiva del grado de exactitud de una hipótesis es el cumplimiento de las predicciones que en ella se basan. Pues bien, ni una sola de las predicciones sobre el SIDA, basadas en la propagación del VIH, se ha hecho realidad. En los Estados Unidos, de acuerdo con las cifras del Centro para el Control de Enfermedades (CDC), el número estimado de personas viviendo con el VIH ha permanecido estable durante los últimos diez años en un millón, llegando incluso, de modo paradójico, a caer hasta los 800.000 más recientemente. Las predicciones

gubernamentales, en USA y UK, del número de casos de SIDA, han resultado fallidas de manera constante. De hecho, no ha habido una epidemia, sino todo lo contrario. Las cifras del SIDA han estado cayendo, algo que no es fácil de notar porque en las estadísticas del SIDA del CDC se publican las cifras de casos acumulados desde principios de la década de 1980. Lo que el público no sabe es que el porcentaje de nuevos casos de SIDA ha estado disminuyendo de manera estable en los años recientes, no habiendo existido un incremento anual real de nuevos casos de SIDA (comparando un año con otro) en los últimos diez años. Siendo así, ¿Cómo es que unas cifras decrecientes de una supuesta pandemia han podido convencer a los responsables de la financiación de las investigaciones para que abrieran el grifo del dinero?

De hecho, la 'enfermedad del VIH' y el SIDA, como así las conocemos, han permanecido totalmente confinadas en unos grupos de riesgo claramente definidos, a saber: hombres homosexuales, consumidores de drogas recreativas de forma prolongada, consumidores de drogas intravenosas, atletas y deportistas consumidores de drogas estimulantes y personas de grupos de riesgo como receptores de transfusiones y hemofílicos que reciben factor VIII de coagulación 99% impuro. Pero la adhesión a 'lo políticamente correcto' ha sido un obstáculo añadido en el camino hacia la apertura de un debate sobre el SIDA. Señalar con el dedo el estilo de vida de hombres gays y consumidores de drogas hiere sensibilidades. Es mejor apuntarse a la hipótesis del 'virus infernal' que centrarse en los hábitos de un colectivo que, después de haber estado discriminado durante tantos años, estaba ahora saliendo a la luz en un mundo de liberación gay. Cualquier argumento que señalara con el dedo a este colectivo era inmediatamente etiquetado como homofóbico y propio de la extrema derecha del espectro político.

Aparte de los grupos de alto riesgo mencionados más arriba, todos los demás casos notificados de SIDA tienen que verse a la luz de su definición oficial. Desde las primeras dos enfermedades definitorias de SIDA, sarcoma de Kaposi y neumonía por neumocystis carinii, observados en el grupo de hombres de California mencionado anteriormente, los criterios para el diagnóstico de SIDA han ido ampliándose de año en año hasta llegar a incluir veintinueve enfermedades definitorias diferentes, desde la diarrea a la demencia, hasta la tuberculosis, con lo cual se incluye a la mayoría del África Sub-Sahariana, al incluir el cáncer cervical, se añade más mujeres a las cifras totales de SIDA. Cuando el test de VIH es positivo en cualquiera de esas enfermedades el diagnóstico es SIDA y cuando el test es negativo, el diagnóstico es, simplemente, cualquiera de esas viejas y conocidas enfermedades. Este acto de mover periódicamente los palos de

la portería constituye un extenso campo abonado para los errores en el diagnóstico.

Edificar sobre la base de una hipótesis falsa es como construir sobre la arena. El edificio se sostiene un tiempo para luego desmoronarse. En este caso, el edificio no sólo es que esté construido en la arena, en su interior aloja a mentes cerradas y además ha cerrado las puertas a todo intento de examen. La inexorable sentencia de muerte –te quedan, como mucho, diez años- comunicada por los doctores a jóvenes de ambos sexos, ha producido el más intenso sufrimiento humano imaginable. Ha destruido familias, apartado al individuo de su comunidad y ha llevado a la muerte psicológica y al suicidio.

No hay absolutamente ninguna duda de que los argumentos presentados por quienes cuestionan la hipótesis VIH/SIDA no han recibido el tratamiento adecuado. Una férrea censura ha impedido cualquier debate inteligente. Llegó la hora de abrir ese debate y describir el desarrollo de lo que el autor John Lauritsen, quien se ha revelado como uno de los portavoces de la visión disidente del SIDA más elocuentes, describe como 'la metedura de pata más colosal de la historia médica'.

---

[1] Entrevista para *Reappraising AIDS*. Grupo para la Reevaluación Científica del VIH y SIDA.

[2] Peter Duesberg. Prólogo al libro de Jad Adam, *AIDS: The HIV Myth, Macmillan*, London, 1989.

[3] David J. Miller y Michael Hersen (editores) Research *Fraud in the Behavioural and Biomedical Sciences*, John Wiley, New York/Chichester, 1992, p. 251 (ISBN 0-471-52068-3). Extraído de la revisión del libro realizada por John Lauritsen, Lancet, 8 August 1992.

[4] Peter Duesberg, 'Retroviruses as carcinogens and pathogenic expectations and reality', *Cancer Research*, vol. 47, no. 5 CNREA 8, 1 March 1987, pp. 1199-220

[5] Peter Duesberg, 'AIDS epidemiology: inconsistencies with human immunodeficiency virus and with infectious disease', *PNAS*, vol. 88, February 1991, pp. 1375-9.

[6] Kary Mullis a Neville Hodgkinson, corresponsal científico del *Sunday Times*, 26 April 1992.

[7] Christopher Dunkley, *Financial Times*, 1 December 1993.

[8] Wembley Stadium speech, London, 20 April 1992.

[9] Andrew Scott, *Pirates of the Cell*, Basil Blackwell, London, revisado 1987 (ISBN 0-631-15637-2)

[10] Eleni Eleopulos et al., 'The isolation of HIV: has it really been achieved? The case against', *Continuum*. Vol. 4, nº 3, September/October 1996. Eleni Eleopulos et al., 'Why no whole virus?`, *Continuum*, vol. 4, nº 5, February/March 1997.

[11] Bryan J. Ellison and P. H. Duesberg. Why *We Will Never Win the War on AIDS*. Inside Story Communications. El Cerrito. California. 1994.

[12] Ibid.

[13] Soda, T. (ed.) 'Drug-induced sufferings: medical, pharmaceutical, and legal aspects', *Excerpta medica*, Amsterdam, 1980.

Capítulo 1

Viaje a la Disidencia

La Experiencia del Lupus

El viaje que me llevó a cuestionarme la creencia generalizada sobre el VIH y el SIDA empezó en julio de 1972 en unas agradables vacaciones en el norte de España. Había desarrollado una diarrea en Inglaterra antes de salir para España. Allí empeoré y tuve que ingresar en un hospital del norte, donde los médicos pensaron que se trataba de cólera. Me administraron un cóctel de medicamentos, los cuales, combinadas con la sulfamida que había comprado por mi cuenta, causaron una reacción cruzada masiva. Empecé entonces a desarrollar los síntomas de una enfermedad que puede llegar a causar la muerte, llamada lupus eritematoso sistémico inducido por medicamentos (LES). Volví a Londres e ingresé en el "Westminster Hospital". Mi peso había bajado hasta los 40 kilos. Tuve una erupción por todo el cuerpo, el hígado y el revestimiento cardíaco se inflamaron y tuve convulsiones generalizadas. Estuve al borde de la muerte, tengo el recuerdo borroso de una desconsolada enfermera, llorando, intentando tomarme el pulso y murmurando, 'Se va'.

Fue la cortisona (un corticoesteroide) lo que me salvó la vida, pero las altísimas dosis, que inicialmente fueron de 80 miligramos al día, me convirtieron en una 'paciente esteroide'. Empecé a ganar peso, se me puso 'cara de luna llena' y una de mis caderas comenzó a desintegrarse. Después de tres años caminando con bastón, rastreé toda Inglaterra tratando de encontrar un cirujano que me pudiera poner una prótesis de cadera. Todos decían que era demasiado joven. Finalmente di con el cirujano ortopédico Michael Freeman. Usando una técnica experimental que había desarrollado para gente joven, este doctor me realizó un implante total de prótesis de cadera que restauró mi movilidad por completo.

Mi enfermedad me hizo perder el trabajo como presentadora en el programa de la BBC *Nationwide*, pero al año de convalecencia volví a la televisión y empecé a especializarme en reportajes médicos. Centré mi atención en los daños producidos por los medicamentos recetados por los médicos, lo que supuso el enfrentamiento con algunas de las más poderosas empresas farmacéuticas del mundo: Ciba-Geigy, Imperial Chemical Industries (ICL), Hoechst y Squibb.

Con mi productora independiente, "Meditel Productions", llegamos a hacer más de 100 documentales y a ganar siete premios internacionales. Pero esto fue sólo el principio.

En 1982, junto con mis codirectores Alison Hawkes y Jad Adams, y bajo la orientación del farmacólogo Dr. Andrew Herxheimer, produjimos nuestra primera serie para Channel 4 sobre daños ocasionados por los medicamentos, ¿titulada *Kill or Cure?* (¿Matan o curan?). La serie, compuesta de seis partes, describe algunos de los peores desastres causados por los medicamentos, incluida la historia del SMON (descrita en la introducción). *Kill or Cure?* fue proyectada en muchos países y al final fue utilizada por la "University College London Medical School" en sus cursos de farmacología.

Siguieron muchas historias más. Le seguimos la pista a las medicinas peligrosas que, literalmente, se "volcaban" (como si de un basurero se tratara) sobre los países del Tercer Mundo. Cuestionamos la validez de la campaña para bajar los niveles de colesterol de la población por medio de cambios en la dieta. Criticamos el uso indiscriminado de hormonas exógenas en mujeres, como la 'píldora' (cuando se empieza a tomarla muy joven) y el entusiasmo por la terapia de substitución de hormonas en la menopausia –ambas incrementan el riesgo de cáncer de mama. Ninguno de estos reportajes nos ha hecho ser queridos por la poderosa industria farmacéutica, ni por sus discípulos en el campo de la medicina, pero, afortunadamente, algunos editores y canales de televisión sí estuvieron dispuestos a emitir estos 'difíciles' temas.

Encarando el Debate del SIDA

Cuando el tema del SIDA irrumpió de forma dramática en la prensa mundial, pensé que deberíamos mantenernos al margen. Ya había muchos periodistas competentes especializados en temas científicos y médicos dedicados a la tarea y no parecía que hubiera espacio para el tipo de trabajo de investigación, entre bastidores, que nosotros hacíamos.

Lo que nos hizo cambiar de opinión se describe más adelante; pero cuando finalmente nos enfrentamos al asunto, éste nos llevó a una década frenética de investigación y a realizar siete documentales de televisión. De alguna manera, el SIDA era diferente. A mi equipo y a mí nos cogió por sorpresa. En todos los otros asuntos que habíamos abordado había siempre un foco específico y unos resultados específicos. Pensé que el SIDA sería lo mismo, que mostrando los fallos de la ciencia que proclamó que el SIDA era infeccioso y estaba causado por un simple virus, podríamos, por lo menos, abrir un debate y provocar un cambio de

opinión. Pero, para nada resultó así.

Entré en el debate del SIDA con verdadero empeño y una cierta ingenuidad periodística. Paulatinamente me fui dando cuenta de que el muro que teníamos enfrente era infranqueable. Estábamos enfrentándonos a una confabulación gigantesca, entre un 'establishment' científico dogmático y unos gobiernos tímidos que entregaban miles de millones de dólares para profundizar en la investigación de una hipótesis falsa y no verificada. Esto, combinado con la creencia pseudo-religiosa en omnipresentes virus infecciosos, promocionada por un lobby altamente politizado que quería creer en ese tipo de virus infernales, constituía una fuerza devastadora. Estábamos terminantemente decididos, a pesar de que mis propios colegas me veían obsesionada con el tema. Quizás lo estuviera y todavía lo esté, pero cuando una ha acumulado cierto conocimiento y se enfrenta con hechos que se escapan a toda explicación en el contexto del pensamiento ortodoxo, cuando está claro que las mentes están cerradas, que la misma esencia del pensamiento y del discurso científico está siendo subvertida, la frustración puede ser demoledora. Aunque en mi caso ha sido más bien como la sensación de asfixia. Cuanto más me esforzaba, más escépticos e incrédulos se volvían aquellos que estaban en situación de poder encargarnos el trabajo.

En vez de rendirnos, continuamos zumbando como mosquitos alrededor de nuestros oponentes. Lo hicimos por medio de la sección de cartas al director de los diarios nacionales, bombardeamos a los editores de noticias y asuntos de actualidad de las televisiones, contactamos con parlamentarios cercanos, como George Galloway, quien hizo varias preguntas en el Parlamento, también organizamos manifestaciones a la puerta de los hospitales promoviendo estudios del presunto medicamento para el sida llamado AZT (azidotimidina). Incluso protestamos ante el "Medical Research Council" (MRC), exigiendo que se nos permitiera ver los datos sin procesar sobre toxicidad derivados del estudio Concorde sobre el AZT (más sobre estos 'ensayos' más adelante).

No obtuvimos nada nada. Ocho años después de entrar en el debate del SIDA, en 1987, mi celo y entusiasmo iniciales se había convertido en cinismo callejero. Llegó un momento en que pareció instalarse una cierta sensación de desesperanza. 'Inténtalo con otro tema', me dijeron mis amigos. Y lo hice. Me sumergí en los peligros de la 'píldora' y el cáncer de mama[1] y en una investigación sobre muertes súbitas y su relación con el uso en colchones[2], como ignífugos, de productos químicos tóxicos –temas sólidos para programas líderes en asuntos de actualidad. Sin embargo, día tras día, recibía más y más llamadas telefónicas con más y más información confidencial acerca del SIDA. Y luego llegó la avalancha de peticiones de

guiones y documentos. Todas las semanas recibíamos cartas y llamadas del extranjero –de médicos (algunos VIH positivos), estudiantes de medicina, investigadores de las cadenas de radio y televisión y otros compañeros divulgadores del SIDA. Nuestra oficina, oculta en la parte de atrás de un gran edificio en Covent Garden, en Londres, se había convertido en punto de encuentro y centro comunitario para muchos hombres VIH positivos ávidos de información y apoyo. Y así fue como nuestra empresa se transformó en una especie de fundación benéfica.

En 1989, Jad Adams, quien dos años antes había hecho nuestra primera película sobre el SIDA: *The Unheard Voices (SIDA: Las Voces no escuchadas)*, se ausentó para escribir una extensa biografía del político Tony Benn. Eso nos dejó a Felicity Milton, Nicky Hirsch y a mí con los trabajos de investigación, la tarea de escribir propuestas y llevar la oficina, mientras Michael Verney-Elliott y el bioquímico Dr. Hector Gildemeister continuaron con su disertación diaria en el debate del SIDA.

Michael y Hector son lo que podría describirse como hombres gais conservadores. Michael, en sus cincuenta, pero pareciendo muchos años más joven, se había acercado primero a nosotros impulsando nuestras investigaciones iniciales en el tema. Su humor cáustico y su agilidad verbal nos mantenían a todos expectantes. La amplitud de sus conocimientos era enorme –coleccionista de antigüedades, actor, productor de dramas televisivos, y ahora SIDA. Decidió enseñarse a sí mismo las cuestiones elementales de virología y biología molecular y podía llevar a cabo las más sofisticadas conversaciones con científicos de esas áreas.

A Héctor lo conocía desde los tiempos de Oxford. Es bioquímico, alto y distinguido, con cabellera gris plateada. Había oído que estábamos cuestionando el papel del VIH y entró de nuevo en mi vida con la insaciable curiosidad del hombre que quiere saber si está en riesgo de SIDA. Comenzando con sus propias líneas de investigación, su sensación de incredulidad por la enormidad del 'error' acerca del SIDA era siempre refrescante, como lo era el animado y a menudo corrosivo debate verbal que sostenían a diario él y Michael.

Al equipo se unió Pascal de Bock, un enfermero belga, delgado, jefe de quirófano de un hospital clínico de Londres. Tenía diabetes y la sentencia de muerte por VIH lo dejó impactado y amedrentado: tuvo que dejar su trabajo (para no infectar a los pacientes de cirugía, aunque no ha habido ni un solo caso documentado de este tipo de transmisión en toda la historia del SIDA). Decidió trabajar con nosotros como voluntario durante más de un año. Llamaba la atención con sus pantalones vaqueros y su camiseta, envuelto en joyería oriental, pálido y con la cabeza perfectamente rasurada, Pascal había estado a tratamiento con AZT, lo que le hizo enfermar y le

produjo un derrame cerebral. Tomó la decisión de abandonar todas sus medicinas, se unió a un grupo llamado Positivamente Sano, encontró un nuevo amante, Paul, se pusieron a vivir juntos y, desde entonces, su salud empezó a mejorar: no más bronquitis, no más problemas de piel y se acabó el malestar general. De hecho, parecía estar en forma, más gordo y, en general, bien.

Cass Mann se dejaba caer por allí de vez en cuando, siempre con su llamativo aspecto. Había fundado Positivamente Sano, un grupo de apoyo con cientos de miembros VIH positivos. De verbo afilado, siempre parecía tener preparada alguna ácida ocurrencia, normalmente a cuenta de los gays casados con la hipótesis del virus/SIDA.

Este era el equipo que en los años siguientes iba a batirse, con toda su energía, en la contienda acerca del VIH y el SIDA y el que, sin saber cómo, poco a poco, se vería inmerso en la densa cortina de humo que cubría todo lo relacionado con este síndrome. Cuanto más hurgábamos, más descubríamos el lado oscuro de algunos científicos de prestigio mundial y de la crudeza y deshonestidad que puede uno encontrarse en la 'alta ciencia'.

---

[1] 'The pill generation', *Dispatches*, Channel 4, 18 May 1994

[2] 'The cot death poisonings', *The Cook Report* (2 programmes), Central TV, 17 November and 1 December 1994.

Capítulo 2

SIDA: Las Voces No Escuchadas

Sangre en Mal Estado: ¿Pudo causar SIDA?

Fue en noviembre de 1986 cuando una de mis amigas más íntimas, Carol Wiseman, que es directora de teatro para televisión, me llamó. Estaba trabajando con el productor teatral Michael Verney-Elliott, en una producción de "London Weekend Television". '¿Puedes hablar con Michael?' me dijo. 'Está completamente consumido por sus ideas sobre el SIDA. Dice que ahí hay algo totalmente equivocado y yo no estoy en posición de juzgar.'

Concerté una cita con Verney-Elliott para comer. Llegó tambaleándose con el peso de un enorme maletín cargado de papeles sobre investigaciones médicas. Traía con él dos años de investigación. La comida se alargó unas tres horas en las que fue apilando sobre la mesa un artículo tras otro. 'En el SIDA no cuadra nada. Aquí hay una epidemia limitada a cierto ámbito que parece haberse originado en un específico grupo de personas.' dijo, 'Pero de dónde viene? Verney-Elliott se había sumergido en sus propias indagaciones, impulsado por la indignación que le producía el que se estuviera culpando a los hombres gays de la expansión del SIDA. 'Están culpando a los gays de propagar la enfermedad desde África y Haití por medio del sexo, pero yo creo que tiene que ver más con un sistema inmune deteriorado por la sangre contaminada con impurezas que está siendo importada ilegalmente desde países del Tercer Mundo, donde la población padece muchas enfermedades.' Verney-Elliott estaba convencido de que buscando entre los hemofílicos VIH positivos podríamos encontrar alguna pista. Él ya había contactado con algunos especialistas destacados en hemofilia para sondear su opinión y expresarles sus propias inquietudes.

'Pero hay otra cosa que no concuerda', dijo. '¿Por qué el SIDA fue identificado por primera vez en un grupo de hombres gays en California, todos ellos con sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer muy específico, y con PCP (neumonía por neumocistis carinii), un tipo muy inusual de neumonía? Estos casos son muy diferentes de la condición de SIDA en los hemofílicos.'

Volví a la oficina dándole vueltas a la cabeza y comenté la reunión con mi colega, el productor Jad Adams, con quien había estado trabajando estrechamente en nuestros programas médicos durante los últimos cuatro

años. Adams aceptó discutir extensamente con Michael Verney-Elliott sobre el tema de forma directa. No estoy segura si fuimos nosotros los que adoptamos a Verney-Elliott, o fue él quien nos adoptó a nosotros, pero se nos unió. Adams, Verney-Elliott y yo pasamos muchas horas hablando de las anomalías que rodean al VIH y al SIDA. Ellos dos se centraron en la teoría de la sangre contaminada… y las primeras investigaciones de nuestro trascendental viaje por el SIDA se pusieron en marcha.

Descubrieron que una empresa llamada Hemo-Caribbean, había firmado un contrato con 'Papa Doc' Duvalier, de Haití, justo antes de que muriera, en 1971, el cual permitía a la compañía la extracción de plasma a la población haitiana durante un período de diez años. La Hemo-Caribbean pudo operar desde un edificio de la Rue des Remparts, Puerto Príncipe, durante unos dieciocho meses, comprando plasma a entre tres y cinco dólares la donación, antes de que el hijo de Papa Doc, 'Baby Doc' Duvalier la cerrara en noviembre de 1972, ante el clamor creado por el hecho de que las compañías farmacéuticas estuvieran aprovechándose de la sangre de los pobres por puro beneficio. En total se enviaron a los USA 75.000 litros de plasma, importados por cuatro grandes empresas farmacéuticas, para ser procesados como albúmina, gammaglobulina, inmunoglobulina, Factores 8 y 9, y para pruebas diagnósticas de laboratorio. Adams y Verney-Elliott también descubrieron exportación ilegal de plasma desde Brasil, en bolsas congeladas etiquetadas como 'zumo de naranja'. Otra empresa más estuvo, supuestamente, introduciendo plasma del Tercer Mundo en el Aeropuerto de Mirabel en Montreal, re-etiquetándolo como 'procedente de Canadá' y reenviándolo a Europa.

El examen de los donantes de sangre y el tratamiento con calor de los productos derivados del plasma para 'limpiarlos', se hicieron obligatorios en 1985. Esto significó que todos los donantes de sangre tenían que ser sometidos a control para descartar varios agentes infecciosos, tales como hepatitis B y, como muchos creían, VIH. El tratamiento con calor de los productos derivados del plasma actúa como un doble control de seguridad para eliminar cualquier tipo de virus e impurezas que puedan haber pasado el proceso de examen o rastreo. Estas técnicas fueron, por lo tanto, útiles (independientemente de si el VIH era la causa del SIDA) ya que ayudaban a reducir la presencia de potenciales agentes nocivos en los productos sanguíneos.

No se sabe si los efectos tóxicos resultantes de la importación y uso de sangre contaminada de donantes pobres del Tercer Mundo, o de los adictos a las drogas que vendían su sangre para ayudar a financiar su adicción u otras personas enfermas en los USA, jugaron un papel en el aumento de las cifras del SIDA antes de 1985, cuando se introdujeron las medidas

preventivas. Pero en 1987, con anterioridad a la lectura del primer artículo de Peter Duesberg que cuestionaba al VIH como causa del SIDA, pensamos que valía la pena investigarlo. Y eso fue lo que pensó también David Lloyd, editor del programa de Channel 4, *Dispatches*, quien nos adelantó el dinero para el proyecto 'Bad Blood' y Adams y Verney-Elliott partieron hacia los Estados Unidos y Canadá para investigar el asunto.

Descubriendo a Duesberg: El Principal Académico Disidente del SIDA

Cuando volvieron, Adams se me presenta con dos proyectos separados – la historia de la sangre y una perspectiva sobre el SIDA completamente nueva. Ahora era imposible conseguir la prueba definitiva de la historia del plasma de 'zumo de naranja'. Nadie quería hablar de este desacreditado comercio con la sangre del Tercer Mundo y en realidad no nos fue posible conseguir una muestra re-etiquetada; así que tuvimos que abandonar el reportaje de la sangre contaminada (Bad Blood). Sin embargo, durante su viaje de investigación, Adams y Veerney-Elliot habían conocido a muchos científicos que estaban convencidos de que el VIH no podía ser la única causa del SIDA. Lo que más influyó a Adams fue un artículo de un distinguido virólogo alemán que ahora estaba impartiendo clases y haciendo investigación en la Universidad de California. El artículo de Peter Duesberg, 'Retroviruses as carcinogens and pathogens: expectations and reality' ("Retrovirus como Carcinógenos y Patógenos, Expectativas y Realidad"), publicado en *Cancer Research*, cuestionaba con elegancia el papel de los retrovirus como agentes causales del cáncer y el papel del VIH en el SIDA. He aquí un científico respetado planteando, con verosimilitud, que la idea general sobre el SIDA no estaba bien encaminada. Adams, Verney-Elliott y yo, a la vuelta de su viaje, decidimos que era importante dar la palabra a estos disidentes; como más tarde sucedió.

Peter Duesberg no era un científico cualquiera. Era un biólogo molecular de mucho prestigio en Berkeley, Universidad de California. Pionero en la investigación de los retrovirus, dirigió el equipo que trazó el mapa de la estructura genética de los retrovirus. Fue también el primer científico en aislar un gen del cáncer. En 1971 fue nombrado Científico del Año en California. A sus premios añadió también el de ser elegido miembro de la prestigiosa Academia Nacional de Ciencias y el de haber recibido la beca "Premio al Investigador Destacado", concedida por los Institutos de Salud de los Estados Unidos (NIH). Duesberg era también famoso por haber llamado la atención sobre las importantes lagunas en la comprensión de las ortodoxias científicas actuales. Es importante destacar

que apuntaló su integridad como científico al atreverse a cuestionar la misma ortodoxia que él mismo había ayudado a construir. Él cuestionó la teoría de moda de que los retrovirus (virus ARN que dependen de la célula huésped porque necesitan su ADN para sobrevivir) podían causar cáncer.

Todo esto era más que suficiente para que nos centráramos en el desafío de Duesberg a la visión general sobre el SIDA, así que presentamos un guion completamente nuevo a David Lloyd, de Channel4. Visitar a David siempre me traía a la memoria mis tutorías universitarias. Allí estaba él, sentado, con su flequillo de fraile lanzándote dardos de lógica jesuítica. Siempre fue una experiencia enormemente desafiante que me hacía subir la tensión arterial.

Esta vez le tocó a Adams el papel principal. Había preparado una mini-conferencia, para lo que se trajo un enorme bloc de dibujo, casi tan grande como él y utilizó un puntero para señalar las razones por las que Duesberg mantuvo, en 1987, y sigue manteniendo hoy en día, que el VIH no puede ser la causa del SIDA. El VIH es un retrovirus que, a diferencia de los virus ordinarios autosuficientes, tipo granada de mano, que invaden la célula hasta hacerla explotar, este tiene que integrarse en la célula para sobrevivir. Se identifica cuando aparecen en la sangre ciertos anticuerpos que se cree que son específicos del VIH. La postura de Duesberg de que el VIH es un virus pasajero, inocuo, basándose en los siguientes puntos clave:

- *Hay niveles muy bajos de VIH en el cuerpo, que nunca aumentan, incluso en el SIDA avanzado.* Cuando un virus ordinario causa enfermedad, como en el caso de la neumonía viral, el virus que afecta a los pulmones del paciente infectaría de un modo activo a más del 70% de las células pulmonares y sería visto fácilmente en un microscopio electrónico. Pero el retrovirus VIH casi nunca puede encontrarse; tampoco en pacientes de SIDA muertos a los que se le practica una autopsia. El VIH permanece latente, inactivo y a niveles muy bajos en aquellos que dan positivo al test del VIH y no tienen síntomas de SIDA. No existe ningún informe de niveles altos de virus en la sangre de ningún paciente de SIDA. El virus únicamente puede ser detectado en el 50% de las personas con o sin síntomas de SIDA. Incluso entonces, el virus no se puede encontrar directamente en la sangre extraída a personas con SIDA; tiene que ser reactivado usando cultivos celulares, con la ayuda de 'heroicas' técnicas de laboratorio. Esto tiene lugar en el laboratorio, sobre una 'Placa de Petri', lejos de la respuesta inmune del organismo y de sus mecanismos de defensa naturales. Dicho de otra manera, las condiciones bajo las que se cultiva el VIH son

artificiales y no tienen nada que ver con las respuestas naturales del cuerpo para controlarlo.

- *La cantidad de células infectadas es demasiado escasa como para que el VIH pueda causar enfermedad.* El VIH infecta activamente sólo 1 entre 10.000 a 100.000 células T (timo), células que son cruciales para el sistema inmune, el cual nos protege de las enfermedades. Sin embargo, el cuerpo regenera un 5% de células T en los dos días que le lleva al virus infectar la célula. Es como un ejército que recibe continuamente nuevos refuerzos. Por lo tanto, incluso si el virus destruyera todas las células que infecta, el cuerpo las regeneraría a mayor velocidad y el efecto sería mínimo.

- *El periodo de latencia, desde la infección con el VIH hasta el completo desarrollo de la condición SIDA, carece de toda lógica. A principios de la década de los años 1980, se dijo que era de cinco años, sin embargo, a principios de la década de los años 1990, la latencia se extendió hasta los 30 años*. Si el VIH fuera patógeno (mortal), realmente, sería de esperar que destruyera células T y causara SIDA cuando infecta a un organismo, no años más tarde. Requeriría que se reprodujera en su célula huésped hasta hacerla reventar y siguiera infectando a cientos de miles de otras células sanas. Pero retrovirus como el VIH no lo pueden hacer. A diferencia de nuestros virus tipo 'granada de mano' que entran en una célula y la destruyen, los retrovirus no lo hacen porque no pueden reproducirse sin su célula huésped. Los retrovirus tienen que establecer su residencia en su célula huésped y sólo pueden reproducirse al mismo ritmo que ésta se divide (mitosis).

- *Hay casos de infección VIH sin SIDA*. De acuerdo con las cifras de los "Centers for Disease Control" de los Estados Unidos, el número estimado de personas VIH positivo en los USA ha permanecido constante en 1.5 millones desde 1982 (más recientemente se ha dicho que bajó a 750.000). Sin embargo, apunta Duesberg en uno de sus primeros artículos, al cabo de un año (cualquier año) sólo un constante el 1% de ellos (unos 15.000) desarrolló SIDA y únicamente la mitad murió (menos del 0.5% del total de VIH positivos). Esto significa que entre el 98 y 99% de las personas que se estima son VIH positivo, en cualquier año dado, no desarrollan SIDA.

Estos fueron los argumentos clave de Duesberg en 1987. No han cambiado. Posteriormente amplió la lista de inconsistencias para incluir los casos documentados de SIDA sin rastro de infección por VIH.[1] Los datos de los "Centers for Disease Control" (CDC) mostraron después que en el 10% de los casos diagnosticados como SIDA no hay indicios de anticuerpos contra el VIH. Del 80-90% de personas con SIDA en los que aparecen anticuerpos contra el VIH, únicamente en el 10% de ellos pueden encontrarse provirus reales (material genético integrado del virus en oposición a anticuerpos contra él), la mayor parte de los cuales incluye partículas virales defectuosas (incompletas), que no pueden reproducirse.

David Ho y otros[2] realizaron ulteriores intentos para demostrar actividad viral masiva del VIH. Esta 'carga viral', afirmaron, fue detectada por medio de la técnica PCR (reacción en cadena de la polimerasa. En sus siglas en inglés), técnica por la cual Kary Mullis ganó un premio Nobel. Pero ese trabajo de Ho es erróneo, según lo demuestran el mismo Kary Mullis, Peter Duesberg, junto con su colega Harvey Bialy, editor científico de Bio/Technology,[3] Serge Lang, profesor de matemáticas de la Universidad de Yale,[4] y el Profesor Mark Craddock, de la Escuela de Matemáticas y Estadística de la Universidad de Sidney, Australia, quienes descartan, por distintos tipos de razones, el modelo matemático utilizado. Sostienen que lo que se está identificando son partículas virales –o, dicho de otra forma, partículas que son incapaces de infectar a otras células. Sus críticas provienen del hecho de que el método usado (PCR), el cual amplifica ADN y puede encontrar una aguja en un pajar, sólo te dice que allí hay material genético, pero no puede medir la cantidad de virus.

Voces que Disienten: ¿Por qué no fueron escuchadas?

Una vez confirmado el acuerdo de Channel 4 con nuestra propuesta, a las dos semanas, Adams, Verney-Elliott y el equipo partieron a filmar en Nueva York y San Francisco. Jad, como director, nos había metido prisa después de entrevistar a Duesberg en San Francisco. Recuerdo aquella mañana caminando desde nuestra oficina, en Covent Garden, al Soho, donde nuestro editor de cine Alan Ballard tenía su sala de montaje. Allí vimos la entrevista de Verney-Elliott con Peter Duesberg. Alan y yo nos quedamos pegados a la silla. 'Esto es dinamita', exclamé cuando oí el entrecortado acento alemán de Duesberg. Hablaba con esa naturalidad de profesor a oyente profano que hace comprensibles los más complicados principios científicos; salpicaba sus explicaciones con liberales toques de un tipo de ironía y humor que siempre conseguía sacar de quicio a sus oponentes, lo que le ayudó a convertir a antagonistas profesionales en

enemigos personales.

Adams y Verney-Elliot acometieron el concienzudo trabajo de montar la cinta, juntando todas las tomas, haciendo una serie de cortes más o menos aproximados y luego una versión final previa para que la viera David Lloyd. La película reflejaba las opiniones de varios escépticos del SIDA. Uno de ellos fue John Beldekas, un inmunólogo de Boston que tenía dos puntos clave que plantear. El primero, en relación con las anomalías que había descubierto sobre la propagación del VIH. Él y sus colegas habían llevado a cabo un estudio sobre la prevalencia del VIH en recién nacidos del estado de Massachusetts. Para su sorpresa se encontró con que el nivel de infección, en torno al 1.2%, era el mismo en las familias de clase media de Boston que en las ruinosas áreas de la parte vieja de la ciudad. Esto se reflejaba por todo el estado, lo que le indicó que el VIH no estaba restringido a los grupos de riesgo conocidos entonces, esto es, consumidores de drogas, principalmente intravenosas, y homosexuales.

Beldekas concluye diciendo. 'Hasta donde yo sé, aunque hay muchos bebés VIH positivos en el estado de Massachusetts, realmente no hay muchos bebés con SIDA. Esto sugiere directamente la siguiente pregunta: ¿Cómo se puede dar una frecuencia de virus alta y sin que se presenten al mismo tiempo muchos casos inconfundibles de SIDA?"[5] Beldekas estaba también preocupado por la artificialidad y la 'tremenda cantidad de procesos de laboratorio antinaturales' requeridos para aislar un virus como el VIH en un paciente de SIDA.

Básicamente, lo que hacen es coger un montón de glóbulos blancos supuestamente infectadas, ponerlas en cultivo, meterlas en un tubo de ensayo y bombardearlas con todo tipo de químicos, drogas y estimulantes que de alguna manera alteran esos glóbulos blancos y hacen que el virus aparezca. Ahora bien, si yo estuviera cultivando un virus, podría coger una célula de tu cuerpo, de tu cuello, y bajo unas adecuadas condiciones de laboratorio, podría sacar un montón de virus a los que tú has sido expuesto. Primero, eso no significa que tú seas un portador ambulante que ande soltado virus por ahí, y segundo, tampoco significa que seas potencialmente infeccioso. El hecho de portar esos organismos a los que hemos sido expuestos se llama persistencia –persisten dentro de nosotros y los podemos encontrar si buscamos con las técnicas apropiadas.[6]

Aunque se encuentre el virus, Duesberg señala:

Esta siempre latente. Nunca se activa. Está latente al principio, está latente (dice la ortodoxia) cuando mueres por culpa de él. Está latente (dice la ortodoxia) cuando lo padeces. No hay ningún informe en la literatura que describa un virus activo en un paciente. Está siempre latente. Esta es, de hecho, una de las paradojas de la hipótesis viral. Que yo sepa, no hay ningún parásito, bien sea virus, bacteria, hongo, lo que sea, que esté latente y sea patógeno al mismo tiempo. Éste, dicen ellos, ¡lo es! Esta es una las principales razones por las que yo no creo que este virus sea la causa del SIDA.[7]

Duesberg apuntó otra anomalía patente. 'La mejor evidencia de que el (VIH) virus está asociado a pacientes de SIDA son los anticuerpos al virus, que no es lo mismo que el virus. En el mejor de los casos es una prueba indirecta. De hecho, eso es casi un argumento en contra del virus, porque, normalmente, anticuerpos al virus significa vacunación, protección."[8] El documental permitió también a otros científicos, médicos y periodistas expresar su desacuerdo con la hipótesis virus/SIDA; muchos de ellos frustrados porque sus solicitudes de becas para investigación, en áreas no relacionadas con una causa de infección viral para el SIDA, fueron rechazadas una y otra vez.

El Dr. Richard Ablin, por ejemplo, de la Universidad del Estado de New York, dijo públicamente que el VIH no era la causa del SIDA, sino, simplemente, 'un pasajero de un barco que se hunde'. El Dr. Ablin creía que el daño ya estaba ahí y buscó las posibles causas de esa supresión de la inmunidad. En la película, le dijo al reportero Verney-Elliott que creía tener evidencia definitiva de que una enzima llamada transglutaminasa, la cual estaba presente en el semen y en los concentrados del factor de coagulación como el Factor VIII, administrado a los hemofílicos, contribuía a la supresión inmunitaria. Si la transglutaminasa en el semen podía causar problemas al sistema inmune, le preguntó Verney-Elliott, ¿Por qué no hay más mujeres con síntomas tipo SIDA? 'Aquí, el problema', contestó Ablin, 'es que el revestimiento del recto es mucho más delgado que el de la vagina, por lo que puede uno imaginarse que la clase de trauma que pudiera estar asociado con la relación anal, sería mucho más severo que el que se daría en la vagina."[9]

El Dr. Stephen Caiazza, de Nueva York, también dio su opinión. Él creía que el SIDA era debido a una sífilis (mal) tratada, con la penicilina inadecuada, que no acabó de eliminar a los microbios causantes de la enfermedad. Quedaron algunos en el sistema nervioso central. Mantuvo también que muchos casos de sífilis no habían llegado nunca a ser diagnosticados y, por lo tanto, nunca habían sido erradicados correctamente, propagando más la enfermedad entre la población gay susceptible.

El programa incluía también una entrevista con Chuck Ortleb, editor del semanario gay, *New York Native*. Él siempre había cuestionado seriamente la teoría de que el VIH causa SIDA y montó varias campañas para llamar la atención del público sobre las teorías alternativas. Apoyó el trabajo de la científica de Boston Jane Teas, quien, junto con John Beldekas, había trabajado sobre la teoría de que el SIDA pudiera ser el resultado en humanos de la infección por el virus de la fiebre porcina africana. Habían aparecido artículos en la literatura científica en relación a varios pacientes de SIDA que parecían estar infectados con este virus. No les fue posible obtener apoyo de ningún tipo para su trabajo.

¿Por qué dudaba Ortleb del VIH, cuando todos los principales laboratorios y científicos no lo hacían? 'Si empezaras a entrevistar a todos los científicos de esos laboratorios', dijo, 'descubrirías que tienen un montón de dudas. Tienen miedo de hablar porque serían represaliados. Perderían sus subvenciones y sus trabajos. La ciencia del SIDA es realmente una religión, y si te atreves a cuestionar su autoridad, pierdes tu medio de vida. Así es como funciona la ciencia.'[10] En realidad, esto acabaría siendo el caso del Dr. Ablin, cuyo laboratorio fue clausurado, y el de Peter Duesberg, que iba a levantar la ira del 'establishment' científico y sufrir sus consecuencias.

Los intereses financieros que rodean el negocio del SIDA fueron también objeto de interés para el programa. En la Chiron Corporation de California estaba en marcha el trabajo de investigación de una vacuna contra el VIH. El Dr. Dino Dina nos dijo que, desde el comienzo del proceso hasta su aprobación final, el desarrollo de una vacuna podría costar de 20 a 30 millones de dólares.

La venta de los 'kit' de pruebas para el VIH se había convertido en una fuente de enormes beneficios. Cada vez que una gota de sangre era sometida a la prueba, significaba 43 peniques para la empresa que los fabricaba. Muchos de los mismos científicos dedicados a la investigación del virus del SIDA tenían empresas que vendían los 'kit' de pruebas y poseían millones de dólares en acciones. Para esos individuos, el SIDA era un negocio muy rentable. 'Lo que deberíamos realmente descubrir es la verdadera causa del SIDA', concluye Duesberg:

Y para ello tenemos que trabajar con el paciente, volver a la clínica, volver a las calles, o a las saunas; estudiar a los que están en riesgo, a los hemofílicos o a los hombres homosexuales promiscuos de alto riesgo y consumidores de drogas intravenosas, y ver lo que, de hecho, es el SIDA. El SIDA no tiene entidad como enfermedad. El SIDA es todo un conjunto de viejas enfermedades bajo un nuevo nombre.'[11]

Duesberg nos pareció realmente convincente, tanto su discurso como su personalidad. Pensamos que, cuando menos, sus argumentos merecían ser seriamente considerados.

AIDS: The Unheard Voices (SIDA: Voces No Escuchadas), fue transmitido a través del programa *Dispatches*, de Channel 4, el jueves 8 de septiembre de 1987. Nosotros pensábamos que nuestro documental iba a cambiar el mundo, pero cayó en un mar de silencio profesional. Ningún diario médico, ni ningún corresponsal médico se dignaron a mojarse en el tema; ni tan siquiera la puntita del dedo gordo del pie. La prensa general, en cambio, se mostró mucho más dispuesta al cuestionamiento de la ortodoxia científica. Liz Cowley, en el *Daily Mail*, calificó el programa de 'asombroso'. '¿Saben los médicos', escribió, 'hasta qué extremos algunos científicos están poniendo en duda la teoría de que el VIH causa SIDA?'[12] *The Independent* lo describió como 'importante y accesible'. Christopher Tookey, del *Sunday Telegraph*, escribió:

El documental de más relevancia, emitido en esta y anteriores, resultó ser el segundo de la nueva serie periodística de Channel 4, Dispatche***s****. Sostiene, con evidencias sorprendentes, que el VIH no es la causa del SIDA. Si la tesis del programa es verdad, estamos ante una buena y una mala noticia. La mala es que gran parte de la investigación mundial sobre el SIDA está siendo malgastada en tratar de hallar una vacuna para un virus equivocado. La buena es que mucha gente que ahora mismo cree que se pueden estar muriendo de SIDA, no lo va a estar. … Los productores de tan controvertido documental debieron haber pasado horas agónicas, decidiendo si lo hacían o no. Será deprimente, sin duda alguna, para muchos de los que están trabajando con denuedo en la búsqueda de una cura para el VIH. Por otro lado, naturalmente, la tesis del programa puede estar en lo cierto. Estuvo bien argumentado y puede ser beneficioso solamente si ayuda a parar lo que puede haber sido un error trágico a la hora de la adjudicación de recursos.*[13]

La mayor satisfacción para nosotros vino tras oír que David Lloyd había decidido proponer nuestro documental para los premios periodísticos de la "Royal Television Society" (RTS). Después de una buena cena y un buen brandy como invitados de Liz Forgan a la mesa de Channel 4, en la ceremonia de premios en la Grosvenor House, Paul Fox anunció el nombre de los ganadores. ¡Éramos nosotros! Jad Adams, Michael Verney-Elliott y yo ganamos el premio de la RTS al periodismo internacional y esa noche nos convertimos en el primer equipo independientes que conseguía ese premio. Tras el júbilo que eso supuso y animados por el hecho haber sido premiados por nuestros colegas, empezamos a recomponer nuestro archivo para preparar el próximo programa. Fue en este período cuando

Adams tomó la decisión de escribir su libro, gran parte del cual se escribió en nuestra oficina, en una mesa contigua a la mía.

AIDS: The HIV Myth (SIDA: El mito del VIH), de Jad Adams, fue publicado por Macmillan en 1989. Cuando salió recibió muy buena crítica en la prensa nacional, así como por parte de *Lancet* y de *Nature*. El *Lancet* (que más tarde llegaría a ser claramente hostil sobre el tema) lo calificó de 'animoso ataque a la opinión generalizada… Hace un excelente trabajo al compendiar dudas acerca del VIH/SIDA'[14] En *Nature*, el virólogo Profesor Beverly Griffin escribió:

Investigado meticulosamente. … Científicos de nombre son el blanco de la invectiva de Adams, quien llama la atención sobre su abandono del método científico, atribución de intereses creados en relación con el virus que defienden y el uso de la táctica de la apisonadora para acallar cualquier tipo de oposición. … Adams ha escrito un libro sumamente provocativo, aunque importante, sobre un grandísimo problema médico. Merece ser leído.[15]

Pero Duncan Campbell pensaba otra cosa. Encolerizado por el hecho de que Adams hubiera descrito el SIDA como una 'enfermedad conductual', lo que consideraba 'ofensivo para los que sufrían el SIDA', vertió a raudales sus vituperios en una crítica en el *New Scientist*: 'Su relato es asombrosamente incorrecto, científicamente inepto, constantemente marcado por la mala interpretación o tergiversación de las escasas fuentes científicas que ha consultado. Ha construido su libro con tal grado de ignorancia, dentro la investigación e información existente sobre el SIDA y la inmunología, tan ampliamente disponible, que resulta muy difícil de creer que esa ignorancia no sea deliberada.'[16]

Cuando llegó la invitación para debatir sobre su libro con Duncan Campbell en un encuentro en la "London School of Economics" (LSE), Adams no tenía ni idea de lo que le esperaba. Campbell era miembro de un grupo llamado "Campaign Against Health Fraud" (campaña contra el fraude en la salud), también conocido como Quackbusters (personas que investigan los fraudes contra la salud reivindicando la utilidad de la medicina alternativa), algunos de cuyos miembros parecían estar relacionados con la industria farmacéutica. Campbell estaba como una olla a presión tras los argumentos de Duesberg. En el acto, su agresividad pilló totalmente desprevenido a Adams que no esperaba tal demostración de virulencia, y menos en un ámbito académico como el de la LSE. Adams había acudido a un debate científico, sobre evidencias, pero lo que se encontró fue con un ataque contra su persona.

Martin Walker, en su libro *Dirty Medicine*, describe la siguiente escena.

Para Jad Adams, Campbell no tenía otra cosa más que hiriente desprecio. Atacó al libro no sobre la base de que los argumentos pudieran estar equivocados y se pudiera debatir abiertamente sobre ellos, sino sobre la base de que estaba mal escrito y lo había escrito un estúpido. (Campbell dijo): 'En este libro nada tiene sentido. Es, para ser franco, un imperdonable disparate de principio a fin. Cada uno de los enunciados científicos clave que contiene es erróneo, erróneo de modo demostrable y comprobable. Es un libro chapucero. Se contradice a sí mismo.'[17]

Los esfuerzos de Campbell son coherentes en un aspecto: rara vez respaldó su posición con argumento científico alguno. Simplemente actuó como un exterminador de Nintendo. Puede que no conociera el currículo de Duesberg, ni su prestigio en el mundo científico de la retrovirología y seguramente no había leído ninguno de sus trabajos cuando afirmó: 'Lo que le pasa a Duesberg es que es un loco egomaníaco. Nada en su libro es científico. Duesberg es capaz de escribir la más abominable de las basuras.' Y más adelante, 'Hay gente haciendo su trabajo (con el SIDA) y también hay, para ser sincero, idiotas como Duesberg estorbando por el medio, sin ciencia que los respalde.[18]

Los vituperios de Campbell no conocían límites. Fueron fustigados incluso los editores de Adams. 'Espero que convendrán con nosotros (sic) en que, si ven que los hechos están equivocados, como así les dirán científicos y médicos que lo están, el libro sea retirado de la venta antes de que haga más daño haciendo pública información errónea.'[19] El ataque de Campbell continuó después en las páginas del *New Scientist*. El director editorial de Macmillan, Adam Sisman, salió en defensa de Adams en una carta a este periódico, calificando la crítica de Campbell al libro de Jad Adams como 'violenta y desagradable'. Sisman dijo, 'Quiero rebatir algunos de sus críticas más histéricas a Macmillan como editora del libro'.[20] Lejos de sentirse intimidada, Macmillan procedió a encargar otro libro a Adams.

Las críticas al libro de Adams surgieron también del 'establishment' médico. El Dr. Anthony Pinching escribió, 'El libro parece un manifiesto de la Flat Earth Society (Sociedad de la Tierra Plana)'.[21] Las tentativas de eliminar cualquier opinión acerca del SIDA que discrepara de la opinión ortodoxa estaba en todo su apogeo. Ni el 'establishment' médico, ni una buena parte de los medios de comunicación, parecían tener mucha simpatía hacía la famosa sentencia de John Stuart Mill en favor de la tolerancia hacia las ideas del otro:

'Si toda la humanidad, menos una persona, fuera de una misma opinión y esta persona fuera de opinión contraria, la humanidad sería tan injusta impidiendo que hablase, como esa misma persona lo sería si, teniendo poder bastante, impidiera que hablara la humanidad… Nunca podemos estar seguros de que sea falsa la opinión que tratamos de eliminar y, aunque lo estuviéramos, eliminarla no dejaría de ser un mal.[22]

---

[1] Peter Duesberg, (carta) *Science*, vol. 257, 1848, 25 September 1992.
[2] Wei and Ho, *Nature*, vol. 373, 1995, p. 117; David Ho, *Nature*, vol. 373, p. 123.
[3] Peter Duesberg y Harvey Bialy, carta a *Nature*, 18 May 1995.
[4] Mark Carddock, 'HIV: Science by press conference', en P. H. Duesberg, *Aids: Virus or Drug Induced*?, Kluwer Academic Publishers, Netherlands, 1996, pp. 127-30, Serge Lang, *Challenges*, Springer Verlag, New York, November 1997.
[5] 'AIDS: The Unheard Voices', *Dispatches*, Channel 4, transcripción del programa, 1987.
[6] Ibidem.
[7] Ibidem.
[8] Ibidem.
[9] Ibidem.
[10] Ibidem.
[11] Ibidem.
[12] Liz Cowley, *Daily Mail*, 13 November 1987.
[13] Christopher Tookey, *Sunday Telegraph*, 15 November 1987.
[14] *Lancet*, 6 May 1989, p. 1031.
[15] Beverly Griffin, 'Burden of Proof', *Nature*, vol. 338, 20 April 1989, p. 670.
[16] Duncan-Campbell, 'AIDS: The Duesberg Myth', *New Scientist*, 6 Ma6 1989, pp. 60-1
[17] Martin Walker, *Dirty Medicine*, Slingshot Publications, London, 1993, pp. 370-6 (Duncan Campbell speaking at London School of Economics, 13 April 1989.)
[18] Ibidem.
[19] Ibidem.
[20] *New Scientist*, 3 June 1989, p.71.
[21] Anthony Pinching, 'A Flat Earth Society Manifesto'. *Independent*, 17 April 1989.
[22] John Stuart Mill. *Liberty*, Capítulo 2.

Capítulo 3

La Vida en Reservados y Saunas

La Hipótesis Riesgo/Sida

Cuando estuvo claro que los gays no nos íbamos a marchar, se nos concedió una versión de la sexualidad comercializada y consumista, una sexualidad de lo más frenética vacía de todo sentimiento profundo. Esto alimentó una máquina sin engrasar que solo consiguió quemarse hasta averiarse por completo.

Ian Young, *The Stonewall Experiment*, 1995

Los primeros casos de GRID, lo que luego se llamaría SIDA, fueron identificados en jóvenes varones homosexuales. Los indicios iniciales fueron que el SIDA estaba relacionado con el estilo de vida gay. Esto, naturalmente, ofendió a esa comunidad. Pero los años fueron pasando y el grupo predominante de personas con SIDA seguía originándose en el colectivo homosexual, si bien en un pequeño sector dentro de ese colectivo, de gran promiscuidad y que abusaba de drogas para estimular su actividad sexual. ¿Podría estar en lo cierto entonces la hipótesis del promiscuo estilo de vida gay? Es importante documentar aquí cómo los mismos gais describen su toma de conciencia sobre los riesgos para la salud que corrían los que, entre ellos, habían elegido 'vivir a tope'. Michael Callen era un hombre enormemente atractivo. Era delgado y sensual, con una presencia que transmitía atractivo sexual. Era la personificación del nuevo hombre 'gay'. En su arrastrar de las palabras, lento y lacónico, conseguía expresarse con inmensa fluidez, una cualidad que usó con éxito como orador. Estaba dotado para la canción y fue artista de cabaret.

La primera vez que me encontré con él fue en el rodaje de nuestro documental *The AIDS Catch* (La Trampa del SIDA). Sabíamos que no se creía que el VIH fuera la causa del SIDA y teníamos ganas de entrevistarle. Estando de gira con su grupo de cabaret, aceptó volar a Boston para entrevistarse con nosotros. Mientras devoraba la comida del servicio de habitaciones del hotel, a últimas horas de la noche, me contó acerca de aquellos primeros días de liberación gay en Harvard, cuando el sexo se convirtió en lo más importante de su vida. 'Por entonces tenía 23 años' dijo, 'Había tenido 2000 parejas' 'Fui muy, muy activo en la revolución sexual de finales de los años 1970 y principios de los 1980. 'Tengo una

distinguida lista de enfermedades de transmisión sexual y supongo que al mismo tiempo que cogía sífilis, gonorrea, uretritis no específica, hepatitis, CMV (citomegalovirus) y EBV (virus Epstein-Barr), también habría cogido el VIH'.[1]

Callen creía que era positivo desde 1983, antes de la llegada de las pruebas, y ya era famoso por su libro *Surviving AIDS*.[2] Era famoso también por cuestionar abiertamente al VIH como causa del SIDA y por un artículo que escribió con Richard Berkowitz, en el *New York Native*, en 1982, llamado 'Sabemos quiénes somos'. El artículo fue escrito antes de que se anunciara que el VIH era la causa del SIDA y antes de que la hipótesis virus/SIDA arrollara todo tipo de excelentes análisis de factores de riesgo sobre el terreno. En retrospectiva, fue un escrito verdaderamente profético.

'¿Alcanzan los investigadores a comprender la dinámica de la promiscuidad de los gays urbanos?', escribía Callen. 'La mercantilización de la promiscuidad y la eclosión de establecimientos como saunas, tiendas de libros especializadas y reservados, es única en la historia occidental.' '¿Se dan cuenta las comunidades gais de Nueva York, San Francisco y Los Ángeles que la promiscuidad ha llegado a ser tan narcótica para algunos, que sabemos de hombres que han sido diagnosticados con SIDA y sarcoma de Kaposi, quienes, aún con la perspectiva de una muerte inminente, están en este momento 'aliviando' sus hábitos sexuales en saunas y reservados?'

Nosotros creemos que lo que ha llevado al colapso de las respuestas inmunitarias que ahora estamos viendo es la acumulación de riesgos que conlleva el promiscuo estilo de vida gay en las grandes ciudades. La mayoría de los informes médicos indican que la exposición continuada y repetidas infecciones con virus comunes (sobre todo citomegalovirus), juntamente con otras infecciones venéreas frecuentes y quizás otros factores, han llevado a la presente crisis sanitaria entre los gays urbanos que practican la promiscuidad. 'La reinfección y la reexposición a infecciones comunes' supone actividad sexual en saunas y reservados.[3]

Aunque este famoso artículo trata sobre todo de los riesgos de la reexposición y reinfección, Callen y Berkowitz mencionan también otros factores de riesgo que deprimen el sistema inmune, como el uso de drogas, intravenosas u otras, el estrés y la dieta.

Quien ejerció una importante influencia sobre Callen fue su médico, Joseph Sonnabend, respetado facultativo de Nueva York y editor de la revista pionera de la disidencia del SIDA, *AIDS Research*. Este doctor, que había tratado a muchos pacientes de SIDA en su consulta situada en el centro de Manhatan, creía que el SIDA estaba causado por una multiplicidad de factores diferentes actuando a la vez. Sonnabend había observado que la conducta social de ciertos hombres homosexuales los estaba exponiendo a sucesivas infecciones de transmisión sexual de microbios comunes, conocidos por contener componentes inmunodepresores. Callen supo reconocer los posibles factores de estilo de vida asociados con el SIDA y, como líder de la comunidad gay, empezó a distribuir información acerca de la hipótesis riesgo/SIDA. 'Esto me sugirió que había múltiples objetivos contra los que dirigir la terapia, e inmediatamente tuvo un significado práctico para mí. Si el SIDA estaba causado por una variedad de factores de actuando simultáneamente, si pudiera anular uno de ello el efecto dominó detendría la cadena de circunstancias que me estaban haciendo enfermar.[4]

El artículo de Callen en el *New York Native* provocó indignación entre la comunidad gay. Callen fue 'quemado vivo' por muchos de sus compañeros que pensaban que, al ser elegido Reagan, surgiría un nuevo conservadurismo y ante cualquier sugerencia de que el estilo de vida podía influir en hacer enfermar a la gente, podría jugar un papel, dentro de la nueva tendencia derechista, a la hora de decir: "ellos trajeron este mal, déjalos que se mueran'.[5]

Callen me contó que cuando el VIH apareció en escena, muchos dirigentes gays, aunque en gran parte convencidos por la hipótesis de riesgo multifactorial (reinfecciones constantes y un estilo de vida 'a toda máquina', asociado a las drogas) tomaron conscientemente la decisión, por razones políticas, de apoyar la hipótesis 'no culpabilizadora' del virus/SIDA. Pero Callen y Berkowitz no se echaron atrás. 'Mi opinión', dijo Callen, 'era que tenías que decirles la verdad a los chicos, porque si no les contabas la verdad abiertamente, sin rodeos, en un lenguaje que les fuera comprensible, se iban a matar, y pensé que existía el imperativo ético de hablar desde mi propia experiencia'[6] El artículo de Calen y Berkowitz llevó al cierre de 14 saunas en San Francisco y de otras muchas en todo el país. Murió un año después.

¿Qué Ocurría en Reservados y Saunas?

En algunas de las saunas de Nueva York y San Francisco, según entrabas, te ofrecían una variedad de cócteles de antibióticos para tomártelos de

aperitivo, supuestamente para ayudar a protegerte de la sopa de infecciones de transmisión sexual que te esperaban en el interior. Una vez dentro y según avanzabas por el interior, Dennis Altman, en su libro *Homosexual Oppression and Liberation*, lo describe así:

A nada se parecen tanto como a esos enormes prostíbulos llenos de vapor en los que todos los presentes son clientes; cubiertos únicamente con una toalla blanca, los hombres merodeando por los pasillos, metiéndose mano en una búsqueda furtiva de sexo rápido; haciéndolo en pequeños cubículos oscuros, sobre duras camas bajas con restos de semen. ¿Desagradable? –sí, quizás. Sin embargo, hay amistades duraderas que empezaron en las saunas y, en este sentido, la analogía del prostíbulo no es completamente precisa. Es una característica de la vida del hombre homosexual, mucho más que entre heterosexuales, que el sexo preceda a otro tipo de intimidades.[7]

Se podían encontrar reservados en la mayoría de las capitales de América y Europa. Eran áreas especiales de conocidos bares gays, donde los habituales podían permitirse practicar la promiscuidad sexual a lo salvaje que con frecuencia incluía el sadomasoquismo, el fisting y todas las formas más abusivas de sexo gay. La actividad sexual era de tal intensidad que se necesitaban drogas para mantenerla. En el zénit de la actividad de las saunas y reservados, un practicante entregado de este estilo de vida 'a todo gas', podía normalmente llegar a utilizar más de 70 sustancias químicas, unas estimulantes y otras depresoras. Los reservados tenían normalmente muy poca luz, o estaban totalmente a oscuras, para facilitar el anonimato. David Black, en su artículo 'The Plague Years', escribe, 'Los reservados y las saunas gays, con su pésima higiene, recordaban las condiciones insalubres del África ecuatorial. … Eran, de un modo nunca sospechado, un Tercer Mundo sexual'.[8]

Devotos a Disco y Drogas

Antes de la visita al reservado o a la sauna venía la disco, donde había otros peligros. Cuando entrevistamos a John Lauritsen para *The AIDS Catch*, nos expresó su preocupación en relación a las infecciones de transmisión sexual y a su tratamiento con antibióticos de amplio espectro, los cuales son inmunosupresores, para continuar describiendo el ambiente de discotecas y 'clubs del cuero':

Consumían drogas, no unas pocas, ni drogas inocuas; podían tomar seis tipos diferentes de ellas a lo largo de la noche. Y no conocemos realmente las consecuencias de esas drogas, pero incluían poppers, que son nitritos inhalables, MDA (metilenodioxianfetamina), que es una droga de diseño, y Éxtasis y Special K, que también lo son; así como cloruro

de etilo, una sustancia devastadora que se inhala, además de cocaína, heroína, marihuana y alcohol. Y si la gente se toma media docena de esas cosas a lo largo de la noche, ¿Quién sabe qué interacciones pueden producirse en sus efectos? ¿Quién sabe de los efectos a largo plazo de cada una de ellas por separado?[9]

En 1983, Lauritsen entrevistó a Artic Felson, uno de los fundadores de 'People with AIDS', New York, y miembro (como lo era Lauritsen) del "New York Safer Sex Committee" (Comité de Nueva York para un Sexo Más Seguro). 'Felson me dijo', escribe Lauritsen:

que había entrevistado a entre 300 y 400 hombres gays con 'SIDA', interrogando a cada uno de ellos en relación al sexo y al uso de drogas. Aunque ninguno de sus entrevistados era virgen, algunos no eran especialmente 'promiscuos', pero todos eran consumidores de drogas. Felson dijo que había oído historias de abuso de drogas que te pondrían los pelos de punta y que, sin excepción, todos habían consumido poppers. Mi conversación con Felson tuvo lugar antes de que la hipótesis 'virus/SIDA' se hubiera convertido en Verdad obligatoria, así que todavía éramos libres para discutir ideas acerca de lo que era 'SIDA' y cuál era su causa. Felson mantuvo firmemente que él había enfermado a consecuencia del abuso de drogas y que el SIDA representaba los daños provocados en el organismo por las drogas.[10]

En su novela *Faggots*, Larri Kramer enumera 76 drogas favoritas del ambiente gay de Fire Island, entre ellas MDA, MDMA (éxtasis), YHC, PCP (polvo de ángel), STP, DMT, LDK, WDW, mescalina, estricnina y "Matanuska Thunderfuck". Kramer nos proporciona un vislumbre del uso de drogas en una disco gay de Manhattan: '" Estoy probando algo nuevo," gritó Tarsh. … Se llama 'Super K', viene de Inglaterra, es un sedante preanestésico para niños, es un polvo para esnifar, un cruce de coca y Valium, ¡es fabuloso!'[11]

Durante muchos años, Duesberg hizo hincapié en que el uso de drogas intravenosas y la exposición a largo plazo a drogas recreativas es lo que causa el colapso del sistema inmune, lo que posibilita que las infecciones oportunistas invadan el cuerpo indefenso. Le preocupan particularmente los efectos de esas drogas en los patrones de alimentación y sueño; lo que él describe como una vida de 'Estimulantes y relajantes – no comer, no dormir'. Varios años así, dice, y morirás joven.

A finales de los años 1970 el estilo de vida gay 'a todo gas' y el ambiente 'disco-drogas' se habían extendido por la mayoría de las capitales europeas. Había quien, para salir de casa, necesitaba un 'subidón', después, en la disco, probaba algo más en la barra, más tarde, en la pista, todavía podía esnifar del frasquito de poppers colgado de su cuello y luego, quizás, un

poco más durante el sexo esa misma noche. Y esto se repetía cada noche durante toda la semana. Encabezando la lista de popularidad estaban los poppers y una variedad de éxtasis, entre cuyos ingredientes decían que estaba la heroína. Nadie parecía pensar que los poppers pudieran ser perjudiciales; la mayoría de los hombres que frecuentaban estos clubs gais pensaban que era como tomarse una taza de té. Ninguna de las grandes organizaciones del SIDA advirtió adecuadamente de los peligros de las drogas. Las drogas se presentaban como peligrosas únicamente porque pudieran afectar el 'juicio' y facilitar un error en la seguridad del acto sexual.

'Los poppers', decía John Lauritsen, 'que causan mutación en los genes, que causan anemia severa, que pueden matar de un paro cardíaco, que suprimen el sistema inmunitario, se consideran como únicamente si provocan que alguien se olvide del condón'[12]. En vez de alertar a los lectores sobre los peligros de esas drogas recreativas, las revistas gays llevaban en su publicidad este tipo de droga y en anuncios editoriales incluso proporcionaban consejo sobre cómo almacenarlos en el frigorífico.[13] Aunque ninguna de las organizaciones 'oficiales' del SIDA había tomado una postura firme contra las drogas en el mundo gay, un grupo, Positivamente Sano, supo estar en su sitio y su cofundador, Cass Mann, sí avisó, con consistencia, acerca de la relación entre la toxicidad de las drogas y el SIDA. Estaba particularmente interesado en la preocupante evidencia que relacionaba 'poppers' y sarcoma de Kaposi, unas lesiones en la piel que afectaban a muchos gays con SIDA.[14]

¿Qué es lo que condujo a algunos hombres gays a tal nivel de promiscuidad que requería una aventura sexual tras otra? Dos conocidos escritores sobre sexualidad gay, Camille Paglia y David Black, tienen sus propias opiniones al respecto. Paglia ve a los hombres gays como guardianes del impulso masculino, 'Tener sexo anónimo en un callejón oscuro es un homenaje al sueño de la libertad masculina. El extraño desconocido es un dios pagano errante. El altar, como en la prehistoria, es el sitio donde te arrodillas'[15] David Black describe la sexualidad compulsiva de algunos hombres como:

El equivalente erótico de comer cacahuetes salados. Una vez que has puesto el sexo en el centro de tu identidad, tanto si dices, 'Soy un hombre gay' como 'Soy un semental hetero', necesitas una serie constante de aventuras sexuales para alimentar tu ego, superando cada una a la anterior. ¿Qué sucede cuando esa necesidad choca contra tu instinto de supervivencia?[16]

El aumento del consumo de drogas que sigue a la guerra de Vietnam coincidió con el movimiento de liberación gay de las décadas de 1960 y

1970. Los resultados, en cuanto a la promiscuidad de algunos, fueron explosivos. Los gays emergentes, en la necesidad de determinar su identidad sexual requerían más y más contactos sexuales, lo que se hacía imposible sin drogas que les ayudaran.

En su artículo de 1992, 'El papel de las drogas en el origen del SIDA',[17] Peter Duesberg indica que la aparición del SIDA en América coincidió con una escalada masiva en el consumo de drogas recreativas que empezó en las décadas de los años 1960 y 1970. Cita los informes estadísticos del "Bureau of Justice", que reportan que el número de detenciones por drogas en USA creció de 450.000 en 1980 a 1.4 millones en 1989; que la "Drug Enforcement Administration" confiscó alrededor de 9.000 kilos de cocaína en 1980, frente a los 100.000 kilos de 1990; que el "Naational Institut of Drug Abuse" informó que en 1979-1980 más de cinco millones de personas usaron nitritos inhalables en los USA, por lo menos una vez a la semana. En su resumen, Duesberg señala, 'Epidemiológicamente, ambas epidemias (drogas y SIDA) tienen en torno al 80% de sus víctimas en los mismos grupos de edad de los 20 a los 44 años, de los cuales el 90% son hombres. En los EE UU el 32% de ellos son consumidores de drogas intravenosas y sus hijos, alrededor del 60% son varones homosexuales.' Duesberg prosigue para explicar su opinión de que la epidemia americana de SIDA es una parte de la epidemia de drogas. Por ejemplo, cuando un VIH negativo adicto a las drogas contrae una neumonía, TB o demencia, estas patologías se describen como tales, pero cuando un VIH positivo adicto a las drogas padece esas mismas enfermedades, es diagnosticado como SIDA. 'Si tienes demencia más VIH', dice, 'te dicen que tienes SIDA. Pero si lo que tú tienes es demencia, a secas, ¡simplemente eres estúpido!' Pero el lado más oscuro de esta historia es que a los VIH positivos adictos a las drogas, con enfermedades relacionadas con SIDA, se les recetó AZT, con toda su toxicidad asociada. Estos pacientes no sobrevivieron.

En los tres años que van de 1984 a 1987, las muertes entre los consumidores de drogas intravenosas diagnosticados con SIDA o padeciendo neumonía no-SIDA y septicemia se incrementaron exactamente en el mismo porcentaje. Esto llevó a los ""Centers for Disease Control"" (USA) a reconocer que 'Sin embargo, no podemos discernir hasta qué punto la tendencia al alza en la tasa de muertes por abuso de drogas refleja tendencias en el uso de drogas ilegales, independientemente de la epidemia de VIH.' Las opiniones de Duesberg sobre la relación entre drogas y SIDA cuentan con el apoyo de un trabajo del Dr. Maurizio Luca Moretti, quien estudió a 508 antiguos consumidores de drogas intravenosas (190 VIH positivos), en un centro de rehabilitación en Italia. Todos ellos habían sufrido desnutrición mientras fueron adictos. Descubrió que cuanto

más tiempo habían estado consumiendo drogas y cuanto más altas eran las dosis, más probable era que padecieran disfunción inmune y que fueran VIH positivos. 'Esto lleva a la conclusión', escribe Moretti, 'que el grado de maltrato al sistema inmune correlaciona directamente con la seroconversión a VIH.' Cuando se les retiraron las drogas y recibieron nutrición adecuada, evitando enfermedades de transmisión sexual, ninguna de las personas VIH positivo mostró síntoma alguno de SIDA o enfermedades relacionadas con SIDA.'[18]

Años antes de que el SIDA apareciese ya había jóvenes adictos a las drogas muriéndose, con síntomas parecidos-a-SIDA, por las calles de Londres y Nueva York. El Profesor Emérito de Salud Pública de la Universidad de Glasgow, Gordon Stewart, hizo un estudio de la adicción a las drogas en la ciudad de Nueva York en la década de 1960.

Contraían todo tipo de infecciones oportunistas, transmitidas probablemente a través de las agujas. Entre el 85% y el 95% de ellos tenían evidencias de hepatitis. Estaban, en general, demacrados, sufrían de enfermedades debilitantes, varias enfermedades raras de transmisión sanguínea, con microbios habituales en la piel, cándida y criptococo, las cuales no serían normalmente consideradas patógenas en sí mismas… No encontramos sarcomas de Kaposi ni Pneumocystis (PCP: neumonía por neumocystis carinii) pero tampoco las estábamos buscando en aquel entonces.[19]

El periodista Darrell Yates Rist escribe de Nueva York: 'Alguien informa de la muerte de un yonqui, se llevan el cuerpo y se anota como una sobredosis. Nadie le va a tomar una muestra del pulmón para saber si realmente murió de neumocistis.' Gordon Stewart me había contado una vez que los certificados de defunción de los drogadictos suelen ser cubiertos por psiquiatras de unidades de drogadicción, que no siempre están interesados en todos los detalles clínicos de la causa de la muerte. Llamé por teléfono al "Maudsley Hospital", Londres, y hablé con un especialista de la unidad de drogas. ¿Cuáles eran las causas más comunes de muerte? Neumonía, septicemia (infección de la sangre) y pericarditis (inflamación de la membrana cardíaca), fue la contestación. Todas ellas son enfermedades relacionadas con el SIDA, ¿Nunca se le ocurrió pensar que el SIDA pudiera ser una manifestación del abuso de drogas, independientemente del VIH? 'En absoluto.' replicó.

El problema es que el compromiso con el 'VIH como la única causa del SIDA' ha dejado áreas como éstas completamente fuera de la investigación. Duesberg solicitó repetidamente fondos para investigar la hipótesis drogas/SIDA, tanto a los NIH como a fuentes privadas, y le fueron negadas una y otra vez. Ninguna de las investigaciones sobre el uso y abuso

de las drogas entre los pacientes de SIDA es satisfactoria. Poco se puede confiar en la información voluntaria aportada a través de entrevistas y cuestionarios, en un clima donde las drogas son ilegales y la homosexualidad es inaceptable para la mayoría de la población.

En 1985, David Black citó a Virgina Apuzzo, antigua directora ejecutiva de la "National Gay Task Force", sobre este tema:

La homosexualidad todavía es un delito en veintitrés estados. ¿Cómo pueden esperar de nosotros que contestemos a preguntas como qué clase de drogas usamos y qué hacemos sexualmente? ¿Adónde va esta información? ¿A qué banco de datos? ¿Quieres una lista de diez millones de hombres enfermos que también son homosexuales? Me resistí a la paranoia, pero el instinto salta en una crisis que te hace recordar que no estás tratando con instituciones amigas. Es un poco como pedir a los negros, en 1964, que confiaran en los sindicatos que se ofrecían a ayudarles. Muchas gracias. ¡Siguiente![20]

Cualquiera que sea la explicación de la promiscuidad de algunos hombres gays, de sus hábitos de saunas y abuso de drogas, todo parece estrechamente relacionado con el decidido reconocimiento por parte de Michael Callen de que la causa de su enfermedad fue su mismo estilo de vida.

Se me hizo imposible simular que la historia de la enfermedad era irrelevante respecto al hecho de que estuviera enfermo. Era como atractivo emocionalmente, creer que no tenía nada que ver con ninguno de los caminos que había elegido, que era simplemente mala suerte –casualmente había dormido con la persona equivocada. Pero una vez que me presentaron una explicación médica, tranquila, no-moralista, de un mecanismo multifactorial que podía dar respuestas sobre mi enfermedad, nunca fui capaz de volver a creer que una enfermedad de esta complejidad pudiera tener una simple y única causa.[21]

---

[1] 'The AIDS catch', *Dispatches*, Channel 4, transcripción del programa, 1992.
[2] Michael Callen, *Surviving AIDS*, Harper & Row, London, September, 1990.
[3] Michael Callen y Richard Berkowitz, 'We know who we are', *New York Native*, 8-21 November 1982.
[4] 'The AIDS catch'. *Dispatches,* Channel 4, transcripción previa, 1992.
[5] Ibidem.
[6] Ibidem.
[7] Dennis Altman, *Homosexual Oppression and Liberation*, Plymbridge, Boston, 1993.
[8] David Black, 'The plague years', *Rolling Stone*, nº 444, 28 March 1985.
[9] 'The AIDS catch', *Dispatches*, Channel 4, transcripción del programa.
[10] John Lauritsen, *The AIDS War.* Asklepios, New York, 1993, p. 192 (ISBN 0-943742-08-0).
[11] Larry Kramer, *Faggots*, Minerva, New York, 1990.
[12] John Lauritsen, *The AIDS War*, op. cit. p. 426.
[13] Jan Peacock, 'Pop till you drop!', Boyz Magazine, 16 October 1993.

[14] Cass Mann, St. Stephens Hospital workshop, September 1987.
[15] Camile Paglia, *Sex, Art and American Culture*, Viking, London, 1992.
[16] David Black, *Rolling Stone*, nº. 1, January-April 1992.
[17] Peter Duesberg, 'The role of drugs in the origin of AIDS', *Biomed & Pharmacother*, vol. 46, 1992, Elsevier, París, pp. 3-15.
[18] Maurizio Luca Moretti, *JIMHA*, vol. 1, nº 1, January-April 1992.
[19] Jad Adams, *AIDS, The HIV Myth*, Macmillan, London, 1989.
[20] David Black, Rolling Stone, nº 444, 28 March 1985.
[21] 'Amsterdam Alternative AIDS Conference' Meditel Productions, transcripción previa, 1992.

Capítulo 4

A la Caza del Retrovirus Humano

Empieza la Disputa: Desacuerdo entre los Reyes de la Virología

Conferencia Mundial del SIDA, Berlín, 1993

Entró en el vestíbulo de la conferencia como una estrella de cine de Hollywood en un estreno, con una gran sonrisa y tres guardaespaldas. Pero no era una estrella de cine, era el virólogo Robert Gallo, el hombre que afirmó haber descubierto el VIH, asumido ya como la causa del SIDA. Conforme se dirigía a su asiento en la sala de prensa, pocos periodistas se preocuparon de recordar que había admitido haberse apropiado, accidentalmente, del aislamiento del virus del SIDA de Luc Montagnier, diciendo que era suyo; y pocos periodistas habían advertido que ese mismo mes Gallo había sido encontrado culpable de mala conducta científica por sus pares.

El veredicto fue pronunciado por el "Department of Health and Human Services - Office of Research Integrity (ORI)". En el mismo se concluye que Gallo y su colega Mikulas Popovic habían hecho afirmaciones falsas en artículos científicos publicados. Gallo fue acusado de engañar intencionadamente a sus colegas para aumentar su credibilidad, al tiempo que se la restaba a sus competidores franceses. El informe dice también que su falsa afirmación falsa 'impedido un potencial progreso en la investigación del SIDA' al distraer a los científicos de un potencialmente fructífero trabajo con los investigadores franceses. Más tarde, la comisión de apelaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos revisó primero el caso de Popovic y decidió sobre un nuevo criterio para la definición de mala conducta científica. La comisión absolvió a Popovic diciendo que 'no había hallado falta evidente'[1] Con esta estrecha interpretación por parte de una comisión de abogados, no científicos, la ORI decidió abandonar el caso de Gallo y los cargos de mala conducta fueron retirados. Los palos de la portería habían sido movidos de nuevo para proteger a la ortodoxia (ver capítulo 11).

Puede que muchos periodistas de la conferencia no supieran que, el año anterior, varios miembros del equipo del laboratorio de Gallo habían sido investigados por varios casos de mala praxis, incluyendo la salida del laboratorio de cultivos virales, reactivos y otros materiales financiados por

el gobierno, para utilizarlos en sus propias empresas privadas de biotecnología. Hoy, sin embargo, en la Conferencia Mundial del Sida de 1993, en Berlín, Gallo era la estrella del show… y el show tenía que continuar.

A la vuelta de la esquina, en el centro de Berlín, el también retrovirólogo Peter Duesberg, otrora amigo de Gallo, pero hoy considerado por éste como su archienemigo, estaba tomando café con un grupo de disidentes del SIDA. Duesberg no había sido invitado a la conferencia y en pocas horas volaba de vuelta a sus laboratorios en Berkeley, California. La enemistad entre estos dos hombres empezó poco después de la famosa conferencia de prensa de 1984, cuando la Secretaria de Salud de los Estados Unidos, Margaret Heckler, con Gallo a su lado, anunció que 'la probable causa del SIDA había sido hallada'. Duesberg había trabajado en el campo de los retrovirus con Gallo en los NHI (Institutos Nacionales de la Salud) y había sido el primer científico en hacer el mapa de la secuencia genética de un retrovirus. De tal manera que, cuando se hizo el anuncio oficial de que el retrovirus VIH podía ser la causa del SIDA, se quedó estupefacto. 'No puede hacerlo' se dijo a sí mismo. 'El VIH simplemente no puede matar todas esas células. No hay ningún mecanismo que pueda explicarlo'.

Al tiempo que el carro del VIH echó a andar, Duesberg comenzó a escribir. Su primer artículo crítico con la hipótesis VIH/SIDA, en *Cancer Research*[2], había llamado la atención entre sus colegas y había convertido a Gallo en su enemigo. ¡Qué extraño! Gallo había dicho sobre Duesberg en cierta ocasión 'que era el tipo que más sabía sobre retrovirus en el mundo'. En una conferencia científica en Alemania, en 1985, lo presentó como' brillante y original, un científico con una energía extraordinaria, de honestidad inusual, con enorme sentido del humor y un excepcional sentido crítico que nos hace mirar dos veces, luego una tercera, a una conclusión que muchos de nosotros tomamos como cierta.'[3]

Pero pronto empezaría a insinuar que Duesberg no sólo estaba equivocado, sino loco, que se juntaba con personajes indeseables 'de cazadora de cuero'. Ya en 1988, describió las ideas de Duesberg como 'tonterías peligrosas'. 'Ahora se dedica a decir que la gente puede salir por ahí y fornicar sin preocuparse de infectarse con ese virus. Esa es la razón por la que estoy enfadado con Peter'[4] Por indicar algunas verdades incómodas para la comunidad científica, Duesberg, que había sido 'científico del año' tres veces seguidas, académico de la "US National Academy of Sciences" y poseedor de una 'beca al investigador extraordinario', concedida por el gobierno USA, se vería pronto privado de privilegios y honores, sin financiación, rehuido por sus colegas e imposibilitado para dar clase a estudiantes posgraduados.

¿Cómo puede el Mundo Entero haberse equivocado tanto acerca del SIDA?

Es inconcebible, dirás, que en algo tan serio como el SIDA, el conjunto del 'establishment' científico y todo el mundo, en realidad, puedan haberse equivocado tanto. Si hay una duda auténtica sobre el VIH como causa del SIDA, ¿Por qué no se escucha a las voces que discrepan? ¿Dónde está el debate? Hay varias razones por las que, a los que presentan argumentos científicos contundentes contra la hipótesis virus/SIDA, no se les escucha. La censura existente en el proceso de revisión por pares, aplicado por las principales publicaciones científicas, protege las opiniones ortodoxas e impide que salgan a la luz argumentos controvertidos. Los periodistas médicos y científicos tienden a apoyar a la ortodoxia científica dominante. Ponerla en tela de juicio podría socavar la confianza del público en el 'establishment' científico. El médico todavía es Dios y las políticas de salud de los gobiernos, dictadas por médicos y científicos, no deben cuestionarse.

Está luego el inevitable deseo de justificar las inmensas sumas de dinero empleadas en diez años para subvencionar la investigación basada en el VIH y las patentes de equipos de pruebas y de medicamentos antivirales. La historia del SIDA también es especial porque es la primera vez en la historia de la medicina que se destina tanto dinero a una enfermedad en particular. Con 40.000 millones de dólares gastados en los EE. UU. en un lapso de catorce años el SIDA se sitúa como la mayor industria después del departamento de defensa. El dinero corrió a raudales estimulado por la ola de terror desencadenada por por organizaciones tan consolidadas como los US "Centers for Disease Control" y su rama interna, el Servicio de Inteligencia de Epidemias (EIS), cuyos miembros están colocados estratégicamente en posiciones de poder e influencia en los medios.

En occidente, un 90% de los afectados por el síndrome son hombres, de los cuales más del 50% son homosexuales y habituales del consumo de drogas recreativas, intravenosas o no. En los años 80 la comunidad gay constituía un lobby poderoso a la hora de influir en los gobiernos, ansiosos de ser vistos por la población como 'políticamente correctos'. A este sector de la comunidad gay le convenía más que el SIDA tuviera origen infeccioso porque eso permitía que los gays percibieran la existencia de una causa externa para sus problemas de salud en vez de cuestionar su conducta; una causa que podría amenazar también a los heterosexuales. Esto proporcionaba a los grupos de activistas gays una razón de ser. Basándose en su propia experiencia podían ofrecer consejo a los heterosexuales en el terreno del 'sexo seguro'.

Una vez que el VIH fue aceptado como la causa del SIDA por la mayoría

de los gays, una cierta sensación de alivio entró en sus vidas. Habían visto a muchos de sus amantes y amigos íntimos consumirse ante sus ojos. Ahora podrían llorarlos, sabiendo que el VIH, ese nuevo y extraño virus que decían que provenía de África, había causado la muerte de su ser querido, quizás después de un 'desgraciado" encuentro sexual. Nada que ver con el hecho de que ese amigo o ser querido hubiera estado, probablemente, esnifando nitritos (poppers) en la pista de baile, o tomando cualquiera de las cincuenta drogas recreativas diferentes, noche tras noche, durante años; o que pudiera haber tenido cientos de parejas sexuales en un año; o que pudiera haber dejado de comer y dormir adecuadamente; o que pudiera haber estado tomando antibióticos todo el año contra la sífilis recurrente y la gonorrea, por ejemplo. No, el amigo o ser querido había muerto de VIH, definitivamente. Que alguien se opusiera a lo que se había aceptado como causa era considerado un agravio y sería al momento calificado de homófobo. Era un sacrilegio. Silenciosamente, una resignada y siniestra veneración de la muerte comenzó a extenderse por las comunidades afectadas por el SIDA.

¿Cómo Consiguió Imponerse el VIH en Primera Instancia?

Para entender como el VIH llegó a aceptarse como la causa del SIDA no es basta con repasar las razones repetidas de modo machacón por la ortodoxia, ensayadas al dedillo, y enumerar luego los puntos de desacuerdo presentados por los científicos que cuestionan la opinión establecida. Esta es una historia mucho más interesante. Es necesario narrar la historia sin sacarla de su contexto, incluyendo el clima sociopolítico que rodea la urgencia del SIDA y, en particular, los microclimas dominantes en os grandes laboratorios de virología en el momento. La historia se centra en tres hombres:

- El apuesto e irascible Robert Gallo y su círculo de colegas, conocido como el 'Bob Club' (el Club de Bob), firmemente instalados detrás del cemento y cristal de los laboratorios del National Cancer Institute, rama del NIH en Bethesda, Maryland.

- Luc Montagnier, el regordete, mofletudo, un tanto tímido científico francés y su equipo del Instituto Pasteur de París.

- Peter Duesberg, el moscardón de la fiesta. Esbelto y atlético, gafas con montura metálica, espesa melena de ondulado cabello

> plateado, el brillante biólogo molecular, con fama de "manitas" en asuntos de laboratorio. Ubicado en el Laboratorio Stanley, bajo los abetos de la suave California, Duesberg fue la inspiración para la puesta en marcha del Grupo para la Reevaluación Científica del VIH, compuesto por más de 350 científicos y profesionales de la salud que cuestionan la hipótesis virus/SIDA.

En pocas palabras, Gallo se convenció de que el VIH es la causa del SIDA y de que este virus es suficiente, por sí mismo, para causar enfermedad y muerte. En 1988, le comentó a Anthony Liversidge, en una entrevista para Spin Magazine, que 'el VIH mataba como un camión' y que hablar de cofactores era 'caca de la vaca… bobadas'[5] También dijo, en otra entrevista, 'El VIH causaría el SIDA a Clark Kent (Superman), si se le diera la dosis correcta de la cepa de virus correcta… sólo y por sí sólo. No tengo la menor duda.'[6]

Montagnier nunca estuvo totalmente seguro de que el VIH pudiera causar SIDA por sí mismo. Al principio no estaba seguro ni de que el VIH hiciera incluso algo. Ya en 1983, en la conferencia de "Cold Spring Harbor" sobre retrovirus humanos, después de describir su trabajo sobre el LAV - lymphadenopathy associated virus (más tarde renombrado VIH)- al tiempo que ponía el énfasis en que el LAV podría causar anormalidades en los nódulos linfáticos de los pacientes de SIDA, dijo que 'muchos otros retrovirus… podrían estar causando el SIDA'. Siete años después nos contó: 'Al principio pensamos que en este virus teníamos el mejor candidato a ser la causa del SIDA. Pero después de un tiempo, realmente desde el comienzo, pensamos que para la activación del virus en la célula necesitábamos algunos cofactores.' Montagnier creía que se necesitaba algo más –un cofactor o varios cofactores- para volver patógeno (nocivo) al VIH. 'Estaría de acuerdo en que el VIH por sí mismo, o algunas cepas del VIH, no son suficientes para causar SIDA.'[7]

Duesberg no cree que el VIH sea la causa del SIDA, ni que el VIH sea bioquímicamente activo. Es un simple pasajero, un retrovirus autoestopista que vive en nosotros y está crónicamente latente. Apenas es detectable y permanece latente incluso en personas con SIDA. Duesberg mantiene que el VIH, y los retrovirus en general, a diferencia de los virus normales, no matan a las células y precisamente por esta razón, durante diez años, los retrovirus fueron erróneamente sospechosos de causar cáncer –una enfermedad caracterizada por el crecimiento celular incontrolado. Paradójicamente, a este mismo tipo de virus le estaban echando la culpa de causar el SIDA, una enfermedad donde las células, aparentemente, desaparecen.

Los retrovirus se unen al ADN de su célula huésped y necesitan de ella para vivir. Cualquiera que resulte positivo al VIH está demostrando que el sistema inmune de su propio cuerpo ha hecho un buen trabajo, al producir anticuerpos y neutralizar al invasor. Duesberg rechaza las teorías de los cofactores diciendo que la introducción de cofactores para reforzar una teoría que se va a pique es la señal de una hipótesis fallida o, como él nos lo pinta, 'Es el principio de de la retirada de Moscú!'

En una entrevista realizada en 1994 para *Reappraising AIDS*, el diario editado por el Grupo para la Reevaluación Científica del VIH/SIDA, Duesberg dice:

En diez años del más extraordinario esfuerzo de investigación no tenemos evidencia alguna de que el VIH esté causando el SIDA. Al contrario. Tenemos un millón de americanos que son VIH positivo y están sanos, ocho millones de africanos que son VIH positivos desde hace ocho años y están sanos, y medio millón de europeos que también están sanos. Unos 150 chimpancés inoculados con el VIH tienen los anticuerpos, pero no desarrollan SIDA. Cómo es posible que en 10 años ningún médico contraiga el SIDA de ningún paciente de los que ha tratado, cuando no se dispone de vacuna. ¿Cómo es posible que 15.000 hemofílicos vivan 10 años con el VIH y no sólo no se mueran por esta causa, sino que su esperanza media de vida se duplique?[8]

Duesberg y Gallo habían sido compañeros, pero poco a poco empezaron a tener fuertes discusiones. El duelo entre ellos es bien conocido por los que les eran cercanos. Las historias de Duesberg acerca de Gallo van siempre acompañadas de una generosa ración de su endiablado sentido del humor. Quizás el relato mejor documentado de su creciente animosidad se encuentre en la sección del libro de Gallo sobre Duesberg, de su libro *Virus Hunting*[9] y en la crítica de Duesberg al mismo, 'On Virus Hunting', en el *New York Native*.[10] Gallo dice, 'Uno puede señalar únicamente que Duesberg es químico, virólogo molecular. No es médico, ni epidemiólogo; ningún trabajador de la salud de ninguna parte del mundo, por lo que yo sé, aceptaría esta (su) opinión.' Duesberg replica, 'Me pregunto si no habría sido mejor que el doctor Gallo usara su preparación médica para tratar a pacientes de SIDA, en vez de intentar averiguar la 'biología molecular' del VIH y la 'química' del SIDA. Duesberg acusa a Gallo de ser tan políticamente correcto que 'no quiere ofender a los homosexuales americanos o a los centroafricanos y sus microbios, cuando nos asegura que la transmisión sexual de hombre a mujer… es probablemente la ruta más común de infección en todo el mundo, y no vía sexual hombre a hombre, como aquí en los USA tendemos a pensar. Esto, sin embargo, continua Duesberg, 'deja abierta la cuestión de por qué las mujeres

representan menos del 10 por ciento de todos los casos de SIDA en los USA.' Gallo dice que 'La multiplicidad de Duesberg en los medios tiene su lado peligroso.' A lo que Duesberg replica: 'Pero Gallo, el padre de la ciencia a base de conferencias de prensa, falla a la hora de explicar el por qué es 'peligroso' para mí, Montagnier y otros que cuestionamos una hipótesis que, en siete años de intensa investigación e inversiones anuales que en la actualidad alcanzan a $3x10^{10}$ dólares, todavía no pudo parar, ni controlar el SIDA, ni puede predecir su expansión.'

Aunque este combate verbal sea entretenido, las diferencias clave de opinión entre Duesberg, Gallo y Montagnier no han sido nunca adecuadamente reflejadas o publicadas. Las consecuencias han sido realmente graves. Ahora es evidente que la gente puede vivir con el VIH y nunca desarrollar SIDA, pero durante una década, hombres y mujeres jóvenes, al ver que tenían un resultado positivo a los anticuerpos, creyeron que iban a morirse en el plazo de diez años. El impacto de este diagnóstico, apoyado por todo el peso de la ortodoxia médica, ha llevado a innumerables muertes psicológicas.

Retrovirología: Un Catálogo de Errores y Suposiciones Equivocadas

Algún tiempo después de la Guerra contra el Cáncer, después de que descubrimientos se convirtieran en 'inventos', investigadores en empresarios y la Gran Biología se volviera demasiado cara para poder funcionar sin el apoyo de las Grandes Corporaciones, a la biomedicina se le pasó el momento de ponerla en orden.

Barry Werth, junio 1988[11]

Cuando Nixon declaró la guerra contra el cáncer, en 1971, y se aprobó la "National Cancer Act", el "National Cancer Institute" de los NIH estaba dominado por los virólogos. Robert Gallo y colegas como Howard Temin, David Baltimore y Miron (Max) Essex, estaban allí preparados, con millones de dólares a su disposición, listos para encontrar una causa viral para el cáncer. La intensidad y el entusiasmo que rodeaban el campo de la virología tienen que verse en el contexto de la invención y uso del microscopio electrónico. Su desarrollo en la década de 1940 produjo una escuela de biólogos moleculares y virólogos que eran capaces de sondear las células cada vez en mayor profundidad, llegando a ampliarlas hasta 50.000 veces. Lo que vieron era un territorio totalmente nuevo, y lo que hicieron fue atribuir enfermedades a partículas que posteriormente identificaron como retrovirus –*porque estaban allí*. Pero asociación no ha sido nunca prueba de causalidad y la investigación en este campo se

transformó en reduccionismo científico (*ad absurdum*), lo que a su vez llevó a errores monumentales a la hora de hacer suposiciones. Arrogancia institucional, irresponsabilidad y un asombroso despliegue de codicia y vanagloria consolidaron una hipótesis equivocada sobre otra para formar una construcción: la hipótesis virus/SIDA.

El interés en posibles virus tumorales causantes de cáncer se había despertado ya en 1910, cuando Peyton Rous descubrió que podía inducir tumores en pollos sanos al inocularles tejido tumoral de pollos con sarcomas. Pero nadie fue capaz de repetir los resultados de Rous cuando se intentó repetir el experimento en otros animales. La opinión de Duesberg es que retrovirus como el sarcoma virus de Rous son de escasa relevancia clínica a la hora de provocar enfermedades en animales o humanos. 'Este virus probablemente ha matado un pollo fuera del laboratorio', dice. 'Pero hay dos premios Nobel y doce miembros de la "National Academy of Sciences" por causa de ese pollo. Ellos nunca lo cuentan así, pero es verdad.'[12]

En su libro *Virus Hunting (Cazadores de Virus)*, Gallo da su propia versión de lo que consideraba una noble investigación de la causa viral de una de enfermedad y nos lleva a los primeros tiempos de la caza de retrovirus animales. Investigadores clave en este campo fueron el científico de Harvard, Max Essex y William Haseltine, quien junto con Gallo lideró la búsqueda de retrovirus causantes del cáncer, en el apogeo de la campaña contra esta enfermedad. Luego Gallo seguiría, con el descubrimiento de los oncogenes (fue Duesberg casualmente quien identifico al primero de ellos en su propio laboratorio).

Se pensaba que los oncogenes podrían ser la clave de todo tipo de cáncer. El oncogén es un gen especial que, cuando se incorpora al material genético de un virus, se creía que podía convertir un gen celular normal en un gen cancerígeno (u oncogén celular). Sin embargo, Duesberg, habiendo puesto a prueba la relación entre genes virales y celulares, señaló que los oncogenes virales son tan raros y tan artificiales que no son relevantes para el cáncer en humanos o animales salvajes,[13] invalidando así la principal premisa de la investigación del cáncer en las décadas de 1970 y 1980, lo que tuvo como resultado su ausencia en cualquiera de las grandes conferencias científicas sobre el tema. Hasta la fecha no ha habido ningún logro importante en oncogenes, ni se ha encontrado ningún virus que pueda causar ningún tumor cancerígeno convencional en humanos. Sobre todo, lo más importante es que todavía no hay evidencia alguna de que el cáncer sea una enfermedad infecciosa, transmisible.

Aproximadamente por esas fechas (1970) se produjo el descubrimiento de la actividad de la transcriptasa inversa, lo que condujo a la identificación

de los retrovirus. Esta enzima permitía a un ARN-virus integrarse en el núcleo de su célula huésped. Nadie hubiera creído que esto pudiera suceder. Siempre se creyó que el ADN se convertía en ARN pero no al revés. Esto supuso que el premio Nobel de 1975 se le concediera a Howard Temin y David Baltimore. Hay quien dice que el Profesor Harry Rubin, de Berkeley, que realizó el trabajo pionero en esta investigación, debería haber sido reconocido por ello. Todo esto incitó a Gallo, según el mismo dice, 'a buscar el primer retrovirus humano causante de cáncer'.[14] Pero aquí empezó un catálogo de calamitosos errores que harían estremecerse al más más entregado seguidor de las modas en ciencia. También nos da una clave de cómo se llegaron a cometer otros 'errores', como la confusión entre el virus del SIDA de Montagnier y el de Gallo, o el más grande de todos: atribuir al SIDA una causa viral.

El primer error llegó pisándole los talones al descubrimiento, por Temin y Baltimore, de la transcriptasa inversa. Cuando ésta se descubrió se creyó que identificaba actividad retroviral, por lo tanto, infección, porque se sabía que los retrovirus requerían transcriptasa inversa para fusionarse con su célula huésped. Gallo rápidamente anunció haber hallado evidencia de infección retroviral en leucemias humanas. Este hecho fue descrito como un 'descubrimiento histórico' porque era la primera vez que se presentaban pruebas que vinculaban retrovirus y enfermedad en humanos. Científicos de todo el mundo trataron desesperadamente de reproducir este descubrimiento, pero no lo consiguieron. Los críticos de Gallo pensaron que, al unirse éste al trabajo de Temin y Baltimore, podría estar apuntándose para un premio Nobel en unos pocos años,[15] pero su 'descubrimiento histórico' resultó ser un artefacto incontrolado, o, en otras palabras, un falso positivo.

Los signos de un serio exceso de entusiasmo aparecieron en 1975, cuando Gallo anunció que había aislado el primer retrovirus humano en un paciente de leucemia. Tenía todo dispuesto para tratar de sus descubrimientos en la reunión anual del programa 'virus cáncer', en Hershey, Pennsylvania, y como preparación de la misma había enviado algunas muestras para que fueran examinadas de forma independiente. Para su desgracia, en la reunión tuvo que oír que su retrovirus humano no era más que una contaminación de laboratorio, no de uno, sino de tres retrovirus de animales diferentes: ¡de un chimpancé, un gibón y un babuino!

Gallo se sintió profundamente herido y lo bastante enfadado como para sugerir que había habido algún tipo de 'trampa '. 'Quiero decir, ¿qué otra cosa podría ser sino sabotaje? Puede darse una contaminación, ¿pero tres? En quince años he tenido una contaminación de un ratón. ¿Pero tres?'[16]

Este incidente anticipa la vehemencia con la que Gallo, en un principio, negó la acusación de que su virus VIH era un contaminante del laboratorio de Montagnier. Comentando el incidente de Hershey, Gallo dijo:

Lo que me sorprendió no es el hallazgo porque, como digo, ya estaba planteándome mis propias dudas, sino la vehemencia con que fue presentado. Más de un orador se aprovechó de nuestra desgracia para ridiculizar la idea de un retrovirus humano. Parecía como si se estuviera haciendo un esfuerzo especial, no simplemente para señalar nuestro error, sino para clavar los últimos clavos en el ataúd de los retrovirus humanos.[17]

Después de una década de investigación y muchos miles de millones de dólares, el programa del cáncer había encallado. El chiste del momento en los laboratorios era, '¿ Virus de tumor humano? ¿O virus de rumor humano?' En 1977, el programa del cáncer del "National Cancer Institute" fue completamente paralizado. El epitafio de Duesberg para dicho programa dice así:

Cuando estás el asunto de los retrovirus puedes detectar un retrovirus. Cuando examinas una enfermedad, puedes ver el retrovirus. Lo hemos hecho antes con la esclerosis múltiple, lo hemos hecho con sarcomas y en casi todos los casos, tarde o temprano, se encontró un virus. Lo que muchos de estos laboratorios pasaron por alto es que, posteriormente, los mismos virus podían encontrarse en portadores sanos y es por eso por lo que el programa del virus del cáncer es en esencia un fracaso.[18]

¿Qué Podrían Hacer a Continuación el Rey de la Virología y su Corte?

Habían intentado encontrar una causa viral para los cánceres, después para el cáncer de mama, más tarde para la esclerosis múltiple e incluso para la enfermedad de Alzheimer. Todos los intentos fracasaron. Allí estaban, sentados en sus torres de cemento y cristal, mano sobre mano. El dinero se había agotado y el Bob Club había empezado a dispersarse. Pero no por mucho tiempo.

Gallo necesitaba desesperadamente un descubrimiento rompedor y finalmente lo consiguió. Cogió células de pacientes con leucemia, las puso en cultivos celulares y encontró actividad de transcriptasa inversa. Consideró que allí tenía que haber un retrovirus. Lo llamó virus de la leucemia de las células T humanas (HTLV). Este supuso el primero de una serie de HTLVs (de HTLV-I a HTLV-V) que Gallo reunió en una familia de retrovirus, pero para nada eran niños obedientes. Uno de ellos, el HTLV-III, del que declaró que era la causa del SIDA, era particularmente obstinado. Pero antes de que hablemos del 'virus del SIDA' de Gallo,

necesitamos comprender cómo, exactamente, el HTLV-I se ganó credibilidad.

En dos islas del sur de Japón, en 1975, se habían observado grupos de casos de leucemia en pacientes mayores. Kiyoshi Takatsuki, de la Universidad de Kioto, los llamó leucemia de células T adultas (ATL) y se preguntó si podrían tener una causa infecciosa. Otros dos científicos, Yorio Hinuma y Isao Miyoshi estaban también sobre la pista y habían aislado un retrovirus, el cual, según Gallo, era idéntico a su HTLV.

Gallo afirma que él y sus colegas aislaron los primeros ejemplares de HTLV en 1978/9. Se produjo una gran agitación, ya que el mismo retrovirus fue identificado en pacientes negros nacidos en los EE. UU. y en personas de países caribeños, Sudamérica, África y Japón. La enfermedad misma de la leucemia dijo Gallo, podría tardar desde unos pocos hasta cuarenta años en desarrollarse, y empezó a especular frenéticamente acerca de los orígenes de su descubrimiento: que el retrovirus había venido de África, donde había infectado a primates del Viejo Mundo y a humanos y había alcanzado las Américas a través del comercio de esclavos. ¡Llegó incluso a sugerir que los comerciantes portugueses pudieron haber llevado el retrovirus a Japón en el siglo XVI, vía importación de esclavos y monos![19] Gallo se aferró con todas sus fuerzas a su hipótesis de que el HTLV-I podía causar enfermedad y es interesante ver el tono intimidatorio que él y sus colegas usaban cada vez que alguien se atrevía a dudar de sus afirmaciones.

Otro científico, el Dr. Carlo Croce, de Philadelphia, había sido lo suficiente atrevido para decir que él creía que el HTLV-I era una causa *indirecta* de leucemia (énfasis original). Gallo le contestó con un severo rapapolvo en una carta fechada el 10 de febrero de 1986.

Si estás lo suficiente al tanto como para hacer comentarios sobre la enfermedad del HTLV-I, deberías hacerlo con más cuidado. Es obvio que utilizas la semántica cuando dices que el HTLV-I es una causa indirecta de leucemia de las células-T. … Lo que me sorprende más es que tus argumentos suenan a 'intervención de Duesberg'. … Resumiendo, Carlo, me sorprendió la rapidez y el entusiasmo de tus conclusiones. Parecen interesadas y no son una ayuda ni para ti, ni para nuestra especialidad.[20]

Gallo envió copias de la carta a William Haseltine y a otros. La respuesta de Haseltine a Gallo es un buen ejemplo de cómo los 'guardianes de la opinión general' se unen entre ellos y ejercen presión para mantener el consenso. 'Querido Bob,' escribió Haseltine, 'me gustó que escribieses una nota a Carlo. … Espero que Carlo acepte tu consejo de modificar sus comentarios como es debido.'[21]

Teniendo en cuenta que, según Gallo, fue de la familia del HTLV (human T-cell leukaemia virus) de donde había salido el virus del SIDA, es interesante reevaluar ahora, con la perspectiva que da el tiempo transcurrido, el significado de este 'primer retrovirus humano', el HTLV-I, que tan rápidamente había saltado a la fama. El problema era, e incluso Gallo lo admite, que el mismo retrovirus se podía encontrar en personas perfectamente sanas. De hecho, él mismo manifiesta que únicamente el 1% de la gente 'infectada' con el HTLV-I desarrolló alguna vez leucemia y que el periodo de latencia podía llegar hasta los cuarenta años.[22] Un estudio japonés situó la incidencia de la leucemia de células-T adultas, en gente con anticuerpos al virus, en sólo el 0,06%.[23]

Mientras Gallo siguió reuniendo a su familia de HTLV en torno a él –el HTLV-II vino a continuación y luego el tristemente famoso HTLV-III (que más tarde se llamaría VIH, para disgusto de Gallo, pues ya no podía estar incluido en su familia de HTLV)- las dudas de Duesberg no paraban de aumentar. Cuando empezó a expresar su incredulidad acerca del papel de los retrovirus en la enfermedad, algunos de sus colegas comenzaron a escucharle y fue invitado a escribir un artículo para *Cancer Research* que fue crucial. Este artículo, 'Retroviruses as carcinogens and pathogens: expectations and reality', con sus 280 referencias fue publicado en marzo de 1987[24] y fue el primero de una serie de ataques demoledores a la totalidad del campo de oncogenes e investigación virus/cáncer, y también a la hipótesis virus/SIDA. Antes de abordar las declaraciones de Gallo acerca de que su descubrimiento, el HTLV-III (es decir, VIH) era la causa del SIDA, debemos dejar constancia de las críticas de Duesberg a las anteriores aseveraciones de Gallo en cuanto a que un retrovirus como el HTLV-1 pudiera causar cáncer.

En su artículo de *Cancer Research*, Duesberg describe a los retrovirus como los más comunes y benignos virus-pasajeros en animales y humanos sanos, probablemente a causa de ser éste el único camino que tienen para coexistir con su célula huésped sin causar síntomas de enfermedad y también porque es la única forma en que se pueden replicar sin matar a su célula huésped. Señala también los escasos casos de leucemia en animales y humanos infectados con retrovirus, los cuales representan un riesgo muy bajo, situado en el 0.1%. Tan bajo como el riesgo de leucemia en animales y personas que no tienen el virus.

Duesberg explica a continuación que el único papel que los sospechosos retrovirus, llamados oncogenes, juegan en el cáncer es que producen células anormales (hiperplasia), las cuales no son necesariamente malignas. La única forma en que esta acumulación anormal de células puede darse es cuando el virus es forzado a niveles de alta concentración, en condiciones

de 'invernadero' en laboratorio. Un animal fuera del laboratorio rara vez ha desarrollado un cáncer a partir de estos virus y nunca se ha informado de ningún caso de un humano que sí lo hiciera. Concluye diciendo que los retrovirus latentes están casi siempre involucrados en todas las infecciones naturales, pero ni directa ni indirectamente causan tumores cancerígenos. Son simples pasajeros y no deberían ser considerados un objetivo, ni en la prevención ni en la terapia del cáncer.[25]

Después de la publicación de su artículo, Duesberg fue entrevistado por el escritor John Lauritsen. Duesberg le dijo que no creía que el HTLV-I jugara un papel de ningún tipo en las leucemias. Hizo hincapié en su opinión de que es únicamente en el laboratorio, donde se fuerza a los animales inyectándoles grandes cantidades de virus antes de que hayan desarrollado adecuadamente sus propios sistemas inmunes para resistir este ataque, donde dichos animales llegan a producir células anormales.[26]

Aunque la mayor parte del artículo de *Cancer Research* cuestiona la visión ortodoxa sobre la relación entre retrovirus y cáncer, la última sección supone también el cuestionamiento de la hipótesis virus/SIDA. Los puntos clave de Duesberg fueron: que los niveles de VIH en el cuerpo, incluso en SIDA avanzado, eran demasiado bajos para causar enfermedad; que un retrovirus como el VIH era incapaz de matar a su célula huésped y seguir infectando otras; que el periodo de latencia no tenía sentido porque los virus causan la infección cuando entran en el cuerpo, no esperan cinco o diez años para hacer daño; y que los casos de SIDA sin VIH y de VIH sin SIDA le quitan todo el sentido a la hipótesis virus infeccioso/SIDA.

Estos importantes aspectos nunca se habían expuesto, pero ahí están, publicados en una prestigiosa revista científica. Después de estudiarlos detenidamente llegamos al convencimiento de que, en adelante, seguiríamos esas líneas de argumentación. Fue este artículo, localizado por mi compañero Jad Adams, lo que cambió el curso de nuestras vidas e hizo partir a nuestro equipo hacia una investigación de diez años para documentar una de las batallas más fascinantes que se libraban entre la vanguardia científica.

Gallo Vincula el HTLV-III con el SIDA

La idea de que un retrovirus pudiera ser la causa del SIDA estuvo en circulación ya desde 1981. Todos los casos iniciales de SIDA se identificaron por el hecho de que hombres jóvenes con síntomas de SIDA compartían un factor común: conteo muy bajo de células-T. Las células-T son un subgrupo de células sanguíneas cruciales para el sistema inmune. En 1982, después de oír a James Curran, de los "Centers for Disease

Control", describir casos de hombres jóvenes con un conteo muy bajo de células-T y expresar la opinión de que pudiera ser que se estuviera ante los primeros signos de una enfermedad recién aparecida y potencialmente epidémica, en la cabeza de Gallo empezaron a sonar campanas. ¿Qué podría estar afectando a esas células-T ?, se preguntó. 'Intelectualmente, empecé a desarrollar un escenario: ¿Y si el SIDA fuera debido a una mutación de un HTLV, ocurrida probablemente en África, que se hubiera extendido a Haití y luego a los Estados Unidos?[27]

El amigo de Gallo, Max Essex, ya había estado trabajando con la idea de que si el HTLV-I podía infectar células-T y causar leucemia, por qué no podía también causar otra enfermedad durante su (supuesto) largo periodo de latencia. Puesto que se decía que el SIDA afectaba a las células-T, ¿Por qué el HTLV-I no podía causar también SIDA? Fue a partir de entonces que el SIDA, que hasta entonces no había sido nada más que un conjunto de síntomas dispares, empezó a ser etiquetado como una única enfermedad con una única causa infecciosa. Una vez introducida la palabra 'infecciosa', todas las alarmas del control de epidemias sonaron al unísono. El problema era que si se suponía que el HTLV-I causaba que las células infectadas se multiplicaran y se convirtieran en cánceres, ¿Cómo podía destruirlas al mismo tiempo? 'En realidad,' escriben Peter Duesberg y Bryan Ellison:

Los retrovirus se habían hecho con las altas instancias de la investigación del cáncer en los años de la década de 1970 precisamente porque no mataban a las células infectadas, sino que se integraban en los agentes causantes del cáncer de la célula. Sin embargo, la hipótesis de Essex implicando al HTLV-I le gustó a Gallo. Hasta que se dio cuenta de la contradicción. Entonces, discretamente, cambió el nombre del virus: sustituyó el Human T-cell Leukaemia Virus por el Human T-cell Lymphotropic Virus, refiriéndose así a la infección de las células-T (o linfocitos-T). Este nuevo nombre no implicaba cáncer ni destrucción celular, manteniendo de esta manera una ambigüedad que podía permitir que el virus causara ambas enfermedades a la vez.[28]

En otras palabras, Gallo se dio cuenta de que al haber sido relacionado el HTLV-I con la proliferación celular necesaria para causar un cáncer como la leucemia, ahora tendría que explicar cómo el retrovirus que afirmaba haber descubierto podía funcionar en la dirección opuesta y matar células. Simplemente alejó al HTLV-I de la leucemia sustituyendo el significado de la 'L' de leucemia en la sigla HTLV-I, por la 'L' de linfotrópico. Linfotrópico quiere decir que tiene preferencia por los linfocitos-T, lo que permitió a Gallo cubrir todas las opciones. Gallo y sus compañeros se pusieron a hacer análisis de sangre a pacientes con SIDA y, después de enormes esfuerzos para encontrar una línea celular con la que pudiera

trabajar y reunir diez retrovirus diferentes en una mezcla (una técnica que fue muy criticada por otros científicos), Gallo apareció con un nuevo retrovirus debidamente incluido en la familia y lo llamó HTLV-III. Corría el año 1984.

Entretanto, en el Instituto Pasteur de París, Montagnier y sus compañeros habían estado atareados también aislando una cepa de virus de un hombre joven que tenía los nódulos linfáticos inflamados. Consiguieron un retrovirus al que, prudentemente, llamaron LAV (Lymphadenopathy associated virus). Gallo los animó a hacer un informe de los resultados y, en abril de 1983, envió el reporte de Montagnier a la revista *Science*. Montagnier había estado en contacto con Gallo, y Gallo se había ofrecido a revisar el documento antes de su publicación. Montagnier no había escrito la sinopsis de dicho documento y Gallo se ofreció a escribirla y leérsela por teléfono. Gallo había escrito las líneas siguientes: 'Informamos del aislamiento de un nuevo retrovirus en los ganglios linfáticos de un paciente homosexual con múltiples linfadenopatías. El virus parece ser miembro de la familia del virus de la leucemia de las células-T humanas (HTLV).'[29] Esta última frase iba a reverberar a través de la historia. Montagnier afirmó más tarde que no había comprendido totalmente por teléfono el inglés de Gallo y que nunca habría aceptado la vinculación que éste hizo del LAV con su familia de HTLV.[30] No obstante, en julio de 1983, Montagnier le llevó a Gallo muestras del LAV junto con varias de sus fotografías.

Aunque parezca mentira, nadie había prestado mucha atención al artículo de Montagnier en *Science*, en 1983. Entonces, en la primavera de 1984, se corrió la voz de que Gallo, por fin, había encontrado la causa del SIDA. Era el mismo HTLV-III de Gallo. A continuación, sucedió algo completamente inusual. Antes de la publicación de información alguna a la comunidad científica sobre el HTLV-III y SIDA, se convocó una conferencia de prensa. Margaret Heckler, secretaria del Departamento de Salud y Servicios Sociales, con Gallo a su lado, declaró: 'Se ha encontrado la probable causa del SIDA.' El mismo día, Gallo presentó una solicitud de patente americana para el kit de prueba de sangre (test) del VIH que había ideado.

El Dr. Kary Mullis, al que le fue concedido el premio Nobel de química de 1993 por la invención de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), un método de amplificación de ADN/ARN, usado posteriormente para detectar VIH en muestras de sangre, sacude la cabeza cuando recuerda ese día.

No puedo comprender por qué lo hicieron. Nadie en su sano juicio haría las cosas de esa manera. La secretaria de salud anunciando al mundo que este hombre, Robert Gallo, con esas gafas de sol oscuras, había encontrado la causa del SIDA. Eso no tuvo nada que ver con ningún tipo de ciencia mínimamente seria. Había una serie de personas que tenían SIDA y algunas de ellas, no todas, tenían VIH. Bien, pues encontraron una correlación. ¿Y qué?[31]

Mullis es igualmente mordaz cuando Montagnier califica su aislamiento, procedente de los ganglios linfáticos de un hombre homosexual, como la causa del SIDA.

Sólo porque alguien que necesitaba hallar una conexión clínica con un virus perteneciente al único tipo de virus con los que sabía trabajar, encontrara uno de ellos en un paciente con una enfermedad nueva que estaba empezando a tener un papel en medicina, culpa a ese virus como la causa…, ¿Ves cómo funciona esto? … A la vista de esto, cualquiera diría que este hombre tenía un interés personal en encontrar una conexión entre su propio virus y esta enfermedad. ¿Investigó Montagnier todos los virus conocidos y, finalmente, por alguna buena razón, se centró con este? Porque si hubiera buscado cualquier otro virus en ese ganglio linfático, lo habría encontrado. Y eso ya estaba en la literatura.[32]

A partir del día de la conferencia de prensa en Washington, la hipótesis virus/SIDA se convirtió en palabra de Dios y el dinero empezó a fluir. Gallo recibía 100.000 dólares al año de la patente de la prueba. William Haseltine, uno de los colegas cercanos en los oscuros días de la investigación del cáncer vinculado a los retrovirus, había formado una empresa de biotecnología llamada Cambridge Bioscience e invitó a Max Essex a unirse a ella. Esto le venía bien a Essex, en su puesto de la Harvard's School of Public Health. Aunque Harvard sería la propietaria de las patentes de lo que él descubriera, Cambridge Bioscience tendría la licencia, que es donde estaba el dinero de verdad. 'De esta manera Harvard tendría un interés particular en la investigación a la que Essex decidiera dar prioridad y en cómo asignara estudiantes graduados a los experimentos. 'Era una línea borrosa entre negocio y educación', escribió Barry Werth en el *New England Monthly*. Essex había conectado HTLV y SIDA un año antes de que se identificara la supuesta causa del SIDA y se aferró a su teoría incluso después del descubrimiento del VIH.

Desde el principio, su reticencia a considerar las dudas acerca de su trabajo planteó problemas sobre su papel, y no únicamente sobre su papel, en el SIDA. Otros investigadores empezaron a sospechar que Essex, Gallo y Haseltine tenían su propia agenda para promocionar la particular familia de retrovirus encontrada por Gallo. Así

se dijo para explicar los intentos de Gallo de que al virus del SIDA se le denominara HTLV-III.[33]

Ni que decir tiene que cuando VIH y SIDA se convirtieron en un gran negocio, Essex y Haseltine se hicieron millonarios, a pesar de otra metedura de pata monumental por parte de Essex, quien estaba investigando dos virus relacionados con el SIDA, uno en monos africanos y otro en mujeres prostitutas de Senegal aparentemente sanas. Estos 'nuevos' aislamientos de virus fueron patentados rápidamente, faltaría más. Pero entonces, un joven científico llamado Barry Mullins descubrió que los tan ampliamente comentados 'nuevos' virus relacionados con el SIDA, ¡no eran más que contaminantes de virus de monos domésticos con los que se estaba trabajando en un laboratorio del piso de arriba! ¡Enhorabuena! exclamó mi colega Michael Verney-Elliott, 'La gente que no te trajo la causa del cáncer, ahora no te trae la causa del SIDA'.

La Disputa por Reivindicar el Descubrimiento del VIH

Mientras tanto, en París, Montagnier no estaba lo que se dice contento. Gallo no sólo había afirmado que su aislamiento viral, llamado ahora HTLV-III (después sería renombrado como VIH), era la causa del SIDA, sino que en un artículo de *Science* anunciando sus hallazgos, publicó también una fotografía del virus de Montagnier. Luego, por si esto no bastara, Gallo había presentado una solicitud de patente americana para el test de sangre del SIDA, basado en el HTLV-III… cuando Montagnier había solicitado una patente basada en su LAV un año y medio antes sin que todavía le fuera concedida.

Montagnier estaba enfurecido y a finales de 1985, junto con el Instituto Pasteur, decidieron demandar al gobierno de los Estados Unidos. 'Yo ya estaba particularmente enfadado porque nuestra patente para el test de sangre había sido ignorada, hasta que fue aprobada la de Gallo. Los científicos en Estados Unidos están expuestos a fuertes presiones para producir resultados, lo que a veces deforma su sentido de la ética, llegando incluso a falsear sus experimentos para aparentar éxito en sus objetivos. Y esto no ocurre sólo en Estados Unidos.'[34] La historia de cómo ocurrió la confusión del virus del SIDA está ampliamente documentada, particularmente por John Crewdson, del *Chicago Tribune*, cuyo laborioso trabajo de investigación y consiguiente artículo que ocupó un suplemente completo de ese diario, condujo a una investigación oficial del trabajo de Gallo (ver capítulo 11).[35]

El HTLV-III de Gallo resultó ser idéntico al LAV de Montagnier (más tarde acordarían renombrar a ambos como VIH) y la única conclusión que

se podría sacar es que, de alguna manera, el virus de Montagnier había contaminado los cultivos del laboratorio de Gallo, como así lo admitió este último en su carta de 1991 a *Nature*.[36] En un momento en que el público pedía financiación urgente para la investigación del SIDA, habría sido embarazoso para los gobiernos de Francia y Estados Unidos el ser vistos enzarzados en una batalla legal muy costosa sobre los derechos económicos derivados de la patente de los equipos para los tests, así que, a instancias del presidente Ronald Reagan y del Primer Ministro Jacques Chirac, Gallo y Montagnier se reunieron en una habitación de un hotel en Frankfurt para buscar un acuerdo. El resultado final fue que llegaron a un acuerdo extrajudicial y en marzo de 1987, acordaron compartir el crédito por el descubrimiento del virus y repartir los derechos por del test de sangre (test kit). Hasta 1994 esos derechos generaron 35 millones de dólares.[37].
Gallo y Montagnier quedarían unidos por el acuerdo de una 'historia científica' de los acontecimientos. Esta 'historia' se publicó en *Nature*. No se hace mención de contaminación en laboratorio ni de las fechas en que las respectivas patentes fueron solicitadas, simplemente que, en mayo de 1.983, el grupo de Montagnier informó de la identificación de un 'nuevo retrovirus humano', LAV, cultivado de un paciente con el síndrome SIDA y que, en mayo de 1984, el grupo de Gallo informó haber encontrado su HTLV-III en pacientes de SIDA (y afirmó que ésta era la causa del SIDA). Se acordó que ambos retrovirus, LAV y HTLV-III, recibirían el mismo nombre: 'virus de la inmunodeficiencia humana' (VIH).[38] El texto del acuerdo entre Gallo y Montagnier contiene una cláusula por la que las dos partes aceptan 'no hacer ni publicar ninguna declaración que fuera o pudiera ser considerada como contradictoria o que comprometiera la integridad de dicha historia científica.'[39] Jad Adams, historiador, se siente desolado al ver esta 'amañada' interpretación de los acontecimientos. 'Si el fraude científico es el peor crimen profesional que se pueda concebir en un científico, reescribir la historia para acomodarla al parecer de determinado 'establishment' es, probablemente, lo peor para un historiador.[40]

Gallo no le da importancia a la polémica en torno a la afirmación de Luc Montagnier de que (Gallo) había utilizado su aislamiento (el de Montagnier) para hacer un test comercial del SIDA. Dice que no ha tenido ningún impacto en su reputación, 'Dentro de la comunidad científica, todo el mundo conoce mi estudio y saben que no se nos encontró culpables de nada.'[41] Hoy, habiendo dejado los NIH después de haber sido vilipendiado por el *Chicago Tribune*, y de haber sido objeto de tres investigaciones diferentes (ver más abajo y capítulo 11), Gallo se las ha arreglado para establecerse como director de su nuevo "Institute of Human Virology", en

la Universidad de Maryland, Baltimore, donde continúa sus investigaciones.

Gallo tiene trece patentes en los EE. UU. y ha solicitado otras veintinueve. Sus inventos proporcionan a los NIH, sus antiguos empleadores, la mitad de los ingresos en concepto de derechos. La Universidad de Maryland tendrá las patentes sobre los nuevos inventos que salgan del "Institute of Human Virology", pero repartirá los beneficios al cincuenta por ciento con los inventores. En Gallo están depositadas grandes esperanzas. Si tiene éxito, se espera que su instituto se autofinancie en cinco años y el estado de Maryland haga millones en beneficios derivados. Hubo, sin embargo, algunas dudas. Cuando los legisladores de Maryland acordaron financiar el Instituto de Gallo, añadieron explícitamente una cláusula ética que requería de la universidad que garantizara la conducta del instituto. 'En privado, algunos docentes de la universidad admiten tener reservas similares acerca de su nuevo vecino.' Escribe Elaine Richman en *The Sciences*, 'Temen que se les aparezcan espectros de Gallo del pasado, o que su nuevo instituto se lleve los fondos del estado para salarios e investigación.'[42]

Hay grandes expectativas de que Gallo descubra una cura para el SIDA. Actualmente está trabajando en tres sustancias que se dan de forma natural en la naturaleza y que parecen ser capaces de parar la replicación del VIH, no dejándolo entrar en las células. Estas sustancias se describen como factores de supresión del VIH (HIV-SF) y pertenecen a un tipo de compuestos llamados quimiocinas.

La incursión más reciente de Gallo en la escena pública fue en la conferencia de 1997 de la "American Association for the Advancement of Science", donde anunció sus trabajos en el tratamiento de las lesiones del sarcoma de Kaposi, con una proteína relacionada con una hormona hallada en la orina de mujeres embarazadas. En un ensayo europeo no publicado, Gallo dijo que el producto hormonal aparentemente eliminaba al virus del SIDA en pacientes terminales. Con su típica manera de hablar, Gallo advierte: 'Todavía sabemos muy poco acerca de esto… No hemos secuenciado su estructura química. Desconocemos la dosis que se debe usar, o la ruta para administrarla. Pero tenemos la esperanza de que hayamos encontrado una nueva arma no tóxica contra el SIDA.[43]

Tejemanejes en el Laboratorio de Gallo: Colegas de Laboratorio Declarados Culpables

Cuando un científico logra fama y renombre como el alcanzado por Robert Gallo, la prensa en general prefiere apuntarse a las encendidas alabanzas

antes que informar de los sucesos desagradables que rodean al héroe. Entre 1988 y 1991, el laboratorio de Gallo en los NIH estuvo en un estado de agitación permanente. El mismo Gallo había sido sometido a investigación por la "Office of Research Integrity" (Oficina para la Integridad de la Investigación) del gobierno de los Estados Unidos, por la oficina del representante demócrata John Dingel y por un comité especial nombrado por la "National Academy of Sciences". Tres de sus más cercanos colaboradores del laboratorio estuvieron bajo investigación criminal por fraude y malversación. Aunque la prensa de EE. UU. cubrió alguno de estos sucesos, la historias que siguen a continuación no fueron recogidas por la prensa internacional. ¿Quién quiere derribar a un héroe de su pedestal? La sucesión de investigaciones debe dejar un interrogante en cuanto a la ética de un hombre que trabaja tan estrechamente con gente que fue finalmente declarada culpable y condenado por prácticas deshonestas en asuntos que involucraban su propio laboratorio (de Gallo).

A finales de la década de 1980, la moral en el laboratorio de Gallo estaba en sus horas más bajas. Uno de los principales socios de Gallo, el investigador de los NIH Syed Zaki Salahudddin, fue sometido a investigación criminal en 1989, por estar involucrado en una empresa, llamada "Pan-Data Systems", que estaba vendiendo muestras de virus supuestamente sacadas del laboratorio de Gallo en el NIH. Entre los cargos presentados en relación a Salahuddin estaba el 'haber comprado suministros en el almacén de los NIH, usando la tarjeta de crédito asignada al laboratorio de Gallo, los cuales eran entregados a continuación al nuevo laboratorio de "Pan-Data Systems". Además, 'un empleado de esta empresa fabricó productos en la sección de Salahuddin, dentro del laboratorio de Gallo, que "Pan-Data Systems" después vendió a otras firmas biomédicas.'[44] Otro de los asociados del laboratorio de Gallo, el Dr. Dharam Ablashi, estuvo también implicado en la promoción de dichas ventas. Las muestras de virus afectadas fueron HTLV-I, HTLV-II y el llamado virus del SIDA, HTLV-III, que se vendió por unos 1.000 dólares el miligramo. "Pan-Data Systems" estaba también vendiendo el kit de prueba (test) del VIH a precio reducido.

Salahuddin fue declarado culpable y sentenciado a devolver 12.000 dólares y realizar 1.750 horas de servicios comunitarios. Figuró como uno de los principales autores en los artículos que anunciaron el descubrimiento del virus del SIDA, como lo hizo el segundo de Gallo en el laboratorio, Prem Sarin. Sarin se vio también ante la justicia por malversación. Ingresó 25.000 dólares en su cuenta privada que deberían haber sido destinados a contratar a un técnico de laboratorio. Lo despidieron de los NIH. En total se realizaron cuatro indagaciones en el laboratorio de Gallo. Duesberg

levantaba las manos al cielo diciendo que no podía entender por qué nadie se atrevía a cuestionar la posición de Gallo sobre el SIDA, a pesar de saberse que había tenido a dos felones trabajando estrechamente con él durante años.[45]

En 1990, Gallo tuvo problemas de nuevo. Los NIH iniciaron una gran investigación para aclarar su colaboración con el científico francés Daniel Zagury. El proyecto consistía en probar una vacuna en diecinueve voluntarios africanos. Tres de los cuales murieron, peo ni Zagury ni Gallo informaron de estas muertes a las autoridades, francesas o de los Estados Unidos, encargadas de regular tales experimentos. Un reporte de la investigación, publicado por científicos franceses y americanos que colaboraron en el proyecto, no hace mención a las muertes, a pesar de que en el momento en que dicho artículo apareció ya habían muerto dos personas. Los registros del gobierno francés demuestran que casi tres meses después de la primera muerte, dicho estudio se amplió para incluir más personas.[46] En su defensa, el equipo francés afirmó que no hubo encubrimiento, y que si no anunciaron las muertes fue porque los pacientes no pertenecían al grupo que se estaba estudiando, habiendo sido aceptados en el ensayo por razones humanitarias.

Por una extraña coincidencia, Gallo denunció un robo en su casa poco después de que el artículo de Zagury fuera publicado y se empezara a hablar de encubrimiento. El ladrón dejó intactas las joyas de la familia y la plata. Según Gallo, sólo faltaba una cosa: los datos científicos que le había enviado Zagury. Gallo citó al periodista del *Chicago Tribune*, John Crewdson, como su principal sospechoso (Crewdson había escrito el gran reportaje sobre la disputa de Montagnier/Gallo acerca del descubrimiento del VIH). La investigación policial fue finalmente abandonada.[47] Estos sucesos pueden parecer triviales y sin relación con el gran tema del VIH y SIDA, pero es importante documentarlos porque el gran público no tiene noción de cómo La Gran Ciencia puede corromperse tan fácilmente y, cuando se juegan grandes cantidades de dinero, Grandes Ideas, con poca o ninguna base científica, pueden llegar fácilmente a aceptarse y convertirse en ortodoxia. En un extraordinario despliegue de evasivas, Gallo resume su actitud ante la posibilidad de que su virus pudiera haber sido un contaminante del laboratorio de Montagnier. En una pequeña nota al pie, hacia el final de su libro, escribe:

Más tarde tuve razones para pensar que si los dos virus estaban tan estrechamente relacionados que se pudieron haber mezclado (contaminación accidental), la mezcla probablemente debió haberse producido en mi laboratorio. En cualquier caso, como teníamos muchos otros aislamientos y habíamos hecho varios avances científicos claros,

por no mencionar los enormes problemas medico-científicos que todavía tenemos delante, mis compañeros y yo no creímos que esta probabilidad fuera tan terriblemente importante.[48]

Claro, Sólo que estaba el pequeño detalle de la patente para el test, ¡con millones de dólares en juego! La cuestión, que puede que no se aclare nunca, es si la 'mezcla' fue un accidente o (por decirlo en términos suaves) una sucesión de hechos provocados por la ambición ciega y la arrogancia.

Fue en mayo de 1991 cuando *Nature* publicó la carta de Gallo admitiendo que el virus que él mismo había anunciado en 1984 no era un nuevo descubrimiento y que sus investigadores lo habían usado, bien por error o intencionadamente, como la base del logro americano.[49] Cuando los periodistas le pidieron a Montagnier su opinión, dijo: 'Siento un cierto alivio al final de estos siete años de pelea. Pero creo que en un momento dado se mintió.' Hay una extraña ironía en la elección de Gallo de una cita de Sandra Panem (*The AIDS Bureaucracy*) para su libro. Intentando exculparse, trata de que el fin justifique los medios. Lo que ve como una virtud, su decisión en 1984 de centrarse completamente en el VIH como causa del SIDA, (sin tener en cuenta el lío acerca de qué virus era cuál), es precisamente el vicio que inundó a la totalidad del 'establisment' científico. Gallo cita a Panem como sigue:

Independientemente del acuerdo político (énfasis de Gallo) *en relación a quién descubrió el virus del SIDA* (Gallo apunta: y, naturalmente, se infiere, el desarrollo del test de sangre)*, y quién ganará el premio Nobel o el oprobio público, la aceptación en mayo de 1984 del HTLV-III/LAV como la causa del SIDA, cambió irreversiblemente la naturaleza del manejo de la epidemia. Con anterioridad a esa fecha, la investigación del SIDA andaba a tientas: ahora tenía una dirección. Los científicos podían seguir adelante con objetivos reales de pruebas específicas, tratamientos y estrategias de prevención. Mientras que la coordinación y el aumento de recursos habían sido siempre deseables, ahora se hacían obligatorios. Y así el debate sobre estrategias de dirección de la investigación y sobre cuestiones de políticas públicas cambió radicalmente*.[50]

Realmente fueron cambios radicales. Pusieron al mundo en el camino del terror a la plaga y tranquilizaron a los usuarios de drogas y a los miembros de la comunidad gay que optaron por una vida de desenfreno, dándoles una falsa sensación de seguridad, echándole la culpa de sus enfermedades a una causa externa y confiando en los condones y agujas limpias para su salvación. La cual, tristemente, no llegó nunca.

---

[1] *Science*, 12 November 1993, p. 981.

[2] Peter Duesberg, 'Retroviruses as carcinogens and pathogens: expectations and reality', *Cancer Research*, vol. 47, nº 5, CNREA 8, 1 March 1987, pp. 1199-220.
[3] Robert Gallo, Introduction for P.H. Duesberg, Neth, Gallo, Greaves and Janka (eds). 'Modern Trends in Human Leukemia VT, *Haematology and Blood Transfusion*, vol. 29, Springer-Verlag, Berlin and Heidelberg, 1985.
[4] *New Scientist*, 3 March 1988.
[5] Anthony Liversidge, *Spin Magazine*, February 1988.
[6] Ibidem.
[7] 'The AIDS catch', *Dispatches*, Channel 4, transcripción del programa, 1990.
[8] Reappraising AIDS, serie de entrevistas grabadas, 1994.
[9] Robert Gallo, *Virus Hunting*, AIDS Cancer and the Human Retrovirus, Harper Collins, New York, 1991.
[10] Peter Duesberg, 'On Virus Hunting' *New York Native*, 29 April 1991.
[11] Barry Werth. 'The AIDS windfall', *New England Monthly*, June 1988.
[12] Stephen S. Hall, 'Gadfly in the Ointment', *Hippocrates*, September/October 1988.
[13] Peter Duesberg, 'Oncogenes and Cancer', carta, *Science*, vol. 267, 1995, p. 1407.
[14] Robert Gallo, *Virus Hunting*, op. cit.
[15] Carta de Abraham Karpas a Serge Lang, February 1993, en Bryan J. Ellison y P. H. Duesberg, *Why We Will Never Win the War on AIDS*, Inside Story Communications, El Cerrito, California, 1994.
[16] Jad Adams, *AIDS: The HIV Myth*, Macmillan, London, 1989, p. 43.
[17] Robert Gallo*, Virus Hunting, op. cit.*
[18] AIDS: The Unheard Voices*, Dispatches*, Channel 4, transcripción previa, 1987.
[19] Robert Gallo, *Virus Hunting*, op. cit.
[20] Robert Gallo, carta a Carlo Croce, 10 February 1986.
[21] William Haseltine, carta a Robert Gallo, 24 February 1986.
[22] Robert Gallo, *Virus Hunting*, op. cit.
[23] K. Tajima y T. Kuroishi, *Japan J. Clin. Oncol*, vol. 15, 1985, pp. 423-30.
[24] Peter Duesberg, 'Retroviruses as carcinogens and pathogens: expectations and reality', *Cancer Research*, vol. 47, nº 5, CNREA 8, 1 March 1987, pp. 1199-220.
[25] Ibidem.
[26] John Lauritsen. The AIDS War, Asklepios, New York, 1993, pp. 50-1 (ISBN 0-943742-08-0).
[27] Robert Gallo, *Virus Hunting*, op. cit.
[28] Bryan J. Ellison and P. H. Duesberg, *Why We Will Never Win the War on AIDS*, Inside Story Communications, El Cerrito, California, 1994.
[29] F. Barre-Sinoussi et al., Science, vol. 220, May 1983, pp. 868-71.
[30] Conversación personal con Peter Duesberg, 1989.
[31] Celia Farber, 'Fatal distraction', *Spin Magazine*, June 1992.
[32] Entrevista en Toledo realizada por Javier Manero Vargas y Miguel Albinana, en: Alfredo Embid (Ed.) *Repensar el SIDA: lo que no os han dicho*, Madrid, 1994 (ISBN 84-88346-06-9).
[33] Barry Werth, 'The AIDS windfall', *New England Monthly*, June 1988.
[34] Omni Magazine (entrevista), December 1988.
[35] John Crewdson, 'The great AIDS quest: science under the microscope'. *Chicago Tribune*, 19 November 1989.
[36] Robert Gallo, carta a *Nature*, vol. 351, 30 May 1991, p. 358.
[37] Elaine Richman, *The Sciences*, November/December 1996.
[38] *Nature*, vol. 326, 2 April 1987.
[39] Jad Adams, *'AIDS: The HIV Myth'*, op. cit.

[40] Ibidem.
[41] Herb Frazier, *The Post and Courier* (Charleston, South Carolina), 16 March 1995.
[42] Elaine Richman, *The Sciences*, November/December 1996.
[43] David Perlman*, San Francisco Chronicle,* 14 February 1997.
[44] Daniel Greenberg, *Lancet*, vol. 335, 12 May 1990, pp. 1148-9.
[45] Conversaciones personales, 1990.
[46] John Crewdson, *Chicago Tribune,* 14 April 1991.
[47] Barbara J. Culliton, 'Gallo reports mystery break-in', *Science*, vol. 250, 1990, p. 250.
[48] Robert Gallo, *Virus Hunting*, op, cit.
[49] Robert Gallo, carta a Nature, vol. 351, 30 May 1991, p. 358.
[50] Robert Gallo, *Virus Hunting*, op. cit.

Capítulo 5

Plaga de Terror

Alimentando la Máquina del Miedo

Es junio de 1995. Artículos, faxes y correos electrónicos sobre el debate del SIDA no paran de llegar a nuestra oficina. Dos artículos publicados en la misma semana de junio captan mi atención. El primero es una comunicación de internet, con el texto de un artículo de primera plana en el *Sunday Telegraph*, firmado por Victoria Macdonald, con el titular 'Cambio en la tendencia del SIDA en Europa, afirma un profesor'. El artículo dice:

La multimillonaria industria del SIDA está alarmada por las declaraciones del científico francés que descubrió el virus VIH en 1983, quien dice que la enfermedad se ha estabilizado y está incluso en retroceso en partes del norte de Europa. El Profesor Luc Montagnier, presidente de la "World Foundation for AIDS Research and Prevention", ha propinado un golpe a las organizaciones de pacientes, diciendo que el problema es actualmente más grave en África y Asia y que los esfuerzos deberían concentrarse ahora allí. En una entrevista en el Sunday Telegraph*, el Prof. Montagnier dijo que era hora de que se hiciera pública la verdad. Dijo que no había una 'explosión' de SIDA en el norte de Europa, añadiendo que no fue correcto atemorizar al público haciéndole creer que había un riesgo elevado de contraer la enfermedad, algo que sólo provocaba reacciones adversas cuando esto no sucede.*[1]

El segundo fax, también fechado en junio de 1995, fue un artículo del *New York Times*. El titular decía: 'La Casa Blanca pide disculpas por guantes de látex' y continuaba:

Los agentes de policía de la Casa Blanca no hicieron bien poniéndose guantes de látex para recibir a una delegación de cargos públicos electos gays. El portavoz del Presidente Clinton dijo hoy… Alrededor de cuarenta visitantes, entre los que se encontraban senadores y diputados estatales, así como otros cargos electos, fueron recibidos por miembros de la división uniformada del Servicio Secreto, muchos de los cuales llevaban guantes de látex. Dichos representantes electos plantearon el incidente en la reunión, diciendo que 'las autoridades médicas dicen que el virus no se transmite por contacto casual' y varios de los visitantes dijeron estar ofendidos por los hechos.[2]

En estos artículos hay dos detalles a destacar. El interés de Montagnier por

centrarse en el SIDA del Tercer Mundo no fue casualidad. Estaba construyendo un laboratorio en la capital de Costa de Marfil, Abidjan, donde se proponía hacer trabajo de investigación con muestras de sangre VIH-positivas de la población local. Aunque Montagnier se había distanciado de la fórmula HIV=SIDA=muerte, había admitido que 'algunas cepas del VIH' podían no causar SIDA y había denunciado el pánico en relación a la propagación heterosexual del SIDA en Europa, él seguía comprometido con el VIH como la principal causa del SIDA. Fueran cuales fueran sus dudas, poco más podía hacer, ahora que el Instituto Pasteur, donde trabajaba, dependía de los ingresos de la patente para los 'kits' del test VIH.

El segundo punto a destacar nos ayuda a comprender la total convicción con la que la gente habla del VIH como la indiscutible causa del SIDA. Adviértase la frase del *New York Times*: 'aparentemente, los agentes estaban preocupados de infectarse con el VIH, el virus que causa el SIDA.' Se había convertido en algo axiomático que cada referencia al VIH fuera seguida por esta, aparentemente válida, afirmación.

Estos dos artículos en esa misma semana de 1995 mostraban el ambiente confuso de propagandas opuestas que se había originado en la década precedente. Chapuceros artículos científicos aireando hipótesis acerca de lo que el VIH podía y no podía hacer, declaraciones dramáticas sobre avances en el control del virus que se quedaron en nada, combinado con inmensos intereses financieros y el deseo de ser 'políticamente correcto' frente a los 'lobbies' gays que insistían en aferrarse al VIH como la causa de todas sus enfermedades, había producido un potente cóctel de desinformación en el que el ingrediente más letal era la máquina de terror a la plaga.

El miedo a las plagas es tan viejo como la humanidad y hay quien sabe explotarlo demasiado bien: políticos, compañías farmacéuticas, periodistas, funcionarios de salud pública y organizaciones como el norteamericano Servicio de Inteligencia de Epidemias (EIS), del que hablaremos más tarde. Una recopilación de reportajes de prensa durante una década, unos ridículos, otros conmovedores y algunos insoportablemente trágicos, proporciona una muestra amplia de cómo la máquina de terror a la plaga se puso a trabajar con el SIDA. En *The Independent* del 25 de julio de 1989, tenemos un fragmento de noticias del exterior titulado 'AIDS y poligamia'.

El gobierno de Zimbabwe está avisando a los polígamos de que no utilicen el miedo al SIDA como una excusa para divorciarse de las mujeres que no quieren. El mensaje fue trasladado por Samuel Makanza, el superintendente médico provincial de Manicaland, donde muchos campesinos practican la poligamia. Sin embargo, los insta a contenerse y

no adquirir nuevas mujeres. … Sólo hay 321 casos confirmados de SIDA en Zimbabwe.

Volviendo al *Sunday Times* de noviembre de 1986, encontramos un artículo de Peter Wilshire y Neville Hodgkinson. (Hodgkinson ha cuestionado valientemente la hipótesis virus/SIDA en los últimos años, aunque admite de inmediato que también él fue atrapado por el delirio de los primeros días del SIDA). El artículo con el enorme titular, 'EN RIESGO', cita un informe de la "US National Academy of Sciences" (Academia Nacional de Ciencias de los EE. UU.) alertando de que si el virus no se controlaba 'la presente epidemia podría convertirse en catástrofe'. El artículo continua con fatales presagios, 'No hay ninguna razón para esperar diferencias significativas entre los casos británico y norteamericano… El Reino Unido está ascendiendo a un ritmo constante exactamente por la misma escalera que los americanos. A menos que se detenga la enfermedad, o que por lo menos se contenga, también nosotros nos enfrentamos a la perspectiva de 10.000 personas que morirán de enfermedades-relacionadas-con-el-SIDA antes del final de la década.[3]

En realidad, a finales de julio de 1989, la cifra acumulada de muertes por SIDA en el Reino Unido era de 1.523, de un total acumulado de 2.343 casos registrados de SIDA. Las muertes constituyeron el 65% del total. A finales de 1990, de 4.068 casos de SIDA registrados, la cifra de muertes fue de 2.645 (también el 65%).

Wilshire y Hodgkinson incluyen una columna lateral donde relatan una serie de 'cuentos de viejas sobre cómo se puede sembrar inquietud y angustia'. 'Muchos se pueden identificar de inmediato', escriben:

No se puede contraer el SIDA por las tijeras de un peluquero, por toser en público, por la basura recogida en un centro social de lesbianas, o por dar la mano a un portador conocido (todos los cuales figuraron en varios recientes estallidos de histeria). Pero otros, como la -en absoluto confirmada- sugerencia de que el SIDA empezó por un desastroso error de ingeniería genética, son casi imposible de rebatir.

Los más complicados incluyen saliva, de la que ha sido posible cultivar virus, aunque en cantidades mucho más pequeñas que en sangre o semen, los vehículos de transmisión normales. Las lágrimas y la leche materna no han sido totalmente descartadas. Existe por lo menos la remota posibilidad de infección a través de actividades como besar, respiración boca a boca, odontología, beber del mismo cáliz de la comunión, e incluso, como se ha sugerido, al probar una lente de contacto sin esterilizar.[4]

The *Guardian*, 22 de octubre de 1986: 'La mujer de la respiración boca a boca puede tener SIDA'. 'Scotland Yard busca a una mujer joven que

podría haber contraído el SIDA después de practicarle la respiración boca a boca a una víctima de accidente de tráfico, ocurrido en el Norte de Londres la semana pasada. La policía cree que el hombre herido, más tarde fallecido, podría ser portador del SIDA'. The *Guardian*, 15 de marzo de 1990: 'Bañistas "en riesgo de SIDA" por aguas residuales'. 'Los diputados fueron informados ayer de que los bañistas de las playas contaminadas por vertidos de aguas residuales sin tratar podrían estar en riesgo de contraer el virus del SIDA, VIH. Nuevas pruebas han demostrado que el virus podría vivir más de 24 horas si llega al mar a través de vertidos de aguas residuales. Aunque el riesgo es remoto, algún bañista con una herida abierta podría resultar infectado.'

Pero, como de costumbre, es John Lauritsen quien se lleva el premio por captar el estado de ánimo en su artículo de 4 de julio de 1988 para el *New York Native*, titulado 'Latex Lunacy'. 'Los acontecimientos van más allá de la sátira', escribe:

El primero de junio, una compañía americana, Hemodynamics Inc., anunció que estaba a punto de recibir el primer envío de un total de 18 millones de guantes de látex, remitido por una empresa malaya con la que ha formado una empresa conjunta. Hemodynamics atribuyó la demanda de guantes de látex a la preocupación acerca del llamado 'virus del SIDA' y su impacto en la profesión sanitaria. Hemodynamics espera que el negocio del látex malayo suponga un aumento de 50 millones de dólares en sus ingresos.

Los guantes de látex han adquirido propiedades talismánicas; simbolizan protección contra el virus diabólico, de la misma manera que los talismanes medievales como las flores de ajo, crucifijos, amuletos o gestos mágicos. … Otra forma de látex, el condón, está siendo promocionado como la panacea para la prevención del SIDA, como el símbolo por excelencia del 'sexo seguro'. Grupos del SIDA, 'líderes gays', grupos de diferentes iglesias, departamentos de salud pública, colegios y hasta el Cirujano General Koop, se han unido al coro de alabanza a los condones. En Dartmouth, un grupo oficial de alumnos, el RAID ("Responsible AIDS Information at Dartmouth"), puso en práctica una exhibición de sexo seguro, en la cual un estudiante sostenía un desatascador entre sus piernas para que una compañera deslizara un condón sobre el mango. Luego los estudiantes hicieron pruebas contrarreloj para ver quién era más veloz en poner los condones al pene artificial.

Lauritsen pregunta:

¿Es de verdad el SIDA una epidemia? Las cifras del SIDA no muestran epidemia alguna. En una década, de 1978 hasta hoy, solamente ha habido 35.188 muertes por complicaciones del SIDA en los Estados Unidos, de una población de 250 millones de personas. En una verdadera epidemia, como la de la gripe de 1918, ese número de

personas se moría en un día.[5]

Dos publicaciones de San Francisco merecen mención, aunque las consecuencias de una información errónea y pueril no son cosa de risa, ya que la gente, embobada por los argumentos del sexo seguro, descuida las verdaderas causas que sí suponen un riesgo. Una publicación gay, el 'Hot 'n Healthy Times', editada por Eroticus Publications, tiene un titular de primera plana que dice 'Los Condones Paran al Virus del Sida'. 'Investigadores de la Universidad de California, San Francisco, han demostrado recientemente en pruebas de laboratorio que los condones pueden parar al virus del SIDA. El virus no puede penetrar el material del condón, sea éste de látex o de piel natural, a menos que dicho material esté rasgado.[6] Aun cuando los condones se usan de manera convencional en la relación vaginal, tienen una tasa de fallo de alrededor del 10%. Pero cuando se utilizan para una relación anal pueden romper hasta un 50% de las veces. En la contraportada del mismo periódico figura una columna titulada 'Guía del Sexo Seguro':

'Inseguro: *Beso negro (annilingus), introducción del puño, contacto con la sangre, compartir juguetes sexuales o agujas, semen u orina en la boca, relación anal sin condón, relación vaginal sin condón.*

Posiblemente seguro: *Beso francés (húmedo), relación anal con condón, relación vaginal con condón, chupar (parar antes del clímax), cunnilingus, watersports (ducha dorada) únicamente externa.*

Seguro: *Masaje, abrazos, masturbación mutua, beso social (seco), frotarse cuerpo contra cuerpo, voyeurismo de fantasía, exhibicionismo.*'[7]

Si no fuera tan triste, sería divertido. Esta preocupación con el 'seguro' y el 'inseguro' es ridícula, además de que, mientras los jóvenes están leyendo este periódico, es más que probable que estén tomando cócteles de cinco o seis químicos diferentes cada noche, antes de 'estar a punto'.

El hecho es que el SIDA se ha mantenido de manera constante dentro de los grupos de alto riesgo, afectando a ciertos hombres gays muy activos sexualmente y a usuarios de drogas recreativas e intravenosas, aunque la mayoría de la información sobre el SIDA para los usuarios de drogas ha sido casi como incitarlos a que las sigan tomando. La "San Francisco AIDS Foundation" emitió un comunicado de prensa en mayo de 1987, bajo el título '*The Works: Drugs, Sex and AIDS*', 'un cómic informativo creado para la población de usuarios de drogas i.v. (intravenosas). … El colorido cómic contiene cinco historias diferentes. … Las viñetas del '*The Works*' están

escritas en la forma de hablar habitual, más familiar para la comunidad de las agujas. … '*The Works*' aborda las necesidades de los usuarios de drogas i.v.'. Solamente hay una mención en el comunicado de prensa acerca de 'la necesidad de evitar el uso de agujas' y un resumen adjunto dice, '¿Cuál es el propósito del cómic? Avisar a los consumidores de drogas del riesgo de contraer SIDA a través de jeringuillas compartidas y promover el uso de lejía para limpiar las jeringuillas si se comparten.'[8]

No dice nada de lo que habitualmente circula a través de las agujas y va directo a la sangre. Nada acerca de cómo estas substancias, desconocidas y obtenidas ilegalmente, que se están inyectando tres veces al día, han sido adulteradas varias veces en su ruta desde Cali o Calcuta, con basura tóxica como las aflatoxinas. Tampoco dice nada de los efectos devastadores que estos venenos pueden tener en sus ya sobrecargados sistemas inmunes. La propaganda del miedo fue implacable durante la segunda mitad de la década de 1980. Cuando apareció un informe en el *New England Journal of Medicine*, en 1989[9], sobre un periodo prolongado entre la infección por VIH y la detección de los anticuerpos, se plantearon enormes problemas éticos por parte de los cirujanos ortopédicos que usaban injertos de hueso de víctimas fallecidas en accidentes de tráfico. ¿Cómo sabían ellos si el hueso que estaban usando era de alguien que estaba en el periodo 'ventana', o limbo, entre la infección y la seroconversión?

Parejas jóvenes que iban a casarse y pensaron que deberían hacerse la prueba, se encontraron luego que, aunque el resultado hubiera sido VIH negativo, se les rechazaba su petición de hipoteca, simplemente porque *se habían hecho* la prueba del VIH. En el estado de Illinois, en 1988, se hicieron obligatorios los test de VIH prematrimoniales. Fue un fracaso total. El Departamento de Salud Pública constató que las parejas se trasladaban a otros estados para casarse, o no se casaban. Posteriores investigaciones revelaron que, durante los seis meses del programa de rastreo del SIDA, únicamente ocho, de los 70.846 solicitantes de una licencia de matrimonio, fueron identificados como seropositivos y la mayoría de ellos tenían antecedentes de conducta de riesgo. El programa costó 1.5 millones de dólares.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) alimentó la psicosis. En 1989, el Dr. Jonathan Mann, del programa para el SIDA de la OMS, predijo nuevas oleadas de casos de SIDA. Dijo que se esperaba que en los siguientes diez años se triplicaran los casos ocurridos en la década de 1980. En noviembre de 1989 se había informado oficialmente de 187.000 casos de SIDA en 152 países, pero el número real de casos en todo el mundo se estimó en 600.000. En el año 2000, dijo Mann, puede que tengan SIDA seis millones de personas. Era peligroso creer en historias agradables y

tranquilizadoras a la vista de una epidemia mundial más letal que ninguna otra que el mundo hubiera conocido.[10] En junio de 1990, en la Conferencia Mundial del SIDA en San Francisco, la OMS citaba una cifra estimada de 15-20 millones de personas infectadas con el VIH para el año 2000.[11]

Las cifras de la OMS, como veremos más adelante en el capítulo sobre África, estaban infladas con cientos de miles de supuestos diagnósticos en países del Tercer Mundo, donde el SIDA se diagnosticaba sin test de VIH. A principios de la década de 1990, el programa global de la OMS sobre el SIDA tenía empleadas entre dos y tres mil personas. Proporcionaban a la prensa constantemente cifras aumentadas y sus funcionarios, en sus comparecencias públicas, empezaron a citar sus estimaciones de casos de SIDA como una forma de atraer fondos, olvidándose de las cifras reales informadas. Nosotros cuestionamos estas cifras en una conferencia en la "London School of Hygiene and Tropical Medicine", en 1993, y hubo un reconocimiento vergonzante de que las cifras que estaban usando como reales no eran más que conjeturas. En abril de 1995, el Programa Global del SIDA de la OMS despidió a unos 750 trabajadores porque ninguna de las predicciones sobre la 'pandemia' se había cumplido. El SIDA no se había extendido entre la población heterosexual occidental, ni había asolado los países del Tercer Mundo.

Otro destacado profeta de la muerte fue el Profesor Roy Anderson, del "Imperial College London". Su visión pesimista fue que aparecería una 'segunda oleada' de la enfermedad entre usuarios de drogas en cinco o diez años, y una 'tercera oleada', entre heterosexuales de edades entre 20 y 30 años.[12] En 1988, predicciones exageradas del avance de la propagación del SIDA heterosexual, utilizaron cifras de niños nacidos con SIDA en New York como ejemplo para demostrar que, en la sociedad occidental, la amenaza del SIDA constituía el mismo peligro tanto para homosexuales como para heterosexuales.[13]Lo que no se mencionó fue que el 80% de los bebés infectados con el llamado VIH en USA, habían nacido de madres adictas a las drogas, incluyéndose adictas al crack que nunca se habían inyectado. La realidad de los hechos no confirmó estas pavorosas predicciones de propagación entre heterosexuales. En 1989, de acuerdo con las cifras publicadas por el Departamento de Salud y Seguridad Social, el número total de casos considerados de transmisión heterosexual en el Reino Unido fue de diecinueve (siete más que a mediados de 1987). Esto sería normalmente descrito como un 180% de incremento en propagación heterosexual, pero las cifras reales son insignificantes y también se podrían atribuir a errores de diagnóstico.

La Quinta Conferencia Internacional sobre el SIDA no hizo más que añadir leña al fuego con declaraciones que hablaban de 1.5 millones de

americanos con VIH, es decir uno de cada 250 estadounidenses estaba infectado con VIH.[14] Pero estas cifras estaban fuera de contexto porque la cifra de 1.5 millones (que era una estimación) había permanecido estable desde 1983. Fue la cifra estimada de VIH positivos en los EE. UU. que siempre dieron los CDC y que no había cambiado. Más tarde, en 1995, revisaron los números a la baja en un 50% con lo que pasó a hablarse de 700.000-800.000. Lo que a duras penas podría ser considerado como signo de una intensa pandemia infecciosa. Hubo otros muchos ejemplos de estadísticas de pánico. Cifras tomadas en 1989 de la "Office of Population Censuses and Surveys" (Oficina de Censos de Población), del gobierno del Reino Unido, tomadas a su vez del más moderado de una serie de seis supuestos presentados por el "Institute of Actuaries", predijeron que 100.000 hombres morirían de SIDA en los siguientes diez años, en Inglaterra y Gales, y que 200.000 morirían en los siguientes treinta años.[15] En septiembre de 1996, había habido 9.447 fallecimientos por SIDA en Inglaterra y Gales. ¡Para cumplir la predicción (de 100.000 muertos), tendrían que morir 90.553 hombres en tres años!

No hubo ninguna objeción a estas declaraciones, ni nadie cuestionó abiertamente si era prudente aceptar información de organizaciones que, en base a las evidencias disponibles en ese momento, estaban publicando, de modo manifiesto, cifras muy infladas. Alarma, consternación y mala ciencia continuaron avivando la llama del terror a la plaga. Médicos y científicos, que debían poder haberlo hecho mejor, tuvieron tanta culpa como los medios, si no más. Tomemos el caso de la supuesta transmisión del VIH madre-a-hijo. Un gran estudio conjunto, europeo, bajo la dirección de la Profesora Catherine Peckham, del "Institute of Child Health", de Londres, se puso en marcha para monitorear dicho tipo de transmisión. Un informe de este estudio, en el *Lancet* de noviembre de 1988, describe cómo 271 niños nacidos de madres infectadas por el VIH fueron seguidos en ocho centros europeos, durante un año. Únicamente diez desarrollaron SIDA. El artículo manifestó que 'la mayoría de los niños del estudio europeo habían nacido de madres que abusaron de drogas intravenosas'.[16] Mucho antes de que el VIH apareciera en el mapa, era bien sabido que los recién nacidos de madres que consumían drogas intravenosas, nacen a menudo de modo prematuro, con bajo peso, con menor perímetro craneal, con dificultades en el desarrollo y un sistema inmune severamente comprometido que a menudo conducía a la muerte del bebé.

Fue tal el pánico en torno a las madres VIH positivo, que se llegó a reclamar el aborto o esterilización de todas las mujeres seropositivas. Afortunadamente no se hizo caso a este llamamiento, pero muchas mujeres

VIH positivo sufrirían la agonía de la incertidumbre sobre tener o no tener un hijo. El miedo también llevó a muchas mujeres VIH positivo a dejar de amamantar a sus hijos, aunque no hubiera evidencia de que el VIH se transmitiera por la lecha materna. Esto trae a colación el comentario hecho por el médico de New York y pionero de la disidencia del SIDA, Dr. Joseph Sonnabend, al periodista Roger Rapaport, en el *Sunday Tribune* de Oakland, California:

Que se encuentre un organismo no significa que esté relacionado con una enfermedad. En la década de los años 1970, unos científicos produjeron un modelo de virus de tumor mamario del ratón. Luego encontraron partículas de un retrovirus similar en pacientes con cáncer de mama. Temiendo que las mujeres pudieran transmitir el virus a través de la leche materna, aconsejaron a las mujeres que pararan de amamantar. Después se descubrió que muchas mujeres sanas tenían el mismo retrovirus. Al final nadie se tomó la sugerencia en serio. Es el mismo problema con la correlación VIH/SIDA.[17]

La comunidad científica había empezado a agarrarse a un clavo ardiendo. En 1989, Michael Haseltine, uno de los miembros del 'Club de Bob (Gallo)', sugirió que a todos los individuos en riesgo se les pudiera dar una dosis de 'vacuna química', a bajas dosis y diaria, de AZT.[18] Dada la conocida toxicidad del AZT, esto sólo se puede describir como medicina desesperada.

Suposiciones vagas y sin objetivo concreto, vestidas de 'Ciencia' por los expertos del SIDA, camparon a sus anchas en la prensa. Constantemente se informaba de 'importantes logros'. El virus VIH se podía 'frenar' o 'neutralizar', oíamos. Se había creado una molécula proteínica en el laboratorio que podía volver al virus del SIDA no-infeccioso[19]. Pero nunca se sabía después más de esos 'importantes logros'. Por ejemplo, en enero de 1989, Gallo anunció uno de ellos en el Simposio Internacional de Venecia sobre la Investigación del Cáncer y SIDA. Se informó que había dicho que un estimulante progreso en la comprensión de la replicación del virus podría significar que en cinco años debería ser posible controlar la propagación del virus en la población infectada con el VIH. El logro implicaba desarrollar medicamentos que inhibirían el proceso que permitía al virus salir de su célula e ir a infectar otras. Teóricamente, si el inhibidor podía ser perfeccionado, la persona infectada no podría traspasar la infección a nadie más.[20]

Esto sólo puede ser descrito como ciencia imaginaria. El número de palabras del tipo 'si', 'quizás' y frases como 'teóricamente podría', abundan en el lenguaje de Gallo. La irresponsabilidad de hacer este tipo de anuncios a la prensa, sin ninguna evidencia científica real, condujo a una escalada de

terror a la plaga que incluso Luc Montagnier consideró necesario moderar.

Pánico al SIDA: La Caza de Brujas VIH

¿Quién hubiera creído que el miedo a la plaga, infección y contaminación podría llevar a una caza de brujas medieval, en versión siglo veinte? Sucedió en Arcadia, Florida, en 1987. La familia Ray tiene cuatro hijos, tres niños y una niña. Los tres niños, Ricky, de diez años, Robert, de nueve y Randy, de ocho, tienen hemofilia y se descubrió que eran VIH positivo. Por entonces se pensaba que su estatus positivo venía de las inyecciones de Factor VIII, el factor coagulante sanguíneo que necesitaban para no tener hemorragias. Ninguno de los tres niños tenía síntomas de SIDA, pero en el otoño de 1986 se les impidió la entrada a su escuela, la "Memorial Elementary School", en DeSoto County. Cuando un juez federal ordenó su readmisión, un grupo local llamado "Citizens Against AIDS in Schools", organizó inmediatamente un boicot a la escuela. Hubo amenazas de bomba y luego… lo inimaginable, la casa de los Ray fue arrasada en un incendio. El tío de los niños, Andy Ray, estaba en la casa en el momento del incendio y tuvo que ser tratado por inhalación de humos. La familia Ray se trasladó a Sarasota, Florida, donde la dirección de la escuela tiene la política de permitir asistir a clase a los niños VIH positivo.

Uno de los efectos colaterales de toda la publicidad que rodeó estos estremecedores sucesos, fue que sirvió de plataforma a los políticos de extrema derecha para airear su odio a la homosexualidad y para sugerir que los gays y los usuarios de drogas intravenosas fueran segregados. Lyndon H. LaRouche Jr. ya estaba aporreando la mesa en esta plataforma. Había participado en todas las elecciones presidenciales desde 1976 y perseguía la nominación por los Demócratas en 1987. Apoyó la Proposición 64 de California, que exigía que la infección por el virus tuviera el trato de enfermedad de declaración obligatoria. De ser aprobada, significaría que cualquier persona infectada, aunque no tuviera síntomas de SIDA, tendría prohibido cualquier tipo de trabajo que conllevara contacto con el público y estaría sujeto al registro obligatorio y cuarentena forzosa: en pocas palabras, la victimización completa de las personas con anticuerpos VIH.

La idea fue rechazada, pero debe hacernos reflexionar. Si el SIDA hubiera sido declarado enfermedad infecciosa, ¿Por qué no se habría de tratar como cualquier otra enfermedad de declaración obligatoria, con aislamiento y periodos de cuarentena? Ahí reside una de las contradicciones fundamentales de la historia del SIDA. El escenario de pesadilla de unidades de aislamiento para hombres gays, usuarios de drogas i.v. y negros e hispanoamericanos pobres, de hecho, los que estaban en los

grupos de alto riesgo, combinado con los esfuerzos de conducta políticamente correcta hacia los gays, hicieron que las autoridades se mostraran reacias a clasificar el SIDA como una enfermedad de declaración obligatoria. Simplemente no habría sido aceptable aislar a unos grupos tan sensibles desde el punto de vista político. Esto es una prueba más de cómo el VIH y el SIDA es algo que ha permanecido confinado en los grupos de alto riesgo. El miedo viene de la ignorancia, y los responsables de la puesta en marcha de la plaga de terror se aseguraron de que no quedaran interrogantes en el aire –la tiranía de su absolutismo seudocientífico ha dejado atrás un reguero de horror. Son las tragedias individuales y la pérdida de vidas lo que se resiste a abandonar la mente de uno. En enero de 1990, el *Sun* informó del suicidio del pintor de hospital Arthur Rhodes, quien se había pinchado en un dedo al recoger una caja de agujas hipodérmicas usadas del alféizar de una ventana. 'Arthur, casado, con un hijo de diecinueve años, estaba destrozado por la preocupación,' escribe Martyn Sharpe. 'Finalmente, acopló una manguera al tubo de escape de su nuevo Toyota y murió envenenado por monóxido de carbono, en el camino de acceso al bungalów de sus padres, en Salkstone, Barnsley, Yorkshire.[21]

The Guardian, 17 agosto 1989: '" Suicidio SIDA"' 'Un agente de policía griego, George Ziogas, de 25 años, se disparó a sí mismo porque creía que tenía SIDA, informó ayer la policía. Las pruebas dieron negativo.' En Londres, en 1994, un miembro de la comunidad ugandesa me contó que cuando a un hombre ugandés, que vivía en Londres con su esposa y dos hijos, se le comunicó que era VIH positivo, enseguida se convenció de que su esposa lo había infectado. Se fue a su casa y los mató a los tres. Nadie le había dicho a ese hombre que, si tuviste malaria, puedes desarrollar células 'adherentes' que pueden inducir un resultado falso-positivo en un test de VIH. Nadie le dijo a ese hombre que ser positivo no es una sentencia de muerte. Al contrario, lo que sí se oía de más, incluso del más solícito de los médicos, era el mantra VIH=SIDA=muerte. Hay innumerables historias más. Gente joven, en la flor de la vida, aterrorizada, que se suicidaba para liberarse de esa insoportable sentencia de muerte.

En la República Dominicana, en la villa de Camu, cerca del enorme complejo turístico de Puerto Plata, Héctor Severino camina –a duras penas- con una muleta. Su pierna izquierda está totalmente retorcida y deformada. Tuvo un accidente de moto. En el hospital le hicieron la prueba del VIH y dio positivo. El cirujano no le operó la pierna por miedo a contraer el VIH, así que lo mandaron a casa a esperar a la muerte. 'Estaba muy triste, en la cama, llorando día tras día y mi mujer lloraba conmigo.' recuerda. La joven esposa de Severino se aterrorizó de tal manera que

bebió una botella entera de lejía y murió después de un mes de agonía. La historia que circulaba entre la comunidad era que la mujer había sido infectada por su marido y murió de SIDA. Hoy, el afligido marido tiene una salud perfecta pero no puede andar. Después de haber perdido su trabajo en el hotel, no tiene siquiera dinero para viajar y ser visto por un médico. Una organización benéfica contra el SIDA, con sede en Londres, le ofreció 300 libras para pagar las muletas y para poder consultar la opinión de algún cirujano sobre su pierna.[22] Severino decidió usar algo de ese dinero para ir a la vecina ciudad de Puerto Plata y volver a hacerse la prueba del VIH. El resultado fue negativo. Un test posterior, en 1996, también salió negativo. En 1997, Severino seguía con una salud excelente. Había perdido su trabajo, su mujer y el uso de una pierna. Había sido aislado dentro de su propia comunidad, había pensado que se iba a morir y todo por culpa de un infernal test VIH que, para empezar, no significaba nada.

Servicio de Inteligencia de Epidemias (EIS): Avivando el fuego de la Plaga de Terror

Fue Estados Unidos quien asumió el liderazgo en la difusión de la hipótesis virus/SIDA y éste era un país con la maquinaria integrada, bien preparada, para hacerlo. En los "Centers for Disease Control" (CDC), en 1951, bajo Alexander Langmuir, se formó una sección llamada Servicio de Inteligencia de Epidemias (EIS). La unidad del EIS estaba originalmente compuesta por veintitrés médicos jóvenes o licenciados en salud pública, quienes, después de un periodo de trabajo de campo y prácticas en hospitales, podían seguir cualquier carrera que desearan, siempre que sus lealtades siguieran unidas al CDC y que actuaran permanentemente como sus ojos y oídos. Duesberg y Ellison han documentado detalladamente esta parte de la historia de América:

La actividad de esta unidad de élite se centraba en el activismo en vez de la investigación, y se expresaba en su símbolo, un par de suelas de zapatos, gastadas y con agujeros. Como un antiguo asesor de los CDC nos explicó, los epidemiólogos hace mucho tiempo que se refieren a este servicio como la 'CIA médica'. Cada verano, desde 1951, una nueva promoción de reclutas del EIS, cuidadosamente escogidos, recibe su entrenamiento. Algunas promociones superan el centenar de alumnos. Aunque hay disponible una lista completa de agentes y alumnos del EIS, sus miembros rara vez publicitan su afiliación. A lo largo de las últimas cuatro décadas, el CDC ha colocado discretamente a 2.000 de estos becarios en puestos clave del país y de todo el mundo.[23]

Muchos miembros de esta red están contratados por el mismo CDC, o por el gobierno federal en diferentes agencias. Unos se han hecho médicos y otros trabajan para organizaciones como la OMS o en los departamentos de salud de gobiernos extranjeros. Unos cuantos se han introducido en el periodismo y tienen posiciones clave en medios de comunicación de Estados Unidos. Lawrence Altman, por ejemplo, ha sido corresponsal médico para el *New York Times* desde 1969 y ha mantenido un perfil alto apoyando la hipótesis virus/AIDS. El miembro del EIS, Bruce Dan, trabajó como corresponsal médico para ABC News y luego se convirtió en editor principal del prestigioso *Journal of the American Medical Association*. '*No sólo constituyen (los miembros del EIS) una red informal de vigilancia*', dicen Duesberg y Ellison:

si no que pueden actuar incluso (sin identificarse como miembros de este servicio) como defensores de los puntos de vista del CDC, tanto como periodistas en los medios, como eminentes doctores. … El CDC se aprovecha de la confianza pública transformando gripes y otras epidemias menores en crisis monstruosas, y fabricando plagas contagiosas a partir de condiciones médicas no infecciosas. Al mismo tiempo que los cazadores de virus del NIH y medios académicos se revisten de una apariencia de utilidad culpando a virus inofensivos, o no existentes, de enfermedades bien conocidas, los CDC y su infraestructura EIS poseen los recursos necesarios para exagerar e incluso inventar las epidemias. Han movilizado al 'estamento' científico hacia la acción antes de que alguien pudiera plantear preguntas, magnificando desastres biomédicos más allá de los desorbitados excesos de décadas pasadas.[24]

Duesberg y Ellison proceden a enumerar un demoledor catálogo de fiascos en los que están implicados los CDC y el EIS: la vacuna de la polio de Salk, que supuso cientos de casos de polio inducidos por la vacuna; el pánico que generaron con la epidemia de gripe asiática de 1957; la alarma desplegada con la venta de vacunas contra la gripe y la búsqueda, en vano, de 'núcleos' de enfermedades como la leucemia, que los CDC siempre consideraron como potenciales puntos de partida para una enfermedad epidémica contagiosa. El esfuerzo desastroso para prevenir una epidemia de gripe porcina que habían vaticinado llevó a planificar el programa de emergencia de inmunización más agresivo de la historia. Pero luego se descubrió que, en las primeras pruebas, la vacuna producía efectos secundarios al 20-40% de personas inoculadas. Sin embargo, millones de personas recibieron la vacuna y pronto aparecieron informaciones de cientos de casos del síndrome de Guillain-Barré (parálisis) y 74 muertes por efectos secundarios de la vacuna.

El siguiente fiasco fue el de la 'enfermedad del legionario', un problema

surgido cuando unos cuantos veteranos de la Legión Americana desarrollaron neumonía y murieron después de la fiesta de su reunión anual. ¿Era la gripe porcina – que el CDC había vaticinado- o una nueva amenaza contagiosa para el mundo? La red de exalumnos del EIS se puso en movimiento y el mismísimo Lawrence Altman, del *New York Times*, fue enviado a cubrir la noticia. La histeria se extendió por todo el país y se puso en marcha una investigación de los CDC. No se encontró nada. 'El tratamiento sin miramientos y enfocado exclusivamente hacia agentes infecciosos', escriben Duesberg y Ellison, 'enfureció tanto al diputado por New York, John Murphy, que en 1976 llevó a cabo audiencias sobre la 'enfermedad del legionario'. Al llamar a funcionarios de los CDC a testificar, Murphy humilló a la agencia por no haber encontrado la causa de la epidemia y por ignorar la posibilidad de *causas tóxicas o no contagiosas* (énfasis añadido).[25] Para salvar el pellejo los CDC identificaron una bacteria inofensiva que vive en la tierra, así como en las cañerías de la mayoría de los edificios y se atribuyeron el mérito por el brillante descubrimiento de la causa de la 'enfermedad del legionario'.

Con la perspectiva del tiempo transcurrido, sorprende que nadie se molestara en señalar cómo es que ningún miembro del personal del hotel, o ninguna mujer, contrajera la misma enfermedad, ya que se supone que estuvieron respirando el mismo aire. Después del doble fiasco de la gripe porcina y de la enfermedad del legionario, los CDC estaban con la moral por los suelos. La Guerra Contra el Cáncer seguía sin resultados tangibles para los NIH. Tanto los CDC como los NIH necesitaban un nuevo estímulo –una plaga nueva. El SIDA fue su salvación.

Esa oportunidad surgió cuando Michael Gottlieb, investigador de la Universidad de California, Los Ángeles, que estaba estudiando el sistema inmune, encontró al primero del -ahora famoso- grupo de jóvenes con sarcoma de Kaposi, neumonía por Pneumocystis carinii (PCP) y, lo que más interesaba a Gottlieb para su investigación, todos con un conteo muy bajo de células T – un tipo de leucocitos que intervienen en la función inmune. No fue fácil encontrar ese grupo. Gottlieb pidió ser informado de otros casos similares y encontró dos más. En abril de 1981, decidió que tenía entre manos un novísimo síndrome y telefoneó al departamento de salud pública de Los Ángeles para pedir datos sobre pacientes similares. Allí habló con Wayne Shandera, un activo oficial del EIS, quien encontró otro caso. Por fin habían encontrado un patrón. Los cinco hombres del primer 'grupo' eran homosexuales activos y todos usaron 'poppers', el nitrito de amilo inhalable usado para realzar el placer sexual. Su condición fue inicialmente descrita como GRID (inmunodeficiencia relacionada con los gays).

En los CDC contactaron con James Curran, quien se lanzó sobre la pista calificando la información como 'una bomba'. Aparecieron nuevos casos. Curran y sus socios sólo permitieron que figuraran dos hipótesis alternativas en la agenda. O este síndrome era causado por una partida de 'poppers' en 'mal estado', o era algo contagioso. Como no se encontró ningún lote de 'poppers' en malas condiciones' y basados en el poco fiable patrón de 'grupo', decidieron que el síndrome tenía que ser contagioso. ¿Pero cuál era el agente infeccioso? El engranaje de los CDC empezó a ponerse en marcha. Llamaron al síndrome 'Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida' (SIDA) y movilizaron políticos y prensa para anunciar los peligros de esta nueva epidemia.

Un uno de los primeros conversos fue el Dr. Anthony Fauci, del "National Institute of Allergy and Infectious Diseases" (Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas, NIAID). Él se iba a convertir en uno de los más ardientes defensores de la opinión de los CDC en cuanto a que el SIDA era una enfermedad infecciosa. Donald Francis, de los CDC, que en el pasado había trabajado con miembros del Bob Club de cazadores de virus, conectó el síndrome con la leucemia felina y decidió que el SIDA tenía que estar causado por un retrovirus. El nuevo síndrome fue declarado contagioso, con un largo periodo de latencia entre infección y enfermedad. 'Esta decisión' escriben Duesberg Ellyson, 'no tenía ninguna base científica, pero estaba destinada a condicionar el pensamiento científico en los años venideros.'[26]

En el plazo de un año el mundo entero supo sobre el SIDA y se creyó que era infeccioso. Cientos de millones, miles de millones empezaron a fluir a los NIH, el "National Cancer Institute" y otras instituciones biomédicas. Los cazadores de virus finalmente habían alcanzado el filón. Robert Gallo estaba listo para coger la batuta y conectó su virus de la leucemia HTLV-I con una variante posterior, el HTLV-III, y de ahí al SIDA. La fatídica conferencia de prensa tuvo lugar anunciando al VIH como la 'probable' causa del SIDA. Ese mismo día, Gallo presentó su solicitud de patente estadounidense para su test de anticuerpos VIH.

Una hipótesis se convierte en doctrina cuando la mayoría del 'establishment' científico la acepta. La bien engrasada maquinaria de propaganda basada en el 'terror a las plagas' de los CDC y EIS aseguró que así sucediera. Todos los fondos de investigación se canalizaron hacia el VIH, cualquier otra línea de investigación del SIDA que no estuviera basada en el virus fue desechada. Los científicos necesitaban dinero para su investigación y se hicieron todos los esfuerzos posibles para presionar a los políticos a fin de obtener financiación federal. Los políticos necesitan hechos y estadísticas para justificar la asignación de fondos. Dichos datos

fueron puestos a su disposición, en forma de predicciones, en constante aumento, de una pandemia mundial de SIDA a gran escala.

Miedo a la Propagación Heterosexual

El Reino Unido iba a la zaga de las actuaciones en los Estados Unidos. Sin embargo, en noviembre de 1986, el Departamento de Salud y Seguridad Social decidió atacar la supuesta propagación heterosexual del SIDA. En los diarios nacionales sacaron anuncios a toda plana. El *Guardian* del 28 de noviembre de 1986 incluía este mensaje ocupando toda una página: 'EL SIDA NO TIENE PREJUICIOS, PUEDE MATAR A CUALQUIERA. Es verdad que tienen SIDA más hombres que mujeres, pero esto no significa que sea una enfermedad homosexual. No lo es. …. Por ahora, en este país, la infección está principalmente limitada a grupos de personas relativamente pequeños. Pero el virus se está extendiendo.' La cifra real de la expansión entre heterosexuales sin riesgo en 1986 no llegó a diez. En agosto de 1987, la cifra de muertos por SIDA, sin riesgo (lo que significa no haber sido infectados en el extranjero, o no ser niño nacido de padre o madre con VIH), fue de solamente de ocho personas (tres hombres y cinco mujeres), de un total de 192.

En septiembre de 1987, el "UK Institute of Actuaries" (Instituto de Actuarios - o Seguros) anunció que podría haber 57.000 casos de SIDA en 1999 si no se cambiaban los hábitos. El Instituto había usado seis predicciones diferentes del número de muertos por SIDA para el año 2012. Incluso la más conservadora situaba el número de muertos en más de 14.000 al año para finales de la década de los 1990.[27](En septiembre de 1996, la cifra acumulada de muertes por SIDA en el Reino Unido era de 9.447). Impelido a la acción, por todos estos anuncios públicos y por la Declaración de Londres de enero de 1988, en la que expertos internacionales pronosticaron una pandemia, el gobierno lanzó una campaña masiva de publicidad de 20 millones de libras, dirigida a la comunidad heterosexual, que incluía folletos puerta-a-puerta y un infame anuncio de televisión de cuarenta segundos. El escenario apocalíptico del anuncio pasará a la historia como uno de los más repulsivos ejemplos de la máquina oficial del miedo. Empieza con una montaña a la que le están chorreando arena para obtener granito. A continuación, aparece la mano de un grabador cincelando las letras SIDA en una lápida de granito. La lápida alcanza la posición vertical al tiempo que lilas funerarias le caen encima, junto con un panfleto. El comentario dice: 'No te mueras por ignorancia'

Mas tarde, en octubre de 1988, el comité oficial "Cox Committee", que

asesoraba al entonces Ministro de Salud David Mellor, hizo públicas sus predicciones, con amplios márgenes, pronosticando entre 1.590 y 15.440 nuevos casos al año para llegar a un acumulado total de 8.000 a 34.077 casos a finales de 1992. No sucedió nada de esto. Al comienzo de 1990 había un acumulado total (desde 1982) de 2.800 casos de SIDA registrados (142 supuestamente por contacto heterosexual) y en 1992 un total de 6.929 casos. El "Cox Committee" había estimado una cifra media de 17.125 (8.000-34.077), una sobreestimación del 147%.

David Mellor admitió, unos años después, que se había gastado demasiado dinero público en las campañas de concienciación del SIDA dirigidas a heterosexuales, pero sostuvo que se había sentido presionado a causa de las alarmantes predicciones de propagación que había presentado el comité. Creía que había sido pésimamente informado y estaba dispuesto a manifestarlo así en cualquier futuro documental que pudiéramos hacer. [28] Durante este período, el Profesor Gordon Stewart había estado intentando, con mucho trabajo, publicar un artículo en el que basaba sus predicciones para el SIDA en conductas de riesgo, en lugar de la hipótesis de infección sexual. Mantenía que, incluso si los argumentos de Duesberg sobre el VIH se dejaban a un lado, la evidencia epidemiológica no apoyaba la idea de que el VIH fuera causa suficiente para producir SIDA. Stewart es un eminente científico y epidemiólogo, famoso por su trabajo en la depuración de la primera penicilina para limpiarla de residuos alergénicos y desarrollar las nuevas penicilinas. Durante muchos años fue Profesor de Salud Pública en la Universidad de Glasgow.

Stewart escribió al MRC y al Ministerio de Salud sugiriendo que las previsiones resultaban peligrosamente exageradas, si se las comparaba con las tendencias desde 1982. No le contestaron. Escribió entonces a la "Royal Society," la cual manifestó interés inicialmente, pero retuvo el artículo de Stewart hasta 1994, para finalmente rechazarlo. Sus comunicaciones a *Nature*, *British Medical Journal*, *New England Journal of Medicine* y otras revistas, también fueron rechazadas; hasta que Lancet, por fin, publicó una breve carta de Stewart en 1993 acompañada de un cauto comentario editorial.[29]

Revisando ahora esas cifras, que desautorizan duramente la postura del "Cox Committee" (presentada por varios expertos invitados al simposio de la "Royal Society" de 1989), comprobamos que Stewart fue extraordinariamente preciso. Sus predicciones, hechas en 1989, (presentadas a principios de 1990 al MRC y a la "Royal Society") de 1.254 casos en el Reino Unido para el año 1991, no hubieran podido ser más cercanas a la realidad. El total real de casos registrados fue de 1.275. El pronóstico global de Stewart para la década 1982-1992 fue también muy acertado. Predijo 6.540 casos y el total real fueron 6.929.[30] Recordemos que

Cox había citado 12.750 casos o más en su planificación de este período.

El Profesor Stewart había sido uno de nuestros asesores científicos en muchos de nuestros programas sobre ciencia y medicina para televisión. Estábamos en contacto casi permanente con él cuando hizo sus predicciones en 1989 y leímos toda su correspondencia con los editores de las diferentes revistas científicas. Se sentía tremendamente frustrado. Él fue el único experto de alta cualificación en salud pública que ofreció una ilustrada y detallada crítica de la posición del gobierno, pero ni una sola revista o asociación médica le concedió un renglón de espacio.

Gordon Stewart dice, 'El rechazo total de las principales sociedades y colegios médicos, y casi todos los periodistas, en afrontar los hechos que rodean al SIDA, es escandaloso y probablemente constituya la razón fundamental del fracaso en el desarrollo de una estrategia racional para impedir que continúe propagándose entre los principales grupos de riesgo y en países del Tercer Mundo'[31] Y continúa:

Aparte de la corrección (y simplicidad matemática) de mis predicciones, las principales implicaciones son (1) que la hipótesis de que el VIH es la necesaria y suficiente causa del SIDA no se apoya en bases epidemiológicas; (2) que el SIDA no se está extendiendo, excepto en grupos involucrados en, o sujetos a, conductas de alto riesgo; y (3) que no existe evidencia ni en Estados Unidos, ni en Reino Unido, ni en el norte de Europa, por lo menos, de ninguna propagación apreciable por transmisión heterosexual o por transmisión vertical a recién nacidos, excepto la de madres en grupos de alto riesgo.[32]

Las proyecciones de Stewart para este período han sido analizadas por el estadístico Dr. Barrie Craven, de la Universidad de Northumbria. Junto con otros datos de fuentes oficiales, Craven ha demostrado lo absurdo del modelo de gasto en la prevención del SIDA en todo el mundo y ha destacado también las dudosas estimaciones de propagación del SIDA en el Tercer Mundo, señalando las implicaciones de sus hallazgos sobre el gasto futuro en SIDA. Sin embargo, la censura que rodea a cualquiera que cuestione el VIH significó que las opiniones de Stewart fueron completamente ignoradas por el 'establishment'.

Pocos, muy pocos periodistas plantearon críticas a las cifras infladas de la propagación del SIDA, entre ellos está James Le Fanu, quien señaló cómo David Mellor había optado por tomar las cifras más altas posibles del "Cox Committee" y anunciado públicamente que podría haber unos 30.000 casos de SIDA en 1992.[33] En posteriores artículos atacó la forma en que se había exagerado la amenaza de una epidemia de SIDA heterosexual. Describió cómo las pruebas rutinarias de VIH a mujeres embarazadas, en barrios del centro de Londres, había registrado el

cuádruple de resultados positivos. Cuando miró las cifras reales, éstas hablaban de 18 entre 26.000 mujeres que realizaron el test en 1989, que habían subido a 32 de 24.000 mujeres el siguiente año. 'De manera que el cuádruple incremento representa un extra de 14 casos más', escribió. 'Francamente, esto me pone enfermo'.[34]

Victoria Mcdonald atacó también muy duramente la campaña de publicidad del gobierno del año 1989 dirigida a heterosexuales, destacando la opinión de Lord Kilbracken de que la misma era alarmista, una locura y una pérdida de tiempo. Kilbracken, un miembro de la comisión parlamentaria formada para estudiar el tema del SIDA había obtenido estadísticas gubernamentales de junio de 1989 que establecían que, de los 2.372 casos de SIDA totalmente desarrollado, en el Reino Unido, solamente de uno se sabía que fuera infectado fuera de los grupos de alto riesgo. El artículo de McDonald describe cómo las campañas orquestadas por la "Health Education Authority", se acabaron complicando. Se rumoreaba que Margaret Thatcher había vetado un slogan que decía 'los condones están de moda'. Lo que finalmente apareció fue una foto de una mujer atractiva con la leyenda, '¿Cómo estará esta joven mujer dentro de diez años, si tiene SIDA?' En la página siguiente aparecía una fotografía idéntica, sugiriendo que el VIH tiene un largo periodo de incubación y las apariencias pueden ser engañosas.

Cuando apareció el anuncio, el antiguo presidente del "Royal College of Surgeons" (Real Colegio de Cirujanos), Sir Reginald Murley, sugirió a la Sra. Thatcher que la leyenda debería decir: 'Afortunadamente es improbable que esta joven mujer desarrolle SIDA, a menos que se convierta en adicta a las drogas, o que permita ser sodomizada.[35]

---

[1] *Sunday Telegraph*, 18 June 1995.
[2] *New York Times*, 15 June 1995.
[3] *Sunday Times*, 2 November 1986.
[4] Ibidem.
[5] John Lauritsen, 'Latex Lunacy', *New York Native*, 4 July 1988.
[6] *Hot 'n Healthy Times*, Eroticus Publications, 1150 Bryant Street, San Francisco, CA 94103, 1986.
[7] Ibidem.
[8] *The Works: Drugs, Sex and AIDS*, San Francisco AIDS Foundation, 25 May 1987.
[9] *New England Journal of Medicine*, NEJM, 1989, vol. 320, p. 1458.
[10] *Guardian*, 1 December 1989.
[11] *Guardian*, 27 June 1990.
[12] *Guardian*, 1 December 1989.
[13] *Independent*, 14 January 1988.
[14] *Guardian*, 12 June 1989.
[15] *Guardian*, 15 February 1989; OPCS *Monitor*, PP2 89/1, HMSO, London.

[16] *Lancet*, 5 November 1988.
[17] *Sunday Tribune*, Oakland, 21 May 1989.
[18] *Daily Telegraph*, 20 June 1988.
[19] *The Times*, 4 January 1990.
[20] *Guardian*, 13 January1989.
[21] *Sun*, 24 January 1990.
[22] Donación de Gareth James, Director, HEAL, London Trust.
[23] Bryan J. Ellison and P.H. Duesberg, *Why We Will Never Win the War on AIDS*. Inside Story Communications, El Cerrito, California, 1994.
[24] Ibidem.
[25] Ibidem.
[26] Ibidem.
[27] *OPCS Monitor*, PP2 89/1, HMSO, London.
[28] David Mellor, conversación personal, 1994.
[29] *Lancet*, vol. 341, 3 April 1993.
[30] Ibidem; Gordon Sewart, 'AIDS and the ethics of programmed compassion'. *Bulletin of Medical Ethics*, March 1995.
[31] Gordon Stewart, carta a Meditel, 8 September 1995.
[32] Gordon Stewart, carta a Meditel, 4 September 1995.
[33] James Le Fanu, *Sunday Telegraph*, 4 December 1988.
[34] James Le Fanu, *Sunday Telegraph*, 21 July 1991; *The Times*, 11 February 1992.
[35] Victoria Macdonald, 'Who are they getting at?', *Sunday Telegraph*, 19 November 1989.

Capítulo 6

"La Trampa del SIDA"

Los Disidentes Censurados

Fue en este clima de miedo y de pánico cuando decidimos hacer otro programa acerca del SIDA. Telefoneé a Peter Duesberg y le pregunté si había cambiado algo desde que hiciéramos el último programa y si había tenido alguna duda. Él dijo, 'Al contrario, estoy más convencido que nunca de que el VIH no es la causa del SIDA'. Más tarde me llamó para decir, específicamente, 'No creo que el SIDA sea una enfermedad infecciosa en absoluto'. Era hora de visitar a Duesberg en sus dominios y ver si podíamos llevar el debate del SIDA un paso más allá.

Su laboratorio está situado entre abetos, en lo alto de la colina del campus de Berkeley, con una vista impresionante de Bay Bridge y los rascacielos de San Francisco al otro lado del agua. Llovía cuando llegué aquel fin de semana y el laboratorio estaba vacío. Hay dos laboratorios, uno a cada lado del pasillo. Su oficina está metida en la esquina del laboratorio principal. Clavada encima de su escritorio hay una nota que dice: 'Las únicas preguntas estúpidas son aquellas que no se preguntan'. Así que yo pregunté y pregunté.

Al poco tiempo entró Bryan Ellison, un joven estudiante de postdoctorado que más adelante iba a jugar un importante papel en la historia de Duesberg. Hoy estaba visitando a Peter para hablar un rato. Nos sentamos en tres taburetes de laboratorio, tomamos té chino en vasos de papel durante horas, literalmente, mientras que él y Peter discutían sobre la situación del SIDA y de si la biología molecular se había centrado en mirar tanto con el microscopio electrónico que se había olvidado, o no sabía cómo, interpretar lo que veía.

La conversación con Duesberg iba a continuar en el café local y en su apartamento, interrumpida ocasionalmente por alguna de sus tres hijas para pedir dinero o por otros asuntos. Casado, con tres hijas, Duesberg estaba separado de su esposa alemana Astrid, a la que dejó la gran casa de la colina situada detrás de Berkely, mudándose él a los sórdidos alojamientos de un desvencijado edificio, al borde de una autopista, en Oakland. Su apartamento era espartano y cualquiera pensaría que se estaba castigando a sí mismo con este exilio autoimpuesto. Tenía pocas comodidades y una cuchara sobresalía de un viejo televisor en blanco y negro 'para que

funcione'. Su pequeño recibidor estaba bloqueado por una pila de papeles que alcanzaban tres pies de altura. 'Eso' dijo, 'es prueba de la batalla que tuve para conseguir que mi artículo sobre el SIDA se publicara en *Proceedings of the National Academy of Sciences*.'

Después de la publicación de su artículo en *Cancer Research* (revista de investigación sobre el cáncer), Duesberg decidió escribir una revisión de la literatura del SIDA y se dirigió a la publicación exclusiva de la Academia Nacional, de nombre *Proceedings of the National Academy of Sciences (Actas de la Academia Nacional de Ciencias o, en sus siglas, PNAS)*. Duesberg era miembro de la academia desde 1986 por sus logros en virología, retrovirología y su descubrimiento, junto con su colega Peter Vogt, de los oncogenes. Se había pasado 16 horas al día, siete días a la semana, durante seis meses, investigando y escribiendo su artículo de 7.500 palabras, titulado 'HIV and AIDS: correlation but not causation.' *(VIH y SIDA: correlación pero no causación)*.[1] Normalmente, se supone que los miembros de la academia, por el hecho de ser miembros, pueden publicar sus artículos ahí, con una revisión por parte de un colega experimentado que no sea coautor. Pero las cosas no fueron así para Duesberg. Tengo un dosier de cincuenta páginas de la correspondencia entre Duesberg y dos de los editores de *PNAS*, Maxine Singer e Igor Dawid, entre junio y septiembre de 1988.

Esta correspondencia es el clásico ejemplo del modo en que la ortodoxia científica imperante puede fácilmente, por medio del deficiente proceso de la revisión anónima por pares, acallar cualquier objeción. Si no hubiera sido por la gran tenacidad de Duesberg y la amplitud de miras del editor Igor Dawid (quien finalmente publicó el artículo), esta importante contribución a la comprensión del SIDA jamás habría visto la luz del día.

Revisión Inter Pares y Supresión del Debate

Es preciso saber cómo funciona el proceso de revisión por pares para comprender cómo una ortodoxia científica equivocada, como la del SIDA, puede atrincherarse de modo obcecado en su postura. Cuando un editor de un periódico científico recibe un artículo para su publicación, lo muestra a uno o más árbitros para asegurarse de que se trata de buena ciencia. Los editores escogen a sus propios árbitros, los cuales permanecen por lo general anónimos.

No es de extrañar que casi todos los que podrían considerarse capacitados para revisar el trabajo de Duesberg estuvieran a esas alturas metidos hasta las orejas en investigaciones financiadas en base al VIH. Los innumerables intentos de publicación que de Duesberg fueron rechazados por culpa del proceso de revisión por pares. El editor de *Nature*, John

Maddox (más tarde Sir John), rechazó repetidamente los trabajos de Duesberg, aunque Maddox mismo llegara a señalar las iniquidades del sistema de revisión inter-pares al periodista Adrian Berry, en el artículo de este último sobre biología, 'Death of a life science'.[2]

'El memorable artículo de Francis Crick y James Watson,' escribió Berry, 'perfilando la estructura del ADN, aparecido en *Nature* en 1953, 'probablemente no sería publicado hoy', se lamenta Mr. Maddox, porque los árbitros, esos "expertos" anónimos a quienes los editores de los periódicos científicos trasladan escritos para su aprobación, habrían planteado cuestiones nimias e insignificantes que los autores pudieran no haber sido capaces de contestar.' El artículo continúa describiendo lo tremendamente aburrido que ha llegado a ser la publicación de datos sobre biología, con publicaciones como *Nature*, entre otros, 'propensos a llenar páginas con secuencias de nucleótidos que recuerdan los criptogramas del servicio secreto'. Maddox sigue diciendo (proféticamente, de hecho) que 'A los futuros historiadores les parecerá extraño que hayamos aprendido tanto acerca de las moléculas de las que depende la vida, cuando se ha comprendido tan poco acerca de su función, o acerca de la vida misma.' En un artículo posterior titulado 'Científicos arrogantes suprimen ideas nuevas'[3], Berry cita al Dr. David Horrobin, editor de *Medical Hypotheses* y *Prostaglandins*. 'El sistema se está derrumbando', dice Horrobin.

Los árbitros escriben cosas en sus informes, amparándose en el anonimato, que no se atreverían si tuvieran que poner su firma. Alrededor de un tercio (de los árbitros) es prudente y razonable. Otro tercio es correcto pero puntilloso hasta extremos exasperantes. El tercio restante escribe comentarios tan groseros y poco respetables que su trabajo es una vergüenza. El resultado es la eliminación de toda idea nueva.

"Proceedings of the National Academy of Sciences"

Duesberg remitió su artículo para revisión al *PNAS* el 13 de junio de 1988. Ya había pasado por el ojo crítico de sus colegas, profesores Harry Rubin y G. Steven Martin, quienes recomendaron su publicación. A pesar de ello, el artículo fue rechazado el 30 de junio de 1988 por Maxine Singer que, en el último día en su puesto de presidente del consejo editorial de *PNAS*, escribió a Duesberg diciendo: 'Cuando se trata de la revisión de un artículo, la originalidad del mismo la constituyen la recolección reciente de datos primarios o el análisis innovador de datos antiguos. Desafortunadamente, no veo ninguno de estos rasgos en su escrito. … Estas consideraciones me hacen llegar a la conclusión de que Proceedings no debe publicar este escrito.' En caso de que deseara discutir esta conclusión más a fondo,

Duesberg debería contactar con su sucesor, el Dr. Igor Dawid. El 14 de julio, Duesberg escribió a Igor Dawid diciéndole que consideraba inadecuada la decisión de Singer, dado que sus dos revisores habían considerado que el artículo era original y su material muy actualizado. 'Creo que estoy en mi derecho' escribe, 'como miembro de la Academia, involucrado en una seria controversia científica sobre un tema de relevancia clínica, de publicar mis opiniones en *Proceedings*. Iría contra el espíritu de libertad académica cerrar *Proceedings* a tan importante causa científica.'[4] Después de mucho pelear, más revisiones anónimas por parte de otros colegas y después de una monumental disputa, Duesberg consiguió publicar por fin su artículo en febrero de 1989[5]. A éste le siguió otro, en 1991, titulado 'AIDS epidemiology: inconsistencies with human immunodeficiency virus and with infectious disease' (Epidemiología del SIDA: discrepancias con el virus de inmunodeficiencia humana y con una enfermedad infecciosa).[6]

Volé de vuelta a casa decidida a hacer otro programa. La cosa estaba que ardía. Duesberg estaba siendo bombardeado con llamadas telefónicas a su laboratorio desde todos los rincones del mundo. Era hora de sacar a la luz pública los argumentos que habíamos podido conocer gracias a Duesberg, pero que permanecían cerrados a cal y canto por el 'establishment' científico. Hice un guion para otro programa, que lo llamé 'AIDS II', y se lo mandé a Duesberg. Él hizo sus comentarios y luego de eso telefoneó de repente para decir que había alcanzado el punto en que podía ver, de manera clara, por qué el SIDA no era infeccioso y a continuación repasó sus argumentos clave. Renombré el guion con el título 'AIDS – ¿Infectious or Not?' y se lo envié a David Lloyd.

Lloyd estaba deseoso de hacer otro programa. Después de todo, el primero había hecho historia al ser la primera vez que una empresa independiente conseguía uno de los codiciados premios de la "Royal Television Society". Nos dio un adelanto del presupuesto y allá nos fuimos a dar una vuelta de investigación. Partimos a la búsqueda de pruebas de las irregularidades más patentes de la hipótesis virus/SIDA y a exigir respuestas a las cuestiones que rodeaban a estas anomalías. Por ejemplo:

- Si se supone que el VIH es tan letal, ¿Por qué, del millón de VIH positivos en Estados Unidos a lo largo de un periodo de ocho años, sólo el 1,5% había desarrollado SIDA?
- ¿Por qué quienes contraen SIDA son sobre todo hombres (90% en EE. UU.)?
- Si el SIDA se transmite a través del VIH, ¿Por qué ha permanecido

confinado en los grupos de riesgo (usuarios de drogas por vía intravenosa y hombres homosexuales muy promiscuos)?

- ¿Cómo es posible la existencia de SIDA sin VIH y VIH sin SIDA?

Pausa Entre Latidos: Donde está la verdad

El autor Paul Scott dijo en una ocasión, después de escribir 'Raj Quartet', que es en 'la pausa entre los latidos de la historia' donde realmente está la verdad, y esto es lo que nos dispusimos a encontrar.

Una de las primeras tareas fue conocer al Profesor Luc Montagnier cara a cara. Esperamos por él, sentados en un banco fuera de su laboratorio, en el Instituto Pasteur de París. No nos vio según se acercaba, envuelto en sus pensamientos y en un gran abrigo negro que revoloteaba alrededor de sus piernas. Un hombre bajo, rechoncho, con cara de niño, con apariencia de reacio a ser catapultado a la fama. La cual no estaba exenta de controversia. Su primer artículo sobre el virus del SIDA había sido firmado por cinco autores, incluidos sus colaboradores los doctores Françoise Barre-Sinoussi y Claude Chermann. Ambos amargamente descontentos, con el sentimiento de haber sido privados de los laureles del VIH y de los ingresos de la patente del test.

Resulta interesante releer ahora el comunicado de prensa cuidadosamente redactado que nos dio el Instituto Pasteur en nuestra visita.

En 1983, los investigadores de la Unidad de Oncología Viral, dirigida por el Profesor Luc Montagnier, en colaboración con clínicos e inmunólogos de varios hospitales de París, jugaron un importante papel en el aislamiento y caracterización del virus del SIDA, Virus de la Inmunodeficiencia Humana o VIH. En menos de dos años, el virus fue analizado molecularmente y su constitución genética desvelada por un equipo de cinco jóvenes biólogos moleculares. … Independientemente, investigadores de los Estados Unidos hicieron hallazgos similares.

Hasta nuestro encuentro con Montagnier en ese día de primeros de marzo de 1990, se había hecho creer al mundo que, si contraías el VIH, éste te mataría, en cualquier caso. Sin embargo, estábamos a punto de oír una noticia rompedora. El mismo científico que descubrió el VIH estaba ahora dando marcha atrás sobre el hecho que el virus pudiera ser la única causa del SIDA. Montagnier había estado trabajando en la teoría de que podían ser necesarios ciertos cofactores para activar totalmente el VIH. Había descubierto algo que describió como micoplasmas, los cuales creía que se combinaban con el VIH para causar el SIDA.

Montagnier nos saludó calurosamente, a Michael Verney-Elliot y a mí, en su oficina y procedió a explicarnos su posición. Tengo una serie de citas de aquella reunión:

No deberíamos haber dicho, de entrada, que el VIH podía explicarlo todo. Si ese fuera el caso, a estas alturas no deberíamos encontrar ningún rastro de enfermedad.

El VIH por sí mismo no es un virus muy peligroso. Pero tiene que estar ahí. Sin él no sucede nada.

Siempre tuve una visión prudente del virus, y desde "Cold Spring Harbor", en 1983, dije que deberíamos buscar otras cosas.

He estado buscando cofactores desde 1983. Estoy trabajando en unos agentes microbianos como posibles cofactores.

Montagnier nos comentó que estaba muy entusiasmado con su trabajo sobre los micoplasmas. Le sugerí que, si estaba *especulando* con diferentes posibles cofactores, quizás habría *especulado* también acerca del VIH. Dijo que estaba hablando en realidad de co-agentes. ¿Cuál es la diferencia? Pregunté. 'Los co-agentes tienen tanta importancia causal y con los cofactores hay un agente principal' contestó. Luego hizo un además con las manos diciendo 'en realidad es todo semántica'. La opinión de Duesberg sobre los cofactores es que cuando se invocan es señal de que hay una hipótesis fallida, porque ¿Cómo puedes afirmar cuál es la causa real de enfermedad?

Nosotros habíamos advertido cómo la palabra 'cofactores' había empezado a introducirse en el lenguaje de la ortodoxia –algo que Duesberg ya había previsto que ocurriría cuando dijo:

Una vez que un 'establishment' ha cometido un error, pero ha alcanzado una posición de poder debido a él, es muy difícil que lo admitan porque es muy cómodo estar arriba, en la cima. Es un sitio estupendo. Ahora bien, cuando ves que la cosa no funciona, tienes dos opciones: O bien que se trata de un error, o que la cosa funciona pero no de la forma que se pensaba inicialmente. Esto es algo más complicado y la salida clásica en ciencia es decir que (el VIH) no es suficiente para causar la enfermedad, que es lo que han estado diciendo desde el principio. Ahora dicen que se necesita algo más.

Ahora dicen que no es suficiente, pero que sigue siendo necesario. Por supuesto, si no fuera necesario ellos tendrían que dimitir y tendrían que revisar todo el asunto de la prevención y la terapia. … Decir que es necesario significa que siguen con el asunto que ya tendrán tiempo de sobra para afinar sus hipótesis. Pero al hacer esto pones en duda directamente tu afirmación fundamental, porque si no sabes qué otra cosa lo causa, no

puedes saber qué papel juega el VIH en todo ello. Hasta que conozcas el otro elemento y demuestres que necesita al VIH para causar algo –caso de la afirmación sobre los micoplasmas- tienes que tomar el micoplasma y demostrar que éste necesita al VIH para causar SIDA, o cualquier otro efecto que pueda tener. Hasta que se haga esto no tienes pruebas de ningún tipo de que el VIH juegue un papel ahí.[7]

Montagnier quería que incluyéramos su teoría de los micoplasmas en nuestra película y aceptamos. Efectivamente, la teoría de los micoplasmas de Montagnier cayó como jarro de agua fría en la siguiente Conferencia Internacional del SIDA, en San Francisco. Un auditorio compuesto por fanáticos de 'el VIH se basta por sí solo' lo interrumpió, silbó y abucheó, lo que le hizo abandonar la conferencia, indignado y antes de tiempo.

En nuestro viaje de vuelta a Londres, Michael y yo pensamos que Montagnier se veía en una situación en la que estaba teniendo serias dudas acerca del papel del VIH, pero no podía dejarlo totalmente. Los derechos de licencia estaban proporcionando de manera regular un 5% de la financiación del Instituto Pasteur. No obstante, nos pareció que su sentido científico le estaba llevando a buscar un camino para no culpar del SIDA únicamente al VIH.

"*La Trampa del SIDA*": Los Mitos del VIH y SIDA al Descubierto

Nuestra primera escala fue París. Allí grabamos la entrevista con Montagnier, basada en conversaciones previas. La actuación de Montagnier en la película fue tan potente como en nuestra primera entrevista. Preguntado si siempre había creído que el VIH, por sí mismo, podía causar SIDA, su respuesta resonó por todo el mundo:

Al principio, sí, pensamos que teníamos al mejor candidato para ser el virus causante del SIDA. Pero después de un tiempo –ya desde el principio, realmente- pensamos que para la activación de ese virus en las células quizás necesitáramos algunos cofactores. … Estaría de acuerdo con que el VIH por sí mismo, o algunas cepas del VIH, no son suficientes para inducir el SIDA.[8]

Esta declaración confirmó la posición de Montagnier desde el mismo principio. Él nunca había sido tan categórico como Gallo al señalar con el dedo al VIH como la única causa (causa suficiente) del SIDA. Ahora expresaba en público sus dudas y se apoyaba en la teoría del co-factor – que el VIH necesitaba otros factores para inducirlo a producir efectos dañinos.

En Nueva York hicimos realizamos una importante visita a la clínica del

Dr Joe Sonnabend. Como uno de los primeros "disidentes del SIDA", en 1984, había publicado un periódico llamado *AIDS Research*. Como la publicación era demasiado peligrosa para la ortodoxia, rápidamente fue silenciada, perdió su financiación y fue acaparada por Burroughs Wellcome para convertirlo en una hoja informativa sobre (como era de esperarse) las últimas terapias de drogas contra el SIDA. Sonnabend, un médico inmensamente bondadoso, trabajaba desde una pequeña y sombría clínica en Manhattan, tratando a muchos jóvenes gays que acudían a él con un montón de infecciones y reinfecciones diversas. Él fue quien inspiró a Michael Callen y Richard Berkowitz a examinar los factores relacionados con el modo de vida que podrían jugar un papel en la severa supresión inmune que sufrían los jóvenes gais.[9]

La apariencia de Sonnabend era un tanto descuidada, con la caspa acumulándose sobre su traje negro varias tallas más pequeñas que la suya. Estaba abatido. Nadie estaba dispuesto a financiar ninguna investigación significativa sobre el síndrome que afectaba a sus pacientes. Sonnabend nunca había estado convencido del VIH. Su opinión era que la supresión inmunológica descrita como el SIDA era consecuencia de múltiples factores que incluían conductas de riesgo con componentes infecciosos. Nos dijo: "Yo creo que los componentes infecciosos son una variedad de infecciones comunes o conocidas, incluyendo infecciones por virus como el cytomegalovirus (una especie de la familia del virus del herpes), las enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis y una variedad de infecciones comunes que se sabe tienen componentes inmuno-supresores.[10]

El autor y el cronista del SIDA John Lauritsen nos recibieron en su pequeño piso en "Greenwich Village". Centró su atención en los aspectos tóxicos, en vez de los infecciosos, como causa de la supresión inmune en el SIDA, atribuyendo su origen a los efectos nocivos de drogas recreativas, como los poppers, y al daño causado por la medicina del SIDA, AZT (que trataremos por separado con más detalle). Otro episodio revelador ocurrió cuando nos entrevistamos con el Dr. Alvin Friedman-Kien, en la Universidad de Nueva York. Un especialista en sarcoma de Kaposi -que en un momento dado había sido como la piedra angular del diagnóstico de SIDA- ahora, curiosamente, el Dr. Alvin Friedman-Kien estaba encontrándolo en personas sin VIH. ¿Podría tratarse de SIDA sin VIH? Preguntó Michael. Es poco probable, dijo Friedman-Kien, porque no había evidencia de inmunosupresión en estos hombres. Simplemente tenían la forma invasiva bien documentada de KS que se había descrito en la literatura médica desde el siglo pasado.

Sin embargo, Friedman-Kien nos puso en contacto con uno de sus

pacientes de KS que era VIH-negativo. Nos encontramos con Alan fuera del "New York University Hospital" y nos sorprendimos por su aspecto. Aquí se encontraba un hombre que, según Friedman-Kien, no tenía ninguna evidencia de inmunosupresión y se le suponía en perfecto estado, excepto por el KS, pero delante de nosotros estaba un hombre con toda la apariencia del SIDA. El cuello de su camisa caía libremente alrededor de su cuello patéticamente flaco. Su piel tenía ese aspecto amarillo ceroso que se estiraba sobre su cara como una máscara. Sus pantalones bombachos escondían unas piernas delgadísimas, sobre las que apenas podía sostenerse para deambular hacia nosotros como un anciano. Sí, había perdido un montón de peso. Sí, había sido muy promiscuo tanto con hombres como con mujeres. Sí, había tomado un montón de poppers y otras drogas. ¿Así que este era el paciente del que Friedman-Kien decía que no tenía SIDA porque no tenía VIH?

Durante nuestra entrevista filmada con Friedman-Kien, Michael lo desafió diciendo: "Estoy un poco confundido. Usted dijo anteriormente que en el caso de estos hombres VIH-negativos, no tienen otros síntomas y no tienen supresión inmune, entonces ¿Por qué tienen sarcoma de Kaposi si es una enfermedad oportunista?' Friedman-Kien realmente no pudo responder. Murmuró algo acerca de "otro agente transmisible" que posiblemente causara el KS. Él entonces dijo que el CDC y otros científicos de todo el país estaban reconsiderando la definición de SIDA "que quizás cambiaría la definición para no incluir sarcoma de Kaposi como un diagnóstico definitivo".[11]

El resultado de la entrevista fue poco convincente en líneas generales y corroboraba los puntos de Duesberg de que cada vez que se encuentran enfermedades definitorias de SIDA sin VIH, los pacientes son diagnosticados como teniendo esa condición específica, pero no SIDA. Por lo tanto, por definición, todos los casos como el de Alan no se incluyen en las estadísticas de SIDA. Al ser VIH-negativos, no se les hace seguimiento. No vuelven para una segunda prueba y, como había descubierto la investigadora de salud Michelle Cochrane en San Francisco, sin una segunda prueba seronegativa, estos casos no se cuentan en las estadísticas. Por esta razón hay tan pocos casos registrados de SIDA sin VIH.

El profesor Robert Root-Bernstein vino en nuestra ayuda en el asunto de KS. Él había estado estudiando la historia del KS y creía que el propio KS, sin el VIH, puede producir una condición de tipo SIDA irreversible. Cuando le entrevistamos más tarde en San Francisco, dijo:

La existencia de pacientes de sarcoma de Kaposi que son VIH-negativas me sugiere que

hay causas del SIDA que no son el VIH. De hecho, acabo de realizar un estudio del sarcoma de Kaposi que se remonta al primer trabajo publicado sobre el tema por Maurice Kaposi en 1872 y muestra que en realidad ha habido cientos de pacientes de sarcoma de Kaposi que cumplen con la definición de SIDA del CDC, a lo largo de más de un siglo. Estos pacientes no son hombres de edad avanzada, son adolescentes, son hombres jóvenes entre los veinte y los treinta, y a menudo se describen como previamente sanos.[12]

En abril de 1990, la revista *The Lancet* publicó una carta de Root-Bernstein en la que describía los casos específicos de hombres jóvenes, entre ellos un niño de cinco años, que fallecieron de KS, en el periodo de un año, en la década de 1880. Todos ellos tenían lesiones en el pene e insuficiencia respiratoria acompañados de fiebre alta y posiblemente neumonía. La carta merece ser recogida en su extensión.

No había ninguna prueba de VIH hasta 1984, pero si aceptamos que el VIH es un nuevo retrovirus que entró en América del Norte y Europa en las últimas dos o tres décadas, entonces todos los casos mencionados anteriormente deben haber estado libre de VIH. Si es así, varias hipótesis deben ser consideradas - que el SIDA no es nuevo; que el VIH es sólo una de las varias posibles causas de SIDA; o que el VIH es en sí mismo una nueva infección oportunista que se aprovecha de individuos previamente inmunodeprimidos. Si, no obstante, se argumenta que el KS en hombres jóvenes sanos siempre se asocia con el VIH, estos casos históricos indicarían que el VIH no es un nuevo agente de enfermedad, y se concluiría que el SIDA no es una enfermedad nueva y que la epidemia actual no es debida a la aparición de un virus nuevo, sino a los cambios en el estilo de vida que crean una población de individuos susceptibles y / o la ampliación de los modos de transmisión. La existencia de casos de SIDA libres de VIH nos obliga a volver a evaluar la teoría de que el SIDA es una enfermedad nueva y que el VIH es su causa suficiente y necesaria.[13]

El encuentro con Root- Bernstein fue emocionante. Galardonado con el codiciado premio "MacArthur Prize Fellowship" -un galardón a la "genialidad" otorgado cada cinco años- dio origen más tarde a un excelente artículo titulado ' ¿Sabemos la (s) causa (s) del SIDA? ", que había enviado a Duesberg para que lo examinara. En dicho artículo, Root- Bernstein sostenía que "la conclusión de que el VIH es la única causa de la inmunosupresión en el SIDA y el único factor diferenciador entre pacientes de SIDA y los pacientes sin SIDA, no puede sostenerse'.[14]

Root-Bernstein nunca se había encontrado con Duesberg, por lo cual Canal 4 se comprometió a traerlo desde una conferencia en Florida hasta Berkeley para nuestra entrevista. Allí Peter había arreglado las cosas para que impartiera un seminario. Pero increíblemente, cuando Duesberg

solicitó el uso de una sala de conferencias en la zona central del campus, le dijeron que el tema era demasiado peligroso y polémico para tratarlo en un lugar tan público, así que nos llevaron a todos a una sala de conferencias en la cima de una colina (irónicamente, donde se había desarrollado la bomba atómica).

Root-Bernstein dio su charla, que fue en gran parte hostil a la hipótesis de virus/SIDA, aunque hubo puntos de desacuerdo entre él y Duesberg. Duesberg le hizo un interrogatorio bastante áspero durante su tiempo de preguntas. Bryan Ellison estaba furioso. '¿Por qué tienes que atacar así a uno de nuestros pocos partidarios?', dijo. "Desde el punto de vista intelectual hay que atacar a los amigos tan firmemente como a los enemigos", dijo Duesberg. La elevada moral del debate sobre el VIH fue captada con gran elocuencia por el profesor Walter Gilbert, un eminente científico estadounidense ganador del Premio Nobel, un hombre sabio que, a diferencia de muchos de sus apresurados colegas, nunca se había vinculado públicamente a la hipótesis del VIH y por lo tanto era capaz de expresar algunas dudas acerca de la ciencia que la rodeaba. Él estaba preocupado por la manera en que los medios de comunicación, así como parte de la comunidad científica, habían presentado al virus como la causa del SIDA:

porque es más conveniente tener una explicación bonita. La comunidad en conjunto no escucha con paciencia a los críticos que adoptan puntos de vista alternativos, aunque la gran lección de la historia sea que el conocimiento se desarrolla a través del contraste de puntos de vista. Si se tiene simplemente un consenso, generalmente se atrofia. No se pueden ver los problemas de ese consenso y se depende de la existencia de críticos para romper ese iceberg y permitir al conocimiento desarrollarse. Esto es de hecho uno de los fundamentos de la teoría democrática. Es uno de los motivos básicos por los cuales creemos en nociones de libertad de expresión y es una de las grandes fuerzas en términos del desarrollo intelectual.[15]

Una de las irregularidades más sorprendentes a la hora de revelarnos la historia del SIDA nos esperaba en St. Petersburg, Florida. Nos reunimos con Ron Webeck en la confortable vivienda que sus padres tenían cerca del mar. Él se había vuelto famoso por ser "el hombre que perdió el VIH". Se decidió a contarnos su historia.

Ron admitió que había llevado un estilo de vida autodestructivo. Había vivido en el carril rápido gay, trabajando como camarero en la costa este y en Europa. Había tenido muchos compañeros sexuales diferentes, consumió poppers, marihuana y abusó del alcohol. En 1985, cuando trabajaba como camarero en Cape Cod, comenzó a tener dolores de cabeza

y un dolor en el cuello y espalda. Luego se dio cuenta de que no podía sumar las facturas de sus clientes correctamente, que había desarrollado visión en túnel y de que comenzaba a cojear mucho. Lo llevaron urgentemente al hospital donde encontraron VIH y una enfermedad del cerebro relacionada con el SIDA llamada PML (leucoencefalopatía multifocal progresiva) presuntamente causada por el llamado virus JC. Estuvo muy enfermo durante seis meses e incluso llego a firmar una orden para que no lo resucitasen.

Después de un tiempo pidió a los médicos que le enviaran a casa porque pensaba que iba a morir y quería morir en su casa. Sin embargo, una vez en casa, se encontró cada vez mejor y decidió luchar por su vida. "La primera cosa que hice fue pedirles a mis padres que me compraran un andador de modo que quizás pudiera aprender por mí mismo a caminar de nuevo, ya que los médicos pensaban que nunca lo conseguiría. Nunca se molestaron en ofrecerme rehabilitación, así que me rehabilité yo mismo."[16] Dijo que lo peor era cuando visitaba la piscina local, porque la gente que se habían enterado de su caso salía del agua cuando él entraba. Luego, en 1989, cuando Ron regresó para someterse a pruebas en los NIH, los médicos, asombrados, no pudieron encontrar ningún rastro del VIH en su sangre o su columna vertebral, y el virus JC también había desaparecido. Una segunda tanda de pruebas confirmó estos hallazgos, y el caso de Ron Webeck fue divulgado en *Annals of Internal Medicine*.[17]

Cuando nos encontramos con Ron se veía muy bien y lo filmamos yendo a nadar al mar. Sin embargo, a pesar de que era VIH-negativo, sus médicos lo habían convencido de tomar AZT. Michael trató de advertirle de los peligros de esta terapia, pero Ron siguió con ella. Sufrió a continuación una serie de apoplejías y dos años más tarde estaba muerto. No había rastro del VIH. ¿Había sido prudente seguir con su terapia de AZT? Los efectos tóxicos del AZT se describirán detalladamente en otro capítulo.

En San Francisco debíamos entrevistar al Dr. Andrew Moss, un epidemiólogo inglés que trabajaba en el Hospital General de San Francisco, centro de referencia para el tratamiento del SIDA. Moss parecía haber ganado mucho peso recientemente y eso no parecía agradarle mucho. Adoptó un aire condescendiente de superioridad cuando le dijimos que estábamos entrevistando a Duesberg y otros críticos de la hipótesis del VIH. Aunque él mismo estaba dedicado a la hipótesis del virus/SIDA y había expresado fuertes críticas a Duesberg, también había criticado la forma como se habían hecho los vaticinios de la propagación del SIDA. Él no tenía ninguna duda de que el SIDA se extendería a la comunidad heterosexual y estaba convencido de que cualquier persona que resultase VIH-positiva progresaría hacia el SIDA en un plazo de nueve años y

medio.

Creo que la mayoría de los pronósticos oficiales sobre la propagación del SIDA han resultado claramente incorrectos en este país, en Gran Bretaña y en el mundo, y creo que hay dos razones para esto. Una de ellas es la gran cantidad de mala ciencia que se ha hecho, y la otra son las presiones políticas para obtener cifras elevadas. Todas las cifras de las administraciones son de carácter político. Por lo general se inflan desde la dirección opuesta, y creo que ha sido difícil para la gente retractarse luego de sus elevados cálculos.[18]

El jefe del Laboratorio Stanley en Berkeley y colega de Peter Duesberg, profesor Harry Rubin siempre había prestado un oído comprensivo, apoyando a Duesberg contra sus críticos y defendiendo su derecho de desafiar la ortodoxia. Con aspecto de un sabio judío anciano con un centelleo en sus ojos, dijo "han lanzado a Peter toda clase de insultos y ha sido etiquetado como loco… pero han sido ataques 'ad hominem' (hacia su persona) en lugar de análisis científicos y sin prejuicios sobre lo que afirma. Así pues, resistiéndose al sistema y haciéndolo con su estilo característico ha despertado mucho antagonismo[19]. ¿Era una buena cosa que los científicos se resistieran y cuestionaran el sistema? Preguntó Michael. "Bueno, creo que es bueno para la sociedad en general y es bueno para la ciencia. No es demasiado saludable para los científicos que lo hacen. Afecta al reconocimiento, a las subvenciones y a conseguir estudiantes de posgrado, todas las cosas que van de la mano con el logro científico."[20]

Y, por último, a por el mismo Duesberg. Teníamos que asegurarnos de que luciera lo mejor posible. Es un entrevistado un tanto inquieto, de vez en cuando se sale del cuadro de la cámara de modo pícaro para tomarse un trago de agua de una taza de plástico, interrumpiendo la entrevista con una sucesión de ocurrencias. Todo muy bien, pero necesitábamos hacer algo impecable sobre este tema tan sombrío. Así se lo transmitimos y no hubo mayor problema; sólo fuimos interrumpidos por las periódicas campanadas del reloj del campus.

Duesberg expresó su punto de vista de que el VIH puede hacer muy poco en su huésped humano, siendo neutralizado por el sistema inmune en un par de semanas o meses después de la infección y luego no hace nada más. Dijo que el SIDA no se propagaba como lo haría una enfermedad de transmisión sexual, sino que se había mantenido dentro de ciertos grupos de riesgo, a saber: los usuarios de drogas por vía intravenosa y un pequeño porcentaje de los homosexuales masculinos. Explicó cómo el SIDA no cumplía con los postulados de Robert Koch (las condiciones por las cuales una enfermedad infecciosa puede ser identificada y distinguida de un problema de origen tóxico). Explicó como los palos de la portería de las

enfermedades definitorias del SIDA habían sido desplazados constantemente por los "Centers for Disease Control" (CDC) y cómo el período de latencia había sido ampliado año tras año. También describió su preocupación por la toxicidad del AZT. Luego llegó al quid de su argumento.

Yo creo que el SIDA no es, ni puede ser, una enfermedad infecciosa. Una enfermedad infecciosa, lo creamos o no, tiene criterios determinados. Cómo ocurre, cuándo ocurre. Por ejemplo, si te infecta un virus, al cabo de unas semanas o meses después del contacto, o después de esa infección, tendrás síntomas de una enfermedad. Con el VIH y el SIDA, sin embargo, se nos dice que usted se enfermara diez años más tarde, diez años después de la infección. Así no es como los virus o las bacterias operan. Trabajan rápidamente, o no lo hacen nunca. Son un mecanismo muy simple, como un reloj pequeñito que solo puede hacer una cosa- dar la vuelta a la esfera y esto solo le lleva al virus de 24 a 48 horas. No hay manera de que el virus pudiera reducir la velocidad o esperar una semana o esperar diez años. Eso es completamente absurdo.

El SIDA, según lo conocemos, sospecho que es el resultado sobre todo de una intoxicación. Inmunodeficiencia Adquirida -como dice la palabra. Adquieres el SIDA consumiendo de drogas y a través de una mala nutrición, circunstancias que suelen ir juntas. Una vez que esto ha ocurrido, es decir, una vez que eres inmunodeficiente estarás predispuesto a muchas infecciones que son secundarias u oportunistas, como las llamamos. Por lo tanto, (el SIDA) no es una enfermedad infecciosa. Es su consecuencia.

¿Si se comprueba que la hipótesis infecciosa al final es incorrecta -preguntó Michael- qué pasaría? "Las consecuencias serían muy graves," dijo Duesberg, "muy, muy graves en realidad. Los millones de vidas que podrían haber sido salvadas no lo serán si trabajamos con una hipótesis infundada o mal basada. La prevención del SIDA, que está completamente basada ahora en la prevención de contactos con la gente infectada tomaría una dirección totalmente diferente."[21]

Al embarcarnos en el avión de regreso a Londres, sabíamos que teníamos un programa muy potente en nuestras manos. Cuando pusimos en orden nuestras ideas y recopilamos las pruebas volvimos a David Lloyd. Le dije que realmente esta vez quería coger el toro por los cuernos y defender con firmeza el punto de vista disidente. David estuvo de acuerdo, recordando que se habían dedicado cientos de horas de televisión, sin oposición, a la visión ortodoxa. "Haciendo hincapié en que lo señaláramos", dijo él. Y así hicimos. Así que dijimos: "Este programa rastrea las pruebas que contradicen que el VIH sea la causa del SIDA. Cuestionamos que el SIDA sea siquiera una enfermedad infecciosa".

La Toxicidad del AZT: El SIDA y el Episodio de Weller

David Lloyd quería una sección sobre el AZT en nuestro documental. El AZT es el fármaco que se prescribió inicialmente a las personas con síntomas de SIDA y después del 1989 a cualquier persona que resultara VIH positivo, aunque no tuviera síntomas de SIDA.

Dedicaré un capítulo más adelante a nuestro programa sobre el AZT. Pero en el momento del rodaje de *The AIDS Catch* había ya mucha polémica sobre la elevada toxicidad del fármaco. Muchos hombres homosexuales habían observado a sus parejas con SIDA sufrir los terribles efectos de la droga y luego morir. Altas dosis de 1500 miligramos por día estaban siendo prescritas y los pacientes experimentaban vómitos incontrolables, agotamiento de la médula ósea, necesitando transfusiones de sangre y dolores de cabeza insoportables. El régimen de dosis altas requería un estricto cumplimiento cada cuatro horas, por lo que las personas recibían pequeños envases con alarmas para avisarles de que tenían que tomar sus píldoras. En la "Royal Opera House" de Covent Garden, a veces se oía el insistente sonido de la alarma en medio de desgarradoras arias.

El autor John Lauritsen ya había escrito exhaustivamente sobre los peligros de AZT, y Peter Duesberg había expresado la seria preocupación de en el sentido de que el AZT estaba provocando síntomas indistinguibles de los síntomas del SIDA. Decidimos entrevistar al profesor Ian Weller, quien coordinaba la división del Reino Unido de un gran estudio anglo-francés de tres años, sobre el AZT, llamado el estudio Concorde. Su objetivo era descubrir si el AZT podría retrasar el desarrollo del SIDA en personas seropositivas, pero sin síntomas de SIDA.

Weller nos concedió una entrevista de lo más reveladora. Obviamente, era un hombre de conciencia, como hechos posteriores demostrarían. Parecía preocupado. Habiendo comenzado el estudio con la mejor de las intenciones, se encontraba ahora teniendo que justificar el reparto de un medicamento muy tóxico a hombres que estaban esencialmente bien de salud, ya que era incapaz de identificar correctamente si estaban sufriendo una progresión a SIDA o se trataba de los efectos del propio AZT. Bajo el minucioso interrogatorio de Michael dijo que los estudios anteriores en los Estados Unidos, que habían llevado a la concesión de licencias de AZT en pacientes asintomáticos, no habían sido hechos a 'doble ciego'. Es decir, los doctores sabían quién estaba tomando el medicamento y quién estaba tomando placebo. Esto, pensó, podría haber llevado al sesgo en los resultados del ensayo. Admitió que el efecto secundario más común del AZT era sobre la médula ósea. Esto podría llevar a una disminución de los

glóbulos blancos y a anemias que, si no se controlaban, podrían ser lo suficientemente graves como para que el paciente requiriese transfusiones de sangre.

Admitió que en algunos pacientes susceptibles el daño a la médula ósea podría ser irreversible, pero sugirió que en estos casos podría ser "debido más al virus afectando a la médula ósea que a la droga". Weller dijo: "Con la enfermedad asintomática, puede ser muy difícil clasificar lo que es debido a la medicación y lo que es debido a la propia enfermedad. Es como si, en cierto modo, se estuviese mirando a la historia natural de la infección de VIH tras una cortina de zidovudina (AZT). Por lo tanto, es difícil diferenciar entre esos dos efectos".[22]

Weller estaba reconociendo que no podría distinguir entre los efectos del AZT y los efectos de la infección por el VIH. Cuando Duesberg leyó la transcripción de la entrevista, la pregunta crucial que él quería hacer a Weller era: ¿Qué hizo Weller cuando se enfrentó con el hecho de estos pacientes de su estudio que necesitaron transfusiones de sangre mientras tomaban AZT? ¿Siguió con la terapia AZT, o la detuvo? Su duda era que, si Weller no sabía si era el virus o la medicación lo que estaba haciendo daño, al no parar de administrar dicha medicación, la gente podría estar realmente muriendo debido, únicamente, a la terapia con AZT.

Conforme iba tomando forma la película, la primera en oponerse a la ortodoxia del SIDA, encontramos tantos problemas serios que debíamos abordar, que cada vez iba quedando menos espacio para el AZT. Decidimos incluir solamente a Duesberg y Lauritsen como críticos. Tratar de abarcar las complejidades del estudio Concorde, así como algunas de las confesiones auto inculpatorias de Ian Weller no parecían muy justo. Hubiera sido como ponerlo de patito de feria en un tiro al blanco. Por tanto, no lo incluimos. Las declaraciones sobre el AZT transmitidas en la película *The AIDS Catch* fueron inflexibles:

DUESBERG: El mecanismo de acción del AZT es escandalosamente claro y simple. Es un interruptor de la síntesis de ADN. El ADN es la base de toda la vida en este planeta. Se trata de la molécula más importante en cada célula viva.

LAURITSEN: Bueno, yo he examinado al completo los principales estudios que se utilizan para justificar los beneficios del AZT. Diría que, sin excepción, estos estudios no demuestran nada. Son incompetentes y/o deshonestos en un sentido u otro, pero mantengo que no hay ninguna evidencia científica creíble de que el AZT aporte a nadie beneficios bajo ninguna circunstancia.

(A DUESBERG): ¿Qué opinas de los actuales ensayos que investigan los efectos a

largo plazo del AZT?

DUESBERG: Bueno, creo que demostrarán nuevamente que el AZT es tóxico. Si se da a menos dosis tardará más tiempo en matar a las personas...y si se toma más dosis matará más rápidamente.[23]

La fecha de emisión de la película era el 13 de junio de 1990. El Canal 4 mantuvo una rueda de prensa con anterioridad. Duesberg se desplazó en avión para la ocasión y la conferencia de prensa estuvo presidida por la representante de David Lloyd, Karen Brown. (Más tarde me dijo que se había sentido completamente desconcertada por la violencia expresada en la reunión). En ella había muchos activistas homosexuales. Cass Mann, de 'Positively Healthy', se había mostrado muy comprensivo; otros como Simon Watney criticaron airadamente el documental. A Watney le dio un arrebato emocional por todos los amigos que sabía que se estaban muriendo de SIDA, pensando que esta película les hacía daño. Como era de esperar, hubo muy poca discusión sobre los aspectos científicos existentes tras los hechos. Cuando se emitió la película, lejos de caer en un pozo de silencio, esta vez se produjo una explosión sin precedentes.

---

[1] Peter Duesberg, 'HIV and AIDS: correlation but no causation'. *PNAS*, vol. 86, p. 755-64.
[2] *Sunday Telegraph*, 1 May 1989.
[3] *Sunday Telegraph*, 11 June 1989.
[4] Carta a Igor Dawid, 14 July 1988, archivo de Meditel.
[5] Peter Duesberg, 'HIV and AIDS: Correlation but not causation', *PNAS*, op. cit.
[6] Peter Duesberg, 'AIDS epidemiology: inconsistencies with human immunodeficiency virus and with infectious disease', PNAS, vol. 88, pp. 1572-9, February 1991.
[7] 'The AIDS catch', *Dispatches*, Channel 4, transcripción de notas, 1990.
[8] 'The AIDS catch', Dispatches, Channel 4, transcripción del programa, 1990.
[9] Callen and Berkowitz, 'We know who we are', *New York Native*, 8-21 November 1982.
[10] 'The AIDS catch', *Dispatches*, Channel 4, transcripción del programa, 1990.
[11] Ibidem.
[12] Ibidem.
[13] *Lancet*, vol. 335, 21 April 1990.
[14] Robert Root-Bernstein. 'Do we know the cause(s) of AIDS'?, Perspectives in Biology and Medicine, vol. 33, pp. 480-500, 1990.
[15] 'The AIDS catch', transcripción del programa, 1990.
[16] 'The AIDS catch', transcripción del primer borrador del programa, 1990.
[17] J.R. Berger et al., 'Progressive multifocal leukoencephalopathy 30 years *later' Annals of Internal Me-dicine*, vol. 107, 1987, pp. 78-87.
[18] 'The AIDS catch', transcripción del programa, 1990.
[19] 'The AIDS catch', transcripción del primer borrador del programa, 1990.
[20] Ibidem.
[21] 'The AIDS catch', transcripción del programa, 1990.

[22] 'The AIDS catch', transcripción del primer borrador del programa, 1990.
[23] 'The AIDS catch', transcripción del programa, 1990.

Capítulo 7

La Contienda

El 'Establishment' Contraataca: La manipulación de los medios

La noche de la emisión, el equipo de producción estaba reunido en mi casa. Se encontraba con nosotros Duesberg, al que se habían unido amigos suyos de Londres de los tiempos de su trabajo sobre los oncogenes. Según terminó el programa las llamadas telefónicas comenzaron a inundar las oficinas de Canal 4. Y eso sólo fue el comienzo. Años después, las cartas y artículos que siguieron constituyen una lectura sorprendente. Las más importantes organizaciones médicas, revistas científicas y periódicos nacionales (excepto el *Financial Times*) y todas las ramas del 'establishment' científico expresaron su cólera. Su indignación se basaba en el temor de que, al cuestionar el VIH, estábamos alentando la promiscuidad y el sexo sin protección entre los jóvenes, quienes debido a ello corrían el riesgo de exponerse al SIDA. En ningún momento se les ocurrió a estos críticos que podría valer la pena, por lo menos, cuestionar la premisa VIH=SIDA=muerte.

Inmediatamente, el Dr. D. Rees, de MRC, envió una carta a Sir George Rusell, presidente de la "Independent Broadcasting Authority". La MRC había dedicado millones de libras de dinero de los contribuyentes a los proyectos de investigación del VIH, muchos de ellos en marcha. Rees decía: 'la evidencia científica es aplastante en cuanto a que la infección por VIH es una condición previa necesaria para el desarrollo del SIDA. … Es la grave irresponsabilidad engañar al público con la divulgación de tales puntos de vista, sin información que la contrarreste, lo que a mí me preocupa'. Rees añadía que el programa 'hacía un flaco favor a la salud pública. No sería una exageración decir que, si la audiencia se creyera la hipótesis de *Dispatches*, muchas vidas correrían peligro'.[1]

Canal 4 nos pidió que escribiéramos una carta de respuesta a la MRC que concluía así: 'Nos sentimos verdaderamente ofendidos por sus palabras en relación a que "muchas vidas correrían peligro" por ver nuestro programa. Hay mucho más peligro en conformarse de modo complaciente en una opinión de consenso, que no ha sido probada y que no ha conseguido salvar una sola vida.' A continuación, vino la "British Medical Association Foundation for AIDS" con una carta a David Lloyd firmada

por su administrador Hilary Curtis. En ella se hacía una lista de 'catorce importantes errores' en la película y se afirmaba: 'Al presentar la idea especulativa de que el mal uso de múltiples drogas es la causa del SIDA, sin evidencia que la apoye, este programa puede haber dañado significativamente la salud pública y provocado sufrimiento a la gente viviendo con SIDA y VIH'.[2](¡Nuestros programas habían sido el único rayo de esperanza que cualquiera que viviera con el VIH pudo haber tenido en diez años!).

El artículo del virólogo Jonathan Weber para el British Medical Journal, titulado 'Heresy and HIV', lo llamó 'programa engañoso' y dijo: 'Duesberg hace buena televisión pero malísima salud pública, y agradezco que se le haya restringido únicamente a la publicación de sus ideas y no a su puesta en práctica.'[3] Un editorial del *New Scientist* lo expresó así: 'La causa de la ciencia en la Televisión Británica dio un paso atrás la pasada noche con la emisión en Canal 4 del documental titulado *The AIDS Catch*.'[4] Por otro lado, Julian Meldrum, un periodista de Capital Gay escribió un artículo particularmente agresivo en el que atacaba a Duesberg, diciendo:

He revisado concienzudamente muchas páginas de las confusas ideas de Duesberg en busca de alguna señal positiva, o sugerencia de investigación, de la que se pudiera beneficiar la gente con SIDA. No hay ninguna. Al contrario, parece más preocupado de que se estén gastando enormes cantidades de dinero en investigación 'irrelevante' de un virus y una enfermedad que, en su opinión, continuarán confinadas a los hombres gays y a usuarios de drogas. Creo que no merece más que desprecio.[5]

El nivel intelectual de algunos de nuestros críticos y sus más que pueriles comentarios deben hacerse públicos. En una circular de la British Medical Association (BMA), titulada 'Dangerous Dispatches', un tal Hal Satterthwaite, enfermero del 'ROMA Project', entidad que atiende a pacientes con SIDA, escribió:

Uno tiene que ver el programa cuatro o cinco veces antes de convencerse de que dicen lo que dicen realmente. No es nada recomendable hacerlo. Al menos una persona que se encontraba tomado notas del programa (que es un poco como tomar notas de lo que dice alguien completamente borracho –difícil y muy frustrante) fue vista echando espuma por la boca.[6]

Hay algún atisbo de aprobación. El Profesor Roy Wilkie, de la Universidad de StrathStudclyde, telefoneó después del programa, expresando su interés y aceptación. El Profesor P.D. Wall, biólogo especializado en crecimiento y desarrollo, de la "Middlesex School of Medicine", escribió al *Independent*

diciendo:

Detecto una reacción excesiva en los gritos de 'irresponsabilidad' dirigidos a Canal 4 y a los participantes en el programa del SIDA. … Ambas (partes) insisten en que todos deberíamos evitar 'como a la peste' cualquier acción que implique la introducción de proteínas extrañas de origen desconocido en el torrente sanguíneo. Hay una genuina diferencia de opinión entre científicos en cuanto a la verdadera naturaleza del material extraño en la proteína. Una clara mayoría está convencida de que es única y en esto consiste precisamente el virus VIH. Un grupo más pequeño cree que el abuso generalizado del cuerpo abre paso a toda clase de infecciones oportunistas, incluyendo al VIH.[7]

Pam Francis, de *Today*, sentía curiosidad y estaba entusiasmado con el tema del programa. Sheridan Morley escribió inteligentemente en *The Times*: 'No se puede seguir diciendo más tiempo algo tan simple como "VIH igual a SIDA igual a muerte". (El SIDA) Se ha convertido en un anuncio además de un problema médico y sus complejidades tan sólo han comenzado a ser totalmente apreciadas por una prensa médica que, hasta hace poco, ha estado demasiado predispuesta a aceptar los informes oficiales del gobierno'[8] Christopher Dunkley, del Financial Times, dijo que nuestro programa había agarrado a la ortodoxia 'por el cuello, la había agitado enérgicamente proponiéndonos que veamos lo que dicen pensadores serenos de fuera del lobby multimillonario de la investigación. El resultado es revelador.'[9]

A continuación, la artillería pesada abrió fuego. Una carta publicada en el *Independent*, remitida por "All Party Parliamentary Group on AIDS", firmada por Lord Kilmarnock y 18 firmas más, tildó el programa de 'irresponsable' y 'fuente de grave preocupación para cualquiera dedicado a la educación de la salud y prevención de la expansión del VIH'. 'El programa parecía ser un intento deliberado de desacreditar los esfuerzos de aquellos que intentan educar al público acerca de los riesgos de la infección por VIH y, en nuestra opinión, no debería haber sido transmitido en esas condiciones.'[10]

Canal 4 nos siguió apoyando. David Lloyd captó lo esencial del asunto en su respuesta al *Independent:*

Durante todo este tiempo en que la hipótesis VIH ha ejercido su influencia, una pequeña, pero no insignificante, minoría de la ciencia médica ha expresado su desacuerdo. No se trata de excéntricos, ni tampoco de que carezcan de crédito. Realmente, en los dos años desde la primera vez que Distpaches *informó sobre el SIDA, han crecido en número. Esto no se le ha contado al público lego. En los miles de horas de transmisión*

informativa, o prédica, sobre la hipótesis VIH, no ha habido la más mínima mención de ello. Contra esta situación, Dispatches *les ha dedicado dos programas de cuarenta minutos. ¿Está compensada la balanza? Cuando esos otros programas, que se identifican a sí mismos con la opinión de la corriente mayoritaria, estén preparados para conceder la palabra a la minoría, entonces,* Dispatches *será culpable de desequilibrar la balanza por no buscar las respuestas de la mayoría.*

El Profesor Walter Gilbert, de Harvard, concluyó el programa con estas palabras: 'La gran lección de la historia es que el conocimiento se desarrolla a través del contraste de puntos de vista; si lo único que tienes es consenso, lo asfixias.[11]

Las discusiones más enconadas se produjeron en las páginas de cartas al director del *Independent*, el *Independent on Sunday* y el *Guardian*. Steve Connor, un reportero de temas científicos estaba escribiendo un libro sobre el SIDA. Estaba totalmente inmerso en la hipótesis virus/SIDA. Cualquier cuestionamiento de esa hipótesis podía poner en riesgo la validez de su libro. En los dos años siguientes se mostró implacable en su animosidad, aprovechando la mínima oportunidad para tratar de desacreditar a Duesberg y a nuestros esfuerzos por abrir el debate. Connor decidió resaltar las quejas de dos distinguidos científicos, Max Perutz y Sir Aaron Klug, ambos premios Nobel, que trabajaban en el laboratorio de biología molecular del laboratorio de MRC en Cambridge. En aquel tiempo, ambos estaban también muy metidos en una serie de proyectos de investigación del VIH para la MRC, a través del laboratorio de Cambridge. Klug cuestionó que la televisión fuera el foro apropiado para el debate sobre un tema técnico tan complejo,[12] en tanto que Parutz lanzó su ataque desde el *Guardian*: 'Muchos de los que lo vieron (el programa) puede que se despreocupen totalmente y contraigan la más siniestra y terrible enfermedad que afecta a la humanidad desde la plaga.'[13]

Duesberg le replicó: 'Lamentablemente, el pánico al VIH, generado por numerosos programas, hechos sin oposición alguna, sobre el virus-SIDA que "no han dado una plataforma a científicos y doctores que podrían haber expresado estos hechos…" ha infectado hasta a la élite científica de Cambridge.'[14] Perutz le devolvió la volea:

No puedo entender la insensibilidad y desconsideración de la gente que produjo este programa, ni la de quien permitió su transmisión. ¿Han visto alguna vez un paciente de SIDA? … Si fuera productor, y pensara que por asegurar a la gente que el SIDA no es infeccioso, pudiera haber el más mínimo riesgo de que yo estuviera equivocado y la gente que me creyera contrajese el SIDA, me diría a mí mismo que, por el hecho de emitirlo, estaría cometiendo un crimen terrible y desistiría de hacerlo. Ellos al parecer no

piensan así.[15]

Desvern le contestó:

Como fue señalado en el programa, todos estamos de acuerdo con Perutz en que el sexo seguro es una protección válida contra enfermedades venéreas contagiosas, como la sífilis y la gonorrea. Sin embargo, en la actualidad, no hay evidencia alguna de que tales medidas prevengan el SIDA, ni tampoco la hay de que un agente infeccioso, transmitido sexualmente, sea capaz de causarlo. Incluso si nada más hubiera una posibilidad de que el SIDA no fuera infeccioso, esa posibilidad debería ser discutida seriamente, tanto públicamente como entre los científicos de la salud. Porque hay muchas vidas en juego y la costosa hipótesis virus/SIDA no ha salvado ninguna.[16]

Nos topamos de nuevo con la ambigüedad moral de una ortodoxia que no permite la discusión abierta de hipótesis enfrentadas. Parece que la moralidad sólo es tal cuando supone un apoyo para la ortodoxia. ¿Dónde está la moralidad en perpetuar una hipótesis que, simplemente, podría estar equivocada? Que en sí misma la hipótesis infecciosa que prevalece pudiera estar impidiendo que la verdad salga a la luz, bloqueando así nuevas rutas de investigación que podrían ayudar a resolver el rompecabezas del SIDA, no parece tener mucho valor moral.

Duelo con *Nature* y los Postulados de Koch

El duelo más intenso desde la emisión de *The AIDS Catch* fue entre Duesberg y John Maddox (ahora Sir John), entonces editor de *Nature*. Maddox siempre rechazó los artículos de Duesberg; incluso ha salpicado su revista con artículos críticos, a veces ofensivos, acerca de la posición de Duesberg sobre el SIDA. Sir John Maddox era tan tozudo como tenaz lo era Duesberg. Yo los veía como una figura de cerámica, con Duesberg, el schanutzer alemán, intentando morder los tobillos de Maddox, y éste, todo flema inglesa, defendiéndose con su bastón.

Después de *The AIDS Catch*, Maddox publicó un artículo titulado 'Duesberg, HIV and AIDS', de los autores Robin Weiss y Harold Jaffe. Ambos reivindicaron el aislamiento de sus propias cepas de VIH. El tono del artículo es burlón desde la primera palabra. Llamaron 'absurdo' a Duesberg y criticaron *The AIDS Catch* por no intentar 'exponer las evidencias de la corriente mayoritaria, cuyo punto de vista trató de demoler'[17] Su ataque se centró en el hecho de que Duesberg mantenía que la hipótesis virus/SIDA no cumple los postulados de Koch, una serie de principios ideados por el científico Robert Koch para identificar si las enfermedades son infecciosas o no.

Kock fue uno de los padres fundadores de la microbiología, y fue el primero en identificar la causa de la tuberculosis. Sus postulados están en el centro de los argumentos de Duesberg y debemos explicarlos. Robert Koch fue un eminente científico alemán que, a finales del siglo XIX estableció los criterios que nos permitirían identificar a un agente infeccioso (causal).

Duesberg llevaba tiempo manteniendo que la biología molecular y, por lo tanto, la retrovirología habían entrado, en una espiral descendente, hacia un abismo reduccionista. Cuanto más miraban los científicos a través del microscopio, más errores cometían, al tratar de relacionar lo que veían con enfermedades específicas; culpando a aquello que veían de ser agentes infecciosos. Koch fue importante, dijo Duesberg, porque fijó los criterios que debían cumplirse para considerarse un problema infeccioso o transmisible. Estos criterios no los cumple el VIH. Los cuatro postulados son:

- *El germen (agente infeccioso) debe hallarse en los tejidos afectados de todos los casos de enfermedad y en cantidad suficiente para causar efecto patológico*. El VIH no se puede aislar en el 10-20% de los pacientes de SIDA. El VIH no se puede aislar en las células afectadas por las lesiones causadas por el sarcoma de Kaposi, ni en las células nerviosas de los pacientes con demencia. Además, apenas se encuentran células infectadas por el VIH como para que pueda causar daño.

- *El germen se debe poder distinguir de otros gérmenes y debe ser aislado (de muestras) del cuerpo del huésped*. Hay tan poco VIH en los pacientes de SIDA que la única forma de identificar el virus es hacerlo indirectamente, tomando grandes cantidades de células del paciente y luego reactivando el virus. En las enfermedades clásicas hay suficiente cantidad de virus para poder aislarlos directamente de la sangre o tejidos afectados. Durante el tiempo en que un virus está causando enfermedad se pueden encontrar de un millón a mil millones de unidades virales por mililitro de sangre –así sucede, por ejemplo, en hepatitis activa por infección o en neumonía. Esto no ocurre con el VIH. Normalmente se encuentran menos de cinco unidades, y nunca en más de unos pocos miles, por mililitro de plasma sanguíneo. Duesberg afirma que cantidades tan bajas son insuficientes para causar enfermedad. La enfermedad únicamente ocurre cuando la cantidad de virus en el cuerpo es suficiente para destruir más células de las que el cuerpo rápidamente regenera.

- *El germen debe causar la enfermedad cuando se inyecta en huéspedes sanos*. El VIH no ha causado nunca enfermedad cuando se ha inyectado experimentalmente en chimpancés; ni cuando un trabajador sanitario se lo ha inyectado accidentalmente.

- *El mismo germen debe ser aislado, de nuevo, de las muestras de tejidos del paciente recién infectado.* Este postulado no se puede probar hasta que se confirme el anterior –que el germen (VIH) causa enfermedad en pacientes sanos.

La importancia de estos criterios para diferenciar entre un agente tóxico y uno infeccioso, se hizo evidente para mí cuando Duesberg comparó la epidemia de cólera de Londres, a mediados del siglo XIX, con los envenenamientos por aceite de colza español. Ambos eran ejemplos de grupos de gente que se moría por culpa de un agente patógeno desconocido. El primero resulto ser infeccioso, pero el segundo era tóxico.

Fue el Dr. John Snow, un médico de Hampstead, quien, con métodos de Sherlock Holmes, descubrió lo que estaba afectando a su paciente, una vecina de la misma localidad. A Snow se le conoce como el primer epidemiólogo –siendo la epidemiología el estudio del patrón y expansión de una enfermedad. La paciente de Snow era el único residente de Hampstead que había desarrollado los terribles síntomas del cólera. A ella le gustaba el agua de la fuente de Seven Dials, en Covent Garden, y allí solía enviar a diario su carruaje para traerla. Snow sabía que la gente que vivía en los alrededores de la fuente de Seven Dials estaba muriendo como moscas, de fiebre, vómitos y diarrea. ¿Por qué era ella el único paciente con estos mismos síntomas en Hampstead? Siguió al carruaje hasta la fuente y arranco el grifo. Se acabó la epidemia de cólera.

En España, cuando estallo la tragedia del aceite de colza, cientos de personas sufrieron parálisis y murieron. Otras padecieron daños en el sistema nervioso a lo largo de toda su vida. Se pensó que el agente causal eran los contaminantes ilegales hallados en lotes de aceite de colza, probablemente combinados con los efectos de ciertos pesticidas usados en la región.

Estos dos ejemplos muestran dos grupos de enfermedades. Al aplicar los postulados de Koch se habría podido dilucidar inmediatamente que la enfermedad de la fuente de Seven Dials fue causada por un agente infeccioso. El germen, un organismo vivo, pudo reproducirse en el cuerpo de una persona e infectar a otras. Se encontraría en todas las víctimas. Podría aislarse y causar la misma enfermedad si se inyectara en pacientes sanos. El caso del aceite de colza español fue un ejemplo de intoxicación,

o envenenamiento. El agente químico activo, tóxico, no pudo reproducirse. Por lo tanto, no era infeccioso.

Si en el primer ejemplo reemplazamos el germen del cólera con el VIH, veremos que el VIH no puede ser el agente infeccioso que causa SIDA, porque no cumple ninguno de los postulados. Sin embargo, si comparamos los grupos de víctimas del desastre del aceite de colza español, con los grupos de casos de SIDA en New York, San Francisco y otras grandes ciudades donde abunda el consumo de drogas y la promiscuidad gay, entonces, la hipótesis tóxica/alto riesgo de SIDA se hace completamente sostenible.

En su artículo de *Nature*, Weiss y Jaffe reconocieron que Duesberg tenía razón en dos de los cuatro postulados, pero dijeron que estaba equivocado en cuanto al primero de ellos. Su argumento en relación al mismo fue que, aunque Duesberg mantenía que el VIH únicamente se pudo encontrar activo en 1 de cada 400 células T –demasiado pocas para causar ningún tipo de daño- *puede* (el énfasis es mío) encontrarse en otras células de la médula ósea y en los ganglios linfáticos; y que Duesberg estaba ignorando mecanismos indirectos de disminución de células-T. Weiss y Jaffe decían más adelante que, en la actualidad, los postulados se habían quedado anticuados y que no se aplicaban a los virus. El problema es que Weiss y Jaffe estaban hablando de reservorios hipotéticos de células infectadas y 'mecanismos indirectos' que no eran conocidos y, por lo tanto, no se habían demostrado. Weiss y Jaffe continuaban, 'A la vista de los convincentes datos epidemiológicos relacionando la causalidad del VIH con el SIDA, no es necesario insistir una y otra vez sobre trivialidades moleculares. … Negar el papel del VIH en el SIDA es engañar.'[18] Esa fe ciega en los datos epidemiológicos es realmente risible. Citando a Duesberg de nuevo, 'Correlación (el hecho de que el VIH esté ahí) no es prueba de causalidad.' El artículo continúa con el mismo tenor, llamando 'peligroso' a Duesberg, quien está 'restando importancia al sexo seguro', es 'uno de los que dicen que la tierra es plana' y 'está enredado en minucias moleculares y teorías que atribuyen a las miasmas el origen de la enfermedad.'[19]

Duesberg escribió una cuidadosa refutación de 1700 palabras, titulada, 'Weiss, Jaffe y la teoría de los gérmenes en el SIDA' y se la envió a Maddox. 'Le remito la refutación adjunta, esperando me sea concedido igual espacio y términos como "Comentario" en *Nature*. Ha sido escrito con espíritu Popperiano de contundencia crítica y deportividad, igual que el de Weiss y Jaffe, para ilustrar y defender declaraciones hechas por mí mismo y por Meditel, Gilbert y otros en el programa *The AIDS Catch*.'[20] Maddox rechazó de lleno su publicación.

Duesberg escribió de nuevo para quejarse y, al mismo tiempo, acompañar una versión revisada de dicho artículo, diciendo: 'He sido calificado de "absurdo", "ampliamente desmentido", "peligroso", "confuso". … Creo que denota gran insensibilidad por su parte al decirme que "no soy generoso con los autores del artículo. … ¿Se ha parado a pensar que ese artículo está perjudicando mi reputación profesional, lo que equivale a difamación si, por lo menos, no se compensa con una refutación equiparable?"[21] Maddox no se inmutó. Pero finalmente aceptó, aunque restringiendo la respuesta a una magra carta de 300 palabras. En ella Duesberg escribió:

Como virólogo, entiendo su [Weis y Baffer] fascinación con los agentes infecciosos. Sin embargo, es romántico, no científico abandonar reglas probadas, como los postulados de Koch, sin proporcionar otras nuevas, que hagan encajar al VIH como causa del SIDA. En el pasado, se han perdido miles de vidas porque los científicos médicos, inspirados por el éxito de la teoría de los gérmenes, han diagnosticado erróneamente, como enfermedades infecciosas, deficiencias vitamínicas, como la pelagra en Estados Unidos, o el escorbuto en Inglaterra y, recientemente, una neuropatía inducida por fármacos en Japón.[22]

Por entones hubo otros colegas que presionaron a Maddox en nombre de Duesberg. Beverly Griffin, Director y Profesor de virología de la "Royal Postgraduate Medical School, Hammersmith Hospital", escribió a Maddox quejándose de la forma en que Duesberg había sido tratado, pero no hubo reacción alguna. A continuación, escribió un artículo al *Lancet*, también rechazado, que decía:

Por defender firmemente su postura, Duesberg, y con él su reputación como científico, ha sido menoscabada; y siendo criticado muy duramente en un artículo de Nature*, sin que se le permitiera responder más que de un modo parcial. No puede decirse que haya habido, precisamente, juego limpio, pero ese no es el tema. Si está totalmente equivocado, puede merecer alguna de las críticas que se le han hecho, pero la cuestión es que no sabemos si el VIH causa SIDA, ni realmente hemos intentado, en serio, descubrirlo.*[23]

Joseph Schwartz, un físico formado en Berkely y autor del libro *Creative Moment*,[24] también escribió a Maddox:

Después de otros diez años de investigación, puede que sepamos todo lo que hay que saber acerca del VIH, pero todavía nos queda el SIDA. … Espero que Nature *dé a Duesberg espacio para presentar los experimentos/estudios que él crea puedan ser decisivos para resolver la situación. El tema es demasiado grave como para tolerar estos ejercicios de relaciones públicas, con insultos y ridiculizaciones reemplazando un serio*

intercambio de opiniones.[25]

Su carta no fue publicada. El punto muerto entre Maddox y Duesberg continúa hoy en día y ha tenido algunas curiosas vicisitudes. De repente, en septiembre de 1991, Maddox escribió un sorprendente editorial titulado 'SIDA research turned upside down' (La investigación del SIDA patas arriba). En él decía: 'El Profesor Peter Duesberg, de la Universidad de California, Berkeley, seguramente duerma ahora más tranquilo que en los últimos cinco años, cuando empezó a liarse a porrazos contra la doctrina de que el SIDA está causado por el retrovirus VIH.[26] Dos importantes investigaciones habían provocado estos comentarios. La más importante fue un estudio realizado en Vancouver que demostraba que animales nunca expuestos a ningún riesgo de VIH, cuando se les inyectó con sangre libre de VIH, dieron positivo en el test de anticuerpos VIH. El significado de este hecho quedará claro en el último capítulo de este libro, cuando hablemos de la hipótesis que sostiene que el VIH no es una entidad en sí mismo, puesto que es identificado simplemente a través de una serie de proteínas que, dicen, son específicas de dicho retrovirus.

Cuando el Profesor Geoffrey Hoffman, en Vancouver, descubrió que sus ratones de laboratorio, que nunca habían sido expuestos al VIH ni a ningún otro agente, desarrollaron anticuerpos VIH al inyectarles linfocitos ajenos libres de VIH, se quedó perplejo. ¿Cómo podía ser eso? Este estudio resultaría ser clave para la explicación de por qué el VIH estaba, en este punto de la historia del SIDA, siendo identificado erróneamente como un retrovirus.[27]

Nos habían avisado del trabajo que Hoffman estaba llevando a cabo y lo llamé por teléfono. Me dijo que realmente no podría explicar sus hallazgos, pero, dato interesante, afirmó que le gustaría poder hacer otro estudio. Él especulaba con que las mujeres que habían tenido varios hijos del mismo hombre, al ser expuestas a semen extraño, reaccionarían igual que los ratones, desarrollando 'anticuerpos' al VIH, aunque permaneciendo perfectamente sanas.

El segundo experimento a que Maddox se refería fue dirigido por E.J. Stott en el Reino Unido. Demostraba que monos que no habían sido vacunados contra el VIS (Virus de la Inmunodeficiencia en Simios, el cual se cree sea análogo al VIH) habían desarrollado sus propias defensas contra los intentos de infectarlo con el virus. La explicación ofrecida por el equipo de investigación fue que 'el SIDA es una enfermedad esencialmente autoinmune, en la que las células-T han perdido su normal prohibición 'de atacarse a sí mismas' y se matan unas a otras'.[28]

Maddox escribió: 'Duesberg ha sido ridiculizado por sus opiniones

heterodoxas… y enfrentado a la amenaza de retirarle sus fondos para investigación. Ahora hay alguna evidencia que apoya su larga lucha contra el 'establishment' (entre el cual, tristemente, se incluye a esta revista)'[29] Esto fue realmente un giro inesperado. ¿Existía al menos una pequeña fisura en el edificio SIDA? Lamentablemente, no. Un episodio posterior revela que Maddox, enfurecido por la postura de Duesberg acerca de que el SIDA está relacionado con el uso intravenoso y a largo plazo de drogas recreativas, decidió encargar un artículo que, de una vez por todas, pusiera fin a su herejía. Le pidió al Profesor M.S. Ascher que lo escribiera.[30] (Otro artículo del mismo corte escrito por M.T. Schechter, en Vancouver apareció esa misma semana en *Lancet*).[31]

El artículo de Ascher afirmaba que, en un estudio entre hombres de San Francisco, mayoritariamente homosexuales, la incidencia de enfermedades SIDA a lo largo de ocho años, era independiente de las drogas y que 'al ser controlado su 'estatus serológico' VIH, no se demostraba una influencia general del uso de drogas en el SIDA'.[32]

Duesberg calificó el estudio de carente de valor alguno. Criticó a Ascher y a sus colegas por no tener en cuenta el consumo de AZT, pero la crítica más contundente fue para el gráfico del estudio. Constaba de seis curvas. Una de ellas decía que representaba a personas VIH positivas que no habían tomado drogas. Duesberg desmenuzó el estudio y demostró que en el mismo no había VIH positivos que no hubieran inhalado poppers (nitritos) o usado drogas ilegales del tipo de cocaína o anfetaminas. Esta curva, dijo, no representa a nadie. Se la han inventado.[33]

¡Vaya escándalo! Un científico acusando a otro de inventarse pruebas. Maddox rechazó radicalmente la publicación de la respuesta de Duesberg y escribió un muy curioso artículo, esta vez el encabezamiento fue '¿Tiene Duesberg derecho a réplica?' ¿Qué van a pensar de una revista científica que publica ataques a las opiniones de un científico pero que nunca (o casi nunca) publica sus respuestas?... 'A la vista de la situación esto representa una grave brecha en la ética periodística. … ¿Cómo se puede justificar tanta intolerancia?' Maddox acusó a Duesbereg de 'plantear preguntas y 'cuestiones retóricas que no tenían respuesta'. Y continuó:

Duesberg ha perdido el derecho a esperar respuestas a causa de su técnica retórica. … La verdad es que el 'derecho a respuesta' de una persona, puede entrar en conflicto con la obligación de un periódico para con sus lectores de proporcionarles información auténtica. … Duesberg no estará solo en su protesta de que esto es simplemente una fórmula para eliminar cuestionamientos a la opinión general. Aunque pudiera hacerlo, Nature *no lo haría. … Cuando le ofrezca un texto para su publicación que pueda ser autentificado, se publicará si es posible –esperando, en particular, que su próxima oferta*

sea un reconocimiento de los errores recientes.[34]

Es posible entender mejor la postura de Maddox si se tiene en cuenta que no se trataba de un artículo no solicitado de Ascher, pero el hecho de que realmente fue él quien se lo encargó de antemano, hace que su posición parezca realmente muy injusta.[35] No deja de tener su gracia ver cómo refiere a sus lectores a su rival *Lancet*, donde Duesberg había conseguido finalmente que le publicaran una respuesta.

Así, *Lancet* publicó una respuesta, y la acusación de que Ascher se había inventado una 'serie vacía' de cifras para representar 'seropositivos-no consumidores de drogas' estaba en ella. Duesberg añadió: 'Para refutar mi hipótesis, Schechter [quien había escrito el artículo del *Lancet*] y Ascher tendrían que hacer un estudio controlado, demostrando que a lo largo de un periodo de hasta diez años, individuos VIH-positivo que consumen drogas recreativas o zidovudina, o ambas, tienen los mismos riesgos de SIDA que los positivos que no lo hacen.'[36]

La Conferencia del SIDA en Edimburgo – En la Picota

Cada vez que se invitaba a alguien de nuestro equipo para hablar en público acerca de nuestros programas, nosotros íbamos bien preparados con argumentos científicos y grandes esperanzas de que pudiéramos tener una buena oportunidad para que se nos escuchase. Siempre acabábamos frustrados. Pero lo que nunca hubiéramos esperado fue las humillaciones públicas a las que, invariablemente, nos sometieron, maquinadas por los mismos presidentes y presidentas de los grupos que nos invitaban. Edimburgo fue uno de los peores.

En agosto de 1990, el 44º Festival Internacional de Cine de Edimburgo decidió organizar un 'Encuentro SIDA y los Medios'. Aunque en el último minuto, nos invitaron a participar. El director, David Robinson, tenía claro que nuestra película *The AIDS Catch* iba a ser el centro del debate. No había sido capaz de encontrar a nadie que apoyara nuestro documental, así que ¿por qué no traer a Michael Verney-Elliott y a mí, los autores del mismo? Invité a Jad Adams a que se uniera a nosotros, y allá fuimos. Pensábamos que por lo menos se vería nuestro documental. Era un festival de cine, después de todo.

Pronto descubrimos que nuestra participación era todo menos bienvenida. El panel incluía a Duncan Campbell, la presentadora Sheena Mcdonald y el moderador fue Derek Ogg, también presidente de "Scottish AIDS Monitor". Nunca se nos concedió la palabra, aunque se nos criticó duramente. Después de una serie de contribuciones mal informadas por

parte del panel, Duncan Campbell se hizo el centro de atención. No aportó argumentos científicos para apoyar su postura contra nosotros. Nos llamó 'asesinos' y a mí 'tramposa' por haber engañado al Profesor Luc Montagnier y al epidemiólogo Dr. Andrew Moss para que aparecieran en nuestro documental (ambos entrevistados de modo totalmente voluntario y a los que se les había puesto totalmente claro el enfoque de nuestro programa.)

Jad Adams empezó una intervención que tenía preparada, pero fue interrumpido. Adams protestó diciendo que había sido invitado y que le deberían permitir acabar. Derek Ogg dijo que no había palabras que pudieran describir lo que nuestra presencia le hacía sentir. Aseguró que él no nos había invitado, y que nunca nos hubiera incluido en el panel. Lo que se dice un moderador imparcial.

Aunque deberíamos haber aprendido la lección, aceptamos otra invitación para hablar en una conferencia en Bristol, organizada por la "Avon Health Authority". Esta vez fueron las mujeres quienes se revolvieron contra mí. Varias mujeres jóvenes que habían sido consumidoras de drogas habían dado positivo. Su estatus las había hecho reinas en su localidad. Eran famosas y estaban recibiendo fuerte apoyo financiero por parte de las autoridades sanitarias locales. Tendría que haberles gustado las buenas noticias –que el VIH no acarreaba necesariamente una sentencia de muerte. Pero no, completamente condicionadas –o, mejor dicho, con su cerebro totalmente lavado- prefirieron las sentencias de muerte que supuestamente pesaban sobre ellas, que cuestionar las asunciones que recomendaban su 'tratamiento'. Formando un círculo amenazador en torno a mí, me soltaron toda clase de insultos y veneno.

No Más Fondos para el Disidente: Duesberg Apartado

Hubo más malas noticias. Duesberg había sido el receptor de una de las subvenciones de investigación más prestigiosas de Estados Unidos –una beca para el Investigador Destacado, concedida por el NIH, con importe de 350.000 dólares al año, durante siete años. Había llegado el momento de solicitar su renovación. Su solicitud para profundizar las investigaciones en oncogenes retrovirales, proto-oncogenes celulares y una investigación aparte sobre el SIDA, fue rechazada. Le dijeron que había gastado demasiado en el debate del SIDA y no había publicado suficientes artículos originales. Un panel de sus pares, a pesar de referirse a Duesberg como 'uno de los pioneros de la retrovirología moderna', juzgó que se había 'desviado' y 'ya no podía ser considerado al frente de su área. … Los años

recientes han sido menos productivos, reflejo quizás de la dilución de sus esfuerzos en temas no-científicos.'[37]

Duesberg estaba enfurecido. Les escribió para alegar que había publicado innumerables artículos y cartas, completamente originales, sobre el debate del SIDA. Estaba particularmente preocupado por la decisión de los encargados de revisar su solicitud de beca y, por casualidad, a través de una llamada telefónica, había descubierto que, de los tres críticos que él mismo había presentado por considerarlos 'sin prejuicios', aunque figuraban como críticos, dos de ellos no habían presentado ninguna crítica y el tercero lo había hecho por teléfono y era mucho más favorable que la puntuación referida en la carta de denegación por parte de los NIH. En su carta al Dr. John Cole, de los NIH, Duesberg escribió:

'*Al seleccionar críticos que mantienen opiniones y tienen intereses comerciales que entran en conflicto directo con mi solicitud, aquellos que en los NIH eligieron el panel para valorar la misma, podrían hacerla triunfar o fracasar. … Por lo tanto, la selección de Dani Bolognesi y Flossie Wong-Staal -cuyas bien conocidas carreras profesionales se han construido en base a la investigación del SIDA- para la revisión de mi solicitud, generaría un método muy predecible de [influir] en la puntuación otorgada a [mi] solicitud de beca.*'[38]

No sirvió de nada. Le retiraron la financiación. En los siguientes dos años, Duesberg perdió su secretaria y sus estudiantes de post-doctorado. Sus jefes en la facultad de Berkeley decidieron que no debería dar clases a graduados, y lo reubicaron en un curso de laboratorio para pre-graduados. Fue, de hecho, académicamente cercenado.

"Broadcasting Complaints Commision": Grupos de Interés al Ataque

Lady Anglesey estaba sentada frente a nosotros, al otro lado de la estrecha mesa, con su atractivo rostro y su perfecto peinado de peluquería –una de las que frecuenta la "gente importante'. A su izquierda y derecha se encontraban otros destacados miembros de la "Broadcasting Complaints Commission (BCC)" –un panel que incluía un abogado y un expresentador. Estaban allí para enjuiciarnos; no para hablar de los aspectos más sutiles de la ciencia, sino simplemente para juzgar si habíamos sido 'injustos', o no, en nuestro tratamiento del SIDA. ¿Cómo íbamos a poder ser juzgados con imparcialidad, protestamos, si no se nos ha permitido presentar los argumentos científicos en nuestra defensa? Esos argumentos conforman la base y justificación de nuestro programa. Además, la ciencia no tiene nada

que ver con la justicia. Se trata de hechos.

Fue toda una humillación de principio a fin. Hoy las bases sobre las que las quejas eran consideradas por la BCC ya no están permitidas. Pero la cosa no fue de menor importancia. El proceso completo duró más de un año, y significó muchos meses de trabajo para nosotros, leyendo y redactando documentos junto con el incansable abogado de Channel 4, Don Christopher. La forma en que el 'establishment' manipuló a la BCC fue totalmente transparente. Hubo dos audiencias por quejas. La primera tuvo lugar el 14 de marzo de 1991, fue en nombre de Wellcome, los fabricantes del AZT. La segunda, doce días después, consistió en una queja conjunta de tres organizaciones SIDA: "Terrence Higgins Trust", Frontliners and 'Positively Women'. La "Terrence Higgins Trust" había recibido fondos de la "Wellcome Foundation", había editado cuatro manuales acerca del SIDA, incluido uno con la Wellcome y, como organización benéfica del SIDA, había promocionado el uso del AZT. El Trust parecía tener la obligación de salir en defensa de su patrón. La "Wellcome Foundation" nos acusó de parcialidad, de hacer comentarios perjudiciales acerca de su producto AZT, de expresar una opinión heterodoxa y de no presentar correctamente el consenso actual de la opinión médica.

A un lado de la mesa, durante la audiencia, estábamos: David Lloyd y Don Christopher de Channel 4, el periodista John Lauritsen (que había venido de New York con este propósito), Michael Verney-Elliott y yo. La Wellcome mantuvo su argumento sobre la base de que su medicamento, AZT, había sido aprobado después de ensayos científicos. Sabíamos, porque teníamos documentos obtenidos por medio de la "Freedom of Information Act", de Estados Unidos, que lo demostraban, que esos ensayos (financiados en su totalidad por Wellcome) habían sido concluidos prematuramente, contenían errores de calado y que, por lo menos, en un centro donde se realizaban, se habían manipulado los datos por parte de su propio representante. Pero esto no era lo que la BCC quería oír. El panel no estaba interesado en ninguno de los hechos, ni en ningún tipo de antecedente científico.

Los representantes de Wellcome desempeñaron un pobre papel. Hubo un momento bueno, cuando Lady Anglesey reprendió a la Wellcome, por no ser capaz de proporcionar ningún seguimiento de los datos de mortalidad de los hombres que habían tomado parte en los ensayos que llevaron a la aprobación del AZT.

Nosotros defendimos duramente nuestro terreno y salimos de allí con una sensación muy optimista. Pero la comisión juzgó finalmente que habíamos 'tratado arbitrariamente el tema del SIDA', y habíamos sido

'injustos con la Wellcome' en tres de los cuatro cargos. David Lloyd dijo más tarde que 'Fue como marcar en un partido de fútbol diez a cero y que te digan que has perdido!'. La BCC dijo que no consideraba que fuera injusto que el programa diera la oportunidad de expresarse a una opinión heterodoxa. Sin embargo, estuvieron de acuerdo con nuestros acusadores en los tres puntos siguientes:

- *Que hubo arbitrariedad, en cuanto a que el programa no indicó la fuerza relativa de la opinión científica y médica en contra de la tesis del Profesor Duesberg.* (Habíamos señalado, desde el principio del programa, que estábamos desafiando la opinión ortodoxa, aceptada en la actualidad).
- *Que engañamos a los espectadores con nuestra crítica al AZT, al decir que nadie había vivido más de tres años tomando AZT, sin decir claramente que el AZT sólo había estado disponible con carácter general desde hacía tres años.* (La BCC no tuvo aquí en cuenta que nuestra crítica se remontaba al uso del AZT en pacientes que habían participado en ensayos muy anteriores a cuando dicho medicamente salió al mercado.)
- *Que deberíamos haber usado la entrevista con el Profesor Ian Weller e incluido comentarios suyos tales como 'Yo no creo que el nivel de toxicidad sea inaceptable.'*[39] (Nuestras razones para no incluir dicha entrevista se explican antes.)

La siguiente audiencia, mantenida el 26 de marzo de 1991, incluyó a las tres organizaciones SIDA que el Director de Terrence Higgings Trust, Nick Partridge, le había pedido a Duncan Campbell.[*] Nos tuvieron esperando una hora; mientras, un video que Campbell había preparado se mostró al panel. Esto nunca se había hecho antes, y aunque la BCC no sabía cómo proceder, finalmente acordó visionarlo la primera mañana de la audiencia. Campbell había entrevistado a algunas personas que participaron en

* En enero de 1992, La Charities Commission inició una investigación formal de los asuntos financieros del "Terrence Higgins Trust". Había habido cuatro directores ejecutivos en cuatro años. Los cargos de fraude y corrupción giraron alrededor de Nick Partridge, director ejecutivo en funciones, con un salario de 31.500 libras al año. Artridge había anunciado en una reunión extraordinaria del personal, mantenida en la sede central Trust's Gray's Inn Road el 28 de octubre de 1991, que 11 miembros del staff tendrían que ser despedidos 'debido a dificultades financieras'. Se cuestionaron las políticas financieras de la organización, en particular el pago de 115.000 libras a un recaudador de fondos externo., Andrew McDonald. Después de diecisiete meses, se había recaudado poco o nada. También salió a la luz que 78.000 libras de pensiones del personal se habían usado para poder pagar los salarios. El antiguo director ejecutivo, John Fitzpatrick dijo que el Trust 'se ha convertido en un chollo para los que hacen carrera con el SIDA' (*News,* Nº3. 3, January 1992).

nuestra película y había producido una ristra de quejas muy manipulada. Pero con Montagnier, que nunca se quejó, Campbell, inteligentemente, había utilizado un clip de nuestro documental y le había añadido su propio comentario, diciendo que Montagnier había sido tergiversado y tratado de manera injusta. La impresión general que se sacaba fue que Montagnier se había quejado. Cuando más tarde le planteé esto a Lady Angelsey, ella llamó la atención a Campbell.

Nos dirigimos todos a la sala de conferencias, se pasó el video y se abrió la sesión. La "Terrence Higgins Trust" nos acusó de 'junto con otros, directamente socavar y subestimar la efectividad y esfuerzos para limitar la expansión del VIH y aliviar el sufrimiento'. También nos acusó de: causar daño y dolor porque las 'afirmaciones falsas' vertidas en el programa habían llevado a gente a rechazar el AZT -dijeron que 'los realizadores del programa fueron 'temerarios en cuanto a la probabilidad de que muertes innecesarias fueron una consecuencia probable de su programa-, incluir a sabiendas declaraciones equivocadas y editar de manera injusta las intervenciones de nuestros entrevistados.[40]

El resultado de esta muy insatisfactoria parodia de audiencia, dominada por Nick Partridge y Duncan Campbell, fue que un mes más tarde nos encontraron culpables de tres de los cuatro cargos relacionados con los entrevistados: tergiversación de las opiniones de Montagnier, Moss y Friedman Kien, pero no las de 'Anna' de 'Positively Women'. El fallo concluyó que, 'Es probable que *The AIDS Catch* haya engañado a muchos espectadores en cuanto al actual consenso de la opinión médica y científica sobre el SIDA, y los haya confundido acerca del riesgo de infección por VIH a través del sexo sin protección.' La BCC consideró que esto fue 'injusto'.[41]

Hubo elementos de nobleza en todo esto. El apoyo por parte de Channel 4 fue inquebrantable. Don Chirstopher, abogado de Channel 4, dijo que el veredicto de la BCC fue 'uno de los juicios más desgraciados que había emitido nunca' ese organismo. Y la Independent Television Commission (anteriormente la IBA) dijo que el programa había sido claramente etiquetado como inclinado hacia una de las partes en discusión, y que 'el criterio aplicado en la edición de las entrevistas a los participantes se había ejercido 'con justicia'. Dicha comisión declaró que: 'Si las opiniones expuestas en *The AIDS Catch* habían sido equivocadas, la respuesta apropiada era desmentirlas con mejores argumentos y mejores evidencias. Suprimirlas, como el "Terrence Higgins Trust" parecía desear, no tendría rigor científico y sería intolerante.'[42]

---

[1] D. A. Rees, carta a Sir George Russell, 19 June 1990.

[2] Hilary Curtis, carta a David Lloyd, 18 June 1990.
[3] *British Medical* Journal, vol. 300, 16 June 1990.
[4] *New Scientist*, 16 June 1990.
[5] *Capital Gay*, 22 June 1990.
[6] Hal Satterthwaite, *British Medical Association*, Newsletter nº 1.
[7] *Independent*, 22 June 1990.
[8] *The Times*, 14 June 1990.
[9] *Financial Times*, 13 June 1990.
[10] Independent, 18 June 1990.
[11] *Independent*, 20 June 1990.
[12] *Independent on Sunday*, 17 June 1990.
[13] *Guardian*, 23 June 1990.
[14] *Guardian*, 29 June 1990.
[15] *Guardian*, 13 July 1990.
[16] *Guardian*, 31 July 1990.
[17] *Nature*, vol. 345, 21 June 1990, pp. 659-60.
[18] Ibidem.
[19] Ibidem.
[20] Peter Duesberg, 'Weiss, Jaffe and the germ theory of AIDS', 12 July 1990. Archivo de Meditel.
[21] Peter Duesberg, carta a *Nature*, 18 July 1990.
[22] *Nature*, Vol. 346, 30 August 1990
[23] Beverly Griffin, 'AIDS/HIV': A necessary factor but not a sufficient explanation?', remitido a Lancet, 20 noviembre 1991. Comunicación personal, 1 May 1992.
[24] Joseph Schwartz, *Creative Moment*, Jonathan Cape, London, 1994.
[25] Joseph Schwartz, carta a *Nature*, 25 junio 1990.
[26] *Nature*, vol. 353, 26 September 1991.
[27] *Science*, 14 September 1991.
[28] *New Scientist*, 21 September 1991.
[29] *Nature*, vol. 353, 26 September 1991.
[30] M.S. Ascher et al., *Nature*, vol. 362, 1993, pp. 103-4.
[31] M.T. Schechter, *Lancet,* 13 March 1993, p. 658.
[32] M.S. Ascher et al., *Nature*, op. cit.
[33] Duesberg, carta a *Nature*, 15 May 1993.
[34] *Nature*, vol. 363, 13 May 1993.
[35] Peter Duesberg, conversación telefónica, marzo 1993.
[36] *Lancet*, vol. 341, 10 April 1993, p. 957.
[37] Peter Duesberg, *Inventing the AIDS Virus*, Regnery Publishing, Inc., Washington DC, 1996, John Cole, carta a Peter Duesberg, 22 October 1990, p. 399.
[38] Peter Duesberg, carta a John Cole, 4 January 1991, archivo de Meditel.
[39] Broadcasting Complaints Commission, queja de la ""Wellcome Foundation"" – Adjudication, 23 May 1991.
[40] Nick Partridge, "Terrence Higgins Trust", carta a la Broadcasting Complaints Commission, 1 October 1990.
[41] The Broadcasting Complaints Commissioin, Queja de "Terrence Higgins Trust", Fronliners (UK) Ltd y Positively Women – Adjudication, 23 May 1991.
[42] Ibidem.

Capítulo 8

'AZT: Motivo de Preocupación'

AZT: SIDA por Receta

La verdad fundamental acerca del 'establishment' de la investigación, es que la comunidad científica cree que nunca debería tener que contestar al resto de los mortales. La noción de que una persona no-científica fuera a cuestionar la investigación que utilizaron, la precisión de sus datos y la verdad de sus interpretaciones provocó una tremenda controversia en ese mismo establishment.

Elinor Burkett, periodista.[1]

Entró lentamente en la oficina de HEAL, un grupo disidente de apoyo al SIDA, en el 'Lower East Side' de Manhatan. Tenía un parche negro en un ojo y llevaba una gorra con bordados dorados. Su piel negra brillaba en contraste con el azul pavo real de su atuendo africano, ocultando su cuerpo extremadamente delgado. Alan Roundtree tenía SIDA. Era 1991 y nosotros estábamos a mitad de la filmación de nuestro tercer programa sobre el SIDA para Channel 4 *Dispatches, AZT: Cause for Concern*. A Alan le habían recetado AZT, el supuestamente único medicamento contra el SIDA en el mercado, en ese momento. Se sentía tan mal que había tenido que dejar de tomarlo. En diez años de entrevistas sobre el SIDA, las palabras de este hombre han quedado grabadas en mi memoria más profundamente que las de ninguna otra persona.

Al principio gané peso y pensé, 'Tío, esto debe estar funcionando'. Y luego, en torno a otras dos semanas después, eso empezó a funcionar de verdad. Empezaron los dolores de cabeza. Los mareos. Las náuseas. Tenía las uñas tan negras que parecía que me las había pintado. Molestias estomacales. Todo me sabía mal. No podía escuchar a la gente porque no quería oírla, porque me encontraba muy mal. Me dejó impotente. Destruyó mis esperanzas de vivir.[2]

El AZT era el único medicamento que había indicado para el SIDA. Se le estaba también administrando a personas VIH positivo sin síntomas de SIDA. Sin embargo, a pesar de las afirmaciones del fabricante, relativas a que prolongaba la vida y retrasaba el establecimiento del SIDA, los médicos que realmente trabajaban con los pacientes, veían como, delante de sus propios ojos, esos pacientes se ponían cada vez peor y morían.

¿Por qué? Simple. El AZT es un destructor de la cadena de ADN. Eso significa que destruye los mecanismos por los que se constituyen nuevas células en el cuerpo. El AZT interrumpe el desarrollo del ADN, causando la muerte, más o menos rápida, del sistema inmune debido a que todas las células en desarrollo morirán ante la incorporación del AZT. Su acción es parecida a la quimioterapia del cáncer, mediante la cual se eliminan las células malas con la esperanza de que queden suficientes de las buenas para sobrevivir. En la quimioterapia del cáncer, el tratamiento se administra por un periodo de tiempo limitado, el AZT se prescribe indefinidamente, hasta la muerte.

Otra prueba que respalda el daño irreversible del AZT se había publicado en *Lancet* en 1988. Los doctores Christine Costello y Naheed Mir, informaron de daño grave a la médula ósea en sus pacientes en AZT, con un 36% de ellos que requirieron transfusiones de sangre. Los autores escribieron: 'Es preocupante que los cambios en la médula ósea de los pacientes con AZT no parezcan fácilmente reversibles cuando se les retira el medicamento. … Estos hallazgos tienen serias implicaciones para el uso de la zidovudina en individuos VIH positivo-asintomáticos.'[3]

Aparte de inhibir la síntesis del ADN y matar a las células sanas, el AZT (de acuerdo con la literatura oficial de Wellcome) tiene otros efectos graves en el cuerpo. Causa perturbaciones intestinales severas, a veces acompañadas de vómitos. Produce dolores de cabeza insoportables, atrofia muscular, destruye la médula ósea y causa anemia severa, requiriendo con frecuencia transfusiones de sangre. Cientos de miles de hombres jóvenes con el síndrome SIDA estuvieron tragándose hasta 1.500 mg, al día, en esas cápsulas azules y blancas, para continuar sintiéndose desesperadamente enfermos.

El AZT apareció por primera vez, en 1964, como un medicamento para la quimioterapia del cáncer (para matar células indeseadas). Sin embargo, se consideró demasiado tóxico como medicamento para el cáncer y fue descartado. Unos veinte años después, Wellcome solicitó un cambio de uso del AZT para utilizarlo como medicamento antirretroviral. El fundamento era que el AZT podía identificar a las células infectadas y dirigirse a ellas en el momento que tiene lugar la transcripción inversa. Esto sucede, según la ortodoxia, cuando la enzima llamada transcriptasa inversa, que un retrovirus como el VIH necesita para fusionarse en la célula huésped, entra en acción. Esta acción, llamada transcripción inversa, convierte el ARN del retrovirus en ADN y pasa a formar parte del ADN de la célula huésped –el mapa genético.

Antes de que el AZT recibiera la licencia para el tratamiento del SIDA, se realizaron dos ensayos clínicos con pacientes, llamados fase I y fase II

(se describirán más adelante). Los periodistas de Estados Unidos iban muy adelantados a los del Reino Unido en el tema de la toxicidad del AZT y de las dudas alrededor de su uso. Ya en 1988, John Lauritsen había empezado a escribir una serie de artículos críticos con el AZT[4], como también hizo Celia Farber.[5] El Dr. Joe Sonnabend había declarado públicamente que el AZT 'era incompatible con la vida'. Michael and Frank Buianouckas, de HEAL-New York, habían registrado protestas contundentes por la toxicidad de los medicamentos y, por supuesto, Duesberg ya había alertado al mundo científico de sus serias preocupaciones en su segundo artículo en *PNAS*[6] y en su artículo 'The role of drugs in the origin of AIDS'.[7]

En 1988, Perri Peltz hizo una de reportajes críticos con el AZT en "NBC News". Todo esto pasaba en Estados Unidos. Muy poco se había dicho en el Reino Unido, aunque Wellcome, fabricante del medicamento, era una compañía británica. Dos importantes artículos tempranos, críticos con el medicamento y la forma en que los ensayos del AZT se habían llevado a cabo, aparecieron en el *Sunday Times*, firmados por Brian Deer.[8] Duncan Campbell también publicó acerca del precio y marketing del AZT, en un artículo en el *New Statesman* titulado '*The AIDS scam*'[9], donde criticó la monitorización de Wellcome sobre los efectos secundarios del AZT, tales como enfermedad muscular.

Tan pronto recibimos la conformidad de David Lloyd (Channel 4) para empezar a trabajar en *AZT: Cause for Concern*, nos sumergimos en el debate. Esto fue en octubre de 1991. En nuestra fase de investigación, Lauritsen nos había enviado dos grupos de documentos de la US Food and Drug Administracion (FDA), obtenidos por medio del procedimiento para la libertad de información de Estados Unidos. Un grupo había sido solicitado por un grupo de presión contra el SIDA, llamado 'Project Inform', de San Francisco, y el otro por el mismo John Lauritsen. Ambos constituían evidencias convincentes de las gruesas irregularidades cometidas durante los ensayos clínicos financiados por Wellcome, que llevarían a la concesión de licencia para el AZT.

Después de un pequeño ensayo inicial llamado fase I, se pusieron en marcha los de la fase II. Se reclutaron un total de 282 pacientes de SIDA, aproximadamente la mitad recibieron AZT y la otra mitad placebo. Estos fueron los ensayos que finalmente llevaron a la licencia de AZT como medicamento contra el SIDA. Los estudios tuvieron lugar en 12 centros a través de los Estados Unidos y son la base sobre la que descansa toda la justificación futura para el uso del AZT. Estos estudios estuvieron plagados de defectos. Se encontraron irregularidades en todos los centros en los que se llevaron a cabo; y en uno que investigó la FDA, en Boston: 'El inspector de la FDA halló numerosas desviaciones de los protocolos

de procedimiento estándar y recomendó que los datos de este centro fueran excluidos del análisis del ensayo multicentro.'[10] Sin embargo, estos problemas se dejaron a un lado en una serie de reuniones de la FDA donde se decidió incluir todos los datos, buenos y malos, 'Porque los análisis de mortalidad fueron tan rotundamente favorables al medicamento que cualquier pequeño sesgo que pudiera haberse introducido, como cuando ocurrieron 'violaciones del protocolo' de carácter menor, es improbable que influenciara el resultado.'[11]

Fueron las cifras de mortalidad registradas en la fase II las que llevaron a la finalización anticipada del ensayo en 1986. Las cifras pretendían demostrar que mientras que hubo diecinueve muertes en el grupo placebo (sin AZT), en el grupo con el medicamento sólo hubo una. Analizaremos estas cifras más adelante. Después de que el estudio del centro de Boston fuera investigado bajo la supervisión del Dr. Robert Schooley y el monitor de Wellcome, Ron Beitman, el informe de setenta y seis páginas de la investigadora de la FDA, Barbara Spitzig, revela una increíble lista de infracciones del protocolo.[12] El estudio no fue adecuadamente 'cegado'; es decir, enviando las pastillas a un laboratorio independiente para que las analizaran, los pacientes supieron quién estaba tomando medicamento y quién placebo. Chris Babick, de la coalición 'People with AIDS', lo había confirmado cuando nos explicó la manera en que su organización había enviado a participantes de la fase II del ensayo a tres laboratorios de New York para que les analizaran sus pastillas. Si descubrían que les estaban administrando placebo, ellos tratarían de conseguir AZT. Si estaban tomando AZT, lo compartirían con aquellos que tomaban placebo.[13] Otras infracciones del protocolo consistían en la alteración de los formularios originales de los pacientes. Habían sido alterados y los síntomas eliminados, o sino cambiados, normalmente sin las iniciales del investigador principal. El informe de la FDA incluye frases como: 'el patrocinador [Wellcom's Beitman] influye injustamente contra el grupo placebo', y 'el patrocinador hace que el análisis parezca más favorable al AZT'. El informe dice: 'En ocasiones, experiencias adversas fueron eliminadas meses después de registradas inicialmente, aunque "relacionadas posiblemente con el agente a prueba [AZT]", habían sido señaladas por el investigador o alguien a su cargo'.[14]

Los supervisores del estudio no informaron de las reacciones adversas en muchos pacientes con AZT. Por ejemplo, el paciente 1055 sufrió fatiga, náuseas, pérdida de apetito y tenía fiebre de 105ºF (40.5ºC aprox.). En su ficha figuraba que hubiera tenido reacciones adversas. No fue posible controlar la forma en que los botes de pastillas estaban etiquetados, porque Beitman se había hecho con todos los botes, llenos y vacíos, una semana

antes de la investigación y los había destruido. Los supervisores cobraron en función de la cantidad de tiempo que cada paciente había permanecido en el estudio.

El gran bombazo fue la historia del paciente 1009. Cuando Lauritsen recibió el grupo de documentos de la FDA, que había pedido a través del procedimiento de libertad de información, vio que tenían manchas negras por todas partes: habían sido censurados. Sin embargo, el censor no tapó el hecho de que el paciente 1009 había tomado AZT *antes* de ser admitido para el ensayo, estaba muy enfermo y no había recibido transfusiones de sangre, siendo, con todo, incluido en el grupo placebo. Cuando más tarde murió, su muerte se contó entre las diecinueve de este grupo.

Volviendo a las cifras de mortalidad (diecinueve en el grupo placebo y una en el grupo con el medicamento) que llevaron a la terminación anticipada del ensayo y la licencia final del AZT, el caso del paciente 1009 demuestra que, de entrada, las cifras deberían cambiarse a 18/placebo - 2/medicamento. Y esto fue una investigación en sólo uno de los doce centros del estudio. La duradera fe que yo había tenido, hasta entonces, en el tipo de estudios considerados 'gold standard' en ciencia –ensayos doble ciego controlados con placebo[*]- desapareció el día en que leí las evidencias de Lauritsen.

Ensayo Fase II AZT: Cifras de Mortalidad Manipuladas

Es la supuestamente indiscutible evidencia de la efectividad del AZT, reflejada en las cifras de mortalidad, lo que siempre se cita como prueba de que el AZT funciona. Pero treinta personas del grupo con AZT habían resultado tan negativamente afectadas que necesitaron transfusiones de sangre para mantenerlos con vida hasta la conclusión del estudio. Estos treinta hubieran muerto de anemia, ya que no tenían suficientes células rojas y necesitaron ser transfundidos con células rojas de otros donantes para permanecer con vida. En el grupo con placebo hubo cinco casos de anemia. Éstos podrían haber sido debidos al AZT, porque el ensayo había dejado de ser 'ciego'; participantes en el mismo habían analizado independientemente sus pastillas y los pacientes con AZT, erradamente, estuvieron compartiendo sus pastillas con los que habían descubierto que estaban tomando placebo; quedando, por esta razón, el estudio invalidado.

---

* Consiste en el estudio de dos grupos, uno tomando el medicamento real y el otro tomando el placebo. Para 'cegar' el estudio, ni los pacientes, ni los médicos, saben quién está tomando el uno o el otro. Esto debería permitir una clara evaluación de los beneficios y riesgos del medicamento estudiado.

Duesberg calculó que si se incluyeran las 'potenciales' muertes en el grupo AZT (en otras palabras, los individuos que sufrieron efectos tan graves por el AZT que habrían muerto si no se les hubiera mantenido vivos con transfusiones de sangre), hubiera habido un número mucho mayor de muertes en el grupo que recibió dicho medicamento. En vez de uno, hubiera habido treinta y uno [31] (uno más los treinta que habían necesitado transfusiones). En el grupo placebo los números también habrían sido diferentes. En vez de diecinueve [19] habría habido veinticuatro [24] (los diecinueve originales, más los cinco que supuestamente desarrollaron anemia inducida por AZT al compartir el medicamento). Comparó a continuación las cifras estadísticamente. En vez de una [1] única muerte en el grupo AZT y diecinueve [19] en el grupo placebo, las cifras eran ahora treinta y uno [31] y veinticuatro [24], respectivamente. 'Ahora', dijo, 'ya no ha lugar para celebración.'[15] Es importante que se sepa que, en semanas después de que se parara del estudio, murió otro 10% más de los pacientes que habían estado en el grupo AZT. Lauritsen escribe:

Lamento no haber calificado con anterioridad los ensayos del AZT como fraudulentos. Lo hago ahora. Fraudulento no es en absoluto una palabra fuerte para la descripción de un estudio que fue concluido prematuramente por razones engañosas, en el que los datos falsos fueron retenidos deliberadamente, en el que se toleró hacer trampas y en el que incorrecciones y violaciones de protocolo fueron, también, deliberadamente ignoradas. Es fraudulento describir un estudio 'no ciego', que es lo que fueron los ensayos del AZT, como un estudio 'doble ciego', como los investigadores principales Margaret Fischl y Doulas Richman hicieron en sus artículos del New England Journal of Medicine. *Ni Fischl ni Richman fueron conscientes de que el estudio había pasado a ser, irremediablemente, 'no ciego', en cuyo caso son culpables de incompetencia; o lo sabían y lo encubrieron, en cuyo caso son culpables de fraude.*

Si alguien se propone hacer vino, y acaba haciendo vinagre, ¿cómo habríamos de llamar el producto final? ¿Vino o vinagre? Vinagre, obviamente, porque eso es lo que es. Sin embargo, Fischl y Richman, y sus cómplices de la FDA, los NIH y la Burroughs-Wellcome, insisten en llamar a los ensayos 'no ciegos' del AZT, estudios 'doble-ciego' y controlados por placebo'.[16]

AZT y Cáncer

Entre los documentos que se solicitaron a la FDA, bajo la "Freedom of Information Act", estaba una revisión llevada a cabo por el Dr. Harvey Chernov, remitida el 29 de diciembre de 1986.[17] Chenov revisó numerosos estudios, incluyendo experimentos 'in vitro' con ratas, ratones, conejos,

perros 'beagle' y humanos. Advirtió que el AZT era tóxico para la médula ósea, causando anemia, y se había descubierto que era ligeramente mutagénico en el sistema celular de ratones con linfoma; observándose, además, daño cromosómico. Las evidencias, por medio del 'análisis de transformación celular' (invariablemente llevado a cabo utilizando células humanas) indicaron que era probable que el AZT causara cáncer. En su resumen, Chernov escribió: 'Esta conducta es característica de células tumorales y sugiere que el AZT pude ser un potencial carcinógeno.'

Chernov estaba verdaderamente preocupado de que, con las prisas para aprobar el AZT, la FDA estuviera procediendo sobre la base de información inadecuada. 'Las directrices de la FDA habrían prescrito unas pruebas preclínicas más amplias que las realizadas hasta ahora. Sin embargo, la urgencia para desarrollar un medicamento anti-SIDA es tan grande que las pruebas clínicas han precedido a las usuales/acostumbradas pruebas preclínicas.' Chernov recomendó que no se aprobara el AZT por razones de marketing: 'Conclusión, el perfil toxicológico preclínico está lejos de ser completo, con seis meses de datos disponibles que todavía no se han presentado, estudios de un año a empezar en breve, etc. '*Los datos disponibles son insuficientes para apoyar su aprobación por la FDA* [énfasis añadido].'[18]

En su artículo del *New York Native*, 'AZT and Cancer', John Lauritsen escribe: 'Samuel Broder, del "National Cancer Institute" (NCI) es el hombre con mayor responsabilidad en el desarrollo y promoción del AZT. Incluso Broder admite ahora que su medicamento puede causar cáncer. Es coautor de un artículo recientemente publicado en el *New England Journal of Medicine (NEJM)* en el que manifiesta: 'Considerando la intervención temprana con zidovudina (AZT), es particularmente preocupante que el medicamento pueda ser carcinógeno o mutagénico; sus efectos a largo plazo se desconocen.'[19]

La preocupación acerca del AZT aumentó cuando se advirtió que, en los pacientes que lo llevaban tomando hasta tres años, se estaba dando un incremento en la incidencia de 'linfoma no Hodgkin', un cáncer virulento de las células B, producidas en los ganglios linfáticos. Un estudio del Dr. Robert Yarchoan demostró que hasta tres años tomando AZT implicaban una estimación del 46.4% de probabilidades de desarrollar linfomas.[20] Aunque Yarchoan et al. manifiestan que una profunda supresión inmune puede llevar al linfoma, concluyen, sin embargo, que 'un papel directo de la terapia en sí no puede ser descartado. Lo mismo que las terapias mejoradas para el tratamiento de la infección por VIH y sus complicaciones tienen como resultado una supervivencia prolongada, el 'linfoma no Hodgkin' puede convertirse en un problema de cada vez mayor

significación.'[21] Éste era el estado de las cosas cuando nuestro equipo se propuso descubrir lo que pacientes y médicos de la primera línea del SIDA pensaban al respecto de todos estos problemas.

"AZT: Motivo de Preocupación": Estructurando la Historia

Llegar a tomar el avión a Heathrow y ver todas esas brillantes cajas plateadas, llenas de equipos de cámaras, de sonido y luz, es siempre un placer. Todas esas semanas de investigación, ajuste de presupuestos y planificación del itinerario quedaban atrás; podía realmente ver los 'medios técnicos de producción' ante mis propios ojos. Ian Owles, nuestro cámara, y Chris Benty, a cargo del sonido, estaban inclinados comprobando sus etiquetas de vuelo en las maletas y asegurando cerraduras y bordes contra golpes y arañazos. Por fin el equipo al completo estaba reunido.

Yo había decido construir la película en torno a cuatro importantes declaraciones acerca del AZT hechas por Wellcome en su propia literatura, las cuales sabíamos que eran falsas. Al citar declaraciones realizadas por Wellcome, nos situaríamos de lleno en el terreno legal. Un folleto promocional emitido por Wellcome para médicos y público en general, manifiesta:

- 'No hay toxicidades con riesgo de muerte asociadas a la zidovudina (AZT)'
- 'ninguno de los voluntarios o médicos participantes [en los varios ensayos con AZT] sabían quién había recibido placebo ni quién había recibido el medicamento activo'
- 'la zidovudina mejora tanto la calidad de vida como la esperanza de vida'
- El folleto manifiesta también que el AZT es un medicamento antiviral y da la impresión de que el AZT puede seleccionar al virus VIH, sin dañar las células no infectadas.[22]

La película cuestionaría todas estas manifestaciones y descubriría que eran falsas. Esto significaba que si Wellcome fuera perseguida con éxito, sería culpable de un delito criminal, específicamente el relativo a manifestaciones falsas sobre su medicamento.

En San Francisco, Duesberg nos dio lo mejor de él. No solamente afirmó que el AZT no funciona porque no puede ser selectivo y eliminar el VIH sin eliminar la célula infectada al completo, y otras no infectadas con ella, sino que el VIH nunca ha sido demostrado en humanos para

representar un objetivo significativo del AZT. Para comprender estas afirmaciones necesitamos recordar cómo la ortodoxia actual describe el funcionamiento del VIH.

La ortodoxia actual mantiene que los retrovirus como el VIH están hechos de ARN (ácido ribonucleico). Cuando entran en la célula necesitan el ADN de su célula huésped para sobrevivir. Se podrían describir como carroñeros celular-dependientes. Para introducirse en el ADN de la célula huésped, tienen que pasar por un proceso químico en el que hacen uso de una enzima llamada transcriptasa inversa. El VIH puede entonces 'tejer' su ARN en el ADN –corazón genético- de la célula que está invadiendo, instalar silenciosamente allí su residencia y permanecer dormido sin destruir a su huésped. Se convierte en un pasajero inofensivo. Wellcome afirma que el AZT puede atacar al VIH cuando el proceso de transcripción inversa está teniendo lugar –en otras palabras, antes de que el VIH se haya unido al ADN de su célula huésped. Pero Duesberg apunta, como veremos, que, porque el VIH está dormido la mayor parte del tiempo, difícilmente puede haber más infección por VIH, lo que significa que difícilmente puede haber acción de la transcriptasa inversa. Así que no hay objetivo para el AZT.

¿Por Qué el AZT No Funciona?

El proceso fundamental, vital, de regeneración celular depende del ADN, el cual está formado por cuatro bases nitrogenadas. Una de ellas se llama timidina. El AZT es una copia o análogo de la timidina, la cual, cuando se une a la cadena de ADN viral, la para, ya que no se puede unir nada más a partir de ahí. Es como si un vagón de tren hubiera perdido su enganche (el vagón siguiente no podría unirse y se quedaría atrás) –así es la descripción de Peter Duesberg del AZT como terminador de la cadena de ADN.

Wellcome reivindica que el AZT puede centrarse en el VIH y retrasar los síntomas de SIDA en personas VIH positivo, inhibiendo el virus cuando tiene lugar actividad de la transcriptasa inversa (inmediatamente después de que el virus entre en la célula). Duesberg mantiene que el AZT no puede ser selectivo y no puede impedir que el virus infecte esa célula sin eliminarla, junto con otras no infectadas:

En gente que recibe AZT, sana o enferma, solamente una de cada quinientas células resulta infectada por el VIH. Eso equivale a decir que, para eliminar una célula infectada, tenemos que matar quinientas células normales, en buen estado, que la gente, particularmente aquellos con SIDA, necesita desesperadamente para sobrevivir; y la gente sana también las necesita. Es como tratar de matar a un terrorista en una ciudad

como Berkely, de 200.000 habitantes, envenenando el agua. Puede que mates al terrorista, pero también habrás matado a la mayoría de la gente.[23]

¿Pero puede el AZT seleccionar un objetivo viral? Duesberg sostiene que, una vez que una persona ha desarrollado anticuerpos al VIH, el virus se vuelve inactivo. Permanece dormido en su célula huésped, sin moverse para infectar otras células, y sin activar la transcriptasa inversa que requeriría para hacerlo. Por lo tanto, esencialmente, no existe un objetivo para el AZT porque no hay transcripción inversa. 'No hay prueba de ello. No es detectable, además, el número de células infectadas sigue siendo el mismo, muy bajo y constante, lo que constituye prueba directa de que no se está produciendo más infección. La infección depende de la transcripción inversa.'[24]

El General Hospital de San Francisco es quizás el hospital de SIDA más famoso del mundo y es la base de uno de los principales proponentes del AZT, Dr. Paul Volderding. Él, junto con Margaret Fischl, de la Universidad de Miami, a quien íbamos a visitar más tarde para la filmación, escribió la controvertida fase II del estudio y tomó parte también en los ensayos posteriores que llevaron a la licencia del AZT para gente sin síntomas de SIDA.[25]

Alto, bien parecido, con cara aniñada, Volberding nos llevó a su despacho en lo alto del edificio de la unidad de SIDA. Mostró una técnica consumada a la hora de esquivar las preguntas más difíciles y se aferró a su opinión de que la terapia con AZT debería empezarse pronto 'antes de que el paciente alcance estados tan avanzados que sus efectos secundarios se hagan intolerables'. Sobre si él pensaba que el uso de AZT pudiera estar justificado, dijo: 'Creo que, cada vez más, la cuestión en Estados Unidos no es si usarlo o no, sino si usarlo sólo o acompañarlo de otros medicamentos' (Esto no es que fuera precisamente una buena publicidad para el AZT, pensamos.) Su justificación posterior de los ensayos de fase II, sobre el tema de los no ciegos, no fue más tranquilizador: 'No creo que sea totalmente cierto que el estudio fuera no-ciego. Hay forma, en retrospectiva, de saber quién estuvo tomando el medicamento, pues éste causa un alargamiento de tamaño de las células rojas sanguíneas. Pero eso no se sabía entonces y por ello creo que el estudio fue, de hecho, bastante bien cegado.'[26]

En ruta hacia San Diego para encontrarnos con el Profesor Charles Thomas, la verdad, es que no íbamos impresionados por ese tímido apoyo a la validez de los ensayos fase II. A Charles Thomas lo conocíamos muy bien. Había fundado el "Group for the Scientific Reappraisal of the HIV/AIDS Hypothesis", el cual había pasado ya de 200 a 500 miembros,

científicos y profesionales de la salud que cuestionan la hipótesis virus/SIDA. El periódico del grupo, *Reappraising AIDS*, estaba empezando a leerse y a ser influyente más allá de entre los conversos. Thomas, un exprofesor de biología de Harvard, se había mudado a San Diego para atender su propia empresa de laboratorio diagnóstico y se encontraba ahora en medio del intenso debate del SIDA.

Me consideraba uno más del .01% de americanos que [sic] podía leer y comprender los artículos científicos que se supone documentan que el VIH es la causa del SIDA. … Y lo que encontré allí no fue un argumento demasiado convincente. … Nuestro grupo está intentando alcanzar un objetivo. Queremos que se hagan los experimentos críticos que aprobarán o desaprobarán la hipótesis del VIH –de lo que no se ha hablado después de diez años. Queremos comparar individuos VIH positivo y VIH negativo, en términos prospectivos de su mortalidad y morbilidad. Por ejemplo, hoy en día no sabemos si el VIH hace que la gente enferme o no. Pensemos en ello.[27]

Sobre el AZT dijo:

Creo que hay dos cosas que están equivocadas. Primera, para mí, es muy dudoso que el VIH cause SIDA. Y segunda, incluso si lo hiciera, sería una forma malísima de matar ese virus. En primer lugar, el virus está infectando únicamente una pequeña fracción de linfocitos, quizás 1 entre 500. En segundo lugar, únicamente una pequeña fracción de ellos, 1 entre 10.000, están realmente produciendo algún mensaje o están activos de alguna manera; y cuando aplicas el AZT, que es un terminador de cadena, éste se dirige contra la totalidad del genoma replicador. El tamaño del objetivo es enorme. Hay un millón de kilobases de ADN en una célula humana y hay únicamente diez kilobases en el VIH, y representa solamente una parte de diez mil. Es una manera ridícula de enfocar la quimioterapia en una infección vírica.[28]

Cuando nos pusimos en contacto con Robert Hoffman, Profesor de Biología del Cáncer de la Universidad de California, San Diego, él añadió un todavía más inquietante aspecto del AZT. Hoffman nos dijo que aparte de impedir que las células se repliquen, aquellas que sobreviven al AZT pueden volverse cancerosas.

Creo que el AZT puede tener, al menos, dos importantes áreas de toxicidad: la inhibición de producción de las cruciales células blancas y, también, la producción de células malignas tales como las células del linfoma. Estas dos líneas pueden ser supervisadas, pero también pueden alcanzar el punto de no retorno, donde nada ya se puede hacer. Así, incluso bajo control, estas toxicidades pueden poner en riesgo la vida.[29]

Como para que Wellcome afirme que no existen toxicidades con riesgo

para la vida asociadas al AZT.

El Estudio Oficial sobre el AZT en los Veteranos de los EE. UU

Raleigh-Durbam, North Carolina, es un lugar importante. Estas ciudades vecinas albergan uno de los más grandes complejos de investigación farmacéutica del mundo, así como la renombrada Duke University, fundada con el dinero de los magnates del tabaco. Raleigh es también el cuartel general de Burroughs Wellcome, cuyo inmenso edificio parece un pudin blanco diseminado a través de una vasta extensión de campo con un césped cuidadísimo. Sabíamos que no podríamos entrevistar a nadie de Borroughs Wellcome. Nuestras peticiones para entrevistarlos, tanto en el Reino Unido como en los EE.UU. habían sido rechazadas. En el Reino Unido, Martin Sherwood, director de relaciones públicas del grupo Wellcome, nos había escrito diciendo,

A la vista de su negativa pública a aceptar la crítica de su programa por parte de un organismo respetado e independiente como la "Broadcasting Complaints Commission", lamentamos no poder creer que ustedes sean suficientemente equilibrados y objetivos en su enfoque del tema del AZT, como para hacer un programa sobre el mismo. Consecuentemente, ni nosotros, ni nuestros colegas de Burroughs Wellcome en EE. UU, estamos preparados para participar en su programa.[30]

Medito en un edificio estilo bungaló, en una esquina del campus de la Duke University, nos esperaba uno de nuestros entrevistados claves. Era el Dr. John Hamilton, quien había dirigido el más largo ensayo con el AZT (tres años) en individuos con SIDA y con los primeros síntomas de SIDA. Su artículo se publicó el día después de la emisión de nuestro programa.[31]

El estudio Hamilton fue financiado por la "US Veterans' Administration (VA)" y estuvo basado en la Duke University. La VA es una impresionante organización que cuida de las necesidades de todos los veteranos de las fuerzas armadas de los EE. UU. Cualquier investigación médica que se haga en la VA tiene una inmensa cantidad de personas a su disposición y es rigurosamente ejecutada.

Hamilton era un 'caballero' en toda la extensión de la palabra. Sin embargo, estaba sentado en un volcán. El diseño del estudio consistía en dar AZT a un grupo 'temprano' (menos enfermo) y a un grupo 'tardío' con un conteo de células T por debajo de 200. Los resultados mostraron que no había diferencia en tiempo de supervivencia entre ambos grupos y que había más muertes y más diagnósticos múltiples de SIDA en el grupo

'temprano' que tomó el AZT durante más tiempo. Recordemos que este era el grupo que estaba menos enfermo al comienzo. Estando menos enfermos, cabría de esperar que vivirían más tiempo que los más enfermos. En cambio, murieron al mismo tiempo. Se habían acelerado sus muertes. Para ponerlo más sencillo, el grupo que estaba menos enfermo, pero que tomó AZT durante más tiempo, se puso más enfermo y murió más rápido.

Es estudio decía que 'iniciar antes la terapia con zidovudina ralentizó la progresión a SIDA", pero estos hombres no vivieron más tiempo que los que habían empezado con AZT mucho más tarde en su proceso de enfermedad. ¿Cómo podía ser esto? Aparentemente había una contradicción. En un interrogatorio más profundo, fuera de cámara, Hamilton reveló que había tenido que decir eso porque los resultados de los ensayos de la fase II (los que habían llevado a la concesión de licencia para el AZT) habían arrojado impresionantes beneficios en las cifras de mortalidad (cuestionado más arriba en este capítulo) y a él le pareció que tenía que dar el debido reconocimiento a esos hechos. Pero, mirándome significativamente, dijo que no tenía ni idea de lo que significaba el beneficio de 'retrasar la progresión' en términos de tiempo. 'Podría ser un día' dijo, casi atreviéndose a guiñar un ojo.

En la filmación, Hamilton nos contó que los desórdenes en la sangre causados por el AZT tienen riesgo potencial para la vida y continuó diciendo: 'Creo que es obvio que nuestro estudio no proporciona la clase de beneficio que todos querríamos. No puede ser un secreto que los pacientes quisieran algo que les ayudara a vivir más tiempo. … Desafortunadamente, eso no se ha demostrado y, por lo tanto, tiene que considerarse desagradable noticia.'[32] Como para que Wellcome afirme que el AZT prolonga la vida. Sobre calidad de vida, Hamilton dijo:

No ha habido prueba formal en cuanto a calidad de vida. Se supuso que el retraso en la progresión a SIDA se traduciría en una mejor calidad de vida porque parecía lógico y tenía sentido. De hecho, el único estudio, que yo sepa que se ha hecho y publicado sobre este extremo, no demostró una mejora en la calidad de vida.[33]

Hamilton se estaba refiriendo al trabajo del Dr. A. Wu, cuyo primer estudio sobre la calidad de vida en pacientes con SIDA no demostró ninguna diferencia, en cuanto a movilidad y actividad física y social, entre los que tomaban AZT y los que tomaban placebo. El segundo estudio de Wu, en individuos con 'síntomas tempranos de infección por VIH', concluyó que los pacientes con AZT tenían inferior calidad de vida comparados con los de placebo en cuanto a la salud general, bienestar, energía, salud mental y dolor.[34] Como para que Wellcome afirme que el AZT mejora la calidad de

vida.

Si alguna vez hubo evidencia de que el AZT no prolonga la vida, no mejora la calidad de vida y causa más daño que beneficio, aquí estaba. ¿Pero cómo convencer al mundo de esto? Le tocaba el turno a Miami y a la Dra. Margaret Fischl.

La Reina de los Ensayos con AZT

La Dra. Margaret Fischl fue una muy importante figura en dos ensayos clave con AZT: la fase II, que llevó a la concesión de licencia como medicamento para el SIDA, y el ensayo del NIAID ("National Institute of Allergy and Infectious Diseases"), que condujo a la prescripción del AZT a personas sin síntomas de SIDA. Ha sido descrita como 'la bruja malvada del AZT' pero nos recibió con una sonrisa, intentando irradiar seguridad. Su intento de explicar su posición fue desordenado y confuso. Nos encontramos ante una persona atrapada en una lucha interior entre su propia integridad científica y su lealtad al patrón, Wellcome. 'Una vez entra en la célula,' explicó Flischl, 'la droga [AZT] tiene que someterse a una transformación para volverse activa y entonces realmente *impide* [énfasis añadido] que el virus infecte esa célula. … Impide que las células se infecten, pero no hace nada por las células que ya están infectadas.'[35]

¿Pero qué hay de la visión que nos dice que el AZT no puede impedir que una célula se infecte, sin matar esa célula? Fischl declaró repetida y categóricamente que el AZT no daña las células no infectadas. Esto contradecía directamente la propia literatura publicada de Wellcome, en las revistas de información para médicos sobre medicamentos, a cerca de los efectos secundarios del AZT, la cual establecía que el AZT elimina células de la médula ósea y otras.[36]

No es de extrañar que Fischl continuara negando que su ensayo fase II se había vuelto no ciego y afirmó que el AZT prolongaba la vida y mejoraba la calidad de vida., haciendo 'la vida de los pacientes más productiva'. Pero añadió que, en el futuro, la terapia combinada de medicamentos podría mejorarse con otras drogas similares al AZT, como el ddI (didanosina) y la ddC (dideoxicitidina). Y si hubiera otras que atacaran 'al virus del SIDA de una forma diferente a como lo hace el AZT, esas combinaciones serían entonces superiores'.[37] Una vez más, esto no era una demasiado buena propaganda de la maravillosa eficacia del AZT.

New York: Los Disidentes del SIDA Hablan Claro

Conocimos al Dr. Michael Lange en el "St. Luke's-Roosevelt Hospital", New York. Su cara amable y energía sin límites para el cuidado de pacientes

con SIDA habían construido su reputación de médico entregado a su profesión. Él también estaba enojado. Ninguno de sus pacientes había mejorado con el AZT. Él había sido uno de los médicos del SIDA que había cooperado, con buena fe, en el ensayo que Margaret Fischl y otros habían dirigido y que llevó a que se administrara AZT a personas sin síntomas de SIDA.[38] Sin embargo, él no estaba contento con el rumbo que habían tomado las cosas y tenía la convicción de que el ensayo se concluyó demasiado pronto como para que fuera de alguna utilidad.

Nos recordó que este estudio se suponía que iba a durar tres años, pero se terminó cuando los pacientes habían tomado el medicamento por un escaso periodo de nueve meses. Lange dijo: 'Ahora bien, para mí está claro que si paras un estudio con placebo, que está usando un medicamento que tu sabías previamente que sólo puede tener un beneficio por seis meses, si lo paras después de nueve, estás claramente sesgándolo a favor del AZT.'[39] En su opinión, la licencia del AZT, concedida en 1990, para personas VIH positivo sin síntomas de SIDA, fue un craso error. Lange estaba también muy enfadado por la forma en que Wellcome estaba publicitando el AZT en su campaña de carteles. Éstos animaban a la gente a hacerse el test del VIH y decían: 'Una intervención médica temprana puede poner el tiempo de tu parte'.

Como el AZT era el único medicamento que en aquel tiempo estaba aprobado para el SIDA, ésta era una manera de incrementar el mercado de Wellcome para el mismo. 'Creo que es una desgracia.' dijo Lange, 'Induce a que la gente crea que, si son VIH positivo, deberían hacerse el test y que tendrán una respuesta que los mantendrá con vida, y eso está lejos de la verdad.'[40] Otro cartel mostraba tres niños pequeños corriendo por el césped con la siguiente leyenda: 'Ayudando a mantener el VIH a raya en niños'. Retrovir (nombre comercial del AZT) escrito en grandes letras y, encima, 'Generalmente bien tolerado. Mejora la función cognitiva. Tasas de supervivencia similares a adultos. Mejora en el crecimiento y bienestar.'

Lange tenía también una consistente opinión acerca de la aparición de linfomas en pacientes que tomaban AZT. No estaba de acuerdo con la visión de Volberding en cuanto a que los linfomas eran una manifestación tardía de supresión inmune y una consecuencia natural de vivir más tiempo con SIDA (no relacionados, por lo tanto, con el AZT). 'Casi todos los linfomas que he visto', dijo Lange, 'fueron un primer acaecimiento SIDA y ocurrieron, no en los últimos estadios de la enfermedad, sino que fue este diagnóstico el que hizo al paciente un paciente de SIDA'. Y antes de la llegada del AZT, nunca había visto linfomas en pacientes que tuvieron varias infecciones oportunistas como suceso de estadio tardío.'[41] Lo que más apenaba a Lange era que veía como sus pacientes se recuperaban un

cierto tiempo con AZT, con conteos de células T en aumento, para luego hundirse.

Diría que, en la mayoría de los casos, o en muchos, se ve un pequeño incremento de las células T-4 durante los tres o cuatro primeros meses. Normalmente entre los seis y nueve meses, si tienes suerte doce, estás de vuelta al punto donde empezaste. Y de ahí en adelante, en la mayoría de los casos, hay una caída general y acabas con menos células T que cuando empezaste.[42]

¿Pero que podría estar causando este aparentemente beneficioso aumento de los conteos de células T al principio de la terapia, y que después parecía neutralizarse? Con esto nos ayudó el Dr. Harvey Bialy. Como editor científico de *Bio/Technology*, la revista hermana de *Nature*, Bialy había reunido mucha experiencia en la 'ciencia' con la que se rodeaba el SIDA. Fue uno de los pocos editores que se había resistido a publicar artículos que aceptaran incondicionalmente la hipótesis virus/SIDA.

Brillante biólogo molecular, amigo y colega de Duesberg, con quien había pasado muchas horas al teléfono dándole vueltas a los argumentos del VIH/SIDA, Bialy nos dijo sobre el aumento temporal de las células T4:

No creo que necesite más explicación que la misma mención de que el aumento es muy temporal. Esto suele suceder cuando el cuerpo recibe un shock, al ser atacado por tóxicos de la clase que sean –para que el sistema metabólico se ponga a toda a máquina durante un tiempo con objeto de compensar el ataque inicial. Pero el hecho de que estos aumentos en las células T4 no se haya visto nunca que persistan –que un medicamento produzca una repuesta clínica inicial y luego esa respuesta desaparezca para ser reemplazada por respuestas clínicamente perjudiciales- no habla muy bien del índice terapéutico de ese medicamento.[43]

Con el peso de las evidencias científicas que se habían acumulado en torno al peligro e ineficacia del AZT, ¿por qué no se escuchaba a sus críticos? La contestación en palabras de Celia Farber, una periodista de New York que había trabajado profusamente sobre la historia del VIH y AZT:

Al comienzo había una devoción casi religiosa hacia él [AZT]. Era una cosa muy emocional. Había la idea de que el que criticaba el AZT lo hacía por razones equivocadas. O por publicidad o por algún tipo de agenda oculta. Creo que lo que pasó con algunos de los líderes de la comunidad gay, fue que ellos lo estaban tomando y durante el tiempo que lo hicieron discutían en su favor mucho más estridentemente. Luego, como sabemos, tiene un periodo de gracia para a continuación caer y ya no funcionar más y después resultar contraproducente. Y cuando llegaron a esa etapa en su terapia con AZT, tuvieron que dar la vuelta y decir, 'Oye, que esto no funciona. No es bueno'. Y

eso es lo que pasa ahora mismo. … Ya no hay nada a lo que agarrarse. Yo realmente no oigo otra cosa que –bueno, es un medicamento terrible, pero es todo lo que tenemos.[44]

Londres: AZT y la Comunidad Gay

Cass Mann había fundado su grupo de apoyo al SIDA 'Positively Healthy' en 1987. Muchos de los miembros del grupo eran hombres jóvenes gais que habían sido diagnosticados positivo a los anticuerpos al VIH. Algunos habían tenido síntomas tempranos de SIDA y otros estaban asintomáticos. Desilusionados con el AZT, habían decidido buscar vías alternativas para mantenerse sanos, sin recibir medicación ortodoxa anti-SIDA. Bajo el liderazgo de Cas Mann, 'Positively Healthy' había estado muy activa a lo largo del año anterior y había publicado información detallada para sus miembros sobre los antecedentes de la historia del AZT y sobre los peligros de su toxicidad. Le preguntamos a Cass: ¿qué pasó cuando sus miembros dejaron el AZT?

Cuando dejan el AZT, obviamente te encuentras con algunas personas que sufren un período de síndrome de abstinencia. Tenemos luego los varios tipos de efectos secundarios, que toman su tiempo en desaparecer. Pero en general, la experiencia me ha enseñado que aquellos que lo dejan, y después de un periodo de seis semanas, recuperan su salud. No es sólo dejar el AZT. Los ponemos en varias terapias tales como las nutricionales, vitamínicas y mineralizantes, también medicina tradicional china, etc., para apoyar al sistema inmune. Y puedo decir que casi en todos los casos tenemos una recuperación extraordinaria… Más de noventa y cinco personas han dejado el AZT desde 1987. Muchos de ellos lo han hecho por un periodo de tres años. Se encuentran perfectamente. Recuperaron su salud. Están viviendo una vida completamente normal.[45]

Este grupo de hombres VIH positivo, que estaban sobreviviendo en perfectas condiciones sin AZT, habría proporcionado una cohorte (grupo) de investigación valiosa para cualquiera verdaderamente interesado en comparar su progreso con el de los pacientes en AZT, pero, tristemente, el control de los fondos de investigación había estado tan absolutamente dominado por Wellcome y los MRC, que no había habido ningún dinero disponible para ninguna línea de investigación genuinamente alternativa. Al grupo de apoyo le llevó más de una década convencer a la autoridad sanitaria de su área para llevar a cabo un estudio llamado 'Park Project', cuyo objetivo era explorar la posibilidad de que el VIH pudiera no ser la causa del SIDA, examinando en cambio factores como nutrición y estilo de vida en hombres, tanto VIH positivo como negativo, considerados en riesgo.

En 1989, cuando después de que los ensayos con pacientes

asintomáticos hubieran terminado antes de tiempo y fuera anunciado que el AZT podría ser usado no únicamente por personas con enfermedades SIDA, sino por un grupo mucho más grande –con VIH y conteos bajos de células del sistema inmune, pero sin otros síntomas- las acciones de Wellcome se pusieron por las nubes, añadiendo 1.400 millones de libras al valor de la compañía en el mercado de valores de Londres en un solo día. En 1991, cuando estábamos haciendo nuestro programa, las ventas anuales de AZT alcanzaron 170 millones de libras en todo el mundo. En 1996, las ventas anuales de AZT habían alcanzado los 200 millones de libras.

Fue entonces cuando el Profesor Ian Weller hizo un informe sobre sus conclusiones de lo que hasta el momento había dado de sí el estudio Concorde –un ensayo anglo-francés que investigaba los efectos del AZT en unos 3.000 participantes HIV positivo-asintomáticos. Weller presentó su informe sobre el Concorde en una reunión que tuvo lugar en el "Terrence Higgins Trust". Cass Mann, representando a Positsively Helathy, uno de los grupos de voluntarios asistentes, grabó el acto y nosotros usamos fragmentos de la grabación en nuestro programa. Weller defendió la opción de continuar el ensayo, pero, al mismo tiempo, hizo algunas concesiones increíbles:

Me parece que el "Data and Safety Monitoring Committee" se siente muy cómodo al permitir que este estudio continúe en lo que yo creo es nuevo territorio –y tengo la sensación de que es ese territorio en el que la mayoría de los pacientes y médicos están interesados. Es decir: ¿si hay beneficio, este beneficio se mantendrá o desaparecerá? En cuyo caso, podemos estar haciendo más daño que bien. [énfasis añadido].[46]

El Profesor Weller dijo después que el comité de control no había encontrado evidencia clara sobre la que basar nuevas recomendaciones para la práctica clínica, y que el ensayo del AZT continuaría durante siete meses más.

Tengo la impresión de que es la única oportunidad que tenemos para aclarar las incertidumbres que yo creo que son, en parte, el motivo de la frustración, que es si ¿es mejor a medio-largo plazo, o a corto plazo; dar zidovudina (AZT) pronto, o dejarla para una fase posterior de la infección? La intervención temprana, biológicamente, tiene sentido. La cuestión, la cuestión pragmática, la cuestión práctica es: ¿tenemos la herramienta adecuada [énfasis añadido]?[47]

Parece increíble que con todas las evidencias disponibles sobre la toxicidad e inefectividad del AZT, Weller quisiera continuar manteniendo a 3.000 personas, otros siete meses, en un estudio en el que él no sabía si estaba

haciendo 'más daño que bien', o si estaba usando la 'herramienta adecuada'.

Magic Johnson le Resta Importancia al SIDA

Había que hacer más investigaciones antes de que se pudiera hacer el primer corte final del programa. Estábamos en las etapas finales de la edición de nuestro programa cuando la historia de Magic Johnson salió a la luz. Ahí estaba uno de los más grandes héroes de América, rey del baloncesto y mujeriego confeso, con miles de parejas sexuales durante su carrera, afectado ahora por el VIH. Todo el mundo quería aprovechar su difícil situación en beneficio propio. He aquí el vehículo perfecto para comunicar el mensaje de 'sexo seguro' a los heterosexuales, pensaron los educadores de salud. He aquí el hombre perfecto para animar a todo el mundo a hacerse el test y para poner a más gente en tratamiento con AZT, pensaron los de Wellcome y los médicos del SIDA. 'Los expertos esperan que el anuncio de Magic Johnson anime a las personas que tienen sospecha de una infección por VIH a hacerse el test, ya que el tratamiento es más efectivo en los primeros estadios' gritaba la primera plana del *USA Today*.[48]

Johnson acaba de firmar un contrato con el equipo de los Lakers que lo hizo uno de los jugadores mejor pagados de la liga de baloncesto (2.5 millones de dólares por la temporada 1991/2). El *Observer* citó a Johnson a este respecto:

Los médicos dijeron entonces que, dado que los rigores físicos y emocionales de los 82 partidos de la temporada de los Lakers pudieran debilitar mi sistema inmune, igual que lo haría el VIH, me recomendaban que me retirara del baloncesto profesional. Sinceramente, no me lo pensé dos veces. … Al día siguiente estaba en un pódium del Great Western Forum, el lugar donde había vivido algunos de los momentos más grandes con los Lakers, y hablé con el corazón. Dije que me retiraba de la NBA (National Basketball Association) debido a que había resultado VIH positivo.[49]

En lo relativo a su salud, dijo que su condición física no había cambiado y se encontraba perfectamente sano. 'Estaba realmente en la mejor forma que nunca había alcanzado en mi carrera en la "National Basketball Association" y, con treinta y dos años, estaba a punto de empezar mi decimotercera temporada con los Lakers.'[50] Esto fue en octubre de 1991. Pero casi inmediatamente que empezó con el AZT, las cosas cambiaron radicalmente. Dos meses más tarde, un reportaje en la prensa de Estados Unidos dijo que había perdido el apetito y sufría ataques de náusea y fatiga. 'No tengo la energía que tenía,' dijo Magic, 'y me siento con ganas de vomitar casi a diario. Cuando pienso en esto, solo quiero agarrarme a Cookie, tomarla en mis brazos y olvidarme del mundo.'[51] Los síntomas que

estaba sufriendo Magic eran los síntomas clásicos de toxicidad por AZT.

Sin embargo, la ortodoxia, con puras conjeturas, intentó manipular la situación de Magic para que encajara en su modelo. Se publicó que Magic podía haber tenido el VIH durante años, razón por la cual sus células T estaban en 500, y que era probable que empezara a padecer todos los síntomas de SIDA antes de lo que esperaba y que debía haber empezado con AZT hacía meses. En el mismo artículo, se cita al Dr. Howard Temin diciendo que cuando el nivel de células T de una persona infectada cae por debajo de 500 'significa que el virus prospera y el sistema inmune empeora.'[52] Puesto que difícilmente se encuentra traza alguna del virus, comentó Duesberg, ¿cómo es que 'prospera'?

Entonces empezó a rumorearse que Magic había dejado de tomar AZT. Sea cual fuere la verdad, lo que si desaparecieron fueron los serios efectos secundarios que el mismo describió a finales de 1991. Luego, en los primeros meses de 1992, Magic se recuperó asombrosamente. Empezó a jugar de nuevo, controlado de cerca por sus médicos. 'Y cuando no había cambiado nada,' dijo, 'cuando todavía era capaz de correr y hacer cualquier cosa sin cansarme, entonces se acabó el problema. Eso hizo que dejara de preocuparme.'[53]

Fue seleccionado para jugar en el 'dream team' de los Juegos Olímpicos de Barcelona y empezó una gira con los Magic Johnson All Stars, en la que recaudaron dinero para su fundación contra el SIDA. El 30 de enero de 1996, la prensa mundial informó que Magic Johnson estaba de nuevo en la NBA y jugaba con su viejo equipo de los Lakers, ese mismo día, contra los "Golden State Warriors". En un reportaje se pudo leer que algunos de los jugadores de la NBA habían rehusado jugar con él con anterioridad a causa de su estatus VIH positivo, y que había sido rechazado para un partido de exhibición en Filipinas, por miedo a que sus jugadores se infectaran. Pero todo eso cambió. Vi el partido en televisión. Magic parecía más grande y más en forma que nunca y el equipo de los Lakers ganó.

Después de las iniciales altas dosis de AZT que le sentaran tan mal a Magic, le cambiaron el tratamiento y le dieron un cocktail de medicamentos incluyendo *algo* de AZT, otro inhibidor de la transcriptasa inversa y uno nuevo, un inhibidor de la proteasa (ver capítulo 14). A partir de ahí, sus médicos han estado diciendo que el virus en su sangre está por debajo de los niveles de detección.[54] Hasta ahora, la constitución de Magic es capaz de tolerar bien su régimen de AZT-reducido.

Hicimos un pase del programa para la prensa y ya estábamos preparados para que se transmitiera. Pero un día antes de la transmisión, Liz Forgan, Director de Programas de Channel 4, recibió una carta del Profesor Ian Weller:

Todo me lleva a creer que en el programa se utiliza una grabación 'secreta' de mi discurso a los representantes de organizaciones voluntarias en el "Terrence Higgins Trust". … Todo me lleva a creer que el programa hace graves alegaciones y saca conclusiones potencialmente perjudiciales. … Le ruego me asegure que mi contribución a este programa es eliminada. También le pido, encarecidamente, que considere el daño que este programa podría hacer a los infectados con VIH y a aquellos que, actualmente, están bajo tratamiento.[55]

Habiendo rechazado participar en nuestro programa, Weller estaba, quizás comprensiblemente, ansioso porque pudiera ser malinterpretado mediante citas seleccionadas de su reunión en el "Terrence Higgins Trust"; pero su carta fue más allá al sugerir que el programa pudiera causar daño. Esto demuestra la presión que el establishment médico puede ejercer sobre los ejecutivos de televisión, para impedir la transmisión de cualquier desafío al consenso médico. Como en todos los casos en los que surgen disputas alrededor de programas controvertidos, ésta fue derivada al entonces jefe de programas basados en hechos reales de Channel 4, John Willis. Willis dijo que esta era un 'historia potente' y aprobó el programa para su transmisión. Hecho que tuvo lugar el 12 de febrero de 1992.

Reivindicaciones de Wellcome sobre el AZT

Nuestro programa acaba con la siguiente manifestación: '*Dispatches* ha sido apercibido por un procurador de que las falsas y engañosas declaraciones acerca del AZT descritas en este programa podrían constituir una infracción de la "Medicines Act", la cual, si confirmada, supondría un delito criminal. *Dispatches* va a enviar un dossier con información relevante a la "Medicines Control Agency-Department of Health".

En las etapas finales de producción, el abogado de Channel 4, Jan Tomalin, consultó a otro abogado de más alto rango (QC), en relación a las evidencias de nuestro programa, para alegar que Wellcome estaba haciendo declaraciones falsas y engañosas acerca del AZT. Bajo la sección 93 de la "Medicines Act", es un delito criminal anunciar o promocionar un producto de manera que 'sea probablemente engañosa en cuanto a la naturaleza o calidad de productos medicinales … o en cuanto a sus usos o efectos.' En 1986 se había sentado un precedente legal cuando la empresa farmacéutica Roussel fue perseguida por el Departamento de Salud, por hacer declaraciones falsas y engañosas acerca de su medicamento antiinflamatorio no esteroideo Surgan. Roussel fue declarada culpable y apeló, pero fue finalmente condenada.

El QC nos dijo que había argumentos suficientes y que creía que podrían

ser reconocidos por un tribunal. Enviamos por lo tanto nuestros dosieres a la Dra. Susan Wood, de la "Medicines Control Agency" (MCA) y al Profesor William Asscher, del Committee on Safety Medicines. Al principio, la Dra. Wood, de la MCA mostró su enfado porque no les habíamos entregado información antes de la emisión del programa. Realmente, por temor a que la transmisión fuera a intentar ser bloqueada con la petición de alguna orden judicial, ningún editor haría tal cosa.

Tres semanas más tarde recibimos una breve carta, en tono displicente, de la Dra. Wood, diciendo que el AZT había sido sometido a 'rigurosa evaluación y consideración por parte de la autoridad responsable de la licencia y los expertos de sus comisiones asesoras, antes de su concesión'. Otras autoridades reguladoras, en todo el mundo, han alcanzado conclusiones similares sobre los beneficios y riesgos del medicamento.'[56] El hecho de que fueron precisamente estas decisiones las que nosotros estábamos cuestionando, obviamente, se le había pasado por alto a la Dra. Wood.

Tampoco habíamos tenido suerte con el "Committee on Safety of Medicines". El Profesor Asscher nos volvió a escribir para decir que la publicidad no tenía nada que ver con ellos. 'Nuestro papel es aconsejar sobre la licencia de medicamentos y, por lo tanto, controlar las reacciones adversas de los mismos'.[57] De nuevo, el hecho de que nuestro programa y el dosier que le enviamos eran acerca de licencia y reacciones adversas, se le había, obviamente, también pasado por alto. Luego nos enteramos de que a la MCA y al "Committee on Safety of Medicines" les habían reducido la financiación del gobierno, dependiendo ahora parcialmente de los honorarios de la industria farmacéutica para su supervivencia. Quién diría que estamos hablando de un independiente y enérgico comité de vigilancia.

Después de la transmisión de nuestro programa hubo una reacción explosiva. Aparecieron acusaciones por todas partes, muchas de ellas por teléfono. Nos habíamos acostumbrado a ello. Un año después de nuestra crítica al AZT en *The AIDS Catch*, Phyllida Brown había llamado del *New Scientist* para preguntarme cómo me parecía el hecho de que nuestro programa hubiera hecho que muchos pacientes dejaran el AZT. 'Cómo te sientes ahora?' preguntó de manera amenazante, implicando que yo, por supuesto, era la causante de esas muertes. Su llamada vino después de una encuesta dirigida por el Profesor Brian Gazzard, de la "St. Stephen's Clinic", Londres, la cual revelaba que algunos de sus pacientes habían suspendido su tratamiento con AZT después de ese programa. Gazzard dijo que la reacción de los pacientes demostraba 'la necesidad de poner mucho cuidado al decidir si un programa de televisión (de ésta naturaleza) debería poder hacerse, o no'.[58] Luego vino la muy desagradable llamada de

Duncan Campbell, quien me lanzó todo tipo de insultos, personales y profesionales, donde se mostró totalmente incapaz de discutir nada relativo a ciencia y no pudo aceptar que se pudiera haber hecho algo mal, especialmente tras los resultados del estudio VA ("Veterans' Administration") del Dr. Hamilton. Su diatriba se centró en mi absoluta irresponsabilidad y en el peligro que yo representaba para sus amigos con SIDA.

Me pregunté de nuevo cómo la investigación científica del SIDA iba a poder progresar, cuando estaba tan sobradamente aderezada de emociones. La respuesta emocional de los comentaristas, emparejada al autointerés de tantos científicos e investigadores, constituía literalmente una mezcla mortal.

Defendiendo el AZT: Control de Daños de Wellcome

Nuestro programa fue emitido el mismo día que apareció publicado el estudio VA de Hamilton en el *New England Journal of Medicine*.[59] John Lauritsen fue el primero en enviarnos un fax con los reportajes de las agencias de noticias acerca de las acciones de Wellcome. Habían caído 17 peniques antes de la transmisión. Como se puede suponer, después de que el programa saliera, Wellcome, con sus enormes recursos detrás, se lanzó a un brillante ejercicio de relaciones públicas para el control de daños.

Con la fecha de transmisión de nuestro programa en mente y sólo nueve días antes de que saliera, Wellcome había emitido una carta tipo 'Querido Doctor' dirigida a todos los médicos del país, anunciando los resultados de un ensayo con AZT, llamado EACG 020, que ella misma había financiado, dirigido a personas asintomáticas de bajo riesgo, infectadas con VIH. El ensayo estuvo presidido por el Profesor D. A. Cooper, en Australia, y una vez más había terminado inesperadamente. Concluyó que la 'progresión a enfermedad se redujo significativamente' y que 'los graves efectos secundarios vistos con el AZT cuando es usado en enfermedad avanzada parecen haber estado prácticamente ausentes en este estudio.'[60] Esto fue un ejemplo perfecto de ciencia mediante comunicado de prensa. El estudio no había sido revisado por pares, ni publicado, y estaba a poco de ser desacreditado por especialistas del SIDA en las revistas científicas. Pero ¿cómo un médico trabajador y bienintencionado podía estar al tanto de los antecedentes de todo esto?

Cuando el estudio EACG 020 fue finalmente publicado, en agosto de 1993, Brian Deer escribió en el *Sunday Times*:

[Especialistas del SIDA] han acusado a los investigadores de Wellcome de engañar a

la comunidad científica después de la publicación de un informe que parecía demostrar que el AZT era efectivo en la prevención del SIDA. Destacados médicos expresaron su indignación ante lo que algunos contemplaron como una artimaña de relaciones públicas de Wellcome. El estudio de la empresa [EACG 020], dijeron, era antiguo, errado en su metodología y había sido concluido antes de que se hubiera informado de aspecto significativo alguno.[61]

Incluso nuestra adversaria, Phyllida Brown, escribió en el *New Scientist* acerca de Wellcome y se refirió a ella en términos de 'ser enredadora e insincera en su representación de los hallazgos'[62] Para mantener la presión después de la emisión de nuestro programa, Wellcome publicó una segunda carta tipo 'Querido Doctor'. Dicha carta acabó en los despachos de los médicos y decía: 'Puede que hayas visto el programa *Dispatches* que fue transmitido el miércoles 12 de febrero de 1992. … Te escribimos porque creemos que ese documental puede causar una angustia injustificada en algunos de tus pacientes.'[63] La carta continúa con un ofrecimiento de información que 'te ayudará a proporcionar una evaluación equilibrada de la situación actual en la que se encuentran tus pacientes con relación a la infección por VIH, y su tratamiento con zidovudina.'

Después vino la carta del director ejecutivo de Wellcome, John Robb, al director ejecutivo de Channel 4, Michael Grade. En ella, Robb se lanza inmediatamente a un ataque contra la BCC, y un ataque personal hacia mí. 'Cuando la Comisión ratificó nuestras quejas, la Sra. Shenton, de la empresa productora Meditel, denunció públicamente a la BCC, a pesar de haber participado plenamente en su procedimiento de quejas.' Robb continúa describiendo los altos estándares de su empresa en la calidad de sus medicamentos y en sus afirmaciones sobre los mismos, los cuales 'de ninguna manera alimentan falsas esperanzas'. Y sigue 'Nos parece deplorable que su empresa [Channel 4] no parezca estar dispuesta a aplicar estándares similares de control de calidad cuando tratan en público estos asuntos tan altamente emotivos.'[64]

La respuesta de Michael Grade fue rápida. Sobre los comentarios de Robb sobre la BCC, dijo: 'Debería recordarle que no fue únicamente la Sra. Shenton, de Meditel, la que criticó sus conclusiones. A día de hoy la Independent Television Commission continúa apoyando el programa y sus métodos, y Channel 4 ha declarado que, sobre este tema, la BCC se había 'desviado de su área de competencia normal para entrar en otra en la que era extremadamente difícil que su fallo fuese percibido como correcto. Es de lamentar que la ""Wellcome Foundation"" declinara la invitación de la Sra. Shenton para participar en el programa más reciente; en los trece años

de existencia de su empresa, Meditel ha ganado siete importantes premios de televisión, incluyendo el 'Royal Television Society's Journalism Award.' Grade terminaba la carta diciendo:

Habla usted de la necesidad de mantener estándares y evitar dar falsas esperanzas en estos temas tan altamente emotivos. No puedo sino estar de acuerdo con usted. Es en este espíritu en el que nuestro departamento legal fue aconsejado por la dirección del mismo que hiciesen llegar la investigación del programa a la Medicine's Control Agency y al Department of Health –para que ellos pudieran, por sí mismos, juzgar si las reclamaciones hechas en nombre del AZT pudieran ser consideradas falsas o engañosas –de acuerdo con la ley.[65]

El siguiente movimiento de Wellcome fue enviar una carta a Lancet. El Dr. D. S. Freestone, de "Wellcome Research Laboratories", la iniciaba con, sí, la mención a un 'programa previo de la misma empresa productora de televisión, que había 'mostrado poca sensibilidad con las necesidades de los pacientes y de los prescriptores, y la independiente "Broadcasting Complaints Commission" lo había considerado engañoso, confuso, desequilibrado e injusto, además de malinterpretar las opiniones de algunos expertos.'[66]

No obstante, yo estaba agradecida al Dr. Freestone porque me dio la oportunidad de contestar en el *Lancet*. Pude justificar nuestra postura contra la BCC y abordar el tema de los datos de mortalidad de los ensayos fase II, con una importante información extra:

Estos ensayos, planeados para veinticuatro (24) semanas, se concluyeron en sólo diecisiete (17). En las veintiuna (21) semanas después de que terminara el ensayo y el medicamento se pusiera a disposición de todos los participantes, el diez por ciento (10%) de los pacientes con zidovudina había muerto. Además, cuando la zidovudina estuvo disponible en base a una petición compasiva, se mantuvieron estadísticas de supervivencia en 4.805 pacientes. David Barry, de Burroughs Wellcome, le comentó al periodista John Lauritsen (24-mayo-1988) que entre un ocho (8%) y un doce (12%) por cien de los pacientes de SIDA tratados con zidovudina murieron durante cuatro meses de tratamiento (diecisiete (17) semanas). Si en un periodo similar de diecisiete (17) semanas, correspondiente a los ensayos de fase II, murió menos del uno (1%) por ciento y, sin embargo, después de la liberación del medicamento murió entre el ocho (8%) y doce (12%) por ciento, entonces la explicación más probable es que la cifra del ensayo no es fiable. [67]

También pasaron cosas buenas. Tuvimos dos críticas muy imparciales, una de Tony Delamothe, en el *British Medical Journal*, y un artículo en la sección

'Noticeboard' del *Lancet*, el cual, sospecho, había sido escrito por el Dr. Richard Horton. ¡Y ganamos un premio! La BMA, nada menos, le concedió a nuestro programa un certificado de mérito educacional.

Pero no pudimos disfrutar de este pequeño acicate por mucho tiempo. Muy pronto nos íbamos a enterar de que el "Terrence Higgins Trust" se había lanzado a un ataque contra la BMA por darnos el premio, alegando que dicha organización no debería haber apoyado un programa que presenta una opinión minoritaria e ignora la fuerza de la evidencia científica ofrecida por la otra parte.[68] Las quejas por parte de las organizaciones voluntarias del SIDA, como el "Terrence Higgins Trust", acerca de nuestra postura sobre el AZT, no fueron casuales. 'Dado que las ventas de AZT han subido –alcanzando el pasado año los 213 millones de libras- la compañía ha ampliado sus propias operaciones de financiación y apoyo a una enorme cantidad de organizaciones del SIDA, incluyendo un grupo parlamentario ["All Party Parliamentary Group on AIDS"] al que ha contribuido con 65.000 libras,' escribió Neville Hodgkinson en el *Sunday Times*. 'Los críticos dicen que el resultado ha servido para alimentar un clima en el que el enfoque antiviral del SIDA ha descartado casi todo el resto de líneas de investigación.'[69]

Defendiendo a un Disidente: El Juego Limpio de un Científico

El "*Derecho a Réplica"* de Channel 4 da a los telespectadores una plataforma para que sus críticas de un programa puedan ser transmitidas. Yo fui invitada a participar por un investigador. Pregunté quién estaría en contra y me dijeron que 'un médico preocupado'. Lo que *Derecho a Réplica* no me dijo fue que el 'médico preocupado', el Dr. Simon Mansfield, era un experimentado médico del "Kobler center", una clínica especializada en SIDA adjunta al "St. Stephen Hospital". Más tarde descubrimos que el Dr. Mansfield, por esas fechas, estaba en realidad tomando AZT. Murió escasos meses después. Antes de morir, Mansfield había escrito al Dr. John Hamilton, adjuntándole una copia de nuestro programa convertido ya al estándar americano NTSC. (Nosotros, por supuesto, ya había enviado el programa a Hamilton en un casete de cortesía.)

Su carta empezaba refiriéndose a la publicación del estudio VA de Hamilton en el *New England Journal of Medicine*. Y continuaba:

Como sabrás, Joan Shenton, es una figura controvertida de la comunicación británica, especialmente a partir de su último programa sobre el tema AIDS y VIH, por el que fue amonestada por la "Broadcasting Complaints Commission", por tergiversar a las

personas que había entrevistado.

El programa que recientemente hizo para Dispatches *resultó polémico. Tu participación en él fue realmente interesante, y me pregunto si dispondrías de tiempo para revisar este video del programa que acabo de convertir al sistema americano. Me interesaría mucho saber si te parece que tus opiniones han sido correctamente representadas en la filmación. No estoy seguro de que las conclusiones a las que llega el documental estén en línea con tu importante artículo … Estoy considerando interponer una queja ante la "Broadcasting Complaints Commission" acerca de su programa y estaría muy interesado en tu reacción al mismo.*[70]

Esto era descaradamente adulatorio con el objetivo de pescar más gente para que se quejara de nosotros a la BCC. La respuesta de Hamilton fue inflexible:

No pude revisar el video que me enviaste ya que estaba deteriorado y no funcionaba. Un poco antes, sin embargo, había recibido una copia del programa de Dispatches*, remitida por Miss Shenton.*

Hicieron preguntas difíciles, controvertidas –cuestiones que merecen un debate en la mayoría de los casos. En general, los vídeos sobre mí que fueron emitidos, me parece que no fueron escogidos selectivamente. La inclusión de datos derivados de nuestro estudio VA para discusión fue completamente apropiada. … Es una pena que Burroughs Wellcome, tanto en Estados Unidos como en el Reino Unido, no estuvieran dispuestos a ser entrevistados. Yo creo que su punto de vista es muy importante. … En resumen, estoy satisfecho con mi contribución al programa, tal y como fue televisado, aunque creo que el tratamiento de los temas generales fue algo más conflictivo de lo que sería deseable, pero no tanto como para ser inaceptable.[71]

---

[1] Elinor Burkett, *AZT: Cause for Concern*, transcripción del programa, *Dispatches*, Channel 4, 1992.
[2] Ibidem.
[3] *Lancet*, 19 November 1988.
[4] *New York Native*, artículos incluidos: 'AZT on trial', 'On the AZT front', 'AZT watch', 'AZT and cancer', 'AZT: iatrogenic genocide' y 'HIV voodoo from Burroughs Wellcome'. Publicados entre 1987 y 1994.
[5] Celia Farber, 'Sins of Omision: the AZT scandal', *Spin Magazine*, November 1989.
[6] Peter Duesberg, 'AIDS epidemiology: inconsistencies with human immunodeficiency virus and with infectious disease.' *PNAS*, USA, vol. 88, February 1991, pp. 1572-9.
[7] Peter Duesberg, 'The role of drugs in the origin of AIDS', *Biomed & Pharmacother*, vol. 46, 1992, pp. 3-15.
[8] Brian Deer, *Sunday Times*, 16 April 1989 y 30 April 1989.
[9] Duncan Campbell, 'The AIDS scam', *New Statesman and Society*, 24 June 1989.
[10] Addendum 91 to Medical Officer Review of FDA 19, p. 655.
[11] Ibidem.

[12] Barbara Spitzig, FDA investigator, 'For cause establishment inspection report of Massachusetts General Hospital and Robert Schooley, MD'. October and November 1986.
[13] *AZT: Cause for Concern, Dispatches Channel 4*, transcripción del borrador, 1992.
[14] Barbara Spitzig, op. cit.
[15] 'AZT on trial' conferencia, Londres 1993. *Diary of an AIDS Dissident*, Meditel, transcripción del programa, 1994.
[16] John Lauritsen, *The AIDS War*, Asklepios, New York, 1993.
[17] Harvey Chernov, Review and Evaluation of Pharmacology and Toxicology Data (AZT), Food and Drug Administration document, NDA 19-655, 2 December 19986, amendments, 16 and 19 December 1986.
[18] Ibidem.
[19] John Lauritsen, 'AZT and Cancer', *New York Native*, 30 October 1989.
[20] J.M. Pluda, R. Yarchoan and S. Broder et al., *Annals of Internal Medicine*, vol. 113, nº 4.
[21] Ibidem.
[22] *Positive Benefits: Wellcome's Anti-HIV Agent, Zidovudine*, folleto informativo de "Wellcome Foundation", folleto informativo, 1992.
[23] *AZT: Cause for Concern*, *Dispatches*, Channel 4, transcripción del programa, 1992.
[24] Ibidem.
[25] P. Volberding et al., 'Zidovudine in asymptomatic human immunodefiency virus infection', New England Journal of Medicine, vol. 322, nº 14, 5 April 1990.
[26] *AZT: Cause for Concern, Dispatches*, Channel 4, transcripción del programa, 1992.
[27] *AZT: Cause for Concern, Dispatches*, Channel 4, transcripción del borrador del programa, 1992.
[28] Ibidem.
[29] *AZT: Cause for Concern, Dispatches*, Channel 4, transcripción del programa, 1992.
[30] Dr. Martin Sherwood, carta a Meditel, 19 November 1991.
[31] John D. Hamilton et al, 'A controlled trial of early versus late treatment with zidovudine in symptomatic human immunodeficiency virus infection', Department of Veterans Affairs*, New England Journal of Medicine*, vol. 326. Nº 7, 13 February 1992, pp. 437-86.
[32] *AZT: Cause for Concern, Dispatches*, Channel 4, transcripción del programa, 1992.
[33] Ibidem.
[34] Dr. A. Wu*, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 3, 1990, pp. 683-90; Dr. A. Wu. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 6, 1993, pp 452-8.
[35] *AZT: Cause for Concern, Dispatches*, Channel 4, transcripción del borrador del programa, 1992.
[36] *UK Data Sheet Compendium*, 1992; *US Physicians Desk Reference*, 1992.
[37] *AZT: Cause for Concern, Dispatches,* Channel 4, transcripción del borrador del programa, 1992.
[38] P. Volberding et al, 'Zidovudina in asymptomatic human immunodeficiency virus infection', *New England Journal of Medicine,* vol. 322, nº 14, 5 April 1990.
[39] *AZT: Cause for Concern, Dispatches*, Channel 4, transcripción del borrador del programa, 1992.
[40] *AZT: Cause for Concern, Dispatches*, Channel 4, transcripción del programa, 1992.
[41] Ibidem.
[42] Ibidem.
[43] *AZT: Cause for Concern, Dispatches*, Channel 4, transcripción del borrador del programa, 1992.
[44] Ibidem.

[45] Ibidem.
[46] *AZT: Cause for Concern, Dispatches*, Channel 4, transcripción del programa, 1992.
[47] Ibidem.
[48] *USA Today*, 12 November 1991.
[49] *Observer*, 24 November 1991.
[50] Ibidem.
[51] *The San Francisco Enquirer*, 8 December 1991.
[52] Ibidem.
[53] *Los Angeles Times*, 3 November 1996.
[54] Ibidem.
[55] Professor Ian Weller, carta a Liz Forgan, 10 February 1992.
[56] Dr. S. M. Wood, carta a Meditel, 6 March 1992.
[57] Professor W. Asscher, carta a Meditel, 2 April 1992.
[58] David Concar, 'Patients abandon AIDS drug after TV show', New Scientist, 13 July 1991, p. 13..
[59] John D. Hamilton, op. cit. 1992.
[60] Wellcome, Dear Doctor, carta, 3 February 1992.
[61] Brian Deer, 'AIDS Doctors Attack Drug Claims', *Sunday Times*, August 1993.
[62] *New Scientist*, 7 August 1993.
[63] Wellcome, Dear Doctor, carta, Dispatches Programme, Channel 4 Television, February 1992.
[64] Brian Robb, carta a Michael Grade, 24 February 1992.
[65] Michael Grade, carta a Brian Robb, 23 March 1992.
[66] D. S. Freestone, carta a *Lancet*, vol. 339, 7 March 1992, p. 626.
[67] Joan Shenton, carta a *Lancet*, vol. 339, 28 March 1992, p.806.
[68] Liz Hunt, 'BMA under fire over AIDS film', *Independent on Sunday*, 23 May 1993.
[69] Neville Hodgkinson, *Sunday Times*, 30 May 1993.
[70] Dr. S. J. Mansfield, carta al Dr. John Hamilton, 24 February 1992.
[71] Dr. John Hamilton, carta al S. J. Mansfield, 9 March 1992.

Capítulo 9

Ámsterdam y Todo Aquello

Conferencia Alternativa del SIDA en Ámsterdam: Los Disidentes se Reúnen

Fue en una hermosa semana de mayo y Ámsterdam estaba bajo la influencia de una ola de calor. Varios de nosotros estábamos hospedados en un pequeño hotel cerca de Rode Hoed, una antigua iglesia de madera, situada al borde de uno de los canales del corazón de Ámsterdam, que era el local donde se celebraba la conferencia. La iglesia, en un tiempo refugio de liberales religiosos, abría sus puertas esa semana a la mayor reunión que se haya celebrado jamás de disidentes del SIDA, sus críticos y la prensa. Uno de los más importantes aspectos de la conferencia, llamada 'SIDA – Una Visión Diferente', fue que había sido capaz de atraer a destacados miembros de la ortodoxia del SIDA. Nuestro viejo adversario, John Maddox, editor de *Nature* estaría allí, y Luc Montagnier era esperado el día siguiente. El establishment holandés del SIDA estaba bien representado por los científicos Jaap Goudsmit, Roel Coutinho y Frand Miedema.

La tarde de nuestra llegada, las diferentes facciones disidentes nos reunimos en el bar de la bodega de nuestro hotel. Allí estaba Peter Duesberg, el Profesor Robert Root-Bernstein, de la Universidad del Estado de Michigan (autor del libro *Rethinking AIDS*)[1], Profesor Fritz Ulmer (matemático y escéptico del SIDA), de la Universidad de Wuppertal, biofísica Eleni Eleopulos, del "Royal Hospital", Perth, Australia Occidental (autora de varios importantes artículos científicos cuestionando el papel e identidad del VIH), Profesor Gordon Stewart, John Lautirsen, Celia Farber y muchos otros delegados europeos y americanos.

La conferencia se llamó 'SIDA: Una Visión Diferente' y su organizador, Martien Brands, se unió a nosotros esa tarde para saber 'hasta dónde íbamos a llegar', y lo que Duesberg iba a decir acerca del tema, políticamente candente, de 'sexo seguro' y de las campañas de jeringuillas limpias. Esto iba a convertirse en un gran asunto al final de la conferencia. Pero Brands se dio cuenta enseguida que no había forma de controlar a este montón de gente, feliz por fin de encontrarse juntos, después de tantos años de ser vilipendiados.

Después de desayunar, el paseo matinal por el canal, donde se reflejaba

el cielo azul y los pintorescos tejados de las grandes casas de ladrillo rojo, fue precioso, y me permitió tomarme tiempo para pensar sobre la serie de importantes acontecimientos que habían ocurrido en los días previos a esta conferencia. Por ejemplo, sólo dos semanas antes de la conferencia, había aparecido un artículo de Neville Hodgkinson en el Sunday Times, alentado por su entonces editor Andrew Neil. Dicho artículo causó conmoción ya que era el primero en cuestionar la hipótesis virus/SIDA en un periódico de tirada nacional en el Reino Unido. Fue el primero de una muy importante serie que buscaba llamar la atención sobre el debate disidente, tanto en el Reino Unido como en el resto del mundo. El primer artículo de Hodgkinson fue extenso, pero se me quedó grabada una cita de Harvey Bialy. Como editor de *Reappraising AIDS*, el periódico del Grupo para la Reevaluación Científica de la hipótesis VIH/SIDA, le dijo a Hodgkinson: 'La teoría del virus no ha producido nada. Los esfuerzos basados en su enfoque han dado tres resultados: una vacuna que no existe; AZT, que es genocidio iatrogénico; y el uso de condón, que es de sentido común.'[2]

Sólo tres días antes de la celebración de la conferencia, William Leith escribió un artículo en el *Independent on Sunday*, titulado 'New Theories, Old Prejudices', en el que describía las posiciones de Peter Duesberg y Luc Montagnier sombre el VIH y el SIDA:

Un grupo de científicos descubren algo nuevo, algo no ortodoxo, ¿y qué sucede? El establishment científico los repudia. … Esto ha sucedido históricamente. Por ejemplo, en 1859, un científico de Cambridge escribió en vísperas de la publicación de un nuevo libro: 'Aunque estoy totalmente convencido de la veracidad de las opiniones vertidas en este volumen … de ninguna manera espero convencer a naturalistas experimentados, cuyas mentes están provistas de multitud de hechos, todos vistos, durante muchos años, desde un punto de vista directamente opuesto al mío.' El científico era Charles Darwin.

¿Por qué la gente reacciona tan mal ante los nuevos descubrimientos científicos? Trata de imaginar cómo es: ahí estas tú, un científico atendiendo a sus ocupaciones, perfectamente feliz, aplicando tus viejas teorías y llevándolo todo muy bien. Entonces aparece alguien con una teoría genuinamente nueva. Tú no puedes simplemente añadirla a la vieja teoría. Las dos no pueden coexistir. … Como escribió Max Planck: 'Una nueva verdad científica no triunfa por convencer a sus oponentes y hacerles ver la luz, sino porque sus oponentes acaban muriendo y crece una nueva generación que está familiarizada con ella.

¿Es esto lo que estamos ahora viviendo? ¿Son Duesberg y Montagnier los Darwin o Copérnico de hoy día? Si sus teorías son correctas toda la cultura SIDA se pondría patas arriba. Si el VIH no es una necesaria o suficiente causa de SIDA, la multimillonaria industria de la vacuna contra el VIH sería dinero derrochado. La industria de los test del VIH, valorada también en millones de libras, sería una

maniobra de distracción … habría graves implicaciones para las organizaciones voluntarias del SIDA. La gente podría mostrase menos compasiva. La financiación del gobierno podría ser más difícil de justificar ante el votante.[3]

Al día siguiente, *The Times* publicó un importante artículo titulado 'AIDS and Truth'; El SIDA no mata de forma generalizada. … Peter Duesberg no es un excéntrico caprichoso' y seguía: 'La reacción contra el Profesor Duesberg ha sido tan histérica que los ha llevado, a él y a los que siguen su línea de razonamiento, al ostracismo, haciendo recordar el destino de Galileo ante la Inquisición. El artículo termina así:

Los intereses personales deberían tener siempre un interrogante sobre ellos, en particular cuando buscan aplastar los esfuerzos de científicos que, sinceramente, piensan de otra forma. La investigación del SIDA, como todos los descubrimientos científicos, debería empezar a partir del escepticismo, no del dogma. … Deberían dar la bienvenida a los escépticos con los brazos abiertos, ofrecerles las mismas condiciones, someter a cada una de las tesis al fuego de la argumentación y aceptar honestamente el resultado.'[4]

Con tal atención de los medios como telón de fondo, llegamos a pensar que, por lo menos, había llegado el día del entendimiento. Y hubo más. En el mismo número de *The Times*, Charles Bremner llenó una página entera con su perfil de Duesberg, bajo el título 'Cast out for an AIDS heresy.'[5]

Su extenso artículo cubrió los detalles, tanto personales como científicos, de la vida de Duesberg. Menciona el enfrentamiento Gallo-Duesberg y el hecho de que Gallo fuera descrito por amigos suyos como no ser capaz de discutir la hipótesis de Duesberg 'sin chillar'. Bremner resaltó también los mordaces comentarios de Duesberg acerca de las repetidas revisiones del periodo estimado de latencia para desarrollar SIDA.

Al principio, los expertos hablaron de meses desde la infección. Ahora dicen que se prevé que el 50% contraiga la enfermedad en una década. 'Es como mover los postes de una portería, o, en pleno Wimbledon, dedicarse a levantar la red porque estás perdiendo', dice el profesor con una de las metáforas que lo hacen eminentemente citable y tanto enfurecen a los críticos, quienes le acusan de utilizar los medios.

El artículo acaba describiendo la opinión de Duesberg:

El aumento de enfermedades tipo-SIDA es una consecuencia directa del abuso del cuerpo humano por la autoadministración de drogas tóxicas tales como la heroína, los nitritos, la cocaína, las anfetaminas y todo el arsenal de hoy en día. La conexión con la homosexualidad saltó por la explosión del consumo de drogas en los salvajes disturbios

de la liberación gay de la década de los 1970, dice. Sin embargo, ningún estudio ha investigado los efectos a largo plazo de las drogas psicoactivas en animales para compararlo con los periodos de tiempo y dosis empleadas por los pacientes de. SIDA. 'Lo que estoy diciendo es muy comprobable. ¿Por qué no hacemos los correspondientes test a las drogas callejeras y vemos cómo afectan al sistema inmune?

Así es como el Profesor Duesberg llega a su conclusión de que sexo seguro y agujas limpias, de por sí, no hacen nada para detener la expansión del SIDA. Una opinión que produce apoplejía entre los trabajadores del SIDA.

De vuelta a la conferencia, donde las cosas empezaron a calentarse con bastante rapidez. Luc Montagnier puso el balón en juego con un discurso de cuarenta y cinco minutos. Fue muy ortodoxo y sin nada nuevo que decir. Era obvio que Montagnier estaba nervioso. Después de haber aceptado venir a la conferencia, se encontraba ahora rodeado de disidentes y no quería verse muy identificado con ellos. Su posición sobre el VIH como la única causa del SIDA fue ambivalente. Seguramente lamentaba alguna de las cosas que nos dijo (en nuestra entrevista para *The AIDS Catch*) movido por el entusiasmo de ser el primero en descubrir cofactores del VIH. Desafortunadamente, su teoría de los micoplasmas había quedado en nada. Durante la conferencia quiso dejar absolutamente claro que, aunque hubiera dicho públicamente que el VIH podría no ser la única causa del SIDA, no había abandonado definitivamente el VIH; ni el campo ortodoxo. Habló también, con contundencia, en favor del AZT.

Llegados a este punto, a los organizadores de la conferencia les empezaron a entrar ganas de echase atrás. No querían ser vistos codo con codo con los disidentes, así que cuando Duesberg se levantó para hablar, decidieron concederle únicamente treinta minutos. Este era el gran momento de Duesberg, pero su intervención fue nerviosa y apresurada. A medio camino de su detallado discurso, apoyado con proyecciones para apuntalar sus pruebas, le hicieron señales para que concluyera. Él protestó, sin éxito, y le retiraron la palabra en lo mejor de su exposición. No obstante, recibió una ovación, con la audiencia en pie, y sus puntos más importantes fueron debidamente recogidos por Nigel Hawkes en *The Times*.[6]

Luego le llegó el turno de meter el gato en el palomar al Profesor Gordon Stewart. Predijo que no habría epidemia heterosexual de SIDA ni en Gran Bretaña ni en Estados Unidos. Dijo que, después de once años de experiencia en la propagación del SIDA, no había justificación para campañas alarmistas diciendo que todo el mundo estaba en riesgo. El número de mujeres infectadas por el SIDA, fuera de los grupos de riesgo, era muy pequeño. Sobre la base de esta evidencia, no se podía mantener

que hubiera o fuera haber una epidemia heterosexual. El Dr. Joe Sonnabend también se explayó contundentemente acerca de la 'criminal' supresión de las posibilidades de investigación que no tuvieran que ver con el VIH. Dijo que esta tragedia había sido ocasionada por el establishment de investigación del SIDA, y que esta distorsión de la verdad 'pudo haber causado sufrimiento y muerte a miles de personas'.[7]

Durante este tiempo, nuestro equipo de producción había sido contratado para hacer un programa para el espacio bandera en asuntos de actualidad de Thames TV, *This Week*, basado en torno a la conferencia de Ámsterdam y centrado en si los heterosexuales estaban, o no, de hecho, en riesgo de contraer SIDA a través del sexo convencional. Pero, de nuevo, la mano dura de la oposición intervino. La semana antes de Ámsterdam y, literalmente, días antes de empezar el rodaje, Paul Woolwich, editor de *This Week*, retiró su compromiso con el programa. Su carta rezaba:

El Department of Health y el "Terrence Higgins Trust" le han dicho a This Week*, en términos meridianamente claros, que, fundamentalmente, desconfían de ti. … No tendrían problema alguno si* This Week *hiciera el programa sin la participación de Meditel. Ambos citan el fallo del BCC, en el que se considera que tu empresa tergiversó injustamente las opiniones de varios científicos del establishment. Su personal de relaciones con la prensa dijo que era improbable que quisieran enviar a alguien para el programa, pero que, al menos, estaban preparados para conceder una audiencia a* This Week.

Woolwich continuaba diciendo, 'Ya no estoy convencido de que podamos realizar un programa equilibrado sobre un tema controvertido, y sería periodísticamente irresponsable por mi parte seguir adelante'[8] Adiós a la independencia de los medios de comunicación. Pero, afortunadamente no estábamos completamente amordazados. También nos había encargado informes sobre la conferencia el productor italiano Stefano Gentiloni, de RAI 2, y Joanne Sawicki, de Sky News.

Pudimos así arrinconar a Luc Montagnier. Para nuestra sorpresa, cada vez se aproximaba más a desacreditar al VIH como factor inevitable del SIDA. Aunque creía que el VIH era necesario para el desarrollo del SIDA, abiertamente admitió que no todo el mundo con VIH progresaría a SIDA. Dijo, 'Estamos viendo a personas que fueron infectadas hace nueve, diez o más años –diez a doce años, y todavía gozan de buena salud. Sus sistemas inmunitarios todavía funcionan. Y no es probable que esas personas desarrollen SIDA más adelante.'[9]

El Profesor Robert Root-Bernstein, cuya rigurosa investigación en la Universidad del Estado de Michigan sobre hipótesis alternativas para la

causa del SIDA, le había llevado a concluir recientemente una búsqueda en la literatura de prostitutas con supuesto VIH/SIDA, fue enérgico al expresar sus dudas acerca del riesgo de transmisión heterosexual del SIDA:

Se han realizado docenas de estudios en todo el mundo sobre si las prostitutas desarrollan VIH o SIDA, y todos y cada uno de esos estudios, sea en Europa o en los Estados Unidos, ha demostrado definitivamente que las prostitutas que tienen VIH o desarrollan SIDA son, casi sin excepción –hay algunas, pocas, excepciones- usuarios de drogas intravenosas. Si no consumen drogas, no adquieren ni VIH ni SIDA –y trabajan con la misma clientela.[10]

Root-Bernstein continuó expresando su indignación por la forma en que la investigación científica se ha encerrado a sí misma, durante tanto tiempo, sólo en la teoría de que el VIH es la causa del SIDA.

La indignación viene cuando pienso en la gente que se está muriendo. Porque ésta no es una cuestión de, simplemente, forzar la investigación para convencer a otros científicos. Ésta es una cuestión en la que, cada mes que pasa, tenemos varios cientos o miles de personas que mueren y que podrían haber recibido ayuda si hubiésemos hecho la investigación con anterioridad, o hubiésemos convencido a más gente para moverse en esa dirección.[11]

VIH y Contaminación en Laboratorio

Mientras íbamos en el coche por la carretera que conduce al aeropuerto de Schiphol, tuve la ocasión de preguntarle a Montagnier sobre su respuesta a uno de los escandalosos shows de la saga VIH-SIDA. ¿Fue él la única fuente original del aceptado aislamiento del virus VIH? ¿Pudiera ser que el aislamiento del virus que se afirmó haber sido descubierto independientemente en el Reino Unido, fuese también un contaminante del virus LAV de Montagnier, al igual que el de Gallo, quien afirmó haber aislado el VIH en los Estados Unidos, cuando era nada más que un contaminante del LAV? Estaban en juego millones de libras y el asunto está todavía sin resolver.

Durante años, Duesberg nos había estado diciendo que los llamados aislamientos del VIH que llevaron a la obtención de patentes separadas eran de hecho el mismo y único LAV del laboratorio de Montagnier (a saber, la disputa Gallo/Montagnier), el cual, siguiendo la práctica acostumbrada se compartió, y finalmente contaminó los cultivos celulares en los laboratorios del anfitrión. La contaminación no es nada extraño. Había ocurrido en el laboratorio de Myron Essex en Harvard, cuando Gallo reivindicó que había encontrado nuevas cepas de VIH, aislado de

una mujer africana y de un mono verde africano. Todo resultó ser contaminación en laboratorio del conocido VIS (virus de la inmunodeficiencia simia), proveniente de unos monos del zoo local. La contaminación de cultivos celulares se puede dar vía objetos de cristal o mediante partículas virales en gotitas en suspensión que penetran la atmósfera de las campanas usadas para su manipulación. Incluso una pequeña cantidad de un virus contaminante puede entrar en un aislamiento nuevo y dominarlo.[12]

En el Reino Unido, un equipo británico de virólogos dirigido por Robin Weiss y Richard Tedder afirmó haber aislado su propia, diferente cepa de VIH, de un paciente del "Royal Marsden Hospital". Lo llamaron CBL-1 (en sus siglas en inglés), por el Laboratorio Chester Beaty, del que Weiss era director) y presentaron solicitud de patente para el test en 1986. La patente es propiedad del "Institute of Cancer Research" y tiene licencia para la "Wellcome Foundation". Hasta 1991, el principal test usado en el Reino Unido para rastrear la sangre estaba basado en este aislamiento. Gano el premio Queen's Award for Technology en 1987. En 1990, Wellcome había vendido varios millones de estos test al precio de una libra esterlina cada uno.

En enero de 1991, Steve Connor escribió un artículo, meticulosamente investigado, en el *Independent on Sunday*, 'Lio millonario sobre el test del SIDA'. Su encabezamiento lo dice todo, 'Una organización voluntaria contra el cáncer y una empresa farmacéutica británica se enfrentan a tener que pagar millones de libras al instituto de investigación francés [Montagnier's Instituto Pasteur] a causa de una posible disputa sobre patentes en relación al test sanguíneo del NHSpara el SIDA.' Connor va directamente al núcleo del problema: 'Los investigadores que inventaron el test sanguíneo creen ahora que puede que no hayan hecho un nuevo descubrimiento. A causa de una confusión del laboratorio, temen haber usado un descubrimiento del Institute Pasteur, de París, contraviniendo un acuerdo escrito entre los Institutos francés y británico.'[13]

Parece ser que Weiss afirmó haber realizado todos los controles necesarios para su aislamiento, pero sus hallazgos habían sido 'acallados' por el Cancer Institute (propietarios de la patente) y Wellcome (los poseedores de la licencia). Una semana después del artículo de Connor, Robin Weiss confirmó en *Nature* la gran semejanza entre su aislamiento y el de Montagnier. Admitió que ambos cultivos fueron usados en su laboratorio al mismo tiempo y dijo, 'No puedo excluir la posibilidad de una contaminación cruzada.'[14]

Esto tiene inmensas consecuencias. Después de reabrir su disputa de

1991 con Gallo, en los Estados Unidos*, y demandar una mayor compensación por lo que él afirmó fuera una apropiación de su virus por parte de Gallo, Montagnier pudo ahora dirigir su artillería contra el Reino Unido y reclamar la devolución de millones de libras por los ingresos que fueron a parar a los bolsillos de la Wellcome, de Weiss, de Tedder y del NHS por el 'aislamiento' realizado en el Reino Unido. Es decir, fuera por error o no, era bastante probable que Weiss hubiera dicho que el virus de Montagnier era suyo. De acuerdo con John Maddox, 'Weiss tuvo la honorabilidad de escribir para explicar su error,'[15] pero hubiera sido un gesto más honorable si pudiera haber explicado su error antes, no después, de que Steve Connor escribiera sobre el tema en el *Independent on Sunday*. Hubiera sido más honorable si hubiera admitido haber retenido información acerca del CBL-1 durante tres años, mientras gozaba de patente para ello, junto con la "Wellcome Foundation".

Volviendo al taxi con Montagnier, en Ámsterdam, yo quería descubrir qué le parecía todo el asunto y si emprendería alguna acción contra el Reino Unido. Corrían rumores de que tan pronto como el Instituto Pasteur hubiera arreglado la situación de Estados Unidos con Gallo, iniciaría los procedimientos en el Reino Unido. Según íbamos por la autopista a Schiphol, le conté a Montagnier que habíamos estado siguiendo de cerca la situación de Weiss/CBL-1. A la vista de la admisión de Weiss en *Nature*, ¿iba a dirigir su artillería contra el Reino Unido? Pareció sorprendido por la pregunta y frunció el ceño. Sonrió enigmáticamente, y dijo, 'Robin Weiss está ahora mismo trabajando en el Instituto Pasteur. Quizás me lo encuentre en el pasillo y tenga una charla con él.'

Es crucial que el asunto de los aislamientos de Weiss y Gallo se resuelva, y no simplemente por razones de sanción legal o beneficio financiero. Hasta hoy, el VIH no ha sido nunca verdaderamente aislado. Lo identifican, con el riesgo constante de contaminación, a través de complejos cultivos celulares y secuenciación en laboratorio, que producen una serie de anticuerpos a proteínas que se dice son específicas del VIH (esto es, se dice que aparecen si el VIH está presente). Pero como veremos más adelante, si el edificio entero del VIH está construido sobre el mismo aislamiento (el de Montagnier) y las bases de la prueba de su existencia dependen de artefactos de laboratorio producidos por la manipulación de cultivos celulares y secuencias, todo ello podría arrojar dudas sobre la

* En julio de 1994, los americanos aceptaron darle al Institute Pasteur una mayor participación en las ganancias por el resto de vida de la patente del test del SIDA de Gallo/INH. Esto fue considerado por el Institute Pasteur como el reconocimiento oficial de que el virus fue aislado en sus laboratorios en 1983 (*Newsweek*, 25 July 1994).

identificación e incluso la existencia misma del VIH. (Ver capítulo 14).

Contragolpe de los Barones del SIDA

La Conferencia de Ámsterdam, esencialmente, fue predicar para los conversos en aquella pequeña iglesia. Pudo haber convertido a unos cuantos, pero, de hecho, lo que provocó fueron nuevas oleadas de antagonismo. La reacción del establishment médico fue dramática. El 15 de mayo, el día anterior al inicio de la conferencia, el Dr. D. A. Rees sacó un comunicado de prensa que echaba humo. Su encabezamiento rezaba 'Hablar sin ton ni son cuesta vidas'. Comenzaba así:

En la prensa ha surgido una epidemia de artículos irresponsables e imprecisos, centrada en torno a una conferencia 'alternativa' del SIDA, en Ámsterdam. Estos artículos hacen públicas las afirmaciones del Profesor Peter Duesberg en relación a que el VIH no causa SIDA. Lo citan como diciendo que el SIDA 'no es una enfermedad infecciosa y no es una enfermedad de transmisión sexual'. Le conceden la tribuna de la prensa y tiempo de emisión para sus declaraciones acerca de que el sexo seguro no ha impedido un solo caso de SIDA; y transmiten su opinión de que el medicamento AZT es 'SIDA por receta'. Estas declaraciones representan un cóctel letal de falsedades e ignorancia. … El sugerir, como hace Duesberg, que un sexo más seguro no es útil en la lucha contra el SIDA es una irresponsabilidad cercana a lo criminal.[16]

En la conferencia había habido una diferencia esencial entre la opinión de las facciones de Duesberg y de Sonnabend sobre el tema del sexo seguro. Sonnabend y su grupo, incluido Michael Callen, cuestionaron el VIH como causa del SIDA y creían que múltiples infecciones, transmitidas sexualmente, podrían deteriorar el sistema inmunitario y causar el síndrome (AIDS). Estaban, por lo tanto, comprometidos con las campañas de 'sexo seguro' (las cuales reivindicaron haber comenzado) y el uso de condones; y tenían ganas de conseguir el apoyo de Duesberg.

Duesberg cree que el cuerpo es únicamente presa de la infección después de que el sistema inmunitario ha colapsado por el ataque tóxico de drogas (intravenosas y otras, así como algunos medicamentos) y otros factores inmunosupresores, como las transfusiones de sangre y la inyección del Factor VIII de coagulación para los hemofílicos. Este colapso permite que las infecciones oportunistas se hagan con el cuerpo indefenso. En pocas palabras, el colapso del sistema inmunitario está causado por factores tóxicos, no infecciosos. Aun manteniendo que los condones son importantes para evitar enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, la opinión de Duesberg era que el sexo seguro no había impedido ni un solo caso de SIDA, y que por concentrarse exclusivamente

en sexo seguro y agujas limpias como prevención contra el SIDA, la gente estaba siendo tranquilizada con un falso sentido de la seguridad, la cual, según su punto de vista, era totalmente engañosa y equivocada. Se llegó a un punto muerto entre las dos facciones.

La conferencia acabó con agrios intercambios de acusaciones. Sin embargo, durante toda la semana, los argumentos clave que cuestionan al VIH como la causa del SIDA habían sido transmitidos por teletipos y faxes, e impresos en todo el mundo. En el resumen de Lauritsen, esta reunión había producido muchas cosas buenas. 'El genio ha salido de la botella en Europa,' escribió 'y las ortodoxias del SIDA ya nunca serán las mismas. … Millones de personas son ahora conscientes de que importantes científicos, provistos de poderosos argumentos, disputan el dogma oficial de que el SIDA es una entidad única causada exclusivamente por un retrovirus llamado "Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)".'[17]

En el Reino Unido, la reacción inmediata a la conferencia fue deprimentemente previsible. El Dr. Kenneth Calman, Oficial Jefe Médico del Departamento de Salud, dijo que las opiniones de Duesberg 'han sido discutidas en profundidad y rechazadas. … Mi punto de vista, apoyado por la gran mayoría de la opinión médica y científica, es que la evidencia de que el VIH causa SIDA es abrumadora.' Sin embargo, hacia el final de este mismo artículo, Calman dice, 'Tenemos que aprender mucho más acerca del VIH y del SIDA. Todavía no entendemos completamente el proceso exacto por el que la infección con VIH progresa a SIDA, o por qué la enfermedad no se desarrolla a la misma velocidad en cada uno de los infectados. Necesitamos investigar más. Esto no cambia la conclusión principal de que el VIH causa SIDA.'[18]

La reacción en las revistas médicas y científicas después de la conferencia fue, en general, hostil. El 23 de mayo, el *Lancet* publicó un artículo de Jaap Goudsmit, un científico holandés que asistió a la conferencia, quien, junto con Roel Coutinho y Frank Miedema, se habían mostrado muy contrarios a la hipótesis de Duesberg. Coutinho y Miedema directamente lo habían abucheado, llegando incluso a burlarse de él con muecas. Una tarde, cuando las sesionas habían terminado, Duesberg fue invitado a reunirse con Coutinho, Miedema y otros, en una habitación de la parte de arriba de la iglesia, para una discusión improvisada. Se convirtió en un ataque a Duesberg en el que le gritaron por estar equivocado. Cuando Duesberg remarcó lo absurdo de una situación en la que nunca se había demostrado que un retrovirus pudiera causar enfermedad en humanos, que ahora éste (VIH) se supusiera que no sólo causa enfermedad, sino que te puede matar en diez años, ellos simplemente respondieron: 'Bueno, éste lo hace.'[19]

A Goudsmit le concedieron dos columnas completas en el *Lancet* para descartar los argumentos de Duesberg, sin ofrecerle a este espacio alguno para su respuesta. Que el director de *Lancet* decidiera permitir a Goudsmit, un científico comprometido con el establihsment del SIDA, que hiciera un resumen de toda la conferencia, sin hacer lo propio con ninguno de los eminentes científicos disidentes allí presentes, parecía un gran error. Escoger de entre todos a Gaudsmit, además, fue de verdad un error muy serio. En la conferencia nos habíamos enterado de que un año antes, la propia investigación de Goudsmit sobre el VIH había entrado en una gran zona de sombra. Él y su colega Henck Buck publicaron que habían encontrado una forma de bloquear la infectividad del VIH. Su trabajo fue remitido a cuatro investigaciones universitarias distintas, las cuales finalmente demolieron todas las afirmaciones vertidas en el mismo. En un artículo en *Science*, Felix Eijenraam describió cómo Buck fue aliviado de sus obligaciones como deán de facultad y presidente del departamento de química orgánica de la Universidad Técnica de Eindhoven, y cómo la Facultad de Medicina de la Amsterdam University halló a Gouldsmit culpable de hacer declaraciones injustificables, de selección sesgada de datos y de presentación engañosa de los hechos.[20] Cuando escribí una carta a Lancet para puntualizar la reciente experiencia de Goudsmit, el editor adjunto David Sharp contestó, al cabo de un mes, que *Lancet* 'no podrá disponer de espacio para ella. A la vista de la feroz rivalidad, simplemente no encontró un sitio.'[21]

La repetida supresión de toda información que pudiera ser crítica con el establishment del SIDA ya no era sorpresa para mí. Hubo más. Después de la indignación de los Profesores Klug y Perutz, de Cambridge, a causa de nuestro programa *The AIDS Catch*, los acontecimientos de Ámsterdam fueron, una vez más, demasiado para ellos. Así, junto con otros dos científicos, el Premio Nobel Cesar Milstein y Abraham Karpas, todos encolerizados, escribieron al *Independent*:

*Desafortunadamente, la importancia dada a las opiniones de Duesberg hace dos años, en un programa de televisión de Channel 4 (*Dispatches*, 13 junio 1990), y ahora reforzada con la reciente llamada Conferencia Alternativa del SIDA, celebrada en Ámsterdam, sirve únicamente para acelerar la expansión del virus.*

Dado que todas las evidencias médicas y científicas indican, más allá de cualquier duda, que el VIH es la causa del SIDA, esperamos que su periódico continuará educando al público en la medida en que sea necesario hacerlo.[22]

Yo era consciente del fuerte compromiso con la hipótesis VIH de tres de los firmantes (Klug, Perutz y Karpas). Abraham Karpas nos había dicho,

en una entrevista filmada, que había desarrollado su propio aislamiento del VIH y su test, en el cual estaba interesada una empresa japonesa, y que había remitido al NHS para su utilización en los pacientes de SIDA. Tenía conocimiento también de que Klug y Perutz estaban participando en una investigación en marcha sobre el VIH, en los laboratorios MRC, de Cambridge. Allí habíamos contado cuatro importantes proyectos basados en el VIH, entre ellos: proteínas reguladoras del VIH-1, agentes anti-VIH, y agentes nucleósidos antivirales-VIH. (Más tarde descubrimos, a través de la serie de contundentes cuestiones sobre el AZT y el SIDA del diputado laborista George Galloway, puestas sobre la mesa en el parlamento británico (House of Commons) en mayo de 1993, que entre 1989 y 1993, el gobierno había proporcionado al MRC un total de 68 millones de libras esterlinas, para investigación del VIH y el SIDA.)[23]

Decidimos responder a las acusaciones en el *Independent*. Un artículo de Steve Connor, publicado en el *Independent* en acompañamiento a la carta del grupo de científicos de Cambridge, nos había atacado específicamente a nosotros, al *The Times* y al *Sunday Times* por nuestra información sobre la conferencia de Ámsterdam. Así pues, habiendo discutido el asunto con el entonces editor de The Times, Simon Jenkins, escribí dos cartas al editor del *Independent*, Andreas Whittam Smith, defendiendo nuestra actuación. Dichas cartas sugerían que hubiera sido más justo si se hubieran declarado los intereses de los firmantes. Rechazaron la publicación de las dos.[24]

Jenkins estuvo de acuerdo en que le pidiera a Whittam Smith que trasladase el asunto al defensor del lector de su periódico, Sir Gordon Downey, quien más tarde sería comisionado parlamentario para estándares. La respuesta de Sir Gordon fue breve: 'Su sugerencia de que los firmantes de la carta publicada el 20 de mayo, por su investigación en ese campo, deberían 'declarar un interés', no es merecedora de mayor consideración. Si ellos no hubieran tenido experiencia directa, sus cualificaciones para hacer comentarios se hubieran visto muy reducidas.'[25] Sin embargo, Jenkins no dejó la cosa ahí. Escribió una carta privada a Whittam Smith en la que expresaba su preocupación de que, en ciertas áreas de investigación médica, donde están invertidas grandes sumas de dinero procedente del gobierno, y a menudo relacionadas con empresas farmacéuticas, los editores deberían tener la precaución de pedir una declaración de intereses.[26]

Es comprensible que cualquiera que esté muy involucrado en un tema desee dar a conocer su experiencia, y el hecho de que puedan recibir compensación económica por su trabajo en ese campo en particular, de ninguna manera impugna su integridad ni los descalifica para ser escuchados. Lo importante es que se declaren y conozcan sus intereses.

Nuestra frustración tenía su origen en el hecho de que cualquier ortodoxo podía tener una audiencia, o podía publicar sus cartas, en tanto que las nuestras eran rechazadas. Y si nosotros pedíamos que se declararan los contactos de nuestros críticos, financieros o profesionales, con la financiación de la investigación del VIH, éramos ignorados.

---

[1] Robert Root-Bernstein*, Rethinking AIDS*, The Free Press, New York, 1993.
[2] *Sunday Times*, 26 April 1992.
[3] William Leith. *The Independent on Sunday*, 10 May 1992.
[4] *The Times*, 11 May 1992.
[5] Ibidem.
[6] *The Times*, 15 May 1992.
[7] Neville Hodgkinson, *Sunday Times*, 17 May 1992.
[8] Paul Woolwich, carta a Joan Shenton, 8 May 1992.
[9] 'Alternative AIDS Conference', Meditel Productions, emitido en Sky News, May 1992.
[10] Ibidem.
[11] Ibidem.
[12] *Nature*, vol. 349, 31 January 1991.
[13] *Independent on Sunday*, 20 January 1991.
[14] Robin Weiss, carta*, Nature*, vol. 349, 31 January 1991, p 374.
[15] John Maddox, carta a Joan Shenton, 12 February 1991.
[16] MRC comunicado de prensa, 15 May 1992.
[17] *New York Native*, 15 June 1992.
[18] *Sunday Times*, 24 May 1992.
[19] *Lancet*, 23 May 1992.
[20] *Science*, vol. 251, 22 March 1991, pp. 1422-3.
[21] David Sharp, carta a Joan Shenton, 1 July 1992.
[22] *Independent*, 20 Mayo 1992.
[23] William Waldegrave, respuesta a pregunta por escrito de George Galloway, House of Commons, 12 May 1993, OPSS Ref: 1992/93/1-0695.
[24] Joan Shenton, cartas a Andreas Whittam Smith, 21 and 26 May 1992.
[25] Sir Gordon Downey, carta a Joan Shenton, 18 June 1992.
[26] Simon Jenkins, conversación personal, June 1992.

Capítulo 10

'SIDA y África'

Rakai, Uganda: ¿El Epicentro del SIDA?

Los seres humanos estamos llenos de retrovirus, y ni el VIH ni ningún otro, por sí mismos, suponen ningún tipo de amenaza. Lo que no es decir que no exista el SIDA –sólo que el VIH no lo causa.

Dr Kary Mullis, Nobel Prize winner, Chemistry, 1993[1]

Algo en el suelo se revolvió bajo una ligera manta de algodón. Habíamos dejado la intensa luz del sol en la plaza del pueblo y nos adentramos en la oscuridad de una pequeña casa de barro y paja. Allí yacía Najemba. Delgada como un palo, trató de levantarse con mucha dificultad, al tiempo que nos miraba con impotencia. Nuestro guía, Yassin Balinda, tradujo rápida y quedamente al Luganda, lenguaje nativo de Najemba. 'No puedo caminar,' dijo ella. 'Mira mis piernas.' Retiró la manta y vimos la infección cutánea en sus piernas. Algunas zonas estaban en carne viva e inflamadas, otras tenían enormes costras. El hermano de Najemba, Gerald, nos contó que todo el pueblo pensaba que Najemba tenía SIDA. Pero ella nunca había visto un médico ni nunca se había hecho test de ningún tipo. 'Aquí, delgadez (nombre que en el este africano dan al SIDA) es la fórmula para todo,' dijo Gerald. 'Cuando alguien muere lo llamamos delgadez.' Gerald nos explicó que, cómo él tenía que alimentar a su esposa e hijos, muchas veces no tenía comida suficiente para darle a Najemba, pero hacía poco que se las había arreglado para conseguir antibióticos para la infección cutánea de Najemba. Le había desaparecido, pero ahora el hospital del pueblo había empezado a cobrar por las medicinas de la OMS y no podía permitírselas.

Yo estaba viajando con la periodista Celia Farber. Las dos rebuscamos en nuestros bolsos y con el dinero suelto que encontramos le compramos el equivalente a una pauta de antibióticos. Estaba decidida a volver al pueblo en unos meses sin el equipo de televisión, pero no esperaba volver a ver a Najemba viva.

El pueblo de Rakai no estaba en nuestro itinerario autorizado por el Ministerio de Salud de Uganda, pero hicimos una visita sin autorización para descubrir lo que estaba sucediendo en esta área que el mundo estaba llamando 'epicentro del SIDA'. Aunque parecía descuidado, no era un

pueblo fantasma. Había hombres, mujeres y niños moliendo en la polvorienta calle y en la plaza. Llegamos a un bar que servía cerveza y bebidas sin alcohol. Celia decidió ir a la plaza del pueblo y eso hizo que se encontrara con Gerald, quien finalmente nos llevó a Najemba. Entretanto, yo había permanecido en el bar y entablado conversación con unos trabajadores voluntarios metodistas que estaban levantando una escuela en el pueblo. 'El problema,' dijo uno de ellos, 'no es tanto el SIDA, es el hecho de que aquí la gente no tiene suficiente para comer. Están muriendo de desnutrición.'

Cuando, de vuelta a casa, relaté esta historia a mis amigos, la reacción fue: 'Pero ¿cómo pueden estar muriendo de hambre? Mira tus fotografías, se ven campos verdes, árboles y tierra fértil. ¿No podrían vivir de la tierra?' Ésta es una discusión clásica. ¿Cómo van a vivir de la tierra si no tienen semilla alguna?, ni una azada entre todos; si para evitar morirse de hambre se han comido las semillas que tenían reservadas de la cosecha del año anterior. El desesperado estado nutricional de la gente que vivía en Rakai había sido reconocido por el presidente de Uganda, Yoweri Musseveni, justo la semana anterior. Su discurso describiendo la necesidad de suministro de alimentos y de ayuda con la agricultura, había copado los titulares de las noticias en los periódicos.

La planificación de nuestro viaje de investigación había empezado varios meses antes, cuando David Lloyd, de Channel 4, había sugerido que centráramos en África nuestros esfuerzos de investigación del SIDA. Aceptó adelantarnos dinero para nuestra propuesta película *AIDS and África*. Lloyd quería que nos acompañase un médico, o un científico, en calidad de observador occidental. Escogí al Dr. Harvey Bialy, editor científico de *Bio/Technology*, quien había trabajado muchos años en África como experto en enfermedades tropicales. Bialy ya llevaba tiempo preocupado por la forma en que se culpaba a África del SIDA y, en particular, por el número cada vez mayor de artículos de investigación chapuceros, escritos por investigadores del SIDA occidentales acerca del África sub-Sahariana.

Ya en 1988, en una entrevista con Drew Hopkins para *City Week*, Bialy dijo:

No hay literatura científica del SIDA en África. Lo que hay es cien por cien ad hominen, basura anecdótica. Apenas hay un solo artículo de alguna sustancia que haya salido de la llamada epidemia de SIDA en África. Durante mucho tiempo había creído que lo que estaba siendo clasificado como SIDA en África, un cuadro de enfermedades completamente diferentes a lo que se estaba llamando SIDA en occidente, era, de hecho, nada más que un nuevo nombre para un conjunto de viejas enfermedades. Las

enfermedades a las que se les está llamando SIDA, son enfermedades clásicas africanas en poblaciones que han sufrido esas infecciones por un largo tiempo. Cuando eso se reajusta en términos de terribilísimamente mala sero-epidemiología, en relación al llamado virus del SIDA, el cuadro se torna desalentador o. al menos, estadísticamente desalentador. Toda noción de SIDA africano es un error. ¿Por qué existe tal cosa como el llamado SIDA africano? ¿Tenemos acaso SIDA americano, SIDA asiático, SIDA francés?[2]

Por esas fechas, los Drs. Anton Geser y Glen Burbaker habían hecho público el manuscrito de su artículo titulado 'AIDS in Africa: an alternative hypothesis', cuyo párrafo de apertura decía:

El presente artículo propone una hipótesis alternativa, de acuerdo a la cual el SIDA no es una enfermedad nueva en África (ni en ningún otro sitio), y el VIH no es la causa del síndrome, sino simplemente un virus pasajero que prospera con mayor libertad en huéspedes inmunodeprimidos. Esta nueva hipótesis se aplica al problema del SIDA en África y se señalan incuestionables consecuencias de las opiniones alternativas, de las cuales, la más importante es que la devastadora epidemia de SIDA que se predice para África no ocurrirá.[3]

El artículo advierte que, incluso después de la introducción de criterios más amplios para el diagnóstico del SIDA en África, como 'slim disease' (enfermedad de la delgadez extrema) y la definición de caso clínico acordado por la OMS en Bangui, por el que una combinación de síntomas como fiebre durante un mes, diarrea y tos seca podría llevar a un diagnóstico confirmado de SIDA, el número de casos reales de SIDA en África se mantuvo bajo. Geser y Burbaker continúan: 'En los cinco países con más casos reportados, las cifras acumuladas a mediados de 1987 fueron: Uganda 1.138, Tanzania 1.130, Ruanda 705, Kenia 625 y Zaire 335.'

Planeé un viaje de exploración que incluyera a los países que habían recibido más dinero de ayuda exterior para la investigación. El viaje nos llevó a Bialy, Farber (quien estaba escribiendo un artículo sobre el SIDA)[4] y a mí a Costa de Marfil, y luego, hacia el este, a Uganda, Tanzania y Kenia. En cada uno de estos países visitamos hospitales y laboratorios, hablando con científicos, médicos, pacientes y trabajadores de la salud, algunos de los cuales estaban comprometidos con la hipótesis virus/SIDA, y también hablamos con un sorprendente número de ellos que no lo estaban. Íbamos a explotar al máximo la vasta experiencia de Harvey Bialy en África; sus credenciales de biólogo molecular y sus impresiones del cuadro actual del SIDA después de nuestra amplia investigación, viajaban con nosotros. Así fue como, más tarde, Harvey Bialy puso el tono para nuestra película:

'Tanto desde mi conocimiento de la literatura como desde mi experiencia personal sobre la mayoría de los llamados centros del SIDA en África, no puedo encontrar evidencia creíble y convincente de que África esté en medio de una epidemia nueva de inmunodeficiencia infecciosa.'[5] Volví más tarde sobre mis pasos cuando retorné con nuestro equipo de filmación; pero bien merece la pena que recordemos otro aspecto resaltable de nuestro viaje de investigación.

Philippe Krynen, que estaba trabajando en Bukoba, Tanzania, para una organización benéfica llamada "Partage", había enviado un fax a nuestro hotel en Kampala para decirnos que deberíamos encontrarnos con él en la frontera de Uganda con Tanzania. 'Es demasiado difícil pasar con el coche,' escribió Krynen, 'mejor dejarlo y caminar a través de tierra de nadie hasta donde hay un árbol. Estaré debajo de él, dijo. Y así fue, blue jeans, botas de cowboy y camisa abierta; un hombre ágil e inquieto, con agudas facciones que mostraban determinación y una energía inagotable, Krynen estaba furioso por la forma en que las cifras del SIDA estaban siendo distorsionadas y exageradas en su área, alrededor de Lago Victoria, y había tenido éxito en conseguir que un pueblo entero se presentara voluntario para hacerse un test y 'llegar a la verdad'. Había acudido con algunos miembros de su equipo así que nos reunimos en una pequeña estancia donde vendían cerveza y refrescos. Allí hablamos durante horas de su trabajo y del enfado que tenía por la forma en que sus comunidades se estaban desmoralizando, y debilitando físicamente, a causa de las campañas de terror a la plaga del SIDA. Fue en esta reunión en la que Krynen nos contó que anunciaría los resultados de su propia encuesta sobre el VIH en la próxima conferencia internacional africana sobre el SIDA en Yaoundé, Camerún. Acordamos vernos allí y filmar su intervención.

¿Por Qué se le Echó la Culpa del SIDA a África?

Hacia mediados de la década de 1980, todo el mundo había aceptado que el SIDA tuvo su origen en África. Fue el Dr. Kevin de Cock, del "Institute of Hygiene and Tropical Medicine", quien puso el balón en juego sugiriendo que el SIDA era 'una vieja enfermedad africana'.[6] A continuación, Robert Gallo, acompañado de su colega Max Essex subió al estrado y presentó la hipótesis del mono –que un virus del mono verde africano había dado un salto entre especies infectando a humanos y posteriormente se había extendido por todo el mundo.[7] Después, el Dr. Anthony Pinching, del "St. Mary's Hospital" - Londres, apuntó la noción de que la población de África central tenía una predisposición genética a la infección con VIH.[8] Más tarde, el científico de Cambridge, Abraham

Karpas, atrajo la atención a un oscuro trabajo antropológico en el que el autor afirma que era costumbre local, a orillas del Lago Victoria, que hombres y mujeres se inyectaran a sí mismos en los genitales sangre de mono a modo de afrodisíaco.[9] En el año 1992, cuando la mayoría de los científicos habían abandonado subrepticiamente la conexión africana, el Profesor Roy Anderson, del Imperial College-London, todavía estaba afirmando que: 'El virus del SIDA, casi con toda seguridad, se desarrolló en África.'[10]

Estas teorías no tienen base científica alguna. Fueron retazos de pura especulación por parte de los 'guardianes del saber', pero hicieron un daño inimaginable a África y a su gente. Al final, Pinching admitió que su teoría estaba basada en datos erróneos.[11] La teoría del mono fue completamente descartada cuando biólogos moleculares japoneses descubrieron que el virus del mono verde (SIV) difería en más del 50% con el VIH. Concluyeron que no había relación genética entre el virus humano y el del mono.[12] El Dr. Alan Cantwell, escribiendo para el *New African* dice:

El origen africano del SIDA ha sido desmentido por varios estudios epidemiológicos. Cuando un equipo de científicos liderado por J. W. Cantwell analizó la sangre de personas mayores, sexualmente inactivas y viviendo en hospitales geriátricos de Kampala, capital de Uganda, se encontró con que ninguno de los ancianos había dado positivo a los anticuerpos del VIH. Este estudio de 1986 concluyó que el virus no había estado por Uganda en muchos años.[13]

Otro importante estudio del Profesor G. Hunsmann, jefe de virología e inmunología de la Universidad de Göttingen, pudo utilizar más de 6.000 muestras de suero, congeladas y almacenadas, de toda África central. El estudio concluye, 'menos de un uno por mil de los sujetos eran seropositivos para SIDA en el momento de la toma de muestras, antes de 1985, y no respalda la hipótesis de que la enfermedad se originara en África.'[14] El 0.1 por ciento de VIH positivos en la población general de África era realmente muy bajo. Incluso más bajo que la cifra estimada de personas VIH positivo por esas fechas en USA, que representaba entre el 0.2 y 3% de la población.

Hay dos libros que cubren bien este terreno, abordando tanto temas científicos como actitudes racistas involucradas en la asociación del SIDA con África –*What is AIDS*? Del Dr. Feliz Konotey-Ahulu[15] y *AIDS, Africa and Racism*, de Richard y Rosalind Chirimuuta.[16] Konotey-Ahulu llevaba algún tiempo preocupado por los reportes falsos sobre el SIDA en África, y después de un viaje por ese continente, realizado en 1987, escribió en el *Lancet*: "Por qué parece que los medios de comunicación de todo el mundo

hayan conspirado con algunos científicos para comportarse de modo tan gratuitamente extravagante con la falsedad?"- esa era la cuestión principal en la mente de los inteligentes africanos y europeos que me encontré en mi gira."[17] Richard Chirimuuta describió perfectamente cómo el hecho de 'culpar a África' llevó a una sarta de absurdas y perjudiciales especulaciones acerca de la 'conducta africana'.

Hubo muchísimos ejemplos, uno de ellos es que los africanos daban a sus hijos monos muertos para que jugaran con ellos a modo de juguetes; y también todas esas tonterías acerca de lo mucho más promiscuos que eran los africanos en relación con el resto de los humanos. Podría seguir y seguir… Que los africanos creen que la única cura para el SIDA es acostarse con mujeres virgen, siendo esa la razón por la cual el SIDA estaba tan extendido. La mayoría de estas especulaciones estaban basadas en racismo o prejuicios raciales hacia los africanos. Las alegaciones referentes a que los africanos eran más promiscuos que el resto de la especie humana eran infundadas. Científicamente, no tenían ningún sentido. De hecho, cuando enviaron equipos de investigadores, sociólogos y antropólogos a África, se quedaron sorprendidos de que los africanos fueran en realidad mucho más conservadores en sus prácticas sexuales.[18]

El efecto en cadena de todas esas especulaciones ociosas por parte de gente como Gallo, Essex, Pinching y Karpas tuvo consecuencias muy serias. Llevó al ostracismo y aislamiento de estudiantes africanos con becas en el extranjero, a una fiebre de pruebas del VIH en África por parte de gobiernos extranjeros y proyectos universitarios de investigación, metiéndose en las salas, tomando muestras de sangre, enviándolas por avión a analizar y retornando con estimaciones burdamente exageradas acerca de la incidencia del VIH y el SIDA en el país y en el continente. Todo esto llevó a un enorme flujo de dinero procedente de agencias de ayuda e instituciones tales como la "Overseas Development Agency" (Reino Unido), MRC, Comunidad Europea, OMS, USAID, los NIH, los "Centers for Disease Control" e innumerables organizaciones no gubernamentales, quienes a cambio abrieron laboratorios de pruebas, iniciaron programas de educación sexual u organizaron la distribución de condones.

Toda esta desencaminada actividad trajo dos consecuencias desastrosas. Las estimaciones de seroprevalencia VIH y de SIDA se dispararon fuera de control, produciendo predicciones como las del Profesor Roy Anderson, del Imperial College-London, de una pandemia que llevaría a una reducción de población y a disturbios político-sociales en el continente africano.[19] Pero el efecto más grave fue la negligencia gradual con las verdaderas enfermedades mortales en África –malaria, TB e infecciones

parasitarias. No quedaba dinero, o quedaba muy poco para su control y para medicinas. Los 'evangelistas del condón' y los 'misioneros del sexo seguro', como les llamó Charles Geshekter, habían hecho su agosto, mientras se dejaba morir a más y más gente a causa de enfermedades tratables, por la falta de medicinas básicas.

Geshekter, Profesor de Historia de África en la Universidad del Estado de California-Chico, resume la situación con las siguientes palabras:

Los africanos mueren de 'síntomas-parecidos al SIDA' después de que sus sistemas inmunitarios han resultado debilitados por malaria, tuberculosis, cólera o infecciones parasitarias. Las enfermedades venéreas sin tratar pueden también afectar negativamente el sistema inmunitario de cualquier persona, dejando a la víctima susceptible de infecciones.

Llamar a estas muertes SIDA y afirmar que es endémico proporciona oportunidades tentadoras para las agencias de desarrollo, académicos e investigadores biomédicos que claman por más dinero e intervención estatal.

Perpetuar el mito de una 'epidemia de SIDA africano' causada por promiscuidad sexual acentúa la dependencia de los envíos de ayuda occidental para tests diagnósticos, equipamientos de esterilización de alta tecnología, personal médico y terapias farmacológicas.

Es la economía política de los países no desarrollados, no las relaciones heterosexuales, lo que pone en peligro las vidas africanas. Malas cosechas, pobreza rural, sistemas de trabajo migratorios, superpoblación urbana, degradación ecológica y la violencia sádica de las guerras civiles se cobran muchísimas más vidas. Cuando los servicios esenciales de agua, electricidad y transporte colapsan, las redes sanitarias públicas se deterioran y los riesgos de cólera y disentería aumentan. La pobreza es el mejor pronosticador de enfermedades definitorias de SIDA.[20]

Bukoba, Tanzania: Un Disidente del SIDA en Primera Línea

Los reportajes e imágenes de televisión habían supuesto un horror incesante. La OMS describió el África subsahariana como la zona con tasas más altas de infección por VIH en el mundo –una estimación de 1 de cada 40 adultos- y predijo que al final del siglo habría medio millón de muertes anuales. 'Está muriendo más gente' era la frase que oíamos siempre. Pero lo que descubrimos en nuestro viaje de investigación fue que no hay forma de comparar muertes de 'entonces' y de 'ahora' porque en ninguno de los países que visitamos se registran los fallecimientos. Sabíamos también que las cifras de VIH y SIDA se estaban inflando sobremanera por parte de las agencias internacionales y los funcionarios corruptos de los gobiernos. Las

agencias internacionales fueron inundadas con fondos para la investigación del SIDA en el Tercer Mundo y programas de educación sexual. Querían entrar en los países africanos, y coincidentemente, muchos funcionarios de salud africanos, con ganas de atraer ese dinero, estaban encantados de avivar las llamas del pánico al SIDA inflando sus estimaciones de las cifras de SIDA y VIH.

La inmensa mayoría de casos de SIDA en África no fueron diagnosticados a través del test VIH -eran demasiado caros para su uso generalizado. El SIDA era, y es, diagnosticado por las directrices establecidas por la definición de caso clínico de la conferencia de Bangui de la OMS. Es decir, no se les hacía el test VIH, sino que eran diagnosticados positivo o negativo sobre la base de una combinación de síntomas. Esto se llama diagnóstico supuesto. El problema fue que la combinación de síntomas requeridos para un diagnóstico de SIDA (fiebre prolongada, diarrea, tos seca) era indistinguible de los de las viejas enfermedades establecidas como TB y malaria.

Después del viaje de investigación, volvimos a filmar en diciembre de 1992. Una vez más Philippe Krynen nos esperó en la frontera de Uganda con Tanzania. Krynen y su esposa francesa, Evelyne, vivían en una casa en lo alto de una colina en la ciudad de Bukoba, con una magnífica vista sobre el Lago Victoria. Al lado de su casa se hallaba su pequeña clínica para niños enfermos. El equipo de Krynen proporcionaba asistencia médica, escolarización y apoyo para niños de quince pueblos esparcidos sobre una vasta región de más de mil millas cuadradas. Tanto era el miedo al SIDA en esta comunidad que Philippe había encontrado dificultades para generar el necesario apoyo comunitario para los niños. 'Cómo puedes pedir a gente que cree que va a morir mañana que se interese en el futuro que representan los niños? Se rinden, no invierten. No quieren trabajar en el norte de Kagera porque creen que van a morir de SIDA o a contraerlo.'[21]

Philippe y Evelyne estaban convencidos de que, si las personas VIH positivo recibieran el cuidado y apoyo correctos, se recuperarían. Esto es exactamente lo que sucedió con Lucy, una de sus jóvenes aprendices, huérfana. Lucy enfermó a causa de infecciones repetidas y perdió más de veinte libras de peso. Se encerró en sí misma y todo el mundo pensó que tenía SIDA. Philippe estaba tan preocupado por ella que la llevó al hospital local, descubriendo que había sido diagnosticada VIH positivo en un test de rastreo no confirmado. Philippe y su esposa decidieron apoyar a Lucy y ayudarla a recuperar su posición en la comunidad. La sacaron de su pequeño cobertizo, construyeron para ella una casa de cemento y le ofrecieron un trabajo con mayor responsabilidad y mejor pagado que el que tenía. Philippe relata:

Y lentamente, en cuatro o cinco meses, Lucy empezó a recuperarse, a engordar. … Y a causa de su aumento de peso, sus amigos de nuevo empezaron a mirarla de modo diferente, sin darla de lado y sin tenerle miedo, porque empezaban a preguntase si realmente tenía SIDA o no. Es muy raro que veas a gente que ha sido estigmatizada con SIDA y que, al cabo de unos meses, no se esté muriendo. Lucy fue una de las primeras personas que, gracias a que no nos guiamos por su etiqueta de SIDA, se recuperó y sirvió de prueba ante la comunidad de que te puedes recuperar de tales episodios.[22]

En tres test sucesivos Lucy resultó VIH negativo. Ella es sólo un ejemplo de la cantidad de estadísticas erróneas del VIH que tantos problemas y dificultades han causado a África, y de las inexactitudes de la prueba. Los test de rastreo iniciales, aunque no confirmados, habrían sido incluidos en las cifras de registro oficiales como VIH positivos. Krynen había decidido realizar su propia encuesta en la región e iba a anunciar los resultados en una conferencia de prensa en la próxima conferencia del SIDA en Camerún.

Las campañas de concienciación sobre el VIH habían llevado a la mayoría de la gente de la región a creer que estaban infectados; las publicaciones de la OMS habían fijado la cifra en más del 60%. Krynen no estaba convencido. Había advertido, por ejemplo, que, en los dos últimos años, el número de las llamadas muertes por SIDA en su área había disminuido. Decidió comprobar los hechos. Preguntó primero a sus 160 trabajadores si se presentarían voluntarios para test VIH de confirmación. De ellos el 5% dieron positivo. Luego un pueblo entero de 842 personas se presentó voluntario, resultando en un 13,8% de resultados positivos. Estas cifras eran sustancialmente más bajas que las estimaciones previas para esta región de Tanzania. Krynen nos dijo: 'Esta es la primera vez, en África, que un pueblo entero se ha presentado voluntario para que se les hiciera un test de una enfermedad mortal. La verdad es que los resultados han sido cinco veces más bajos que las cifras dadas por el Programa de Control del SIDA de la OMS.[23] Más tarde, Harvey Bialy confirmó sucintamente la posición de Krynen:

Algunos de estos test son tan poco específicos que entre el 80 y 90% de los resultados positivos son falsos positivos. Reaccionan a anticuerpos que no son específicos del VIH. Y cuando uno se da cuenta de que estos test se están promocionando en un contexto en el que tenemos que hacer la prueba a cuanta más gente mejor, el resultado inevitable es que África –las cifras de infecciones por VIH en África- van a resultar extremadamente exageradas y alimentarán una profecía autocumplida muy, muy mortal.[24]

Falsos Positivos en la Prueba del VIH

Una búsqueda por la literatura científica sobre el tema, en todo el mundo, demostró que las reacciones cruzadas podrían conducir a falsos positivos en personas con malaria, TB, lepra, leismaniasis, lupus, enfermedad de Chagas y enfermedad del sueño.[25] En 1991, siete de cada diez donantes de sangre a los que se les había administrado la vacuna del virus de la gripe fueron declarados positivo a los anticuerpos VIH, pero cuando les repitieron la prueba resultaron negativo.[26] Un asombroso ejemplo de resultados falsos positivos está documentado en una carta al *Lancet* del Dr. Alexander Voevodin del "Institute of Pulmonology", de Moscú. En 1991, en una operación masiva de rastreo en Rusia, de 29,4 millones de test, 30.000 resultaron falsos positivos, con únicamente 66 confirmaciones.[27]

La confusión alrededor del diagnóstico clínico de SIDA avanzado (en oposición a dar un resultado positivo al test VIH) también estaba causando problemas. En una carta al *Lancet* de un grupo de médicos trabajando en Tanzania, Adrew Swai escribió: 'Nos preocupa que en pacientes con aparición reciente de diabetes se pueda pensar, erróneamente, que tienen SIDA'[28] Swai presentó el caso de un hombre con diabetes mellitus que casi se muere, a causa de que su médico lo estaba tratando como si tuviera SIDA y rehusaba hacer nada hasta que se conocieran los resultados del test VIH. 'En el África tropical, las enfermedades que cursan con fiebre son frecuentemente atribuidas a la malaria. Ahora, en algunos sitios, para médicos y público, SIDA es el diagnóstico de moda. Muchos pacientes con enfermedades tratables y curables pueden actualmente ser condenados sin la apropiada evaluación. La educación médica y pública sobre el SIDA, debería hacer hincapié en que los síntomas descritos como SIDA no son únicos de este síndrome.[29]

Hasta Myron Essex, un importante miembro del grupo de Gallo (dicho grupo era conocido como el Bob Club) en un principio encontró una incidencia muy alta de positividad VIH en Zaire. Las cifras tuvieron que rebajarse en un 70% cuando se demostró que en áreas donde el bacilo de la lepra era endémico, la reacción cruzada estaba dando un resultado VIH falso positivo.

Retorno a los Rakai: La Trampa de la Pobreza en África

Una vez concluida nuestra visita a Bukoba, nos dirigimos de vuelta a Uganda, decididos a volver a Rakai para ver a Najemba. En el camino, hicimos una parada en un pueblo llamado Kyotera, en donde nos habían dado algunos contactos. Habíamos oído que cada vez que llegaba algún visitante extranjero a esta zona, se ponía en práctica un show

cuidadosamente preparado. Reunían a todos los niños y les decían que levantaran la mano cuando les preguntaran si eran huérfanos. En Uganda, un niño se considera huérfano cuando uno de sus padres ha fallecido. Muchos de los niños que levantaban la mano eran verdaderamente huérfanos, otros medios huérfanos y otros no eran huérfanos (por ejemplo, si sus padres habían emigrado a trabajar en otra parte, dejándolos con sus abuelos). Las cifras de estas manifestaciones a mano alzada serían remitidas a las agencias de ayuda como prueba de una epidemia de SIDA entre adultos. Conocimos al funcionario del pueblo, Badru Ssemanda. Estaba indignado por la forma en que el SIDA estaba siendo manipulado en su área por razones perversas.

La gente está tratando de vivir de esto (SIDA). Creen que si le dan publicidad y lo exageran podrían aumentar la solidaridad de la comunidad internacional y obtener ayuda o asistencia. Necesitamos asistencia, pero sin engañar a nadie dando unas cifras de mortalidad que no son ciertas.[30]

Luego fuimos a inspeccionar el suministro local de agua; una poza hedionda al lado de las aguas residuales del desagüe del pueblo. Con la lluvia, el agua se contaminaba todavía más. Mucha gente no tenía electricidad o combustible para hervir el agua antes de beberla. Vimos a niños metiendo sus garrafas de plástico en el agua y llevándoselas en elegante equilibrio sobre sus cabezas. Pero estas aguas eran más peligrosas que cualquier supuesto virus. Estas aguas llevaban parásitos e infecciones que poco a poco podían destruir el sistema inmunitario de la persona más fuerte.

Habíamos quedado con Sam Mulondo, periodista radiofónico de Uganda, quien nos contó que cuando la gente desarrollaba diarrea u otras infecciones, tenían tanto miedo de que fuera SIDA que algunas veces empeoraban y morían. 'La gente se muere psicológicamente. … Una persona que simplemente contrae malaria, tiene miedo de ir al médico porque va a ser etiquetado como caso clínico de SIDA. … La gente se queda en sus casas. No van a buscar tratamiento de ningún tipo.'[31]

Esa misma tarde iba a ver cómo los estragos de la guerra civil, durante la pasada década, habían dejado a este pueblo, y a toda la zona, sin infraestructuras sociales o médicas de ningún tipo.' Nuestro conductor, Yassin Balinda, me contó que había sido comandante de pelotón de las fuerzas de liberación que avanzaron a través de este pueblo, desde Tanzania, para derrocar al presidente Idi Amin. Yassin se ofreció a llevarme a dar una vuelta por la ciudad. Según pasamos por un cine al aire libre me entró la curiosidad de saber por qué había más gente sentada fuera de los

muros del cine que dentro. Enseguida vi una nube de insectos aturdidos por las luces del cine y cayendo al suelo. La gente de afuera del cine, entusiasmada, los cogía del suelo y los metía en tazas. 'Langostas' dijo Yassin. 'Son una exquisitez local. Se comen fritas y son muy nutritivas y sabrosas.'

En el centro del pueblo, Yassín nos mostró varios edificios inclinados, resquebrajados y acribillados. 'Eso lo hicimos nosotros.' Comentó. 'Tuvimos que hacerlo porque pensábamos que dentro había francotiradores. Finalmente nos dimos cuenta de que toda la ciudad estaba desierta. Todo el mundo había huido hacía el bosque y todos los edificios públicos, hospital, clínica y dispensario habían sido abandonados. No quedaba nadie. Estuvo así durante mucho tiempo.' Al día siguiente, según caminaba por la plaza de Rakai, mi corazón empezó a acelerarse. ¿Seríamos capaces de encontrar a Gerald, el hermano de Najemba? ¿Estaría ella viva? Entonces vimos a Gerald que venía a nuestro encuentro. Después de los saludos, rápidamente le pregunté '¿Cómo está Najimba?' 'Está en el platanar,' dijo Gerald. 'Voy a llamarla. Está muy débil y le han dicho que tienen que abandonar su casa.' Najemba caminó lentamente hacia nosotros, respirando con dificultad. Se sentó un momento con nosotros y nos enseñó cómo sus infecciones en las piernas habían desaparecido con los antibióticos. 'Cómo te sientes ahora?' le pregunté. 'No me siento demasiado mal, pero lo que no tengo es de algo para beber.'

Tristemente, nos contó que la habían echado de la casa que tenía en la plaza porque el pueblo pensaba que tenía SIDA, y también que iba atrasada en las mensualidades. Ahora estaba intentando construirse ella misma un pequeño cobertizo de barro en el platanar. La seguimos hasta allí y vimos que lo que Najemba estaba construyendo iba a ser su propia tumba. En la zona baja y húmeda del platanar, infestada de mosquitos de la malaria, se las había arreglado para levantar unas paredes de barro con un exiguo techo de palma. Le pedimos que calculara la cantidad a la que ascendería la compra de algunas medicinas y el pago de la renta de su antigua casa, por un año. Total 74 libras esterlinas. Se las pusimos en su mano y nos despedimos. Si Najemba muere, su muerte será achacada al SIDA, pero las causas reales, en mi opinión, habrán sido la indigencia, la crueldad y la humillación por el rechazo social de que ha sido objeto.

Antes de abandonar Rakai, subimos en coche hasta su pequeño hospital rural, situado en lo alto de una colina. Estaba completamente desierto –sin pacientes, ni personal y una gran sala vacía con las camas desmontadas apoyadas contra la pared. Esto era lo que llamaban epicentro del SIDA… y no había ni un solo paciente de SIDA a la vista. Oímos un sonido y nos dirigimos a una sala lateral donde se encontraba el único paciente –un bebé

de cuatro meses con convulsiones producidas por la malaria. La familia rodeaba la cama, unos en pie y otros sentados en el suelo con los pies recogidos, en un trágico y silencioso cuadro. Las medicinas del hospital no estaban dando resultados, el bebé necesitaba algo más fuerte que sólo se podía encontrar en el pueblo, a una hora en coche. Sí, había una enfermera con la que pudimos hablar, pero se había ido a la cama. Ella también tenía malaria.

Subí hasta una pequeña casa de la que salió una mujer a saludarme. Parecía muy enferma. Era la enfermera Namuburu Maxensia. El único miembro del personal del hospital. Le dije quienes éramos y parecía que le agradara ayudarnos, facilitándonos información. Enferma y todo, volvió con nosotros al hospital. Allí se dirigió a un gran armario de madera, con la puerta abierta, y nos mostró el stock de medicamentos proporcionado gratuitamente por el Essential Drugs Programme de la OMS. Estos medicamentos se entregaban gratis a los habitantes del pueblo, pero un nuevo plan obligó a cobrar un precio reducido –como si alguien en el pueblo pudiera permitírselo. Esa era la razón por la que Geral ya no podía conseguir antibióticos para ayudar a Najemba. La enfermera Maxensia nos contó que, antes de la introducción del nuevo plan, el hospital estaba lleno y algunas veces había más de cincuenta pacientes externos. 'Pero ahora tenemos pocos,' dijo con pesar, 'porque nadie puede permitirse comprarlos.'[32]

Melanie Wangler, nuestra directora de producción pasó en sombrero entre el equipo y conseguimos reunir el suficiente dinero para enviar al bebé enfermo al pueblo en una camioneta alquilada. En ese momento apareció un hombre en una motocicleta. Había subido hasta lo alto de la colina para saber lo que estábamos haciendo. Le dijo a la enfermera Maxensia que no teníamos permiso para estar allí. Le dimos las gracias a la enfermera y salimos rápidamente en dirección a la carretera de Kampala.

A escasas millas de Rakai, entre la desolación, nos fijamos en un seto bien recortado alrededor de una elegante casa con jardín. En el camino de acceso había un resplandeciente Toyota. 'Quién vive aquí?' pregunté a Sam Mulondo. 'La pareja americana que lleva el programa de asesoramiento sexual en Rakai,' contestó. Nos metimos por allí y encontramos a un hombre joven en la barandilla, en pantalones cortos y pendiente de oro, y a una mujer joven dentro de la casa. Ambos estaban absortos en sus portátiles. Intercambiamos saludos y marchamos rápidamente. Me sentía mareada. Allí estaban, 'los evangelistas del condón', disfrutando de la seguridad de su recito residencial. Los 'misioneros del sexo seguro' hacían salidas ocasionales, con su carga de condones abarrotando el maletero de su Toyota, para decirle al pueblo de Rakai que era su culpa si se ponían

enfermos por haber hecho el amor con una nueva pareja. Kampala, Uganda: ¿Están la TB y la Malaria Denominándose SIDA?.

Kampala, Uganda: ¿Están la TB y la Malaria Denominándose SIDA?

La calamidad de los bienintencionados, pero equivocados, occidentales redefiniendo los problemas de África e imponiendo sus soluciones, fue bien descrita por el ministro de salud de Uganda, Dr. James Makumbi:

Tenemos más de 700 organizaciones no gubernamentales operando en el área del SIDA en África. Esto es preocupante porque, aunque algunas de ellas están haciendo un muy buen trabajo, mi ministerio no es consciente de lo que están haciendo realmente muchas otras, y no hay manera de evaluarlas. Desafortunadamente, muchas de estas organizaciones vienen a toda prisa, recogen datos, se van con ellos y lo siguiente que sabemos es lo que vemos impreso en los periódicos. No hemos tenido ninguna participación. Parte del trabajo se ha hecho en áreas muy limitadas que no reflejan la realidad del conjunto del país.[33]

Como resultado de la redefinición del problema del SIDA, la malaria, una enfermedad curable, había sido gravemente descuidada, con recortes en la financiación para su control y tratamiento. En 1992, el presupuesto de la OMS para el control de la malaria fue menos de 57.000 dólares,[34] en tanto que la financiación para las agencias del SIDA superó los seis millones de dólares.

El "Mulago Hospital" tiene una larga tradición de excelencia en medicina tropical. Separado por escasos centenares de metros del edificio principal, de cemento y con seis pisos, es un complejo de cabañas bajas rodeado de una valla alta de alambre. Este es Old Mulago TB Hospital. El Dr. Martin Okot-Nwang, uno de los más destacados especialistas en tuberculosis, me mostró una de sus salas. Estaba preocupado por la errónea información procedente de las estadísticas del SIDA. Él aceptaba que los casos de TB se habían incrementado en los últimos años y explicó el porqué. 'Recientemente hemos sufrido una serie de guerras en este país, y eso ha llevado a un colapso de nuestros servicios de salud. Es sabido que después de la guerra y el hambre se produce un aumento de las enfermedades infecciosas o transmisibles, de las cuales la TB es un ejemplo.'[35]

El aumento de casos de TB en África ha llevado a algunos científicos a especular sobre que el VIH está haciendo a la gente más susceptible a la enfermedad y que los pacientes de TB que son VIH positivo presentan un

cuadro médico diferente –'adquieren más infecciones y mueren antes'. Sin embargo, es difícil encontrar alguna prueba de ello. Lo que está documentado es que los errores en la definición de caso clínico, es decir, la combinación de síntomas usados para diagnosticar SIDA sin un test VIH, han significado que muchos casos de TB han sido, equivocadamente, llamados SIDA. Okot-Nwang nos dijo:

Un paciente que tiene TB y es VIH positivo sería exactamente igual que un paciente que tiene TB y es VIH negativo. Clínicamente, ambos pacientes podrían presentar fiebre durante un largo periodo de tiempo; ambos pacientes podrían presentar pérdida de peso, ambos pacientes podrían presentar tos por un largo periodo de tiempo y en ambos casos la tos podría ser igualmente productiva. Por lo tanto, clínicamente, yo no puedo diferenciar entre los dos. Incluso cuando miro las analíticas encuentro similitudes entre los dos grupos.

En el pasado, solamente la TB extrapulmonar, no la TB de los pulmones (TB pulmonar), estaba clasificada como una enfermedad definitoria de SIDA por los US "Centers for Disease Control", pero la TB pulmonar se añadió a su lista en enero de 1993. Se lo planteé al Dr. Okot-Nwang. Simplemente se rió y dijo, 'Creo que, si incluyen la tuberculosis pulmonar como definitoria de SIDA, todas las TB de África –casi todas las TB de África- serán SIDA.'[36] Dejé al Dr. Okot-Nwang con sentimiento de pavor y el eco de sus palabras en mi cabeza. Si se le llama SIDA a todas las TB en África, cada vez más pacientes quedarán en total abandono 'porque de todos modos van a morir'. Si se hacen intentos de tratamiento volveríamos a ese viejo círculo vicioso –el dinero para la TB será desviado hacia asesoramiento sexual y condones- y no queda dinero para tratar la TB.

Yaoundé, Camerún: Conferencia Internacional del SIDA en África

La séptima conferencia internacional del SIDA en África (Yaundee-Camerún) fue realmente un gran evento que reunió a todos los dignatarios internacionales del circuito SIDA. Las fuentes ornamentales rociaban diminutas gotas de agua sobre las alargadas limousines conducidas por chóferes que entraban y salían de la explanada, yendo a buscar y trayendo embajadores, funcionarios de la ONU y de la OMS, 'científicos destacados' y representantes de compañías farmacéuticas.

Dentro, más de 2.000 delegados daban vueltas a lo que únicamente podría describirse como un 'bazar del SIDA'. Los estands vendían todo tipo de kits de test VIH, incluido el rápido de tiras reactivas; se ofrecían

curas para el SIDA; viñetas educacionales para sexo seguro; y en un estand central, con jóvenes señoritas en camiseta blanca que te ofrecían todos los imaginables tamaños y colores de condones que pudieras desear, un joven con traje negro mantenía en alto un gran pene tallado en color ébano, por el que lentamente desenrollaba un condón arriba y abajo.

Philippe Krynen había llegado para mantener una conferencia de prensa. La audiencia en este entorno de total compromiso con los estragos del VIH en África, era hostil. No obstante, él la mantuvo, aguantando ataques concertados de los funcionarios de la OMS y la brigada de evangelistas del condón. Informó de la encuesta que había dirigido en su región de Kagera, Tanzania. El número de muertes por SIDA en esta área había caído en los dos últimos años, dijo, y las estimaciones oficiales de positividad VIH habían sido enormemente infladas. En tanto que las publicaciones de la OMS daban la cifra de positividad del 60%, resulta que sólo el 5% de sus 160 empleados era positivo. Cuando practicó el test a todo el pueblo (842 voluntarios), sólo un 13,8 % dieron positivo.[37]

Estas cifras son más altas que las estimaciones de VIH positivos en occidente, que están por debajo del 1%, pero sustancialmente más bajas que las estimaciones previas para esta región de Tanzania. La razón para la supuesta mayor incidencia del VIH en África es que el ataque persistente a las defensas inmunes del cuerpo a causa de enfermedades, malnutrición y agua sucia produce un aumento de anticuerpos que pueden arrojar un resultado falso positivo de los tests VIH.

En enero de 1995, recibí una felicitación de Año Nuevo en una carta de Philippe Krynen, procedente de Bukoba. Desde su valeroso y honesto ataque a la ortodoxia africana del SIDA, había habido intentos de echarlo de Tanzania. Pidió amparo al presidente. 'El establishment del SIDA no ha sido capaz de librase de mi'. En su carta decía:

Ahora están tratando de librarse del programa [el proyecto Partage] en sí. ¿Por qué no tirar al bebé por el desagüe junto con el agua del baño? Pero no es tan fácil. Despreciables misivas enviadas desde Tanzania y Bruselas [la organización benéfica de Krynen, Partage había recibido fondos de la Comunidad Europea] se están traduciendo en la retirada de muchos patrocinadores. … Pero el dinero no lo es todo. El apoyo local, como respuesta a toda esta basura, se ha incrementado enormemente. A la larga estaremos mejor cuando a los laboratorios les retiren los fondos… Por lo que oigo desde mi bosque, el edificio VIH está seriamente agrietado y 1995 puede ser el año de su entierro.

En una carta posterior desde Bukoba, en octubre de 1997, escribió: 'Debido al fracaso de las predicciones, el SIDA es hoy percibido como un peligro menor para la salud.'

Abidjan, Costa de Marfil: Proyecto de los "Centers for Disease Control"-USA

Nuestra última parada fue Abidjan, Costa de Marfil. Sabíamos que Abidjan se había convertido en una de las rutas del contrabando de drogas desde Nigeria. Puesto que las prostitutas están normalmente en la primera línea del consumo de drogas, queríamos descubrir el efecto que esto pudiera estar teniendo en su estado de salud. Descubrimos que estaban consumiendo drogas duras, principalmente fumadas –concretamente heroína y cocaína, en sus peligrosamente adulteradas versiones. Esto constituía un fenómeno nuevo en África. Estas drogas se habían empezado a ver en Abidjan en los años 1985/6. Su consumo era epidémico entre ciertas clases de prostitutas y éstas eran las que estaban enfermando. Las prostitutas adictas a estas sustancias parecía que tuvieran SIDA, debido a su gran pérdida de peso y su aspecto exangüe -fruto de los efectos directos de las drogas y de gastar el poco dinero que tenían en ellas, en vez de en comida.[38]

Los "Centers for Disease Control", de Estados Unidos, habían establecido un importante proyecto de investigación en Abidjan, dirigido por el Dr. Kevin de Cock. Con el trabajaba la Dra. Georgette Adjorlolo, quien había realizado un proyecto de investigación de cinco años en la clínica de maternidad de Koumassi. Aunque se dice que en África hay más mujeres VIH positivo que hombres (50% del total, cuando en occidente es el 10%), lo que las mujeres no parecen estar demostrando es una frecuente progresión a SIDA.

La clínica VIH de Koumassi se encontraba en medio de una frenética actividad cuando llegamos. Mujeres hermosas y de aspecto saludable, vestidas con prendas impresas de vibrante colorido, desenvolvían a sus preciosos y regordetes bebés de sus arneses. Era difícil de creer que todas aquellas mujeres eran VIH positivo. Nos dijeron que el 80% de las madres VIH positivo de esta clínica estaban perfectamente bien. Conocimos y entrevistamos a dos madres, y el Dr. Severin Sibatilly comentó, 'En términos generales, las dos mujeres que acabamos de ver ahora mismo son asintomáticas. No tienen signos de SIDA, pero el problema es que no sabemos cuándo fueron infectadas. Lo que nos desconcierta es el hecho de que muchas de las mujeres clasificadas como negativo, cumplen las definiciones de SIDA.[39]

La Dra. Adjorlolo no tenía duda que el VIH era la causa del SIDA, pero también estaba confundida por las diferencias en la progresión a SIDA. 'Estas observaciones me llevaron a pensar que no es sólo el VIH, sino ciertos cofactores que aceleran el establecimiento de la enfermedad- y

puede que otros factores tales como nutrición e infecciones concurrentes.'[40] El Profesor Kassi Manlan, un alto funcionario de salud había llegado a una conclusión, en líneas generales, similar. 'El virus es únicamente un cofactor. Quizás pueda uno decir que la progresión a SIDA no es inevitable, que hay mucha gente que puede encontrarse con el virus de la inmunodeficiencia humana y que unos adquirirán SIDA y otros no.'[41]

Todo esto no tiene nada que ver con los mensajes lanzados desde las agencias internacionales acerca del VIH y SIDA, y que los africanos han estado recibiendo a lo largo de la década pasada. Los mensajes de radio con el sonido de fondo de tambores tocando a muerte –el VIH te atrapará, el SIDA te matará- inducían terror en el corazón de los oyentes.

SIDA Sin VIH

De toda la colección de rompecabezas, el más grande fue el aumento del número de casos de SIDA sin VIH, definidos sobre base clínica y *realmente documentados en las revistas científicas*. En septiembre de 1992, la carta de Duesberg en *Science* atrajo la atención en torno a los más de 800 casos documentados en Estados Unidos y Europa, diagnosticados clínicamente como casos de SIDA libres de VIH, y más de 2.200 en África, los cuales cumplían la definición de la OMS para el SIDA. Puede que haya más, dijo Duesberg; señalando que solamente alrededor del 50% de todos los casos de SIDA reportados por los "Centers for Disease Control" (CDCs) habían sido sometidos al test del VIH, con diagnósticos basados únicamente en los síntomas de enfermedad. De los que realizaron la prueba, el 5% nunca mostró rastro del VIH.[42]

Es más, la investigadora del SIDA Michelle Cochrane, que trabajaba en Berkeley, había descubierto que podría haber muchísimos más casos de SIDA sin VIH: Si una persona en San Francisco tenía síntomas de SIDA, pero el test era negativo, no entraría en las estadísticas oficiales a menos que volviera para confirmación de su estatus VIH negativo, lo cual, por supuesto, rara vez sucedía, porque la mayoría de esos casos no volvían nunca y, por lo tanto, no aparecían en las estadísticas.[43] De este modo, dos estudios africanos demostrando que hay SIDA sin VIH son relevantes aquí. En Ghana, de 227 pacientes con pérdida de peso, diarrea, fiebre crónica, tuberculosis y enfermedades neurológicas, después de los test de anticuerpos y test suplementario de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), 135 (59%) resultaron VIH negativo.[44] En los estudios de Kevin de Cock, en tres hospitales de Abidjan, más de un tercio de los casos *no* considerados SIDA bajo la definición de síntomas de Bangui, eran VIH positivo, y un tercio de los casos que si se podían calificar de SIDA eran

VIH negativo.[45]

Cuando nos encontramos con Kari Brattegaard, al frente del laboratorio de Kevin de Cock, nos contó que había practicado el test de anticuerpos VIH habitual (ELISA) a varios pacientes con la enfermedad del sueño y había obtenido un 70% de resultados VIH positivo. Pero cuando intentó confirmarlos con un segundo ELISA, resultó que todos los test fueron negativos. Más a mi favor para nuestro eventual encuentro con de Cock. Mi entrevista con él fue, como mínimo, algo conflictiva. Le pregunté cómo podía explicar los 2.400 casos documentados de SIDA, en su estudio y en otros, que resultaron ser VIH negativo. 'Si estamos hablando de SIDA quizás deberíamos descartar esa palabra y hablar de enfermedad VIH. De acuerdo. Está muy claro lo que es la enfermedad VIH. Ahora, no es una sorpresa que la constelación de síntomas, signos e infecciones oportunistas, ocasionalmente –ocasionalmente- se den en personas sin infección por VIH.' El Dr. de Cock sostuvo que los casos VIH negativo pudieron haber parecido SIDA, pero eran simplemente enfermedades que cayeron en la red al recoger el número de pacientes con propósitos de investigación (datos de vigilancia), no para el cuidado del paciente. La parte relevante de nuestra entrevista merece ser grabada.

P: Esos 2.400 casos, a todos los efectos, se denominaron SIDA en toda la literatura. Sin embargo, usted está diciendo que no se les debería haber llamado SIDA. Pero eran idénticos al SIDA. Usted está diciendo entonces que…

R: (Dr. de Cock) Pero eran VIH negativo.

P: ¿Está usted entonces diciendo que hubo 2.400 errores de diagnóstico?

R: Está hablando usted… -estamos hablando acerca de la calidad de los datos de vigilancia.

P: Los casos documentados de SIDA en estado avanzado que, realizado el test, resultaron VIH negativo.

R: Bien, entonces no son casos SIDA. No son SIDA en la forma que hablamos acerca de la enfermedad VIH.

P: Pero se les denominó SIDA en los documentos. Se les llamó casos clínicos de SIDA definición de Bangui. ¿No es así?

R: Sí, por supuesto. Ninguna definición, particularmente una que se base en la clínica, va a ser perfecta.[46]

El comentario de Bialy sobre esta entrevista fue: 'Cuando uno tiene cuadros clínicamente idénticos, uno con anticuerpos VIH, otro sin anticuerpos VIH, llamar a uno SIDA y al otro no SIDA es patentemente absurdo. Es prueba irrefutable de que el VIH no es necesario para la presencia de SIDA, excepto por definición.'[47] La OMS prefirió decir las cosas de manera diferente. Cuando el número de casos de SIDA sin VIH supuso un problema en la conferencia mundial del SIDA en Ámsterdam, y los periodistas se aferraron al hecho de que los CDC y los NIH habían pasado por encima de estas cifras, el Programa Global del SIDA de la OMS convocó una reunión en Ginebra para discutir el asunto. La reunión fue presidida por el Dr. Kevin de Cock. Anunciaron que los casos de SIDA sin VIH eran causados por un problema genético que podría llevar a una inmunodeficiencia irreversible. A esta nueva inventada enfermedad le dieron un nombre: linfocitopenia idiopática de las células CD4 (ICL). Idiopática significa 'de causa desconocida', o sea, en esta recién etiquetada enfermedad sólo se describe el hecho de que las células CD4 están siendo eliminadas por causas desconocidas y causando deficiencia inmunitaria.

Anthony Fauci, entonces director de la investigación del SIDA en los NIH de Estados Unidos dio sus razones para confirmar que la ICL (o SIDA sin VIH) era diferente del SIDA con VIH. Éstas eran que la ICL era heterogénea y afectaba a muchas más mujeres que aquellas con una enfermedad similar más VIH (descritas como SIDA)[48] Rápidamente, Duesberg redujo a cenizas la teoría de Fauci en la revista Bio/Technology, al recordarnos que el VIH es aceptado por la ortodoxia como causa de más de veinticinco enfermedades heterogéneas; y sobre el tema de las mujeres, llamó nuestra atención acerca del hecho, que la ortodoxia también acepta, de que el VIH causa el SIDA africano, donde el 50% de los supuestos casos VIH positivo, son mujeres. Por lo tanto, no hay diferencia entre ICL (SIDA sin VIH) y lo que se denomina SIDA.[49]

La incertidumbre que ha habido en la ciencia alrededor del SIDA en África nunca ha sido adecuadamente divulgada. A los africanos les han martilleado la cabeza durante más de una década con una terrorífica certeza: que el VIH los matará. El efecto ha sido como el del brujo apuntando con el hueso –miles y miles de personas han muerto innecesariamente, traumatizadas psicológicamente, estigmatizadas y desatendidas. La última palabra desde África le corresponde al Dr. Martin Okot-Nwang: 'Lo que mantiene la energía de un hombre para que siga haciendo lo que hace es la esperanza en el futuro. Pero si tú me dices que soy VIH positivo, tú me estás transmitiendo el mensaje de que voy a morir, lo que me roba la energía necesaria para enfrentar el futuro.'[50]

A finales de 1995, el *Sunday Times* había publicado un artículo de Steve

Connor, uno de nuestros críticos más implacables, titulado 'Se predice una disminución global del SIDA'. Connor escribió:

Los científicos están reexaminando sus predicciones acerca de la epidemia de SIDA, después de descubrir que la explosiva expansión del virus ha descendido en Uganda, uno de los países más afectados del mundo. [Además], la espectacular caída en el número de jóvenes infectados en Uganda sigue las tendencias a la baja en Gran Bretaña y Tailandia, lo que hace crecer la esperanza de que la epidemia mundial se puede revertir.[51]

---

[1] Entrevista de Kary Mullis con Russell Schoch, *Newsweek*, 17 August 1992.
[2] Drew Hopkins, *City Week*, 17 October, 1988.
[3] Anton Geser y Glen Burbakere, 'AIDS and Africa: An Alternative Hypothesis'. Artículo no publicado, 1988.
[4] Celia Farber, *'Out of Africa'* partes 1 y 2, *Spin Magazine*, March and April 1993.
[5] *AIDS and Africa, Dispatches*, Channel 4, 1993.
[6] Kevin de Cock, *British Medical Journal*, vol. 289, 1984, pp. 306-8.
[7] Robert Gallo, 'Virus Hunting, AIDS cancer and the human retrovirus', A New Republic Book, Basic Books, (Harper Collins) 1991, pp 226-8.
[8] L.-J. Eales, J. M. Parkin y A.J. Pinching, *Lancet*, vol.1, 2 May 1987, pp. 999-1002.
[9] Jad Adams, *AIDS: The Myth, Macmillan*, 1989, p. 179.
[10] R. M. Anderson y Robert May, 'Understanding the AIDS Pandemic'. *Scientific American*, May 1992.
[11] L.-J. Eales, K. E. Nye y A. J. Pinching, *Lancet,* vol. 1, 1988, p 936.
[12] C. Mulder, 'Human virus not from monkeyes', Nature, vol. 333, 2 June 1988, p. 396.
[13] Alan Cantwell, *New African*, October 1994.
[14] G. Hunsmann, *British Medical Journal*, vol. 293, 27 September 1986.
[15] Dr. Felix Konotey Ahulu, '*What is AIDS?*', Tetteh-A'Demeno Co., Watford, England, 1989.
[16] Richard y Rosalind Chirimuuta, *AIDS, Africa and Racism*, Free Association Books, London, 1989.
[17] *Lancet*, 25 July 1987, pp. 206-7.
[18] *AIDS and Africa, Dispatches*, Channel 4, transcripción del programa, 1993.
[19] R. M. Anderson, 'The spread of HIV-1 in Africa, sexual contact patterns and the predicted demographic impact of AIDS', *Nature*, vol. 352, 15 August 1991, R. M. Anderson, Lecture, Imperial College, London 'The AIDS Pandemic', 3 November 1992.
[20] Charles Geshekter, *New African*, October 1994.
[21] *AIDS and Africa*, op. cit.
[22] Ibidem.
[23] Ibidem.
[24] Ibidem.
[25] Felix Konotey-Ahulu, *British Medical Journal*, vol. 294, 20 June 1987, pp. 1593-4; O. Kashala et al. *Journal of Infectious Diseases*, vol. 169, February 1994, pp. 296-304; B. L. Bermas, *AIDS Research and Human Retroviruses*, vol. 10, nº 9, 1994; *American Medical Association,* vol. 260, 19 August 1988, p. 260*; New England Journal of Medicine,* vol. 318, 18 February 1988, pp. 448-9*, Lancet,* 28 October 1989, pp. 1023-5*;* M. Fraziano y V. Colizzi et al*., AIDS Research and Human Retroviruses,* vol. 12, nª6, 1996, pp. 491-6*;* Barthel and Wallace*, Sem. Arthrit. Rheumat.,* vol. 23, 1993, pp. 1-7.

[26] *Journal of the American Medical Association*, vol. 268, 1992, pp. 1015-17.
[27] Alexander Voevodin, *Lancet*, vol. 339, 20 June 1992.
[28] Andrew Swai, *Lancet,* 21 October 1989.
[29] O. Kashala et al., *Journal of Infectious Diseases*, vol. 169, February 1994, pp. 296-304.
[30] *AIDS and Africa*, op. cit.
[31] Ibidem.
[32] Ibidem.
[33] Ibidem.
[34] Dr. Betty Mpeka, *AIDS and Africa*, op. cit.
[35] *AIDS and Africa*, oop. Cit.
[36] Ibidem.
[37] Ibidem.
[38] Harvey Bialy, *AIDS and Africa*, op. cit.
[39] Ibidem.
[40] Ibidem.
[41] Ibidem.
[42] Peter Duesberg, *Science*, vol. 257, 21 September 1992, p. 1848.
[43] Michelle Cochrane, conversación personal.
[44] O. Hishida et al., *Lancet*. Vol. 340, pp 971-2.
[45] K. M. de Cock et al., *British Medical Journal*, vol. 302, 1991, p. 1206.
[46] *AIDS and Africa*, op. cit.
[47] Ibidem.
[48] A. Fauci, *New England Journal of Medicine*, vol. 328, 1993, pp. 429-31.
[49] P. Duesberg*, Bio/Technology*, vol. 11, August 1993, pp. 955-6.
[50] *AIDS and Africa*, op. cit.
[51] Steve Connor*, Sunday Times*, 10 December 1995.

Capítulo 11

"Diario de un Disidente del SIDA"

Batalla de Berlín: La Conferencia Mundial del SIDA en Berlín

Creo que la verdad puede ser postergada, desviada, rechazada por aparentemente largos períodos de tiempo; pero creo que es como la energía. No creo que se pueda destruir. Es más bien como un avión en patrón de espera. Finalmente tiene que aterrizar en alguna parte.

Celia Farber[1]

Puedo recordarme, tendida sobre mi espalda, en el frío suelo de baldosa del porche de la casa del primo de Héctor. Era pasada la medianoche, en una tranquila zona residencial de Berlín. Héctor estaba fumando un cigarrillo, apoyado en la barandilla. Nos estábamos recuperando de la ola de hostilidad y odio que nuestra presencia estaba creando en la Conferencia Mundial del SIDA de Berlín de 1993. Habían pasado ya casi dos años desde que el Dr. Héctor Gildemeister se había unido a nosotros. De niño, él había pasado algún tiempo en Berlín, antes de establecerse en Inglaterra y finalmente graduarse por la Universidad de Oxford con un doctorado en bioquímica. Según Michael se unió, también lo hizo Héctor, brindándonos el apoyo de su considerable intelecto y su perpetuo estado de indignación por la inutilidad de la hipótesis virus/SIDA y de sus seguidores. Desde 1987, las conferencias mundiales del SIDA habían ido de aquí para allá y nosotros simplemente nos enterábamos por los periódicos. Esta vez, decidimos estar allí para observarlas y filmarlas. De esta manera nació una nueva película, "*Diario de un Disidente del SIDA"*, y casi a base de 'padrenuestros', puesto que esta vez nos habíamos encomendado a la financiación en red.

Las dos principales razones de nuestra presencia en Berlín eran, por un lado, representar las opiniones de varios destacados científicos que cuestionaban el VIH como causa del SIDA -deliberadamente no invitados a la conferencia- y por otro, para señalar que el AZT, actualmente administrado a personas VIH positivo, estuvieran enfermas o no, era extremadamente tóxico y se había demostrado en estudios recientes que

no aportaba ningún beneficio. A estas alturas, nosotros habíamos pasado de simples observadores a distancia del discurso científico, a defensores de una de las partes.

Esta transición no fue bien recibida por los periodistas médicos, quienes, como cualquier otro periodista, prefieren informar de conflictos en vez de meterse en el fregado ellos mismos. Pero en nuestro caso, la virulencia de la oposición a nuestro cuestionamiento de la opinión generalizada fue tan dura que, para defender nuestra integridad, nos vimos obligados a profundizar en los hechos y problemas derivados de la alternativa de nuestros antagonistas. Y cuanto más profundizábamos más preguntas pedían a gritos una contestación. Y encima de esto, la verdad sea dicha, nos pareció completamente desagradable, por no decir alarmante, la velocidad y facilidad con la cual los científicos, cuya ética debería depender de curiosidad y cuestionamiento, podían cerrar sus mentes al cuestionamiento de una hipótesis que, por ahora, en el mejor de los casos, no había conducido a ninguna parte.

Según nos acercábamos a Berlín, tomé conciencia de que íbamos a enfrentarnos a 14.000 delegados que creían que el VIH causaba el SIDA, y a cientos de representantes de empresas farmacéuticas, con enormes intereses financieros depositados en la hipótesis virus/SIDA. Parecía David frente a Goliat. En nuestra primera tarde nos encontramos con el grupo de disidentes de Berlín, reunido en la acera de un café, con el más destacado disidente de todos ellos, Peter Duesberg. Irónicamente, estaba en Berlín para visitar a su madre. Como es de suponer, no había sido invitado a la conferencia y tomó un vuelo de vuelta a Berkely al día siguiente.

Llevábamos con nosotros una selección de impresionantes dosieres de información, incluyendo copias de "*Rethinking AIDS*" con contribuciones de destacados científicos, entre ellos el ganador del premio Nobel Kary Mullis; todas ellas cuestionando la hipótesis virus/SIDA. Teníamos también el último artículo publicado de Duesberg, con sus 523 referencias.[2] Nos advirtieron que no los expusiéramos en la sala de prensa y los organizadores de la conferencia nos los confiscaron rápidamente. Éste fue el comienzo de una serie de sucesos que ponían de manifesto el ambiente de censura que impregnaba la conferencia, asfixiando cualquier intento de un debate abierto que pudiera cuestionar al VIH como causa del SIDA y amenazar al establishment.

En la apertura de la conferencia de prensa, el presidente, Profesor Otto Habermehl, hizo una declaración importante, cuyo significado pudo haber pasado desapercibido a la mayoría de los presentes. La ortodoxia, hasta ahora, había mantenido firmemente que, si tú tenías VIH, desarrollarías

SIDA y morirías. Pero por primera vez, en un foro abierto como aquel, Habermehl dijo que no todo el mundo que tenía VIH progresaría a SIDA. El 8 de junio fue uno de los días más calurosos del año en Berlín. Afuera del local de la conferencia estaba Christian Joswig, uno de los disidentes de Berlín, como un bravo centinela, exhibiendo una pancarta en protesta contra la Wellcome y el AZT. Dentro del inmenso complejo con aire acondicionado, Robert Gallo estaba dando su gran discurso, al que seguiría una conferencia de prensa.

Éste fue el día en que íbamos a enfrentarnos a Robert Gallo. Escuchamos su discurso en la sala de prensa, donde los periodistas, ansiosos por llevarse una pequeña esperanza en la batalla para derrotar al supuesto virus mutante, miraban a los monitores de TV con un aire de perpleja estupefacción; allí el popurrí de lenguaje de mistificación viral de Gallo se mezclaba con grandes dosis de ilusión. 'Para el futuro, es una excitante posibilidad teórica. … En un futuro esto podría tener efectos espectaculares. … Imagínense, teóricamente, si eso funcionara, qué gran paso adelante sería.' No había nada a lo que agarrarse, nada acerca de lo que escribir a casa y, ciertamente, nada para llenar una columna de periódico. Era como intentar comer sopa con un tenedor.

La conferencia de prensa estaba siendo igualmente soporífera – adulación mutua a raudales. Entonces, me tocó a mí. Me puse de pie y cité la opinión de Root-Bernstein, de que hacía finales de siglo sabríamos todo lo que hubiera que saber sobre el VIH, pero nada acerca del SIDA. Mencioné también la opinión de Duesberg en cuanto a que ninguna de las predicciones basadas en la hipótesis VIH se había hecho realidad, y de que no había habido expansión heterosexual del SIDA. No era hora de encontrar financiación para un total replanteamiento de la hipótesis virus/SIDA, que no estuviera determinado por la inacabable búsqueda de nuevos, inútiles y perjudiciales medicamentos antivirales? A muchos de mis colegas periodistas se les oyó sisear en abierta desaprobación. Gallo paró por un momento. Se mesó sus cabellos en fingida exasperación y contestó con enfado: 'Creo que el Dr. Bert Root-Bernstein no sabe de lo que está hablando.' 'Exijo una respuesta en condiciones' tuve que gritar todo lo alto que pude ya que habían apagado mi micrófono. Gallo indicó al presidente de la sesión, el funcionario de prensa Justin Westhoff, que quería seguir hablando:

La respuesta es que creo que él [Root-Bernstein] está equivocado. Y creo que cualquier persona racional que esté observando esto con detenimiento y cuidado, ha llegado a la misma conclusión –que está equivocado. Yo no influyo en la financiación, no soy el director del Instituto. Yo hago mi trabajo, yo trabajo sobre el VIH y la causa de esta

enfermedad. Así lo he venido haciendo desde 1984. Si usted y el Dr. Bernstein no lo creen, que así sea. Hagan su trabajo sobre lo que ustedes creen es la causa y no me molesten.[3]

Muchos sabíamos que el Dr. Gallo había estado bajo investigación, durante tres años, por parte de la Federal "Office of Research Integrity" de Estados Unidos, y que, en diciembre de 1992, había sido declarado culpable de mala praxis científica por sus pares, una acusación contra la que, en aquel momento, él estaba apelando. Le llegó el turno de preguntar a nuestro colega holandés Robert Laarhoven. '¿Podría usted decirme si el Dr. Gallo fue aceptado como un invitado clave de esta conferencia antes, o después de haber sido hallado culpable de mala praxis, y si después, cree usted que es aceptable tener a un científico que ha perdido su credibilidad, dirigiéndose a nosotros ahora mismo?' Hubo más cuchicheo por parte de la audiencia y, en ese momento, Justin Wsthoff intervino. 'No voy a contestar a esa pregunta. No lo vamos a discutir;' dijo 'deberíamos esperar al presidente de la conferencia para que conteste'. Justo acabando, obtuvo la siguiente respuesta: 'Por qué no debería la conferencia internacional sobre el SIDA invitar a tan productivos investigadores del SIDA como son el Profesor Montagnier y el Dr. Gallo?[4]

La sesión tuvo un final movido. Martin Delany, director de 'Project Inform', San Francisco, y enemigo de Duesberg desde hacía mucho tiempo, se enfureció por mis preguntas sobre la expansión del SIDA heterosexual y me agarró por la muñeca violentamente. Hector se metió a defenderme, citando las casi inexistentes cifras de la expansión heterosexual en el Reino Unido. 'No me importan las cifras del Reino Unido,' gritó Delaney. Ante lo cual, Héctor le llamó 'estúpido gilipollas'. Entretanto, Gallo abandonó el estrado, se fue directo hacia Robert Laarhoven y le acusó de ser 'cruel' con él. Pero en cosa de segundos estaba fuera, en el vestíbulo principal saludando a los fotógrafos de la prensa. Según sus guardaespaldas apartaban a los periodistas de manera un tanto brutal, Gallo les agradeció su protección y, dándose la vuelta puso su sonrisa para la prensa.

Gallo Investigado: Tres Pesquisas Diferentes

La investigación de Gallo es probablemente el mejor ejemplo de la forma en que la ortodoxia dominante se protege a sí misma. Integridad científica y genuino deseo de descubrir la verdad tuvieron poco que ver con el resultado final de este lamentable episodio de la historia de la ciencia. Después de todo, ¿por qué iban a querer los NIH ver a su más brillante

estrella científica caer en desgracia? Se hicieron todo tipo de esfuerzos para proteger a Gallo, y esto alcanzó tanto a la prensa nacional como a la científica.

¿Cómo un científico que se sabía había cometido tantos errores, pudo haber retenido tanto poder? Y cómo pudo, una hipótesis con tantos defectos como la del virus/SIDA, seguir manteniendo tanta credibilidad, cuando tantos y tan respetados científicos había planteado tantas dudas acerca de ella? ¿Por qué, por lo menos, no hay fuentes de financiación disponibles para los escépticos? ¿No es buena práctica, en un ambiente científico verdaderamente empírico, que todas las hipótesis razonables sean puestas a prueba? El hecho de que Gallo y su hipótesis del SIDA resistan, es sintomático de la forma en que el genuino proceso de investigación, en sí mismo, ha perdido todo rigor científico en la sociedad occidental.

Desde los años ochenta del pasado siglo, poder, ambición, codicia y vanagloria han triunfado en la política laberíntica e intriga bizantina que rodea la 'alta ciencia' de la biología molecular. El hombre más poderoso ha sido Robert Gallo. Descrito por Newsweek como uno de los veinticinco 'principales innovadores', Gallo ha ganado más de 80 premios en su carrera y ha controlado un laboratorio de unos cincuenta científicos, con un presupuesto de 13 millones de dólares. Pero, aunque su laboratorio ha sido descrito por fuentes del gobierno como 'lo más avanzado de la ciencia', repasando más de cien artículos relevantes en nuestro archivo, está claro que no fue estimado por sus antiguos colegas.

Encarnizadas rivalidades y celos abundarán siempre en el mundo de los, generosamente financiados, laboratorios de ciencia. Las historias del laboratorio de Gallo son numerosísimas, en ellas el tema recurrente es la decepción entre sus ayudantes por temas de reconocimiento y atribuciones relacionadas con su trabajo. Para encontrar lo que llegó a ser identificado como VIH, se necesitó una línea celular permanente (o inmortalizada) en la que reproducirlo. Este procedimiento tuvo que ser llevado a cabo en el laboratorio. En el pasado, había resultado notoriamente difícil producir una línea celular permanente de manera correcta.

En un contundente artículo de Ellis Rubinstein, publicado en *Science*, podemos leer qué tratamiento le dieron los científicos al cultivo original de la línea celular permanente usada por Gallo para encontrar VIH. Cuando se busca al VIH en sangre de un paciente, sólo se puede encontrar después de ser cultivado en laboratorio, usando una línea celular permanente. Estas líneas celulares son normalmente células cancerosas. Se extraen de pacientes individuales y se mantienen en el laboratorio. Se les suele dar el nombre de las iniciales del paciente. Los científicos Adi Gazdar, Paul Bunn,

John Minna, Bernard Poiesz y Frank Ruscetti, contribuyeron al crecimiento de una línea celular permanente llamada HUT78, en la que el VIH pudo reproducirse.

Esta fue la línea celular que el jefe de virología del laboratorio de Gallo, Mikulas Popovic, usó para encontrar VIH. Sin embargo, en el mismo laboratorio de Gallo, la HUT78, misteriosamente, cambió su nombre a H9, permitiendo así distanciarla de los que originalmente la habían cultivado. Los artículos de Gallo sobre el SIDA publicados en *Science*, afirman que la H9 fue un derivado de una nueva línea celular llamada HT. Pero la búsqueda que realizó John Crewdon entre los documentos de laboratorio, a los que accedió a través del procedimiento de libertad de información, confirmaron que las notas de laboratorio escritas a mano por Popovic, demuestran que había cambiado el nombre HUT78 por HT en diciembre de 1983.[5]

Gazdar presentó una queja formal ante los NIH. Pedía el reconocimiento del uso de su propia línea celular y la consideración de su derecho a una parte de la patente NIH de Gallo. 'No es sólo el dinero,' afirmó en *Science*, 'es la atribución. Se trata de una línea usada en todo el mundo para los test del SIDA y nadie sabe que proviene de mi laboratorio.' Rubinstein escribe, 'Pero Gallo le dijo a *Science* que la petición de acreditación de autoría por parte de Gazdar, era una 'broma patética'. Gallo dice: 'No lo considero tan brillante. En mi cabeza no existe crédito por una línea celular. Si por casualidad tienes una línea celular, ¿qué? Nosotros no patentamos una línea celular; patentamos el proceso.' Más adelante, en el mismo artículo, Gallo es citado diciendo:

¿Tengo yo que preocuparme y centrarme en si podíamos haber probado definitivamente en 1985, en vez de 1987, que éste [VIH] fue derivado del HUT78? Quizás sí –bien lo sabe Dios que nosotros decíamos que era probable. El hecho es que podíamos haberlo probado. … El hecho es que yo nunca pensé que fuera importante. Y francamente, lo sigo pensando y no entiendo cómo hay gente que piensa lo contrario.[6]

Bueno, quizás Gazdar pudo haber pensado que el valor de dos años de ingresos por la patente, a razón de 100.000 dólares al año, sí era algo importante.

Gallo en el Ojo del Huracán

La disputa inicial entre Montagnier y Gallo en cuanto a quién descubrió primero el VIH fue resuelta en 1987, cuando abogados franceses y norteamericanos llegaron a un compromiso de acuerdo, por el que los 8 millones de dólares ganados anualmente en concepto de regalías por el uso

de la patente del test sanguíneo del VIH, serían compartidos. Pero el caso estuvo coleando por otros dos años, hasta que, como el estallido de un trueno, el periodista de investigación John Crewdson lanzó un ataque contra Gallo, consistente en 50.000 palabras publicadas en el *Chicago Tribune*. En él Gallo es descrito como un científico influyente e intimidatorio que persiguió el virus equivocado durante más de un año, Sólo para dar marcha atrás y salir con un gemelo genético, virtual, del virus que ya había sido descubierto por sus rivales en París, quienes se lo habían entregado meses antes.' Crewdson concluye que Gallo obtuvo el virus del laboratorio de Montagnier, bien por 'casualidad o por robo'.[7]

Esto provocó llamadas del Instituto Pasteur (laboratorio de Montagnier) para renegociar el acuerdo de 1987 y pedir 20 millones de dólares en concepto de indemnización. Provocó también que el miembro del Congreso, John Dingel, un muy temido informante de los entresijos de la ciencia exigiera una investigación inmediata. Dingell ya había estado investigando mala praxis, tanto científica como financiera, por parte de los miembros del equipo de Gallo. Ahora, en una carta al jefe de Gallo, el director interino de los NIH, Willian Raub, Dingle clamaba: 'en el pasado, el NIH ha mirado para otro lado en los casos de mala praxis de científicos subvencionados con fondos públicos. Confiamos en que esta vez no suceda lo mismo, que las alegaciones sean investigadas minuciosamente y, si está justificado, se emprendan las acciones pertinentes.[8]

Raub replicó que ya estaba en marcha una investigación preliminar –de su propio investigador estrella, Robert Gallo- dirigida por la Office of Scientific Integrity (OSI: Oficina para la Integridad Científica) de los NIH. A cargo de dicha investigación había una comisión de once científicos nombrados por la "National Academy of Sciences". En octubre de 1990, la investigación se formalizó e incluyó también al jefe de virología de Gallo, Mikulas Popovic, quien había sido responsable del cultivo de los virus en el laboratorio de Gallo, durante el periodo crucial de 1983/84.

Hubo, por lo menos, doce puntos a investigar, incluyendo acusaciones de pérdida de datos, falta de voluntad de acreditación de las contribuciones de otros científicos y negación de que el VIH hubiera sido usado en los cultivos de Popovic. Mikulas Popovic había usado métodos un tanto inusuales para el cultivo del VIH. Había reunido diez virus de diez pacientes que seguidamente cultivó. Una pieza de evidencia condenatoria ya había aparecido a través de las investigaciones de John Crewdson. James Swire, abogado del Instituto Pasteur, había recibido una carta dirigida a Popovic, de un especialista en microscopía electrónica del "National Cancer Institute", que había estado estudiando células con virus procedentes del laboratorio de Gallo. La versión original de la carta,

fechada el 14 de diciembre de 1983, dice que el virus francés LAV había sido fotografiado, con éxito, creciendo en cultivos. Pero cuando Swire recibió una copia posterior de esa carta en respuesta a una petición bajo el procedimiento de libertad de información, en 1985, toda mención al LAV había sido eliminada. Gallo, más tarde, negó tener conocimiento de ello.

La situación se complicó más cuando Gallo afirmó que tanto su muestra de VIH, como la de Montagnier, habían sido contaminadas con sangre de otro paciente, de nombre Lai. ¿Y qué? dijo Gallo, con aires de superioridad moral, en una carta a *Nature*. La similitud entre su virus y el de Montagnier 'parece que ahora se explica … en pocas palabras, nada de esto afecta a la historia de los importantes sucesos, escritos para *Nature* en 1987 y *Scientific American* en 1988, por Luc Montagnier y por mí mismo. Ha llegado el momento de que este periodo de controversia llegue a su final y que todos nosotros centremos nuestros esfuerzos en acabar con la pandemia.'[9]

Pero el asunto no se pudo obviar tan fácilmente. Simon Wain-Hobson, un investigador del Instituto Pasteur, dijo, 'Todos sabíamos, ya en 1986, que hubo contaminación. ¿Por qué tardó él [Gallo] seis años en admitirlo? Hicimos un análisis de sangre con un virus aislado en Francia, Gallo hizo un análisis de sangre con el mismo virus aislado en Francia. Estos son los hechos.'[10] Mientras tanto, el diputado John Dingell no estaba conforme y no quería soltar su presa; frustrado por el fracaso de no haber podido conseguir, hasta el momento, una conclusión de mala práctica científica. Dingell cambió la estrategia de su ataque a Gallo, de mala praxis a perjurio y fraude de patente, en relación con la solicitud de ésta para su test VIH.

El 31 de diciembre de 1992, el *New York Times* publicó un reportaje en primera plana anunciando los resultados de la investigación de la "Office of Research Integrity". Gallo y Popovic fueron declarados culpables de mala praxis científica. Los investigadores dijeron que Gallo había 'ofrecido información falsa' de un hecho crítico en su artículo científico de 1984, y había engañado intencionadamente a sus colegas con el objetivo de conseguir crédito para sí mismo, y restárselo a ellos. El reportaje decía también que su declaración falsa había 'impedido un potencial avance en la investigación del SIDA', al desviar a los científicos de una posible fructífera colaboración con los investigadores franceses.[11]

Gallo y sus abogados habían sido capaces de aparcar la mayoría de los aspectos originales de la investigación, consiguiendo reducirlos a los tres en que fue declarado culpable y que están concentrados en su artículo de 1984, anunciando su descubrimiento del VIH. Popovic negó toda culpa. El comentario de Gallo a su abogado, Joe Onek, fue que, a pesar de una larga e intensa investigación, 'la ORI solamente pudo encontrar unos pocos errores, triviales, y una única frase escrita por mí.' La determinación de que

ésta es falsa dijo Gallo, 'está completamente injustificada. Está basada en una interpretación tergiversada de la frase.' Gallo dijo que los hallazgos 'no representan nada en cuanto a la validez e importancia de la investigación sobre el SIDA realizada en mi laboratorio.'[12] Tanto Gallo como Popovic decidieron apelar contra las conclusiones.

Así estaban las cosas cuando Robert Laarhoven planeó la pregunta sobre la presencia de Gallo en la Conferencia Mundial del SIDA, en Berlín. Pero cuando habíamos acabado de montar la película, en noviembre de 1993, la situación había cambiado. La comisión de apelaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos (constituida por abogados, no científicos) revisó el caso de Popovic en primer lugar y decidió crear un criterio nuevo para la definición de mala praxis. 'La intención de engañar' tendría que estar probada. Sobre esta base, la ORI decidió que tenía que abandonar el caso de Gallo y las acusaciones de mala práctica profesional se retiraron. Habían vuelto a mover los palos de la portería para proteger a la ortodoxia. Puedo recordar la conversación telefónica con un desconsolado Lyle Bivens, director de la "Office of Research Integrity" de los NIH. Cuando le pregunté cómo se sentía por haberle sido retirados los cargos de mala praxis contra Gallo, dijo, 'No considero esto una victoria. Nosotros no estamos de acuerdo con los estándares aplicados por una comisión de apelaciones que trabaja para proteger los intereses de los científicos.' Me contó que no había duda de que Gallo había sido encontrado culpable de mala praxis por sus pares científicos, y que la ORI todavía se ceñía a los hechos del caso. '[Gallo] ha reconocido que estaba equivocado … Entre tú y yo, a menos que llegues a una conclusión errónea en tu estudio, siempre te puedes salir con la tuya.'

Resultados del Estudio Concorde: El AZT No Produce Ningún Beneficio en Asintomáticos

Acabada la sesión de Gallo, me tropecé en el vestíbulo con una cara familiar. Era el Profesor Kassi Manlan, a quien habíamos conocido en Costa de Marfil. Su mirada se iluminó cuando nos vió, pero luego su expresión se nubló. 'Estoy consternado por lo que veo aquí. En esta conferencia se está humillando a los africanos'. Él había asistido a varias sesiones en las que se trataba el tema de la prevención del SIDA en África. 'Todo lo que pude ver eran mujeres blancas desenrollando condones en grandes penes negros'. Es '*très dégoûtant'*. Me da la impresión de que el SIDA le ha dado a la gente carta blanca para hablar de sexo en público. Y eso es todo lo que hacen. El ambiente es indecente y degradante.'

Uno de los asuntos más importantes de la conferencia fue el AZT y la

publicación de los resultados del estudio Concorde. En abril, dos meses antes de la conferencia, se publicaron en *Lancet* los resultados de tres años del estudio Concorde. Este estudio intentaba descubrir si había algún beneficio en administrar antes AZT a individuos VIH positivo que no tenían síntomas de SIDA, en vez de retrasarlo hasta que los síntomas comenzaran a aparecer. Al grupo que recibió AZT con anticipación se le llamó el 'grupo inmediato' y al que lo recibió más tarde 'grupo aplazado'. El ensayo, dirigido conjuntamente en París y Londres, englobó a 1.749 participantes y concluyó: 'Comparado con la terapia aplazada, y en términos de supervivencia o progresión de la enfermedad, el estudio Concorde no ha demostrado beneficio significativo alguno por el uso inmediato de zidovudina [AZT] en individuos asintomáticos.'[13]

Este fue un duro golpe para Wellcome, ya que había estado ejerciendo presión durante varios años para el uso temprano del AZT, y un duro golpe también para los recién diagnosticados VIH positivo que pudieran haber creído que el AZT les iba a ayudar. El AZT no solo no les ayudó, de acuerdo con el Concorde, sino que les causó efectos secundarios *más* graves y hubo *más* muertes en el grupo que fue sometido al AZT por más tiempo. Para ser precisos, en el grupo temprano (grupo inmediato) hubo 95 muertes, y en el pospuesto (grupo aplazado) hubo 76 –este grupo es el que no recibió AZT hasta que los pacientes empezaron a desarrollar síntomas. Otro golpe le cayó cuando el MRC emitió su comunicado de prensa acerca del Concorde. El MRC, que había dirigido el ensayo junto con su homólogo francés INSERM, anunció que, aunque cuatro previos estudios similares, tres de los cuales se suspendieron anticipadamente después de menos de un año, habían constatado un retraso en la progresión clínica a SIDA, 'tal retraso no se apreció [en el Concorde] a lo largo de un periodo de seguimiento más prolongado.'[14]

Unas semanas antes, la preocupación acerca de los posibles efectos tóxicos del AZT en bebés y niños pequeños, había provocado manifestaciones frente al "Great Ormond Street Hospital for Sick Children". Este era el centro de un ensayo clínico dirigido por la Profesora Catherine Peckham y la Dra. Diana Gibb, denominado Paeditaric European Network for Treatment in AIDS – PENTA 1 Trial,[15] cuyo plan era dar AZT a más de 300 bebés VIH positivo, de toda Europa, sin síntomas de SIDA. Muchos de los bebés ya seleccionados para el ensayo eran de madres africanas con limitada comprensión del inglés. La preocupación iba en aumento entre algunas de las mujeres, por el hecho de se les fuera a administrar AZT a sus bebés, puesto que ya habían oído de sus efectos tóxicos.

Me pidieron que hiciera un reportaje sobre este tema para Sky News[16] y

me entrevisté con varias de las madres africanas cuyos niños estaban incluidos en el ensayo. Dos de ellas habían decido retirarse del mismo y se habían deshecho del jarabe de AZT destinado a sus niños. Otras dos me dijeron que tenían miedo de que el AZT hiciera daño a sus niños, pero no se atrevieron a retirarse. El diputado George Galloway había abordado el tema y me dijo: 'Si la gente supiera que esta droga altamente tóxica está siendo administrada a, potencialmente, cientos de niños pequeños – la mayoría de ellos negros, la mayoría de ellos sin una voz, sus padres sin voz en la sociedad británica- entonces, creo que estos test serían suspendidos y la situación en su conjunto debería ser investigada por el gobierno.'[17]

En una de las conferencias de prensa en Berlín, Niki Adams, del Colectivo Inglés de Prostitutas, sacó el tema con Ian Weller, 'A la luz del estudio Concorde, *¿no* considera usted que debería haber una minuciosa reevaluación del estudio PENTA?' … Llegaría usted a decir que los ensayos deberían pararse inmediatamente?' Weller replicó, 'Creo que la gente se equivocaría al extrapolar los resultados de un ensayo con adultos a uno con niños. … Por lo tanto, apoyaría la continuación de ensayos en niños de ese grupo de edad.' 'Incluso si son asintomáticos?' preguntó Niki. Weller, quien había dicho anteriormente que él no le daría AZT a pacientes asintomáticos adultos, respondió, 'Incluso cuando son asintomáticos, sí.'[18]

Fue en ese momento cuando se empezó a propagar la noticia de que había habido un incidente fuera del recinto, en el que estaba involucrado el grupo activista gay Act Up. Act Up estaba en Berlín en condición de 'disidentes oficiales'. Esa misma semana nos habían dicho que Act Up-Reino Unido, había recibido 60.000 libras por parte de Wellcome, dinero que muchos de sus miembros habían usado para pagarse el viaje a Berlín. El contingente del Reino Unido se enfadó por los posters anti-Wellcome y anti AZT de Christian Joswig; se los arrancaron y los quemaron.

La policía alemana ordenó a Peter Schmidt, el compañero de Joswig que estaba filmando los acontecimientos para su programa disidente del SIDA, en el canal por cable de Berlín, que borrara la grabación. Mientras tanto, la policía había ordenado a Robert Laarhoven que abandonara el puesto que había montado en el vestíbulo de la conferencia y lo había conducido afuera, con la advertencia de que, si intentaba volver, sería detenido. Laarhoven, furioso, comentó, 'Me queda claro que hay una censura estricta de la información disidente y ya no me da miedo usar palabras como "fascismo SIDA".'[19] La tensión de los últimos días había empezado a pasar factura. Ya ninguno de nosotros sonreía. La hostilidad era tan omnipresente, incluso entre nuestra propia comunidad de periodistas, que, para atravesar aquel mar de ceños fruncidos, lo único que podíamos hacer cada mañana era ponernos un molde de cemento en la cara.

Se nos había unido Celia Farber, la periodista que había abrazado la causa SIDA. 'En cuanto me di una vuelta por aquí me di cuenta de que esto es imposible,' dijo. 'Contra lo que nos estamos enfrentando es una colosal infraestructura multimillonaria. ¿Quién creemos que somos? ¿Con quién creemos que estamos jugando? Como Sísifo, tenemos que subir la enorme piedra hasta la cima de la montaña, una y otra vez.'[20] Así pues, dispuestos a subir la piedra a la montaña, nos dirigimos a la última conferencia de prensa.

¿Pedirá disculpas el Profesor Habermehl (presidente de la conferencia) por los ominosos actos de violencia y censura que han tenido lugar en la conferencia? Preguntó Lauritsen. Habermehl le contestó con un rotundo 'No'. En la apertura del acto, Habermehl había descrito a la gente que cuestionaba el papel del VIH como 'mentalmente inestable'. Le llegó el turno de tomar el garrote a Celia, quien recordó a Habermehl que había muchos y muy distinguidos científicos en el "Group for the Scientific Reappraisal of HIV". ¿Se refiere usted a Kary Mullis [ganador de un premio Nobel e inventor de la reacción en cadena de la polimerasa], dijo Celia, 'que es uno de sus colegas, como "mentalmente inestable"? Si usted no era consciente de ello, ahora que lo es, ¿consideraría usted pedir disculpas?' 'Me gustaría hacerle una declaración,' dijo Habérmela, 'Creo que no fue adecuado decir "mentalmente perturbados" y lo voy a cambiar. En su lugar voy a decir "raros".'[21]

Londres: Conferencia 'Proceso al AZT'

A principios de 1993, en Londres, habíamos formado un grupo llamado SCAM (Standing Committee on AZT Malpractice) y presidido por el escritor Martin Walker, autor de *Dirty Medicine*.[22] El objetivo del grupo era organizar una conferencia en Londres, sobre el AZT, que destacaría los problemas surgidos en los ensayos Concorde y PENTA. La prensa gay de Londres no había cooperado y el Pink Paper había retirado nuestro anuncio de la conferencia.

La mañana del 20 de junio de 1993, en el "Kingsway College", Londres, Martin Walker abrió la sesión con un discurso acerca de la forma en que las multinacionales como Wellcome pueden hacer uso de su influencia:

De lo que estamos hablando es del marketing de un producto, muy caro y sobrecapitalizado, que se tiene que vender y que tiene que facturar entre 400 y 600 millones de libras en los primeros tres o cuatro años de existencia. Normalmente, obtener una licencia para un nuevo medicamento, puede llevar de cinco a doce años. Aunque no había habido ningún ensayo en Gran Bretaña, el AZT fue aprobado por la vía rápida

del sistema de licencias británico.[23]

Estaban presentes muchos hombres jóvenes que se habían visto personalmente envueltos en el debate SIDA y AZT. Pascal de Bock, que había estado trabajando en calidad de voluntario en nuestra oficina durante un año, nos dijo que había tenido que dejar su trabajo de enfermero jefe de quirófano cuando fue diagnosticado VIH positivo. Tomó AZT durante tres años y sufrió un derrame cerebral.

Yo me dije, bueno, si me han dado AZT durante tres años y no ha hecho nada por mi conteo de células T4, ni por mi salud, aquí hay algo que va mal. Por lo tanto, decidí tirar a la basura todas y cada una de las medicaciones que estaba tomando. Tiré la medicación de las migrañas, la del VIH, todo. Me enteré, a través de otro grupo [Positively Healthy] cómo recuperar la responsabilidad sobre mi propia salud y eso es lo que me ha hecho estar más vivo.[24]

Después de cuatro años Pascal goza de buena salud.

Fue en esta conferencia donde Duesberg, que había llegado de San Francisco, puso el foco de atención en nueva e importante documentación. Se centró en la información reglamentaria aportada por Wellcome para el UK Data Sheet Compendium y el "Physicians' Desk Reference" (PDR), de Estados Unidos. Estaba equivocada, anunció. Estudios previos de Robert Gallo y Sam Broder, afirmaron que el AZT podía centrarse en el VIH y era 1.000 veces más tóxico para el VIH que lo era para las células humanas sanas. Estas conclusiones habían guiado los niveles de dosis recomendados establecidos en los manuales médicos. 'Pero mientras tanto,' dijo Duesberg, 'algunos investigadores también han controlado la toxicidad del AZT y han descubierto que el Dr. Gallo cometió un error por factor de 1.000. Esto no es un pequeño error menor.'[25] En otras palabras, el AZT era 1.000 veces más tóxico para las células sanas de lo que hasta entonces se había afirmado.

'Así pues,' continuó Duesberg, 'Gallo creía fielmente, lo mismo que Burroughs Wellcome y Broder, que la terapia con AZT estaba justificada porque el AZT es 1.000 veces menos tóxico para la célula que lo es para el virus. Pero está claro que ahora esa creencia debe ser cuestionada, porque ese resultado no pudo ser reproducido en cuatro estudios independientes.'[26] Se informó al MRC de las aseveraciones de Duesberg en conexión con las quejas de SCAM acerca de los estudios PENTA. No iniciaron acción alguna.

Aunque la conferencia Proceso al AZT reunió a más de 200 delegados de todo el mundo, no tuvo mucho impacto ni en la prensa nacional ni en

la prensa gay. Pero unas semanas después de la conferencia apareció el apoyo de una fuente inesperada. En *Capital Gay* apareció un artículo, escrito por su exeditor, y en ese momento editor interino, Graham McKerro; su título, 'Es hora de levantar la censura'. 'Escribo como el editor que inventó el periodismo del SIDA en este país,' decía lamentando la actual escasez de 'matices de opinión' en los reportajes sobre el SIDA de la prensa gay, la cual confiaba sobremanera en los llamados expertos del SIDA. Para más adelante añadir que era hora de que 'nuestra prensa se refiriera al VIH como "la *supuesta* causa del SIDA" [énfasis añadido].'[27]

AZT y Bebés: El Estudio PENTA

El foco de atención de nuestro rodaje se centró ahora en la administración de AZT a madres embarazadas, bebés y niños VIH positivo. Un estudio en los Estados Unidos, (ACTG 076), sobre el tratamiento con AZT a madres embarazadas, había sido cancelado. Se trataba de administrar AZT intravenoso a madres a punto de dar a luz; y jarabe de AZT a los recién nacidos. Presionados por Neenya Ostrum, del *New York Native*, los encargados del ensayo clínico revelaron datos de las primeras treinta mujeres. Estos datos mostraron que el 10% de los niños nacidos de estas mujeres habían tenido extraños defectos de nacimiento. Algunos nacieron con dedos de más en manos y pies. Y cinco bebés nacieron con neutropenia, una disminución de un tipo de células blancas de la sangre (un conocido efecto secundario del AZT) que, aparentemente, se resolvió por sí mismo.[28]

Continuamos con nuestra investigación del ensayo PENTA, en Londres y otros lugares de Europa, donde se estaba dando AZT a bebés VIH positivo sin síntomas de SIDA, a pesar de que el ensayo Concorde no había demostrado beneficio alguno en adultos en las mismas circunstancias. Supimos que, de treinta y cinco niños recibiendo AZT en el ensayo PENTA, quince habían desarrollado alteraciones en la sangre a causa de un efecto tóxico en la médula ósea, y en siete, fue lo bastante serio como para requerir transfusiones de sangre. El propósito del PENTA era saber cuándo empezar a dar AZT a bebés y a niños. El Dr. Richard Nicholson, editor del *Bulletin of Medical Ethics*, dijo: 'Qué sentido tiene continuar con un ensayo para conocer el momento correcto para empezar con AZT en niños VIH positivo, cuando ustedes no tienen evidencia concluyente que el AZT haga algún bien en caso alguno?'[29]

Se organizó un piquete para el 15 de septiembre de 1993 (en el cual, además de SCAM, estaban GAG (Gais contra el genocidio, en sus siglas en inglés) y The Colectivo Inglés de Prostitutas and Black Women for

Wages for Housewor), frente a las oficinas centrales del MRC, en Londres, para protestar contra los ensayos clínicos y para entregar una carta a un representante del MRC, pidiendo la cancelación del ensayo. Ese mismo día, el MRC emitió un comunicado de prensa acusando a los manifestantes de causar malestar a las familias de niños enfermos y de distribuir 'panfletos alarmistas, el contenido de los cuales tiene poca relación con la verdad y ataca personalmente a médicos que están dedicados al ensayo clínico, cuya única preocupación es encontrar el mejor tratamiento para sus pacientes.'[30]

El SCAM continuó con la preparación de un documento exhaustivo, en colaboración con médicos y científicos, que tenían detalladas objeciones al PENTA en base a un nuevo análisis de la toxicidad del AZT.[31] Hubo muchos problemas con el protocolo del ensayo PENTA[32] que suscitaron preocupación entre los expertos a los que habíamos consultado (ver Apéndice A). Una de las preocupaciones clave fue que si un niño, con placebo o con medicamento, no iba bien, y 'definitivamente necesita AZT', debería, automáticamente, serle administrado el AZT. Esto es, si el niño estaba ya recibiendo AZT, continuaría, y si estaba con placebo sería puesto en terapia con AZT. (A esto le llaman transferencia a ensayo abierto). Como los efectos del AZT suelen ser indistinguibles de los síntomas de SIDA, no sería posible saber si un niño estaba verdaderamente sufriendo un retraso en el desarrollo, o los efectos del citado medicamento. Si se tratara de estos últimos, podría ser muy peligroso mantenerle el tratamiento.

Una delegación del SCAM entregó el dossier en las oficinas centrales del MRC el 1 de diciembre de 1993, junto con una carta de George Galloway: 'Quiero manifestar que tengo serias preocupaciones acerca de estos ensayos [PENTA], los cuales, como es sabido, están en parte financiados por ustedes, junto con dinero procedente de la Comunidad Europea. … El MRC, con su enorme importancia en la vida pública británica y su hipocrático interés por la ética médica, debería detener estos ensayos inmediatamente.'[33]

En febrero de 1994 llegó la respuesta del MRC: no entraría en el tema de la toxicidad. La razón alegada ya nos era muy familiar: 'Después de minuciosos estudios de toxicidad, las autoridades regulatorias del Reino Unido, Estados Unidos y muchos otros países han concedido licencia al AZT para su uso en enfermedades sintomáticas, manteniendo dichos estudios bajo revisión a la luz de cualquier información posterior. Sería, por tanto, inapropiado para este Consejo cualquier comentario sobre los datos generales de toxicidad.'[34] El ensayo clínico PENTA siguió su curso.

Cuando, finalmente, tuvo lugar la emisión de *Diary of an AIDS Dissident*, en Sky News, los resultados eran previsibles. En el apartado de llamadas

'en vivo' al acabar el programa, hábilmente manejado por Laurie Meyer, los que llamaron lo hicieron en forma de diatriba, acusándonos de herejía. Pero la respuesta de Chris Dunkley al programa, en el *Financial Times*, demostró que, al menos, algún avance se estaba haciendo en conseguir hacer llegar nuestro mensaje. Haciendo una comparación con Copérnico bajo la Iglesia Católica Romana y los disidentes en Rusia, que debería habernos hecho enrojecer de modestia, si no estuviéramos tan enfurecidos por las maquinaciones de la ortodoxia del SIDA, Dunkely describió los intentos de cuestionar la creencia popular sobre el SIDA de la siguiente manera:

una acción cuesta arriba contra el dogma firmemente arraigado, el amor propio y, lo más reticente, la corrección política. … Sin embargo las cosas están empezando a mejorar. … Que te digan 'Cualquier tonto puede ver que el sol gira alrededor de la tierra, y si lo niegas es que eres ateo' o 'cualquier tonto puede ver que el comunismo funciona, y eres un loco si lo niegas', debe sonar [a los que hacen el programa] como 'cualquier tonto puede ver que el VIH causa SIDA,, la pandemia en África subsahariana demuestra que la homosexualidad no es un factor, el AZT es un tratamiento útil y, si lo niegas, eres homófobo.' … Pero la revelación de que miembros del establishment del SIDA estén ahora tan nerviosos que están tratando de suprimir publicaciones disidentes, sugiere que podemos estar cerca del descubrimiento de la verdad en el amplio dominio público.[35]

Pero los avances en la saga SIDA, curiosamente, nunca son celebrados cuando su efecto debilita la hipótesis ortodoxa. Así es que, el corto reportaje que apareció en *Lancet*, en el número de febrero de 1995, apenas causó revuelo. Anunciaba que el ensayo clínico US NIH ACTG152, por el que se administró a niños AZT y un terminador de la cadena ADN llamado ddI había sido cancelado. 'En el grupo de zidovudina (AZT), las tasas de mortalidad, fracaso en el crecimiento, infecciones oportunistas, deterioro neurológico y del desarrollo neuronal, ocurrieron con mayor frecuencia'.[36]

---

[1] Celia Farber, *Diary of an AIDS Dissident*, Mediter Productions, emitido por Sky News, 29 November 1993, transcripción del programa.
[2] Peter Duesberg, 'AIDS acquired y drug consumption and other noncontagious risk factors', *Pharmacology and Therapeutics*, vol. 55, 1992, pp. 210-77.
[3] *Diary of an AIDS Dissident*, op. cit.
[4] Ibidem.
[5] John Crewdson, 'The great AIDS quest: science under the microscope', op. cit.
[6] *Science*, vol. 248, 22 June 1990.
[7] John Crewdson, 'The great AIDS quest: science under the microscope', *Chicago Tribune*, 19 November 1989.
[8] *Lancet,* 20 January 1990.
[9] Robert Gallo, carta a *Nature*, vol. 351, 30 May 1991, p. 358.

[10] Steve Connor, *Independent on Sunday*, 2 June 1991.
[11] *New York Times*, 31 December 1992.
[12] Paul Reecer, Associated Press science writer, 30 December 1992.
[13] *Lancet*, vol. 431, 3 April 1993.
[14] MRC, comunicado de prensa, 2 April 1993
[15] Medical Research Council, PENTA 1 trial, 3 February 1992 (modificado 8 December 1992.)
[16] *AZT Babies*, Meditel Productions, emitido en Sky News, June 1993.
[17] Ibidem.
[18] *Diary of an AIDS Dissident*, op. cit.
[19] Ibidem.
[20] Ibidem.
[21] Ibidem.
[22] Martin Walker, *Dirty Medicine*, Slingshot Publications, London, 1993.
[23] *Diary of an AIDS Dissident*, op. cit.
[24] Ibidem.
[25] Ibidem.
[26] V. I. Avramis et al., *AIDS: Current Science*, vol. 3, 1989, pp. 417-22; J. Balzarini et al., *Journal of Biological Chemistry*, vol. 264, 1989, pp. 6127-33; H.-T. Ho and M. J. M. Hitchcock, *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, vol. 33, 1989, pp. 844-9; M. Mansuri et al., *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, vol. 34, 1990, pp. 637-41; M. J. M. Hitchcock, *Antiviral Chemistry and Chemotherapy*, vol. 2, 1991, pp. 125-32.
[27] Graham McKerrow, 'It's time to lift the censorship', *Capital Gay*, August/September 1993.
[28] *New York Native*, 13 July 1992.
[29] Neville Hodgkinson, *Sunday Times*, 6 June 1993.
[30] MRC, nota de prensa, 15 September, 1993.
[31] Dossier del SCAM presentado al MRC, archivo de MEDITEL, 30 November 1993.
[32] Medical Research Council, PENTA 1 trial, 3 February 1992 (amended 8 December 1992.)
[33] George Galloway, carta al MRC, 29 November 1993.
[34] Carta del MRC a Martin Walker, presidente de SCAM, February 1994.
[35] Christopher Dunkley, *Financial Times*, 1 December 1993.
[36] *Lancet*, vol. 345, 18 February 1995.

Capítulo 12

¿Qué Pasó con el SIDA en Haití?

La tarde que llegamos, el porche del Hotel Oloffson estaba abarrotado. El hotel, una elegante casa grande, de madera, construido como vivienda familiar por la familia Sam y todavía regentado por sus miembros, proporciona un oasis indispensable para los viajeros, y este mes, para los corresponsales internacionales de todo el mundo, reunidos allí en espera de las próximas elecciones, a sólo tres meses.

Había habido disturbios en las calles la semana anterior –doce heridos y siete muertos. Los manifestantes querían que el Presidente Aristide dirigiera el país otros tres años; los tres años de su último periodo en que fue elegido los pasó en el exilio, en los Estados Unidos, después del golpe militar. La tensión era palpable. Era como Graham Greene a toda máquina. En cada mesa, los periodistas tecleaban sin cesar en los portátiles o cuchicheaban confidencialmente con sus contactos, mirando furtivamente a su alrededor y con la mano ocultándose la boca. El ventilador bailaba perezosamente sobre sus cabezas y los camareros se deslizaban silenciosamente entre las mesas. Allí estábamos, después de habernos atrevido a pasar en automóvil a través de la frontera con la República Dominicana –James Whitehead, un joven gay inglés, investigador del SIDA, Kenny Padilla, nuestro guía de la República Dominicana y yo, dispuestos a investigar el SIDA en Haití. Lo cual, a todo el mundo en el Hotel Oloffson, le pareció realmente desconcertante.

A principios de la década de 1980, se pensaba que Haití, uno de los países más pobres del mundo, iba a infectar al resto con el SIDA. Se informaba a los cuatro vientos que su población sería devastada por la plaga. ¿Qué hizo Haití, con una población de siete millones de habitantes, para que le echaran la culpa de expandir el SIDA a los países occidentales? Y ¿cómo habían sido los haitianos categorizados como uno los miembros del original '4H Club' -de hemofílicos, ¿consumidores de heroína, homosexuales y haitianos- que incluía a las poblaciones con más riesgo de contraer SIDA?

Hubo muchas teorías, hoy desacreditadas; la más absurda relacionaba al SIDA en Haití con África, y sostenía que monos africanos, posibles portadores del SIDA, habían sido importados para tenerlos como mascotas en los burdeles.[1] Otra teoría, desarrollada en el libro de Randy

Shilts '*And the Band Played On*', señalaba a cierto 'paciente cero', un auxiliar de vuelo, Gaetan Dugas, gay, muy activo sexualmente, que fue a Haití y desde allí, supuestamente, extendió el SIDA a América y Europa.[2] A lo largo de la década de 1970, Haití realmente se había convertido en el recreo caribeño de hombres gais americanos, dispuestos a pagar por sexo a jóvenes haitianos. Muchos de estos turistas ya sufrían, con anterioridad a sus aventuras haitianas, de enfermedades transmitidas sexualmente, y más tarde, cuando sus sistemas inmunitarios ya no pudieron aguantar las repetidas agresiones, enfermaron gravemente. Esto, sin embargo, no debería implicar a Haití como riesgo específico de SIDA.

La historia de cómo un grupo de haitianos, muy enfermos, ingresados en un hospital de Miami, fueron marcados con la etiqueta de SIDA y condujo a que una nación entera fuera descrita como riesgo de SIDA, puede describirse con pocas palabras. Hay tres hombres principalmente involucrados: Michael Gottlieb, investigador de las células T en Los Ángeles, Wayne Shandera, del EIS en Los Ángeles y James Curran, del US Centers for Dissease Control (CDC), Atlanta, Georgia. En su celo por aumentar un originalmente pequeño grupo de hombres gais con sarcoma de Kaposi (KS), neumonía por neumocystis carinii y bajo conteo de células T, hicieron un llamamiento por todo el país de Estados Unidos, en busca de otros casos similares, con bajos conteos de células T.

Cuando el "Jackson Memorial Hospital", en Miami, recibió una llamada del CDC, preguntando si habían visto casos de hombres homosexuales, severamente inmunodeprimidos, la respuesta fue 'no', pero el hospital describió casos de personas haitianas malnutridas, llegadas en patera, que habían presentado a su ingreso una forma virulenta de TB, salmonelosis y una variedad de parásitos intestinales que se traducía en diarrea y desnutrición. También había casos de toxoplasmosis, común en Haití, cándida albicans y PCP (neumonía por pneumocystis carinii, la cual, antes del advenimiento del VIH, se asociaba normalmente a la malnutrición). Estos pacientes haitianos estaban severamente inmunosuprimidos y muchos de ellos no respondían al tratamiento. Estos casos se añadieron rápidamente a otros del "King's County Hospital", en New York y de ahí en adelante, supuestamente, el riesgo de SIDA ya no estaba limitado a hombres homosexuales. Llegaba con ser haitiano para estar en riesgo de SIDA y para que te incapacitaran como donante de sangre. Se echó más gasolina al fuego del prejuicio anti-haitiano, a causa de una serie posterior de autopsias realizadas por el hospital de Miami, las cuales mostraron un cuadro de muchas mujeres y niños con sarcoma de Kaposi, interno y ampliamente extendido.

Todo esto tuvo efectos devastadores en Haití. La industria del turismo

se hundió, y con ella la economía del país. En los Estados Unidos, los haitianos perdieron sus trabajos de forma generalizada. Enfurecido, el ministro de Salud de Haití, Ari Bordes, exigió que los "Centers for Disease Control" sacaran a Haití de su lista de categorías de riesgo. Reticentemente, los CDC aceptaron y, con un pequeño malabarismo estadístico, distribuyeron a los haitianos en grupos de riesgo de diferentes enfermedades específicas. A estos primeros pacientes haitianos en Estados Unidos, cuando se les preguntó si eran homosexuales, lo negaron vehementemente. En Haití, si un hombre le pide sexo a otro hombre, éste espera que le pague y no se ve a sí mismo como homosexual. En términos occidentales sería descrito como prostituto masculino gay; pero ellos no lo ven así.

Uno de los principales intelectuales haitianos, el Dr. Joli-coer, a quien se le podía ver regularmente por el Hotel Oloffson, elegantemente ataviado, con su traje oscuro y bastón con mango de plata, había vivido la historia desde el principio. 'El SIDA le ha hecho mucho daño a Haití', dijo, y continuó:

No vemos la epidemia por ninguna parte, pero ahora que todas sus predicciones han fracasado, ellos [los americanos] no hacen nada por poner las cosas en su sitio. Se equivocaron en todo. Interrogaron a haitianos en los hospitales de Miami y esos haitianos negaron ser homosexuales, se negaron a admitir ser homosexuales o bisexuales[3] Así que todo el mundo creyó que los haitianos adquirieron SIDA sin ser homosexuales. Pero estos hombres eran prostitutos y habían estado en contacto con turistas de Estados Unidos que eran homosexuales. Los haitianos que enfermaron fueron los que estuvieron en contacto con los turistas. Esta misma gente tuvo contacto con el mundo de la droga, y yo creo que fueron las drogas las que eran 'contagiosas' y afectaron a su salud.

Después de habernos sentido fuera de lugar en la atmósfera de amenaza e intriga del Hotel Oloffson, estábamos contentos de vernos camino de la colina, detrás de Puerto Príncipe, pasando frente a algunas de las escasas casas grandes, de madera, estilo '*fin de siglo*', que todavía quedaban en pie y también alguna mansión de cemento, de camino al cuartel general de Manuel Duce; quien trabajaba para "Médecins Sans Frontières", y su equipo vivía y trabajaba en una espaciosa casa en la cima de la colina.

Manuel Duce, el clásico español guapo, con una mata de pelo castaño claro, es un nutricionista quien, con su equipo de la organización benéfica ACSUR Las Segovias, estaba construyendo una serie de dispensarios de medicinas en una provincia rural situada en el centro de Haití, financiado por la Unión Europea. No había medicinas disponibles para nadie en las zonas rurales. La idea era seleccionar a los candidatos apropiados para

atender los dispensarios, pagados por la OMS, la cual les proporcionaba una semana de preparación y una provisión inicial, gratuita, de drogas indispensables como antibióticos, medicinas antiparasitarias y anti-TB.

En los once meses que llevaba trabajando en Haití, Duce había hecho una sorprendente observación, 'Oigo a la gente hablar del SIDA, pero nunca he visto un caso confirmado de SIDA,' me dijo. Gente enferma, sí. La TB era endémica y había un marcado incremento de la fiebre tifoidea. Los niños de su zona sufrían una media de siete diarreas severas al año y muchos padecían infecciones del tracto respiratorio (las neumonías suponían el 24% de la mortalidad infantil) y malnutrición. Había, por tanto, una necesidad urgente de los dispensarios de su proyecto, porque los medicamentos adecuados no llegaban a esta población. Por lo que respectaba a Duce, todo el dinero del SIDA que llovió sobre Haití procedente de la OMS y la USAID de Estados Unidos, destinado a programas de educación sexual y distribución de condones, estuvo completamente mal orientado. 'Aquí la gente simplemente no usa condones,' dijo. 'Es una pérdida de dinero y de condones.'

A principios de 1993, de acuerdo con las cifras de la OMS, se habían registrado 20.000 casos HIV positivo en Haití (60% hombres y 40% mujeres). La seroprevalencia en áreas urbanas se estimaba entre un 5-10% y en áreas rurales entre un 2-6%. Éstas eran las cifras que nos citaban constantemente las organizaciones del SIDA. Sin embargo, las cifras reales de la OMS, de los casos de SIDA registrados en Haití a lo largo de quince años, de 1979 a 1994, sumaban 4.967– y eso en un país al que se suponía el epicentro occidental de una pandemia mortal. Aquí estaba la prueba de los acostumbrados malabarismos numéricos que les gustaba tanto a las agencias del SIDA para inflar las cifras, citando estimaciones de personas VIH positivo, en vez de casos de SIDA registrados.

Cuando visitamos el Hospital General de Puerto Príncipe para preguntarles acerca de su experiencia con el SIDA, nos sorprendió que nos dijeran que no había ninguna sala específica para pacientes de SIDA en el hospital. 'La gente viene al hospital muy enferma con TB, malaria, disentería,' nos contó una agradable y joven doctora 'A algunos se les hace el test y sale algún resultado VIH positivo,' dijo encogiéndose de hombros. Obviamente, explorar el tema de los test VIH en Haití iba a ser clave en nuestra investigación. El "National Laboratory Research Institute" era donde se realizaban la mayoría de los test VIH en Haití. Sus laboratorios eran también el centro del proyecto GHESKIO. GHESKIO es el acrónimo de Haitian Group on Kaposi's Sarcoma and Opportunistic Infections. Financiado, entre otros, por la Universidad de Cornel, la OMS (que paga la mayoría de los test), USAID (que paga la mayoría de los

programas de orientación sexual y planificación familiar) y la UNICEF, GHESKIO proporcionaba los test VIH gratuitos para la población haitiana.

La Dra. Marie Deschamps era una de las estrellas de Haití en este campo. Había trabajado en el proyecto durante quince años y era, obviamente, una diligente y dedicada investigadora. Otra vez más, como una especie de recordatorio que sucedía cada vez que conocía a alguien como la Dra. Deschamps, no dejaba de sorprenderme de la forma en que la religión del VIH y su supuesta infectividad hacía, incluso a la gente más inteligente, incapaz de, o no dispuesta a, ver el cuadro del SIDA desde un ángulo diferente –incluso cuando ninguna de las predicciones y cifras que se daban resistiera un escrutinio en condiciones. Cuando el dudoso valor de las evidencias que relacionaban VIH y SIDA les miraba a la cara, hacían todo tipo de esfuerzos imaginables para inventar excusas ante las anomalías y escabullirse ante situaciones patentemente indefendibles.

Según la Dra. Deschamps, no había cifras del SIDA en Haití, sólo de la población VIH positivo ('enfermedad VIH' se había convertido en la frase de moda). De hecho, una carta pidiendo fondos para el trabajo sobre el SIDA en el centro, únicamente, y con extremo cuidado, citaba las estimaciones de la OMS referentes a la población VIH positivo en el mundo (40 millones para el año 2000), y una cifra estimada de 6.500 huérfanos, quienes, dice la carta, tendrían que sobrevivir en Puerto Príncipe a causa del SIDA. Por ejemplo, Deschamps nos contó que el número estimado de personas VIH positivo (seroprevalencia) en Haití, anterior a 1991, había sido alrededor del 6%, y después de 1991 había permanecido estable entre el 8-9% de una población de siete millones. De ese porcentaje, el 40% se había sometido al test y el 60% restante estaba basado en diagnósticos clínicos sin test. Sus laboratorios hacían el test VIH ELISA dos veces, pero ningún Western blot (el test que normalmente se usa en los países occidentales para confirmar un ELISA). Irónicamente, el Western blot ha sido recientemente descartado en el Reino Unido como test de confirmación y se considera que un doble ELISA, de última generación, es la forma más fiable de hacer la prueba del VIH.

De las 2.000 muestras de sangre que su laboratorio recibía cada mes para ser testadas, aproximadamente la mitad eran VIH positivo. La Dra. Deschamps estaba preocupada porque los últimos kits de test fabricados por Abbott, que se suponía testaban para VIH-1 y VIH-2, estaban dando problemas. El primer test estaba dando una 'reacción débil', y al repetirlo con el segundo daba 'no reactivo automáticamente', lo que significaba que era negativo o indeterminado. Sin embargo, al practicar el segundo test, usando el antiguo test kit fabricado por los laboratorios Pasteur, obtenía

un resultado positivo. Todo esto parecía confirmar –aunque la Dra. Deschamps era incapaz de verlo así- la falsedad de los test VIH. Sin un 'gold standard' (sin un aislamiento viral real) contra el que comparar cada test, los errores se pueden complicar en vez de allanarse. Es totalmente posible, por lo tanto, que la inmensa mayoría de las pruebas de VIH en los países del Tercer Mundo produzcan falsos positivos, debido al hecho que las poblaciones que viven en zonas donde la lepra, malaria, TB y lupus son comunes, pueden arrojar resultados falsos positivos al test VIH.

Preguntamos a la Dra. Deschamps cuál era el periodo de latencia hasta el completo desarrollo del SIDA. Nos contestó que alrededor de cinco a siete años. ¿Creía ella que todos los seropositivos morirían? Todos, declaró. El hecho que estas predicciones, simplemente, no se hubieran materializado y el hecho de que debieran haber muerto de SIDA cientos de miles de personas, cosa que no había ocurrido, no afectaba a la Dra. Deschamps. La población de Haití se había incrementado ininterrumpidamente y, como ya sabíamos por nuestra experiencia africana, no había cifras de muertes registradas con las que comparar. La certeza de la ecuación VIH=SIDA=MUERTE estaba firmemente incrustada en esta científica.

La Dra. Deschamps continuó y anunció que un artículo en el que había estado trabajando sería publicado dentro de poco en *Lancet*. Allí describía un estudio de ocho años de duración con 920 parejas sexualmente activas (los condones no se usan normalmente en Haití, nos dijo). De ellas, 475 eran 'discordantes', es decir, que uno era positivo y el otro negativo. 'Después de ocho años,' dijo, extrañada de sus propios hallazgos, 'muy pocas de esas parejas se hicieron 'concordantes', o sea, pasando los dos a ser VIH positivo.' 'Qué significa muy pocas?' preguntamos. 'Únicamente 36 parejas,' replicó. Eso quiere decir que, en un periodo de ocho años, 439 parejas no se 'infectaron' mutuamente. 'Realmente no lo puedo explicar' dijo. Una mente cerrada, enraizada en la creencia generalizada sobre el VIH y el SIDA, tenía que buscar explicaciones dentro de su propia hipótesis. Donde estaba la curiosidad científica, nos preguntamos otra vez, cuando podía haber producido explicaciones al margen de la creencia generalizada. ¿Dónde estaba la disposición, al menos, de escuchar a los que dudaban de la infectividad del VIH? ¿Qué había sucedido al dudar y al cuestionar de los científicos?

Sólo quedaba encontrar algunos casos de SIDA. Así que partimos hacia el hospicio Mother Teresa, de las "Missionaires of Charity de St. Martin". Está situado en lo alto de la colina, por encima del mercado viejo. Serpenteamos con nuestro coche a través del mercado, hasta que quedamos atrapados entre autobuses de línea, enormes, llenos de color y

con gigantescos, amenazantes parachoques y una infinidad de camiones y pequeños vehículos. No había carretera. Sólo había un mar de gente. *La bas! A droite! A gauche!*, nos decían cuando parábamos a a preguntar el camino. ¿Pero cómo?, pregunté. ¿Dónde está la carretera? Ponga el pie en el acelerador y ya la verá, contestaron. Así mismo hizo Kenny, y como la separación de las aguas del Mar Rojo, olas y olas de comerciantes recogían sus cestas y mercadurías para abrirnos camino. Sólo para dejarnos pasar y volver a cerrarse para continuar su actividad.

Estábamos en ninguna parte, hasta que Kenny divisó una monjita de pulcro hábito gris, caminando con paso corto y vivaz, con una bolsa de plástico en la mano. James saltó del coche y le imploró ayuda. La hermana Marie Eugénie Beaulice de la congregación "Sisters of Mary ", nos rescató. Abandonó su viaje al monasterio Silesiano, subió a nuestro coche y nos llevó al hospicio de los "Missionaries of Charity". La madre superiora, Hermana Sunupa, era India y llevaba el tocado común, blanco y bordeado con bandas azul oscuro. Se mostró encantada de enseñarnos el hospicio y contarnos su trabajo, según nos dirigíamos hacia las salas. Se trataba de una mujer quien, en toda su inocencia, estaba haciendo todo lo que estaba en su mano para ayudar a los miembros desposeídos de la comunidad que se hallaban gravemente enfermos. Nadie la podría criticar por los inquietantes hechos que estábamos a punto de oír. Pero los científicos, médicos y políticos que, incuestionablemente, han perpetrado una implacable e incondicional ortodoxia sobre el SIDA, tienen muchas preguntas que contestar.

La Hermana Sunupa nos contó que todos los que llegaban a este refugio tenían TB, jóvenes y viejos, y muchos tenían infecciones parasitarias y de otros tipos. Dado que su organización tenía dinero suficiente para los tests VIH, se le hacía el test a todo el mundo. Nos dijo que el 90% resultaba positivo. 'Sabiendo que definitivamente morirán de SIDA' continuó, 'hemos decidido que no podemos permitirnos dar medicaciones a nuestros pacientes VIH positivo.' Ahí estaba. La horrible verdad en apenas una frase. A todas esas personas, muchos jóvenes, con infecciones tratables, se les estaba negando medicinas que les podrían salvar la vida. Teniendo en cuenta que sus sistemas inmunitarios habían sido dañados por la TB, no era de extrañar que hubiera tantos 'tests' positivos. Esas personas habían venido aquí para recibir ayuda. Pero su presencia en este lugar, bajo los vigilantes ojos de verdaderamente caritativas y bien intencionadas cuidadoras, las condenaba a muerte.

La sala de hombres estaba llena y había uno o dos jóvenes que parecían muy emaciados y próximos a morir. El resto –muchos mayores- podía andar. Lo que nos causó la mayor angustia fue la sala de mujeres. Estaba

llena de mujeres jóvenes, sanas, alguna rellenita, sentadas desconsoladamente en sus camas. Probablemente les habían dado los resultados de su test VIH y los tambores de muerte ya estaban sonando en sus cabezas. Algunas esbozaron una breve sonrisa. Me permitieron sacar fotografías, y dos de ellas posaron para mí al lado de la estatua de la Virgen María. Cuando partimos, nos inundó la tristeza. Me gustó la Hermana Sunupa, con su viveza y buen humor; le deseé lo mejor en la soledad de su trabajo entre algunos de los seres más pobres y mas enfermos del mundo. ¿Qué otra cosa podía hacer?

El segundo proyecto más grande en Haití está basado en el "St. Catherine's Hospital", en un barrio de chabolas de Puerto Príncipe, llamado Cité Soleil. Meter el coche en el recinto del "St. Catherine's Hospital", es como cambiarse a primera clase, desde tercera, en un trasatlántico de lujo. Aquí puedes oler el dinero de la ayuda extranjera. El centro depende de la organización haitiana, Centros para el Desarrollo de la Salud (CDS), y está dirigido por el Dr. Reginald Boulos. En un artículo sobre el centro, Worth Cooley-Prost, una investigadora que, cuando la conocí, en Haití, estaba analizando qué uso se le estaba dando al dinero procedente de la ayuda extranjera de Estados Unidos, escribe:

Los CDS del Dr. Boulos son, con mucho, el más importante receptor de la asistencia 'humanitaria' de USAID en Haití. Las oficinas principales de los CDS están en Cité Soleil, con otros importantes programas en Gonaives y Cap Haitien. Los CDS reciben una asombrosa maraña de subvenciones, contratos, subcontratos y sub-subcontratos que equivale a muchos millones al año. Entre estos fondos, el dinero de la organización benéfica, ligada a los servicios de inteligencia, AmeriCares, y algunos donantes extranjeros, El Dr. Boulos controla un presupuesto mayor que el del Ministerio de Salud de Haití. USAID ha financiado la investigación médica en Cité Soleil, ininterrumpidamente, desde 1975.[4]

En este centro, Cooley-Prost y sus colegas habían estado haciendo una investigación especial de los ensayos de la vacuna contra el sarampión en bebés VIH positivo. Descubrió que, aquí mismo y a lo largo de una década, a niños haitianos que ya estaban enrolados en un estudio sobre el VIH, les habían administrado una vacuna experimental contra el sarampión de 10 a 500 veces superior a los niveles de normales de dosificación. Cuando la propuesta original de subvención del estudio VIH en Cité Soleil declaró su intención de evaluar la vacuna del sarampión, y otras, en niños VIH positivo, ya se sabía que la vacuna del sarampión estaba asociada con inmunosupresión duradera.

Algunos de los bebés a los que se les administró la vacuna tenían tan

sólo cuatro meses de edad, en contra de las, hacía tiempo hechas públicas, recomendaciones de la OMS, de retrasar la vacunación contra el sarampión hasta la edad de seis meses. Worth Cooley-Prost informó que 'Análisis independientes han confirmado finalmente que la vacuna causó muertes, particularmente niñas, y parece causar efectos negativos a largo plazo en los sistemas inmunitarios de los bebés. Dadas estas conclusiones, la OMS rescindió su recomendación de usar la vacuna.'[5] Cuando visité Cité Soleil, desconocía esta información. Mi objetivo principal era descubrir si había, o había habido, una epidemia de SIDA en Haití.

En el "St. Catherine's Hospital" encontramos a una mujer que hablaba en un tono de voz muy bajito, Mme. Ursule François, la jefa de enfermeras, cuya expresión tranquila e inteligente te decía que había visto de todo en la vida y pocas cosas la podían sorprender. Al empezar a charlar, enseguida se abrió. Había visto miles de casos de TB. Dijo que no ella no veía ninguna diferencia en los cuadros médicos de pacientes con TB que eran VIH positivo, y pacientes con TB que eran VIH negativo. Ella pensaba que todo el panorama 'SIDA y Haití' se había exagerado y creía que se estaban aplicando agendas ocultas.

En la oficina de estadísticas del proyecto conocimos a Evelyne Leontus. Le preocupaba el miedo que las tácticas de terror a la plaga de SIDA habían engendrado. Nos contó que conocía a mucha gente que, aun sufriendo infecciones, no se acercaría a un médico ni a un hospital por miedo a ser diagnosticado VIH positivo. Nos abrió sus libros y comparamos cifras de pruebas VIH a lo largo de un periodo de dos años. Miramos el mes de enero de 1993 y comparamos con el mes de noviembre de 1994. En el primer mes de 1993, se practicaron 154 test y 42 fueron positivos. En noviembre de 1994, se practicaron 250 test y 78 fueron positivo. 'Cuantos más test haces, mas encuentras.', nos dijo.

Eso parecía resumir lo que había pasado con el SIDA en Haití: la búsqueda de SIDA había en realidad descubierto cantidad de inmunodeficiencias, pero nadie estaba dispuesto a considerar que viejas enfermedades, como la TB, tienden a afectar al sistema inmunitario. O sea, viejas enfermedades, ahora testadas con nuevos métodos relacionados con el VIH, estaban adquiriendo nuevas etiquetas con resultados mortales. Como la piadosa Hermana Sunupa había dicho, 'Sabiendo que definitivamente morirán de SIDA, hemos decidido que no podemos permitirnos dar medicaciones a los pacientes VIH positivo.'

---

[1] Dennis Altman, *AIDS in the Mind of America*, Anchor Doubleday, New York, 1986; edición en el Reino Unido, *AIDS in the New Puritanism*, Pluto, London, 1986.
[2] Randy Shilts, *And the Band Played On*, Penguin, Harmondsworth, 1988.

[3] Pape et al. *Am. J. Med. Sci.*, 1986, vol. 291, p. 4.
[4] Vorth Coolely-Prost, comunicación personal, March 1996.
[5] Ibidem.

Capítulo 13

Poppers y SIDA: Hemofilia y SIDA

Dos Áreas de Investigación Abandonadas

En una ocasión contamos más de mil programas acerca del SIDA en las televisiones de UK y Estados Unidos; todos relatan la misma vieja y emotiva historia, basada en el VIH, y sin ningún tipo de análisis científicos. Sin embargo, hay dos ámbitos que suscitan preocupación y que nos podrían ayudar a entender qué es lo que causa la devastadora erosión del sistema inmunitario que vemos en el SIDA, y ayudarnos a resolver este rompecabezas. Estos dos problemas nunca han sido planteados a la opinión pública, a pesar de la extensa documentación existente en las revistas médicas. Ellos son:

- El uso de poppers, o nitritos de amilo y de butilo, como estimulantes sexuales y su relación con el sarcoma de Kaposi y otras enfermedades relacionadas con el SIDA; y
- El efecto tóxico sobre el sistema inmunitario de inyecciones repetidas del Factor VIII, el coagulante usado por los pacientes con hemofilia para parar las hemorragias.

Las evidencias están ahí, pero la voluntad de investigar está bloqueada por el conocido sentimiento de terror a que, cualquier cuestionamiento del VIH, pudiera hacer que los jóvenes dejaran de usar condones, y podría señalar demasiado directamente a la (minúscula) proporción de hombres gais y hemofílicos que pueden estar en gran riesgo de inmunosupresión severa.

Poppers: Inhalables Peligrosos

El mundo gay, en su mayoría, no quiere ver lo que está pasando. Como hombre gay que vive el ambiente, veo que éste, en Londres, gira alrededor de poppers y éxtasis. El sexo se adereza con poppers y en el 'night club' lo que se lleva es éxtasis, coca, speed y ácido. Mi experiencia con personas con SIDA, en ese aspecto, es que no tengo ningún cliente que no tenga lo que yo denomino una historia tóxica.

Gareth James, homeópata, Londres

Sus nombres callejeros son Rush, Kix, Hardware, Locker Room, Liquid Gold, Rave y muchos otros. Están ampliamente disponibles en el Reino Unido: sex shops, bares gais, pubs, clubs y por internet. Los ponen en los ventiladores de las discotecas y sus usuarios son, principalmente, hombres gais, quienes lo utilizan como estimulante sexual para dilatar el orificio anal. Este tipo de droga puede realzar y prolongar el orgasmo, o provocar un 'subidón' mientras bailas. Es mutagénico, es decir, causa cambios en la constitución genética de la estructura celular, o puede ser la causa de que los componentes genéticos de la célula cambien, y es carcinógeno en animales.[1]

En 1989, los poppers se convirtieron en un 'producto peligroso prohibido' en los Estados Unidos. Es ilegal la fabricación, distribución, importación o venta de cualquier sustancia que contenga nitrato de isobutilo o cualquier producto de consumo 'usado para inhalar, o introducido de cualquier otra manera en el cuerpo, por sus efectos eufóricos o físicos'. Sin embargo, los fabricantes de los poppers en los Estados Unidos superaron este obstáculo cambiando la fórmula química, y poniendo en el mercado el producto resultante como limpiador de cabezales de video y carburadores.

Originalmente, los poppers (nitritos de amilo y butilo) se usaban para dilatar los vasos sanguíneos y aliviar la angina de pecho, una enfermedad cardíaca. El nombre 'poppers' viene del sonido que se produce al romper la original ampolla de vidrio que contenía el líquido medicinal. Pero esas dosis eran limitadas y bajo supervisión médica. Hoy, se puede ver a jóvenes en la pista de baile con un frasquito con tapón de rosca colgando del cuello, del que esnifan cuando quieren a lo largo de la noche.

En los primeros días del SIDA, se pensaba que los poppers eran un importante factor causal. En el primer 'grupo' de hombres gais con SIDA, en California, todos ellos habían usado poppers para favorecer la relación anal. Su enfermedad fue originalmente descrita como GRID – inmunodeficiencia relacionada con los gais. James Curran y sus colegas de los Centers for Disease Control (CDC), por entonces pensaron que un lote 'estropeado' de poppers podría tener la culpa. Pero tan pronto como el VIH apareció en escena, la hipótesis tóxica fue descartada y la hipótesis del virus/SIDA fue abrazada con entusiasmo, tanto entre la ortodoxia médica como entre la comunidad gay. Sin embargo, John Lauritsen y su colega Hank Wilson no se iban a conformar tan fácilmente, 'Las evidencias contra los poppers se continúan acumulando.', escriben. Y, además:

Durante varios años, importantes artículos en las revistas médicas más prestigiosas del mundo han discutido los efectos inmunosupresores, y otros, de los poppers, y su posible

papel en la causa del SIDA. La cuestión ya no es si, sino más bien en qué medida los poppers juegan un papel en la causa del SIDA. ¿Son un cofactor relativamente menor, o muy importante? En cuanto al efecto de los poppers sobre la salud, no hay duda de que es perjudicial. Para algunos individuos, incluso un único episodio de inhalación de poppers puede poner en riesgo sus vidas.[2]

Lauritsen y Wilson continúan con la descripción del aspecto científico. Señalan un estudio que compara dos grupos de hombres gais que eran positivos a los anticuerpos del VIH, uno de ellos con síntomas de SIDA y el otro no, que demostró que el uso de nitritos inhalables (poppers) es uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar SIDA, especialmente la enfermedad definitoria de SIDA, sarcoma de Kaposi.[3]

Los poppers son peligrosos para la salud por muchas razones diferentes. Dañan el sistema inmunitario, reducen la capacidad de los vasos sanguíneos para transportar oxígeno, causan anemia y pueden dañar los pulmones. Se ha demostrado también que son mutagénicos –esto es, que pueden causar modificaciones en los genes, con el peligro de que pueden evolucionar a un estadio precanceroso.[4] Los nitritos orgánicos, como los poppers, son directamente carcinógenos. Se pueden combinar con otras sustancias para formar compuestos mortales y causantes de cáncer, conocidos como 'compuestos N-nitrosos'. En un estudio de Karl Jorgensen, se describen estos compuestos como teniendo 'la capacidad de inducir cáncer con sólo una dosis'.[5]

El Dr. Harry Haverkos, del "National Institute on Drug Abuse" de Estados Unidos, ha investigado los peligros para la salud a lo largo de los años de los nitritos inhalables. En un artículo de 1994 para *Environmental Health Perspectives*,[6] trata de la historia del abuso de estas sustancias.

Jóvenes sanos empezaron a comprarlos de forma generalizada por los Estados Unidos a finales de la década de 1960. Esto condujo a que la "Food and Drug Administration" (FDA) reinstaurara el requisito de prescripción en 1968. Al hacerse más difícil conseguir poppers para uso recreativo, no médico, empezaron a ser comercializados bajo el disfraz de 'incienso líquido' y 'desodorantes para el hogar'.

Haverkos se centró en dos conexiones entre poppers y SIDA: el efecto del poppers sobre el sistema inmunitario, y su asociación con el sarcoma de Kaposi relacionado con SIDA.

Los nitritos inhalables son sustancias que han sido normalmente consumidas en exceso en Estados Unidos. Nitritos inhalables y SIDA fueron un tema popular a principios de la década de 1980, cuando la causa del SIDA era desconocida. Con el descubrimiento

del VIH, la preocupación por el uso de nitritos en los Estados Unidos decreció. Sin embargo, el uso de nitritos inhalables está asociado con recaída conductual y transmisión del VIH entre hombres gais, con bajada de los conteos de linfocitos y de la actividad de las células 'natural killer' (NK) en varios estudios de laboratorio, y sigue siendo un candidato a cofactor en la patogénesis del sarcoma de Kaposi relacionado con SIDA … se tiene conocimiento de casos de aumento de la frecuencia de KS en pecho y cara, especialmente nariz, y en los pulmones, lo que coinciden con las zonas corporales más expuestas a los vapores de los nitritos al inhalarlos.

Los poppers son un gran negocio –el de mayor éxito económico en el mundo de los negocios gais. Durante la década de 1970, sus beneficios brutos se estimaron en 50 millones de dólares al año. No deja de ser irónico que el mayor fabricante de poppers del mundo, "Great Lakes Products", en 1983, sacara una serie de anuncios, insertados en las publicaciones gais, titulados 'Proyecto de Salud'. Los anuncios daban consejos sobre cómo mantenerse sano a través del ejercicio, la nutrición y la reducción del estrés, precisamente cuando Geat Lakes Products estaba vendiendo una sustancia altamente tóxica que tenía que saber que se usaba como droga recreativa para utilizada en las relaciones sexuales por algunas personas del mundo gay.

Aunque los poppers, en Estados Unidos, quedaron sujetos a prescripción hace más de veinte años y fueron prohibidos posteriormente en su totalidad, su venta continúa en el Reino Unido a través de sex shops que los venden como desodorantes para el hogar. Esto llevó a la campaña de *News of the World* contra 'la mortal droga sexual', y a George Galloway a pedir una prohibición de la venta de poppers. En *Capital Gay*, Galloway dijo que estaba preocupado por la prevalencia del uso de poppers entre hombres gais y que le parecía que el químico pudo haber tenido efectos adversos en el sistema inmunitario de los VIH positivo. La respuesta que recibió de la House of Commons revela que el Advisory Council había considerado una prohibición en tres ocasiones distintas, pero mantuvo que 'aunque los poppers suponen un peligro limitado cuando está mal empleado, no crean dependencia y no provocan el tipo de problemas sociales suficientes para justificar su control bajo la "Misuse of Drugs Act" (ley sobre el mal uso de las drogas).'[7]

El "Advisory Council on the Misuse of Drugs" debía estar totalmente fuera de contacto con la realidad, porque el problema del mal uso del poppers en adolescentes ya era una preocupación para muchos trabajadores sociales y para la policía. Los poppers ya no estaban confinados a la comunidad gay. Se había convertido en una de las drogas favoritas para esnifar entre niños de edad escolar. A principios de 1994, la

situación se había puesto seria en ciertas áreas. Así es como Neil Western, del *Birmingham Post*, describe a un usuario de trece años: 'Lo que le gustaba a John era la excitación –la agitación, la emoción de hacer algo que se suponía no debía hacer. Un poco como fumar, pero más atrevido. El producto venía en una botellita de medicinas, marrón, con un envoltorio donde se podía leer: "No debe ser consumido por niños". Era un líquido claro con un olor pungente. Le dijeron que esnifara y experimentara un subidón. Funcionó. Se sintió bien durante unos minutos, pero luego vino el mareo y le duró horas.'[8]

Alumnos de tan solo once años eran expuestos a los nitritos de amilo, y a la policía de West Midlands le preocupaba que los poppers estuvieran ahora a libre disposición de los colegiales, pero carecían del poder para frenar el abuso. 'No es más ilegal que un bocadillo de patatas fritas', decía el Inspector John Crump, de la brigada de estupefacientes de la policía de West Midlands.[9] Los funcionaros de "North Staffordshire Trading Standards" (Estándares Comerciales de North Staffordshire) también abordaron el problema, como hizo el diputado por Stoke South, George Stevenson, quien pidió la prohibición de la venta de poppers en el Reino Unido. Otros que habían estado planteado el tema durante un tiempo en la comunidad gay fueron Cass Mann, de 'Positively Healthy' y su colega Wayne Moore. Lanzaron una campaña, llamada 'Poppers Stoppers', para alertar y crear conciencia de los riesgos para la salud que conlleva el uso de poppers, particularmente entre los miembros más jóvenes de la comunidad gay. Wayne Moore apuntó que las actitudes ante los poppers en la comunidad gay eran relajadas y permisivas. Los poppers se veían como relativamente inofensivos y sus placenteros efectos pesaban más que cualquier riesgo para la salud.

Pero no ha habido salida clara al tema de la relación de poppers y SIDA. Los NIH de Estados Unidos convocaron una reunión al máximo nivel sobre este tema en mayo de 1994, invitando a Robert Gallo y Peter Duesberg. Hubo acuerdo unánime de que los poppers eran un factor de riesgo en el SIDA, e incluso Robert Gallo admitió que había una alta correlación entre el abuso de poppers y el sarcoma de Kaposi en hombres gais y respaldó la necesidad de investigar más en el tema.

Se dio un paso importante en el Reino Unido en 1996, cuando Sue Sharpe, director de servicios legales de la "Royal Pharmaceutical Society", decidió enviar representantes secretos a varias sex shops del centro de Londres, para saber cómo eran descritos los efectos de los poppers por los dependientes de estas tiendas. Los vendedores de las diferentes sex shops describieron los efectos de los poppers como un 'colocón', un 'subidón' y que 'relajan los músculos'. Estas descripciones se oponían a la definición

de medicamento por parte de la "Medicines Act", contraviniéndola. La "Royal Pharmaceutical Society" emprendió acciones legales contra una de las tiendas, la "Zipper Store", de Londres, propiedad de "Millivers" (editora de la revista *Gay Times*). "Millivers" admitió haber suministrado medicamentos para consumo humano, de forma ilegal, y fue multada con 100 libras esterlinas.

Desde entonces, los poppers únicamente se pueden vender en farmacias y, en enero de 1997, el nitrito de amilo quedó restringido a medicamento bajo prescripción. Sin embargo, las sex shops han continuado vendiendo poppers -les piden a los clientes que firmen un formulario que confirma que serán usados como desodorantes del hogar. Stephen Lutener, jefe de la división de inspección y ejecución de la "Royal Pharmaceutical Society", me comentó: 'Es como vender cuchillos de asalto diciendo que son para pelar zanahorias.'[10]

Hemofilia o Hemofilia/SIDA: ¿Dónde está la Diferencia?

Sue Threakall es una de esas mujeres inglesas capaces, duras y fiables, que le devuelven a uno la confianza en la naturaleza humana. Decidió demandar a Wellcome y a la autoridad sanitaria de su localidad por causar la muerte de su marido, Bob. Era una creencia generalizada que los hemofílicos que daban positivo al VIH habían sido infectados por el Factor VIII contaminado con VIH, el factor de coagulación de la sangre que necesitan inyectarse para que su sangre coagule.

El marido de Sue, Bob, un empleado público, tenía hemofilia y dio positivo al VIH en 1985. No obstante, siguió trabajando y, relata su esposa, durante este periodo estaba animado, era sociable y se sentía bien, en términos generales. Por aquel tiempo, se prescribía AZT a individuos VIH positivo, que tuvieran bajos conteos de células T, aunque fueran asintomáticos (que no hubiesen desarrollado síntomas de ninguna enfermedad definitoria de SIDA).

A Bob Threakall le recetaron AZT en 1989, y de ahí en adelante las cosas empezaron a ir de mal en peor. Por entonces, los médicos estaban entusiasmados recetando AZT a personas VIH positivo asintomáticas, debido a que los resultados del estudio realizado en Estados Unidos supuestamente demostraban que a este grupo de personas les beneficiaba dicho medicamento.[11] Sin embargo, el mencionado estudio, diseñado para una duración de tres años, fue interrumpido a los nueve meses y había incomodidad en algunos médicos por la forma en que se había llevado a cabo (cf. Dr. Michael Lange, capítulo 8). Más adelante, cuando los resultados del estudio Concorde salieron a la luz, demostrando la ausencia

de beneficios en adultos sin síntomas de SIDA que tomaron AZT, el Profesor Ian Weller (director del estudio Concorde) declaró abiertamente en la Conferencia Mundial del SIDA, en Berlín, que él no prescribiría AZT a tales pacientes.

Sue vio deteriorarse la salud de su marido nada más empezar con AZT. Murió dieciocho meses después. Su deterioro se achacó al VIH, pero Sue pensaba de otra manera. Bob nunca había sido diagnosticado de síntomas definitorios de SIDA antes de que le administraran AZT. Ella había visto nuestra película, *AZT: Cause for Concern*, y decidió escribir a Peter Duesberg. Duesberg le respondió con una pila de documentos sobre la toxicidad del AZT, que él describía como 'SIDA por receta'. Esto convenció a Sue para emprender acciones legales. Su abogado, Graham Ross, aceptó el caso y demandó a Wellcome, al National Institute of Allergy and Infectious Diseases (cuyo director, Dr. Anthony Fauci, estuvo al frente del ensayo de AZT en asintomáticos) y a su autoridad sanitaria local (por permitir la administración del medicamento). Sue se convirtió en la primera persona de la historia que consiguió asistencia legal para demandar por los daños causados por AZT. Graham Ross decidió centrarse sólo en la autoridad sanitaria local y el caso por negligencia contra la misma está en curso. Se han añadido al caso varios litigantes más y abogados de otros países han contactado con Ross para recibir información sobre el tema de daños por AZT.

Peter Duesberg había hecho un detallado estudio de las anomalías en las conexiones que se hicieron entre hemofilia y SIDA. Había advertido que los hemofílicos, con o sin VIH, estaban presentando exactamente los mismos patrones de enfermedad. En un artículo remitido a *Lancet* en agosto de 1992, Duesberg perfiló su caso.[12] (Sus observaciones fueron finalmente incluidas en otro artículo, más largo, publicado *en Pharmacology and Therapeutics.*)[13] Señaló que, de los 20.000 hemofílicos de los Estados Unidos, alrededor de 15.000 (75%) eran VIH positivo. De ellos, a lo largo de los cinco años previos, 300 habían desarrollado SIDA anualmente. Esto equivalía a un riesgo de SIDA del 2% para los hemofílicos americanos infectados con VIH.

El artículo de Duesberg publicado en *Pharmacology and Theraputics* establece que:

De acuerdo con la hipótesis virus-SIDA, uno habría esperado que a estas alturas (alrededor de diez años de periodo de latencia del VIH, después de la infección) por lo menos el 50% de los 15.000 americanos hemofílicos VIH positivo hubieran desarrollado SIDA, o hubieran muerto de SIDA. Pero el 2% anual de riesgo de SIDA indica que el hemofílico VIH positivo corriente, tendría que esperar 25 años para

desarrollar enfermedades de SIDA causadas por el VIH, lo que equivale a su edad media actual. La edad media de los hemofílicos americanos ha pasado de once años en 1972, a veinte años en 1982 y a más de veinticinco años en 1986, a pesar de la infiltración del VIH en el 75% de ellos. Teniendo esto en cuenta, uno podría construir un argumento lógico en base a que el VIH, en vez de disminuir la esperanza de vida de los hemofílicos, de hecho, la incrementa.[14]

Duesberg continúa, señalando que las cifras de enfermedad y muerte en hemofílicos que son VIH positivo son las mismas que en los que lo son negativo, y que la inmunodeficiencia en hemofílicos es independiente del VIH. La mayoría de los estudios demuestran que recibir transfusiones de sangre y Factor VIII durante toda la vida conduce a la supresión de la inmunidad, lo que a su vez lleva a enfermedades categorizadas dentro de la definición de SIDA. Antes del Factor VIII, la mayoría de los hemofílicos morían siendo adolescentes, a causa de hemorragias internas. La introducción del Factor VIII realmente ha prolongado sus vidas, pero esta transfusión continua de proteínas extrañas contenidas en el plasma donado, usado para el Factor VIII, ha pasado factura.

Duesberg culpa a la transfusión continuada de proteínas extrañas de ser la causa de la inmunodeficiencia en hemofílicos, con y sin VIH. Apunta también que, si el VIH fuera un virus infeccioso, sexualmente transmisible, ¿por qué tan pocas viudas de hemofílicos contrajeron enfermedades definitorias de SIDA? Los "Centers for Disease Control" informaron de 94 viudas de hemofílicos de Estados Unidos con enfermedades definitorias de SIDA, en los siete años que van de 1985 a 1992.[15] (Las enfermedades definitorias de SIDA consisten en veintinueve viejas enfermedades, como la neumonía, las cuales son únicamente denominadas SIDA si el VIH está presente.) Esto simplemente refleja las tasas normales de enfermedad y muerte en la población general, debidas a esas veintinueve viejas enfermedades.[16] Duesberg concluye diciendo: 'Puesto que la transfusión de proteínas extrañas parece causar inmunodeficiencia en hemofílicos, la lógica de prescribir el terminador de la cadena de ADN, AZT, como terapia anti-VIH debe ser reconsiderada.'[17]

Un estudio de una cohorte de hemofílicos, en Edimburgo, dirigido por el Dr. Christopher Ludlum, se utiliza frecuentemente como ejemplo de porqué se debe considerar un error afirmar que el VIH no causa 'hemofilia/SIDA'[18] El estudio en cuestión, según la interpretación de Ludlum, pretende demostrar que únicamente los hemofílicos VIH positivo de esta particular cohorte de treinta y dos pacientes (todos ellos expuestos al mismo lote de concentrado de Factor VIII infectado por el VIH) progresaron a SIDA. Ninguno de los VIH negativo lo hizo. Si lo ponemos

de esta manera, la evidencia es realmente convincente. Pero la interpretación de estos estudios requiere un examen más detallado.

El artículo describe cómo, de los treinta y dos pacientes, dieciocho 'se hicieron positivo a los anticuerpos'. En los otros catorce, expuestos al mismo lote de Factor VIII supuestamente contaminado con el VIH, no hubo seroconversión. El porqué estos catorce no se hicieron VIH positivo, es una cuestión que la ortodoxia no ha sido capaz de contestar. El hecho es que eran negativo y no desarrollaron enfermedades definitorias de SIDA. Este estudio se esgrime como el gran ejemplo de que el VIH debe ser la causa del SIDA. Aquí estaba la prueba. Ninguno de los pacientes VIH negativo progresaron a SIDA, sólo los pacientes VIH positivo lo hicieron.

Echémosles ahora un vistazo a los dieciocho pacientes VIH positivo. Decir que únicamente los VIH positivo progresaron a SIDA, es una simplificación de la verdad, excesiva e indisculpable. El hecho es que únicamente *alguno* de los VIH positivo progresó a SIDA. En el estudio, diez de los VIH positivo no progresaron a SIDA en absoluto. En otras palabras, más de la mitad de los infectados estaban bien. ¿Por qué? Nadie habla de esto. Cuando examinas detenidamente los ocho casos restantes que no progresaron a SIDA, ves que todos y cada uno de ellos tenía un particular trastorno genético en la sangre llamado HLA (antígenos leucocitarios humanos) haplotipo A1 B8 DR3. Esto significa que todos ellos tenían una debilidad inmunitaria heredada. Como el mismo artículo manifiesta, 'El curso clínico menos favorable está fuertemente asociado con el haplotipo A1 B8 DR3,' y continúa, 'el concepto general que dice que los individuos portadores del haplotipo A1 B8 DR3 son inmunológicamente hiperactivos puede tener importantes implicaciones en la comprensión de la patogénesis del SIDA.' Un importante párrafo del estudio, al que se le debería haber dado mayor trascendencia, dice, 'Hemos observado ya que el riesgo de seroconversión después de la exposición al lote contaminado de Factor VIII estaba relacionado con el número de botellas de ese lote realmente usadas y el número de unidades de Factor VIII usadas al año.'[19]

Los efectos tóxicos del Factor VIII sobre el sistema inmunitario, y el hecho de que las enfermedades parecidas-a-SIDA que se dan en los hemofílicos se relacionen directamente con la edad del paciente hemofílico y la cantidad de Factor VIII que ha tomado, fueron confirmados por la aparición de estudios posteriores sobre los graves efectos inmunosupresores del Factor VIII. La fórmula original del Factor VIII consistía en menos de un 1% del vital factor coagulante. El resto eran impurezas. Los estudios demuestran ahora una mejora espectacular en la

salud de los hemofílicos a los que se les administró la nueva forma, purificada, del Factor VIII, consistente en un 99% de factor coagulante y únicamente un 1% de impurezas.[20]

El nuevo producto cuesta el doble que el antiguo, aumentando el coste medio del tratamiento entre 12.000 y 14.000 libras esterlinas al año, y hasta 50.000 libras esterlinas en el caso de grandes consumidores, por lo que solamente estaba disponible para hemofílicos que hubieran sido diagnosticado VIH positivo (estableciendo así un sistema de dos niveles, favoreciendo a los hemofílicos VIH positivo). Cuando al Profesor Gordon Stewart se le preguntó su opinión sobre estos descubrimientos, afirmó que eran inmensamente importantes:

Si este trabajo se confirma, significa que puede ser que los pacientes no adquieran el SIDA en absoluto. Nos da también una clave inmensa de los mecanismos del SIDA. Ahora sabemos que, si a los hemofílicos se les inyecta el concentrado impuro, esto les produce cambios que se asemejan al SIDA; y si se les da el producto de alta pureza, no experimentan ninguno de esos cambios. Entonces la probabilidad es que la respuesta de los hemofílicos es a la proteína extraña en su tratamiento, no al VIH. La alegación de que los pacientes hemofílicos adquieren el SIDA por el hecho de estar infectados con el VIH tiene que ser cuestionada.[21]

Otro que había empezado a cuestionar las conexiones entre VIH y hemofilia era Russell Schoch, editor de *California Monthly*, la revista de los alumnos de la Universidad de California, Berkeley. Él había seguido de cerca la discusión y había publicado dos exposiciones de los argumentos anti-VIH con gran claridad.[22] El hijo de Schoch padecía hemofilia. En un conmovedor artículo, a toda página, le llamaba: 'Papá, soy VIH positivo'. Schoch escribe: 'Tanto mi hijo como yo apoyamos el esfuerzo en reexaminar la hipótesis de que el VIH causa SIDA, una hipótesis que no ha salvado ni una sola vida humana.[23]

A estas alturas, la convicción de que los hemofílicos que eran VIH positivo habían sido contaminados por sangre infectada con el retrovirus, presente en los agentes del Factor VIII de coagulación, había llevado a una litigación masiva. A finales de 1990, en el Reino Unido, más de 1.000 adultos y 175 niños estaban reclamando una indemnización por, supuestamente, haber sido infectados por un Factor VIII contaminado. El gobierno británico decidió añadir cuarenta y dos millones de libras más al total inicial de treinta y cuatro millones, a modo de pago *ex-gratia*, a principios de año. En Europa y América llovieron, a diario, nuevas reclamaciones de indemnización.

En el "Royal Hospital", Perth, Australia Occidental, la biofísica Eleni

Eleopulos pensaba de forma diferente. Había estado trabajando regularmente con su colega de hospital, Valendar Turner, con su colega de hacía mucho tiempo, David Causer, y con el Profesor John Papadimitriou, jefe del departamento de patología de la Universidad de Australia Occidental. Juntos, llegaron a la conclusión de que el VIH no podía estar presente en el Factor VIII, mucho menos reproducirse e infectar otras células. Prepararon un artículo destinado a una edición especial de la revista Genética, con el siguiente llamativo e inequívoco resumen:

En esta revisión se ha examinado cuidadosamente la asociación entre Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y hemofilia, especialmente los datos que han sido interpretados como indicadores de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a los receptores de preparados de Factor VIII supuestamente contaminados. En nuestra opinión, los datos publicados no prueban la hipótesis de que tal transmisión ocurra, por lo tanto, el VIH no puede ser la explicación del SIDA en hemofílicos.[24]

John McDonald, Profesor de Genética de la Universidad de Georgia, Athens (USA), y editor-jefe de la revista *Genética,* había enviado esta edición especial de la revista a Peter Duesberg, para que la editara. En su prólogo, McDonald menciona que:

existe una conspiración de facto *en la comunidad científica para impedir que opiniones disidentes e hipótesis alternativas al SIDA puedan ser presentadas al público, tanto general como científico. … Ignorar acusaciones de censura científica sólo puede servir para minar la confianza del público, no sólo en la opinión científica prevalente, sino también en establishment científico en su totalidad. Al proporcionar este foro para hipótesis alternativas al SIDA,* Genética *tiene la esperanza de despejar la idea de que existe 'una conspiración de silencio' en la comunidad científica.*[25]

¿Hay VIH en el Factor VIII?

Esta importante revista permitió a Eleopulos y a sus colegas abordar alguno de los problemas fundamentales que rodeaban hemofilia y SIDA, y plantear cuestiones cuya publicación nunca había sido permitida. Cuestiones como: ¿por qué no se ha aislado nunca al VIH en el Factor VIII? ¿Cómo pudo, el VIH, haber sobrevivido a la congelación, descongelación y esterilización del Factor VIII? Por qué no hay casos de SIDA/hemofilia con KS (sarcoma de Kaposi), cuando esta enfermedad está considerada como una de las enfermedades clave definitorias de SIDA? Por qué el CDC ha documentado casos de hemofilia/SIDA que son VIH negativo, sin enfermedades definitorias de SIDA? ¿Cómo puede ser que se afirme que el VIH ha sido 'aislado' en niños con hemofilia que

no tenían otros factores de riesgo, cuando su Factor VIII había sido revisado y vuelto a revisar y encontrado negativo a anticuerpos VIH? 'Esto es prueba suficiente,' escribe Eleopoulos, 'de que lo que ha sido llamado infección por VIH en hemofílicos, no está causado por un retrovirus exógeno al que los hemofílicos hubieran sido expuestos, sino por la administración de los preparados de Factor VIII.'[26]

Para que las partículas virales del VIH flotando libremente en el plasma (partículas que no se han integrado en el ADN de otra célula), sean capaces de infectar otras células, tienen que tener una proteína de envoltura llamada gp120 en su membrana externa Si. Estas proteínas forman las protuberancias de las partículas virales que, dicen, son cruciales para que el VIH pueda adherirse e infectar otra célula. En su artículo, Eleopulos se centra en el hecho que, simplemente, el VIH no podría sobrevivir el proceso de fabricación del Factor VIII y que incluso si las partículas libres en plasma lo consiguieran, no podrían constituir una fuente significativa de transmisión del VIH. En otras palabras, no serían capaces de infectar nuevas células porque no serían más que piezas incompletas de restos virales, sin las necesarias protuberancias gp120 en sus envolturas proteínicas.

Eleopulos nos recuerda que, en 1983, el propio Gallo dijo: 'La envoltura viral requerida para la infectividad es muy frágil. Tiende a desprenderse cuando el virus brota de la célula infectada, lo que deja a las partículas incapaces de infectar nuevas células.' Después de admitir esto, ¿cómo se las arreglaría Gallo para explicar de qué manera iba el VIH a infectar nuevas células? Como siempre, tenía una respuesta preparada. Dijo que, sin la envoltura viral, la infección podría requerir 'contacto de célula a célula'.[27] Este contacto célula a célula hacía prescindible la necesidad de una proteína de membrana externa. Sin embargo, Eleopulos concluye que, dado que la gp120, de la que se afirma que es crucial para que el VIH pueda infectar otras células, no se encuentra en las partículas que flotan libremente en el plasma, entonces, aunque haya partículas VIH presentes en plasma o en los preparados del Factor VIII, éstas no serán infecciosas.[28]

Factor VIII y Falsos Resultados VIH positivo

Continúa Eleopulos abordando el tema de los falsos positivos al test de anticuerpos VIH en las personas con hemofilia. Señala que la presencia de anticuerpos al VIH en personas con hemofilia, puede que no signifique que sean de verdad positivos; y cita al Dr. Philip Mortimer, director del "Virus Laboratory of the Public Health Laboratory Service (PHLS)", en Londres:

El diagnóstico de infección por VIH se basa casi en su totalidad en la detección de anticuerpos al VIH, pero puede haber reacciones cruzadas engañosas entre los antígenos del VIH [las proteínas que se dice provocan una respuesta de los anticuerpos] y los anticuerpos que se forman contra otros antígenos, y esto puede llevar a reacciones falso-positivas. Por consiguiente, puede que sea imposible relacionar específicamente un anticuerpo a una infección por VIH-1 *[énfasis en el original]*.[29]

Dicho de otra manera, los anticuerpos que se forman después de una vacuna contra la gripe podrían reaccionar en un test VIH y hacer parecer que el VIH está presente, cuando en realidad se trata de del antígeno de la gripe.

Entonces vino el gran bombazo. Eleopulos dice que un número significativo de pacientes de SIDA tendrán un resultado falso positivo en los test de anticuerpos al VIH, porque los hemofílicos, gais y usuarios de drogas intravenosas, están todos sujetos a una amplia variedad de antígenos extraños y agentes infecciosos que no son específicos al VIH. Más adelante describe como la mayoría de los hemofílicos, con anterioridad a 1998, les fue hecha la prueba con el test ELISA. (Muy pocos se confirmaban con el test Western blot, por aquel entonces). Asegura Eleopulos que existe la clara posibilidad de que, si se reevaluara a los hemofílicos testados con ELISA o con ELISA y Western blot antes de 1988, un número significativo ya no sería clasificado como VIH positivo. ¡Pensemos en las implicaciones! Todos los hemofílicos VIH positivo, de hecho todos los VIH positivo punto, testados antes de 1988 deberían ser llamados para hacer la prueba de nuevo, y toda la litigación que rodea al Factor VIII contaminado tendría que ser reexaminada.

Los Anticuerpos que 'Identifican' al VIH No Son Específicos del VIH

A continuación, el artículo ataca la base misma de la identificación del VIH. La Proteína 24 es una de las proteínas clave que se dice son específicas del VIH. Eleopulos demuestra, después de un rastreo por la literatura científica, que no está probado que la p24 que sea específica de los retrovirus, y no puede ser específica del VIH, porque la p24 de otros retrovirus provoca la formación de los mismos anticuerpos.

Es interesante advertir aquí que, aunque Gallo y Montagnier, en una publicación conjunta, afirmaron que la p24 es única del VIH, Gallo ha declarado repetidamente que la p24 del VIH, y de otros dos retrovirus humanos, que él sostiene haber aislado en humanos, puede tener una

reacción inmunológica cruzada. Dicho de otra forma, la p24 no puede ser específica del VIH.[30] Eleopulos cita varios ejemplos para respaldarlo. La supuestamente importantísima p24 se ha encontrado en una alta proporción de donantes de sangre 'indeterminado' o VIH negativo[31] y aparece en la sangre de pacientes previamente VIH negativo, después de recibir transfusiones de sangre que habían sido testadas y resultaron VIH negativo.[32] Ha sido detectada también en hasta un 36% de pacientes con SLE (lupus eritomatoso sistémico, en sus siglas en inglés)[33], y en pacientes que han recibido un trasplante de órganos. En la mayoría de los casos la p24 desapareció a los pocos meses del trasplante.

Eleopolus insinúa entonces, por primera vez, el hecho de que el VIH, o las proteínas que se dice que lo identifican, puede que no sean específicas del VIH en absoluto, y sean simplemente proteínas que están presentes en todos nosotros (endógenas) y únicamente se muestran cuando el cuerpo está sometido a un estrés inmunológico severo –aludiendo a que el VIH pudo haber sido identificado erróneamente; que de hecho es posible que el VIH no exista. Propone que hay muchas razones por las que la p24 (que se dice identifica al VIH) detectada en la sangre de hemofílicos y receptores de trasplante, después de haber sido cultivada en laboratorio, puede que no sea del VIH. Puede ser, en cambio, una proteína no viral, o la proteína de un retrovirus endógeno. Concluye esta sección de su artículo manifestando rotundamente que lo que se ha llamado infección por VIH en hemofílicos '*no está causada por un retrovirus exógeno al que los hemofílicos hayan sido expuestos por medio del Factor VIII*' [énfasis añadido].[34]

Siendo así, ¿por qué enferman los hemofílicos? Eleopulos cita muchos informes que describen cómo el producto Factor VIII impuro es, en sí mismo, el responsable de anormalidades inmunitarias como bajos conteos de células T4 e inmunosupresión general, incluso cuando proviene de una población de donantes de sangre que no están en riesgo de SIDA. Señala también que, en un número considerable de hemofílicos, se registraron enfermedades parecidas-al-SIDA (neumonías atípicas, incluida la neumonía por el hongo Pneumocystis carinii-PCP) antes de la era SIDA. El artículo concluye recordándonos las impurezas del Factor VIII y de qué manera los casos de hemofilia-SIDA están directamente relacionados con la cantidad del producto Factor VIII que hayan tomado los hemofílicos (relacionado con la dosis) y la cantidad de tiempo que lo hayan tomado (relacionado con la época).

La 'nota al pie de página' final de su artículo es de crucial importancia y la presenta como una 'nota añadida en calidad de prueba'. En el momento en que el grupo de Perth completó su artículo para *Genética*, los "Centers for Disease Control" distribuyeron una copia de su hoja de datos (CDC

1994) sobre transmisión del VIH. En ella manifiestan abiertamente: 'Los estudios de los CDC han demostrado que el secado, incluso con estas altas concentraciones de VIH, reduce el número de virus infecciosos [en el Factor VIII] entre un 90-99%, en el espacio de varias horas … el secado de sangre humana u otros fluidos corporales, reduce el riesgo teórico de transmisión ambiental a lo que ha sido observado –esencialmente cero.' Comentando esta hoja de datos, Eleopulos et al. declaran: 'Es inexplicable, basándonos en sus propios datos, que los CDC continúen considerando que los pacientes hemofílicos están en riesgo de infección por VIH, vía concentrados de Factor VIII, y es enigmático que no se haya buscado otra explicación para el 'VIH' y SIDA en hemofílicos.'[35]

La Obstinada Comunidad de los Escépticos

Las objeciones de Duesberg y Eleopulos a la hipótesis virus/SIDA, a través del análisis crítico de las anormalidades en hemofilia/SIDA, no pasaron desapercibidas para la ortodoxia del SIDA. Tarde o temprano tendría que responder. Y lo hizo en septiembre de 1995, con la publicación en *Nature* de una carta de Sarah Darby et al., analizando las tasas de mortalidad en hemofílicos, antes y después de la 'infección' por VIH.[36] La carta estuvo acompañada de un sonoro editorial de John Maddox y un, decididamente cáustico, comunicado de prensa del MRC. El artículo afirmaba que la tasa de mortalidad en hemofílicos durante siete años, entre 1985 y 1992, fue diez veces superior en los hemofílicos infectados con VIH. (Cabe tener en cuenta que la terapia con AZT, para hemofílicos VIH positivo, se introdujo después de 1987.)

Maddox empieza su editorial diciendo que la carta era una razón más para la discreción por parte de aquellos que sostienen que el VIH no tiene nada, o poco, que ver con el SIDA. Pero fue más lejos: 'Los que han sido más activos en la larga controversia sobre el papel del VIH en el SIDA, el Dr. Peter Duesberg, de Berkeley, California, en particular, tienen una pesada responsabilidad que únicamente puede ser descargada mediante el reconocimiento público, honesto o no, de su error. Cuanto antes mejor.' Sin embargo, Maddox reconoce defectos en el trabajo de Darby: 'Aunque es seguro predecir que habrá quejas por parte de la obstinada comunidad de los escépticos sobre que Darby et al. no han proporcionado todos los detalles del régimen de medicamentos que siguieron las 6.000 personas registradas, y que hasta que lo hagan, su conclusión no tendrá fuerza.'[37]

El comunicado de prensa del MRC no tuvo reservas. Jactanciosamente, decía: 'Los detalles de un estudio de 15 años sobre los hemofílicos británicos, publicado hoy, demuestran que el gran aumento de muertes

durante los últimos diez años está causado por infección con VIH. Los investigadores creen que sus resultados deberían servir para silenciar a los críticos que argumentan que el VIH no es la causa del SIDA.'[38]

El estudio Darby sobre la hemofilia también dio a Steve Connor otra oportunidad de fastidiar a los disidentes del SIDA. 'El estudio más grande del mundo realizado con hemofílicos, ha probado categóricamente que el VIH causa SIDA, una conexión discutida por un pequeño número de científicos inconformistas que disfrutaron de enorme publicidad en Gran Bretaña… la nueva investigación es vista como la refutación final a las opiniones de Peter Duesberg.'[39] Rápidamente, Duesberg redactó su respuesta. Compuso un artículo de 1.500 palabras, con 19 referencias, para *Lancet*. En él, rechaza los hallazgos de Darby y se centra en su propia opinión en cuanto a que fueron los efectos inmunosupresores de las proteínas extrañas, contaminando el Factor VIII, y los efectos tóxicos del AZT administrado a los hemofílicos VIH positivo, los responsables de los casos de muerte por SIDA/hemofilia.

Richard Horton, recientemente nombrado editor de *Lancet*, y quien previamente había visto con simpatía el debate disidente, rechazó el artículo de Duesberg, pidiéndole que le enviara una carta de 500 palabras, con no más de cinco referencias que fue publicado, puntualmente, en noviembre de 1995.[40] En ella y con el acostumbrado estilo de enfrentamiento, Duesberg, desafía a Horton. Le dice que estaría dispuesto a ceder si Horton pudiera demostrar que estaba equivocado en dos predicciones. La primera era que, si se estudiara a dos grupos de hemofílicos que tuvieran igual tiempo de consumo de Factor VIII y todas las medicaciones, siendo uno de ellos VIH positivo y el otro VIH negativo, quedaría demostrado que ambos tienen idéntico riesgo de SIDA.

La segunda predicción era que, si se estudiaran grupos de hemofílicos VIH positivo, con la misma duración y dosis de Factor VIII, pero un grupo fuera tratado con AZT y otros medicamentos anti-SIDA y el otro no, el grupo tratado con los medicamentos demostraría tener una tasa de mortalidad diez veces más alta que el grupo no tratado.[41]Hasta la fecha, esta investigación nunca se ha hecho. Le llegó el turno ahora a Eleni Eleopulos de responder al estudio Darby. Lo hizo con una contundente refutación a *Nature*, la cual fue rechazada. Fue entonces cuando Huw Christie y su co-editor Molly Ratcliffe llevaron el tema a su revista *Continuum* y publicaron un comunicado de prensa diciendo:

Lejos de pedir disculpas, como se nos ha pedido en el editorial de Nature *que acompaña este estudio, nosotros 'la obstinada comunidad de los escépticos' tenemos toda la razón en seguir siéndolo y consideramos que el estudio simplemente respalda las opiniones*

mantenidas por el Profesor Duesberg (Berkeley), Eleni Papadopulos Eleopoulos (Perth), Dr. Harvey Bialy (New York) y otros, relativas a que el VIH no es la causa del SIDA. …. Al contrario, por medio de la presente, solicitamos y exigimos que los científicos involucrados readopten los pertinentes principios científicos en este importantísimo campo de la salud pública.[42]

El siguiente número de *Continuum* publicó a continuación, en su totalidad, el artículo de Eleopulos rechazado. En él, ella y sus colegas señalan que la aseveración de Darby et al. de que el aumento del 85% en la tasa de mortalidad entre hemofílicos VIH positivo era debida al VIH, sólo podría sostenerse si el estudio evidenciara que la causa de las muertes extra en el grupo VIH positivo fuera SIDA. De hecho, 168 de las 403 muertes entre pacientes VIH positivo, fueron debidas a causas diferentes del SIDA, y las que se afirma ser muertes por SIDA y VIH son engañosas, porque el SIDA lo constituyen más de 25 enfermedades diferentes, y porque nunca se ha encontrado un único agente infeccioso que cause tantas diferentes y no relacionadas enfermedades.[43]

La obstinada comunidad de los no convencidos estaba creciendo rápidamente en Londres. Ahora se estaba preparando para la siguiente fase y *Continuum* resultó ser un foro importante en este momento en la historia de la disidencia del SIDA por los argumentos de un joven virólogo en Alemania, el Dr. Stefan Lanka, de un grupo de científicos retirados en Suiza encabezado por el Profesor Alfred. Hässig, y del equipo de Perth que los había inspirado: argumentos para demostrar que el VIH en sí no existe.

---

[1] J. Quinto, *Bollettino Societá Italiana Biologia Sperimentale*, vol. 56, 1980, pp. 816-20; J. Osterloh, *Journal of Analytical Toxicology*, July/August 1984, pp. 164-9.
[2] J. Lauritsen y H. Wilson, *Death Rush: Poppers and AIDS*, Pagan Press, New York, 1986.
[3] Andrew Moss, 'A case control study of risk factors for AIDS in San Francisco', presentación en la Conferencia del SIDA en los CDC de Atlanta, 15 April 1985.
[4] J. Quinto, op. cit., J. Osterloh, op. cit.
[5] Karl Jorgensen, *New England Journal of Medicine*, 30 September 1982, pp. 1893-4.
[6] Harry Haverkos, *Environmental Health Perspectives*, vol. 102, 10 October 1994.
[7] *Capital Gay*, 20 August, 1993.
[8] *Birmingham Post*, 3 March 1994.
[9] Ibidem.
[10] Stephen Lutener, conversación personal, April 1997.
[11] P. Volberding et al., 'Zidovudine in asymptomatic human immunodeficiency virus infection', New *England Journal of Medicine*, vol. 322, nº 14, 5 April 1990.
[12] P. Duesberg, 'Immunodeficiency in haemophiliacs with and without HIV', remitido a *Lancet* 20 August 1992.
[13] P. Duesberg, *Pharmac. Ther.*, vol. 55, 1992, pp. 201-77; *Genetica*, vol. 95, 1995, pp. 51-70.
[14] Ibidem.
[15] "Centers for Disease Control", AIDS Surveillance, edición fin de ejercicio, 1992.

[16] P. Duesberg, 'Immunodeficiency in haemophiliacs with and without HIV', op. cit.
[17] Ibidem.
[18] C. Ludlum, *Lancet*, 28 May 1988.
[19] Ibidem.
[20] Neville Hodgkinson, *Sunday Times*, 22 February 1993.
[21] Ibidem.
[22] Russell Schoch, *California Monthly*, April 1990, p. 9; Steve Heimoff, *Cal Report*, número de otoño 1991.
[23] R. Schoch, *Newsweek*, 17 August 1992
[24] Eleni Eleopulos, *Genetica*, vol. 95, 1995, pp. 25-50
[25] Ibidem.
[26] Ibidem.
[27] Ibidem, p. 30.
[28] David Rasnick, *Reappraising AIDS*, vol. 5, nº 5, March 1997.
[29] Eleni Eleopulos, *Genetica*, op. cit.
[30] F. Wong-Staal and R. C. Gallo, *Nature*, vol. 317, pp. 395-403.
[31] J. Schupback et al., *AIDS*, vol. 6, 1992, pp. 1545-6.
[32] L. Kozhemiakin y I. Bondarenko, *Biochimiia*, vol. 57, 1992, pp. 1417-26.
[33] H. Barthel y D. Wallace, *Sem. Arthrit. Rheumat*., vol. 23, 1993, pp. 1-7.
[34] Eleni Eleopulos, *Genetica*, op. cit.
[35] Ibídem.
[36] Sarah Darby et al., carta a *Nature*, vol. 377, 7 September 1995.
[37] John Maddox, *Nature*, vol. 377, 7 September 1995.
[38] Comunicado de prensa del MRC, 7 September 1995.
[39] Steve Connor, *Independent*, 8 September 1995.
[40] Peter Duesberg, carta*, Lancet*, vol. 346, 18 November 1995.
[41] Ibidem.
[42] *Continuum*, vol. 3, nº 3, September/October 1995.
[43] *Continuum*, vol. 3, nº 4, November/December 1995.

Capítulo 14

¿Existe el VIH?

Conferencia del SIDA en Buenos Aires: Las Dudas Crecen

Me recliné en el confortable asiento de primera clase del Boeing 747 y dejé vagar la mirada por la inmensidad del Océano Atlántico, en ruta hacia Buenos Aires, cortesía del Ministerio de Salud argentino. ¿Cómo había llegado hasta allí?

Todo fue gracias a los hercúleos esfuerzos del Dr. Ricardo Leschot, un médico argentino que trabajaba en el campo del SIDA, y que había causado gran controversia en Argentina. Había anunciado su herejía en muchas entrevistas de radio y televisión: el VIH no era la causa del SIDA. El Dr. Leschot había notado que muchos de sus pacientes de SIDA se desmoronaban delante de sus ojos, presas de la devastadora tensión de vivir con la sentencia de muerte del VIH, y bajo los efectos tóxicos del AZT. Leschot había trabajado con varios de ellos, con quienes consiguió hablar durante sus crisis, y los persuadió de que dejaran el AZT. Había visto como algunos empezaban recuperarse de nuevo. Había, por lo menos, una necesidad de cuestionar las suposiciones establecidas. Esto le inspiró para organizar una conferencia internacional sobre el SIDA en abril de 1995, a la cual invitó a tantos disidentes del SIDA como pudo. La conferencia iba a hacer saltar algunas chispas, porque muchos de los delegados que venían de pequeñas ciudades de provincias argentinas llegaban rebosantes de celo con la 'conciencia VIH'. Se pasmaron al escuchar a los intervinientes cuestionar la hipótesis virus/SIDA.

¿Ha Sido Alguna Vez Aislado el VIH?

La contribución más espectacular de la conferencia estuvo a cargo del virólogo alemán Stefan Lanka. Unos cuantos meses antes, cuando Stefan Lanka había entrado en nuestras oficinas de Londres, esgrimiendo un manuscrito en alemán y asegurando que el VIH no existía, Héctor Gildemeistr tomó aliento y pensó 'más de lo mismo, sólo que ahora en alemán'. Luego, cuando empezó a leer el artículo de Lanka, decidió que aquello estaba muy lejos de ser más de lo mismo. En él se explicaban muchos de los interrogantes en relación con el VIH. Gildemeister empezó a traducir y darle forma al escrito para que fuera comprendido por el lector

lego. Ello le supuso muchas semanas de aquí para allá entre él y Lanka antes de que estuviera listo, y cuando surgió 'VIH: realidad o artificio', nuestro mundo fue una vez más puesto patas arriba.[1]

Stefan Lanka había estudiado virología en la Universidad de Constanza, Alemania, donde hizo su doctorado con el estudio de un virus de algas marinas. Algo debía saber acerca del aislamiento de virus, ya que para su trabajo había tenido que analizar algunos virus marinos nunca identificados. Se convirtió en la primera persona en aislar dos nuevos virus marinos y tenían ante sí una brillante carrera en el mundo de la virología ortodoxa –es decir, hasta que se cruzó con el SIDA y los interrogantes que desafiaban la hipótesis virus/SIDA.

En su artículo 'Es un Western blot positivo prueba de infección por VIH?', Eleni Eleopulos y su equipo ya habían señalado que las proteínas que se decía eran específicas del VIH, podían encontrarse en todos nosotros y que el test VIH, y la ciencia con él relacionada, tenían que ser replanteados.[2] Eleopulos cuestionó el aislamiento del VIH y citó a los US "Centers for Disease Control" diciendo, ya en 1988, que no había correlación entre la presencia del VIH en cultivos de laboratorio y en humanos. Influenciado por el trabajo de Eleopulos, Lanka empezó a preguntarse, no solamente si el VIH causaba SIDA, sino incluso si existía. Después de todo, razonó, nunca había sido aislado ni fotografiado fiablemente; para informar se su existencia únicamente se usaron las proteínas supuestamente pertenecientes al VIH y nunca había habido ningún test VIH fiable. La validez científica de estos tests no había sido nunca establecida y la magnitud de las variaciones entre laboratorios no había sido nunca medida. Los resultados de los tests requerían interpretación, y el criterio para la misma variaba no solamente de laboratorio a laboratorio sino también de mes a mes.[3]

Aquí, en Buenos Aires, Lanka subió al estrado con su propio atrezo en forma de kit para una demostración simulada y, en un estilo muy logrado, explicó, con platos de laboratorio y procedimientos de prueba, cómo se podía decir que un retrovirus como el VIH existe. La identificación del VIH dijo dirigiéndose a la audiencia, confió en una situación totalmente artificial, la cual dependió del mantenimiento de líneas celulares activas, en las que el VIH fue incubado, y de técnicas de manipulación que convirtieron las células en artefactos de laboratorio. Estos métodos se perpetúan en sí mismos y no son correctos. El VIH, anunció, no ha sido nunca aislado y no existe. Esto era un atrevimiento. No cayó bien entre los escépticos del VIH que no estaban de acuerdo con la hipótesis VIH/SIDA, pero aceptaban la existencia del retrovirus como un pasajero inofensivo. Sin embargo, Lanka metió presión.

Lo que la ortodoxia dominante describió como el retrovirus VIH, tuvo que ser incubado en líneas celulares permanentes. A éstas se las suele llamar líneas celulares inmortalizadas, las cuales son normalmente líneas celulares de cáncer, que se siguen replicando incesantemente y permiten que los cultivos de VIH crezcan en ellas. Así es que, para 'encontrar' al VIH, Gallo y Montagnier tuvieron que cultivar el VIH de la sangre de un paciente en el laboratorio. Sus declaraciones en relación a que podían ver al VIH matando otras células fueron, por lo tanto, hechas desde su observación de estos cultivos, en un medio carente de las respuestas inmunitarias del propio cuerpo.

Lanka señaló además que para lograr 'actividad del VIH', estas líneas celulares tuvieron que ser tratadas con agentes químicos para activar las células y provocar su división. Dichos agentes nunca se encontrarían en el cuerpo humano; por consiguiente, fue una manera artificial de estimular una respuesta. Usando su kit de laboratorio, Lanka demostró por qué a este procedimiento artificial se le llama estresar una célula, provocando que pedacitos de ARN (nunca al completo) se conviertan en el correspondiente ADN, por medio de la actividad química de la enzima transcriptasa inversa. Así, dijo haciendo un gesto teatral, es cómo dicen que los retrovirus existen, y así es como nació el VIH.

Pero Lanka continuó: estos no son retrovirus, no son más que trozos de ARN sin relación alguna, que han sido transcritos en ADN con la ayuda de la enzima transcriptasa inversa. Esta actividad química podría, en algún caso, tener como resultado la reunión al azar de trozos de ADN (horquilla de replicación). En otras palabras, habiendo copiado una secuencia, la transcriptasa inversa podría copiar otro trozo de ARN y añadirlo. 'Es como seleccionar aleatoriamente palabras de un libro,' dijo Lanka, 'construir una nueva frase a partir de ellas, y luego afirmar que la frase fue extraída del libro.' La postura de Lanka era que la actividad de la transcriptasa inversa y los trozos de ADN resultantes, que se dice identifican al VIH, no son específicos del VIH. Son una característica de toda forma de vida y son usados para reparar daños en los cromosomas. Mantuvo que los procedimientos utilizados para 'encontrar' actividad retroviral eran un constructo. Eran un instrumento por medio del cual se identificaba la actividad retroviral 'por poderes', y que nunca se había demostrado que los retrovirus existiesen.

La existencia de los retrovirus, dijo Lanka, fue perpetuada por un grupo de científicos que hace 25 años interpretaron erróneamente el significado del papel de la transcriptasa inversa. Las líneas celulares permanentes que estos científicos tuvieron que manipular para producir lo que ellos llaman VIH, se desarrollaron en un único laboratorio, se congelaron y se enviaron

a colegas de todo el mundo, quienes, como era de esperar, obtuvieron los mismos resultados. Estos resultados fueron presentados como prueba para validar la existencia de retrovirus y de la ciencia de la retrovirología en su totalidad. Dichos resultados fueron reproducidos una y otra vez, usando las mismas líneas celulares y todo el mundo trabajando a partir del mismo fenómeno de laboratorio construido originalmente.[4]

Es crucial para el argumento de Lanka que no existan fotografías del VIH, aunque hayan sido publicadas muchas 'fotografías' acompañadas de una leyenda que indica lo contrario. La verdad es que lo que nos presentan no son fotografías de un virus, son una serie de electromicrografías en blanco y negro de partículas parecidas-a-virus, sueltas, presentes en cultivos celulares (donde se encuentran varios tipos de partículas) y algunas, arbitrariamente, se dice que son VIH. Yuxtaponiendo esas fotografías fijas pueden hacer que aparezca una secuencia para representar un suceso en tiempo real –penetrando la célula, brotando de la misma y demás. No es otra cosa que una técnica de animación digna de Walt Disney.

Harvey Bialy, un destacado disidente del SIDA, no quedó convencido con la explicación de Lanka. Mantuvo firmemente su postura en cuanto a que el VIH no es la causa del SIDA, pero que sí había sido aislado. Dijo que los argumentos de Lanka eran esotéricos, que debilitarían los esfuerzos para demostrar en qué medida la ciencia del SIDA se había equivocado acerca del VIH y que no deberían ser compartidos con los periodistas presentes en la conferencia. El hecho es que la posición disidente sobre el SIDA se enriquece y los argumentos científicos necesitan una reevaluación continua; lo que demuestra lo fértil que era el terreno para la curiosidad y la indagación en la vanguardia del debate del SIDA. La preparación de la intervención de Lanka en Buenos Aires había empezado muchos meses antes. Las líneas de comunicación entre Lanka, el grupo de Eleopulos en Perth, el grupo de Hässig en Berna y los disidentes de Londres, había estado realmente muy ocupadas.

Para situar el discurso de Lanka en Buenos Aires en el contexto que le corresponde y para comprender de dónde vienen las proteínas que se han identificado como pertenecientes al VIH, necesitamos echar una minuciosa mirada al trabajo de Eleopulos y Hässig.

El Mecanismo del SIDA: Sobrecarga Inmune Adquirida

Cada mañana, Alfred Hässig se reúne con sus colegas, un grupo de retirados septuagenarios, en una oficina en el centro de Berna. Han formado el Grupo de Estudio sobre Nutrición e Inmunidad y, con la tranquilidad de tener todo el tiempo del mundo, ahora que ya no están en

medio del competitivo ajetreo rutinario de sus carreras profesionales, rastrean meticulosamente muchos de los supuestos de las áreas científicas emergentes. Al SIDA lo han sometido a su constructivo criterio y, junto a los doctores Liang Wen-Xi y K. Stampfli (y más recientemente Heinrich Dremer), han elaborado más de quince artículos, algunos de ellos publicados en periódicos internacionales, desafiando la hipótesis infecciosa virus/SIDA.

Hässig es un experto inmunólogo que ha sido director del Servicio de Transfusiones de Sangre de la Cruz Roja Suiza durante treinta y siete años. A través de una serie de artículos preparados junto con sus colegas, Hässig ha dirigido un análisis detallado del mecanismo que causa el colapso del sistema inmunitario, descrito como SIDA.[5] En su opinión y la de su grupo, el SIDA es el resultado de una persistente respuesta al estrés, que cambia el metabolismo del cuerpo a un estado de agresión al sistema inmunitario que el cuerpo no puede mantener (llamado catabolismo). Esta situación metabólica se corresponde con una inflamación crónica de todo el cuerpo, incluyendo una acumulación de células inflamatorias y provocando que se formen anticuerpos contra proteínas de las células del propio cuerpo. Estos son los anticuerpos que han sido confundidos con los anticuerpos anti-VIH.

El argumento central de la ortodoxia es que el VIH elimina las células T del sistema inmunitario (también descritas como células T-CD4). Dice Hässig: 'Asegurar que el VIH mata las células T-CD4 es el error más grande de la hipótesis VIH/SIDA. El síndrome SIDA está causado por una respuesta al estrés. Esto se ve claramente en todos los pacientes de SIDA.' Hässig cree que el estrés persistente está caracterizado por una respuesta inflamatoria que implica al sistema neuroendocrino. Esto está descrito como un estado de hipercortisolismo, que aparece cuando el cuerpo se ve forzado a producir cantidades anormales de cortisol. 'Es una enfermedad neuroendocrina, no vírica, e interesa legítimamente a los inmunólogos, no a los virólogos.'

Hässig señala que Anthony Fauci, el decano de la investigación del SIDA relacionó la respuesta al estrés con el SIDA en 1974, diez años antes de que se anunciara que el VIH era la causa del SIDA. Su trabajo demostró que el cortisol inyectado a individuos humanos sanos para inducir una respuesta al estrés produjo la misma disminución del grupo CD4 de las células T (células del sistema inmunitario) que el observado en personas con SIDA.[6] '¿No es extraño', dice Hässig, 'que Fauci hubiera, conveniente, olvidado sus propios trabajos, cuando el VIH alcanzó el centro de atención?'

Consciente de que cuando el cuerpo está bajo condiciones de estrés,

produce altos niveles de anticuerpos (que son proteínas), Hässig empezó a investigar la naturaleza de los anticuerpos que, según se dice, son específicos del VIH.[7] Destacó el hecho de que pacientes con la enfermedad inflamatoria autoinmune conocida como SLE (lupus eritematoso sistémico, en sus siglas en inglés) a menudo dieran positivo al test de anticuerpos al VIH. En un estudio realizado en 1994, el 43% de los pacientes de lupus habían dado positivo al test de anticuerpos anti-VIH.[8] Hässig concluyó que las proteínas que el cuerpo estaba fabricando, en esas condiciones, eran autoanticuerpos, los cuales no tienen nada que ver con el VIH, pero sin embargo dan positivo al test VIH. En otras palabras, lo que se estaba encontrando era un perfil elevado de anticuerpos, pero estos anticuerpos no eran específicos del VIH.

Pero, ¿por qué el cuerpo reacciona contra sí mismo y produce estos autoanticuerpos? Hässig explica que cada día, aparte de fabricar nuevas células, el cuerpo tiene que eliminar 1.000 millones de partículas celulares que ya no necesita. Estas partículas pueden producir ADN y ARN. Cuando el cuerpo está bajo estrés, produce incluso más de esas partículas. Las defensas inmunitarias del cuerpo no pueden reconocer siempre todo este material como propio. Pierde su habilidad de diferenciar 'propias', 'extrañas' (proteínas que entran en el cuerpo) y 'propias alteradas' (proteínas anormales fabricadas en el cuerpo). Esta es una respuesta autoinmune clásica. El lupus (SLE) no es la única condición que provoca esta respuesta. Otras enfermedades autoinmunes como la artritis, TB, parásitos, lepra, malaria y esclerosis múltiple pueden producir el mismo efecto. 'Estamos realmente en un punto', dice Hässig, 'donde podemos reconocer la hipótesis del VIH como el fracaso que es.'

Por todo ello, Hässig se opone completamente al uso de AZT. Su grupo ha denunciado su uso y ha llamado la atención sobre el daño que puede causar al intestino y también a la médula ósea, por no hablar de las mitocondrias, el vestigio bacteriano que ha evolucionado con nosotros para convertirse en los transformadores vitales de las células humanas. Ellas conforman la principal fuente de energía de todas las células de nuestro cuerpo, excepto las células cancerosas.[9]

¿Qué se puede hacer entonces para devolver el equilibrio a un cuerpo sobre estresado? El trabajo del grupo de Berna sobre nutrición dice que, primero, la fuente del estrés psicológico y la nociva terapia medicamentosa deben ser eliminadas, para seguidamente centrar la acción en controlar la respuesta inflamatoria del cuerpo –la hiperactivación del sistema inmunitario que produce la proliferación de anticuerpos. Esta se puede evitar reduciendo los elevados radicales libres del oxígeno en la sangre - átomos incompletos que se mueven por el cuerpo causando inflamación y

daño.[10] Se pueden reducir por medio de la ingesta de preparados de plantas basados en antioxidantes vegetales[11] y alimentos como té verde, fruta fresca y tofu; todos los cuales contienen agentes antioxidantes como los polifenoles flavonoides y taninos.[12]

Uno de los principales efectos perjudiciales, reconocidos, del AZT es el daño que causan a las paredes del estómago –produciendo severas diarreas y vómitos. Esto, a su vez, afecta a la manera en que el cuerpo absorbe los nutrientes, pero la hipótesis del virus/SIDA y sus terapias medicamentosas concomitantes, han dejado poco espacio para explorar vías alternativas de regeneración del sistema inmunitario y de reconstitución intestinal.[13] El trabajo del grupo de Berna es importante porque estudia formas prácticas de tratar a los pacientes con inmunodeficiencia, a través de cambios en el estilo de vida y la dieta, en vez de a través de un cóctel de medicamentos antivirales.

Entretanto, en la lejana Australia Occidental, el pequeño grupo de científicos liderado por la biofísica Eleni Eleopulos, del "Royal Hospital", en Perth, había seguido con su riguroso análisis de la ortodoxia actual del SIDA –un análisis que había conducido al discurso de Lanka en el escenario de Buenos Aires. No sólo habían realizado el importante trabajo sobre la hemofilia descrito en el capítulo anterior, ahora también habían terminado un sorprendente artículo cuestionando, al completo, los fundamentos del test Western blot para el VIH.[14] El test VIH no detecta ningún virus. Detecta anticuerpos que reaccionan con una serie de proteínas, las cuales, según nos dicen, son únicas del VIH. El procedimiento rutinario en todo el mundo (excepto Inglaterra, desde 1992) para el test VIH consiste en la realización de un doble test ELISA (ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas, en sus siglas en inglés) para conocer el nivel de, supuestamente específicos, anticuerpos VIH, que luego es confirmado por un test Western blot.

El test ELISA consiste en la incubación de una muestra de suero sanguíneo con una mezcla de proteínas 'específicas del VIH'. El ELISA es positivo si la solución cambia de color a una cierta densidad, lo que indica una reacción entre las proteínas en el kit del test y los anticuerpos del paciente. Como el ELISA no es específico, y puede reaccionar con anticuerpos no generados por el VIH, la mayoría de los peritos que practican la prueba se esfuerzan en eliminar 'falsos positivos' por medio de la repetición del test ELISA, seguida de un test diferente llamado Western blot.[15] Se supone que el Western blot es capaz de distinguir las proteínas del VIH presentes, por medio de la identificación de sus anticuerpos. Aparecen entonces una serie de bandas que identifican la presencia de un grupo específico de reacciones anticuerpo/proteína. El test Western blot

ha resultado ser tan poco fiable para el diagnóstico del VIH, que el "PHLS Virus Reference Laboratory", en Gran Bretaña, ya no lo usa, confiando únicamente en el test ELISA. Estos resultados se logran, en el mejor de los casos, a través de un proceso de muestreo múltiple, el cual implica la realización de varios test ELISA a una muestra, y luego enviarla, para confirmación, a otro laboratorio que use diferentes kits de test. Sin embargo, el Western blot todavía se usa como test de confirmación en la mayoría de los países del mundo. Diferentes países tienen diferentes criterios sobre el número de bandas del test Western blot requeridas para declarar a un test VIH como positivo.

El artículo de Eleopulos fue la confirmación científica del revolucionario discurso de Stefan Lanka en Buenos Aires. En dicho documento no únicamente se describe el porqué las proteínas que se dicen específicas del VIH no son únicas del VIH, sino que se explica también que, incluso si los anticuerpos a esas proteínas aparecen, no podría asumirse que fueran una señal de infección por VIH. Eleopulos criticó ambos test, ELISA y Western blot. El test de anticuerpos ELISA, dice, podría ser significativo, únicamente cuando fuera estandarizado, esto es, cuando un resultado dado del test tuviera el mismo significado en todos los pacientes, en todos los laboratorios y en todos los países. Pero éste no era el caso y los resultados seguían variando porque no existía un estándar absoluto.

Para ilustrar de qué manera el test Western blot no es reproducible, Eleopulos describió el "Transfusion Safety Study", realizado en los Estados Unidos.[16] En él se pusieron cuatro muestras de sangre en un procedimiento de control de calidad y se testaron con ambos test, ELISA y Western blot. Dos de ellas resultaron VIH positivo y dos VIH negativo. Fueron, a continuación, sometidas al Western blot una y otra vez, en alguna ocasión hasta setenta veces, en tres laboratorios de referencia diferentes. Los resultados mostraron notables variaciones; en un laboratorio, la misma muestra VIH positivo salió positivo con tres bandas de proteínas, siete veces, y en el mismo laboratorio, con solamente una banda, cinco veces. En otro laboratorio, la misma muestra no produjo ninguna banda. Del mismo modo, las muestras VIH negativo produjeron resultados positivos varias veces. Dado que la decisión de si un individuo es VIH positivo o no, depende de que un cierto número de las bandas requeridas estén presentes, esta falta de correlación entre un laboratorio y otro es, cuando menos, inquietante.

Los resultados de estos ensayos repetidos entran en demasiado detalle como para analizarlos en profundidad, pero no es únicamente que varíen espectacularmente en el mismo laboratorio, y también de un laboratorio a otro, sino que los criterios para declararlos positivo o negativo varían de

país a país. El Dr. Val Turner, en Perth, hizo un estudio de los diferentes criterios.[17] En Australia, por ejemplo, se requieren, al menos, cuatro bandas de proteínas, en Canadá y en la mayor parte de los Estados Unidos, tres o más, y en África sólo dos. Esto es, todo lo que un africano tiene que hacer es repetirse el test en Australia, dado que allí podría resultar negativo.

En otras palabras, las personas pueden ser VIH positivo o negativo, dependiendo de en qué laboratorio, con qué kit de test o en qué país fueron testadas. No es mucho de extrañar que el Dr. Philip Mortiner, director del "PHLS Virus Reference Laboratory", en Londres, haya dejado de usar el Western blot en el Reino Unido. En un ejercicio de evaluación de calidad, se encontró con que 'los laboratorios participantes habían desarrollado once diferentes grupos de criterios para leer Western blots. Confusión de este calibre tiene que llevar a errores.' escribió.[18]

Eleopulos explicó otro ejemplo de alarmantes anomalías en torno al Western blot, en una carta a *Lancet*. Nos recuerda en ella a cuatro mujeres, en Sídney, que dieron VIH positivo después de fertilización *in vitro* con semen VIH positivo. Esto fue utilizado por la ortodoxia como una de las demostraciones más claras de que el SIDA podía propagarse heterosexualmente por medio del semen. (Ninguno de los bebés, amamantados todos, dio positivo). Los diagnósticos de estas cuatro mujeres se basaron en los test Western blot practicados en 1985, cuando únicamente se requerían una o dos bandas para ser declarado positivo. 'Tampoco ninguna sería positivo bajo el criterio establecido por la FDA y la Cruz Roja americana. De hecho, dos de las mujeres no serían positivo, bajo ningún criterio, en ninguna parte del mundo.'[19]

Para ilustrar los errores de las pruebas, Turner cita un estudio de 1.2 millones de candidatos al servicio militar en Estados Unidos.[20] El primer test ELISA produjo 12.000 positivos, pero únicamente 2.000 de ellos dieron positivo al Western blot y, por consiguiente, según los autores, estaban infectados por el VIH. Turner escribe: 'Esto dejó 10.000 positivos al test ELISA, los cuales debieron haber reaccionado por razones diferentes a los "anticuerpos VIH", lo que apropiadamente certifica el problema causado por reacciones cruzadas de anticuerpos. … Lo que esto significa es que no estás, necesariamente, infectado con lo que tus anticuerpos parecen estar diciéndote.' Turner lo resume como sigue: 'Lo propio de un científico desinteresado es admitir la posibilidad de que no haya anticuerpos al VIH de ningún tipo, de que todos ellos sean impostores.'[21] Y, finalmente, cuando se les hizo el test a 2.210 individuos con sífilis, en Estados Unidos, el 24% fueron falsos positivos al ELISA. De las diez muestras que, repetidamente, dieron positivo al ELISA, nueve fueron negativo al Western blot y, de acuerdo con los investigadores, hubo,

por lo tanto, un único 'positivo verdadero'.[22]

Eleopulos y su equipo de Perth han producido una sustancial cantidad de documentos, sin embargo, el establishment virológico ha preferido ignorar su artículo sobre el Western blot, y otro, su continuación, cuestionando el aislamiento del VIH.[23] He oído decir que no importa que tengas toda la razón, hasta que más del 50% del establishment científico te la dé, serás ignorado. En el pasado, sin embargo, era más fácil expresar tu opinión y que tu hipótesis fuera puesta a prueba. La pesadilla de la ciencia moderna es que mucho dinero, ingresos por publicidad en revistas científicas y patentes de medicamentos y test, significa que, al cuestionar la ortodoxia prevalente, se corre el peligro de no ser oído nunca –aunque ese punto de vista herético pueda, precisamente, ser el correcto.

En la conferencia, en Buenos Aires, Lanka explicó a su audiencia que había sido el trabajo de Eleopulos lo que le había llevado a dar el paso e investigar el uso de otro medio de 'encontrar VIH', llamado reacción en cadena de la polimerasa (PCR). El descubrimiento de esta técnica supuso a su autor, Kary Mullis, la concesión del premio Nobel de química. Mullis descubrió una manera de amplificar ADN para poder, por así decirlo, 'encontrar una aguja en un pajar'. Cuando el ADN que se quiere cuantificar es a penas detectable, puede ser amplificado, multiplicándolo hasta que sea suficiente como para poder ser medido. Esta técnica ha sido usada por los investigadores del SIDA para 'encontrar VIH', y proporcionar así la prueba de enormes cargas virales en los pacientes de SIDA. Pero algunos críticos mantienen que lo que se está encontrando son pequeños fragmentos de partículas virales defectuosas, partículas endógenas que no tienen información genética suficiente para reproducirse, y muchos menos para infectar otras células (ver capítulo 13).

En Buenos Aires, Lanka fue más allá, diciendo que dichas partículas no eran virales, sino tramos de ADN que podrían ser manipulados para conseguir un resultado VIH positivo. Ilustrando su intervención con una serie de diapositivas, describió cómo, cambiando sólo ligeramente el punto de arranque de los 'primers' (cebadores) usados para la prueba de la PCR, incluso una muestra de sangre VIH negativo puede hacerse que muestre un resultado positivo. Dijo que él podía hacer que incluso el arzobispo de Canterbury diera positivo a la PCR. Esto sucede porque, como Eleopulos había apuntado, la identificación genética de las proteínas que se dice son específicas del VIH están en todos nosotros y pueden ser alteradas para que surjan a través de manipulación en laboratorio.

Así pues, ¿qué significa todo esto? Significa que tenemos que cambiar radicalmente nuestra idea de lo que es la identificación del VIH. Esta postura es inaceptable para Duesberg. Él cree que la identificación del

VIH, basada en el proceso de clonación molecular –por medio del cual se afirma que se han identificado, exactamente, las mismas estructuras del VIH, en diferentes laboratorios independientes- es prueba definitiva de que el VIH existe y de que los retrovirus, en conjunto, existen.[24] No es así, protesta Lanka, porque la definición de las proteínas específicas del VIH nunca ha sido examinada. Simplemente fue anunciada por Gallo y, más tarde, confirmada por varios de sus colegas, quienes, incuestionablemente, aceptaron la fórmula de Gallo para identificar este nuevo, y supuestamente devastador, retrovirus.

Después de haber llegado tan lejos, ahora nos encontramos con un volcán rugiendo en el medio de la, un día, estrechamente unida comunidad disidente. Las palabras finales de Duesberg sobre este tema fueron: 'Parece trágico que más del 99% de los investigadores del SIDA estudien un virus que no causa SIDA, y que los pocos que no lo hacen, estén ahora envueltos en un debate sobre la existencia de un virus que no causa SIDA.'[25]

Positivamente Falso: El VIH Identificado Erróneamente

Era hora de investigar más de cerca las implicaciones de lo dicho hasta ahora. Decidimos centrar nuestro foco de atención en el tema de los test VIH. ¿Podría ser ésta una forma de aportar pruebas fehacientes de la existencia, o no, del virus? Los resultados falsos positivos, las inconsistencias entre un kit de test y otro, y entre diferentes laboratorios, estaban ya proporcionando señales claras de que algo se había hecho mal. En el Reino Unido hay 18.000 personas que han sido declaradas VIH positivo. Dados los cambios en los criterios para diagnosticar un resultado positivo y las, aceptadas, reacciones cruzadas que podrían causar un resultado 'falso positivo', ¿pudiera ser que muchos de ellos hubieran sido diagnosticados equivocadamente?

No éramos los únicos preocupados, el Dr. Philip Mortimer, del "PHLS Virus Reference Laboratory", en Londres, le dijo a uno de nuestros investigadores, en abril de 1996, que el tema de los estándares para las pruebas VIH era 'una de las discusiones importantes que no son enteramente reconciliables. … Todos estamos muy preocupados acerca de lo específicos que han sido los test en los últimos diez años, y esto nos causa gran ansiedad.' Mortimer estaba particularmente inquieto por el hecho de que, aunque había presentado unas normas para las pruebas, y estaba intentando establecer el consenso para una política única, 'los científicos independientes no quieren seguir nuestras directrices para laboratorios de referencia.'[26]

Hay muchos artículos publicados en la literatura médica documentando

las reacciones cruzadas con el test VIH y los resultados falsos positivos.[27] Sabíamos también del caso de Héctor Severino, de la República Dominicana, que había dado positivo después de un accidente de moto, le había sido negada la cirugía y el miedo de su esposa al diagnóstico la había llevado al suicidio. Posteriormente, Severino había resultado VIH negativo en dos ocasiones. En 1997, sigue con una salud excelente.[28]

Ahora nos llegó el turno de leer el caso de Londoner, Tony (no desea revelar su verdadero nombre. En 1986, a los cincuenta y dos años, fue diagnosticado VIH positivo después de un chequeo rutinario de salud y durante seis años pensó que tenía SIDA. 'Me comunicaron una sentencia de muerte en base a un test de sangre', fueron sus palabras. Su familia lo abandonó y la gente rehusaba incluso sentarse con él a la mesa mientras sus médicos no les dijeran que era seguro hacerlo. 'Me trataban como a un leproso, como a un demonio. Cuando era sometido a algún tratamiento dental, el odontólogo usaba casco un casco con visor.' Tenía tanto miedo de infectar a otros que lavaba sus manos una y otra vez con lejía, hasta que estaban en carne viva.[29] A Tony le volvieron a hacer el test en 1991 y salió negativo. Pidió su muestra original para ser retestada y también salió negativo. El laboratorio en cuestión estaba en el "University College London (UCL), Medical School's Department of Virology", y era dirigido por el Profesor Richard Tedder. Tony decidió emprender acciones legales. Su abogado, Alan Bruce, de Lloyd & Company, dijo que la Camden and Islington Area Health Authority no discutía la responsabilidad y la negociación para llegar a un acuerdo estaba en marcha.[30]

Nos recordaron también el misterio que rodeaba el hecho de que los niños con hemofilia, VIH positivo, también habían dado positivo al VIH incluso después de que sus transfusiones de Factor VIII hubieran sido controladas y vueltas a controlar, y resultaran VIH negativo. Descartando la transmisión sexual, ¿cómo pudieron estos niños haber contraído el VIH? Se debió haber colado un lote de Factor VIII defectuoso, dice la ortodoxia. Pero, si ésta fuera la causa, ¿por qué no todos los niños que recibieron el mismo lote dan positivo al VIH?[31]

Nuestra investigación del desconcertante problema de los falsos positivos nos condujo a la Universidad de Roma, donde el Profesor Vittorio Colizzi acababa de descubrir que, cuando los pacientes de un trastorno sanguíneo llamado talasemia eran transfundidos (con sangre negativa a anticuerpos VIH), cuantas más transfusiones recibían, más de ellos resultaban positivo al test de VIH. Es decir, daban positivo a los anticuerpos a las proteínas principales que nos dicen son específicas del VIH –p24, gp120 y p41. En Sicilia, Colizzi estudió también a un grupo de mujeres. Escogió esta región porque quería encontrar mujeres que

hubieran tenido relaciones sexuales, con la misma pareja, a lo largo de muchos años. Descubrió que las mujeres que habían tenido varios niños del mismo padre habían desarrollado, con el paso del tiempo, anticuerpos que producían un resultado positivo al test VIH.[32]

Queríamos resaltar el tema de los falsos positivos –un problema reconocido por la ortodoxia- pero, sobre todo, queríamos dar un paso más y, a través del trabajo de Eleopulos, explicar que falso positivo es un nombre inapropiado, que lo que se estaba testando, de hecho, no existía. Estaba claro que se estaba perfilando la posibilidad de otro documental para televisión, y el siempre paciente David Lloyd, de Channel 4, una vez más, fue comprensivo y aportó unos fondos para desarrollarlo. Trabajando en compañía de Huw Christie, editor de la revista *Continuum,* seleccionamos un grupo de voluntarios VIH positivo que estaban dispuestos a volver a hacerse la prueba para nuestra investigación. Ideamos nuestra propia serie de test preliminares para comprobar la fiabilidad del test VIH. Dada la sentencia de muerte adjunta al diagnóstico VIH positivo, y el miedo y la discriminación concomitantes, este era un proyecto que, de verdad, requeriría ser manejado con mucho cuidado.

Para alcanzar una objetividad absoluta, pedimos al Dr. Andrew Taylor, del "Robens Institute", de la Universidad de Surrey, un laboratorio de análisis clínicos muy conocido por su preocupación por la salud pública, que coordinara los test de nuestras muestras. Escogió un laboratorio de referencia para practicar el test ELISA VIH, pero, de momento, no nos reveló su identidad. Nuestras muestras iban a ser testadas con tres kits de test diferentes. Hay más de 20 test ELISA VIH en el mercado. Nos decidimos por tres fabricantes muy conocidos: Murex (que compró el test Wellcozyme, de Wellcome), Organon y Pasteur.

Llegó el momento de seleccionar las muestras de sangre. Sabíamos de antemano que las personas con enfermedades inflamatorias (autoinmunes) como artritis y lupus, sin síntomas de SIDA, podrían resultar positivo. Los anticuerpos generados por la TB, candidiasis y malaria podrían también tener reacciones cruzadas con los test VIH; igual que la sangre de usuarios de drogas intravenosas y alcohólicos con hepatitis B. Según Eleopulos, estas enfermedades pueden producir un conteo muy alto de gammaglobulinas (proteínas), lo que, a su vez, puede hacer que aparezca un test ELISA positivo. Finalmente seleccionamos un grupo de treinta y nueve muestras de sangre de todo el mundo para incluir las citadas enfermedades. Nuestras muestras de TB vinieron por avión desde Cape Town y nuestras muestras de lupus y malaria nos las proporcionó la UCL Medical School.

A continuación, reunimos a nuestro grupo de VIH positivos. Queríamos

testarlos de nuevo, para nuestro estudio controlado, con los tres diferentes kits de test y hacerlo también en varios laboratorios de análisis clínicos de los hospitales universitarios del centro de Londres. Había cinco voluntarios diagnosticados positivo, y uno, Peter Nicholls, que pensaba que era positivo a causa de sus prácticas de riesgo. Un médico sacó muestras de sangre de los seis y las envió al "Robens Institute". Allí, el Dr. Taylos les puso un código numérico para un análisis preliminar, y luego, para hacer el estudio más ciego aún, a un segundo grupo de las mismas muestras de sangre les puso un número diferente, para un segundo análisis.

Cuando recibimos el primer grupo de resultados, nos enteramos de que nuestras muestras habían sido enviadas al laboratorio de referencia en la UCL Medical School, dirigido por el Profesor Richard Tedder. Allí, nuestras pruebas fueron coordinadas or Stephen Rice. Nos sorprendió recibir los resultados de ambos análisis de únicamente dos kits de test, Murex y Organon. A primera vista, no había nada particularmente sorpresivo en los resultados. Los diagnosticados positivo (y la muestra de Peter Nicholl, que contábamos que fuera positivo) fueron todos perceptiblemente positivo (más de 2.00 de densidad óptica), al compararlos con las otras muestras, que fueron todas negativo (alrededor de 0.04 de densidad óptica). En cuanto al tercer grupo de resultados, del kit de test del Pasteur, al parecer el laboratorio no estaba satisfecho con el 'control de calidad' aplicado, sin embargo, estuvo de acuerdo en enviarnos los resultados por fax. Aquí, realmente, nos encontramos con un cuadro muy diferente -19 de los resultados, incluyendo a pacientes con malaria, TB y lupus, estaban en el rango de indeterminado. Esto es, estaban muy por encima de los niveles relativos detectados con los primeros dos kits de test, y algunos estaban rozando el positivo. Según las directrices de los laboratorios de referencia, estas muestras tendrían que haber sido retestadas.

Contactamos entonces con la UCL, para tratar el tema de los resultados del Pasteur, y nos dijeron que después de posteriores controles, estaban completamente satisfechos con los tres grupos de resultados. He aquí un claro ejemplo de una diferencia significativa en los resultados entre los kits de test. Por entonces no nos sorprendió ver que Peter Nicholls había dado positivo en los tres kits. Pero, más tarde, sus resultados iban a proporcionar la evidencia más sólida de la falta de fiabilidad de todo el procedimiento de prueba.

Como Eleopulos había hecho hincapié en que debíamos encontrar unas muestras que tuvieran conteos altos de gammaglobulinas (IgG e IgM), pedimos al laboratorio de referencia en proteínas del hospital clínico, que nos facilitara algunas muestras de pacientes que tuvieran enfermedades

autoinmunes (como artritis reumatoide, o lupus) pero no enfermedades definitorias de SIDA. Enviamos cuatro de ellas para que fueran testadas en un laboratorio de análisis, privado, en el centro de Londres. Dos días más tarde recibimos la noticia de que uno de ellos (con el conteo más alto de gammaglobulina) había resultado, definitivamente, positivo. No se necesitó un segundo test. Aquí tenemos también un claro ejemplo de un paciente, con una enfermedad autoinmune que no tenía nada que ver con el 'SIDA', resultando positivo al test VIH. Nos preguntamos cuántos más casos de este tipo se habrían dado.

Vamos ahora con la segunda parte de nuestro plan. Sabíamos que cuando se conoce la información sobre los factores de riesgo de un individuo (normalmente a través del formulario de solicitud de médico), por ejemplo, si es homosexual o usuario de drogas, un resultado indeterminado puede ser interpretado como positivo, cuando se toman en consideración los datos clínicos del individuo. Así que, para descartar cualquier posible sesgo, decidimos llevar a los cinco diagnosticados positivo y a Peter Nicholls a que les hicieran la prueba, de nuevo, en cualquier clínica privada o clínica VIH del NHS. Estos seis voluntarios eran gais, pero en las clínicas dijeron que eran heterosexuales. Los cinco previamente positivos, obtuvieron el mismo resultado, pero lo que realmente nos asombró fue que, Peter Nicholls, que había resultado positivo seis veces (teniendo en cuenta que se le hicieron dos pruebas con cada uno de los tres kits de test), de forma anónima, en los laboratorios de la ULC, resultó negativo en dos importantes hospitales clínicos de Londres, el "St. Mary's Hospital", en Paddington, y el "Royal Free Hospital". Estas segundas pruebas fueron practicadas sólo un mes después de las primeras. Es decir, en un mes, Nicholls había pasado de dar VIH positivo en tres ocasiones, a resultar VIH negativo, en dos.

Estas pruebas, financiadas con un presupuesto muy bajo por un canal de televisión, y dirigidas por una pequeña empresa de producción independiente, debían haber sido practicadas hace mucho tiempo y a mucha mayor escala. Ellas nos demuestran que el test VIH ni es específico, ni puede ser reproducido satisfactoriamente. Nos demuestran que muchos de los 18.000 positivos diagnosticados en el Reino Unido tienen que ser falsos positivos. Nos recuerdan también, a todos, los trágicos suicidios que se produjeron después de conocer el diagnóstico positivo, con una aterradora sentencia de muerte incluida. La situación se agrava más por la reciente introducción, en Estados Unidos, de los kits para hacerse la prueba uno mismo. Estos test consisten en pincharte el dedo con un bisturí, que viene en el kit, poner tres gotas de sangre en la tarjeta indicada, codificada numéricamente, y a continuación enviarla de vuelta a la empresa para su

análisis. Siete días después te pueden dar los resultados por teléfono. Esto ha generado mucha controversia por el hecho de que los test se practiquen sin ningún tipo de consejo clínico cara a cara, por lo que los fabricantes han abierto una línea telefónica, gratis, ofreciendo un servicio de asesoramiento.

En los Estados Unidos ya se están dando casos de demandas a las autoridades sanitarias por 'errores de diagnóstico'. Un grupo de abogados de Miami (Florida) y Forth Worth (Texas), tienen ochenta casos pendientes, y predicen que habrá una avalancha de litigios en un futuro próximo. En Miami, el abogado Steve Mitchell llevó el primer caso de error diagnóstico ante la Justicia en 1993. El caso, que lo ganó, se trataba de una mujer de 49 años, que no había estado sexualmente activa durante tres décadas, a causa del trauma que le ocasionó una violación en grupo ocurrida cuando tenía veinte años. Se encontraba en el hospital por problemas de tiroides y le ofrecieron un test VIH gratis. Dio positivo.

Le dijeron que su diagnóstico podría tener su origen en una transfusión de sangre que se había hecho hacía mucho tiempo, y que no era necesario repetir la prueba. A esta clienta de Mitchell le prescribieron un medicamento similar al AZT, llamado ddI. Le hicieron el vacío en su comunidad y la apartaron de la iglesia. Su madre decidió lavar todos sus platos con lejía y no usar el mismo cuarto de baño; si su hija se cortaba, le echaba lejía en la herida abierta. La mujer se angustió tanto que tuvo que entregar a su hijo en custodia e irse a vivir a Georgia, donde, finalmente, se suicidó. Durante todo este tiempo su salud física fue buena y su conteo de células T estaba 'por las nubes' (lo que significa muy bueno). Su prima, una enfermera, insistió en que se le repitiera el test. Se lo hicieron de nuevo y fue negativo. No lo creía. Se lo repitió dos veces más y volvió a ser negativo. Ahora sí se lo creyó y decidió emprender acciones legales. Ganó y recibió 600.000 dólares de indemnización.

¿Cuánta gente habrá sufrido el indescriptible horror de haberle sido comunicado una sentencia de muerte en diez años, por error? Y todavía hay cosas más extrañas. Clare Thompson, en su artículo del *Sunday Times Magazine*, hizo una valiosa investigación de las anomalías que rodean a la condición de ser VIH positivo.[33] Uno de los chavales de Los Ángeles que fue VIH positivo al nacer, a la edad de cinco años le había desaparecido el VIH. Los investigadores del "UCLA AIDS Institute", dijeron que el virus había sido erradicado del cuerpo del muchacho, pero que todavía crecía en los tubos de ensayo del laboratorio. En Seattle, Judy resultó positivo a la edad de 19 años y siguió dando positivo, en tres ocasiones, a lo largo de los siguiente cinco años. En 1989 dio a luz a un hijo, quien también resulto VIH positivo. Sin embargo, en 1992, su segundo hijo nació negativo, a

pesar de que ella seguía siendo positivo. Más adelante, Judy resultó negativo.

En 1988, Alfred Saah, un investigador del Johns Hopkins, Baltimore, descubrió que varios de sus pacientes habían pasado de positivo a negativo –Fran Peavey, de California, por ejemplo, que dio positivo tres veces en 1988 y en 1992 es negativo. Dice Saah: 'Fui ignorado. Dijeron que los test iniciales debían haber estado contaminados. Pero volví a hacerle el test de nuevo y yo tenía razón. Me sentía como Juan el Bautista clamando en el desierto. Por lo menos estoy de nuevo con el redil.' Bill Paxton, un inmunólogo escocés que trabaja en New York, ha descubierto que varias personas de alto riesgo, pero no infectadas, tenían células sanguíneas que el VIH no conseguía infectar, independientemente del número de dosis de virus se añadieran a su sangre.

Eric Fuchs, por ejemplo, un consultor de gestión de New York tenía varias razones para creer que podría ser VIH positivo. Ahora monógamo, admitió sin reparos que había vivido años de promiscuidad en el ambiente gay de las décadas de 1970 y 1980. No se ha podido infectar su sangre *in vitro* con VIH, a pesar de haberlo intentado repetidamente. Está declarado inmune al SIDA. En Oxfork, Sarah Rowland-Jones está investigando varias muestras de sangre que también parecen ser inmunes al SIDA. Por ejemplo, la viuda de un hemofílico que no se infectó aun después de tener sexo sin protección con su marido VIH positivo durante dos años -antes de que él se diera cuenta de que 'tenía la enfermedad'.[34]

Positivamente Falso: Pruebas Erróneas y Supervivientes a Largo Plazo

En una etapa posterior de investigación para Channel 4, descubrimos que, en Escocia, para un diagnóstico VIH positivo se requiere que los test ELISA (el test de densidad óptica que mide los niveles de anticuerpos) sean confirmados con test Western blot (el test que separa por bandas las reacciones proteína/anticuerpo). En Inglaterra, Philip Morttimer, del PHLS, recomendó una secuencia de ELISAs sin Western blot.[35]

Ideamos otro grupo de test. Reunimos dieciséis muestras y las enviamos a ser testadas con ELISA, en Inglaterra y con Western blot en Escocia. Incluimos en ese número cuatro muestras que sabíamos que previamente habían dado positivo. Estas cuatro siguieron dando positivo en Inglaterra y en Escocia. Una de las otras resultó negativa en Inglaterra y consistentemente positivo en Escocia. Otras cinco muestras dieron negativo en Londres y tuvieron un resultado indeterminado en Escocia (esto significaba que estaban presentes una o dos proteínas específicas del

VIH). Y dos muestras que resultaron negativo en Londres, en Escocia mostraron una 'banda no específica'. Esto quiere decir que en los resultados de Escocia estaban presentes anticuerpos a proteínas cercanas a las específicas del VIH. Dichas muestras no fueron declaradas ni positivo ni negativo.

Del total de dieciséis muestras, doce fueron declaradas negativo en Londres. De estas doce, seis (el 50%) fueron, una positivo, y cinco indeterminado para Western blot en Escocia. Este pequeño grupo de test confirmó la literatura publicada sobre la existencia de falsos positivos, pero arrojaba también luz sobre cómo la interpretación de un resultado de un test no depende de un claro y directo positivo o negativo, sino de una evaluación de reacciones de anticuerpos según éstas sean bajas o altas.

Si miramos a nuestra secuencia total de cuarenta y dos muestras (el primer grupo, de veintiséis, que fue sometido a tres diferentes kits de test, y el posterior de dieciséis), tenemos que dos de los cuarenta y dos tuvieron resultados completamente contradictorios –o primero negativo y luego positivo, o primero positivo y después negativo- y uno resultó 'falso positivo' (en un paciente que no tenía enfermedades definitorias de SIDA ni riesgo de VIH). Aun sin incluir los resultados indeterminado, nos encontramos con tres 'diagnósticos erróneos'. El Department of Health acepta únicamente un 0.01% de errores en las pruebas del VIH, y dicen que incluso ese pequeño porcentaje de error se erradica con más pruebas. Pero nuestra pequeña muestra tuvo un 7% de inexactitudes. Esto podría significar que 1.260 de los 18.000 individuos diagnosticados VIH positivo, en el Reino Unido, están viviendo bajo una sentencia de muerte equivocada. Estas estimaciones son conservadores aun usando los mismos métodos y criterios que la ortodoxia. Sin embargo, Eleopulos y sus colegas opinan que todo el concepto de pruebas VIH es erróneo porque está basado en la identificación indirecta de algo que no ha sido aislado y no pueden proporcionar un 'gold standard' contra el que testarlo.

Otro aspecto de nuestra investigación consistió en poner anuncios en varios periódicos y revistas gais, pidiendo a los 'supervivientes del VIH a largo plazo' que se pusieran en contacto con nosotros. Pudimos reunir a un grupo al que describimos como un equipo de 'fútbol' de supervivientes a largo plazo. Varios de ellos eran VIH positivo desde hacía once años. Uno de ellos fue descubierto positivo en un hospital clínico de Londres en el verano de 1996 y, dos semanas más tarde, resultó negativo. Lo que los supervivientes a largo plazo tenían en común era que, desde el principio, se habían negado a tomar AZT. Varios de ellos dijeron que habían visto morir a amigos que estaban a tratamiento con AZT y continuaban con sus hábitos de consumo de drogas. Evidentemente, ninguno de los principios

establecidos acerca del VIH y el SIDA ha resistido la prueba. No ha habido pandemia heterosexual alguna; el SIDA ha permanecido confinado exclusivamente a los grupos de alto riesgo; y el SIDA no se ha comportado como una enfermedad de transmisión sexual debería hacerlo.

Han pasado diez años desde que empezamos este viaje por la controversia que rodea al SIDA. Al principio pensamos que la información que estábamos resaltando, a través de destacados científicos disidentes del SIDA, cambiaría el mundo, pero las filas ortodoxas han permanecido prietas. Si tenemos en cuenta el tormento mental creado por un diagnóstico VIH, el daño físico causado por el AZT, los 100.000 artículos científicos acerca del VIH y SIDA que todavía no han encontrado ninguna respuesta al SIDA ni han salvado una sola vida, estas cuestiones permanecen abiertas. ¿Cuánto tiempo puede llevarle a una ortodoxia recalcitrante evaluar y financiar nuevas vías de investigación? ¿Se tomarán 350 años? –el tiempo que se tomó la Iglesia católica para absolver a Galileo del pecado de herejía. ¿Será cosa de treinta años –el tiempo que le llevó al Dr. Goldberger convencer a sus colegas de que la pelagra no era infecciosa, sino una enfermedad causada por la malnutrición? ¿O serán las últimas informaciones acerca de la poca fiabilidad del test VIH, con la amenaza de un diluvio de litigios, lo que finalmente inclinará la balanza? Puede que sea un tópico decir que poderoso caballero es don dinero, pero de la misma manera que el problema de la SMON en Japón pudo únicamente ser dilucidado en los tribunales, la inminente litigación por los daños causados por el AZT y los diagnósticos erróneos cambiará para siempre la cara de la ciencia del SIDA.

Inhibidores de la Proteasa: El Fracaso de Otra 'Cura' del SIDA

Al mismo tiempo que trabajábamos en la investigación alrededor del test VIH, estábamos también inmersos en la controversia que acompañaba al nuevo cóctel de medicamentos para el SIDA, la cual incluye a los inhibidores de la proteasa (Pis, en siglas, en inglés), y los test utilizados para controlar si los medicamentos efectivamente reducen la 'carga viral'.

David Lloyd, de Channel 4, nos concedió otra breve prórroga, y Mark Galloway, editor de la serie de Channel 4, *Health Alert*, también expresó su interés en varios aspectos de nuestras investigaciones sobre el test VIH.

La introducción del nuevo, y carísimo, cóctel de terapia triple para el SIDA, había sido recibida con cierta euforia. Hubo historias de 'efecto Lázaro' en pacientes que, súbitamente, volvían a la vida y de salas de hospitales que se quedaban vacías. Pero para algunos, su efecto fue

efímero. David Roemer, por ejemplo, fue primera plana del New York Times cuando pudo levantarse de la cama y ponerse de nuevo a trabajar. Dos meses después volvía a ser primera plana: muerto.[36]

Se acabó el periodo de luna de miel y las dudas acerca de la sensatez de prescribir este cóctel a personas con SIDA, y también a personas que tuvieron un test VIH positivo sin síntomas de SIDA, empezaron a surgir. Los inhibidores de la proteasa recibieron la licencia en Estados Unidos por medio de un procedimiento acelerado y después de que los ensayos hubieran concluido prematuramente. Pueden tener efectos secundarios graves, no hay prueba científica de que funcionen y los mismos fabricantes dicen que este medicamento no puede curar el SIDA. Sin embargo, el clamor por un tratamiento, originado en los grupos de presión contra el SIDA, ha conducido a un frenesí especulativo en cuanto a cómo debería ser financiado y a cargo de cuál de los servicios existentes de cuidado y tratamiento.

El nuevo cóctail consta de dos medicamentos (uno de ellos AZT o análogo), que supuestamente impiden que el VIH se integre en la célula, y otro, un inhibidor de la proteasa (PI), del que se dice que bloquea la enzima proteasa del VIH, impidiendo de esa manera el embalaje y liberación de los virus recién formados en el torrente sanguíneo.

Los tres principales inhibidores de la proteasa en el mercado son: indinavir (nombre comercial. Crixivan), de Merck, Sharp and Dohme; ritanovir (nombre comercial: Norvir), de Abbott Laboratorios; y saquinavir (nombre comercial: Invirase) de Roche.

A los inhibidores de la proteasa se les concedió la licencia después de un estudio federal, con un coste de cinco millones de dólares USA, dirigido por el "US National Institute of Allergy and Infectious Diseases" (NIAID), en el que participaron 1.156 pacientes de SIDA. El estudio, llevado a cabo en diecinueve centros médicos de Estados Unidos, se suspendió a medio camino, en febrero de 1997, porque los que lo supervisaban declararon que, hasta el momento, los resultados eran tan buenos que no sería ético impedir que otros pacientes se beneficiaran del nuevo cóctail (con un coste estimado de 15.000 dólares al año). Se anunció que el número de muertes y enfermedades relacionadas con el SIDA en el grupo que tomaba la triple terapia, eran casi la mitad de los del grupo que sólo tomaban dos medicamentos.

Los investigadores dijeron que, por razones técnicas, no se podía decir que la diferencia en número de muertes fuera estadísticamente significativa. Sin embargo, el director del estudio, Dr. Scot Hammer, enigmáticamente, afirmó: 'Es justo decir que hubo una reducción en mortalidad que es consistente con los resultados generales'. El Dr. Anthony Faucy, director

del NIAID, dijo que la combinación de tratamientos que incluye a los inhibidores de la proteasa '*puede* reducir el riesgo de muerte' (énfasis añadido).[37] Estos fueron los estudios que llevaron a la concesión de licencia para los inhibidores de la proteasa.

Muchos médicos tenían impresiones contradictorias acerca del estado de euforia que rodeaba a los inhibidores de la proteasa. El Profesor Brian Gazzard, en una conferencia sobre el cóctail de terapia triple, en el Royal College of Physicians, en noviembre de 1997, fue cauto con el enfoque americano del tratamiento, mucho más agresivo. El tono de Gazzard reflejaba cierta desilusión en torno al mencionado medicamento, extensiva a cualquier avance real en la terapia contra el SIDA. Reconoció que la monoterapia con AZT había fracasado, y concluyó con el sorprendente comentario de que quizás estuviese equivocado en todo lo que había dicho. Puede ser que el 10% fuera correcto, por no podría decir qué 10% se trataba. El Dr. Donald Abrams, director del programa contra el SIDA del "San Francisco General Hospital", no se describe a sí mismo como un entusiasta de la terapia antirretroviral. En un seminario de la facultad de Medicina, aseguró: 'Tengo un gran número de personas que han decidido no tomar ningún tipo de antirretrovirales. … Han visto a sus amigos sumarse a la moda de los antirretrovirales y morir, así que han elegido no probar'.[38]

La hoja informativa de datos referentes a 1987, en el Reino Unido, acerca del saquinavir (Invirase), de Roche dice: 'Se debería informar a los pacientes de que el saquinavir no es una cura para la infección por VIH, y de que pueden seguir adquiriendo enfermedades asociadas con infección avanzada de VIH, incluyendo infecciones oportunistas'.

Su equivalente en los Estados Unidos, "Physicians' Desk Reference", contiene una advertencia que no está incluida en la información del Reino Unido: 'ADVERTENCIA – La indicación de Invirase para el tratamiento de la infección por VIH está basada en cambios en los marcadores subrogados (indirectos). Actualmente no existen resultados de ensayos clínicos controlados que evalúen el efecto sobre la supervivencia de tratamientos que contengan Invirase, ni sobre la progresión clínica de la infección VIH, como la ocurrencia de enfermedades o infecciones oportunistas.'[39]

Toxicidad

El Dr. David Rasnick, investigador científico de la Universidad de California, Berkely, quien pasó veinte años desarrollando inhibidores de la proteasa para otras enfermedades, describe cómo la toxicidad propia de

dicho fármaco significa el bloqueo del hígado, el cual, por lo tanto, deja de procesarlo. Las toxinas se acumulan en el hígado y, a partir de ahí, el colapso puede ocurrir súbitamente.

Los efectos tóxicos son un gran problema. Entre ellos están: Deficiencia renal y hepática, diarrea, colores de cabeza, neuropatía periférica y casos poco frecuentes de problemas graves de piel asociados, leucemia mieloblástica aguda, ictericia, poliartritis y pancreatitis con resultado de muerte.

'Crix belly' es otro efecto secundario. Crixivan y otros inhibidores de la proteasa afectan al sistema digestivo y los pacientes sufren una enorme hinchazón del estómago, asociada a una digestión disminuida.

Un estudio reciente del San Francisco General Hospital demuestra que el medicamento no funcionó en el 53% de la gente a la que se le administró. En la actualidad, se dice que entre el 35 y 50% no puede tolerar sus efectos secundarios.[40] Otro estudio, también en San Francisco, reveló un incremento del riesgo de enfermedad definitoria de SIDA –retinitis por citomegalovirus- en pacientes a tratamiento con inhibidores de la proteasa.[41]

El 11 de junio de 1997, la "Food and Drug Administration", de Estados Unidos, emitió un aviso a los médicos, diciendo que miles de pacientes que estaban tomando inhibidores de la proteasa deberían estar especialmente vigilados, ante la posibilidad de un efecto secundario inesperado –diabetes. Aunque la advertencia decía que los americanos a tratamiento con este medicamento, aproximadamente 100.000, no deberían parar, porque el riesgo de diabetes parecía ser pequeño, estaban preocupados por los ochenta y tres pacientes que habían contraído diabetes, o que, si ya la padecían, había empeorado de repente, tras iniciar el tratamiento con los inhibidores de la proteasa.

La información que se ofrece acerca de este fármaco en varios centros de apoyo de Londres ha sido contradictoria. En uno oímos que la nueva terapia combinada había ayudado a un hombre a ganar peso, mientras otro decía que no podía con un régimen de un tratamiento que consistía en veinte pastillas al día, tomadas una hora después de las comidas y sin ingerir nada en las tres horas posteriores. En otro centro nos informaron de que, en los diez días previos, habían muerto tres hombres que estaban tomando la triple terapia.

En octubre de 1997, a los treinta y un años, después de tomar dos pastillas y media de éxtasis (MDMA) fallecía Philip Kay. Estaba tomando también el inhibidor de la proteasa ritanovir (Norvir). Abbott UK, el fabricante de Norvir, admitió que, a causa del efecto del inhibidor de la proteasa sobre la capacidad del hígado para procesar otras drogas -o

medicamentos- el nivel de éxtasis (MDMA) en la sangre de Philip podría haberse triplicado. El juez de instrucción, sin embargo, concluyó que dicho nivel se había incrementado diez veces.[42]

El Coste

El enfoque americano para quienes no tienen síntomas de SIDA es que empiecen con el tratamiento cuanto antes. Sin embargo, en el Reino Unido, algunos especialistas son más prudentes. El Profesor Ian Weller (que había dirigido el estudio Concorde sobre el AZT), dice: 'No me siento cómodo con la insistencia en la intervención temprana, cuando realmente no sabemos si eso es lo correcto. … Sin tratamiento alguno, el 50% de la gente estará perfectamente bien diez años después de la infección. Puede que no tengamos el tratamiento apropiado para comprometer a los pacientes con muchos años de terapia.[43]

Si el enfoque americano se adoptara en el Reino Unido, significaría que los 18.000 individuos diagnosticados positivo en el Reino Unido estarían bajo una presión tremenda para que empezaran la terapia triple. Esta terapia cuesta 15.000 libras esterlinas por año y paciente (10.000 libras los medicamentos y, aproximadamente, 5.000 libras los test de carga viral, usados para evaluar los efectos de los cócteles. El presupuesto total para el SIDA (incluyendo tratamiento, cuidados, apoyo comunitario e investigación) en el Reino Unido para 1997/8, fue de 260 millones de libras, casi el coste total exacto de la terapia triple.

El "Inner London HIV Health Commissioner's Group" ha anunciado que, para financiar los nuevos cócteles de medicamentos, siete autoridades sanitarias de área harán reducciones drásticas en el dinero que gastan en partidas como: centros de apoyo, personas de compañía, atención pastoral, centros de acogida, terapias alternativas o complementarias, así como en el número de camas dedicadas a cuidados paliativos.

Otra preocupación a tener en cuenta es el miedo que las autoridades tienen a ser demandadas si no proporcionan la terapia triple. Al Dr. Raymond Brettle, del City Hospital, en Edimburgh, le preocupa el coste de la terapia con inhibidores de la proteasa; ya ha visto como se recortaban servicios en su hospital cuando sólo había que pagar la terapia dual. Tiene la impresión de que la terapia triple tendrá efectos drásticos sobre otros servicios. Sin embargo, si no se financian los inhibidores de la proteasa, el Dr. Brettle prevé una repetición del precedente visto en un caso que involucró a la "North Derby Area Health Authority", cuando a un paciente con esclerosis múltiple dejó de administrársele interferón beta. La paciente demandó, y ganó el juicio sobre la base de que la autoridad estaba obligada

a proporcionar una terapia, siempre que su estuviese demostrada su efectividad. Este miedo a la litigación de las autoridades sanitarias les está obligando a aumentar sus presupuestos para medicamentos a costa de otros servicios.

La mayor parte del mundo occidental cree que los inhibidores de la proteasa están salvando la vida a las personas con SIDA. ¿Es eso correcto? En 1996, en New York City, con un 16% de los diagnósticos de SIDA en los Estados Unidos, las muertes por SIDA cayeron un 30%. Las autoridades sanitarias no atribuyeron la caída a los inhibidores de la proteasa. Según May Ann Chiasson, ayudante del comisionado de salud de New York City, la tasa de mortalidad del SIDA empezó a caer *antes de la introducción de los principales medicamentos*. La Sra. Chiasson sugirió que la bajada puede estar mayormente relacionada a mejores prácticas sanitarias, en general, y a tratamientos más efectivos contra las infecciones oportunistas.

La terapia medicamentosa del SIDA ha alcanzado un punto en el que la presión del consumidor (los pacientes de SIDA), ha empujado a los fabricantes a 'acelerar los procesos' de producción de medicamentos, sin haberlos sometido a los procedimientos normales de prueba que deben aplicarse antes de que la licencia les sea concedida. ¿Qué justificación tienen estas prisas? ¿Cuánto tiempo ha de pasar antes de que los inhibidores de la proteasa se consideren un fracaso?

Simon Collins, escribiendo para *Positive Nation*, dice que, para la gente que se actualmente se encuentra bien, la decisión de si empezar o no con la terapia es angustiosa. 'Tienes que entender tu papel como el de un conejillo de indias. Tu médico será incapaz de responder las preguntas más importantes que le hagas. ¿Este medicamento cuánto tiempo va a alargar mi vida? ¿Cuáles son los peligros a largo plazo?'[44]

Y John Stevens escribe: 'Vivimos tiempos extraordinarios. Nunca antes tantas combinaciones de fármacos habían sido tomadas por tan largos periodos de tiempo.; 'cócteles' de medicamentos que traen beneficios, pero también considerables efectos secundarios a largo plazo sean estos conocidos, o no.'[45]

Realmente vivimos tiempos extraordinarios. Hace exactamente diez años, los ensayos con AZT se concluyeron prematuramente y el medicamento se puso, a toda prisa, en el mercado. Ahora, el propio establishment del SIDA lo considera un fracaso. Sin embargo, todavía lo incluyen en alguno de los nuevos cócteles. Pero luego, la experiencia demuestra que pueden transcurrir diez años hasta que medicamentos inefectivos y peligrosos sean retirados del mercado.

Ha pasado una década desde que empezamos a investigar la controversia

que rodea al SIDA. Después de 2.000 millones de libras gastadas en el Reino Unido contra el SIDA, y los 49.000 millones de dólares gastados en los Estados Unidos, ninguno de los principios establecidos acerca del VIH y el SIDA han pasado la prueba. No ha habido pandemia heterosexual; el SIDA ha permanecido sólidamente circunscrito a los grupos de alto riesgo; el SIDA no se ha comportado como lo haría una enfermedad transmitida sexualmente; y no se ha encontrado cura para el SIDA.

---

[1] Stefan Lanka, 'HIV: reality or artefact?', *Continuum*, vol. 3, nº 1, April/May 1995.
[2] E. Eleopulos, 'Is a positive Western blot proof of HIV infection?', *Bio/Technology*, vol. 11, June 1993.
[3] Stefan Lanka, 'HIV: reality or artefact?', op. cit.
[4] Ibidem.
[5] A. Hässig et al., 'Stress-induced suppression of the celular immune reactions. A contribution on the neuroendocrine control of the immune system', Berne Study Group on Nutrition and Immunity, Elisabethenstr 51, CH-3014, Berne, Switzerland, 1995; A. Hässig et al., 'Reflections on the pathogenesis and prevention of AIDS', Berne Study Group on Nutrition and Immunity.
[6] A. Fauci, *Journal of Clinical Investigation*, vol. 53, 1974, p. 240.
[7] A. Hässig et al., 'Open questions concerning the specificity of anti-HIV antibodies', Berne Study Group on Nutrion and Immunity, May 1996.
[8] B. L. Bermas, *AIDS Research and Human Retroviruses*, vol. 10, nº 9, 1994; M. Fraziano y V. Colizzi et al., *AIDS Research and Human Retroviruses*, vol. 12, nº 6, 1996, pp, 491-6.
[9] W. Lewis y M. Dalakas, *Nature Medicine*, vol. 1, nº 5, May 1995, pp. 417-22.
[10] Gary Pace y Cynthia Leef, 'The Role of Oxidative Stress in HIV Disease', *Free Radical Biology and Medicine*, vol. 19, nº 4, 1995, pp. 523-8
[11] A. Hässig et al., *Schweiz Zschr. GanzheitsMedizin*, vol. 5, 1990, pp. 234-9.
[12] A. Hässig et al., 'Stress-induced suppression of the celular immune reactions. A contribution on the neuroendocrine control of the immune system', Berne Study Group on Nutrition and Immunity, op. cit., 1995; W. X. Liang, K. Stampfli, A. Hässig, 'Ballaststoffe und anti-oxidantien-relevanz fur enstetehung und prevention nicht infektiöser zivilizationserkrankungen', *Forschend Komplementarmed.* Vol. 2, 1995.
[13] A. Hässig et al., 'Suggestions for the prevention of AIDS in HIV carriers', *Schewizerische Zeitschrift fur GanzheitsMedizin*, vol. 4, nº 93, pp. 188-92
[14] E. Eleopulos, 'Is a positive Westrn blot proof of HIV infection?', op. cit.
[15] Valendar Turner, *Continuum*, vol. 3, nº 5, January/February 1996.
[16] V. M. Edwards et al., *Am. J. Clin. Pathol.* Vol. 91, pp 75-8.
[17] Valendar Turner, *Continuum,* vol. 3, nº 4, p. 20.
[18] Philip Mortimer, *Lancet*, vol. 337, 2 February 1991, pp. 286-7.
[19] E. Eleopulos, carta, *Lancet*, vol. 347, 20 January 1996.
[20] D. S. Burke, *New England Journal of Medicine*, vol. 319, 1988, pp. 961-4.
[21] Valendar Turner, Continuum, vol.3, nº 5, January/February 1996.
[22] *Journal of the American Medical Association*, (JAMA), 19 August 1988.
[23] Eleni Eleopulos, 'Is a positive Western blot proof of HIV infection?', *JAMA,* 19 August 1988; Eleni Eleopulos et al., 'The isolation of HIV: has it really been achieved? 'The case against', *Continuum*, vol. 4, nº 3, Supplement, September/October 1993.
[24] Peter Duesberg, *Continuum*, vol. 4, nº 5, February/March 1997.

[25] Ibídem.
[26] Philip Mortimer, conversación con James Whitehead, April 1996.
[27] *Journal of the American Medical Association*, vol. 260, 19 August 1988, p. 260; *New England Journal of Medicine*, vol. 318, 18 February 1988, pp. 448-9; *Lancet*, 28 October 1989, pp. 102-5.
[28] Héctor Severino, entrevista personal, July 1996.
[29] Fiona Barton, *Mail on Sunday*, 21 April 1996.
[30] Alan Bruce, comunicación personal, 10 July 1997.
[31] R. S. Remis, *Canadian Medical Association Journal*, 1990, pp. 12247-54; P. M. Neumann, *J. Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 1990, vol. 3, pp. 278-81.
[32] Vittorio Colizzi, *AIDS research and human retroviruses*, 1996, vol. 12, p. 491-6; V. Colizzi et al., comunicación personal a Eleopulos et al., 1996; comunicación personal a Shenton, April 1997.
[33] Clare Thompson, *Sunday Times Magazine*, 30 June 1996.
[34] Ibidem.
[35] P. Mortimer, 'Towards error free diagnosis: notes on laboratory practice', *PHLS Microbiology Digest*, vol. 9, nº 2, 1992, pp. 61-4.
[36] Sheryl Gay Stolberg, 'Despite new AIDS drugs, many still lose the battle'. *New York Times*, 22 August 1977.
[37] Richard A. Knox, *The Boston Globe*, 25 February 1997.
[38] *Synapse* (periódico estudiantil de la Universidad de California en San Francisco). vol. 41, nº 6, 10 October 1996, p. 1.
[39] *Physicians' Desk Reference*, Medical Economics Company, New Jersey, USA, 1997.
[40] 'Doctors, new AIDS drug failing'. *Associated Press*, 29 Septiembre 1997.
[41] Marck Jacobson, *Lancet*, 17 May 1997.
[42] Jim Lumb, comunicación personal, 23 October 1997
[43] 'AIDS Treatment Update', *Issue* 56/7, August/September 1997, pp. 5, 10.
[44] Simon Collins, 'Extending the armoury', *Positive Nation*, October 1997, pp. 40-1.
[45] John Stevens, 'Taking on the side effects', *Positive Nation*, October 1997, pp. 42-3.

Apéndice A

Sumario del Documento SCAM Remitido al MRC con Objeciones al Protocolo del Estudio PENTA

"Medical Research Council", PENTA 1, 3 de febrero de 1992 (Modificado el 12 de agosto de 1992)

1. *Fundamentalmente, el diseño del estudio tuvo muchas imperfecciones. El rango de edad para el estudio fue de dieciocho meses a dieciséis años. Esto implica que un niño podría vivir hasta los dieciséis años con el VIH y seguir sano. (Recuérdese que únicamente se incluyeron niños que no habían presentado síntomas de SIDA). Dados los efectos tóxicos del AZT, no existe posibilidad de que un niño de dieciocho meses, VIH positivo, siga sano o sobreviva, después de 14 años a tratamiento con altas dosis de dicho medicamento.*

2. *El ensayo recomendaba que cuando un niño, con placebo o con medicamento, 'no prospere' y 'definitivamente necesite AZT', automáticamente debería administrárselo (traslado a estudio abierto). Como los efectos del AZT no se distinguen de los síntomas del SIDA, no sería posible saber si el niño no mejora genuinamente, o está sufriendo los efectos del citado fármaco.*

3. *La dosis recomendada de AZT, tanto para adultos como para niños, preocupó a nuestros consejeros, quienes señalaron que la información reglamentaria aportada por Wellcome al "Physicians' Desk Reference" (PDR), de Estados Unidos, en relación con el umbral de toxicidad para dosis seguras de AZT estaba equivocada. Esta información no había sido nunca enmendada desde las primeras entradas que Wellcome hizo en el PDR, en 1998. Sin embargo, desde entonces, cinco estudios diferentes (ver capítulo 11, nota 26) habían demostrado que el AZT es 1.000 ves más tóxico para las células sanas de lo que se afirma. En el PDR, el umbral de toxicidad del AZT para los linfocitos se situó en 20 micromoles, lo que equivale a una dosis de 500 mg al día en un adulto. Sin embargo, las dosis del ensayo PENTA para niños (600 mg/m2/día), equivalieron a una dosis de 1.080 mg, por día, en un adulto. En términos de*

concentraciones molares en el cuerpo, esto es igual a 43 micromoles. Por lo tanto, de acuerdo con los cinco estudios independientes citados más arriba, las concentraciones de AZT en el ensayo PENTA fueron hasta cuarenta y tres veces más tóxicas para la célula de lo considerado tolerable y, por consiguiente, citopático (que mata las células).

4. *La carta del estudio PENTA a los padres decía: 'Por estudios en adultos, sabemos que el AZT ayuda a las personas enfermas de SIDA a que se sientan mejor y también les permite vivir más tiempo'. Esto fue una afirmación falsa ya que no existe evidencia científica que demuestra que el AZT hace que la gente 'se sienta mejor'. Y la referencia a vivir más tiempo, se basó en los ensayos de la fase II, los cuales, como hemos demostrado, fueron defectuosos.*

5. *La carta a los padres aseguraba también que el AZT podría causar una caída de las células blancas de la sangre, lo que llevaría a una anemia, pero que esto era 'reversible si se suspende el AZT, o se reduce la dosis'. Esto no fue cierto en todos los casos, según Mir y Costello habían informado en su carta a* Lancet *(11 de noviembre de 1988, pp. 1195-6). En la carta no se hizo mención al conocido potencial cancerígeno del AZT (Medical Research Council,* Handbook*, 1992, p.3).*

6. *Durante más de cuarenta años, ha sido una práctica estándar realizar estudios metabólicos radioetiquetados a cualquier medicamento nuevo, con el fin de ver dónde ese medicamento es absorbido por el cuerpo. Una minuciosa búsqueda entre la literatura ha concluido que esta práctica no se hizo nunca con el AZT. Es difícil concebir alguna razón por la que esto sea así. Nuestros consejeros temían que los resultados de dicha operación demostrarían que el AZT se metaboliza principalmente en el intestino y la médula ósea, y no en las células T (como se alegó).*

Apéndice B

Comentarios de los Productores del *Positive Hell*

Comentario de Joan Shenton –Productora y Presentadora- sobre el documental *Positive Hell*

A principios de 2013 contactó conmigo el Dr. Manuel Garrido Sotelo, un médico español que vive en Galicia y administra un sitio web disidente llamado "Superando el SIDA" [susperandoelsida.ning.com] que cuenta con 2.600 miembros de quince países de habla hispana. El Dr. Garrido y su grupo estaban impresionados y conmovidos por la situación en que se encontraba el bebé Rico Martínez Nagel, en los Estados Unidos. Esta criatura había sido arrebatada a sus padres y forzada a tomar AZT y otros medicamentos anti retrovirales. El Dr. Garrido lo describió como una "política de salud pública genocida".

Dicha página web atrajo a mucha gente del norte español que había vivido con un diagnóstico positivo a los anticuerpos VIH, varios de ellos veintisiete años o más. El Dr. Garrido sugirió hacer una petición, firmada por estos "supervivientes a largo plazo" ("no progresores" o "controladores de élite", como diría la ortodoxia) para enviársela al Presidente Obama, a la Comisión de Derechos Humanos, a las Naciones Unidas y a la OMS. Dijo también que la petición debería llegar a los fiscales generales de muchos países de todo el mundo.

Le ofrecí mi apoyo y el de la "Immunity Resoruce Foundation" y empecé a conocer más del Dr. Garrido y su grupo. Él mismo había sido diagnosticado positivo hacía veintisiete años y conocía a otros ocho o nueve en la misma la situación, y misma zona geográfica. La teoría es que, cuando el régimen de Franco llegó a su fin, el norte de España se vio invadido por una oleada de drogas ilegales. Eran baratas y se podía acceder a ellas fácilmente, lo que significó que mucha gente joven se convirtió en adicta a las drogas intravenosas y otras drogas recreativas. Cuando posteriormente se les sometió a las pruebas en los centros de rehabilitación, resultaron positivos al test VIH (acordémonos de Peter Duesberg sobre cómo los usuarios de drogas intravenosas están destinados a dar positivo en el test, no a causa de las agujas, sino por lo que pasa a través de las agujas). Por aquel tiempo, en la década de 1980, el AZT no estaba

disponible de forma generalizada, lo que permitió que los adolescentes adictos se libraran de los efectos mortales de dicho medicamento, y se les envió a clínicas de rehabilitación en muchos casos administradas por la iglesia católica. "Proyecto Hombre" era una de ellas, y con una alta tasa de éxitos. Una vez "limpios", estos jóvenes (alguno de los cuales participa en nuestro documental) simplemente se limitaron a seguir con sus vidas.

Pregunté al Dr. Garrido si podríamos filmarlo a él y a otros miembros de su grupo que habían vivido casi tres décadas con el diagnóstico mortal. Estuvo de acuerdo. Me puse en contacto entonces con Andi Reiss, coproductor de nuestro anterior largometraje documental *Positively False – Birth of a heresy*, para dirigir este nuevo trabajo, y tuvimos la suerte de recibir algunos fondos para filmar una semana en Santiago de Compostela. El resultado es un documental de media hora llamado *Positive Hell*, que está prácticamente concluido al momento de escribir este comentario, y que será enviado al circuito de festivales de cine.

Comentario de Andi Reiss – Coproductor y director

Mi interés en documentales viene de la idea de ser capaz de contar historias que quizás hayan estado ocultas al público por demasiado tiempo.

Positive Hell no es una disección sistemática de la máquina VIH/SIDA, sino un diálogo entre gente corriente. A lo largo de los años han vivido con miedo y enmarcados en un estereotipo. Sin embargo, guiados por su instinto, su coraje y los claros argumentos de su red de apoyo, están entre el número creciente de voces que, internacionalmente, se alzan para cuestionar la ciencia del VIH/SIDA.

Su análisis sugiere la existencia de un sesgo en este campo que no puede ser explicado por una evaluación estándar y, por lo tanto, a menos que desarrollemos una comprensión bien fundamentada de la verdadera naturaleza de la opinión, siempre acabaremos adoptando opiniones tergiversadas.

En un sistema de creencias postmoderno que, irónicamente, parece una doctrina, debemos esforzarnos en comprender que todas las opiniones deberían tener la oportunidad de ser oídas.

El documental "El Infierno Positivo" se puede ver en línea en:
https://v.gd/poshell

Apéndice C

Artículo Retirado de Peter Duesberg et al. – 2009

Comentario de Christian Fiala sobre la retirada –resumen de la entrevista filmada en 2011

Hace pocos años (2009), junto con mis colegas, publicamos un artículo acerca del SIDA en África, comparando las predicciones de hacía diez o quince años con los datos oficiales actuales sobre las tasas de mortalidad y crecimiento poblacional, especialmente en Uganda y Sudáfrica. Estaba claro que las predicciones fueron totalmente erróneas, así pues, analizamos los supuestos fundamentales de dichas predicciones y concluimos que también esos supuestos tenían que estar equivocados.

Entonces publicamos un artículo diciendo, bien, deberíamos revisar esas suposiciones y, si acaso, discutirlas para aprender algo del pasado. Desafortunadamente, este artículo fue censurado, retirado dos semanas después de su publicación, bajo el argumento de que las ideas presentadas "suponían una amenaza potencial para la salud pública global".

La censura de un artículo científico es algo nuevo e indica que la ciencia puede estar convirtiéndose en algo parecido a un sistema de creencias religioso, en el que las opiniones se perciben como una amenaza, si no se ajustan a la corrección política del momento.

No sólo fue nuestro artículo censurado y retirado, el periódico se cerró y no fue abierto hasta unos meses más tarde, totalmente bajo nuevo control, con el objetivo explícito de impedir la publicación de cualquier artículo que fuera contra lo políticamente correcto.

Aviso de la retirada, 19 de julio de 2009

Este Article-in-Press (artículo que ha sido aceptado para publicación, pero que no ha sido publicado formalmente - N. del T.) ha sido retirado permanentemente. La política editorial de *Medical Hypotheses* deja claro que el periódico tiene en cuenta "ideas radicales, especulativas y no-corriente científica mayoritaria", y los artículos sólo se considerarán aceptables si son "coherentes y están expresados con claridad". Sin embargo, hemos recibido serios comentarios de preocupación en torno a la calidad de este artículo, el cual contiene opiniones muy controvertidas acerca de las causas

del SIDA. Opiniones que podrían ser potencialmente perjudiciales para la salud pública global. Dadas estas importantes señales de preocupación, encargamos a un panel de expertos la investigación de las circunstancias en que este artículo llegó a ser publicado online. El panel recomendó que dicho artículo fuera revisado por pares de forma externa. Siguiendo un proceso de revisión por pares, gestionado por el equipo editorial de *The Lancet,* los cinco revisores externos recomendaron rechazarlo y como consecuencia de ello el panel de expertos recomendó su retirada permanente. La editorial pide disculpas por los inconvenientes que esto haya podido causar. La Política de Elsevier sobre la Retirada de Artículos se puede consultar en http://www.elsevier.com/locate/withdrawalpolicy.

La hipótesis VIH/SIDA no está en contacto con la realidad del SIDA en Sudáfrica – Una nueva perspectiva (P.H. Duesberg, J.M. Nicholson, D. Rasnick, C. Fiala, H.H. Bauer), 11 de junio de 2009

Resumen

Un reciente estudio de Chigwedere et al., "Estimating the lost benefits of antirrtroviral drug use in South Africa" (Estimando la pérdida de los beneficios del uso de medicamentos antirretrovirales en Sudáfrica), afirma que durante el periodo de 2000 a 2005, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) causó alrededor de 330.000 muertes al año que pudieron haber sido evitadas con los medicamentos anti-VIH disponibles. El estudio atribuyó la culpa a aquellos que cuestionan la hipótesis de que el VIH es la causa del SIDA, en particular al anterior presidente de Sudáfrica, Thabo Mbeki y a uno de nosotros, por no impedir estas muertes mediante tratamientos anti-VIH tales como el terminador de la cadena de ADN, AZT, y el inhibidor del ADN del VIH, nevirapine. Entonces preguntamos, (1) ¿Cuáles son las evidencias de la gran pérdida de vidas humanas en Sudáfrica debidas al VIH, según sostiene el estudio Chigwedere? (2) ¿Que evidencias existen de que los sudafricanos se habrían beneficiado del uso de los medicamentos anti-VIH? Descubrimos que las estadísticas del Registro Civil de Sudáfrica registraron únicamente una muerte por VIH al año, de cada 1.000 positivos a los anticuerpos VIH (o 12.000 muertes de cada 12.000.000 de positivos a los anticuerpos VIH), entre 2000 y 2005, en tanto que Chigwedere et al. calcularon una pérdida de 300.000 vidas por causa del VIH al año. Es más, el "US Census Bureau" y Sudáfrica informaron de que la población sudafricana, en lugar de sufrir pérdidas, se había incrementado en 3.000.000 durante el periodo 2000-2005, pasando de 44.5 a 47.5 millones, a pesar de que del 25 al 30% eran positivos a los

anticuerpos contra el VIH. Se descubrió una discrepancia similar entre afirmaciones de una supuestamente devastadora epidemia de VIH en Uganda y, simultáneamente, un enorme crecimiento de la población ugandesa. Asimismo, el total de la población subsahariana se duplicó durante la epidemia africana de VIH, de 400 millones en 1980, a 800 millones en 2007. Concluimos que las afirmaciones de que el VIH ha causado pérdidas enormes de vidas humanas no se han confirmado, y que el VIH no es suficiente, ni necesario, para causar enfermedades previamente conocidas, llamadas ahora SIDA si hay presencia de anticuerpos contra el VIH. También cuestionamos la afirmación de que los positivos a los anticuerpos VIH se beneficiarían de los medicamentos anti-VIH, porque estos medicamentos son inevitablemente tóxicos y porque todavía no está probado que el VIH cause SIDA.

Introducción

Basados en la hipótesis de que el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es la causa de una reciente epidemia de SIDA en Sudáfrica, Chigwedere et al. estimaron que 330.000 personas murieron innecesariamente de SIDA causado por el VIH, durante el periodo de 2000 a 2005. "debido a que en Sudáfrica no se implementó un factible y oportuno programa de tratamiento con medicamentos antirretrovirales".[1] La hipótesis VIH/SIDA postula que el VIH causa alrededor de veintisiete enfermedades conocidas previamente, pero solamente cinco o diez años después de la infección e inducción de la inmunidad antiviral[4,11]. Consecuentemente, Chigwedere et al. culparon a todos los que cuestionan la hipótesis VIH/SIDA de no utilizar los medicamentos anti-VIH para impedir la pérdida estimada de vidas, sobre todo al presidente de Sudáfrica, Thabo Mbeki, pero también a uno de nosotros. Sugirieron, además, que alrededor de 30.000 recién nacidos pudieron haber sido salvados, cada año, previniendo la "transmisión madre-hijo" del VIH con tratamientos breves, para todas las madres embarazadas, con los inevitablemente tóxicos tratamientos VIH, AZT y nevirapina (ver más abajo).

A la vista de que es nuestro objetivo resolver la epidemia de SIDA, y de las acusaciones específicas de que los que cuestionan la hipótesis VIH/SIDA puedan ser responsables de la pérdida de cientos de miles de vidas, preguntamos, (1) ¿Qué pruebas existen de las enormes pérdidas de vidas sudafricanas debidas al VIH, según afirman Chigwedere et al.? y (2) ¿Qué pruebas existen de que los sudafricanos habrían resultado beneficiados por tratamientos anti-VIH, tales como AZT y nevirapine?

Una nueva perspectiva del SIDA sudafricano

Sin evidencias de una enorme pérdida de vidas en Sudáfrica debida al VIH

Desde 1984, un flujo constante de publicaciones ha anticipado la hipótesis de que una nueva epidemia está diezmando la población africana y que altos porcentajes de africanos ya están infectados con el VIH.[2,3,4] A la vista de lo anterior y del reciente estudio de Chigwedere et al. "estimando" en unas 330.000 las muertes por VIH, evitables, al año, entre 2000 y 2005, no deja de ser sorprendente que el informe estadístico de Sudáfrica recoja solamente una "muerte por VIH" de cada 1.000 positivos a los anticuerpos VIH en Sudáfrica, al año.[5]

Esta cifra se obtuvo como sigue: La media total de población sudafricana, anual, de 2000 a 2005 se obtuvo a partir de estadísticas consistentes de población de América y Sudáfrica mostradas en la Tabla 1 y Fig. 1ª.[5,6,7] Era de aproximadamente 45 millones de habitantes. La población positiva a los anticuerpos VIH fue calculada a partir de los porcentajes anuales de las personas con anticuerpos positivos al VIH de entre la población total, registrados en la Fig. 1B y también en la Tabla 1.[8] En ambos gráficos se puede ver que la cifra media de positivos a los anticuerpos VIH en Sudáfrica, entre 2000 y 2005, fue de alrededor de 12 millones, o del 25 al 30% de la media total de 45 millones de sudafricanos. La tasa anual de "muertes VIH" por positivos a los anticuerpos VIH en Sudáfrica fue entonces calculada dividiendo el número total de "muertes VIH" por año, por 12 millones. En la Tabla 1 se muestra que las "muertes VIH" constituyen sólo el 2.5% de la mortalidad total registrada (10.471) en 2000; que estuvieron por debajo del rango 10 y por ello no figuró listado en 2001, 2002 y 2003; que fueron rango 10 con 2.3% de casos (13.440) en 2004, y también rango 10 con 2.5% de casos (14.532) en 2005.[5,9] Por consiguiente, las estadísticas sudafricanas registraron una media de sólo alrededor del de 12.000 "muertes VIH" por 12 millones de positivos a los anticuerpos VIH, por año, o 1 por 1000, entre 2000 y 2005. Esto es 25 veces menos que las 300.000 muertes VIH al año estimadas por Chigwedere et al.

En otras palabras, la mortalidad atribuible al VIH de aproximadamente 12.000.000 de sudafricanos, que eran positivos a los anticuerpos VIH entre 2000 y 2005 (Tabla 1; Fig. 1),[5,9] fue únicamente del 0.1%. Dado que la mortalidad por todas las causas en Sudáfrica se ha informado que estuvo alrededor del 0.9 al 1.3%, en el periodo de 1999 a 2006 (Tabla 1; Fig. 1), la mortalidad por VIH entre los sudafricanos positivos a los anticuerpos VIH representa menos del 1/10 de lo normal.

Asimismo, el estudio Chigwedere de Harvard "estima" que entre el 5% en 2002 y el 55% en 2005, de 60.000 recién nacidos, se perdió a causa de

la transmisión de madre a hijo del VIH, debido a que no había medicamentos anti-VIH disponibles para impedir la infección. Durante este periodo la población se incrementó a una media de 0.5 millones al año, y en torno a 0.5 millones por año, murieron (Tabla 1; Fig. 1). Hubo, por lo tanto, un millón de recién nacidos en este periodo, de los cuales el estudio Harvard estima una pérdida anual de 3.000 a 30.000 debido al SIDA. Pero estimaciones de pérdidas de 3.000 a 30.000 entre un millón de recién nacidos (.3% al 3%) son difíciles de detectar estadísticamente, e incluso más difícil atribuirlas al VIH, porque todas las enfermedades definitorias de SIDA son previamente conocidas –enfermedades independientes del VIH que se llaman SIDA únicamente en presencia de anticuerpos contra el VIH.[10],[11] A la vista de lo anterior, uno se pregunta si el estudio Harvard fue consciente de las estadísticas vitales de Sudáfrica y si tuvo en cuenta las dificultades para distinguir enfermedades definitorias de SIDA VIH positivo, de las VIH negativo.

Concluimos que las estadísticas de Sudáfrica no proporcionan evidencia de las enormes pérdidas de vidas sudafricanas, atribuibles al VIH, entre 2000-2005, a saber, 300.000 muertes por VIH por encima de la mortalidad normal y alrededor de 30.000 pérdidas adicionales debido a la mortalidad infantil basada en el VIH.[1] Puesto que no pudimos confirmar las grandes cifras de muertes por VIH indicadas por Chigwedere et al., no entramos a analizar sus estimaciones de cuántas de esas muertes pudieran haber sido evitadas con medicamentos anti-VIH.

Rápido crecimiento poblacional a pesar de simultáneas epidemias de VIH

Preguntamos además si las estadísticas de población de Sudáfrica respaldan la opinión de que África está siendo devastada por una nueva epidemia de VIH,[1],[4] la cual, según los investigadores del VIH/SIDA, empezó en 1984.[2],[3]

Como muestran la Fig. 1B y la Tabla 1, "*The National HIV and Syphilis Prevalence Survey South Africa"* registró por primera vez anticuerpos contra el VIH en 1990, en un 0.7% de la población sudafricana.[12] En los ocho años siguientes, el porcentaje de sudafricanos con anticuerpos contra el VIH se incrementó gradualmente hasta el 23%. Después de 1998, la prevalencia de los positivos a los anticuerpos VIH se estabilizó, oscilando entre picos del 23-30% (Tabla 1; Fig. 1B).

Pero, en lugar de causar devastadora pérdida de vidas,[1],[4] La epidemia sudafricana de VIH coincidió con un enorme crecimiento constante de la población (Fig. 1ª). Durante el período específico de 2000 a 2005, la población sudafricana se incrementó en tres millones de habitantes,

pasando de 44.5 millones a 47.5 millones. Y esto sucedió a pesar de que del 25-30%, o una media de 12.000.000 de sudafricanos, eran positivo a los anticuerpos contra el VIH durante ese espacio de tiempo (comparar Fig. 1A y B).

En conjunto, se puede ver en la Tabla 1, columna 2; y en Fig. 1ª, que de 1980 hasta 2008, la población sudafricana se incrementó de 29 millones a 49 millones, con una (alta) tasa de alrededor de un millón al año desde la década de 1990.[5],[6,7] Las trayectorias de las curvas de crecimiento de la población de Sudáfrica, y las curvas de mortalidad correspondientes,[5] fueron continuas y compatibles entre 1997 y 2006 (Fig. 1A y C).

Por lo tanto, no hay evidencia estadística para la pérdida, por encima de la mortalidad normal, de 300.000 vidas al año, o un total de 1.8 millones de 2000 a 2005, como afirma el estudio Harvard. La trayectoria de crecimiento constante habría caído de 3 millones a 1.2 millones durante ese periodo de tiempo, y la tasa anual de mortalidad se habría incrementado en una media de 500.000 a más de 1 millón durante dicho período. (Tabla 1). Pero nada de ello se ha observado.

Una discrepancia similar fue descubierta anteriormente por uno de nosotros[13] cuando se anunció una epidemia devastadora de SIDA en Uganda[3],[14,15,16] y, simultáneamente, se produjo un crecimiento inesperado de la población ugandesa.[7] En la Tabla 2 y Fig. 2, se puede ver que la población ugandesa se incrementó espectacularmente de 12 a 31 millones durante el período de 1980 a 2008 (7). En 1989, el Ministro de Salud de Uganda informó por vez primera que el 5.8% de la población era positiva a los anticuerpos VIH.[16] Según se informa, este número alcanzó, en 1990, el 13% y después bajó lentamente de nuevo hasta el 5% en 2006 y 2007 (Fig. 2C).[17]

Es más, los enormes incrementos de población en Sudáfrica y Uganda durante la era SIDA no son excepción entre los países africanos subsaharianos. La población total de África subsahariana se ha duplicado, de hecho, pasando de 400 millones en 1980 (10) a 800 millones en 2007.[18]

Concluimos que, al contrario de lo que sostienen Chigwedere et al., hubo un enorme incremento, de 3 millones de habitantes, en la población sudafricana entre 2000 y 2005, lo que encaja perfectamente con la trayectoria de crecimiento continuo de la población sudafricana que se extiende de 1980 hasta 2008 (Fig. 1ª). Además, hubo un similarmente significativo crecimiento en Uganda, aun estando también este país sujeto a una epidemia de VIH. Asimismo, hubo un aumento significativo similar del total de la población subsahariana durante las epidemias africanas de VIH. Por lo tanto, este enorme incremento de 3 millones de sudafricanos entre 2000 y 2005, y la ausencia de pérdida de vidas en número de 330.000

al año, o 1.8 millones en conjunto, de 2000 a 2005, ponen en duda las estimaciones de Chigwedere et al.

Dado que las epidemias africanas de VIH coincidieron con enormes y constantes crecimiento de las poblaciones afectadas, concluimos que las epidemias de VIH, probablemente, no son la causa de las epidemias de SIDA. A la vista de lo cual, planteamos a continuación si el VIH es un virus pasajero.

¿Es el VIH un virus pasajero?

Un virus pasajero puede definirse como un virus que no es suficiente ni necesario para causar enfermedad. En realidad, la misma definición de los "Centers for Disease Control" (CDC) del SIDA, que es cualquiera de las 27 enfermedades conocidas previamente más la presencia de anticuerpos contra el VIH, define prácticamente a éste como virus pasajero.[11] Reconoce que todas las enfermedades definitorias de SIDA existieron y existen independientemente del VIH, p. ej. tuberculosis y neumonía. Por consiguiente, el VIH no es necesario para que se produzcan estas enfermedades. Al mismo tiempo, los CDC y otros proponentes de la hipótesis VIH/SIDA reconocen la existencia de millones de positivos a los anticuerpos VIH, que están sanos,[4] igual que los millones de africanos positivos a los anticuerpos VIH aquí descritos. De lo que se infiere que el VIH no es suficiente para causar SIDA.

La hipótesis del virus pasajero ofrece también las explicaciones más simples acerca de las discrepancias entre los enormes crecimientos poblacionales y la presencia de nuevas epidemias de VIH, supuestamente devastadoras, en Sudáfrica (Figs. 1 y 2). Esta explicación sostiene que el VIH es un virus pasajero, establecido desde hace mucho tiempo y no patogénico; neutralizado por anticuerpos después de infecciones, perinatales o no perinatales, asintomáticas (igual que otros retrovirus humanos y animales).[10] La novedad percibida de las epidemias VIH reflejaría entonces una novedosa epidemia de pruebas VIH, inspirada por la hipótesis VIH/SIDA.[4],[19] La hipótesis del virus pasajero explica también que no se consiga encontrar un mecanismo para la hipótesis de que el VIH causa SIDA al destruir las células inmunes, a pesar de más de 25 años de investigación.[20]

Es consistente con la hipótesis del virus pasajero que el VIH: (i) es transmitido naturalmente y de manera muy efectiva de madre a hijo, igual que todos los demás retrovirus,[10] (ii) esta asintomático hasta 25 años (desde que se conoce) en personas libres de riesgos químicos de SIDA,[10]

incluyendo personas VIH positivas del ejército de los Estados Unidos,[21] (iii) ha permanecido epidemiológicamente estable, en alrededor del 25 al 30%, entre los sudafricanos (Fig. 1B), en alrededor del 5% en Uganda [Fig. 2C, y [16]], y en torno al 0.3% (1 millón en 300 millones) en América desde 1985.[10],[19] Por el contrario, los virus patogénicos se extienden exponencialmente y luego disminuyen exponencialmente en pocos meses debido a la inmunidad antiviral, formando las clásicas curvas en forma de campana descritas por la ley de Farr.[22],[23] Como, por ejemplo, el típico periodo de tiempo de varios meses de una epidemia de gripe estacional.[22]

En resumen, concluimos que el VIH es un virus pasajero. Esto explicaría el bajo porcentaje, del 0.1%, de "muertes VIH" entre 12 millones de VIH positivos sudafricanos registradas entre 2000 y 2005 (ver arriba).[5] Esta explicación sostiene que la mayoría de las aproximadamente 12.000 "muertes VIH" en Sudáfrica son tuberculosis convencionales y neumonías, atribuidas al VIH porque se dio la coincidencia de que los pacientes estaban infectados con el virus pasajero VIH. En todo caso esto es lo más probable, dado que la tuberculosis y la neumonía son causas primarias de muerte, y son también enfermedades definitorias de SIDA predominantes en Sudáfrica.[5],[9]

Cuestionadas las evidencias de que los africanos VIH positivo se benefician de los medicamentos VIH

El estudio Harvard propone que los inhibidores del VIH tales como el AZT y nevirapine "benefician" a los pacientes de SIDA sudafricanos, como profilácticos y meliorativos del SIDA, y para prevenir infección por VIH en los recién nacidos,[1] dado que inhiben la síntesis del ADN del VIH. Esta visión, sin embargo, presenta tres problemas no resueltos:

1. La síntesis del ADN del VIH no ha sido nunca detectada en personas positivas a los anticuerpos VIH, porque la replicación del VIH se suprime en presencia de anticuerpos contra el VIH.[10] Por lo tanto, es improbable que los inhibidores de la síntesis del ADN sirvan de ayuda contra un virus que está latente y no fabrica ADN, como es el caso del VIH.
2. El AZT se desarrolló hace cuarenta y cinco años para eliminar células humanas cancerosas por medio de la terminación de la síntesis del ADN.[24] Aunque la terminación de la síntesis del ADN es inevitablemente citotóxica, el AZT se usa contra el cáncer, dado que las células cancerosas producen normalmente más ADN que las células normales y son, por ello, más

susceptibles a la terminación de la cadena de ADN que la mayoría de las células normales.[10] Esta ventaja, sin embargo, no se da cuando el AZT se usa contra un objetivo como el VIH latente, ya que éste no produce ADN viral. Lo que queda, bajo estas condiciones, es únicamente la inevitable toxicidad del ADN, inmunotoxicidad y aneuploidía, todo ello inducido por el AZT,[10,25] y llamado eufemísticamente "efectos secundarios" por el estudio Harvard.[1] Esto incluye enfermedades descritas recientemente,[10,26,27] con riesgo para la vida, pero no definitorias de SIDA, que afectan hígado, riñón y corazón. El inhibidor de la síntesis del ADN del VIH, nevirapina, por ejemplo, induce "fracaso hepático y reacciones alérgicas de piel severas" además de "sarpullido, dolores de cabeza, diarrea, fiebre, dolor abdominal y mialgia",[28] (ver también [26,27]). Las Guías de Tratamiento de los NIH reconocen que "el riesgo de varias enfermedades no definitorias de SIDA, incluyendo enfermedades cardiovasculares, casos relacionados con el hígado y ciertas formaciones malignas, es mayor que el riesgo de SIDA en personas con conteos de células T-CD4 >200 células por milímetro cúbico; el riesgo de este tipo de sucesos aumenta progresivamente cuando los conteos de células T CD4 se reducen de 350 a 200 células por milímetro cúbico".[29]

3. Más del 50% de neonatos nacidos de madres positivas a los anticuerpos VIH no adquieren el VIH materno[10] y, aun así, si el estudio Harvard prevaleciera, serían tratados innecesariamente con medicamentos anti-VIH inevitablemente tóxicos. Por ejemplo, el tratamiento perinatal de las madres VIH positivas y sus bebés con medicamentos anti-VIH, recomendado por el estudio Harvard, ha demostrado ser causa de varias formas de daño genético en recién nacidos, incluyendo "toxicidad mitocondrial a largo plazo",[30] "disfunción mitocondrial persistente", debido a la pérdida de ADN o ADN defectuoso,[31] y "pérdida y duplicado de cromosomas, recombinaciones somáticas y conversión génica", lo cual "justifica su vigilancia de consecuencias genotóxicas a largo plazo".[32] Estos defectos genéticos están supeditados al tratamiento y no al VIH, ya que los mismos defectos se encontraron en niños VIH negativos de madres VIH positivas, tratadas para prevenir la transmisión del VIH.[10,30,33] Además, Olivero et al. del "National Cancer Institute", han demostrado genotoxicidad y tumorogenicidad en ratones y monos nacidos de madres tratadas con AZT.[34] Por el

> contrario, tales defectos genéticos no han sido diagnosticados entre los 34 millones de positivos asintomáticos, en su mayor parte sin tratamiento.[4]

Consciente de algunas de estas toxicidades con riesgo para la vida de los medicamentos anti-VIH, el estudio Harvard mantiene que los "beneficios" de estas drogas "superan" a su inevitable toxicidad.[1] Pero, en oposición a estas afirmaciones, cientos de investigadores estadounidenses y británicos publicaron de forma conjunta un análisis en colaboración, en *The Lancet*, en 2006, concluyendo que el tratamiento de los pacientes de SIDA con drogas antivirales "no se ha traducido en una disminución de la mortalidad".[35]

Conclusiones

No hemos encontrado evidencia estadística de la afirmación del estudio Harvard de que se perdieron cientos de miles de vidas sudafricanas, en el periodo 2000 a 2005, debido a una epidemia de VIH/SIDA. En vez de eso, las estadísticas sudafricanas han únicamente registrado alrededor de 1 "muerte VIH" por cada 1.000 VIH positivos, al año (o 12.000 "muertes VIH" de entre 12 millones de positivos a los anticuerpos VIH) del 2000 al 2005. Al contrario de las enormes pérdidas indicadas por el estudio Harvard, de Chigwedere et al., las estadísticas vitales de Sudáfrica demuestran que la población se ha incrementado, del 2000 al 2005, en 3 millones, de 44.5 a 47.5 millones, siguiendo una tendencia constante desde 1980, a pesar de que una media del 25 al 30% fueron positivos a los anticuerpos contra el VIH desde 1998.

Por consiguiente, ponemos en cuestión la hipótesis de que el VIH causa SIDA, y la propuesta de Chigwedere et al. de que hipotéticas pérdidas de vidas debidas al VIH puedan ser impedidas por tratamientos designados a inhibir el VIH con inhibidores de la síntesis de ADN. No únicamente porque no exista evidencia de pérdida de vidas, ni, por ello, de un virus VIH patogénico, sino también porque esos medicamentos son inevitablemente tóxicos.

Por todo ello, es probable que "no aceptar el uso de los ARVs disponibles (medicamentos anti-VIH)" por parte de Sudáfrica,[1] lo que el estudio Harvard critica, puede haber salvado cientos de miles de vidas, al evitar exponerlas a inhibidores de la síntesis de ADN que suponen un riesgo para la vida. De ese modo, es la hipótesis VIH/SIDA la que no únicamente está fuera de contacto con Sudáfrica, sino que también es peligrosa para dicho país. Por lo tanto, parece prematuro, y realmente injustificado, que el estudio Harvard culpe al anterior presidente de

Sudáfrica, Thabo Mbeki, y a otros, incluido uno de nosotros, de la supuesta pérdida de vidas en Sudáfrica.

Declaración de conflictos de intereses

Yo y mis coautores no tenemos conflictos de interés comerciales, o de tipo no científico, con nuestro artículo sobre el SIDA para *Medical Hypotheses*.

Agradecimientos

Agradecemos al coronel Frank Anders, Teniente Coronel Clinton Murray y Mayor Jason Okulicz, por proporcionarnos los resultados preliminares de los controladores de élite-VIH de la cohorte del ejército de los Estados Unidos[21] y por otras valiosas informaciones, y a Bill Redfearn, Berkeley, por sus críticas. Estamos muy agradecidos por el apoyo prestado por la Abraham J. y Phyllis Katz Foundation (Newnan, GA), la "Foundation for Advancement of Cancer Therapy" (New York), Stefan Ebeling (philantropist, Düsseldorf, Alemania), Robert Leppo (philanthropist, San Francisco), Peter Rozsa (philanthropist, Los Angeles), y otras fuentes privadas. Una versión previa de este artículo fue rechazada por el "*Journal of AIDS*", el cual publicó el artículo de Chigwedere et al, con argumentos políticos y "ad hominem", pero sin ofrecer ni una sola referencia de cualquier cifra, o afirmación, contenidas en nuestro documento (disponible a demanda).

Tabla 1
Estadísticas vitales de la población sudafricana desde 1980 hasta 2008.
Año | Población x 10-6 | VIH + (%) | Muertes x 10-3 | VIH-Muertes x 10-3

Year	Population × 10^{-6}	HIV+ (%)	Deaths × 10^{-3}	HIV-Deaths × 10^{-3}
1980	29.3			
1981	30.2			
1982	31.1			
1983	32.1			
1984	33.2			
1985	34.3			
1986	35.1			
1987	35.9			
1988	36.8			
1989	37.6			
1990	38.5	0.7		
1991	39.3	1.7		
1992	40.1	2.2		
1993	40.9	4.0		
1994	41.6	7.6		
1995	42.2	10.4		
1996	42.8	14.4		
1997	43.3	17.0	317	*
1998	43.9	22.8	365	*
1999	44.5	22.4	381	10
2000	45.1	24.5	415	10.5
2001	45.6	24.8	453	*
2002	46.1	26.5	500	*
2003	46.6	27.9	554	*
2004	47.0	29.5	572	13
2005	47.5	30.2	591	14.5
2006	47.9	29.1	607	15
2007	48.4	28.0		
2008	48.8			

* No se informó porque las muertes por VIH estaban por debajo del 10º rango.

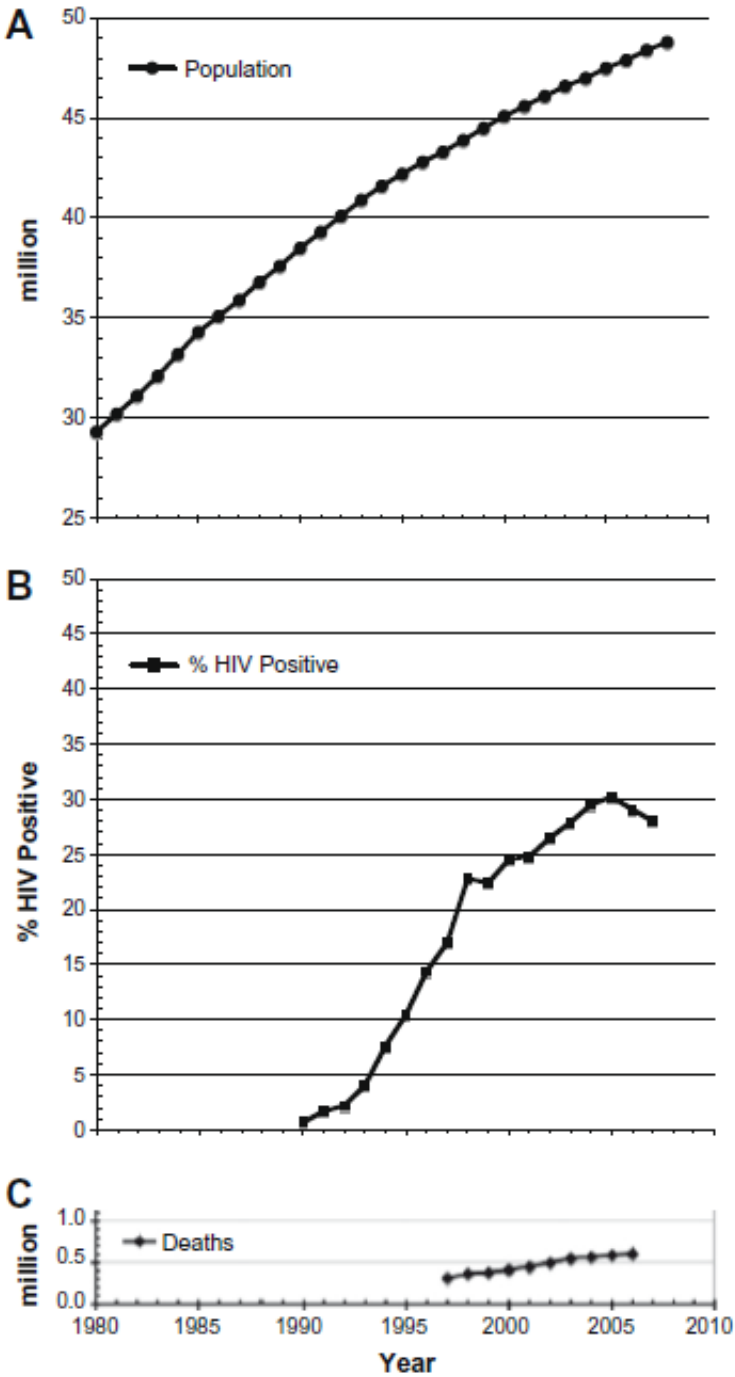


Fig. 1. La curva de crecimiento de la población (A), la incidencia de anticuerpos contra el VIH (B) y la mortalidad (C) de la población sudafricana entre 1980 y 2008, disponibles de fuentes sudafricanas y estadounidenses citadas en el texto.

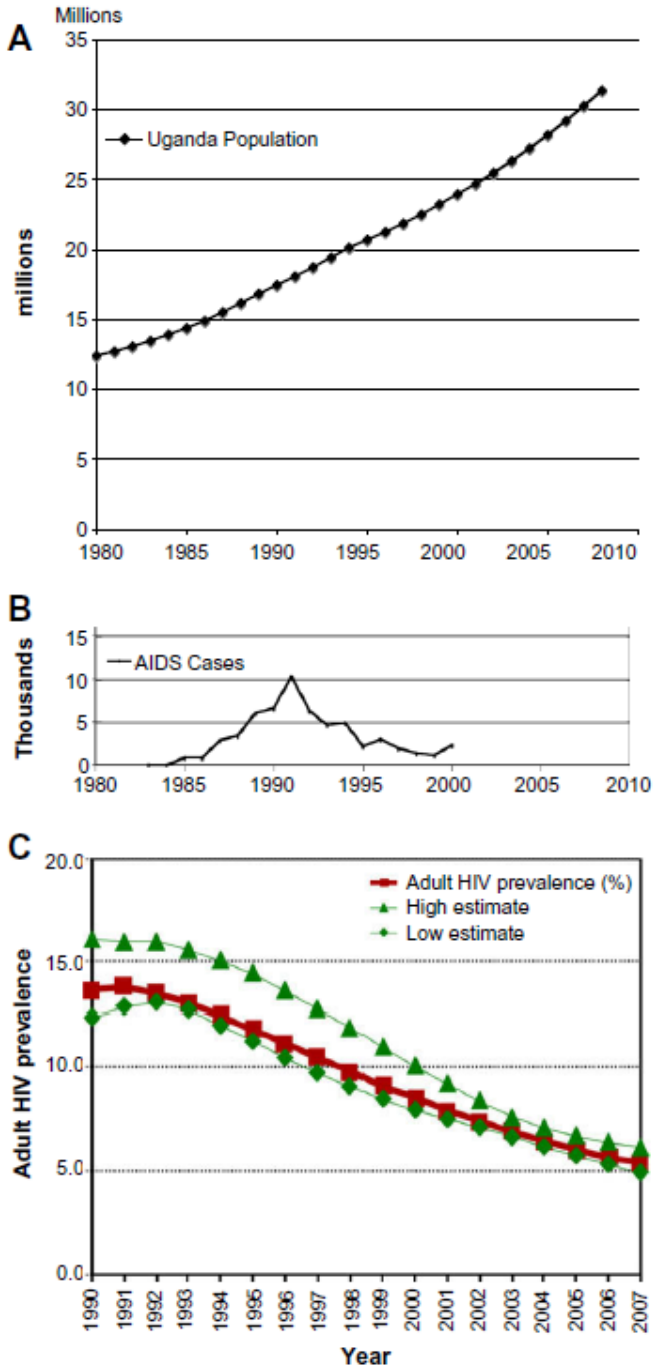


Fig. 2. La curva de crecimiento de la población (A), la incidencia de SIDA (B) y la incidencia de anticuerpos contra el VIH (C) de la población ugandesa entre 1980 y 2008, disponibles de fuentes ugandesas y estadounidenses y la Organización Mundial de la Salud citada en el texto.

Tabla 2
Estadísticas vitales de la población ugandesa desde 1980 hasta 2008.
Año | Población * x 10-6 | Casos de SIDA ** x 10-2
Estadísticas de salud de Uganda

Year	Population* × 10^{-6}	AIDS cases** × 10^{-2}
Uganda health statistics		
1980	12.4	
1981	12.7	
1982	13.0	
1983	13.5	0.2
1984	13.9	0.1
1985	14.4	8.8***
1986	14.9	8.8***
1987	15.5	29.1
1988	16.2	34.3
1989	16.8	60.9
1990	17.5	66.2
1991	18.1	102.4
1992	18.7	63.5
1993	19.4	46.4
1994	20.1	49.3
1995	20.7	21.9
1996	21.2	30.3
1997	21.9	19.6
1998	22.5	14.1
1999	23.2	11.5
2000	24.0	23.0
2001	24.7	
2002	25.5	
2003	26.3	
2004	27.2	
2005	28.2	
2006	29.2	
2007	30.3	
2008	31.4	

* Población de la Oficina del Censo de los Estados Unidos.
** Casos de SIDA del Ministerio de Salud de Kampala, Uganda.
*** Alrededor de 8.8 x 10-2 es representativo de los años 1985 y 1986 combinados.

Papel reproducido con permiso de los autores. Copyright anulado por Elsevier.

[1] Chigwedere P, Seage 3º GR, Gruskin S. Lee TH, Essex M. 'Estimating the lost benefits of antiretroviral drug use in South Africa.' *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2008; 49:410-5.
[2] Piot P. Quinn TC, Taelman H, Feinsod FM, Minlangu KB, Wobin O, et al. 'Acquired Immunodeficiency Syndrome in a heterosexual population in Zaire.' *The Lancet* 1984; 2:65-9.

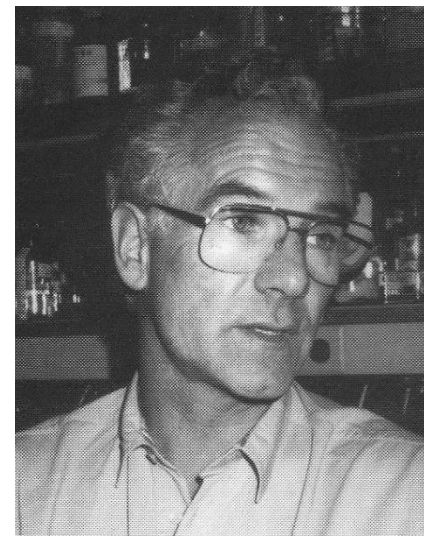
[3] Quinn TC, Mann JM, Curran JW, Piot P. 'AIDS in Africa: an epidemiologic paradigm.' *Science* 1986; 234:955-63.
[4] Declaración de Durban, Más de 5.000 autores. The Durban Declaration. *Nature* 2000, 406:15-6.
[5] Statistics South Africa. Mid-year population estimates, 2007. Department of Home Affairs, South Africa; 2007.
[6] Statistics South Africa. Stats in brief 2000. *Statistics South Africa*; 2000.
[7] US Census Bureau, International data base. Population South Africa. US Department of Commerce; 2008.
[8]) National Department of Health South Africa. 'The national HIV and syphilis prevalence survey.' South Africa; 2007.
[9] Statistics South Africa 'Mortality and causes of death in South Africa' 2006: Findings from death notification. *Statistics South Africa,* 2008.
[10] Duesberg P, Koehnlein C. Rasnick D. 'The chemical bases of the various AIDS epidemics: recreational drugs, anti-viral chemotherapy and malnutrition' *J. Biosci* 2003, 28:383-412.
[11] "Centers for Disease Control". '1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults.' *Morb. Mort. Weekly Rep.* 1992, 41 (No. RR17): 1-19.
[12] National Department of Health South Africa 2008. The National VIH and syphilis prevalence survey South Africa; 2008.
[13] Fiala C. 'AIDS in Africa: a call for sense, not hysteria (Rapid Responses for Sidley, 327 (7408) 184).' Bmj.com; 2009.
[14] Mulder DW, Nunn AJ, Kamali A, Nakiyingi J, Wagner HU, Kengeya-Kayondo JF. 'Two year HIV-1-associated mortality in a rural Ugandan population cohort.' *The Lancet* 1994; 343:1021-3.
[15] Mulder DW, Nunn AJ, Kamali A, Nakiyingi J, Wagner HU, Kengeya-Kayondo JF, 'HIV-1 incidence and HIV-1-associated mortality in a rural Ugandan population cohort' *AIDS* 1994; 8:87-92.
[16] Goodgame RW, 'AIDS in Uganda-clinical and social features.' *N. Engl. J. Med.* 1990, 323:383-9.
[17] World Health Organization, UNAIDS, UNICEF. Epidemiological fact sheet on HIV and AIDS; Core data on epidemiology and response Uganda; 2008.
[18] World Bank Group. Population of Sub-Saharan Africa; 2008.
[19] Bauer HH, *The origin, persistence and failings of HIV/AIDS theory*. Jefferson, NC and London, UK. McFarland & Co; 2007.
[20] Henry WK, Tebas P, Lane HC. 'Explaining, predicting, and treating HIV-associated CD4 cell loss: after 25 years still a puzzle.' *JAMA* 2006; 296:1523–5.
[21] Okulicz J, Marconi V, Dolan M. 'Characteristics of elite controllers, viremic controllers, and long-term nonprogressors in the US Military HIV cohort'. Keystone symposium HIV pathogenesis. Banff, Alberta, Canada; 2008.
[22] Mims C, White DO. *Viral pathogenesis and immunology*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1984.
[23] Bregman, DJ, Langmuir AD. 'Farr's law applied to AIDS projections*' JAMA* 1990; 263:50-7.
[24]) Horwitz JP, Chua J, Noel M. Nucleosides. V. "The monomesylates of 1-(20-deoxybeta-D-lyxofuranosyl) thymidine.*' J. Org. Chem.* 1964; 29:2076.

[25] Borojerdi JP, Ming J. Cooch C, Ward Y, Semino-Mora C, Yu M. et al. 'Centrosomal amplification and aneuploidy induced by the antiretroviral drug AZT in hamster and human cells.' *Mutat. Res.* 2009; 665:67-74.
[26] Reisler, Rb, Han C, Burman WJ, Tedaldi EM, Neaton JD, 'Grade 4 events are as important as AIDS events in the of HAART'*, J. Acquir. Immuno. Defic. Syndr.* 2003; 24:379-86.
[27] El-Sadr WM, Lundgren JD, Neaton JD, Gordin F, Abrams D , Arduino RC, et al. `CD4+ count guided interruption of antiretroviral treatment.' *N. Engl. J. Med.* 2006; 355:2283-96.
[28] Medicine.Net.com. Nevirapine index; 2008 [accessed].
[29] Department of Health and Human Services, Panel on antiretroviral guidelines for adults and adolescents. Ghidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1 infected adults and adolescents, January 29, 2008, p 13. Available from: http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf
[30] Poirier MC, Divi RL, Al-Harthi I, Olivero OA, Nguyen V, Walker B, et al. 'Long-term mitochondrial toxicity in HIV-uninfected infants born to HIV-infected mothers.' *J. Acquir. Immune Defic. Syndr*, 2003; 33:175-83.
[31] Barret B, Tardieu M, Rustin P, Lacroix C, Chabrol B, Desguerre I, et al. 'Persistent mitochondrial dysfunction in HIV-1-exposed but uninfected infants: clinical screening in a large prospective cohort' *AIDS* 2003; 17:1769-85.
[32] Escobar PA, Olivero OA, Wade NA, Abrams FJ, Nesel CJ, Ness RB, et al. 'Genotoxicity assessed by the comet and GPA assays following in vitro exposure of human lymphoblastoid cells (HO) or perinatal exposure of mother-child pairs to AZT or AZT-3TC.' *Environ. Mol. Mutagen*, 2007; 48:330-43.
[33] Brogly SB, Ylitalo N, Mofenson LM, Oleske J, Van Dyke R, Crain MJ, et al. 'In utero nucleoside reverse transcriptase inhibitor exposure and signs of possible mitochondrial dysfunction in HIV-uninfected children.' *AIDS* 2007; 21:929-38
[34] Olivero, OA, Anderson Lm, Diwan BA, Haines DC, Harbaugh SW, Moskal TJ, et al. 'Transplacental effects of 30-azido-20, 3-dideoxythymidine (AZT): tumorigenicity in mice and genotoxicity in mice and monkeys' *J. Natl. Cancer Inst.* 1997; 89:1602-8.
[35] May MT, Sterne JA, Costagliola D, Sabin CA, KPhillips AN, Justice AC, et al. 'HIV treatment response and prognosis in Europe and North America in the first decade of highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis.' *The Lancet*, 2006; 368:451-8.

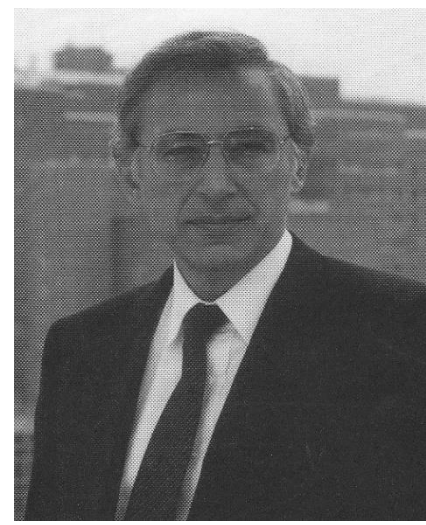
Apéndice D

Fotografías de la edición original de "*Positively False*"

1. Profesor Peter Duesberg, de la Universidad de California, Berkeley. Cuestiona, desde hace muchos años, la posición de que el SIDA es una enfermedad infecciosa causa por el VIH. Sus llamamientos a la investigación y financiación de otras posibles explicaciones del SIDA, incluyendo el abuso de drogas recreativas e intravenosas a largo plazo, se han encontrado con la resistencia firme por parte de grupos comerciales, académicos y de activistas, para los que la hipótesis VIH/SIDA se convertido en una verdad incontrovertible.

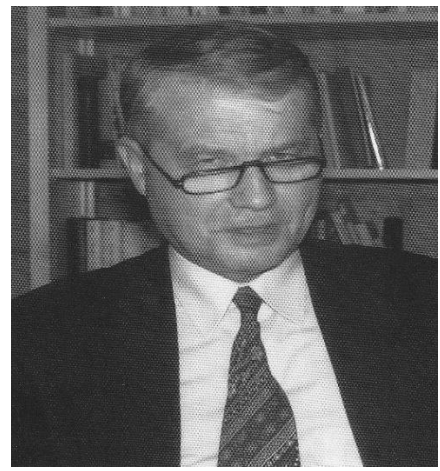


2. Dr. Robert Gallo. Actualmente director del "Institute of Human Virology", Maryland, ha ayudado a definir la ortodoxia estándar sobre VIH y SIDA, a pesar de que sus métodos de investigación han sido criticados severamente por tres averiguaciones del gobierno de los Estados Unidos. Su reivindicación de haber sido el primero en aislar el retrovirus VIH ha quedado desacreditada. Sin embargo, la



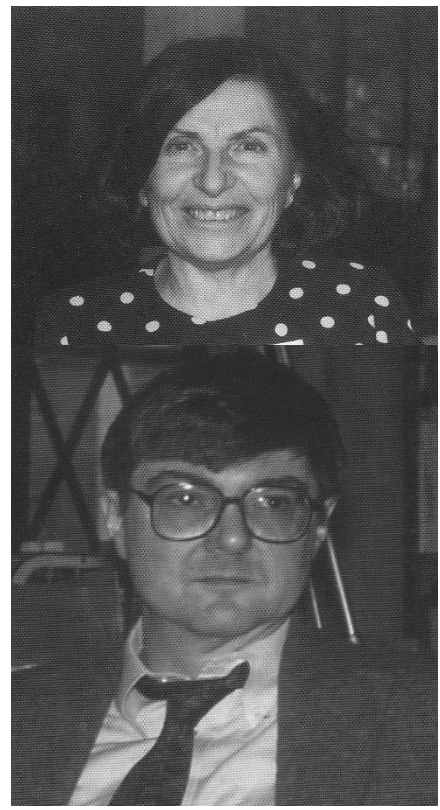
explotación comercial de su patente sobre el test VIH ha alimentado la proposición de que el VIH conduce inevitablemente al SIDA.

3. Dr. Montagnier, del "Institute Pasteur", en Francia. Fue el primero en reivindicar la identificación del retrovirus VIH, la cual ha llevado inexorablemente a la conexión del VIH con el SIDA. Durante años, Montagnier ha señalado que el VIH por sí mismo, sin cofactores, no puede causar SIDA, lo que ha reconfortado a algunos disidentes, ya que incluso el descubridor del VIH minimiza afirmaciones categóricas acerca de su relación con el SIDA.



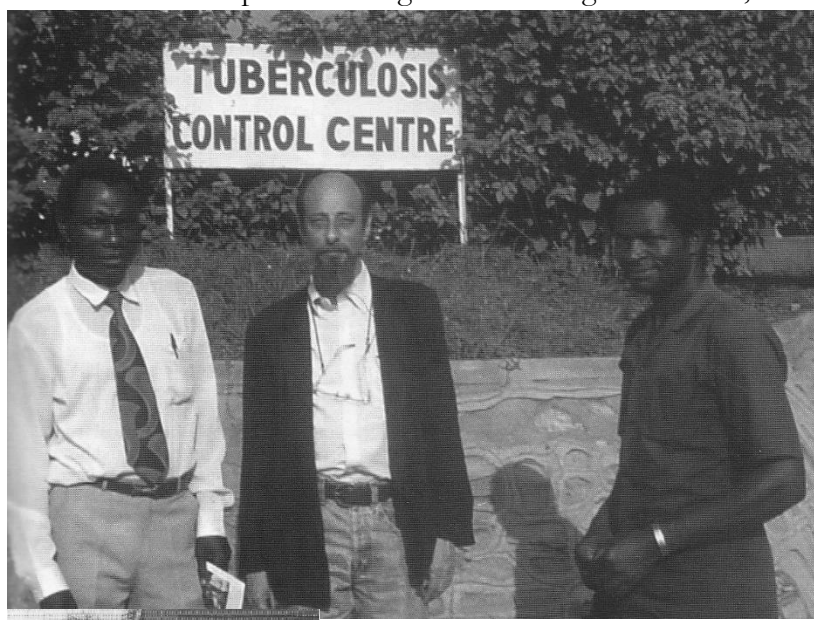
4. Eleni Eleopulos, biofísica de Perth, Australia Occidental, ha liderado un equipo de investigación que critica la forma en que se afirma que el VIH fue aislado e identificado. Apunta anomalías en los resultados de los test VIH, que indican que éste ha sido identificado erróneamente y puede que ni exista.

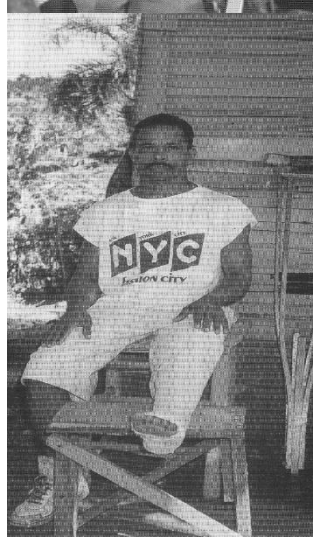
5. John Lauritsen, escritor y periodista, ha dedicado su carrera reciente a seguir el debate público sobre el SIDA y, al mismo tiempo, comunicar al público en general el creciente escepticismo de muchos



miembros de la comunidad científica acerca de las explicaciones ortodoxas del fenómeno VIH/SIDA.

6. Dr. Harvey Bialy, Editor Científico de *Bio/Technology*, con el especialista en TB, Dr. Martin Okot-Nwang y su trabajador de campo Joseph Nakibali, en Kampala. Bialy ha intentado llevar a un público más amplio la probabilidad de que las "muertes SIDA" en África están causadas por enfermedades relacionadas con la pobreza, como la TB, cuya letalidad se ve exacerbada masivamente cuando a los VIH-positivos diagnosticados engañosamente, se les





niega el tratamiento convencional de su muy bien conocida enfermedad.

7. Héctor Severino, trabajador de hotel en la República Dominicana, fue diagnosticado VIH positivo después de un accidente de moto. Por ser VIH positivo le negaron la cirugía y quedó minusválido. Su desconsolada esposa se suicidó, él perdió su trabajo y su vida se arruinó. Dos años después fue diagnosticado negativo en dos ocasiones diferentes. El caso de Severino resalta las dificultades

intrínsecas de los test VIH, cuyos resultados se pueden ver afectados por diferentes factores y en diferentes ocasiones.

Apéndice E

Comentario de la autora, publicado en la edición original de "*Positively False*" (modificado)

El VIH es una infección. El VIH conduce al SIDA. El SIDA mata. Esta es la hipótesis. Todos los investigadores del SIDA tengan la convicción que tengan, aceptan esto como una hipótesis nada más.

La investigación de la hipótesis VIH=SIDA=Muerte, que erróneamente ha adquirido la fuerza de la certeza, está llena de fallos que llevan a resultados distorsionados, conclusiones equivocadas y sufrimiento innecesario, asegura Joan Shenton. Es peor, la investigación está guiada por empresas farmacéuticas ansiosas de proteger su enorme inversión en tratamientos como el AZT; y por la ambición de científicos sin escrúpulos ansiosos de proteger la financiación de sus investigaciones, sus patentes de las pruebas VIH y, en el fondo, su propio ego. Y peor aún, la combinación de todos estos intereses ha conseguido bloquear la investigación en otras direcciones. El resultado, de acuerdo con Shenton, es mala ciencia.

Joan Shenton, galardonada periodista, se vio atrapada en la dramática batalla de David contra Goliat, entre la ortodoxia del SIDA y los disidentes que cuestionan la hipótesis ortodoxa. Lo que hizo saltar a Shenton, durante sus investigaciones para el Canal 4 TV, fue la escalofriante vehemencia con la que la ortodoxia científica rechazó el trabajo de otros investigadores del SIDA que proponían la posibilidad de que el VIH fuera un retrovirus inocuo, que el SIDA no era una enfermedad infecciosa y que, aunque lo fuera, no era el VIH el que destrozaba nuestro sistema inmune. Era la agresión tóxica por el abuso de drogas, el tratamiento contra el SIDA y, en hemofílicos, las impurezas de repetidas transfusiones del factor de coagulación.

En este libro, la autora nos presenta a científicos que mantienen que el VIH no ha sido nunca aislado y que la prueba del VIH consiste simplemente en

seleccionar proteínas que, dicen, son específicas del virus pero que, en realidad, residen en todos nosotros y, casualmente, se incrementan cuando el sistema inmune está comprometido por otras razones. Shenton ha recogido un extraordinario relato de la tiranía ortodoxa impuesta por algunos científicos y la industria farmacéutica, la cual, tal y como ella señala, ha distorsionado y hecho descarrilar el proceso de averiguación científica, ha malgastado miles de millones de dólares en el 'tratamiento', ha orientado mal los fondos de investigación y ha condenado a miles de personas al estigma y a la ansiedad de la etiqueta 'VIH-positivo". En el tercer mundo, de acuerdo con Shenton, millones de desgraciados están siendo falsamente clasificados como víctimas del VIH-SIDA; y como 'de cualquier forma se van a morir', se les está negando el tratamiento para sus verdaderas enfermedades que son las causadas por la pobreza, privación y desnutrición.

En su intento de averiguar más acerca de la investigación del SIDA, Shenton pinta un retrato fascinante de la colusión entre ciencia y mercado. Su libro contribuye realmente a que entendamos el debate alrededor del VIH y del SIDA, planteando inquietantes cuestiones en torno a la relación entre análisis científico, salud pública e intereses comerciales.

El periodismo médico-científico de **Joan Shenton** incluye la producción de 49 documentales sobre temas de salud para cadenas de televisión, siete de ellos sobre el tema VIH/SIDA. Dos de sus películas sobre el SIDA han recibido el 'Royal Television Society Journalism Award' y un premio de la British Medical Association. Los programas de Joan Shenton se hicieron para la BBC, Channel 4, Thames TV y Central TV. *Actualmente mantiene la "Immunity Resource Foundation", y ha producido las películas independientes sobre el SIDA* Positively False [positivelyfalsemovie.com] *y* Positive Hell

[positivehell.com].

Bibliografía

Adams, Jad, *AIDS: The HIV Myth*, Macmillan, 1989

Altman, Dennis, *Homosexual Oppression and Liberation*, Plymbridge, Boston, I993 – *AIDS in the Mind of America*, Anchor Doubleday, New York, 1986; UK edition, *AIDS in the New Puritanism*, Pluto, London, 1986

Callen, Michael, *Surviving AIDS*, Harper & Row, London, September 1990

Chirimuuta, Richard and Rosalind, *AIDS Africa and Racism*, Free Association Books, London 1989

Duesberg, Peter, *Inventing the AIDS Virus*, Regnery Publishing Inc., Washington DC, 1996

– *AIDS: Virus or Drug-Induced*, Kluwer Academic Publishers, Netherlands, 1996

Ellison, Bryan J. and P.H. Duesberg, *Why We Will Never Win the War on AIDS*, Inside Story Communications, El Cerrito, California, 1994

Franchi, Fabio and Luigi de Marchi, *AIDS: 'La Grande Truffa'*, SEAM, Rome, 1996

Gallo, Robert, *Virus Hunting: AIDS, Cancer and the Human Retrovirus*, A New Republic Book, Basic Books, Harper Collins, London 1991

Hodgkinson, Neville, *AIDS: The Failure of Contemporary Science – How a virus that never was deceived the world*, Fourth Estate, London, 1996

Holub, William and Claudia, *'AIDS' . . . Careful Scientific Scrutiny Provides a Totally Different View*, Life Systems, 174 Bagatelle Road, Melville NY 11747, 1988 (ISBN 0-942494-52-0)

Konotey-Ahulu, Felix, *What is AIDS?*, Tetteh-A'Demeno Company, Watford, England, 1989

Kramer, Larry, *Faggots*, Minerva, New York, 1990

Lang, Serge, *Challenges*, Springer Verlag, New York, November 1997

Lauritsen, John, *Poison by Prescription: The AZT Story* (Foreword by Peter Duesberg), Asklepios, New York, 1990 (ISBN 0 943742-06-4)

– *The AIDS War*, Asklepios, New York, 1993 (ISBN 0-943742-08-0)

Lauritsen, John and Hank Wilson, *Death Rush: Poppers and AIDS*, Pagan Press, New York, 1986

Lauritsen, John and Ian Young (eds), *The AIDS Cult: Essays on the Gay Health Crisis*, Asklepios, Provincetown, 1997; Pagan Press, Box 1902, Provincetown, MA 02657-0245

Miller, David J. and Michael Hersen (eds), *Research Fraud in the Behavioral and Biomedical Sciences,* John Wiley, New York/Chichester, 1992 (ISBN 0-471-52068-3)

Paglia, Camille, *Sex, Art, and American Culture*, Viking, London, 1992
Root-Bernstein, Robert, *Rethinking AIDS*, The Free Press, New York, 1993
Schwartz, Joseph, *Creative Moment*, Jonathan Cape, London, 1994
Scott, Andrew, *Pirates of the Cell*, Basil Blackwell, Oxford, revised 1987 (ISBN 0-631-15637-2)
Shilts, Randy, *And The Band Played On*, Penguin, Harmondsworth, 1988
Soda, T. (ed.), *Drug-Induced Sufferings: Medical, Pharmaceutical, and Legal Aspects*, Excerpta Medica, Amsterdam, 1980
Walker, Martin, *Dirty Medicine*, Slingshot Publications, London, 1993

Índice

A

Abbott Laboratorios, 194, 237, 239
ABC News, 65
Abidjan, 54, 167, 168
Ablashi, Dharam, 48
Ablin, Richard, 13, 14
Abrams, Donald, 238, 264
Acidosis láctica, lxxi
ACSUR Las Segovias, 192
Act Up, lxiii, lxvi, 183
ACTG, 186
Adams, Jad, xvi, xxii, xcvi, 2, 4, 6, 11, 15, 16, 17, 28, 41, 46, 51, 52, 102, 103, 171, 272
Adams, Niki, xvi, 183
ADN (ácido desoxirribonucleico), xxviii, xxxiii, lxx, xc, xci, 9, 11, 34, 37, 44, 75, 88, 110, 117, 119, 188, 207, 211, 220, 223, 227, 249, 255, 256, 257
Advisory Council on the Misuse of Drugs, 203
Advocate, The, lxiv
Aeropuerto de Mirabel, 7
Aflatoxinas, 58
África, xxi, xxxii, xl, xli, xlii, xliv, xlv, xlvi, lvii, lviii, lix, lx, lxi, lxvi, lxvii, lxx, lxxxii, xcv, 6, 22, 32, 39, 42, 53, 59, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 181, 188, 190, 226, 248, 252, 253, 267
África central, 154, 155
African Woman and Child Feature Service (Nairobi), lxx
AIDS Research, 21, 80, 171, 242
Al-Bayati, Mohammed, xlix
Albúmina, 7
Alcohol/alcoholicos, 23, 83, 152
Alemania, xvi, xci, 30, 216, 219, 258
All Party Parliamentary Group on AIDS, 93, 134
Allen, Anita, xxi
Altman, Dennis, 22, 27, 198
Altman, Lawrence, 65, 66
Alzheimer, enfermedad de, 38
Amamantar, lxxiv, 61
American Association for the Advancement of Science, 47
AmeriCares, 197
Amin, Idi, 161
Amsterdam, xcvi, 28, 148
ANC (Congreso Nacional Africano), xxi
Anderson, Roy, 59, 155, 156
Anfetaminas, 101, 140
Anglesey, Lady, 104, 105
Annan, Kofi, lix
Antibióticos, lxxxiv, 21, 22, 32, 151, 162, 163, 193
Apuzzo, Virginia, 27
Arcadia (Florida), 62
Argentina, 218
Aristide, Jean Bertrand, 190
ARN/RNA (ácido ribonucleico), xxviii, xxxi, xxxii, xc, xci, 9, 37, 44, 110, 117, 220, 223
Artritis, lxxii, 223, 230, 232
Artritis Reumatoide, 232
Ascher, M.S., 101, 102, 108
Asia, 53
Asscher, William, 130, 137
Atlanta, Georgia, 191, 216
Australia, xxi, lii, xci, xciv, 11, 131, 138, 209, 224, 226, 266
Avon Health Authority, 103
Azidotimidina (AZT), 136
Azidotimidina (AZT), xvii, xviii, xxxiii, liv, lv, lxiii, lxiv, lxvi, lxx, lxxxvii, 3, 4, 25, 61, 80, 84, 86, 87, 88, 89, 101, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136
Azidotimidina (AZT), 136
Azidotimidina (AZT), 136
Azidotimidina (AZT), 136
Azidotimidina (AZT), 136
Azidotimidina (AZT), 136
Azidotimidina (AZT), 136
Azidotimidina (AZT), 137
Azidotimidina (AZT), 139
Azidotimidina (AZT), 141
Azidotimidina (AZT), 146
Azidotimidina (AZT), 149
Azidotimidina (AZT), 173

Azidotimidina (AZT), 175
Azidotimidina (AZT), 181
Azidotimidina (AZT), 181
Azidotimidina (AZT), 182
Azidotimidina (AZT), 182
Azidotimidina (AZT), 183
Azidotimidina (AZT), 183
Azidotimidina (AZT), 183
Azidotimidina (AZT), 184
Azidotimidina (AZT), 184
Azidotimidina (AZT), 185
Azidotimidina (AZT), 185
Azidotimidina (AZT), 185
Azidotimidina (AZT), 185
Azidotimidina (AZT), 186
Azidotimidina (AZT), 186
Azidotimidina (AZT), 186
Azidotimidina (AZT), 187
Azidotimidina (AZT), 187
Azidotimidina (AZT), 188
Azidotimidina (AZT), 188
Azidotimidina (AZT), 189
Azidotimidina (AZT), 205
Azidotimidina (AZT), 205
Azidotimidina (AZT), 206
Azidotimidina (AZT), 207
Azidotimidina (AZT), 214
Azidotimidina (AZT), 215
Azidotimidina (AZT), 215
Azidotimidina (AZT), 218
Azidotimidina (AZT), 223
Azidotimidina (AZT), 224
Azidotimidina (AZT), 233
Azidotimidina (AZT), 235
Azidotimidina (AZT), 236
Azidotimidina (AZT), 237
Azidotimidina (AZT), 238
Azidotimidina (AZT), 240
Azidotimidina (AZT), 241
Azidotimidina (AZT), 244
Azidotimidina (AZT), 244
Azidotimidina (AZT), 244
Azidotimidina (AZT), 245
Azidotimidina (AZT), 245
Azidotimidina (AZT), 245
Azidotimidina (AZT), 246
Azidotimidina (AZT), 246
Azidotimidina (AZT), 249
Azidotimidina (AZT), 250
Azidotimidina (AZT), 250
Azidotimidina (AZT), 255
Azidotimidina (AZT), 255
Azidotimidina (AZT), 256
Azidotimidina (AZT), 264
Azidotimidina (AZT), 264
Azidotimidina (AZT), 264
Azidotimidina (AZT), 272
Aziz, Mohammed, xvi, xxii, xxv

B

Babick, Chris, 112
Bagherzade, Iradj, xvi, xx, xxii
Baker, Clark, xxvii, lvi
Balinda, Yasin, 151, 161
Ballard, Allan, 11
Baltimore, 35, 37, 47, 234
Barcelona, 128
Barre-Sinoussi, Françoise, 51, 77
Barry, David, 133
Bauer, Henry H., xvi, xviii, xix, xxix, 249, 263
Beaulice, Marie Eugénie, 196
Béchamp, Antoine, xxix
Beitman, Ron, 112
Beldekas, John, 12, 14
Benn, Tony, 4
Berkeley, lxxxv, 8, 30, 37, 73, 82, 85, 104, 168, 214, 216, 258
Berkowitz, Richard, 20, 21, 27, 80, 89
Berne, 242
Berry, Adrian, 75
Bethesda, Maryland, 32
Bialy, Harvey, xv, xix, lxxxviii, 11, 18, 124, 139, 152, 153, 159, 170, 172, 216, 221, 267
Bio/Technology, lxxxviii, 11, 124, 152, 170, 172, 242, 267
Birmingham Post, 204, 216
Bivens, Lyle, 181
Black Women for Wages for Housework, xvi
Black, David, 22, 24, 27, 28
Bob Club, 32, 38, 67, 160
Bolognesi, Dani, 104
Bordes, Ari, 192
Boston (USA), 12, 14, 19, 27, 111, 112, 243
Boulos, Reginald, 197
Brands, Martien, 138
Brasil, 7
Brattegaard, Kari, 169
Bremner, Charles, 140
Brettle, Raymond, 240
Bristol, 103
British Broadcasting Corporation (BBC), xx, xxii, 1
British Library, xxi

British Medical Association Foundation for AIDS, 91
British Medical Journal, xl, 69, 92, 108, 133, 171, 172
Broadcasting Complaints Commission, xv, 104, 108, 120, 133, 134, 135
Broder, Samuel, 115, 136, 185
Brown, Karen, xv, 89
Brown, Phyllida, 130, 132
Bruce, Alan, 229, 243
Buck, Henck, 148
Buenos Aires, 218, 219, 221, 224, 225, 227
Buianouckas, Frank, xv, 111
Bukoba, 154, 157, 158, 160, 166
Bulletin of Medical Ethics, 72, 186
Bunn, Paul, 177
Burbaker, Glenn, 153
Bureau of Justice (USA), 25
Burroughs Wellcome, xvii, 80, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 114, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 129, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 144, 145, 175, 182, 183, 184, 185, 205, 206, 230, 244
Bush, George, lxvii

C

Caiazza, Stephen, 13
Cali, 58
California, xlvi, lxxxiv, lxxxvi, xcv, xcvi, 6, 8, 14, 30, 33, 51, 61, 62, 72, 157, 201, 209, 214, 217, 234
California Monthly, 209, 217
California State University, Chico, xlvi
Callen, Michael, 19, 20, 21, 27, 80, 89, 146, 272
Cambridge, 44, 94, 139, 148, 149, 154
Cambridge Bioscience, 44
Camerún, xviii, 154, 159, 165
Campaign Against Health Fraud (Quackbusters), 16
Campbell, Duncan, 16, 18, 102, 106, 107, 111, 131, 135
Camu, 63
Canadá, 7, 8, 226
Cáncer cervical, xcv
Cáncer de mama, xix, 2, 3, 38, 61
Candidiasis, 230
Cantwell, Alan, 155, 171
Cap Haitien, 197
Cape Cod, 83
Cape Town, 230
Capital Gay, 92, 108, 186, 189, 203, 216
Caribbean, 7
Carte Blanche, xxi
Cass, Terrel, xv, lxxxvi, 5, 24, 28, 89, 125, 126, 204
Catabolismo, 222
Causer, David, 210
Células T, lxvi, 10, 38, 39, 66, 98, 120, 124, 128, 185, 191, 205, 213, 222, 233, 245, 256
Centers for Disease Control, xlvii, lxiii, lxv, lxvi, lxxi, lxxxii, lxxxix, xciv, 10, 11, 25, 31, 42, 60, 64, 65, 66, 67, 81, 82, 86, 156, 165, 167, 168, 170, 191, 192, 201, 207, 210, 213, 216, 219, 254, 263
Channel 4 (UK TV), lxxxvi, xcii, 2, 5, 8, 11, 15, 18, 27, 51, 89, 105, 107, 109, 111, 128, 129, 132, 134, 135, 136, 137, 148, 152, 171, 230, 234, 236
Chermann, Claude, 77
Chernov, Harvey, 114, 115, 136
Chiasson, Mary Ann, 241
Chicago Tribune, xxxi, 45, 47, 49, 52, 179, 188
Chigwedere, Pride, 249, 250, 251, 252, 253, 257, 258, 262
Chin, James, xl
Chirac, Jacques, 46
Chirimuuta, Richard and Rosalind, 155, 171, 272
Chiron Corporation (California), 14
Christie, Huw, xvi, xxi, 215, 230
Christopher, Don, xv, 105
Ciba-Geigy, xciv, 1
Cité Soleil, 197, 198
Citizens Against AIDS in Schools, 62
Citomegalovirus (CMV), 20
City Week, 152, 171
Clinton, Bill, 53, 258
Cloruro de etilo, 23
Cocaína, xxxii, lxv, 23, 25, 101, 140, 167
Cole, John, 104, 108
Colectivo Inglés de Prostitutas, xvi, 183, 186
Cólera, 1, 91, 97, 98, 157
Colizzi, Vittorio, 171, 229, 242, 243
Collins, Simon, 241, 243
Columbia Journalism Review, lii
Committee on Safety of Medicines, 130
Complera, lxiv
Comunidad Europea, 156, 166, 187
Conferencia 'Proceso al AZT', 184, 185
Connor, Steve, 94, 144, 145, 149, 171, 172, 189, 215, 217
Continuum, xvi, xxi, xcii, xcvi, 215, 216, 217, 230, 242

Cooley-Prost, Worth, 197, 198
Cooper, D. A., 131
Copérnico, lxxxv, 139, 188
Cortisol, 222
Cortisona, 1
Costa de Marfil, 54, 153, 167, 181
Costello, Christine, 110, 245
Coutinho, Roel, 138, 147
Covent Garden, 4, 11, 87, 97
Cowley, Liz, 15, 18
Cox Committee, 68, 69, 70
Craddock, Mark, 11
Crewdson, John, xxxi, 45, 49, 52, 179, 188
Crick, Francis, 75
Crix belly, 239
Crixivan, 237, 239
Croce, Carlo, 39, 51
Crowe, David, xxxiii, xxxv
Crump, John, 204
Cruz Roja, 222, 226
Curran, James, 42, 67, 191, 201, 263
Curtis, Hilary, 92, 108

D

Daily Mail, 15, 18
Dan, Bruce, 65
Darby, Sarah, 214, 217
Dartmouth, 56
Darwin, Charles, 139
Data and Safety Monitoring Committee, 126
Dawid, Igor, 74, 76, 89
Day, Robin, xx
ddC (dideoxicitidina), 122
ddI (didanosina), 122, 188, 233
de Bock, Pascal, xvi, 4, 185
de Cock, Kevin, xl, 154, 167, 168, 169, 170, 171, 172
Declaración de Londres, lxxxii, 68
Deer, Brian, 111, 131, 135, 137
Definición de caso clínico (Bangui), lvii, 153, 158, 165, 168, 169
Delamothe, Tony, 133
Delaney, Martin, 176
Demencia, xciii, xcv, 25, 96
Departamento de Salud y Seguridad Social, 59, 68
Departamento de Salud y Servicios Humanos, 29, 181
Derecho a Réplica, 134
Deschamps, Marie, 194, 195
DeSoto County, 62
Determine (test), lvii
Diabetes, lx, 4, 160, 239
Diarrea, xlv, lix, xciii, xciv, xcv, 1, 97, 153, 158, 161, 168, 191, 239, 256
Dina, Dino, 14
Dingell, John, 179, 180
Dirty Medicine, 16, 18, 184, 189, 273
Dispatches, lxxxvi, xcii, 5, 8, 15, 18, 27, 51, 89, 91, 92, 94, 109, 129, 132, 135, 136, 137, 148, 171
DMT (dimetiltriptamina), 23
Dolutegravir (Tivicay), lxiv
Downey, Gordon, 149, 150
Drug Enforcement Administration, 25
Duce, Manuel, 192, 193
Duesberg, Peter, xvi, xix, xxi, xxii, xxxiii, liv, lxvi, lxxvii, lxxix, lxxxi, lxxxiv, lxxxv, lxxxvi, lxxxvii, lxxxviii, lxxxix, xci, xcvi, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 23, 25, 26, 28, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 49, 51, 64, 65, 66, 67, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 108, 111, 114, 116, 117, 118, 124, 128, 135, 138, 139, 140, 141, 143, 146, 147, 148, 168, 170, 172, 174, 175, 176, 185, 188, 204, 206,207, 210, 214, 215, 216, 217, 227, 228, 242, 246, 248, 249, 263, 265, 272
Dugas, Gaetan, 191
Dunkley, Chris, lxxxix, xcvi, 93, 188, 189
Duvalier, 'Baby Doc', 7
Duvalier, 'Papa Doc', 7

E

EACG, 131, 132
EBV (Epstein Barr virus), 20
Edimburgo, xvi, 102, 207
efecto Lázaro, 236
Eleopulos, Eleni Papadopulos, xv, xxi, xcvi, 138, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 221, 224, 225, 226, 227, 230, 231, 235, 242, 243, 266
ELISA, test, xxxii, lvii, lxiv, xci, 169, 194, 212, 224, 225, 226, 230, 234
Ellison, Bryan, xv, xcvi, 42, 51, 64, 65, 66, 72, 73, 83, 272
Ellner, Michael, xv
Elsevier, 28, 249, 262
Ely, Elizabeth, xxxv
encuesta My World, lix
enfermedad de Chagas, 160
enfermedad del sueño, 23, 24, 160, 169

enfermedades de transmisión sexual (ETS), lx, lxxxi, lxxxiv, 20, 26, 80, 146
England, Roger, xl
Entero-Vioform, xciv
Environmental Health Perspectives, 202, 216
Eroticus Publications, 57, 71
Escocia, 234, 235
España, lxxx, 1, 97, 246
Essex, Myron (Max), 35, 36, 42, 44, 45, 143, 154, 156, 160, 262
Estados Unidos (USA), xxix, xxxi, xxxiv, xlvii, lv, lxiii, lxv, lxvi, lxvii, lxix, lxx, lxxxv, lxxxvi, lxxxix, xciv, 7, 8, 10, 25, 30, 34, 42, 45, 46, 48, 49, 56, 59, 64, 65, 68, 70, 76, 77, 87, 99, 103, 105, 111, 118, 127, 135, 137, 141, 143, 145, 155, 167, 168, 170, 176, 185, 186, 187, 190, 191, 192, 193, 197, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 210, 225, 226, 232, 233, 237, 238, 239, 241, 242, 243, 244, 246, 255, 258, 262, 265
estudio Bruneau, xxxii
estudio Concorde, 3, 87, 88, 126, 181, 182, 183, 184, 186, 205, 240
estudio Padian, xxxii
Europa, xxix, xl, li, lx, lxx, lxxxvii, xcii, 7, 22, 53, 54, 70, 82, 83, 143, 147, 168, 182, 186, 191, 209

F

Factor VIII, xcv, 13, 62, 146, 200, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 229
factores de supresión del VIH (HIV-SF), 47
Farber, Celia, xvi, xxxviii, lii, lxxix, 51, 111, 124, 135, 138, 151, 153, 171, 173, 184, 188
Fauci, Anthony, xliv, lxvii, 67, 170, 172, 206, 222, 242
Felson, Artie, 23
Festival Internacional de Cine de Edimburgo, 102
Fiala, Christian, xvi, xxii, xliii, 248, 249, 263
Filipinas, 128
Fire Island, 23
Fischl, Margaret, 114, 118, 122, 123
Flat Earth Society, 17, 18
Florida, 62, 82, 83, 233
Food and Drug Administration (FDA), xlvii, lxvi, lxvii, 111, 112, 113, 114, 115, 135, 136, 202, 226, 239
Forgan, Liz, 15, 128, 137
Fox, Paul, 15
Francia/Francés, 46, 180, 266
Francis, Donald, 67
Francis, Pam, 93
Franco, Francisco, 246
François, Mme Ursule, 198
Frankfurt, 46
Freedom of Information Act, 105, 114
Freeman, Michael, xv, 1
Freestone, D.S., 133, 137
Friedman-Kien, Alvin, 80, 81
Frontliners, 105
Fuchs, Eric, 234

G

Gais contra el genocidio (GAG), 186
Galicia, lxxx, 246
Galileo, lxxxv, 140, 236
Gallo, Robert, xvii, xxxi, lxv, lxvi, lxxxv, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 61, 67, 79, 140, 143, 145, 154, 156, 160, 171, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 185, 188, 204, 211, 212, 217, 220, 228, 265, 272
Galloway, George, 3, 149, 150, 183, 187, 189, 203, 236
Gammablobulina, 7, 232
Garrido Sotelo, Manuel, lxxx, 246
Gay Times, 205
Gazdar, Adi, 177, 178
Gazzard, Brian, 130, 238
Genetica, 216, 217
Genotoxicidad, 256
Gentiloni, Stefano, 142
Georgia, lxxii, 191, 233
Gerald, 151, 152, 162
Geser, Anton, 153, 171
Geshekter, Charles, xlvi, 157, 171
Ghana, lix, lx, lxi, 168
GHESKIO (proyecto), 193
Gibb, Diana, 182
Gilbert, Walter, 83, 94
Gildemeister, Hector, xvi, 4, 173, 218
Gilead, lxiv, lxvii
Ginebra, 170
Giraldo, Roberto, xxxviii, xlviii, lxxix
Global Agenda, lix
Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), lix
Goldberger, Joseph, xcii, xciii, 236
Golden State Warriors, 128
Gonaives, 197
Gottlieb, Michael, 66, 191

Goudsmit, Jaap, 138, 147, 148
Grade, Michael, 132, 137
Great Lakes Products, 203
Great Ormond Street Hospital for Sick Children (GOSH), 182
Greenwich Village, 80
Griffin, Beverly, xv, 16, 18, 99, 108
Gripe asiática, 65
Gripe porcina, 65, 66
Grosvenor House, 15
Group for the Scientific Reappraisal of HIV (USA), 184
Grupo de Estudio sobre Nutrición e Inmunidad, 221
Guillain-Barré (síndrome), 65

H

HAART (highly active antiretroviral therapy), xviii, lxvi, lxvii, lxix, lxx, lxxi, 264
Habermehl, Otto, 174, 184
Hamilton, John, 120, 134, 137
Hammersmith Hospital, 99
Harvard (Universidad), xxix, 19, 36, 44, 94, 119, 143, 251, 253, 255, 256, 257
Haseltine, William, 36, 39, 44, 45, 51, 61
Hässig, Alfred, xv, 216, 221, 222, 223, 242
Hawkes, Allison, 2
Hawkes, Nigel, 141
HEAL (Heal Education AIDS Liaison), xv, xlix, 72, 109, 111
Health Education Authority, lxxxii, 71
Heckler, Margaret, xxxi, lxii, lxv, lxxiii, 30, 43
Hemodynamics, 56
Hemofilia, lxxxvi, 6, 62, 200, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 224, 229
Hepatitis, lxix, 7, 20, 26, 96, 230
Heroína, lxii, lxxxix, 23, 24, 140, 167, 190
Herpes, 80
Hersee, Mike, xxii, li
Hershey, 37, 38
Herxheimer, Andrew, xv, 2
Hinuma, Yorio, 39
Hiperplasia, 41
Hirsch, Nicky, xvi, 4
Ho, David, 11, 18, 75
Hodgkinson, Neville, xxii, lv, xcvi, 55, 134, 137, 139, 150, 189, 217, 272
Hoechst y Squibb, 1
Hoffman, Geoffrey, 100
Hoffman, Robert, 119
Hopkins, Drew, 152, 171
Horrobin, David, 75
Horton, Richard, 134, 215
Hotel Oloffson, 190, 192
House of Numbers, lxvii
Hunsmann, G., 155, 171
HUT78, 178

I

Ictericia, 239
Illinois, 58
Immunity Resource Foundation (IRF), xvi, xxv
Imperial Chemical Industries (ICI), 1
Imperial College, 59, 155, 156, 171
Independent Broadcasting Authority (IBA), 91, 107
Independent on Sunday, 94, 108, 137, 139, 144, 145, 150, 189
Independent, The, 15, 54, 150
India, 196
Infecciones parasitarias, 157, 196
Inhibidores de la proteasa (PIs), xviii, 236, 237, 238, 239, 240, 241
Inmunodeficiencia relacionada con los gais (GRID), lxxxvi, 19, 66, 201
Inmunoglobulina, 7
Inner London HIV Health Commissioner's Group, 240
Inoue SMON virus, xcii, xciii, 2, 236
Institut Nationale de Santè et de Recherche Médicale (INSERM), 182
Institute of Actuaries (UK), 60, 68
Institute of Cancer Research, 144
Institute of Child Health, 60
Institute of Human Virology, Universidad de Maryland, 47, 265
Institute of Hygiene and Tropical Medicine, 154
Institute of Pulmonology, Moscú, 160
Instituto Pasteur (París), 32, 43, 45, 54, 77, 79, 144, 145, 179, 180
Insuficiencia hepatica, lxiii, lxix
Invirase, 237, 238
Islington, 229

J

Jackson Memorial Hospital, 191
Jaffe, Harold, 95, 98, 108
Japón/japonés, lxxvi, xciii, xciv, 39, 40, 99, 236
Jenkins, Simon, xv, 149, 150
Johns Hopkins, Baltimore, 234

Johnson, Christine, lviii
Johnson, Magic, 127, 128
Johnson, Phillip E., lxxxiv
Joli-coer, 192
Jorgensen, Karl, 202, 216
Joswig, Christian, 175, 183
Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (J. AIDS), 136
Journal of the American Medical Association (JAMA), 65, 172, 242, 243, 263
Juegos Olímpicos, xciii, 128

K

Kagera, 158, 166
Kampala, 154, 155, 163, 164, 262, 267
Karpas, Abraham, 51, 148, 155, 156
Kassi, Manlan, xv, 168, 181
Kenia, 153
Kent, Clark, 33
Kilbracken, Lord, 71
Kilmarnock, Lord, 93
Kingsway College, 184
Klug, Aaron, 94, 148
Kobler center, 134
Koch, Robert, xxxvi, 85, 95, 96, 97, 99
Konotey-Ahulu, Felix, xv, 155, 171, 272
Koop, Cirujano General, 56
Koumassi, 167
Kramer, Larry, 27
Kremer, Heinrich, xxix, lxxix
Krynen, Phillipe, 154, 158, 159, 166
Kyotera, 160

L

Laarhoven, Robert, xvi, 176, 181, 183
Laboratorio Stanley, 33, 85
Lago Victoria, 154, 155, 158
Lakers, 127, 128
Lancet, The, xcvi, 16, 18, 52, 60, 69, 72, 82, 89, 99, 101, 102, 108, 110, 133, 134, 135, 137, 147, 148, 150, 155, 160, 171, 172, 182, 188, 189, 195, 206, 215, 216, 217, 226, 242, 243, 245, 249, 257, 262, 263, 264
Lang, Serge, 11, 18, 51, 272
Lange, Michael, 122, 123, 205
Langmuir, Alexander, 64, 263
Lanka, Stefan, xv, xviii, lxxix, 216, 218, 219, 220, 221, 224, 225, 227, 228, 242
LaRouche Jr. Lyndon H., 62
Lauer, Helen, lxi
Lauritsen, John, lxiv, lxxix, xcvi, 22, 23, 24, 27, 41, 51, 56, 71, 80, 87, 88, 105, 111, 113, 114, 115, 131, 133, 136, 147, 184, 201, 202, 216, 266, 272
LAV (virus asociado a linfoadenopatía), lxvi, 33, 43, 45, 46, 50, 143, 180
LDK, 23
Le Fanu, James, 70, 72
Leith, William, 139, 150
Leontus, Evelyn, 198
Leppo, Bob, xvi
Lepra, lx, 160, 195, 223
Leschot, Ricardo, xv, 218
Leucemia, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 65, 67, 239
Leucemia de las células T adultas (ATL), 39
Leucemia mieloblástica, 239
Leucoencefalopatía multifocal progresiva, lxxi, 84
Liang, Wen-Xi, 222
Libia, xlix
Linfocitopenia idiópatica de las células CD4 (ICL), 1, 170
Linfoma no Hodgkin, 115
Liversidge, Anthony, 33, 51
Lloyd & Company, 229
Lloyd, David, xv, lxxxvi, 8, 9, 12, 15, 76, 86, 87, 89, 91, 93, 105, 106, 108, 111, 152, 230, 236
London School of Economics (LSE), 16, 18
London School of Hygiene and Tropical Medicine, lxi, 59
London Weekend Television (LWT), 6
Londres /London, xx, xlix, lv, lxi, lxxxi, xcii, xcvi, 1, 4, 6, 16, 18, 26, 27, 28, 51, 56, 59, 60, 63, 64, 70, 71, 72, 79, 86, 91, 97, 108, 125, 126, 130, 136, 154, 171, 182, 184, 186, 187, 189, 198, 200, 204, 211, 216, 218, 221, 226, 228, 231, 232, 234, 235, 239, 263
Los Ángeles, lviii, 20, 66, 191, 233
Los Angeles County Public Health Department, lviii
Ludlum, Christopher, 207, 217
Lupus, 1, 160, 195, 213, 223, 230, 231, 232
Lupus eritematoso sistémico, 1, 223
Lutener, Stephen, 205, 216

M

MacArthur Prize Fellowship, 82
Macdonald, Victoria, 53, 72
Maddox, John, liv, lxxxix, 75, 95, 98, 99, 100, 101, 102, 138, 145, 150, 214, 217

Maggiore, Christine, xxxiv, xxxviii
Makanza, Samuel, 54
Makumbi, James, 164
Malaria, xlv, lx, 63, 156, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 193, 195, 223, 230, 231
Mandela, Nelson, xxv
Manhattan, 23, 80
Manicaland, 54
Manlan, Kassi, xv, 168, 181
Mann, Cass, xv, lxxxvi, 5, 24, 28, 89, 125, 126, 204
Mann, Jonathan, 58
Mansfield, Simon, 134, 137
Marihuana, 23, 83
Martin, G. Steven, 75
Martin, John C., lxvii
Massachusetts, lxiii, 12, 136
Matanuska Thunderfuck, 23
Maudsley Hospital (Londres), 26
Maurice Kaposi, 82
Maxensia, Namuburu, 163
Mbeki, Thabo, xxi, xxii, xxv, xliv, lxvi, 249, 250, 258
McClintock, Barbara, xxviii
McDonald, John, 210
McKerrow, Graham, 189
MDA (metilenodioxianfetamina), 22, 23
MDMA (éxtasis), 22, 23, 24, 200, 239
Médecins Sans Frontières (MSF), 192
Medical Hypotheses, 75, 248, 258
Medical Research Council (MRC), lxxxix, 3, 69, 91, 94, 125, 149, 150, 156, 182, 185, 187, 189, 214, 217, 244, 245
Medicines Act, 129, 205
Medicines Control Agency (MCA), 129, 130
Meditel Productions, xv, xvi, xxi, xxii, lxxxi, lxxxvi, 2, 28, 72, 89, 98, 108, 132, 136, 137, 142, 150, 189
Meldrum, Julian, 92
Mellor, David, 69, 70, 72
Memorial Elementary School, 62
Merck, Sharp and Dohme, 237
Mercury, Freddie, lxxxix
Mescalina, 23
Meyer, Laurie, 188
Mialgia, 256
Miami, 122, 191, 192, 233
Michael, Terry, lxviii
Middlesex School of Medicine, 92
Miedema, Frank, 138, 147
Mill, John Stuart, 17, 18
Millivers, 205
Milstein, Cesar, 148
Milton, Felicity, xvi, 4
Minna, John, 178
Mir, Naheed, 110
Missionaries of Charity, 196
Misuse of Drugs Act, 203
Mitchell, Steve, 233
Miyoshi, Isao, 39
M-Net, xxi
Monkeys, 264
Montagnier, Luc, xvii, xxxi, lxvii, lxxxv, 29, 32, 33, 35, 37, 38, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 53, 62, 77, 78, 79, 103, 107, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 176, 178, 179, 180, 212, 220, 266
Montreal (Canadá), 7
Moore, Wayne, 204
Moretti, Maurizio Luca, 25, 28
Morfina, l
Morley, Sheridan, 93
Mortimer, Philip, 211, 228, 242, 243
Moscú, lxxv, 34, 160
Moss, Andrew, 84, 103, 107, 216
Mulago Hospital, 164
Mullins, Barry, 45
Mullis, Kary, lxxix, lxxxix, xcvi, 11, 43, 44, 151, 171, 174, 184, 227
Mulondo, Sam, 161, 163
Murex, 230, 231
Murley, Reginald, 71
Murphy, John, 66

N

Najemba, 151, 152, 160, 162, 163
National Academy of Sciences (USA), lxxxix, 30, 36, 48, 55, 74, 75, 179
National Basketball Association (NBA), 127, 128
National Cancer Act, 35
National Cancer Institute (NCI), xlvii, 32, 35, 38, 67, 115, 179, 256
National Gay Task Force, 27
National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), lxvii, 67, 122, 206, 237, 238
National Institute on Drug Abuse (USA), 202
National Institutes of Health (NIH), xlvii, lxv, lxvii, 8, 26, 32, 35, 47, 48, 49, 65, 66, 67, 84, 103, 104, 114, 156, 170, 176, 178, 179, 181, 188, 204, 256
National Laboratory Research Institute, 193
Nationwide, 1

Nature, liv, lxxxviii, lxxxix, 16, 18, 46, 50, 52, 69, 74, 75, 95, 98, 99, 101, 108, 124, 138, 144, 145, 150, 171, 180, 188, 214, 215, 217, 242, 263
NBC News, 111
Neil, Andrew, 139, 204
Neumonía, lxxxiv, xcv, 6, 9, 25, 26, 66, 82, 96, 191, 207, 213, 254, 255
Neumonía por neumocyistis carinii (PCP), lxxxiv, 6, 23, 26, 66, 191, 213
Neuropatía, xcii, xciii, 99, 239
Neuropatía mielo-óptica subaguda (SMON), xcii, xciii, 2, 236
Neutropenia, 186
Nevirapine (Viramune), 249, 250, 255, 264
New African, lviii, 155, 171
New England Journal of Medicine (NEJM), 58, 69, 71, 114, 115, 131, 134, 136, 171, 172, 216, 242, 243
New Scientist, 16, 17, 18, 51, 92, 108, 130, 132, 137
New Statesman, 111, 135
New York / Nueva York, xv, xvi, xxxviii, lii, lxi, lxiii, lxxxvi, xcvi, 11, 13, 14, 18, 20, 21, 23, 26, 27, 34, 51, 53, 54, 56, 59, 61, 65, 66, 71, 79, 81, 89, 98, 105, 111, 112, 115, 122, 124, 135, 136, 150, 180, 186, 189, 191, 198, 216, 234, 237, 241, 243, 258
New York Native, xvi, lxiii, 14, 20, 21, 27, 34, 51, 56, 71, 89, 115, 135, 136, 150, 186, 189
New York Safer Sex Committee, 23
New York Times, The, 53, 54, 65, 66, 71, 180, 189, 237, 243
New York University Hospital, 81
Newsnight, xxii
Newsweek, xli, 145, 171, 177, 217
Ngonyama, Smuts, xxi
Niacina, xcii, xciii
Nicholls, Peter, 231, 232
Nicholson, Richard, 186
Nigeria, 167
Nitrito de isobutilo, 201
Nitritos de amilo y de butilo, 200
Nixon, Richard, 35
North Derby Area Health Authority, 240
North Staffordshire Trading Standards, 204
Norvir, 237, 239

O

Oakland, 61, 72, 73
Objetivos del Milenio para el Desarrollo (MDGs), lix, lx
Observer, The, 127
Océano Atlántico, 218
Office of Medical and Scientific Justice (OMSJ), xviii, xxvi, xxvii, xxix, lvi, lxxii
Office of Population Censuses and Surveys (UK), 60
Office of Research Integrity (ORI), 29, 48, 176, 180, 181
Ogg, Derek, 102, 103
Okot-Nwang, Martin, xv, 164, 165, 170, 267
Oncogenes, 36, 40, 41, 51, 74, 91, 103
Onek, Joe, 180
OraQuick (test), lviii
Orenstein, R., lxix
Organización Mundial de la Salud (OMS), xl, xli, xlvii, lviii, lxxxii, lxxxix, 58, 59, 65, 151, 153, 156, 157, 158, 159, 163, 164, 165, 166, 168, 170, 193, 194, 198, 246, 261
Organon, 230, 231
Ortleb, Chuck, xvi, 14
Ostrum, Neenya, 186
Overseas Development Agency, 156
Owles, Jan, xvi, 116
Oxford, 4, 173, 263

P

Padilla, Kenny, xvi, 190
Paglia, Camille, 24, 28, 273
Pancreatitis, 239
Pan-Data Systems, 48
Panem, Sandra, 50
Papadimitriou, John, 210
París, xlvii, 28, 32, 43, 45, 77, 79, 144, 179, 182
Park Project, 125
Partage, 154, 166
Partridge, Nick, 106, 107, 108
Paxton, Bill, 234
Peavey, Fran, 234
Peckham, Catherine, 60, 182
Pelagra, xcii, xciii, 99, 236
Peltz, Perri, 111
penicilina, 13, 69
PENTA - Paediatric European Network for Treatment in AIDS, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 244, 245
People with AIDS (New York), 23, 112
Pericarditis, 26

Perth (Australia Occidental), xviii, xxi, xxii, xxix, xxxvii, lii, lv, lxvi, xci, 138, 209, 213, 216, 221, 224, 226, 227, 266
Perutz, Max, 94, 95, 148
Peyton, Rous, 36
Pinching, Anthony, 17, 18, 154, 155, 156, 171
Piot, Peter, xliv, lxi, 262, 263
Planck, Max, 139
Poiesz, Bernard, 178
Poliartritis, 239
Poligamia, 54
Polvo de ángel, 23
Popovic, Mikulas, 29, 178, 179, 180, 181
Poppers, lxiii, lxv, lxxxiv, lxxxvi, 22, 23, 24, 32, 66, 67, 80, 81, 83, 101, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 216, 272
Positive Hell, xvi, xxii, 246, 247
Positive Nation, 241, 243
Positively Healthy (grupo activista), 89, 125, 185, 204
Positively Women, 105, 107, 108
President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), lxvii, lxx
Pretoria, xxi
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP), lix, 197
Programa Global del SIDA, 59, 170
Project Inform, 111, 176
Proposición 64, 62
Prostaglandins, 75
Provirus, xci, 11
Proyecto Hombre, 247
Puerto Plata, 63
Puerto Príncipe, 7, 192, 193, 194, 197
Puño, 57

Q

Quimiocinas, 47

R

RAI, 142
RAID (Responsible AIDS Information at Dartmouth), 56
Rakai village, Uganda, xli, 151, 152, 160, 162, 163
Raleigh, 120
Rasnick, David, xv, lxxii, 217, 238, 249, 263
Ratcliffe, Molly, 215
Raub, William, 179
Ray (familia), 62
Reacción en cadena de la polimerasa (PCP), xci, 11, 43, 168, 184, 227
Reagan, Ronald, lxv, 21, 46
Reappraising AIDS, xxxiii, xcvi, 34, 51, 119, 139, 217
Rees, D. A., 91, 107, 146
Reiss, Andi, 247
Renty, Chris, xvi
República Dominicana, xvi, xx, 63, 190, 229, 267
Rethinking AIDS, xxxiii, lvi, lviii, lxi, 138, 150, 174
Retinitis por citomegalovirus, 239
Retrovirología/retrovirus, xxviii, xliv, xlv, lxv, lxxxi, lxxxv, lxxxvi, xc, xci, 8, 9, 10, 17, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 51, 61, 67, 74, 82, 96, 100, 103, 110, 117, 147, 151, 171, 209, 211, 212, 213, 219, 220, 228, 254, 265, 266
Rhodes, Arthur, 63
Rice, Stephen, 231
Richman, Elaine, 47, 52
Rist, Darrell Yates, 26
Ritanovir, 237, 239
Robb, John, 132, 137
Robens Institute, 230, 231
Robinson, David, 102
Roche, 237, 238
Rode Hoed, 138
Roemer, David, 237
Rolling Stone, xxxviii, 27, 28
ROMA Project, 92
Root-Bernstein, Robert, 81, 82, 83, 89, 138, 142, 143, 150, 175, 273
Ross, Graham, 206
Roundtree, Alan, 109
Rous (sarcoma virus), 36
Roussel, 129
Royal College of Surgeons, 71
Royal Free Hospital, 232
Royal Hospital, Perth, 138, 209, 224
Royal Marsden Hospital, 144
Royal Opera House (Covent Garden), 87
Royal Pharmaceutical Society, 204, 205
Royal Postgraduate Medical School, 99
Royal Society, 69
Royal Television Society, 15, 76, 133
Rubin, Harry, xv, 37, 75, 85
Rubinstein, Ellis, 177, 178
Ruscetti, Frank, 178
Rusia, lxxiii, lxxiv, 160, 188
Russell, George, 107

S

Saah, Alfred, 234
Salahuddin, Syed Zaki, 48
Salk, vacuna de la polio, 65
San Diego, 118
San Francisco, lxix, 11, 20, 21, 52, 57, 59, 71, 73, 79, 81, 84, 98, 101, 111, 116, 118, 137, 168, 176, 185, 216, 238, 239, 243, 258
San Francisco AIDS Foundation, 57, 71
San Francisco Chronicle, lxix, 52
San Francisco General Hospital, 238, 239
Santiago de Compostela, xxii, 247
Saquinavir, 237, 238
Sarasota (Florida), 62
Sarcoma de Kaposi (KS), lxxxiv, xcv, 6, 20, 24, 26, 47, 66, 80, 81, 96, 191, 193, 200, 202, 203, 204, 210
Sarin, Prem, 49
Satterthwaite, Hal, 92, 108
Sawicki, Joanne, lxxxvi, 142
Schechter, M. T., 101, 102, 108
Scheff, Liam, lxxviii
Schmidt, Peter, xvi, 183
Schoch, Russell, xv, 171, 209, 217
Schooley, Robert, 112, 136
Schwartz, Joseph, xv, 99, 108, 273
Science, 18, 43, 45, 51, 52, 108, 148, 150, 168, 172, 177, 178, 188, 189, 263
Sciences, The, 47, 52
Scientific American, 171, 180
Scotland Yard, 55
Scott, Paul, xcvi, 77, 273
Scottish AIDS Monitor, 102
Seattle, 233
Senegal, 45
Septicemia, 25, 26
Servicio de Inteligencia de Epidemias (EIS), 31, 54, 64
Servicio de Transfusiones de Sangre de la Cruz Roja Suiza, 222
Severino, Héctor, 63, 229, 243, 267
Shandera, Wayne, 66, 191
Sharp, David, 148, 150
Sharpe, Sue, 204
Sherwood, Martin, 120, 136
Sicilia, 229
Sidney, 11
Sífilis, lx, 13, 20, 32, 80, 95, 226
Simposio Internacional de Venecia sobre la Investigación del Cáncer y SIDA, 61
Síndrome de Reconstitución Inmunitaria, lxxi
Síndrome de Stevens-Johnson, l
Singer, Maxine, 74, 75
Sisman, Adam, 17
Sisters of Mary, 196
Sky News, lxxxvi, 142, 150, 182, 187, 188, 189
Snow, John, 97
Soho, 11
Sonnabend, Joseph, 21, 61, 80, 111, 142, 146
Special K, 22
Spin, xvi, xxxviii, lviii, 33, 51, 135, 171
Spitzig, Barbara, 112, 136
Ssemanda, Badru, 161
St. Catherine's Hospital, 197, 198
St. Martin, 195
St. Mary's Hospital, Paddington, 154, 232
St. Petersburg (Florida), 83
St. Stephen's Clinic/Hospital, 130
Stampfli, K., 222, 242
Standing Committee on AZT Malpractice (SCAM), 184, 185, 186, 187, 189, 244
Stat-Pak (test), lvii
Stevens, John, 241, 243
Stevenson, George, 204
Stewart, Gordon, xv, lxxxiii, 26, 69, 70, 72, 138, 141, 209
Stott, E. J., xv, 100
STP (droga alucinógena), 23
Stribild, lxiv
Sudamérica, 39
Suecia, xvi, xciv
Suiza, xci, 216
Sulfamida, 1
Sunday Telegraph, The, 15, 18, 53, 71, 72, 89
Sunday Times Magazine, 233, 243
Sunday Times, The, lv
Sunday Tribune (California), 61, 72
Sunupa, Hermana, 196, 197, 198
Super K, 23
Superando el SIDA, xxii, lxxx, 246
Swai, Andrew, 160, 172
Swire, James, 179

T

Tailandia, 171
Takatsuki, Kiyoshi, 39
Talasemia, 229
Tanzania, 153, 154, 157, 158, 159, 160, 161, 166
Taylor, Andrew, 230
Taylor, Elizabeth, lxxxix
Teas, Jane, 14

Tedder, Richard, 144, 145, 229, 231
Temin, Howard, 35, 37, 128
Terrence Higgins Trust, xxiv, 105, 106, 107, 108, 126, 129, 134, 142
Thatcher, Margaret, 71
The National HIV and Syphilis Prevalence Survey South Africa, 252
This Week, 142
Thomas, Charles, xv, 118
Threakall, Bob, 205
Threakall, Sue, 205
Timidina, 117
Tomalin, Jan, xv, 129
Tookey, Christopher, 15, 18
Totsuka, Etsuro, xv, xciv
Toxoplasmosis, 191
Transcriptasa inversa, xxviii, lxvi, xci, 36, 37, 38, 110, 117, 118, 128, 220
Transfusion Safety Study, 225
Treatment Action Campaign (TAC), lxxi
Triple terapia, 237, 239
Truvada (tenofovir), lxvii
Tsubaki, Tadeo, xciv
Tuberculosis, lx, xcv, 96, 157, 164, 165, 168, 254, 255
Turner, Valendar, xv, xxi, 210, 242

U

UCLA AIDS Institute, 233
Uganda, xli, 151, 152, 153, 154, 155, 158, 160, 161, 164, 171, 248, 250, 253, 255, 262, 263
UK / Reino Unido, xx, li, lii, liii, lxxxii, lxxxiii, lxxxv, xciv, xcv, 55, 59, 60, 68, 69, 70, 71, 87, 100, 108, 111, 120, 135, 136, 139, 143, 144, 145, 147, 156, 176, 183, 185, 187, 194, 198, 200, 201, 203, 204, 209, 226, 228, 232, 235, 238, 239, 240, 242, 263
Ulmer, Fritz, xv, 138
UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), xl, xlii, xlvii, lxi, lxvii, 263
Unheard Voices, 4, 15, 18, 51
Unidad de Oncología Viral, 77
Uni-Gold (test), lvii
Unión Europea, lxxxix, 192
Universidad de Australia Occidental, lii, xci, 138, 209, 224, 266
Universidad de California, xlvii, lxix, lxxxiv, lxxxv, 8, 57, 66, 100, 119, 209, 238, 243, 265
Universidad de California, Berkeley, lxxxiv, 100, 209, 265
Universidad de California, San Diego, 119
Universidad de California, San Francisco, lxix, 57
Universidad de Constanza, 219
Universidad de Georgia, Athens (USA), 210
Universidad de Glasgow, lxxxiii, 26, 69
Universidad de Göttingen, 155
Universidad de Kioto, 39
Universidad de Miami, 118
Universidad de Northumbria, 70
Universidad de Nueva York/Universidad del Estado de Nueva York, 80
Universidad de Roma, 229
Universidad de Surrey, 230
Universidad de Wuppertal, 138
Universidad de Yale, 11
Universidad del Estado de California-Chico, 157
Universidad del Estado de Michigan, 138, 142
Universidad Técnica de Eindhoven, 148
University College London (UCL) Medical School, 2, 229, 230, 231
US Census Bureau, 249, 263
USA Today, 127, 137
USAID, 156, 193, 197

V

Vancouver, 100, 101
Verney-Elliot, Michael, xvi, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 45, 78, 102, 105
Veterans' Administration, 120, 131
Viena, xliii, lxiii
Virus de la inmunodeficiencia simia (VIS), 100, 144
Virus de la lucemia de células T humanas (HTLV), lxii, lxvi, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 50, 67
virus JC, 84
Virus Reference Laboratory, 225, 226, 228
Voevodin, Alexander, 160, 172
Vogt, Peter, 74
Volberding, Paul, 118, 123, 136, 216

W

Wain-Hobson, Simon, 180
Walker, Martin, 16, 18, 184, 189
Wall, P. D., 92
Wangler, Melanie, xvi, 163
Washington, liii, lxviii, lxxxi, lxxxiv, 44, 108

Watney, Simon, 89
Watson, James, 75
Webeck, Ron, 83, 84
Weber, Jonathan, 92
Weiss, Robin, 95, 98, 108, 144, 145, 150
Wellcome, xvii, 80, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 114, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 129, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 144, 145, 175, 182, 183, 184, 185, 205, 206, 230, 244
Wellcome Foundation, 105, 108, 132, 136, 144, 145
Wellcome Research Laboratories, 133
Weller, Ian, 87, 88, 106, 126, 128, 129, 137, 183, 206, 240
Wembley (estadio), lxxxix, xcvi
Werth, Barry, 35, 44, 51
Western blot (test), xxxii, lvii, lxiv, xci, 194, 212, 219, 224, 225, 226, 227, 234, 235, 242
Western, Neil, 204
Westhoff, Justin, 175
Westminster Hospital (Londres), 1
Whitehead, James, xvi, 190, 243
Whittam Smith, Andreas, 149, 150
Wilkie, Roy, 92
Willis, John, 129
Wilshire, Peter, 55
Wilson, Hank, 201, 202, 216, 272
Windsor, xxi
Wiseman, Carol, xv, 6
Wong-Staal, Flossie, 104, 217
Wood, Susan, 130
Woolwich, Paul, 142, 150
World Foundation for AIDS Research and Prevention, 53
Wu, A., 121, 136

Y

Yaoundé (Camerún), 154, 165
Yarchoan, Robert, 115, 136
YHC, 23

Z

Zagury, Daniel, 49
Zaire, 153, 160, 262
Zimbabwe, lviii, 54
Ziogas, George, 63
Zipper Store, 205