

SIDA

La Controversia

"Si hubiese evidencia de que el HIV causa el SIDA, debería haber documentación científica la cual singular o colectivamente demuestre tal hecho, al menos con una alta probabilidad. No existe tal documento."

- Dr. Kary Mullis, Biochemist, Premio Nobel de Química 1993

Entrevista realizada por Bob Guccione, Jr., director de la revista SPIN al Dr. Peter Duesberg de la Academia Nacional de Ciencias de los EEUU en septiembre de 1993.

En marzo de 1987, el Dr. Peter Duesberg, profesor de biología molecular en la Universidad de California, Berkeley, y uno de los principales expertos mundiales en retrovirus, un campo en el que él fue pionero, escribió en *Cancer Research*¹, que no creía que el VIH, un retrovirus, causara SIDA. Argumentó que el VIH era demasiado inactivo, infectaba muy pocas células, y que era demasiado difícil de aislar. La detección de anticuerpos pasa a ser el indicador de la infección —que Duesberg contesta como algo altamente inconciente— Los anticuerpos dominantes sobre un virus virtualmente inencontrable, siempre ha significado que el sistema inmunitario ha triunfado sobre el invasor, no capitulado ante él. Finalmente, hay casos de SIDA sin VIH, virus o anticuerpos, que por tanto desbaratan la hipótesis. Los Centros para el Control de la Enfermedad (CDC) los han barrido bajo la alfombra, cambiando la definición, para que un paciente de SIDA necesariamente incluya infección por VIH. Sin embargo, cientos de casos certificados de SIDA libres de VIH de nuevo asomaron en la Conferencia Internacional del SIDA de 1992 y actualmente son más de 4.000. Esta vez el CDC cambió el nombre de la enfermedad. Duesberg resalta el sin sentido del SIDA y que cambiar el nombre tan sólo distrae la posibilidad de que el VIH no cause el SIDA.

Duesberg fue y continúa siendo atacado por sus opiniones. La ciencia avanza mediante el debate, pero en el SIDA, éste se vela con subidas de tono sobre estilos de vida, críticas y moralizaciones, pasando a ser más una cuestión social que médica. La verdad se torna subjetiva, relativa y tan difícil de establecer como una salida en la casa de los espejos.

Al principio, el establishment médico trató de deshacerse de Duesberg. Cuando esto falló, se obsesionó con él. Cada avance y comprensión en la detección de virus era pregonado como aniquilación de Duesberg, pero nunca sucedió así. "Mueven los palos de la portería", dice repetidamente, "pero no cambian nada". Cierta número de los principales científicos del mundo comenzaron a adherirse a él, incluyendo Kary Mullis, el inventor del PCR, la máquina de detección del VIH más avanzada, que también cree que el VIH no causa SIDA.

Las credenciales de Duesberg son impecables. Es miembro de la Academia Nacional de Ciencias y becario de una Concesión Investigadora Externa del Instituto Nacional de Salud en 1985. Fue candidato al Premio Nobel por su trabajo en el descubrimiento de los oncogenes en virus que se pensaban eran una causa de cáncer. Sin embargo, desbarató sus posibilidades de ganar cuando advirtió que sus descubrimientos no probaban que hubiera genes cancerígenos en las células, como se especuló en su momento (y continúa sin estar probado). Una postura perjudicial para la carrera de científico, pero una actuación ética ejemplar.

Entrevisté a Duesberg en el transcurso de un mes, comenzando en la abarrotada oficina de su laboratorio de Berkeley y continuando durante horas de conversaciones telefónicas cruzadas de larga distancia. Ya que las agencias de salud gubernamentales continúan fracasando en producir un sólo tratamiento efectivo, una vacuna, o incluso pruebas de cómo se supone que el VIH conduce al SIDA. El escepticismo del Profesor Duesberg acerca del VIH y su hipótesis sobre las que cree son las causas reales del SIDA, se tornan algo importante que es preciso oír.

SPIN: ¿Por qué no crees que el VIH cause SIDA?

Dr. Peter Duesberg: Todos los virus que he observado realizan su trabajo matando la célula de una vez, y cuando está completamente muerta, enfermas. Se dice que el VIH es responsable de la pérdida de células-T, que son el sistema inmune. Ahora, en cada paciente estudiado de SIDA, no hay nunca más de una de cada 1.000 células infectadas por VIH, como media.

¿Cuántas células de cada mil podrían infectarse con otro virus, por ejemplo el de la gripe?

Si puedes causar la gripe, entonces el 30% de tus células pulmonares están arruinadas por el virus, el recubrimiento se ha desvanecido o está infectado. Si tienes hepatitis casi todas las células de tu hígado están infectadas.

Gran cantidad de brillantes científicos están trabajando en el SIDA y no tienen dudas, y deben haberse hecho a sí mismos las mismas preguntas. Si el VIH no mata gran cantidad de células, ¿por qué está ampliamente admitido que el VIH causa SIDA?

Asignándole todas las propiedades paradójicas y sin precedentes que ningún otro virus tuvo jamás. Dicen que puede matar células indirectamente, o puede estimular algo llamado autoinmunidad, lo que esencialmente es que el virus da un pistoletazo y el cuerpo es persuadido para cometer un suicidio. O, si realmente les presionan, dicen que hay cofactores. Y que justo ahora están por ser determinados.

¿Es factible el argumento de que el VIH dispara la autoinmunidad?

Muy poco posible, de hecho hay un millón de americanos con el VIH que están totalmente sanos. Hay seis millones de africanos que tienen el VIH, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud. 129.000 tenían SIDA al final del año pasado, lo que significa que cinco millones ochocientos mil y muchos cientos no tienen SIDA. Medio millón de Europeos tienen el VIH y 60.000 tienen SIDA. Por tanto, hay millones y millones de personas en este planeta que tienen VIH, pero sin SIDA —¿Por qué siete millones y medio no tienen la enfermedad autoinmune si el VIH es la causa de la enfermedad?

Bien, el establishment dice que todas las personas con VIH desarrollarán SIDA, que es una cuestión de tiempo.

En los diez pasados años esta ha sucedido en América en alrededor del 20% de las personas con VIH, 250.000 (incluyendo las muertes hasta la fecha) entre un millón. Sin embargo, las personas que están muriendo de SIDA difícilmente son alguna vez tus amigos americanos típicos de entre 30-40 años.

Virtualmente todos los heterosexuales americanos y europeos que tienen SIDA tienen cientos, sino miles, de contactos sexuales. Esto no se realiza con tu testosterona natural. Esto se realiza con agentes químicos. Estos son los grupos de riesgo, inhalan poppers, consumen anfetaminas, toman quaaludes, toman nitrito de amilo, toman cocaína como afrodisíacos.

¿Qué hay acerca del uso intravenoso de drogas con oposición al uso ordinario, como inhalar cocaína?, ¿esto significa que esas personas podrían desarrollar SIDA?

Es una cuestión de grado. Con las drogas y los fármacos, la dosis es el veneno. Si tomas un aspirina, te libras del dolor de cabeza, si tomas 200, caes muerto. Si fumas un paquete de cigarrillos, puedes estar bien, pero si fumas dos paquetes durante 10 ó 20 años, puedes desarrollar enfisema. Es lo mismo con las drogas. Si inhalas una raya de cocaína en el fin de semana, probablemente no notarás la diferencia. Pero si te la inyectas 2-3 veces al día, es cuando la toxicidad aparece. Estamos diseñados para asumir una "pasada", pero no estamos diseñados para inyectarnos cocaína tres veces al día. La gente ha estado tomando un poco de cocaína en el té de Sudamérica, sí, pero no inyectándose 3 veces al día. Nadie ha estado inhalando nitritos 3 veces al día—los nitritos son tóxicos infernales. Nadie ha tomado anfetaminas en tales dosis. No estaban disponibles. Esto es lo que es nuevo.

Pero volviendo a este argumento sobre el VIH, los virus sólo trabajan en un sentido, sólo pueden ser tóxicos si afectan a una célula.

No pueden trabajar a distancia. No hay excepción. Los virus son lo que podrías llamar un parásito intercelular. No tienen vida autónoma.

Son simplemente una pequeña pieza de información que se mete dentro de una célula y actúa como un parásito. Pero fuera de la célula es como un disco fuera del ordenador.

Entonces, ¿hay algún precedente de un virus creador de una enfermedad autoinmune?

Hay unas pocas hipótesis, pero no. Cuando un médico no sabe explicar una enfermedad, tiene dos muletas clásicas: es un virus lento o es una enfermedad autoinmune. He oído esto durante los últimos 20 años. Cuando no sabían lo que era la diabetes, era un virus lento o una enfermedad autoinmune. Alzheimer: virus lento o enfermedad autoinmune. Y con el SIDA, virus lento causante de una enfermedad autoinmune. ¡Las dos!

Una enfermedad autoinmune es una respuesta inmunitaria desviada. No puede distinguir un virus dañino de uno inocuo y sobreactúa. Si el virus fuera el gatillo, la enfermedad debería desencadenarse y seguir tan pronto como el virus entrara en ti, no como dicen acerca del SIDA. Te infectas ahora, y diez años después tienes diarrea. Es totalmente absurdo.

¿Es posible que el SIDA fuese una enfermedad autoinmune creada, pero el VIH no ser el gatillo?

Algunas de las enfermedades del SIDA podrían posiblemente ser enfermedades autoinmunes. Con seguridad no todas. El 30% de los casos americanos de SIDA no tienen nada que ver con deficiencias inmunitarias, perdón, 38%. El 10% son sarcomas de Kaposi, el 19% son la tan nombrada enfermedad del adelgazamiento.

¿Es eso lo que se ve muchísimo en África, la enfermedad de adelgazamiento?

Bueno, allí es algo distinto, está habitualmente asociado con infecciones. Sin embargo, la enfermedad del adelgazamiento americana o europea está actualmente definida de forma específica como una enfermedad no parasitaria.

En cualquier caso, un 6% es demencia, un 3% es cáncer de linfoma. Si lo sumas, éste es el 38% de todos los casos de SIDA americanos.

De entre 250.000, estos son cerca de 100.000. Sus enfermedades no pueden ser explicadas mediante ninguna forma de inmunodeficiencia de cualquier clase.

¿Por qué se las considera SIDA entonces?

Esta es una de las preguntas de la que me encantaría saber la respuesta. He preguntado a varios expertos; siempre enloquecen. El SIDA siempre se presenta como si todo fuera deficiencia inmunitaria. No lo es del todo. El cáncer no tiene que ver directamente con la deficiencia inmunitaria.

Entonces ¿cuál es el denominador común entre las 25 enfermedades del SIDA?

¡Ninguno! Lo llaman SIDA, eso es todo. Ninguna de ese 38% tienen siquiera algo que ver con la inmunodeficiencia, pero son llamadas SIDA.

No hay ni una enfermedad del SIDA que sea nueva. Lo que es nuevo es tan sólo que la incidencia de esas enfermedades ha estallado en los hombres de 20 a 45 años, principalmente, y en unas pocas mujeres.

Siempre había pensado que las 25 enfermedades del síndrome de SIDA tenían el denominador común de que eran resultados de la incapacidad del sistema inmunitario para rechazarlas.

Así es como intentan venderlo sin mirar la evidencia. Sin embargo, el cáncer no es una consecuencia de deficiencia inmunitaria. La demencia no tiene nada que ver con el sistema inmunitario. Por supuesto, si no hay sistema inmunitario y tu cerebro se infecta, puedes desarrollar meningitis. Pero eso no afecta a tu coeficiente intelectual. Seguro. Al final, si todo falla puedes desarrollar toda clase de enfermedades.

Incluso si ajustas el virus a toda clase de hipótesis paradójicas y absurdas —mecanismos indirectos, cofactores, autoinmunidad, período de latencia de diez años— incluso esto no te ilumina sobre el sólido dato de 4.621 casos de SIDA libres de VIH (en todo el mundo, un tercio de ellos en EE.UU). ¿Cómo lo explicas? ¡No deberían estar allí! por lo que se han suprimido. Aquí tenemos un encubrimiento real. El año pasado las cifras de estos casos estaban creciendo como locas y Anthony Fauci, Director del Instituto Nacional de Salud (NIH), y los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) llamaron a un encuentro. ¿Y sabes lo que hicieron? Les dieron un nombre nuevo. Lo llamaron "linfocitopenia idiopática de CD-4", o ICL. Ahora, cuando estés libre de VIH, ya no se le llamará SIDA.

Hay 4.000 casos que no tienen el VIH, pero los demás 250.000 casos continúan teniendo el VIH.

Eso es lo que tú crees. ¿Cómo lo sabes?

Porque han sido testados.

¿Por quién?

Por sus médicos.

A ver, ¿quién nos dice que han sido testados?

Un tipo va a su doctor, claramente enfermo, tiene SIDA. Se le hace la prueba o se le hizo previamente y se le encuentra VIH positivo. Incluso ahora, no hay constancia, en ningún sitio, que digas en cuántos casos de SIDA americanos se han encontrado realmente el VIH..

Pero en cada caso de SIDA, el CDC debería saber si los pacientes son o no VIH-positivos, porque los médicos informan de ello.

El CDC te ha llevado a creer eso, pero la evidencia de que el VIH está presente nunca la revelan. En ningún lugar del HIV/AIDS Surveillance Report, como llaman a las estadísticas nacionales mantenidas por el CDC, no encuentras nunca datos del VIH. Ninguna medición del VIH en absoluto. De lo único que tratan es del SIDA. Y entonces lees un poco más en la letra pequeña de cómo se define el SIDA. Aceptan lo que llaman el "presunto diagnóstico" —casos de SIDA sin test al VIH— ¿sabes lo que eso significa?: el tipo lleva un pantalón vaquero, lleva un pendiente, está tosiendo, y es de San Francisco. Este es un caso de SIDA. "Ni siquiera tengo que comprobarlo", piensa su médico.

Recientemente, escribí una carta a Harold Jaffe (director en funciones de la División VIH/SIDA del CDC). El reconocía 43.606 presuntos diagnósticos desde 1988. Comprobé la literatura y surgieron 62.272 hasta 1992.

Permíteme recoger este argumento, ¿estás diciendo que entre 43.000 y 662.000 casos de SIDA hasta 1992 no han sido testados, lo que implica que no tenemos ni idea de si son o no VIH-positivos?

Absolutamente.

Ellos pueden haber sido VIH-positivos o no.

Sí. Incluso en la última definición de SIDA de enero de 1993, permitían la diagnosis presunta. En otras palabras, se dará parte de un buen número de ellos, incluso ahora, sin la prueba de VIH.

La percepción generalizada es que todos los casos de SIDA tienen VIH, de que un caso no se define como SIDA sin la presencia del VIH, lo que por definición debería significar que alguien los testa.

La mayoría de la gente asume, como tú, que todas las personas (con SIDA) son seropositivas. Esto aún no se ha establecido. *Esto aún no se ha establecido*. Tenemos lo que se llama test de anticuerpos de falso-positivo. Ellos los llaman test al VIH, pero ¿sabes lo que están testando?. Los anticuerpos pueden estar presentes y el virus podría haberse ido hace tiempo.

Además, ¿hay reacciones cruzadas, donde los anticuerpos podrían reaccionar, digamos, con la malaria o artritis y esto está equivocando la aproximación al VIH?

Exactamente. O personas vacunadas contra la gripe. Donantes de sangre; recientemente siete de diez eran positivos al VIH.

¿Tenían el virus?

¡No!

¿Cómo sabemos que no tenían el virus?

Fueron chequeados medio año más tarde, y los test fueron negativos. No había virus.

Cada año, 12 millones de donantes de sangre son chequeados. Los donantes tienen trato preferencial; no quieren que cojan la gripe gratuita. Entonces, testados después de la vacuna de gripe, siete de diez de esos tipos se tornan positivos al VIH. No tienen el VIH, la vacuna contra la gripe reaccionó cruzadamente con los anticuerpos del VIH.

¿Con cuánta frecuencia el test es falso?

El test puede estar equivocado alrededor del 50% de las veces. Si simplemente los repites, la mitad se desmarcan inmediatamente. Sin embargo, si observas a un grupo de nuevos soldados reclutados, uno entre 100 testa positivo, y cuando los chequeas de nuevo, tan sólo uno entre 1.000 continúa como positivo.

Es bastante increíble. Eso significa que tan sólo uno de cada diez que testan positivos es realmente positivo.

¿Ves?, éste es el tema. La idea de que todo el mundo que tiene SIDA se ha comprobado que es VIH-positivo está lejos de ser la verdad. Hay un porcentaje significativo que no está testado en absoluto. Y los test frecuentemente no son confirmados, e incluso si son confirmados, tan sólo son test de anticuerpos. Hay un número de personas que incluso dan positivo en el Western Blot—el test de anticuerpos más fidedigno—pero cuando buscas el virus continúa sin estar presente.

En San Francisco hay personas, falsos positivos, que se enteran ahora de que no tienen el VIH, pero fueron tratados con AZT, que está diseñada para inhibir el virus. Y el AZT, como todos sabemos, es extremadamente tóxico. Y tienen SIDA ahora. Tienen neumonía, tienen neumocistis —exactamente como en el SIDA— y no tienen virus.

¿Supones que es a causa del AZT?

Eso es lo que ellos están demandando.

Explica por qué has llamado al AZT "SIDA por prescripción".

Es SIDA de diseño. Fue diseñado hace unos 20 años como quimioterapia. Y la quimioterapia es un racional, aunque desesperado tratamiento para el cáncer. El razonamiento es: dejemos que mate a todas las células en crecimiento durante varias semanas. La esperanza es que cáncer resulte totalmente aniquilado y tú tan sólo estés medio muerto y te recuperes. La quimioterapia es un tratamiento brutal. Pierdes el pelo, pierdes peso, coges neumonía, inmunodeficiencia, literalmente, coges SIDA. Tienes náuseas, todos los síntomas del SIDA, debido a su severa intoxicación celular. Matas a un montón de células sanas, demasiadas. A menudo el tratamiento funciona. De hecho, el cáncer muere y sobrevives y te recuperas.

Ahora, da esta droga a alguien de forma indefinida. No sólo durante dos o tres semanas. Cada seis horas, tu persona VIH-positiva toma 250 mg de AZT. Entonces, pierde peso, se vuelve anémica, pierde sus células blancas, tiene náuseas, pierde sus músculos —como Rudolf Nureyev—, ni siquiera podrá sostenerse con sus propias piernas. Y entonces muere. Como Kimberly Bergalis, Nureyev, Arthur Ashe, Ryan White, y muchos otros. Esto es lo que se llama SIDA por prescripción.

Hay un tema incluso más fundamental que los científicos nunca hemos discutido: ¿El SIDA es realmente una enfermedad infecciosa o no?

Mira, puedes "adquirir" una enfermedad de dos maneras. Ya sea por un microbio —y entonces es una enfermedad infecciosa—, y la puedes transmitir, sexualmente o de otra forma, o la adquieres del entorno, esto es, por toxinas, como adquieres el cáncer de pulmón por fumar o la cirrosis hepática por beber. Son dos mecanismos completamente diferentes de coger una enfermedad. Luego, ¿cómo las distinguimos?

Las enfermedades infecciosas tienen una cosa en común: sin excepción, todas las enfermedades infecciosas están siempre distribuidas por igual entre los sexos. Cero excepciones. Del sarampión a las paperas, sífilis, gonorrea, hepatitis, tuberculosis, todas las enfermedades infecciosas aparecen pronto tras el contacto. Los microbios no se entretienen en fruslerías. Tienen un tiempo de generación de horas o, como mucho, de un día o dos. Crecen a ese ritmo. No hay otra forma. No lo pueden hacer ni más rápido ni más despacio.

Para ellos eres 75 kg. de carne. Nada más, nada menos. Carne que transforman en ellos mismos durante días. Es lo que hacen. No hay ni una sola auténtica excepción en donde te infectes hoy y tengas la enfermedad en diez años después.

Y, realmente, esto no sucede diez años después de que los anticuerpos estén formados. Los anticuerpos son un indicador de que el cuerpo ha advertido la presencia de los microbios y los ha eliminado.

¿No es el argumento, sin embargo, que el sistema inmunitario está perdiendo la batalla? Los anticuerpos están presentes, pero las células-T están siendo mermadas. Por tanto ¿está realmente el sistema inmunitario perdiendo la batalla?

Sólo el virus gobernará alguna vez al sistema inmunitario, pero no lo hace. El sistema inmunitario lo hace maravillosamente. Derrumba al virus hacia un nivel donde nadie puede encontrarlo. Al Dr. (Robert) Gallo y al Dr. (Luc) Montagnier les llevó un infierno de tiempo encontrarlo. Porque no estaba. Por eso buscamos iso-anticuerpos en el test del SIDA. No se puede encontrar el virus. Este es el tercer punto —de nuevo, sin excepciones a la regla—: cuando tienes una enfermedad infecciosa, el microbio que es responsable de la enfermedad es abundante, muy activo en muchas células.

¿Y qué hay a propósito del reciente descubrimiento de que grandes cantidades de VIH están en los nódulos linfáticos?

Lo que están haciendo es usar una mayor amplificación, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), que amplifica una aguja en un pajar haciendo un pajar de sí misma. Así que ahora puedes ver todo repentinamente. Y dicen: ¿no es grandioso lo que podemos ver con una nueva amplificación?. Bien, el problema es que no ayudas demasiado al emperador si puedes ver sus ropajes sólo con un microscopio. Todo lo que están haciendo es aplicar mayores y mayores amplificaciones. Aumenta la aguja, pero no hacen más sobre ello, tan sólo la ven mejor.

Lo que estás diciendo es que si un hombre tiene seis pies de alto, y lo colocas en una pantalla de cine, eso no implica que realmente tenga 20 pies de alto.

Correcto. Ahora, ¿cuál es la predicción para una enfermedad no infecciosa, una enfermedad tóxica? Una de ellas es que no está distribuida por igual entre los sexos, fortuitamente entre la población. Está

distribuida de acuerdo con la exposición. Los fumadores son los que desarrollan cáncer, los no fumadores difícilmente lo tendrán. Los alcohólicos desarrollan cirrosis hepática y no los bebedores de leche. Así es la exposición a una toxina. Las consecuencias para la salud no son inmediatas. No te pones enfermo por un cigarrillo. Lleva años de andamiaje. Tienes que alcanzar un cierto umbral de toxicidad.

Creas que estas afirmaciones explican el tan nombrado período de latencia?

Eso es la relación clásica entre el consumo de drogas y la enfermedad que le sigue. Independientemente de los agentes infecciosos, que trabajan inmediatamente o nunca.

El argumento sobre el SIDA es que hay muchas personas que toman drogas y medicamentos y no tienen SIDA.

Es la dosis. Hay una constitución genética, algunos son más resistentes que otros. Sin embargo, muy someramente, es algo acumulativo.

Es un cierto umbral que tienes que alcanzar y éste varía personalmente. Ahora mira al SIDA. No cumple ninguno de los criterios de una enfermedad infecciosa distribuida desigualmente, no temprana (en su manifestación). Sin microbios activos, nada está presente. No puedes encontrar el virus ni siquiera si las personas se están muriendo. Puedes encontrar una pequeñísima cantidad, ocasionalmente...

¿Qué pasa con el 10% de pacientes de SIDA que son mujeres?

Son en su mayoría adictas a la droga o fármacos.

De acuerdo, las estadísticas dicen que alrededor del 75% de las mujeres tienen algún tipo de historial de drogas recreativas, o fueron VIH-positivas y tomaron AZT. Esto todavía deja cerca de un 25% que no tienen un historial de drogas.

Bien, mire, si habla de un 25% entre un 10% está hablando de un 2,5%. Y ahora llegamos a la definición del SIDA. El SIDA son 25 viejas enfermedades bajo un nuevo nombre en presencia del VIH. Esas enfermedades pueden ocurrir con o sin VIH.

¿Hay diferencia en la manifestación de, por ejemplo, la tuberculosis, en un caso en el que una mujer tiene tuberculosis y VIH, y en caso de una mujer que simplemente tiene tuberculosis?

Ninguna que yo sepa.

La mujer A tiene tuberculosis, sin VIH. La mujer B tiene tuberculosis y VIH y se le dice que tiene SIDA. Ahora, ¿hay algunas diferencias físicas?

No, en términos de presentación de diagnóstico, es lo mismo.

¿Absolutamente lo mismo? ¿Y deberían, si tienen ambas un grado medio de salud, recobrase o morir al mismo ritmo?

Debería ser exactamente lo mismo. Lo único es que debido a que el VIH es raro en este país, sólo uno entre 250 americanos, 0,4%, son VIH-positivos, y debido a que es demasiado difícil encontrarlo, lo más

probable es que él o ella sean de esas personas que han practicado conductas de riesgo, o han estado recibiendo transfusiones.

De acuerdo, la mujer B no es prostituta, no es promiscua y no es adicta a las drogas intravenosas. ¿Y positiva al VIH y tiene tuberculosis? ¿Sí sería exactamente lo mismo que la mujer sin VIH y con tuberculosis?

Totalmente lo mismo.

Lo que está diciendo es que la mujer A y la mujer B están igualmente enfermas. Por tanto, debemos dar la oportunidad a los lectores de la revista de que si alguien por ahí tiene SIDA y es VIH-positivo pero no practica ninguna conducta de riesgo, debería contactar con nosotros y dejarnos mirar el historial de su caso. Podríamos aprender mucho si tal persona, sin provenir de ninguno de los grupos de riesgo, tiene el VIH y ha desarrollado SIDA.

¿Has escudriñado el historial del caso de algún paciente que tiene SIDA, es VIH-positivo, y no proviene de los grupos de riesgo?

Son extremadamente raros. Son los casos como los de Kimberly Bergalis. Les dan AZT y entonces se terminó.

¿Kimberly Bergalis (la mujer de Florida que entró en contacto con el VIH a través de su dentista) tomó AZT antes o después de tener SIDA?

Tuvo una infección de hongos, esto fue su diagnóstico, lo que no es raro en una mujer, y anticuerpos del virus.

Tras el diagnóstico del VIH, le dieron AZT. ¿Estaba por otra parte sana, salvo la infección de hongos?

Dime de una mujer que con una infección de hongos necesita transfusiones de sangre por anemia. Dime de una mujer que por una infección de hongos pierda 30 libras (aprox. 13.6 kg) en un año. Dime de una mujer que por una infección de hongos pierda el pelo y necesite una silla de ruedas debido a atrofia muscular. ¿Cuántas mujeres encajan en esa descripción? Nunca oí de ninguna.

¿Y todo lo que tenía en el momento de la prescripción del AZT era una infección por hongos? ¿Estás seguro?

Dijeron que primero fue una infección por hongos y más tarde también tuvo algún tipo de neumonía y no dicen cuando comenzaron con el AZT. Pero aún nunca he oído sobre una mujer de 21 años que necesitara transfusiones de sangre para la neumonía o la infección por hongos.

El AZT destruye la médula ósea, ¿no es así?

Por supuesto que lo hace, mata los hematíes. La anemia es el primer efecto secundario directo de la toxicidad del AZT. Si no tienes células rojas, no puedes capturar el oxígeno. Estás teniendo problemas, amigo.

¿Una transfusión en sí misma es muy inmunosupresora?

Bien, una o dos transfusiones no van a representar una gran diferencia. Es un problema para los hemofílicos que las toman regularmente y están tomando proteínas extrañas una y otra y otra vez. Tomas proteínas de otro, esto deprime tu sistema inmunológico.

Miremos a Arthur Ashe desde la percepción pública: heterosexual, no adicto a las drogas, ex-atleta, tuvo una transfusión sanguínea tras un bypass. Descubrió que tenía el VIH por la transfusión. Desarrolló el SIDA y murió claramente de él. ¿Cómo lo explicas?

Arthur Ashe tenía el virus desde 1983, que fue cuando recibió transfusiones por la operación. Y en el 88, se le inició en el AZT y más tarde en el DDL. El pasado diciembre, parecía como si viniera de Auschwitz. Estaba demacrado, estaba desencajado, no podía responder bien a las preguntas. Esto es porque cogió neumonía; un deportista de 49 no muere de neumonía. Sin embargo, una víctima del AZT como Kimberly Bergalis, sí.

¿Entonces, antes de tomar el AZT estaba sano?

Exceptuando, por supuesto, su condición cardíaca congénita que estaba cuidadosamente atendida. La probable causa de muerte, considerando sus antecedentes, podría haber sido algún problema de corazón. Pero no una neumonía. Como otros que toman AZT y mueren demasiado prematuramente, es un típico ejemplo de víctima del AZT.

Otro apunte sobre Arthur Ashe: tenía el virus en 1983, murió en 1993, diez años después, su esposa resultó VIH-negativa, ¿no pudo transmitir el VIH a su esposa? Recuerda que, oficialmente, es una enfermedad de transmisión sexual.

Probablemente usaba preservativo. En el 83, ni siquiera sabías lo que era el VIH. Y evidentemente no usaba preservativo cuando concibió a su hija (de 5 años). Puede que usara preservativo en los últimos dos años con el AZT —probablemente no lo necesitaría ya que una de las consecuencias del AZT es la impotencia—.

Me has dicho que cuando transportaron el VIH a los investigadores para su estudio, lo hicieron en cultivos de células-T, pero las células-T no murieron. Explica esto.

En 1984, en Science, Gallo dijo que el VIH mataba las células-T y que ésta era la causa de SIDA. También en 1984, en Mayo, firmó bajo juramento para la Oficina de Patentes de EEUU que este mismo virus podría ser producido en crecimiento permanente en células-T humanas. Y dichas células-T están todavía creciendo en su laboratorio, en docenas de compañías en este planeta, suficientes para realizar al menos 25 millones de test por año tan sólo en este país (EE.UU.), alrededor de 20 millones en Rusia, millones a lo largo del mundo. Estas células-T todavía tienen que morir.

¿Pero algunas deben morir?

No debido al virus. A veces mueren porque la gente no las trata correctamente. Pero si las dejan a su antojo, ellas crecen, crecen y crecen. Si el virus fuera tóxico por sí mismo para las células-T humanas, de alguna manera, la que fuera, esas células deberían estar todas muertas. Y no sólo ocurre con las células-T, puedes utilizar células B, puedes utilizar monocitos, células cutáneas y células nasales. No hay toxicidad detectable de alguna forma en dicho virus para las células humanas en cultivos.

¿Hay alguna diferencia entre el virus producido en masa y el virus que se encuentra en el cuerpo?

Ninguna.

Déjame retomar el VIH, si tal cosa existe. El punto de vista ortodoxo es que las personas cuando están expuestas al virus, en algún momento -puede ser tan largo como diez años- comienzan a perder células-T, sus sistemas inmunitarios disminuyen. Las células-T se reducen a un nivel bajo crónico. Ahora, tu dices que es alguna otra cosa la que causa la disminución de células-T y que tener el VIH es una coincidencia.

Eso es lo que pienso. Lo sostengo de dos formas. Hay un millón de americanos con VIH y sus células-T son normales, no desaparecen, no están mermadas. Se dice que seis millones de africanos tienen el VIH - células-T normales, menos los que cogen SIDA, que aquí son una pequeña fracción.

El VIH es uno de los virus más inofensivos que puedes tener. Los retrovirus han sido de hecho los últimos en ser descubiertos, al menos en los humanos, y eso efectivamente dice algo sobre ellos. Los virus y los microbios fueron históricamente descubiertos en función de las enfermedades que causaban. No era que la gente buscara para ver lo que podía encontrar en el microscopio. Estaban buscando algo que pudiera causar tuberculosis o sífilis, y ahora SIDA. Los últimos en ser encontrados fueron los retrovirus, porque ellos nunca hacen nada.

Encontramos el virus de la polio tomando células infectadas de un paciente de polio; tomamos células infectadas de un paciente de SIDA y encontramos el VIH ¿Dónde está la diferencia?

Bien, cuando miras al paciente de polio y lo miras en la perspectiva correcta encuentras abundantes virus. Mira en los nervios cuando están paralizados, mira en las tripas cuando tienen diarrea y fiebre, encuentras muchísimos virus. Ahora, miras a un paciente de SIDA y tienes problemas. Gallo tuvo problemas. El único que lo vió, y a duras penas, fue Montagnier en el 83 —sacó algunos virus de allí—. Puedes exprimirlos, pero es un trabajo enorme, ya que o no hay o hay muy pocos virus.

Si te comprendo correctamente, al aislar el virus de la polio y aplicarlo a células sanas, infectará esas células.

Mataría a esas células en ocho horas.

¿Y si aplicas el VIH a células sanas, que les ocurrirá entonces?

Las células sanas continuarán viviendo exactamente como si no hubieran sido infectadas.

Los retrovirus básicamente parecen ser virus intrusos, no quieren matar a nadie en casa, sólo pretenden moverse dentro.

Esa es la razón por la que hemos perseguido a los retrovirus tan estrechamente durante los últimos 20 años, porque pensábamos que podían ser causa de cáncer, ya que no matan células. Es por lo que Gallo es un retrovirólogo, o David Baltimore investigador ganador del premio Nobel que descubrió la transcriptasa inversa, o yo. Estuvimos persiguiendo este tipo de virus como posibles carcinógenos. El cáncer está causado por células que crecen sin control, no por células que se están dañando. El VIH

nunca alcanza a más de una entre 1.000 células cada día. Y cada dos días reemplazas en tu organismo el 3% de tus células. Esto es al menos 30 de 1.000.

¿Qué está debilitando el sistema inmunológico de la gente con SIDA?

Bien, claramente no puede ser el VIH. Va a ser algo distinto. Hay demasiado poco VIH, incluso en personas muriendo de SIDA, para explicar la pérdida de todas esas células. La verdad es que el establishment del SIDA me da crédito en esta cuestión. Sin embargo, siempre está el "resolverlo ahora". Y para 4 billones dólares (el presupuesto anual del SIDA), están solucionando el problema lentamente. Aún no la han resuelto. Por tanto, debe ser algo más.

Tengo una hipótesis alternativa: en todos los americanos y europeos con SIDA que no tienen problemas clínicos congénitos, como los hemofílicos, o problemas clínicos adquiridos, como la gente que está enferma y necesita transfusiones, son las drogas y fármacos de una u otra forma, los causantes. Prácticamente todos los heterosexuales con SIDA son consumidores a largo plazo de cocaína o heroína. Y las drogas de consumo oral, que incluye en algún grado a la cocaína, pero principalmente las que usan los gays como afrodisíacos, o para facilitar las relaciones anales, los nitritos inhalados y las drogas de síntesis que están utilizando.

¿Qué pasa con los antibióticos?

No es una causa específica, quiero decir que no ayudan si tomas demasiados.

¿Y el AZT?

Lo peor de todo es el AZT. 200.000 personas toman ahora AZT en este país cada seis horas, simplemente, por tener supuestamente el virus, por dar positivo a sus anticuerpos. No necesitas explicaciones adicionales. Esto mata la médula ósea directamente.

¿La cocaína y la heroína matan a tu sistema inmunitario?

Bien, los efectos a largo plazo no han sido bien estudiados. Lo que todo el mundo estudia son los efectos a corto plazo. Hay, sin embargo, numerosos estudios que muestran que ya a principios de siglo, un junkie asiduo tenía neumonía, pérdida de peso, demencia, diarrea, infecciones bucales, fiebres, endocarditis. Estas eran las enfermedades típicas de los junkies. Si eres adicto a las drogas ni siquiera quieres comer, estás volando y no duermes. El insomnio y la malnutrición son las causas primarias de la deficiencia inmunológica en el mundo.

Los adictos a las drogas han sido descritos siempre con las mismas enfermedades a las que ahora se llama SIDA. Incluso de vuelta desde las Guerras del Opio en China, la imagen clásica de un adicto al opio es un tipo demacrado chupando su pipa de opio. No come, no duerme, está colocado, pierde peso y termina con neumonía o tuberculosis.

¿Cómo explicas los casos de sarcoma de Kaposi?, ¿de donde vienen?

Este es un argumento clave para mi hipótesis de que el SIDA está causado por las drogas. Los nitritos son la droga clave utilizada por los homosexuales promiscuos. Nitritos de amilo; los nitritos y derivados son

sustancias altamente carcinógenas. Por tanto, aumentan el riesgo de cáncer e indican dónde está el Kaposi. En la cara, el pulmón de la mano. Ese exactamente dónde ellos ponen la sustancia. La ponen en la mano, la inhalan y ahí tienes el sarcoma de Kaposi.

¿Qué pasa con los adolescentes con SIDA?

780 en los Estados Unidos en los últimos diez años. Por tanto, si los separas por años, 78 por año en un país con 30 millones de adolescentes. Un tercio son hemofílicos, otro tercio son homosexuales o prostitutas, y el otro tercio son consumidores de drogas que empezaron a los 10 u 11. Esos son tus 780 adolescentes americanos con SIDA. No son muchos. La única cifra significativa por debajo de los 20 son los niños. Bebés de uno, dos o quizás tres años, nacidos con SIDA en Europa y América. Un 80% de ellos nacen de mujeres que estuvieron inyectándose drogas durante el embarazo. Esos niños son junkies intrauterinos. Han estado en las drogas desde antes de nacer.

¿Y el otro 20%?

Otro 5 ó 10% corresponde a condiciones congénitas como la hemofilia. Algunos son simplemente mortalidad infantil bajo un nuevo nombre, "chicos de ghetto". La mortalidad infantil es mayor en este país que en otras naciones industrializadas comparables. Tenemos los barrios, donde puedes obtener los cuidados médicos que quieras, y también tenemos zonas como Harlem, Richmond, Oakland, en condiciones de extrema pobreza, que no encuentras en Europa donde tienes la medicina socializada. Inanición, malnutrición y esa clase de cosas. Tenemos las madres adolescentes que abandonan a sus hijos, o están trabajando en la calle mientras los niños están solos en casa. Esos son los bebés americanos de SIDA.

¿Es realmente cierto que la tasa de muerte entre los hemofílicos con VIH es idéntica a la de aquellos sin VIH?

A la vista de los estudios disponibles es la misma. De hecho, la ironía es que, probablemente, es incluso menor. Y te cuento como he llegado a esto. Hay 20.000 hemofílicos americanos. El 75% de ellos son VIH-positivos, el 75% —15.000— tienen el VIH desde hace cerca de 10 años en este momento, ya que sobre 1984-85 comenzaron a testar el SIDA, y entonces eliminaron la sangre con VIH. Ahora, en los últimos 10 ó 15 años, la edad media de los hemofílicos se ha doblado. Ahora son dos veces más viejos de lo que eran hace 10 ó 15 años.

El hecho es que, durante estos mismos 10 ó 15 años el tratamiento de Factor-VIII ha sido desarrollado y perfeccionado y todo el mundo lo recibe. Este es el factor de coagulación que falta en los hemofílicos, extraído de donaciones de sangre y debido a que extraes la sangre, extraes también el virus; es el factor-VIII contaminado. Pero son cosas irrelevantes, en su mayoría inocuas, debido a que un donante de sangre no es la típica persona terriblemente enferma -no puedes tomar sangre de alguien que está sufriendo una enfermedad. Por lo que esos son normalmente los pequeños microbios omni-presentes que no hacen daño. Como resultado cogieron el VIH. Por tanto, el tratamiento que también les dió el VIH ha doblado sus expectativas de vida.

¿No les daña el VIH?

No. De hecho, ha desacreditado la hipótesis del virus en el mayor experimento humano que se haya hecho. 15.000 personas infectadas con el VIH. Y ahora viven el doble de lo que los hemofílicos nunca vivieron en la historia. Mejor, y más tiempo.

Es realmente un hecho aplastante. No es un experimento menor. Tenemos una población enorme: 15.000 personas con VIH. Seguro, es cierto, algunos de ellos cogieron lo que llaman ahora SIDA. Pero lo cogen menos de lo que lo hacían antes, y lo cogen debido a las transfusiones. Porque incluso ahora, constantemente reciben transfusiones. Necesitan Factor-VIII. No está químicamente limpio, y es inmunosupresor.

¿Por qué está presente el VIH en la mayoría de los pacientes de SIDA?

Es preferencial en los pacientes de SIDA, lo reconozco. Sin embargo, también hay muchos otros microbios debido a que el típico paciente de SIDA ha cogido el VIH por "prácticas de riesgo": ya sea uso de drogas intravenosas o promiscuidad. O por ser receptor de transfusiones. Ahora, ¿qué es lo que tienen en común esas tres cosas: los consumidores de drogas intravenosas, las personas altamente promiscuas y los receptores de transfusiones? Coleccionan todos los microbios que están disponibles, como coleccionistas de sellos. Si recibes una transfusión no tienes que ir de compras por ahí, los tienes todos de golpe. Los hemofílicos lo tienen por recibir transfusiones constantemente. Los consumidores de drogas intravenosas (a) se prostituyen para pagar las drogas, y (b) comparten jeringuillas. Acuden a galerías de "picotazos", toman la misma jeringuilla hasta que se rompe en el brazo de alguien, y entonces cogen una nueva.

Por tanto, estos individuos tienen citomegalovirus, Epstein-Barr virus, Virus de Leucemia de Células-T Humana, virus de la hepatitis, virus papiloma, sífilis, gonorrea, todos esos microbios. Micoplasma, neumocistis, todas esas cosas que se encuentran abundantemente en los grupos de riesgo del SIDA y en los pacientes de SIDA. El VIH es simplemente uno de los muchos, muchísimos microbios que encuentras en esas personas.

Digamos que sólo el 50% de los pacientes de SIDA tienen el VIH, y creo que son más, pero simplifiquemos en atención al argumento. Si un millón de personas tienen el VIH, en un país de 250 millones, es el 0,4% de la población total, pero el 50% de la población con SIDA. Por tanto es un 0,4% contra un 50%.

Estoy de acuerdo. Es muy alto. ¿Por qué piensas que se da tal desequilibrio?

Un homosexual de alto riesgo tiene una media de unos 500 - 1.000 contactos sexuales. En el tiempo que tienes 1.000 contactos sexuales, podrías haber cogido el VIH de alguien. Y ellos mantienen contactos sexuales con personas que son igualmente activas. Por tanto, las oportunidades de cogerlo están muy incrementadas. Por tanto, estás observando a aquellos que trabajan más fehacientemente para que un microbio raro lo encuentres concentrado.

El citomegalovirus es mucho más común en la población general, pero se encuentra en un 100% de la población con SIDA. En el primer momento consideraron incluso que era la causa. Ahora nadie los busca ya. El virus de la hepatitis, otro sospechoso inicialmente para el SIDA, es raro en la población general en este país. Pero es muy, pero que muy común en los pacientes de SIDA y junkies.

¿Y los cofactores?

Siempre hablan de los cofactores, sin embargo hay un montón de gente sana que los tiene todos combinados. Las prostitutas, por ejemplo. Encuentras prostitutas sanas, muchas. Su trabajo es la promiscuidad. Todas tienen citomegalovirus, muchas de ellas tienen el VIH, y están muy bien. Mientras no se metan las drogas, están bien.

No crees que el SIDA sea infeccioso o causado por el VIH. Ni tampoco crees que el VIH sea transmitido principalmente mediante el sexo. Por favor, explícate.

La forma natural de transmisión de este virus no es sexual. Ningún virus podría sobrevivir si le tomara (como media) 1.000 contactos sexuales. Esto no significa que no pudiera pasar la primera vez, pero para cada individuo al que le sucede la primera vez, hay otro individuo que necesita 2.000 contactos. Esto reduce la esperanza de un virus. Para evolucionar un virus tiene que encontrar un medio eficaz de transmisión. Y conocemos la vía: perinatalmente, como todos los demás retrovirus. De la madre a los hijos. Y esto dice claramente algo que está desacreditando la hipótesis de que este virus está causando el SIDA. Algo que es naturalmente transmitido de la madre al hijo no puede ser fatalmente patogénico. Porque el parásito y el huésped morirían juntos.

Cuando miras a la madre que consume drogas y es seropositiva, entonces el hijo es seropositivo. Y un buen número de niños no tienen SIDA. Tienen el VIH y están bien.

¿No se convierten dos tercios de los niños que nacen con VIH, y van de VIH-positivos a VIH-negativos?

Más o menos mitad y mitad dependiendo de los estudios que examines. Sin embargo, es lo suficientemente bueno para el virus para sobrevivir. Cuando la armada norteamericana testa a sus aspirantes, muchachos de 16 - 17 - 18 años de edad, uno entre 1.000 es positivo. Bien ¿cómo lo han cogido? ¿Porque había tenido de hecho 1.000 contactos sexuales con alguien que era VIH-positivo? Más probablemente este chico lo había cogido de su madre, o padre, y era positivo desde siempre y ni siquiera lo sabía, hasta que la armada lo testó.

Lo que acabas de decir es interesante: el virus puede estar latente, puede no hacer nada, puede estar silente e invisible. ¿No es eso lo que la gente dice cuando habla de que tiene un periodo de latencia de diez años?

Digamos que te infectas hoy, y diez años después enfermas. Durante ese tiempo está latente, es verdad. Sin embargo, lo que no dicen es que, una vez que enfermas, incluso entonces, el virus permanece en la mayoría de los casos latente, y eso no es lo que se conoce por latencia. Digamos que te infectas hoy de sífilis, y una semana después tienes chancros. Durante ese tiempo, cuando no tenías síntomas, los microbios estaban relativamente latentes. Pero con el VIH, incluso cuando está muriendo, el virus continúa latente.

Déjame recoger esta aseveración: los bebés con SIDA nacen de madres con SIDA o han nacido de madres con una terrible adicción a las drogas. Los bebés con VIH de sus padres, la mitad de veces pierden el VIH y no desarrollan SIDA. Tienen el virus pero no las condiciones de SIDA. Doquiera que hayan nacido de padres que tienen daños tóxicos, ellos también están dañados tóxicamente.

Correcto.

Estas diciendo que la menos eficiente forma de transmisión es la sexual.

La menos esperanzadora, desde el punto de vista del virus; este virus podría no seguirla nunca.

¿Por qué hay tantas mujeres que contraen el VIH y desarrollan SIDA? Parece que la mayoría no están en los grupos de riesgo y se presume que fueron infectadas sexualmente.

"Muchas" está totalmente fuera de lugar. Son muy, muy pocas. Sólo el 10% de todos los pacientes de SIDA son mujeres, en América y Europa.

¿Pero no son el grupo que se está incrementando más rápidamente?

Se ha mantenido en un 10% por bastante tiempo hasta ahora, y un 10% no es mucho en total. Son como 25.000 en diez años, esto es 2.500 por año, si estableces una media.

¿Pero cómo rebates el argumento de que las mujeres son víctimas de la transmisión sexual del VIH?

Eso es absurdo. No hay evidencias de que las mujeres estén cogiendo el VIH de los hombres más fácilmente. Cuando la gente dice que no hay epidemia heterosexual, las mujeres dicen, eso no es verdad, las mujeres están cogiendo SIDA heterosexualmente.

La primera respuesta es que virtualmente todas las mujeres que cogen SIDA-SIDA, no VIH, las puedes distinguir muy claramente: son consumidoras de drogas intravenosas. Y todo intento de conectarlas trazando contactos sexuales es virtualmente imposible con una enfermedad que se dice tiene un período de latencia de diez años. Si coges algo hoy de alguien sexualmente y diez años después enfermas, ¿cómo vas a establecer una conexión? Son evidencias totalmente anecdóticas y circunstanciales. Todavía tengo que ver un estudio que acaso diga, éste me lo pegó a mí hace diez años y ahora tengo demencia. No hay nada de eso.

¿Por qué no hay una epidemia heterosexual de SIDA?

No la hay. El SIDA ha continuado incrementándose a pesar de la campaña de sexo seguro.

Pensaba que estaba decreciendo.

Lo único que proclaman es el descenso de la infección por VIH, pero el SIDA continúa incrementándose cada año. El fallo de la campaña de sexo seguro aumenta contra la transmisión sexual del SIDA en este punto. Cuando les señalas esto ellos dicen, oh, hubiera sido incluso peor si no hubiéramos hecho esto.

Se dice que hay 7.000 personas en los EE.UU. con SIDA, de las que llaman "sin riesgo identificado". ¿Lo sabías? Es una cifra muy grande.

Divídalo entre 10 años y obtiene la incidencia anual de 700. Entre 250 millones de americanos, es una cifra increíblemente baja. Es tan pequeña como la incidencia natural de esas enfermedades en las personas VIH-positivas. Hay un millón de americanos VIH-positivos. Cada año, simplificando, un uno y medio por ciento de cualquier población morirá. Un uno y medio por ciento de un millón son 15.000.

Por tanto fuera de esos 15.000, 700 podrían ser diagnosticados como SIDA debido a que podrían tener también anticuerpos. Y estamos mirando aquí a 25 enfermedades. Esa es la incidencia normal de tales enfermedades en las personas VIH-positivas de América.

Para aclararnos, el Departamento de Salud Pública del Condado de Cook, que registró los 7.000 pacientes llamados casos "sin riesgo identificable" dice que la mayoría de tales casos han sido reclasificados en — textualmente— "una de las formas conocidas de transmisión". En otras palabras, al final, en un grupo de riesgo.

Sí, creo que en Alemania tienen 30 "casos heterosexuales". Si no pueden encontrar un grupo de riesgo entonces se llama caso heterosexual. Esto corresponde a la incidencia normal (de esas enfermedades) en las personas con o sin VIH.

Newsweek informó sobre un hombre que hace diez años cogió el VIH de una transfusión, y diez años después no sufría síntomas ni pérdida de la función inmunológica. Rastrearon al donante y encontraron que ninguna de las otras personas infectadas tenía ningún síntoma, y el propio donante estaba tan sano como la gente que había recibido su sangre. Lo explicaron como una "cepa inocua". ¿Existe algo así? Se que piensa que el VIH es inocuo, pero ¿hay casos en que un virus es dañino e inocuo?

Puedes tener variantes inocuas de cualquier virus. Sin embargo, esto no es muy fácil de demostrar para el VIH. Lo intentaron, lo secuenciaron, han examinado al VIH. Pero no hay ninguna evidencia en ningún sentido de que haya una variante inocua y otra dañina. Nada.

Están diciendo que han encontrado cepas inocuas y están pensando en utilizarlas como vacuna.

Bien, te encuentras con personas que no enferman. Hay un millón de virus VIH inocuos en los americanos, todos los que no están enfermos. Cuando enferman, entonces repentinamente, el virus es dañino. Por tanto, esto es totalmente arbitrario e hipotético. No hay ni un sólo estudio que muestre un gen inocuo o un gen maligno en el VIH. En otros virus donde se ha hecho ocasionalmente, han señalado que cuando separas, cuando quitas esta parte, de repente se vuelven inocuos. Pasan a estar, como nosotros decimos, atenuados. En las cepas del VIH, a pesar de los intensivos esfuerzos y cientos de miles de informes sobre el asunto no hay ni un sólo estudio que haya sido alguna vez capaz de señalar una distinción entre el tan nombrado VIH inocuo y el VIH fatal. Siempre es el mismo.

¿Cómo es que el gobierno continúa imperturbable, con la idea de que existe tal cosa, una cepa distinta? ¿Por qué otros científicos no dicen que es imposible? Hemos visto la estructura genética del tan nombrado virus inocuo y son los mismos del tan nombrado dañino.

Sí, podrían decirlo y estimar lo popular que podría ser y, ¿cuánto dinero podrían obtener la próxima vez que pidan subvenciones para el VIH?

¿Qué pasa con la gente que no solicita subvenciones para el VIH?

No podrían secuenciarlo, no podrían estar equipados, no podrían tener tiempo analizarlo. Y me gustaría decirte que cerca de 50 millones de fumadores americanos fuman cigarrillos inocuos excepto por los 20.000 o 30.000 que desarrollan cáncer de pulmón —ellos fuman cigarrillos fatales—.

Newsweek —éste es el Newsweek, uno de los periódicos más respetados del mundo— dijo: "Pocos (virus) evolucionan tan rápido como el VIH. Enfrentado a un medicamento o una reacción inmune el virus muta fácilmente fuera de su rango". ¿Lo hace?

Esta aseveración de que los virus pueden mutar por sí mismos es absolutamente estúpida. Ignora completamente que un virus es un parásito, es completamente dependiente del huésped. Pende de un hilo del huésped y el hilo está muy tirante y es muy corto. Si avanza un paso más allá de este hilo, está muerto.

¿Qué quieres decir?

El virus es lo que se puede decir un parásito obligado, como dependiente del huésped, como el bebé neonato de la madre. En teoría el virus puede mutar enloquecidamente. ¿Pero ayudaría esto al virus si ya no pudiera parasitar al huésped por más tiempo? Entonces estaría muerto. El virus es simplemente una pieza de información. Necesita los ribosomas celulares, necesita los aminoácidos celulares, los trifosfatos y las proteínas.

Por tanto estás diciendo que si muta hasta un punto en que es profundamente diferente...

¿Profundamente? Sólo un poquito. Está totalmente colgado de un hilo, tiene muy poco espacio para mutar. Tiene que ser compatible con la célula en su totalidad.

¿Qué pasa con el virus de la gripe, el que siempre muta?

Muta, todos los virus mutan, pero de una forma muy limitada. Realmente, eso fue lo que me dio fama. En 1968 encontré el por qué: tienen cromosomas diferentes. Este (el virus de la gripe) es uno de los raros virus con cromosomas múltiples, de hecho fue la primera vez que se vió un virus. Y le proporciona la habilidad adicional de recombinarse.

¿Por qué el VIH no puede hacer lo mismo? ¿Por qué no puede recombinarse?

Porque no tiene cromosomas segmentados. Y los virus con un genoma (información genética) no pueden recombinarse, sólo pueden intercambiarse de una forma muy pequeña, muy limitada. Y el VIH tan sólo tiene un genoma.

Entonces, han examinado y descubierto que el VIH no tiene la capacidad de recombinarse.

Tiene la capacidad pero no cambia, como la gripe, porque todos los VIH están estrechamente relacionados. Todos tienen un genoma, por tanto si recombinas un genoma con otro, son casi idénticos y no tienes nada nuevo, ni una recombinación diferente. Están las gripes avícolas y gripes porcinas y gripes humanas y todas pueden recombinarse. Pero los VIH son todos humanos, y son virtualmente idénticos. No podrías crear lo que nosotros llamamos un nuevo "rango de huésped", o un nuevo tipo patológico. Las mutaciones espontáneas que describe el artículo de Newsweek no le ayudarían, debido a que casi todas las mutaciones espontáneas serían fatales para el virus. Y aquellas que no fueran fatales no supondrían ninguna diferencia. Todavía tenemos que ver un sólo caso donde un VIH mutante que haya sido aislado pueda hacer algo que otros VIH no puedan.

La impresión dada es que este virus está mutando como algún tipo de monstruo y que no hay vacunación contra él.

Esta es la fantasía de un escritor de ciencia ficción no licenciado. En un aula, es muy posible, pero en el laboratorio de la vida es ridículo. Aquí va un ejemplo justamente de cómo de restrictivo es realmente el rango de las mutaciones del VIH: los anticuerpos contra todas las cepas del VIH detectadas en todas las personas en todo el mundo son detectados porque reaccionan cruzadamente con la misma cepa del VIH que aisló Montagnier en 1983.

Pero tú no eres el único hombre que conoce esto del virus. Las personas que trabajan con el virus lo secuencian regularmente y vienen con las teorías de que está mutando. Si saben que esto no es posible, ¿por qué no lo dicen?

Creo que algunos de ellos ni siquiera lo saben, porque nunca han pensado sobre ello. Están tan habituados a una manera de pensar que no consideran en absoluto las alternativas. No quieren considerarlas, y si las consideran están fuera del pensamiento del colectivo. Son inmediatamente muy impopulares, como yo.

Lo que les cuesta dinero.

Lo que les sale carísimo. Si estás dentro del pensamiento colectivo renuncias a pensar otras cosas que las que colectivo piensa. Piensas un buen rato sobre la longitud de onda que te permiten. Si dices que no hay ninguna manera de que pueda haber un gen dañino o un gen no dañino —si hubiera tal gen podríamos haberlo encontrado en nueve años y podríamos haber visto la diferencia—, esencialmente, fuerzas una discusión sobre porqué un millón de personas VIH-positivas nunca enferman de ello. Puede, entonces, que el virus no se la causa.

¿Qué pasa con los casos de homosexuales que han caído en el SIDA, son VIH-positivos, no tienen historial de uso de drogas recreativas y no han tomado AZT?

Bien, mira, es lo que estoy buscando. Es mi batalla con John Maddox (editor de Nature) y con gente que está realmente fabricando datos (Ascher y Col., en Nature, 11 de marzo, de 1993). Aducen tener tal grupo que no ha tomado ninguna droga. Cuando analizo los datos, se resuelve que no hay ni una sola persona en su estudio que estuviera libre de drogas. Presenté esta crítica a Maddox, pero su respuesta fue: no puedo responderle más. Fui censurado.

John Maddox escribió un editorial en el número del 13 de mayo, diciendo que tus cuestiones eran "cuestiones retóricas incontestables" y el "repertorio de un debate de sociales de estudiante". ¿Cómo te sientes ante esto?

Posiblemente sean incontestables para John Maddox. El no es el único lector de su publicación. Debería haber muchos científicos, probablemente ellos podrían responderlas. La única forma de comprobarlo es presentando esas cuestiones que él ha rehusado durante tres o ahora cuatro años. He estado negociando con él, como reconoce en su artículo, para presentar esas cuestiones en su publicación, y nunca aceptó esa propuesta.

¿Entonces estás diciendo que tus cuestiones son legítimas y que permanecen incontestadas porque están censuradas?

De hecho, en su artículo, dice que algunas de esas cuestiones son legítimas. El progreso en la ciencia depende enteramente de la comunicación, el debate, la interacción entre científicos, el intercambio de ideas. El está interrumpiendo esto mediante la censura.

¿Hay algún área de la teoría del VIH como causa sobre la que no estés seguro, que pienses que sea plausible o que no sientas que puedes explicar?

Ninguna más. Absolutamente nada más.

¿Entonces estás más convencido que nunca?

Sí. Ni siquiera veo un área de duda que quede suelta. Solía ver alguna, pero ya no las veo.

¿Cuál fue la última que viste y que ya no ves?

Estaba algo impresionado, más o menos, por lo que ellos presentaban como la perfecta correlación entre el VIH y el SIDA. Sin embargo, ya me percaté de que la correlación está más lejos de ser perfecta de lo que pretenden; esto es, realmente, bastante poco impresionante.

¿Cuánta presión sientes que se te agolpa con una teoría alternativa cuando la gente dice, "De acuerdo, si no piensas que el VIH causa el SIDA, ¿qué lo hace?"

No siento ninguna presión más que la que pienso puedo aportar por medio de pruebas. Quiero decir, he pensado sobre ello. Si pensé en qué otra cosa podría ser y pienso que lo habría dejado si no hubiese podido ver otra explicación. Si no creo en Santa Claus, entonces no tengo que buscarme otro Santa Claus.

Esto no te saca de las sombras.

Si el CDC me dice que un tercio de todos los pacientes de SIDA americanos, principalmente todos heterosexuales, son consumidores de drogas intravenosas, diría que es un buen comienzo, ¿no es así? Los primeros 80.000 me los entregó en mano el CDC. También se me dijo, mediante el NIH y el CDC, que el virus tenía un período de latencia de diez años, que yo traduje como un eufemismo de diez años de consumo de drogas.

De acuerdo, la última pregunta: Desde que la comunidad gay está unilateralmente ofendida por tu sugerencia de que el SIDA es resultado de un estilo de vida destructivo, ¿has sentido alguna vez que deberías cambiar la forma en que hablas sobre el SIDA y su causa?, y ¿hay algo que te haría parar y abandonar esta lucha, porque estás casi solo en ella?

Bien, no mientras continúe siendo científico. La obligación de un científico es encontrar la verdad, encontrar la base científica de un problema. Por tanto, vas hacia ella independientemente de las consecuencias políticas, morales y éticas. Miras a la que es la causa plausible, y a la que es la verdad última.

Un científico no es un halagador de masas políticamente correcto. Se le atribuye el encontrar la causa de las enfermedades. De otra forma, obtenemos lo que tenemos ahora: intentamos contentar a los gays

aprobando el AZT, y ahora 200.000 de ellos están muriendo por ello, y continuamos diciéndoles que "eso es lo mejor que podemos hacer por vosotros, chicos", porque mezclamos política con ciencia. No son compatibles. La ciencia es amoral. La naturaleza no sabe de moral. Si nuestros pares y nuestro gobierno actuaran científicamente, podrían recompensarnos con la verdad científica, no con la corrección política. Lo que estamos haciendo ahora es remunerar con corrección política, y estamos pagando el precio por ello. Un precio muy alto, cuatro billones de dólares y 50.000 muertes al año.

NOTAS:

1 Una prestigiosa revista científica americana.

2 Hemos publicado sus opiniones en los números 35, 36 de la revista de Medicinas Complementarias.

3 Su documentado y amplio trabajo sobre el tema está traducido en nuestro número 37.

4 Actualmente con la técnica de amplificación PCR se detectan más, pero el propio descubridor de esta técnica, K. Mullis, Premio Nobel de Química 1993 no cree que el virus sea la causa del Sida. Ver entrevista en el No. 36 de la revista de Medicinas Complementarias.

CONTACTO:

Dr. Peter Duesberg. Departamento de Biología Molecular y Celular. 229 Stanley Hall. Universidad de California. Berkeley, CA 94720.

USA. Tel (510) 643-6455