

El peso de la sangre: Viaje personal al sida

Por Juan Luis Salinas

Quando empecé a trabajar en este libro, hace cinco años, el sida parecía ser un tema que no era de interés. Incluso yo mismo había perdido el temor que tuve durante ese 2003, cuando sacaba cuentas de que, si me cuidaba bien, podría vivir siete años más.

Esa idea de seguridad y de que el virus era algo controlado («Hay tanto tratamiento»). «Y nadie se muere de eso. Es como la diabetes...») empecé a escucharla en la medida que ahondaba en la investigación. «¿De verdad hay algo más que decir del sida?», fue una de las frases que repitieron uno de mis médicos y varios amigos.

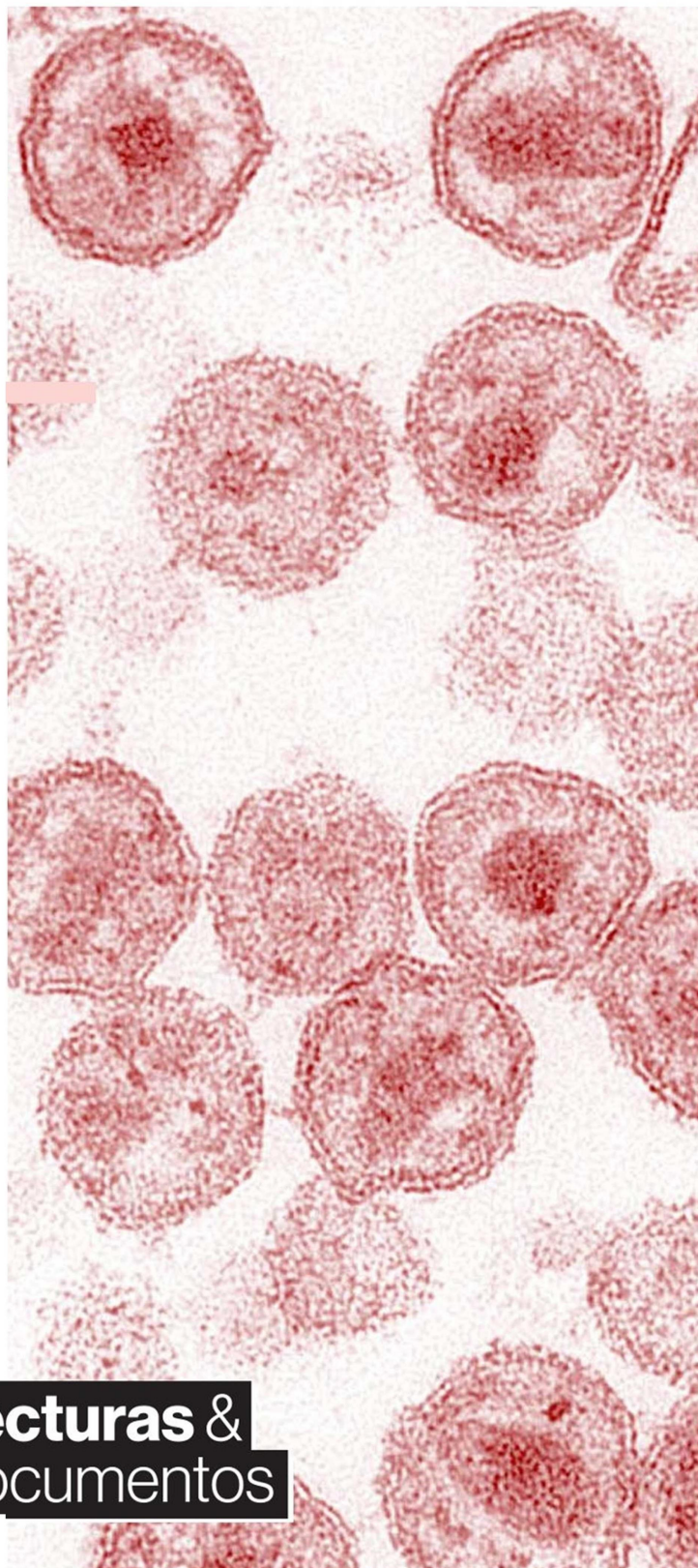
Se equivocaron.

En estos cinco años la infección demostró que nunca desapareció, que las rutas en su mapa de viaje seguían ampliándose, que el microscópico virión se sigue replicando por todo el mundo.

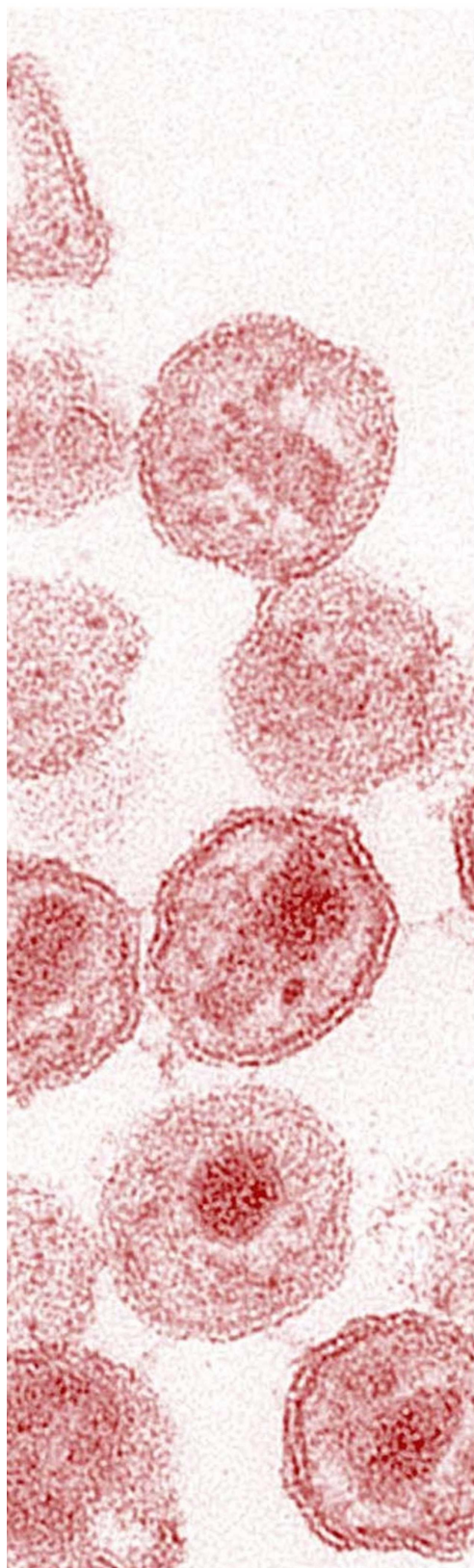
Las cifras de aumento de nuevos casos en Chile son cada vez mayores: el último informe de Onusida apunta que setenta y un mil personas vivirían con el virus. Eso significa un aumento de cuatro mil casos con relación a los sesenta y siete mil pacientes diagnosticados en 2017 y establece a Chile como el país del continente con la mayor tasa de crecimiento en nuevos casos, con un 34 por ciento. El informe precisa que un promedio de 37,9 millones de personas viven con el VIH Sida en todo el mundo, pero solo 23,3 millones tienen acceso a las distintas terapias para contrarrestarlo. Durante 2018 se registraron más de setecientos setenta mil muertes a causa de enfermedades asociadas al virus.

En las tres décadas que han pasado desde que la epidemia fue reportada, un promedio de 74,9 millones de personas contrajeron la infección por el

Juan Luis Salinas narra en este libro la historia del virus, y lo hace a partir de su propia experiencia como persona VIH. En este extracto, aborda el futuro de la enfermedad. ¿Es posible una cura definitiva?



Lecturas &
Documentos



VIH y la mitad de ellos, treinta y dos millones, ya han muerto.

En medio de una conferencia de prensa en el congreso de la Sociedad Internacional de Sida (IAS, por sus siglas en inglés), en Ciudad de México, escucho cómo la doctora Brenda Crabtree, presidenta científica de la reunión, anuncia la pronta utilización de un implante subcutáneo que se utilizará como profilaxis preexposición (PrEP) y una vacuna preventiva que está en su tercera fase de experimentación luego de haber sido probada con éxito en un pequeño grupo de mujeres en el sur de África.

El estudio se llama Mosaico y lleva más de doce años de investigación. Busca conseguir una vacuna que produzca anticuerpos que actúen contra el virus y que además tenga eficacia en sus diversas cepas. Los ensayos tradicionales se han diseñado para estimular el sistema inmunológico y para que reconozca naturalmente determinados aminoácidos en las proteínas del virus. Mosaico, en cambio, se compone de varios conjuntos de secuencias de proteínas sintéticas, generadas por computadoras, que pueden inducir al sistema inmune a responder a una amplia variedad de las cepas circulantes del VIH.

La nueva fase Mosaico abarca a más de tres mil ochocientos participantes (hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero) de Argentina, Brasil, Italia, México, Perú, Polonia, España y Estados Unidos. La idea, explican en la conferencia de prensa, es que en cuatro años se puedan tener resultados claros sobre su eficacia. El propósito es que ayude a frenar por lo menos en un 65 por ciento la propagación de esta epidemia.

Me alegre, pero dudo.

Por lo menos, pienso, es un anuncio realista: promete prevención, no una cura.

El 5 de marzo de 2019 la revista Nature publicó el caso de una persona que llevaba dieciocho meses en remisión del virus luego de recibir un trasplante de médula ósea para tratar un cáncer. El paciente, quien era seropositivo desde 2003, nueve años después fue diagnosticado con linfoma de Hodgkin, que afecta al sistema linfático. ¿Cómo ocurrió este acontecimiento?

La persona que le donó células madre poseía la mutación genética CCR5 Delta 32m, que impide la entrada del virus en las células diana del VIH, los linfocitos T CD4, y es resistente al virus. Según explica Nature, el VIH-1 del virus —la cepa dominante en el mundo— se une a unos receptores ubicados en la superficie de los



Ficha de autor

Juan Luis Salinas es periodista de la Universidad Católica del Norte y magister en edición de la Universidad Diego Portales. Ha sido finalista del Concurso de Cuentos Paula y del Premio Periodismo de Excelencia de la Universidad Alberto Hurtado. En 2018 ganó el III Concurso de Periodismo de Investigación sobre VIH y Sida que otorgan la Aids Healthcare Foundation y Unesco. Actualmente se desempeña como coordinador periodístico de Revista Ya de El Mercurio.

glóbulos blancos para iniciar su conquista del organismo. Un error en el gen CCR5 impide la función de estos receptores y bloquea el ingreso del virus. Pero se trata de casos excepcionales. Solo el uno por ciento de las personas de ascendencia europea tiene dos copias de esta mutación y es resistente a la infección por VIH.

El «paciente inglés», como lo denominó la prensa, recibió células madre de un donante con esta mutación. Fue así que adquirió esa resistencia al VIH. Esto se comprobó tras demostrar que dieciocho meses después de la intervención, y luego de detener el consumo de antirretrovirales, el virus no había rebrotado.

Su caso, sin embargo, no fue el primero.

En 2007 el publicista Timothy Ray Brown fue reportado por la prensa como «la primera persona que se había curado del VIH». Este hombre había sido diagnosticado como seropositivo en 1995 mientras cursaba estudios universitarios en Berlín y un año más tarde comenzó su terapia antirretroviral. En 2006, durante unos exámenes a raíz de un agudo cuadro de fatiga, descubrieron que tenía una leucemia mieloide aguda, un tipo de cáncer que afecta al sistema inmunológico. Inició su quimioterapia por un año, pero luego su médico tratante intentó un nuevo procedimiento. En el Hospital Médico Universitario de la Caridad de Berlín seleccionaron las células madre del tipo denominado CD4, las cuales no poseen el receptor CCR5. Antes del trasplante, Brown recibió altas dosis de quimioterapia y radioterapia, y tras el trasplante dejó los antirretrovirales. Trece meses después tuvo una recaída de leucemia y fue sometido a otro trasplante de células madre del mismo donante. Los médicos pensaron que el VIH archivado en las células del paciente volvería a proliferar cuando su sistema inmunológico se recuperara del tratamiento. Pero ello no ocurrió.

La historia del llamado «paciente de Berlín» fue reportada de forma oficial durante la XV Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas realizada en Boston a inicios de 2008. Al año siguiente The New England Journal of Medicine informó que después de veinte meses sin tomar los antirretrovirales, el hombre no presentaba nuevos signos de VIH, condición que aún sigue reportándose.

Los científicos evitan hablar de «cura» y describen estos casos como remisiones a largo plazo. Aunque el equipo médico del «paciente de Londres», liderado por el virólogo Ravindra Gupta del University College de Londres, descartó la posibilidad de que quedara algún virus escondido e indetectable en su organismo. En una entrevista con la agencia Reuters, Gupta

aseguró que el paciente estaba «funcionalmente curado» y que, incluso si le quedara algún virus, no necesitaría tratamiento antirretroviral.

Desde lo ocurrido con el «paciente de Berlín», varios grupos de investigadores han intentado repetir el procedimiento con otros pacientes que han recibido trasplantes de médula.

En 2013 en Boston se notificó que dos hombres seropositivos habían sido sometidos a un trasplante de células madre y luego permanecieron —durante siete y catorce semanas, respectivamente— libres del virus sin tomar antirretrovirales. A mediados de 2014, sin embargo, el VIH rebrotó en ambos.

Ese mismo año se habló del «paciente de Barcelona»: un hombre seropositivo que sufrió un linfoma y recurrió a un trasplante de células madre de cordón umbilical con la mutación del gen CCR5 Delta 32. Aunque a los tres meses de la intervención el virus había desaparecido, meses después sufrió un rebrote del linfoma y murió.

Según The New York Times, solo treinta y ocho personas en el mundo han recibido este procedimiento para remitir el virus.

El «paciente de Londres» fue el número 36.

El éxito de su tratamiento quizás marque una ruta.

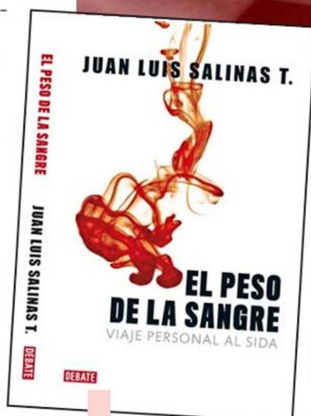
O quizás solo se quede en la excepción.

Desde la descripción del virus, cuando se lo identificó, innumerables informes o crónicas periodísticas han anunciado, con excesivo entusiasmo y sensacionalismo, la aparición de algún tratamiento que marque el fin del sida.

En abril de 1984, Margaret Heckler, secretaria de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos anunció en una conferencia de prensa: «Esperamos tener una vacuna lista para hacer pruebas en aproximadamente dos años». Su predicción pecó de optimismo y de falta de rigurosidad científica: la mayoría de las vacunas tardan entre diez y veinte años en desarrollarse.

En 2009 se anunciaron los resultados de RV144, hasta entonces la prueba más grande que se había realizado de una vacuna contra el VIH. El llamado «ensayo tailandés» (la prueba se realizó en ese país) contó con más de dieciséis mil participantes y tomó seis años de estudios. La vacuna demostró una eficacia del 31,2 por ciento en la prevención de infecciones por el VIH, pero estaba lejos de remitir el virus.

A fines de 2018 la compañía israelí



Este libro registra el nacimiento y viaje del virus en distintas partes del mundo, pasando por San Francisco, Kinshasa, Nueva York y Barcelona. Sin embargo, el centro de este relato se encuentra en Santiago y en los primeros portadores de la enfermedad, en las políticas sanitarias de los ochenta y noventa, en el activismo de asociaciones chilenas en la lucha contra el Sida para, finalmente, referirse al presente y futuro del virus.

Zion Medical emitió un engañoso comunicado de prensa en el que afirmaba que un nuevo fármaco llamado Gammora podría curar el VIH. Decía que lo habían probado en nueve pacientes en Uganda y que estos habían reducido su carga viral en un 90 por ciento. La comunidad científica de inmediato dudó del estudio. Zion Medical nunca publicó los resultados de su estudio en ninguna revista especializada.

Ahora, además del proyecto Mosaico, me informo de que en China un grupo de científicos probará una vacuna de «larga duración» contra el VIH en ciento sesenta voluntarios. La vacuna, conocida como ADN/tv, replica el ADN de una parte del VIH para estimular una «inmunización efectiva» contra el virus.

En algún momento pensé que no lo lograría. Que este libro no tendría final. Tuve la convicción de que no terminaría. Sentí que me había adentrado en un bosque tupido que, a ratos, me paralizaba. Más allá de reconstruir la historia de una epidemia, unirla con mi propia experiencia y proyectarla a lo largo de más de tres décadas, siempre estaba la presencia y el recuerdo de los otros.

En el pasado. En el presente. En lo que venía.

En todos esos espacios se atibo-

rraban confesiones, muchas veces imprecisas y casi siempre culposas, de quienes enfrentaron la infección cuando no había ni certezas ni claridad de lo que estaba ocurriendo. De un momento en que todo se reducía a una sentencia de muerte. En esos espacios también estaban las luchas y las derrotas de los que en distintas épocas enfrentaron al virus (tanto médicos como quienes lo tienen en sus venas).

Y el incombustible estigma.

Y los errores y estrategias para cercar su transmisión. La pérdida del miedo. Y el olvido. Y, en los últimos años, la vuelta de las señales de alarma. Y otra vez el temor.

Hubo meses en que sentía la presencia —inmaterial pero tortuosa— de todos los muertos que iban apareciendo en mi relato.

«Escribo con el peso de la mirada de quienes murieron... algunas veces lo siento en mi espalda», solía comentar. Ahora, cuando ya el libro está prácticamente listo, las dudas sobre el final retornan. No se trata de la posibilidad de poner un punto final a mi relato.

Tiene que ver con el final de la enfermedad.

El término de su cruento viaje. ¿Cuánto más falta?

No lo sé.

Espero que poco.

(Santiago, 16 de agosto de 2019)