

Dr. Michael Osterholm
con la colaboración de Mark Olshaker

LA AMENAZA MÁS LETAL

EL EXPERTO
QUE PRIMERO ALERTÓ
DE LA GRAN CRISIS
DEL COVID-19
N.º 1 EN EE. UU.

NUESTRA GUERRA CONTRA
LAS PANDEMIAS Y CÓMO
EVITAR LA PRÓXIMA

MICHAEL OSTERHOLM Y MARK OLSHAKER

LA AMENAZA MÁS LETAL

Nuestra guerra contra las pandemias y cómo evitar la próxima

Traducido por Àlex Guàrdia Berdiell,
Arnau Figueras Deulofeu y Carmen Balagueró Aguilà

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal)

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

Título original: *Deadliest Enemy*

© Michael T. Osterholm PhD, MPH, y Mark Olshaker, 2017

© del prólogo, Michael T. Osterholm PhD, MPH, y Mark Olshaker, 2020

Esta edición ha sido publicada en acuerdo con Little, Brown and Company, New York, New York, USA en asociación con A.C.E.R. Agencia Literaria, Madrid

© de la traducción, Àlex Guàrdia Berdiell, Arnau Figueras Deulofeu y Carmen Balaguero Aguilà, 2020

© Editorial Planeta, S. A., 2020

Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona

www.editorial.planeta.es

www.planetadelibros.com

Primera edición: mayo de 2020

Depósito legal: B. 8.784-2020

ISBN: 978-84-08-23149-3

Preimpresión: Realización Planeta

Impresión: Egedsa

Printed in Spain – Impreso en España

El papel utilizado para la impresión de este libro está calificado como **papel ecológico** y procede de bosques gestionados de manera **sostenible**

Índice

La pandemia del covid-19. Prólogo a la edición de 2020	13
Introducción	23
1. Cisnes negros y alertas rojas	29
2. Los anales de la salud pública	45
3. Batas blancas y zapatos desgastados	55
4. La matriz de amenaza	75
5. La historia natural de los gérmenes	85
6. El nuevo orden mundial	93
7. Vías de transmisión: murciélagos, insectos, pulmones y penes	103
8. Las vacunas: nuestro as en la manga	111
9. Malaria, sida y tuberculosis: que no se nos olvide	131
10. Ganancia de función y aplicación doble: el escenario Frankenstein	145
11. Bioterrorismo: abrir la caja de Pandora	161
12. El ébola: memorias de África	183
13. SRAS y SROM: presagios de lo que vendrá	201
14. Mosquitos: el enemigo número uno de la salud pública	223
15. Zika: esperando lo inesperado	253
16. Antimicrobianos: la tragedia de los (bienes) comunes	265
17. Contra la resistencia	289

18. La gripe: la reina de las enfermedades infecciosas	307
19. Pandemias: de innombrables a inevitables	321
20. Deshacerse de la gripe pandémica	341
21. El plan de batalla para sobrevivir	355
Agradecimientos	377

Capítulo 1

Cisnes negros y alertas rojas

Aquí está pasando algo. El qué no está del todo claro.

BUFFALO SPRINGFIELD

¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué? ¿Cómo?

A semejanza de los periodistas y los detectives de policía, esto es lo que siempre quieren saber los epidemiólogos de salud pública (los detectives de las enfermedades): todas las piezas posibles del puzle «¿Cómo ha ocurrido esto?»; los componentes que nos ayudan a contar la historia. En esto consiste la epidemiología y, de hecho, toda la medicina diagnóstica: en unir los puntos y trazar una historia coherente. Solo entonces, cuando sabemos lo suficiente y entendemos la historia, podemos empezar a afrontar el problema o desafío. Como detectives médicos, a veces podemos frenar de golpe un brote sin entender todas las piezas del complejo rompecabezas; es como descubrir que un alimento concreto está infectando a la gente sin saber cómo se contaminó. Pero cuanto más averigüemos, mejor equipados estaremos para resolver el misterio y asegurarnos de que no surjan enfermedades similares en el futuro.

En un día que no olvidaré jamás, estábamos diez personas sentadas a la mesa de la sala de reuniones ejecutiva del Centro para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de Atlanta, luego rebautizado como Centros para el Control de

Enfermedades y, después, como Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Ninguno de nosotros sabía qué opinión formarse de los casos que nos acababan de enseñar. Todos íbamos repasando nuestra lista mental.

El qué: en un foco de contagio, neumonía por *Pneumocystis*, una infección parasitaria rara que causa una neumonía muy peligrosa y que suele darse en personas con el sistema inmunitario debilitado; y en el otro foco, sarcoma de Kaposi, un tumor maligno deformante. Ahora sabemos que es causado por el virus del herpes humano-8 (HHV-8) y que es más frecuente en personas con problemas en el sistema inmunitario. Empieza con unas lesiones pequeñas de color rojo o negro azulado en la piel o en la mucosa de la boca, la nariz o la garganta. Las lesiones crecen y se convierten en tumores gruesos muy dolorosos que a menudo se transmiten a los pulmones, al tracto digestivo y a los ganglios linfáticos.

El cuándo: en ese preciso momento, en junio de 1981.

El dónde: los casos de neumonía por *Pneumocystis* se estaban detectando sobre todo en la zona de Los Ángeles, y los casos de sarcoma de Kaposi, en el área metropolitana de Nueva York.

El quién: dos focos de contagio, formados por hombres homosexuales jóvenes, generalmente sanos, en extremos opuestos del país.

El por qué y el cómo: he aquí los enigmas.

Porque todos sabíamos que estas enfermedades raras y misteriosas no deberían estar apareciendo en esa población de pacientes.

El doctor James Curran estaba sentado a la mesa de esa habitación alargada y estrecha, con paredes revestidas de madera oscura. Entonces trabajaba en la llamada División de ETS —enfermedades de transmisión sexual— y su equipo estaba colaborando con la Sección de la Hepatitis Vírica de los CDC en Phoenix. A mí me interesaba la hepatitis B y estaba llevando a cabo estudios sobre cómo se habían infectado los trabajadores sanitarios de un

hospital de Mineápolis. En un plazo de catorce meses se habían producido más de ochenta casos de este tipo. Incluso un joven médico había fallecido por culpa de esta infección de hepatitis contraída en el trabajo.

Jim es uno de los tipos más brillantes de nuestro campo, además de ser alguien que nunca tiene miedo de decir lo que piensa. En su día, yo había sopesado la posibilidad de aceptar un trabajo en su división de los CDC. En ese momento estaba organizando un estudio de una nueva vacuna contra la hepatitis B, todavía sin aprobar, en hombres homosexuales de varias ciudades de los Estados Unidos. Los hombres homosexuales corrían un gran riesgo debido a la alta posibilidad de transmitir el virus practicando sexo anal, un riesgo que aumentaba para aquellos con múltiples parejas.

En la reunión también estaba el doctor Bill Darrow, miembro de la División de ETS y experto en los aspectos conductuales de la enfermedad infecciosa, y la doctora en Medicina Mary Guinan, una gran experta en virus de la División de ETS.

También estaba el doctor Dennis Juranek, de la División de Enfermedades Parasitarias, que había recopilado bastante información en los estadios iniciales de estos casos. Como la neumonía por *Pneumocystis* era tan rara en los Estados Unidos, el fabricante de la pentamidina, el fármaco principal que se usaba para tratarla en todo el mundo, no había querido invertir el tiempo y el dinero necesarios para superar el proceso de aprobación de la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA). Por tanto, los CDC eran el único lugar de los Estados Unidos que podía almacenarla, como fármaco en fase de investigación y sin licencia. El doctor Wayne Shandera, que ayudó a controlar los brotes de la enfermedad desde Los Ángeles como parte del Servicio de Inteligencia Epidémica (EIS), estaba en el manos libres. El EIS es el programa de los CDC para formar a nuevos epidemiólogos y otros profesionales de la salud pública, a los que se manda por todo el país y todo el mundo para investigar brotes de enfermedad misteriosos y potencialmente peligrosos.

Para un epidemiólogo de veintiocho años del Medio Oeste, trabajar con personas tan eminentes y comprometidas y estar en los CDC era como teletransportarse al Estado Mayor. Yo estaba agradecido de que Jim me invitara a esa reunión, aunque fuera como jugador de segunda fila. Como jefe de la Sección Epidemiológica de Enfermedades Agudas del Departamento de Salud de Minesota, yo estaba en los CDC por otra razón: una reunión sobre el síndrome de *shock* tóxico (SST), una condición que llevaba casi un año investigando a fondo. Debido a eso, a que mi experiencia con la vigilancia de salud pública estaba relacionada con los brotes sin explicación, y al hecho de que casualmente me encontrara en el edificio, Jim me invitó a aportar el punto de vista de mi especialidad. Además, yo había guiado a nuestro equipo en el Departamento de Salud de Minesota para investigar varios brotes grandes de otro tipo de hepatitis vírica en hombres homosexuales. Hoy, esa enfermedad es conocida como «hepatitis A».

Estos eran el contexto y la experiencia reciente en investigaciones con los que yo y el resto de las personas congregadas en la sala de reuniones de los CDC abordamos el misterio.

Los detalles se habían publicado el 5 de junio de 1981, usando el frío lenguaje científico. En concreto, aparecieron en el *Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad (MMWR)*, el comunicado público que emiten los CDC con las enfermedades más relevantes:

Entre octubre de 1980 y mayo de 1981, cinco hombres jóvenes, todos ellos homosexuales activos, fueron tratados de neumonía por *Pneumocystis carinii* en tres hospitales diferentes de Los Ángeles (California). Dos de los pacientes murieron. El laboratorio había confirmado que los cinco pacientes padecían —o habían padecido— infección por citomegalovirus (CMV) y por *Candida*. A continuación, se ofrecen informes de los casos de estos pacientes.

El informe describía a cinco hombres de entre veintinueve y treinta y seis años. Cuatro de ellos habían estado siempre en perfecto estado de salud y el quinto había sido tratado y había superado un linfoma de Hodgkin tres años antes. El CMV es un virus común y la mayoría de sus portadores no saben que lo tienen, dado que no suele mostrar ningún síntoma. Como se propaga de persona en persona a través de los fluidos corporales —saliva, sangre, orina y semen— y como la gente comparte más fluidos cuando tiene varias parejas, y también porque en el sexo anal es mucho más probable que aparezcan pequeñas abrasiones (con el sangrado resultante) que en el sexo vaginal, normalmente se encontraba en hombres homosexuales sexualmente activos. En esa época el término por excelencia era el HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Pero se sabía que el CMV causaba varios problemas de salud en personas con un sistema inmunitario debilitado. La infección por *Candida* de esos hombres podía ser indicativa de cierta clase de inmunosupresión. El cuarto paciente, el más joven de la cohorte y el que había padecido la enfermedad de Hodgkin, era uno de los dos que había fallecido. Se le había tratado con radiación. ¿Acaso eso había suprimido su sistema inmunitario? ¿El propio cáncer había producido algún efecto? ¿Y qué ocurría con los otros cuatro?

Lo que más nos confundía era que estas dos enfermedades —la neumonía por *Pneumocystis* en Los Ángeles y el sarcoma de Kaposi en Nueva York— no eran las «culpables» que un detective médico esperaría encontrar en una «escena del delito» como aquella. La neumonía por *Pneumocystis* era causada por un parásito que, en general, el sistema inmunitario humano neutraliza fácilmente. Y, en esta parte del mundo, el sarcoma de Kaposi suele aparecer en hombres de edad avanzada y con salud frágil.

Como señaló con sobriedad el *MMWR*:

En los Estados Unidos, la neumonía por *Pneumocystis* se da casi exclusivamente en pacientes con inmunosupresión grave. Su apa-

rición en cinco individuos previamente sanos sin una inmunodeficiencia subyacente aparente es inusual.

Así pues, ¿por qué estábamos detectando estas dos anomalías médicas en grupos de jóvenes sanos en ambas costas? ¿Cuáles eran las causas conocidas de la inmunosupresión?

Repasamos la lista de sospechosos habituales y no habituales: lo que los médicos llaman «el diagnóstico diferencial».

Se especuló un poco con que pudiera estar relacionado con el virus de Epstein-Barr (VEB), normalmente transmitido a través de secreciones orales y genitales y de fluidos corporales. Muchas veces, el VEB no causa ningún síntoma, pero es una de las principales causas de la mononucleosis infecciosa, informalmente llamada la «enfermedad del beso». El VEB también está relacionado con afecciones más graves, incluyendo los linfomas de Hodgkin y de Burkitt y una variedad de enfermedades autoinmunes. Algunos científicos han especulado con que provoque el síndrome de la fatiga crónica, aunque nunca se ha demostrado el nexo.

Había teorías para dar y tomar y de todo tipo, desde la idea de que ninguno de estos casos estaba relacionado hasta la aparición de una enfermedad nueva muy infecciosa.

«La mayoría pensábamos que era un agente de transmisión sexual, pero no sabíamos cuál», recordaba Jim Curran.

¿Podía haber algún microbio de transmisión sanguínea que estuviera causando estas enfermedades? Tal vez estos hombres hubieran ingerido de forma intencionada o inadvertida alguna sustancia química. Pensábamos que se asemejaba a una enfermedad infecciosa, pero en ese momento no podíamos estar seguros.

Una cohorte significativa de la comunidad homosexual vivía en una serie de grandes ciudades, incluidas Nueva York y Los Ángeles, y era sexualmente activa con múltiples parejas, a menudo en un mismo día. Así que uno de los métodos preferidos para lograr y mantener una erección, y para mejorar el placer sexual, era esnifar *poppers* de nitrato de amilo. ¿Acaso las sustancias químicas

micas permanecían en el sistema y causaban estos raros efectos? Parecía improbable, pero no descartábamos nada.

Y la pregunta del millón: ¿estos dos focos de contagio estaban relacionados?, ¿o el hecho de que todos fueran hombres homosexuales sexualmente activos era una mera coincidencia? Seguro que la mayoría habéis oído el viejo aforismo diagnóstico: «Lo habitual es que ocurra lo más común. Lo que no es común, no. Cuando oigáis ruido de cascos, pensad en caballos antes que en cebras». Así pues, ¿eso era una cebra o simplemente dos caballos sin relación entre sí?

El primer paso que tendríamos que dar sería lo que llamamos «vigilancia de casos», tan importante como la vigilancia a la que un detective policial somete a un sospechoso habitual. Debido a mi propia experiencia reciente con el síndrome de *shock* tóxico, el grupo reunido en esa sala me preguntó cómo creía que podían perfeccionar la vigilancia en Nueva York y Los Ángeles y dónde más debían buscar casos parecidos. ¿Tenía sentido centrarse en clínicas que trataban muchas enfermedades de transmisión sexual? ¿Y si buscábamos casos de neumonía por *Pneumocystis* en consultas de neumólogos y casos de sarcoma de Kaposi en las de dermatólogos?

Eran buenas ideas, pero yo creía que la forma más rápida y eficaz de recabar información sería entrevistar a los médicos de las zonas de Los Ángeles y Nueva York, que concentraban una gran población de hombres homosexuales, para ver si alguno estaba viendo casos como estos. Aunque estos casos fueran provocados por un solo microbio infeccioso o por la ingestión de un químico que mermara el sistema inmunitario y ocurriera en otras ciudades y entre heterosexuales, los «epicentros» con más casos parecían ser las comunidades de hombres homosexuales de Los Ángeles y Nueva York.

Salí de la reunión preguntándome si realmente había algo que temer o si esos casos eran solo ejemplos de esos incidentes aleatorios que se dan en nuestro sector. ¿Alguno de estos pequeños focos de contagio, o ambos, resultaría ser la típica anomalía

médica que enseguida cae en el olvido? ¿Se encontrarían explicaciones convincentes para esos enigmas? Sin duda esto era lo que Jim esperaba, puesto que dijo: «Identificad. Tratad. Y punto».

¿O estábamos ante un auténtico suceso de cisne negro que acabaría convirtiéndose en una alerta roja para todo el mundo?

El término «cisne negro» fue acuñado por el escritor y académico Nassim Nicholas Taleb para explicar ciertas anomalías en los mercados financieros. En su libro de 2007 *El cisne negro*, amplió el concepto para explicar sucesos internacionales poco habituales, de impacto enorme o terrible y difíciles de prever.

Ninguno de los que estábamos aquel día en esa mesa, en Atlanta, se dio cuenta de que estaba asistiendo a un momento trascendental de la historia: la transición del mundo hacia la era del sida. Jim Curran siguió siendo la máxima autoridad y eminencia de la enfermedad en los CDC, un hecho que transformó su carrera.

Jim creó luego un grupo de trabajo de los CDC para estudiar esta nueva enfermedad, etiquetada provisionalmente como «sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas». Más o menos al momento de crearse el grupo de trabajo y publicarse el primer informe *MMWR*, una cantidad sin precedentes de médicos empezaron a solicitar pentamidina a los CDC para tratar a hombres jóvenes aquejados de neumonía por *Pneumocystis*, sobre todo en Nueva York. Pese a que nadie sabía qué provocaba la dolencia, Jim y sus colegas sabían que había llegado la hora de que los CDC elaboraran una definición de caso clínico.

La definición de caso es crucial para identificar una enfermedad e intentar averiguar cómo hay que lidiar con ella. Una vez descrita así una enfermedad, los propios investigadores de los CDC, los representantes de los departamentos de sanidad estatales y locales, el personal de urgencias de los hospitales y todos los demás médicos y profesionales sanitarios pueden comenzar a determinar si las personas consultadas tienen o no esta dolencia.

«Los casos eran tan poco habituales —recordaba Jim— que necesitábamos una definición específica. Entonces hicimos hinc-

pié en una vigilancia activa muy específica, así que pudimos decir: “Realmente está aumentando. Está concentrada en focos, pero se está propagando”».

En cuanto los medios se hicieron eco de estos extraños y nuevos brotes, los CDC recibieron un alud de llamadas en que se describían síntomas similares. A finales de 1981, se habían detectado 270 casos de inmunodeficiencia grave en hombres homosexuales. De esos, 212 habían fallecido. En el primer año de vigilancia, aproximadamente, la aflicción se detectó mayormente en hombres homosexuales y consumidores de drogas intravenosas.

Al año siguiente, las estimaciones apuntaban a decenas de miles de infectados. Según Jim: «El problema fue que durante los primeros pocos años subestimamos la enfermedad, pero se nos acusaba de sobreestimarla».

Cuando los síntomas empezaron a aparecer en personas que no encajaban en el perfil, la investigación dio un giro de ciento ochenta grados. Jim lo recuerda así: «Empezamos a detectar neumonía por *Pneumocystis* en receptores de transfusiones que sabíamos casi a ciencia cierta que no eran homosexuales ni tenían otros factores de riesgo. La detectamos en niños con hemofilia. Entonces nos convencimos a nosotros mismos y a otros de la lógica de quién la tenía y quién no. Fue determinante. Cuando detectamos tres casos de hemofilia en una semana, supimos que el agente tenía que estar en el riego sanguíneo y tenía que ser un virus todavía desconocido».

En septiembre de 1982, con Jim al timón, los CDC usaron por primera vez el término «síndrome de inmunodeficiencia adquirida». Se definió así: «Una enfermedad que predice moderadamente, cuando menos, un defecto en la inmunidad celular, al darse en personas sin ningún caso conocido de resistencia mermada a esa enfermedad». Jim había defendido la adopción del acrónimo «sida» porque, en su opinión, era vital tener un nombre fácil de recordar y que se usara en todo el planeta.

Al mes siguiente, el *MMWR* publicó la primera guía para prevenir el sida, tratar a los pacientes y manipular las muestras.

El sida reunía todos los atributos de los peores desafíos para la salud pública: tragedias médicas sobre el terreno, descubrimientos en el laboratorio y un enorme impacto económico, social, religioso, ético, político e incluso militar.

En 1983 los científicos de laboratorio de los Estados Unidos y Francia habían determinado que el sida estaba causado por un retrovirus. El 23 de abril de 1984, la secretaria del Departamento de Salud Margaret Heckler celebró una conferencia de prensa para decir que el doctor Robert Gallo y sus colegas del National Cancer Institute de los NIH (siglas en inglés de Institutos Nacionales de Salud) habían hallado la causa del sida: el retrovirus HTLV-III.

Posteriormente, en junio, Gallo y el profesor del Instituto Pasteur Luc Montagnier dieron una conferencia de prensa conjunta en que confirmaron que el virus de la linfadenopatía (LAV) francés y el HTLV-III norteamericano casi seguro que eran idénticos y la causa probable del sida. Entonces hubo que esperar hasta 1986, cuando el Comité Internacional de Taxonomía de Virus bautizó oficialmente la causa del sida como «virus de inmunodeficiencia humana», o VIH.

Muy probablemente, el VIH nació en las selvas de África como una infección de los primates (como monos o chimpancés) y se quedó allí durante muchas décadas antes de saltar a la población humana. A medida que creció la población humana en las selvas africanas, la práctica de cazar primates fue arraigando y la carne de animales salvajes se convirtió en una fuente habitual de sustento. Probablemente el virus pasó de una especie a otra mientras la gente mataba, descuartizaba y tenía contacto extenso con primates infectados. A partir de entonces, seguramente la transmisión sexual entre humanos fue el principal medio de propagación, hasta que salió de los pequeños y aislados grupos de la selva.

Se trata de un modelo instructivo para la proliferación de

otras enfermedades infecciosas, pues el crecimiento demográfico y el «progreso» se traducen en mejores carreteras y en un aumento de la movilidad, mientras que las selvas y las zonas boscosas se despueblan. En consecuencia, los microbios están evolucionando y convirtiéndose en problemas mucho más graves, cuando podrían haber permanecido en sus nichos cerrados.

Pero volviendo a la conferencia de prensa del 23 de abril, Margaret Heckler también anunció la creación de un análisis de sangre diagnóstico y expresó la esperanza de que en dos años se hubiera sintetizado una vacuna.

La idea de lograr una vacuna para el sida tan pronto me pareció muy poco realista. No entendía de dónde había sacado esa estimación. Dos años es muy poco tiempo para crear cualquier vacuna y, para el retrovirus que causaba el sida, ese margen de tiempo se antojaba virtualmente imposible.

Una vez en la célula, el retrovirus se queda allí de manera indefinida. El VIH está presente en los fluidos corporales de las personas infectadas y, cuando entra en una persona por medio de células inmunitarias infectadas —por ejemplo, al eyacular—, los anticuerpos producidos por una vacuna u otras partes de la respuesta inmune normal de los humanos lo tienen casi imposible para ganar la primera batalla contra el virus invasor. Con otros virus, las vacunas activan el sistema inmunitario para que identifique y mate a los invasores. Pero el hecho de que este virus pudiera zafarse de las propias defensas del cuerpo cuestionaba todas las nociones respecto a cómo funcionan las vacunas.

«No cabe duda de que hubo cierto optimismo prematuro al mencionar la vacuna —dice Jim—. Para ser honestos, la pregunta no debía ser cuándo habría vacuna, sino si la habría.»

Esto no quería decir que no se pudieran desarrollar tratamientos que pusieran muchos palos en las ruedas al virus una vez dentro del cuerpo. De hecho, el progreso con el combinado de fármacos que se usan para controlar la enfermedad ha sido muy destacable y fantástico. Pero el término clave es «controlar», tal

como hacemos con la diabetes y otras enfermedades crónicas, no «prevenir» ni «curar».

A mediados de los ochenta, cuando en la comunidad de salud pública aún había personas ofuscadas con buscar una vacuna, en cada foro al que se me invitaba yo seguía defendiendo que no podíamos esperar a tener una vacuna para detener la transmisión. Era esencial tomar medidas de prevención.

Yo tenía un interés personal. En 1983, antes de que se analizara sistemáticamente el riesgo sanguíneo de los norteamericanos en busca del VIH, mi querida tía de sesenta y seis años Romana Marie Ryan —una monja y maestra que vivía en San Francisco— se cayó y se rompió la cadera, mientras estaba de excursión con su clase de parvulario. Su párroco, el padre Thomas F. Regan, solía decir que tenía una «mano especial» con los niños pequeños.

En agosto de 1984, tía Romana vino a vernos a casa, en Iowa, y celebramos una pequeña reunión familiar en el convento de Dubuque. Recuerdo como si fuera ayer esa maravillosa tarde de domingo, cuando conduje desde Mineápolis hasta Dubuque para juntarnos todos.

Hacía buen día. Estábamos en los peñascos que presiden el río Misisipi y la hermana estaba igual de feliz, risueña y cariñosa que siempre, el tipo de persona con quien a uno le encanta estar. Pero últimamente no se había encontrado muy bien y los médicos no habían sabido concretar la causa. Recuerdo que aquel día llevaba una larga falda de color verde claro; había abandonado el hábito monacal hacía años. Mientras descansaba sentada en una silla de terraza, vi que tenía unas lesiones rojas y moradas en la pantorrilla. Tenían un aspecto terrible.

Pese a que conocía bien el sarcoma de Kaposi, no até cabos. No era un hombre homosexual y no caí en la cuenta de que le habían hecho una transfusión de sangre durante su operación de cadera de 1983 para reconstruir el hueso roto; los médicos habían asumido que había perdido mucha sangre, así que habían empezado la operación haciéndole una transfusión. La sangre que había

recibido estaba contaminada con VIH. Y resultó que la transfusión había sido innecesaria, porque no tenía una hemorragia grave.

Poco después de regresar a San Francisco, le diagnosticaron VIH. Murió de neumonía por *Pneumocystis* en febrero de 1985, tras unos últimos meses de insoportable agonía. Pero no se quejó nunca, sino que rezó a diario por el hombre infectado con VIH que había donado la sangre que le habían puesto a ella, y por todos los demás que compartían su aflicción. Según el padre Regan, en una ocasión dijo: «Sé cuánto están sufriendo. Ofrezco lo que me pasa a mí para que los médicos puedan encontrar una cura para esta enfermedad».

El virus consumió su cuerpo, pero dejó incólume su alma santa y bondadosa. Hasta entonces, Romana había sido la persona más cercana que había perdido por culpa del sida, pero, a lo largo de los siguientes treinta años, este monstruo microbiano se llevó a muchos amigos y colegas a quienes apreciaba.

Apenas unos días después de la infame conferencia de prensa de 1984 a cargo de la secretaria Heckler, di una charla a un grupo gay de Mineápolis-Saint Paul. Había más de doscientas personas entre el público y muchas de ellas estaban en un estadio de negación, pensando que en mis declaraciones públicas había estado exagerando todo el tema del sida.

En mi introducción, el presentador afirmó con emoción y con cierta sensación de alivio que, atendiendo al anuncio de la secretaria Heckler de que pronto habría una vacuna, esta nueva crisis sanitaria en el colectivo homosexual remitiría enseguida. Casi parecía decir que, en verdad, mi mera presencia estaba de más.

Abrí el discurso con un mensaje simple: no daba ningún crédito a la afirmación de la secretaria Heckler y no creía que fuéramos a encontrar una vacuna efectiva para el sida en mi trayectoria profesional, a menos que se descubriera una tecnología nueva del estilo de *La máquina del tiempo*. Me llovieron abucheos y gritos del público. Algunas personas incluso se levantaron y se fueron. Sabía que lo que decía estaba completamente basado en la ciencia

de la retrovirología y la epidemiología, pero este hecho no ofrecía ningún consuelo al grupo al que me estaba dirigiendo. Era un colectivo que sabía que registraría un gran número de dolorosas muertes en los meses y años siguientes si los miembros no hacían caso al mensaje de tener relaciones sexuales más seguras y de intentar prevenir. Era uno de los momentos clásicos de «Mike el agoreo», pero es que las pruebas solo apuntaban en una dirección.

En 1985, el estado de Minesota fue el primer ente gubernamental del mundo en convertir la infección por VIH en una afección médica notificable a las autoridades. En Minesota —y en algunos otros departamentos de salud estatales y locales— habíamos clasificado el sida (en estado avanzado) como notificable el año anterior. Yo abanderé esa campaña como parte de un programa exhaustivo de salud pública para abordar la infección por VIH, como haríamos y deberíamos hacer con cualquier amenaza grave de enfermedad infecciosa. A las personas infectadas con VIH se les prometía que, si cumplían con la notificación obligatoria a las autoridades, su estado de salud seguiría siendo confidencial y no se convertiría en información pública ni se compartiría con sus jefes. Pero para la mayor parte de la comunidad homosexual era un acto muy mal visto.

En 2006 los CDC recomendaron el cribado universal de VIH, algo que yo había defendido públicamente a mediados de los ochenta..., otra propuesta mía que no fue precisamente popular. Tuvimos que esperar hasta 2015 para que los principales proveedores de asistencia médica del país, incluidos los de mi propio estado de Minesota, se declararan a favor del cribado para todo aquel que tuviera entre dieciocho y sesenta y cuatro años.

Veinte años después de la primera mención en el *MMWR*, los CDC anunciaron que solo en los Estados Unidos habían muerto de sida casi medio millón de personas. Pero los funcionarios seguían diciendo que «es importante sintetizar una vacuna para el VIH de cara a controlar la epidemia global». Mientras se escribe este texto, todavía no tenemos dicha vacuna, pese a las

constantes promesas y muestras de esperanza de los funcionarios de salud pública y los investigadores científicos. Y no es porque no se esté intentando.

Según cálculos estimados, en 2014 había 36,9 millones de personas en todo el mundo infectadas con el VIH, la mayoría de ellas en el África subsahariana. Se estima que cada año aparecen 2 millones de casos nuevos y mueren 1,2 millones de personas. Actualmente, en una semana normal se producen 30.000 nuevas infecciones por VIH y, en el África subsahariana, mueren 20.000 personas de sida. Mientras los nuevos casos superen el número de muertes, la cifra total de personas infectadas por el VIH seguirá aumentando.

La buena noticia es que aproximadamente 15 millones de personas con VIH están recibiendo terapia antirretroviral. La mala noticia, que casi 22 millones de personas en todo el mundo no la reciben; es casi el 60 % de toda la población infectada por el VIH. Con esos 2 millones de casos nuevos al año, ya se puede decir que, a nivel global, ya no tenemos una «epidemia de sida». La infección por VIH aún representa una crisis sanitaria, sobre todo en el África subsahariana, pero ahora es lo que llamamos una «hiperendemia»: un problema de salud nefasto que no remite.

El sida puede servirnos como una grave advertencia de lo que puede suceder: el cisne negro de una enfermedad infecciosa que salió aparentemente de la nada y desató un sufrimiento inimaginable en un mundo desprevenido. Por tanto, es un ejemplo clásico de la tensión que subsiste entre caballos y cebras, una tensión que ha marcado mi carrera profesional y que ha afectado de manera permanente mi filosofía como epidemiólogo.

El sida es una historia de terror que hostiga a todos los que trabajamos en este sector. Cuando entendimos a qué nos enfrentábamos y cómo se transmitía, no fuimos capaces de detener o advertir contra los comportamientos o hábitos que ocasionaban su propagación. Los indicios, el saber y la lógica no siempre bastan.