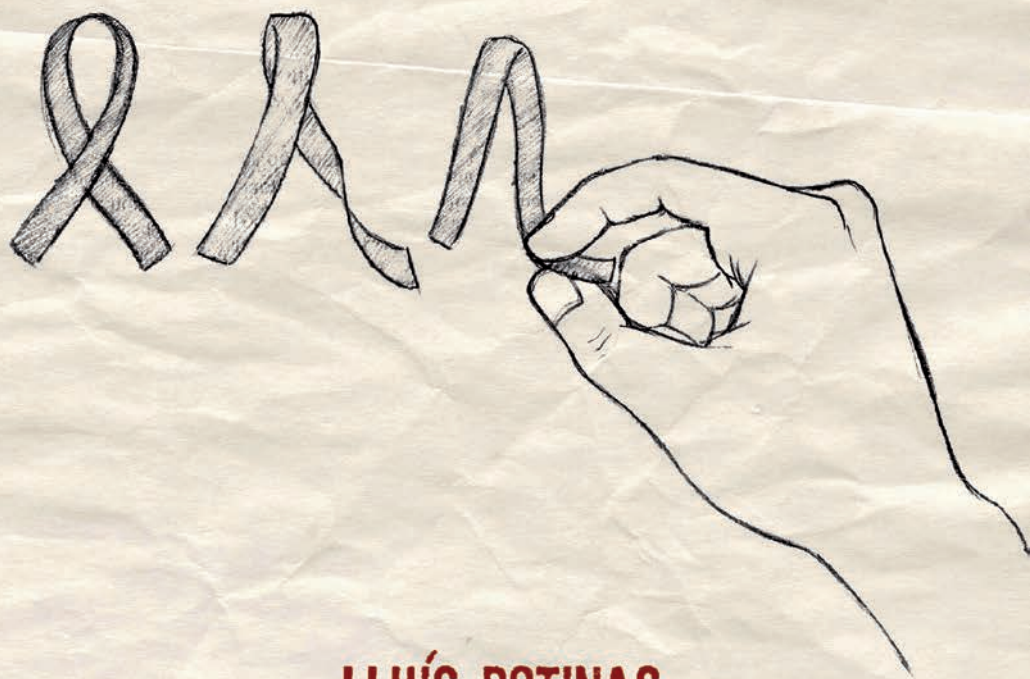

DESMONTAR EL SIDA

El SIDA no es una enfermedad a tratar
—ni siquiera alternativamente—
sino un engranaje *made in USA*
a dismantelar



LLUÍS BOTINAS

La presente edición es una versión digital del libro homónimo.
Este ejemplar puede descargarse gratuitamente en la página web:
<http://www.cauac.org/desmontarelsida>

LICENCIA CREATIVE COMMONS

Este libro tiene una licencia Creative Commons Attribution-NoDerivs-Noncommercial. Para consultar las condiciones de esta licencia se puede visitar:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nd-nc/1.0/>

Esta licencia permite copiar, distribuir, exhibir e interpretar este texto, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Autoría-atribución: se habrá de respetar la autoría del texto y de su traducción.
- No comercial: no se puede utilizar este trabajo con fines comerciales.
- No derivados: no se puede alterar, transformar, modificar o reconstruir este texto.
- Los términos de esta licencia deberán constar de una manera clara para cualquier uso o distribución del texto.
- Estas condiciones se podrán alterar sólo con el permiso expreso del autor.

© 2011 Lluís Botinas

© 2011, de la edición, Cauac Editorial Nativa

Maquetación y diseño:
Rebeca Lobato Martínez

ISBN:
978-84-937871-4-1

Depósito legal:
MU-611-2011

Cauac Editorial Nativa:
Apdo. de correos 3002 – Murcia
<http://www.cauac.org>
cauac@editorialnativa.net

DEDICADO...

... a todas las víctimas del montaje SIDA que han fallecido siguiendo confiadamente el camino marcado por los *CDC* (*Centers for Disease Control*, con base en Atlanta, Georgia, USA) y, a su remolque, por la OMS (Organización Mundial de la Salud), Gobiernos, Universidades, medios de comunicación de masas, comités mal llamados anti-SIDA (pues viven del montaje SIDA), ... y por los médicos especialistas oficiales, que se han encargado de ejecutarlas,

... a todas las personas etiquetadas que, a pesar de haber escuchado lo que sostenemos quienes rechazamos la versión oficial, han acabado falleciendo con la etiqueta “muerto de SIDA”,

... a todas las personas etiquetadas “seropositivo” o, en su caso, “enfermo de SIDA”, y que siguen atrapadas por el montaje SIDA, pugnando día a día por sobrevivir a esta trampa siniestra, con el deseo de que logren apartarse del engranaje SIDA superando la presión de todos aquellos –sobre todo oficialistas pero también muchos disidentes– que les mantienen presas en él,

... **con el deseo** de que los familiares de las víctimas ya fallecidas, las víctimas que siguen vivas y sus allegados, los disidentes y los rigurosos del SIDA, y una parte suficiente de la población restante, encontremos la inspiración, la fuerza y los medios necesarios para acabar pronto y definitivamente con el fraude SIDA, esta obra destructiva de los *CDC*.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN ACTUALIZADORA

¿Un libro único?.....	11
Invitación a entrenarse.....	13
Algunas ampliaciones y matizaciones a lo que escribí en 1997.....	14
Un cambio cualitativo:	
de pedir un <u>debate SIDA</u> a actuar para <u>desmontar el SIDA</u>	16
A los CDC les costó 14 años (1981-1995) construir el montaje SIDA.....	23
Acabar con el SIDA puede tomar muy poco tiempo.....	27
¿Cómo desmontar el SIDA?.....	28
Pero, ¿quién quiere <u>acabar con el SIDA</u> ?.....	30
Disidentes del SIDA y rigurosos del SIDA.....	31
Dos aclaraciones complementarias importantes:	
Las únicas personas que nunca pueden ser víctimas del SIDA son las	
personas realmente inmunodeficientes.....	31
Dar positivo a los tests <u>no</u> indica inmunodeficiencia.....	32
... ni tampoco tener que cuidarse de por vida.....	33
Serorreversión: un gravísimo problema para los oficialistas.....	34
Resumiendo muy concentradamente.....	36
¿Cuál es la causa del SIDA?.....	36
¿Cuál es el tratamiento adecuado del SIDA?.....	36
¿Hipótesis acerca de por qué los CDC construyeron el SIDA en 1981?.....	37
Hipótesis suave.....	37
Hipótesis dura.....	37
Pendiente.....	40

TÍTULOS DEL “DEBATE SIDA” IMPULSADO POR DIARIO 16

Artículos previos:

Columna Opinión, 16-3-97: El SIDA no es viral.....	43
Columna Opinión, 21-3-97: El VIH ya no es ni mortal ni peligroso.....	45
Columna Opinión, 27-3-97: Indemnizaciones, sí. Pero no por el VIH.....	47
Columna “Desmontar el SIDA” 4, 1-4-97: Censura sobre el tema.....	49
Capítulo 0, 3-4-97 o previo especial: “El VIH no existe”.....	51
Editorial: Disidencias.....	51
Entrevista con el virólogo alemán Dr. Stefan Lanka.....	52
Premio <i>Diario 16</i>	60
Columna “Desmontar el SIDA” 5, 5-4-97: Cuestionar el VIH.....	61
Columna “Desmontar el SIDA” 6, 9-4-97: “VIH”: Sencillamente las pruebas.....	63
Editorial, 10-4-97: Debate sobre el SIDA.....	65

Serie de 19 capítulos “Debate SIDA” (casi) semanales:

I (15-4-97): ¿EXISTE EL VIH?	67
Basta de censura. Por un debate científico y público	67
“Pedir al Dr. Gallo las pruebas de que el VIH existe” Entrevista a Lluís Botinas	69
Declaración del Dr. Lanka: (los artículos en <i>Science</i>)	
“No contienen prueba alguna”	74
II (22-4-97): ¿QUIÉN ES EL DR. GALLO?	79
La marcha del debate	79
“Científicamente reconocido” no significa “científicamente demostrado”	80
Dr. Gallo: de descubridor único a codescubridor	81
... y de codescubridor a ladrón	84
Otras “obras” del Dr. Gallo	85
Carta del Dr. Gallo en <i>Nature</i> (vol. 351, 30-mayo-1991)	87
El Senado y el Ministerio de Salud USA, ratifican	88
Propuesta al Dr. Gallo y a La Caixa: “Abrir un debate-SIDA que suavice responsabilidades”	91
Columna “Desmontar el SIDA” 7, 27-4-97: ¿Cuáles dos bandos?	95
III (29-4-97): ¿QUÉ ES EL SIDA?	97
Si el VIH no existe, el SIDA debe explicarse de otra manera	97
¿Qué es el SIDA?	100
Las reglas de juego del invento SIDA	101
¿De qué fallecen los presentados como “muertos de SIDA”?	106
Consejos a una persona etiquetada	107
Los vencedores del SIDA	108
Columna “Desmontar el SIDA” (no publicada): “VIH”: ¿Último aniversario?	111
IV (6-5-97): SIDA, ¿CON O SIN VIH?	113
¿Empieza un cambio indirecto de argumentos?	113
El falso argumento oficial	117
Algunos errores oficiales básicos. Pero, ¿se trata tan sólo de “errores”?	121
V (13-5-97): SIDA: ¿FÁRMACOS QUE MATAN?	125
“Los fármacos actuales matan a los pacientes”.	
Entrevista con el médico alemán Dr. Heinrich Kremer	125
La vida según Kremer	127
La teoría de la bala mágica	129
VI (20-5-97): SIDA: ¿UN INVENTO?	131
SIDA: un invento destructivo	131
Una presentación reveladora: el SIDA como mortal	134
El SIDA es demasiadas “primera vez”	135
¿Ciencia o “relaciones públicas”?	138
VII (27-5-97): ¿ES EL SIDA CONTAGIOSO?	141
“El SIDA no es infectocontagioso”	141
Entrevista con el Dr. Roberto Giraldo	142
HEAL: curando el SIDA desde 1982	147

VIII (3-6-97): ¿VENCEDORES DEL SIDA?.....	149
Entrevistas con testimonios:	
“Asumir la responsabilidad”	
José Miguel Alvarado, etiquetado desde 1987.....	150
“Era seropositivo. ¡Ya no lo soy! Me he quitado la etiqueta”	
Esteban, desde 1990.....	157
“Se hizo los ‘análisis’ y empezó su calvario”	
Isabel, enfermera desde 1980.....	157
IX (10-6-97): ¿MÉDICO, SEROPOSITIVO Y DISIDENTE?.....	159
“Asumir la responsabilidad”.	
Entrevista con el médico gallego Manuel Garrido, seropositivo desde 1987.....	160
X (17-6-97): ¿CARGA VIRAL? (1).....	167
Cuestionar realmente.....	168
Una creencia sin base: la “carga viral” se impuso rápidamente a pesar de que	
los artículos aparecidos en <i>Nature</i> carecían de todo rigor.....	170
La llamada “carga viral” se mide con una técnica llamada PCR que no sirve	
para medir cargas virales. Y menos de un virus VIH que no existe.....	175
XI (24-6-97): ¿CARGA VIRAL? (2).....	177
Lo llamado “carga viral de VIH” no mide carga viral alguna, pero es utilizada	
para justificar el envenenamiento con cócteles de las personas etiquetadas.....	178
La PCR no sirve para cuantificar el material genético original ni para amplificar	
virus enteros, aunque existan realmente.....	180
XII (1-7-97): ¿ASELINATO PREMEDITADO?.....	185
SIDA: en Alemania, autoridades sanitarias acusadas de asesinato premeditado.....	185
“El SIDA es un asesinato premeditado”.	
Entrevista con el Sr. Karl Krafeld, activista social.....	186
XIII (8-7-97): ¿TRANSMISIÓN SEXUAL?.....	191
Editorial: “Silencio, muerte y SIDA”.....	191
¿Transmisión sexual?.....	192
“El SIDA no es un fenómeno infeccioso”. Entrevista con el Dr. Enric Costa,	
médico especialista en Medicina Interna y Neurología.....	193
XIV (15-7-97): ¿CÓCTELES ASESINOS? (1).....	199
¿Por qué los cócteles son tendencialmente mortales?.....	199
Los “nucleósidos análogos” impiden la división celular.....	200
Los “inhibidores de proteasa” impiden el metabolismo celular.....	203
XV (26-7-97): ¿CÓCTELES ASESINOS? (2).....	207
¿Por qué los cócteles son tendencialmente mortales? (II).....	207
Los “nucleósidos análogos” matan porque impiden la división celular (II).....	208
Los “inhibidores de proteasas” matan al impedir el funcionamiento celular (II).....	211
Columna “Desmontar el SIDA” (no publicada): ¿Más heterosexuales? ¿Más mujeres?.....	215
XVI (1-8-97): ¿CÓCTELES ASESINOS? (3).....	217
¿Cómo los oficialistas dan por beneficioso algo que mata?.....	217

¿Disminuye la “carga viral”?	218
Otros criterios falsos	221
XVII (16-9-97): ¿SON FIABLES LOS “TESTS DEL SIDA”? (1)	225
Todos los seropositivos son falsos positivos	226
Ningún test del SIDA es válido	227

Ya no publicados por cambio del director de *Diario 16*:

XVIII: ¿SON FIABLES LOS “TESTS DEL SIDA”? (2)	229
Prohibición inmediata de los tests <i>ELISA</i> y <i>Western blot</i>	230
60 causas de posible “reacción cruzada”, es decir, de falso-positividad	233
Colombia: importante encuentro internacional “SIDA sin VIH: ¿Mito o realidad?”	235
XIX: ¿SON FIABLES LOS “TESTS DEL SIDA”? (3)	237
Razones biológicas y técnicas para prohibir de inmediato los “tests del SIDA”	238
Hay que indemnizar a todos quienes tuvieron la desgracia de dar positivo a estos tests-chapuzas	243

DOCUMENTACIÓN GRÁFICA	245
------------------------------	-----

BREVE RELACIÓN DE LIBROS Y DE WEBS CRÍTICAS	257
--	-----

INTRODUCCIÓN ACTUALIZADORA

¿UN LIBRO ÚNICO?

Quiero empezar, lector/a, resaltando el carácter único del libro que tiene en sus manos.

Por un lado, se trata de un documento histórico sin par puesto que no ha habido en el mundo otro esfuerzo como el realizado por *Diario 16*¹ (bajo la dirección de Juan Tomás de Salas, fallecido el 22 de agosto de 2000, d.e.p.) entre marzo y septiembre de 1997 para abrir un debate sobre las causas y las soluciones del SIDA. Semana tras semana, publicó 28 documentos (tres editoriales, siete columnas y 18 capítulos) impulsando dicha clarificación.

¿Cuántas vidas se hubiesen podido salvar y cuánto dolor se hubiese podido evitar si los defensores de la ficción VIH/SIDA –a quienes a partir de ahora llamaré los “oficialistas”– hubiesen aceptado entonces cuestionar las bases sobre las que día tras día siguen atrapando, engañando y envenenando a sus víctimas?

Y por otro lado, este documento histórico sirve de sustento a la propuesta de una línea de actuación, aquí y ahora, dirigida nada menos que a ACABAR CON EL SIDA. O, más exactamente, a ACABAR CON EL SIDA... DESMONTÁNDOLO.

Este volumen recoge los 32 originales (los 28 mencionados más dos columnas y dos capítulos que no llegaron a aparecer) de unos escritos redactados –la mayoría, por mí– en 1997 para ser publicados en las páginas de *Diario 16*. Y los retoma a fin de que ahora sirvan para preparar acciones destinadas a terminar lo antes posible –¡y la cosa puede ser rápida!– con lo que, iniciado en 1981, se llamó “la epidemia del siglo XX”... y que el *establishment* del SIDA ya ha prolongado al siglo XXI y pretende perpetuar.

Quede claro de inmediato que si realmente el SIDA fuese una epidemia, ya habría desaparecido por sí solo hace más de 20 años. En efecto, la característica principal de las epidemias verdaderas es aparecer de repente, crecer exponencialmente, pronto decrecer exponencialmente

¹Editado en Madrid para toda España, *Diario 16* nació el 18 de octubre de 1976 y cerró el 7 de noviembre de 2001.

y desaparecer totalmente, y ello de manera natural. Así ocurrió con las dos epidemias más conocidas: la peste negra (1347 a 1350) y con la gripe española (1918 y 1919).

Sin embargo, los especialistas oficiales del SIDA están intentando fabricar delante de nuestros ojos una “epidemia crónica”, sueño dorado de expertos, farmacéuticas y demás traficantes de miedo y poder. En efecto, afirman simultáneamente las dos falsedades “hay una epidemia de SIDA” y “hemos cronificado el SIDA”, confiando en que la prisa, la confianza –por ahora– en los especialistas del SIDA, el silencio cómplice de otros expertos, la ignorancia de lo básico generado por el bombardeo con millones de datos insignificantes, el seguidismo –por ahora– de las instituciones internacionales (OMS, ONU, ONUSIDA, ...) y de los gobiernos y universidades, la complicidad de las organizaciones de víctimas que cobran por extender la versión oficial, la práctica desaparición del periodismo de investigación, el miedo generalizado a decir cualquier cosa que se aparte de “lo oficial” o “lo normal” o “lo políticamente correcto”, etc., les permitirá llevar su maniobra a buen puerto.

Pero no sólo el SIDA no es una epidemia², sino que tampoco es una enfermedad. Aquí encontrará, lector/a, elementos confío que suficientes para comprender que el SIDA es un montaje. Más exactamente, un engranaje construido paso a paso a partir de 1981 por los CDC.

Sólo hay un libro publicado que puede considerarse precedente en esta orientación: *EL RAPTO DE HIGEA. Mecanismos de poder en el terreno de la salud y la enfermedad* (Jesús García Blanca, Virus Editorial, Barcelona, 2009). Jesús, desde 1994 amigo y colaborador, explica, a lo largo de 225 documentadísimas páginas, los principales mecanismos políticos, económicos, mediáticos,..., y las llamadas “revistas científicas” y su sistema de censura denominado peer review, que, lamentablemente, están influyendo cada vez más en la ciencia y en la medicina occidentales modernas, con graves consecuencias en la salud de la población mundial pero muy

²Además, ¿qué es lo que oficialmente ocurre con la supuesta “epidemia de SIDA, especialmente terrible en África”? Resulta que a fines de noviembre de 2007 se redujo furtivamente en siete millones (de 40 a 33) el número de supuestas “personas viviendo con VIH/SIDA” en el mundo. Así las autoridades sanitarias internacionales OMS y ONUSIDA reconocieron que las cifras estaban hinchadísimas... y siguen estándolo. Y puesto que nadie ha demostrado que el supuesto VIH exista ni que el SIDA sea una enfermedad, en realidad todas estas cifras son sencillamente parte del invento. En realidad, el truco clave de la supuesta “terrible epidemia de SIDA en África” es que los africanos que siguen muriendo de malaria, de tuberculosis, de tifus, de hepatitis, de diarrea o de hambre son presentados por los oficialistas como “víctimas del SIDA”. Lo demuestran los informes que explican que África, en vez de haberse despoblado como vaticinaron los oficialistas, no ha frenado para nada el ritmo de crecimiento de su población.

especialmente en la de los países económicamente desarrollados. Y a continuación, a modo de ejemplo, Jesús aplica dichos mecanismos al tema SIDA. En consecuencia, sus últimas 120 páginas han sido las primeras en el mundo que explican que el SIDA es un montaje *made in USA*. El libro que tiene en sus manos, lector/a (y otro mío que por ahora está retenido en el camino³) refuerzan y amplían este enfoque.

Pero varios centenares de miles de páginas están escritas cuestionando, en mayor o menor grado, la versión oficial del SIDA, que se resume en la expresión VIH/SIDA⁴.

INVITACIÓN A ENTRENARSE

A quien quiera conocer la falsedad de cada una de las afirmaciones del VIH/SIDA le basta poner en un buscador de Internet la palabra “SIDA” y le aparecerá un número enorme de páginas web (pongo entre paréntesis las que me surgieron el día 14 de marzo de 2011) cuando la combine con alguna de estos vocablos: “verdad” (2.390.000), “mentira” (976.000), “fraude” (922.000), “engaño” (210.000), “estafa” (801.000), “montaje” (218.000), “timo” (496.000) o “disidentes” (156.000). Es decir, descubrirá un mundo –aún muchísimo mayor si pone las palabras en inglés: “AIDS” con “truth” (15.800.000), “lie” (33.600.000), “fraud” (14.300.000) o “disidents” (599.000)– que le ha sido censurado por los oficialistas y por sus –por ahora– lacayos. Y quien sin prejuicios estudie críticamente esta documentación llegará paulatinamente a la conclusión de que la versión oficial del SIDA es pura ficción puesto que carece de base científica, biológica, bio-lógica y real. En otras palabras, entenderá que el SIDA verdadero no tiene nada que ver con lo que se cuenta a la población en general y a las víctimas del montaje SIDA en particular.

Paso a paso, se le irá desmoronando todo lo que Ud. había dado por cierto confiando en los mecanismos dominantes en esta sociedad occidental

³Titulado *EL VIH/SIDA ES UNA FICCIÓN. Preguntas para desmontar el SIDA, un invento made in USA*. Sus casi 500 páginas se hallan bloqueadas desde el 22 de julio de 2010 por una editorial (relativamente) importante con un contrato firmado... que no sé cómo romper. Recoge 20 años de investigación, experiencia y vivencia, y argumenta y documenta mucho más lo que aquí sólo puede estar muy condensado.

⁴VIH/SIDA: esta concentración de siglas inventada en 1987 y usada desde entonces para designar lo que desde 1982 se conocía sencillamente con las tramposas siglas SIDA, pretende reafirmar, tanto consciente como subconscientemente tres falsedades oficiales: que existe una enfermedad llamada SIDA, que fue encontrado un virus denominado VIH y que este supuesto virus es la supuesta causa de dicha supuesta enfermedad.

moderna oficial. No sé cuál será su concatenación de principales cuestionamientos y descartes, lector/a, pero le comparto la mía desde que me impliqué en el tema SIDA en 1990 creyéndome toda la versión oficial: la supuesta transmisión sexual, la supuesta epidemia, la supuesta causalidad del SIDA por el VIH, la supuesta validez de los tests, la supuesta existencia del VIH y, finalmente, la decisiva, pues esta primera falsedad exigió construir todas las restantes: la supuesta realidad del SIDA como enfermedad. El proceso fue lento y doloroso, y tardé casi dos décadas.

Tómese, lector/a, todo el tiempo que le haga falta hasta llegar a sus propias conclusiones. Y confío en que irá entendiendo y aceptando que yo finalmente haya dado el paso que considero decisivo: llegar a la conclusión de que el SIDA no es una enfermedad a tratar (tampoco alternativamente) sino un montaje *made in USA* a dismantelar.

ALGUNAS AMPLIACIONES Y MATIZACIONES A LO QUE ESCRIBÍ EN 1997

Considero que conservan una rabiosa actualidad casi todas las líneas entonces escritas. Sólo me cabe mencionar algunas ampliaciones y matizaciones:

Ampliaciones: aunque lo que sale ya es muy indicativo, ahora tengo aún más elaborados aspectos tales como:

- “Las reglas de juego del SIDA” (III, 29-4-97), que están estrechamente ligadas a los pasos, que explico más adelante, dados por los CDC para construir penosamente el montaje SIDA a lo largo de nada menos que 14 años: 1981 a 1995.
- “¿De qué fallecen los presentados como ‘muertos de SIDA’?” (III, 29-4-97), pues he ampliado a once las causas del fallecimiento de quienes son presentados con la etiqueta “muerto de SIDA”.
- “Algunos errores oficiales básicos. Pero, ¿se trata tan sólo de ‘errores’?” (IV, 6-5-97) aunque ahora dejo definitivamente claro lo que entonces ya apuntaba: que no se trató de errores sino de actuaciones plenamente premeditadas por parte de los CDC y sus colaboradores.
- “El SIDA es demasiadas ‘primera vez’” (VI, 20-5-97) en la historia

de la ciencia y de la medicina, lo cual descarta la casualidad y deja como única posibilidad que ha sido intencionado.

- Que la “carga viral” (X y XI, 17 y 24-6-97) es un sofisticado artefacto tecnológico introducido tramposa y deliberadamente para presentar como beneficiosos unos cócteles que envenenan a las personas etiquetadas “seropositivas” o “caso de SIDA”.
- Que los “tests del SIDA” (XVII, 16-9-97, y las dos partes ya no publicadas por el nuevo director de *Diario 16* pero aquí reproducidas) son una chapuza, por lo que en realidad la primera “práctica de riesgo en SIDA” es hacerse los tests, y las siguientes son creerse lo que los oficialistas dicen y tomarse lo que prescriben,
- Y, sobre todo, la mayor comprensión de que la maquinaria SIDA es un montaje *made in USA*.

Matizaciones:

- Desde hace años no digo “EL VIRUS DEL SIDA NO EXISTE” (0, 3-4-97) puesto que nadie puede demostrar que algo no existe, pero sí afirmo rotundamente, apoyándome en El Grupo de Perth⁵, que “no hay prueba científica alguna de que el VIH exista”.
- Sobre esta entrevista al Dr. Lanka: con los años fui dándome cuenta que las condiciones que el Dr. Lanka explica en la entrevista como necesarias para poder afirmar que “un nuevo virus ha sido aislado” son las correctas y rigurosas, pero que su cumplimiento se había relajado e incluso relegado desde lustros antes. En efecto, el 16 de junio de 1980 el Tribunal Supremo de los EE.UU. aprobó una ley permitiendo patentar organismos vivos manipulados, fuese enteros o a pedazos. Esta nueva legislación trastocó la investigación y ha jugado un importante papel en la degeneración de (gran parte de) la investigación biológica y médica. Y, en particular, de una de sus parcelas tecnológicamente más sofisticadas y, por lo tanto, con mayor margen de manipulación y (auto)engaño: la Virología. El proceso que llevó de 1982 a 1984 a la chapuza “el VIH ha sido aislado y causa SIDA” expresó, y al mismo tiempo aceleró, la degeneración de la Virología. No es de extrañar que los actuales

⁵The Perth Group, constituido desde inicios de los 80 en torno a la biofísica Eleni Papadopoulos-Eleopoulos. Perth es la ciudad australiana en la que reside, así como su mano derecha, Dr. Valendar Turner, y algunos colaboradores; otros viven en terceros países. Son de un rigor científico absoluto y su obra es impresionante.

libros de Virología no den al aspecto “aislamiento” la importancia que antes tenía.

- Lo que aparece acerca del juicio de Göttingen (Columna 21-3-97; recuadro final a la entrevista al Dr. Lanka, 3-4-97 y XI, 24-6-97) es incompleto ya que, al parecer, posteriormente el médico ahí mencionado acabó siendo sancionado... pues no resulta fácil librarse del poderoso *establishment* del SIDA.
- Acerca de que “Los ‘nucleósidos análogos’ matan porque impiden la división celular” (XIV y XV, 15 y 27-7-97), debo precisar que efectivamente los “nucleósidos análogos” (AZT-Retrovir-Zidovudina y demás de esta familia) matan, pero sobre todo por otras razones... aunque muchos disidentes siguen repitiendo hoy en día lo que yo también creía entonces pero que luego corregí. En un estudio publicado en 1999, *The Perth Group* demostró que, en contra de lo que afirman los oficialistas y la propia GlaxoSmithKlein, fabricante del AZT aplicado a SIDA, el AZT funciona como “bloqueador de la cadena de ADN” (*DNA chain terminator*) en el reducido 1% en que es trifosforilizado por la persona tras ingerirlo, por lo que su efecto dañino por esta vía, aunque existe, es inferior a lo temido. Luego el AZT mata debido sobre todo a otros graves efectos: daña las mitocondrias celulares, reduce la síntesis de ADN, oxida los grupos sulfidril (antioxidantes), mata células (citotóxico) por caminos aún no precisados, ...
- ... y algunas matizaciones más están puestas como “Nota a pie de página” que se distinguen de las originales porque empiezan con: (Añadida)

UN CAMBIO CUALITATIVO: DE PEDIR UN DEBATE SIDA A ACTUAR PARA DESMONTAR EL SIDA

Subrayo que ha habido un cambio cualitativo en mi manera de situar y de orientar estos documentos:

ENTONCES fueron concebidos en el **campo científico-médico** con la intención de impulsar un debate con los oficialistas, debate pedido inútilmente desde 1987 en USA, Australia, Alemania, Suiza, ..., y desde 1996

por nosotros. Lector/a, si un oficialista le dice que este debate ya se realizó, por favor, no le dé crédito y, por el contrario, pídale las pruebas de ello. El ejemplo de *Diario 16* resultó revelador pues, semana tras semana, el silencio fue... estruendoso: no hubo debate alguno porque ningún oficialista defendió aquello por lo que cobra. La consigna que aplicaron como un solo hombre fue la de “mejor *non meneallo*”, es decir, “si los ignoramos, dejan de existir”. Y eso que *Diario 16* fue anunciando el *Debate SIDA* en primera página hasta casi el último capítulo. Por esto considero que todos los oficialistas han cometido y siguen cometiendo “pecado por omisión”... aunque el “pecado por acción” quizás sólo sea imputable a una minoría consciente del carácter tramposo del engendro SIDA.

Pero **AHORA** considero que el tema SIDA está situado en el **campo delictivo-criminal**. Y por ello de lo que se trata es directamente de ACABAR CON EL SIDA o, más exactamente, de ACABAR CON EL SIDA DESMONTÁNDOLO.

Me han ayudado a llegar a esta conclusión y a esta necesidad:

1) La actitud de los propios oficialistas, que persisten en su total negativa al Debate Científico-Médico repetidamente solicitado. Por el contrario, han intensificado su descalificación de quienes no aceptamos la vacuidad pseudocientífica VIH/SIDA pasando a llamarnos ni más ni menos que “negacionistas”.

2) La conducta de los propios oficialistas, que han sofisticado la forma de matar a sus víctimas: han logrado que se les mueran “con carga viral indetectable” (es decir, según ellos mismos, sin supuesto VIH) y “sin enfermedades oportunistas” (es decir, según ellos mismos, sin inmunodeficiencia, luego sin SIDA), por lo que, según sus propios criterios, se les mueren “sanos”... aunque en realidad sea “aparentemente sanos”. En efecto, actualmente la gran mayoría se les mueren por fallo o hepático o renal o del corazón, o/y por enfermedades no englobadas en su treintena de “enfermedades definitorias de SIDA”. Luego según los propios criterios que los oficialistas han fabricado, no mueren ni del supuesto VIH, pues ni lo detectan, ni del proclamado SIDA, pues no les cogen “enfermedades oportunistas”. Pero no parece que haya mucho debate entre los oficialistas para precisar cuáles son entonces las verdaderas causas del fallecimiento de quienes engrosan las estadísticas de “muertos de SIDA”. Repiten machaconamente “hemos convertido el SIDA en una enfermedad crónica”, y para reforzar esta afirmación carente de base científica recurren al truco de

silenciar todo lo que pueden la cifra anual de nuevos “muertos de SIDA”. Probablemente esto refleje que muchos de ellos saben que los “fallecidos de SIDA, víctimas del VIH” en realidad sucumben a la mayor cantidad de fármacos agresivos jamás administrados a una persona: los supuestos “anti-VIH” más los supuestos “preventivos”.

3) Saberse que el VIH/SIDA no sólo es una ficción sino que se trata de una ficción basada desde su nacimiento en un fraude científico.

En efecto, en el 2008 salieron a la luz tres documentos que demuestran –creo que de manera irrefutable... y sería interesantísimo que algún oficialista, empezando por el propio Dr. Gallo, intentase refutarlos– que el Dr. Robert Gallo manipuló a la Ministra de Sanidad Margaret Heckler para que, sin previa publicación de artículo científico alguno que avalase la noticia, anunciase al mundo en la conferencia de prensa del 23 de abril de 1984 “otra victoria de la ciencia americana: el prestigioso Dr. Gallo ha encontrado el virus probable causa del SIDA”. Con este truco mediático, los cuatro artículos (uno central y tres complementarios) del equipo del Dr. Gallo publicados por la revista *Science* once días después se leyeron llevando puestas las gafas “se ha aislado el virus del SIDA”.

Pero para desgracia de los oficialistas, el 30 de junio de 2008 la veterana periodista Janine Roberts hizo públicos por primera vez en su libro *FEAR OF THE INVISIBLE (MIEDO A LO INVISIBLE. Cuán temerosos debemos estar de virus y vacunas, de VIH y SIDA)* tres documentos que ilustran el fraude científico cometido por el Dr. Gallo. Para situar estos tres textos, hay que tener presente que los artículos aparecidos en *Science* el 4 de mayo de 1984 salieron del despacho del Dr. Gallo el 30 de marzo (luego solamente 35 días antes, lo cual indica que había un acuerdo previo entre la dirección de *Science* y el Dr. Gallo para dar prioridad a sus textos).

El **Documento Popovic** es el borrador del artículo principal publicado por el Dr. Gallo en *Science*. El Dr. Popovic era el jefe del laboratorio de investigación del Dr. Gallo y fue quien condujo los experimentos considerados decisivos. Escribe en página 4: “A pesar de todos los esfuerzos investigativos, el agente causal del SIDA todavía no ha podido ser identificado”. El Dr. Gallo tachará esta esclarecedora frase (y efectuará muchísimas otras modificaciones). Este cambio crucial debió efectuarse alrededor del 22 de marzo.

El **Documento Gonda** es una carta de diez líneas datada el 26 de marzo en el despacho del Dr. Matthew A. Gonda, director del Laboratorio

de Microscopía Electrónica. El Dr. Gallo le había hecho enviar muestras de sus cultivos celulares, que supuestamente contenían virus HTLV-III (el Dr. Gallo investigaba la familia de retrovirus que denominó HTLV), para que se hiciese las correspondientes imágenes por microscopio electrónico a fin de adjuntarlas para ilustrar los artículos en *Science*. El Dr. Gonda concluye: *“Insisto, estas vesículas pueden ser encontradas en cualquier precipitado celular. No creo que ninguna de las partículas fotografiadas sea HTLV I, II ó III”*.

El **Documento Minowada** es una carta de 25 líneas del propio Dr. Gallo. Fechada el 29 de marzo, acaba así: *“Finalmente, ahora sabemos que hay muchas variantes de HTLV-I. Creemos que la causa del SIDA es una variante mucho más citopática”*. Muestra, pues, que estaban en plena búsqueda, no que ya hubiesen encontrado *“la probable causa del SIDA”*. Es más, indica que justo el día antes de remitir a *Science* los que pasarán a ser “artículos de referencia del VIH/SIDA”, el Dr. Gallo tan sólo tenía una “creencia”.

4) El silencio del Dr. Gallo y de todos los oficialistas tras las revelaciones contenidas en el libro de Janine Roberts.

5) La conducta de la dirección de *Science* al no contestar a la carta que el uno de diciembre de 2008 dirigieron a Bruce Alberts, su editor jefe, 37 investigadores veteranos de 14 países. Apoyándose en estos tres documentos, le piden que *Science* retire los artículos del Dr. Gallo de 1984 una vez demostrado que son un fraude. Su carta concluye: *“Para la credibilidad de la investigación científica, es vital que sean retirados los artículos que se demuestre que son defectuosos o que están falsificados. Debido a que ahora existen documentos públicos demostrando que los artículos de Gallo sacan conclusiones injustificadas, su retirada de Science es muy importante para mantener la integridad científica. Los futuros investigadores deben también entender que no pueden basar sus declaraciones sobre VIH y SIDA en los artículos de 1984 de Gallo, y todos los autores de artículos que previamente se basaron en este conjunto de cuatro artículos, deberían tener la oportunidad de considerar si sus propias conclusiones resultan debilitadas por estas revelaciones”*. Posteriormente, algunos otros investigadores han remitido cartas análogas a *Science*. Por ahora, no ha habido respuesta explícita. Pero considero que el silencio de *Science* es un reconocimiento implícito, una confesión tácita. Sería un paso cualitativo enorme lograr que *Science* retirase el fraude en

que se sustenta todo el VIH/SIDA. Invito a escribir a *Science* exigiéndolo. La dirección de *Science* tiene ahora la oportunidad de limpiar su –como mínimo– negligencia, que ha causado ya 27 años (1984-2011) de terror y muerte.

6) El silencio mantenido ante el 25 aniversario (1984-2009) del supuesto “gran avance científico ‘se ha descubierto que el VIH causa el SIDA’” al unísono por *Science*, demás revistas científicas “prestigiosas” (como *Lancet*, *JAMA*, *Nature*, *NEJM*, *BJM* ó *PNAS*), OMS, ONUSIDA, Gobiernos, Ministerios de Sanidad, Facultades, Hospitales, comités “anti-SIDA”, medios de comunicación importantes, artistas que “combaten el SIDA” y todo el *establishment* del SIDA. Parece que (casi-casi-casi) todas las personalidades e instituciones importantes saben que el SIDA es un montaje basado en el fraude científico del Dr. Gallo. Es más, probablemente llegaron a saberlo hace bastante tiempo pero continúan promocionando la versión oficial. ¿Son solamente las víctimas del montaje SIDA quienes aún no se han enterado del fraude científico en que se basa la versión oficial del SIDA?

7) Las repetidas declaraciones del Dr. Luc Montagnier, Premio Nobel de Medicina en 2008 por supuestamente “haber aislado el VIH” en 1983”, cuestionando la versión oficial del SIDA. He aquí algunas: **A)** en la VI Conferencia Internacional de SIDA celebrada en San Francisco en 1990 lanzó su “hipótesis de los co-factores”: puesto que el VIH no es capaz por sí sólo de matar T4 alguno, es necesario que sobre la misma célula actúe al mismo tiempo otro factor. Tras años buscando micoplasmas u otros co-factores microbianos, a partir de mediados de los noventa apunta co-factores mucho más interesantes: miedo, angustia, estrés crónico, malos hábitos de vida, etc.; **B)** en 1994 deja claro que el SIDA no tiene unos síntomas que lo identifiquen al retomar en su libro *Sobre virus y hombres. La carrera contra el SIDA* (Madrid, Alianza Editorial) la frase “el SIDA, enfermedad sin síntomas clínicos propios”; **C)** en aquellas fechas empezó a recomendar el uso de antioxidantes y a poner el acento en llevar una vida sana, reduciendo el uso de los supuestos “antivirales” a unos pocos meses; **D)** el 18 de julio de 1997, refiriéndose a los ensayos que llevaron a su supuesto “aislamiento del VIH”, el Dr. Montagnier afirmó rotundamente: “¡Repito: no purificamos!” (declaraciones a Djamel Tahi, www.virusmyth.com/aids/continuum/v5n2.pdf), y si no purificó, no pudo “aislar el VIH”, pues aislar es un paso posterior al de purificar; **E)** en diciembre de 2007

estuvo en Madrid buscando antioxidantes naturales y declaró: “El VIH sólo es un problema grave si el sistema inmune está deprimido” (www.dsalud.com/numero102_1.htm); **F)** el 12 de octubre de 2008, *El País* publica una entrevista hecha en París dos días después de serle concedido el Nobel en la que a la pregunta “¿Qué personas tienen más riesgo de desarrollar el SIDA?”, contesta: “El virus actúa en aquellos organismos que presentan ya una situación degradada, por el consumo de drogas o por una vida complicada, con abuso de alcohol, o escasa atención a la alimentación. Algunas personas sanas pueden ser infectadas por el virus durante un breve periodo, pero pueden desembarazarse de él enseguida. La moraleja de todo esto es que hay que llevar una vida responsable, y evitar otras infecciones”; y **G)** a inicios del 2009 tiene el siguiente diálogo con Brent Leung, director del reportaje *House of Numbers*: Dr. LM: “Podemos estar expuestos muchas veces al VIH sin ser crónicamente infectados. Nuestro sistema inmunológico se liberará del virus en unas pocas semanas si se tiene un buen sistema inmunológico”; BL: “Si se tiene un buen sistema inmunológico, entonces, ¿puede el cuerpo liberarse naturalmente del VIH?”; Dr. LM: “Sí”; BL: “Si se toma un africano pobre que ha sido infectado y se refuerza su sistema inmunológico, ¿es también posible que pueda eliminarlo naturalmente?”; Dr. LM: “Yo pensaría así. Éste es un conocimiento importante, que ha sido completamente descuidado. La gente siempre piensa en medicamentos y vacuna”; BL: “No hay dinero alguno en nutrición, ¿cierto?”; Dr. LM: “No hay ganancias, sí”. No es de extrañar que el Dr. Montagnier sea marginado e incluso despreciado por muchos oficialistas...

8) El audiovisual del joven realizador canadiense Brent Leung CASTILLO DE NÚMEROS. *El fin del SIDA puede estar más cerca de lo que Ud. cree. La historia del VIH/SIDA se está reescribiendo* (*House of Numbers*), en el que otros oficialistas importantes (además del citado Dr. Montagnier) dan argumentos de peso en contra de la propia versión oficial al mostrar algunas de sus debilidades y contradicciones. ¡Lograr que los oficialistas se explicasen a sus anchas y hablasen entre sí durante mucho tiempo, sería una fuente inagotable de argumentos a favor de los críticos!

y 9 y decisiva) el experimentado detective Clark Baker sitúa el tema SIDA directamente en el campo delictivo-criminal. Le cedo la palabra: “Soy detective, con licencia en California. He sido detective

durante 28 años, tanto privado como en el Departamento de Policía de Los Ángeles (1980-2000). (...) He recibido más de 80 condecoraciones militares y civiles por mis servicios como sargento de *marines* y como oficial de policía. (...) Soy afortunado por tener el tiempo, la energía y los recursos para ayudar *pro bono* a que buenas personas puedan salir de apuros inmerecidos. (...) Jamás he escrito sobre algo más importante. Esta historia ha cambiado mi vida, y si Ud. se toma el tiempo y la paciencia para comprenderla, también puede cambiar la suya. (...) No se precisa de formación médica alguna para investigar conductas fraudulentas o criminales, así como la financiación utilizada. (...) No se requiere un cerebro de neurocirujano para ver que ningún científico ha demostrado nunca que el VIH: a) exista; b) ataque células; y c) cause el SIDA. Argumentar contra las montañas de minucias del VIH/SIDA, que son interdependientes y que se apoyan las unas a las otras, requeriría terabytes de capacidad computacional, así como una tenacidad de fanático. La clave de todo este enorme entramado no se encuentra en las construcciones de cartón-piedra, ni en los peones, ni en los corre-ve-y-diles, sino en la declaración original misma del propio Dr. Gallo sobre el VIH. (...) Tras haber investigado miles de crímenes y haber arrestado cientos de miembros de bandas criminales y otros depredadores, reconozco un asunto criminal en cuanto lo huelo”. No le costó situarse: fue a hablar con los oficialistas y le dijeron: “Los negacionistas son unos asesinos pues tienen la responsabilidad de millones de muertos en el mundo, sobre todo en África” para concluir recomendándole: “¡No vaya a hablar con ellos!”. El razonamiento del Sr. Baker fue rápido y sencillo pero sustancial: “Me dicen que los disidentes son unos criminales pero en vez de animarme a meterlos en la cárcel, me aconsejan que ni siquiera tome contacto con ellos. Entendí enseguida que los criminales son los oficialistas”. Por esto afirma: “Mi intención es continuar implicado en este tema hasta que los tribunales y/o los legisladores hayan terminado con esta empresa criminal llamada SIDA”. Para ello Clark Baker ha constituido la *Office of Medical and Scientific Justice* (OMSJ).

Lector/a, situados en la perspectiva “el SIDA no es una enfermedad sino un montaje delictivo-criminal a dismantelar”, conviene entender mejor cómo:

A LOS CDC LES COSTÓ 14 AÑOS (1981-1995) CONSTRUIR EL MONTAJE SIDA

La clave radica en comprender que fue la primera invención en 1981 del SIDA como una falsa enfermedad lo que **requería necesariamente** la posterior invención de todo lo que hiciera falta para conseguir tapar este primer engaño e ir dándole una apariencia científica y tecnológica que facilitase su paulatina aceptación por todos los componentes de la sociedad hasta implantarse como el primer dogma mundial de terror⁶.

Los pasos fundamentales dados por los *CDC* para construir el montaje SIDA fueron:

1) 1981: los *CDC* afirmaron, en base a cinco casos de PCP (Pneumonía por *Pneumocystis Carinii*) y una cincuentena de casos de SK (Sarcoma de Kaposi) en homosexuales, haber detectado una nueva enfermedad sexualmente contagiosa entre *gays* que enseguida presentaron como “inevitabilmente mortal” y que denominaron *GRID* (*Gay-Related ImmunoDeficiency*), todo ello sin prueba científica alguna.

2) 1982: los *CDC* van dictando, igualmente sin prueba científica alguna, que: **2.1)** no hay sólo una enfermedad sino una epidemia, y ello a pesar de que el número de casos informados a los *CDC* a inicios de julio era de sólo 452 procedentes de 23 estados; **2.2)** se extienda el concepto “grupo de riesgo” a las “cuatro h minúsculas”: hemofílicos, heroinómanos, haitianos y hetairas (Haití protesta y se retira “haitianos”, y (casi)no hay “casos de SIDA” en prostitutas no drogadictas, por lo que cae “hetairas”); **2.3)** desde julio, se cambió *GRID* por *AIDS*, nuevo nombre que incluye una trampa decisiva: por primera vez en la historia de la Medicina se pervierte el significado de “Síndrome” pasando de indicar “conjunto de signos y síntomas” a hacerle designar “conjunto de enfermedades ya previamente existentes” (conjunto, además, creciente, como veremos) y **2.4)** la causa no es gémica en general sino vírica; así empezó la carrera, trufada de todo tipo de anormalidades, hasta lograr hacer creer al mundo que se había encontrado “el virus causante del SIDA”.

3) 1983: el Dr. Montagnier, del *Institute Pasteur*, publica en *Science* el 20 de mayo un artículo (por el que le dieron el Nobel de Medicina de

⁶Los trucos aprendidos construyendo “el SIDA” fueron configurando un modelo que, siempre partiendo de sembrar el terror, va siendo periódicamente aplicado –con mayor o menor éxito– a fabricar “hepatitis C” (y otras letras en camino), “fiebre aftosa”, “vacas locas”, “SARS”, “gripe aviar”, “gripe A”,... Y no descarto que, a otro nivel, también inspirase el 11-S (primer dogma mundial de terror televisado en directo) y sus reforzadores: 11-M, 7-J, ...

2008) en el que afirmaba algo que en absoluto demostraba: haber aislado un nuevo virus en un “enfermo de SIDA”. Pero concluyó que “queda por determinar cuál es su papel en la etiología del SIDA”. O sea que el Dr. Montagnier no afirmó haber encontrado “la causa del SIDA”. Sin embargo, los CDC decidieron que el Dr. Luc Montagnier había encontrado el virus que necesitaban...

4) 1984: fue el Dr. Gallo, de los poderosos NIH (*National Institutes of Health*), que se anticiparon a los CDC lanzando el “virus americano de su propio investigador” frente al “virus francés”), quien en la anteriormente mencionada conferencia de prensa del 23 de abril anunció al mundo haber “aislado el virus causa del SIDA”. Ahí emergió la ficción que se sigue llamando VIH/SIDA, aunque algunos aún pretenden que está demostrada en los también antes referidos artículos del Dr. Gallo en *Science* de 4 de mayo de 1984.

5) 1985: se aprueban los por el Dr. Gallo diseñados “tests del SIDA tipo ELISA” a fin únicamente de efectuar un cribado (*screening*) de las muestras de sangre y destruir aquellas que resultasen positivas. Los CDC van sacando sus *Guidelines* (Orientaciones) cada pocos meses en las que este tema concluye con la frase “queda por ver cuál es el significado de dar positivo a dichos tests”. Es decir, estos tests NO fueron aprobados para diagnosticar “infección por VIH”.

6) 1987: tiene lugar **un importante reajuste** en la versión oficial del SIDA: **6.1)** se retira el uso de la expresión “grupo de riesgo” tras lograr la gran operación de *marketing* consistente en introducir intencionada y tramposamente (utilizando declaraciones de “casos de SIDA” homosexuales presentados como heterosexuales y de drogadictas que aparecían como “normales amas de casa”, a fin de poder lanzar el eslogan: “¡Todos podemos ser víctimas del SIDA!”) la H mayúscula de “Heterosexuales”, es decir, tras conseguir convertir a toda la humanidad en un gran “grupo de riesgo”; **6.2)** el 19 de marzo, la FDA (*Food and Drug Administration*) aprobó, basándose en un ensayo multicéntrico carente de cualquier rigor, y manipulando la desesperación de unos homosexuales previamente aterrorizados, el primer fármaco oficialmente presentado como “anti-VIH”: el tristemente famoso AZT; cuando la multinacional GlaxoSmithKlein empezó a comercializarlo “contra el VIH” con el nombre “Retrovir”, le quitó la calavera y las tibias cruzadas con que la

también multinacional Sigma llevaba una veintena de años advirtiendo de su toxicidad al venderlo a fin de ser usado para desinfectar los fregadores y utensilios de los laboratorios; **6.3)** el 14 de agosto los CDC decidieron, sin estudio científico nuevo alguno, que “dar positivo al test” TENÍA QUE ser interpretado como “infección activa por VIH”, añadiendo a continuación esta justificación de la trampa que acababan de montar: “aunque muchas personas infectadas pueden durante años tener poca o nula evidencia clínica de enfermedad”; **6.4)** al mismo tiempo, se aprueba el test WB (*Western Blot*) como “test de confirmación” a fin de liberar a decenas de miles de donantes de sangre que desde 1985 habían dado positivo a los ELISA pero que resultan negativo al WB, y ello a costa de sacrificar unos cientos de homosexuales, drogadictos y hemofílicos que siguieron dando positivo a los WB, y que fueron los “daños colaterales” de la operación; y **6.5)** en vez del término más sencillo “SIDA” usado desde 1982, se instaura entre los oficialistas el uso generalizado de la más complicada expresión “VIH/SIDA” como única “respuesta” a la aparición en revistas científicas de los primeros artículos cuestionando la versión oficial del SIDA.

7) 1994: en la Conferencia Internacional de SIDA celebrada en Berlín en julio de 1993, se acordó abrir un registro de enfermos considerados “caso de SIDA” por razones clínicas pero que daban negativo a los tests. En pocos meses los CDC reconocían 4.621 de estos “casos de SIDA sin VIH”, lo que constituía un contundente desmentido del “VIH/SIDA”. ¿Solución? 1) llamarlos enfermos de un Síndrome de Linfocitopenia Idio-pática (SLI), invento sobre la marcha que, traducido, significa “conjunto de síntomas por escasez de linfocitos de causa desconocida”, con lo que pasaron de ser “casos de SIDA” a ser “casos de SLI”; y 2) dejar de diagnosticar “caso de SIDA” por razones clínicas y basarse exclusivamente en dar positivo a los tests. Así se fabricó el falso argumento oficialista “el VIH causa el SIDA porque sólo desarrolla SIDA quien está infectado por el VIH” (falso porque: A) es un razonamiento circular puesto que se deduce lo que se ha puesto al inicio, y B) una correlación incluso del cien por cien en absoluto implica causación puesto que además de la “condición necesaria” también debe cumplirse la “condición suficiente”).

y **8) 1995:** tiene lugar **una revolución dentro del propio VIH/SIDA** que instaura la versión oficial del SIDA tal como hoy la conocemos. Constó de cinco componentes: **7.1)** cambio de modelo de VIH: se pasó

del VIH-modelo-Gallo-Montagnier (“el VIH es un lentivirus con un largo periodo de latencia y difícilísimo de encontrar”) al VIH-modelo-Ho (“el VIH se multiplica miles de millones de veces desde el primer día y se encuentra en todas partes”, por lo que se convirtió en lo que me gusta llamar un *virus a gran velocidad*); **7.2**) aprobación de los nuevos supuestos anti-VIH denominados “inhibidores de proteasa” y conformación de los famosos *cócteles*; **7.3**) aplicación de los *cócteles* bajo el letal eslogan “golpear rápido, golpear fuerte”, es decir, administrar grandes dosis de cócteles –“golpear fuerte”- ante la simple sospecha de posible infección –“golpear rápido”-; **7.4**) introducción del enmarañado artefacto tecnológico conocido como “carga viral”, segundo “marcador indirecto” impuesto a fin de engañar a las víctimas presentándoles como beneficiosos unos *cócteles* que en realidad los están envenenando; y **7.5**) paso repentino, sin base científica alguna, de la falsedad “el SIDA es inevitablemente mortal” a la mentira “hemos convertido el SIDA en una enfermedad crónica”, cuya única –pero importante– ventaja es que suaviza el miedo, primer factor de fallecimiento con la etiqueta “muerto de SIDA”.

Otros engaños que tienen un papel complementario son:

- lo denominado “recuento de T4 igual a defensas”, primer “marcador indirecto” adoptado desde los inicios para ofrecer algo con apariencia tecnológica a lo que agarrarse tanto los oficialistas como sus víctimas
- crear la fantasía “el VIH muta constantemente” como una falsa-explicación-comodín-a-usar-cuando-convenga
- el “Síndrome de Reconstitución Inmunológica” (SRI), sacado de la manga en 1999 para justificar que lo que consideran “reconstrucción de la inmunidad” (es decir, “aumento de T4” o/y “respuesta virológica reduciendo la carga viral, incluso a indetectable”) gracias a la administración de cócteles desde 1995, se traduzca en más enfermedad y muerte en vez de en mejor salud y vida
- ...
- y tantas nuevas y futuras invenciones que, mientras lo permitamos, producirá la chistera de los oficialistas para intentar tapar las brechas que aparezcan en su montaje SIDA.

Así, pues, no les resultó fácil a los *CDC* construir una nueva “enfermedad” y al mismo tiempo difuminar sus límites para evitar en

lo posible que dicha fabricación fuese detectada. Para ello, además de lo ya señalado, buscaron incrementar el miedo paralizador esforzándose en fabricar una supuesta epidemia por medio del truco consistente en aumentar el número de “enfermos de SIDA” denominando así a quienes padecían un número cada vez mayor de enfermedades ya preexistentes. Partiendo de la PCP, esta maniobra englobó el Sarcoma de Kaposi en el mismo 1981 y hasta diez enfermedades más en 1983, cuando los CDC adoptaron la primera “definición oficial de SIDA”. Y luego, de nuevo por primera vez en la historia de la Medicina, los CDC dirigieron varios cambios de definición más, ampliando en 1985 a 18 enfermedades, en 1987 a 26, y en 1993 a 29 (por adoptar un número que en realidad oscila entre 26 y 31 según distintos países). Además, desde 1993 en los EE.UU. se puede considerar “caso de SIDA” a la persona etiquetada “seropositiva” que dé menos de 200 en el mal llamado “recuento de T4”. Y, para colmo, en África y la mayoría del resto del mundo, desde 1985 se puede etiquetar “caso de SIDA” a quien tenga dos de tres signos mayores y uno de siete signos menores, signos todos ellos producidos por muchas de las enfermedades endémicas. O sea que, utilizando casi una decena de definiciones distintas, el montaje SIDA se engrosa en todas partes usando los tests-trampa y el rebautizo de pacientes de enfermedades reales intencionadamente introducidas como “definitorias de SIDA”.

ACABAR CON EL SIDA PUEDE TOMAR MUY POCO TIEMPO (¿14 meses o incluso 14 semanas a partir del día D, hora H?)

¿Cuán difícil puede ser y cuánto tiempo puede tomar conseguir efectivamente acabar con el SIDA? Nadie lo sabe. La cuestión clave es empezar a actuar decididamente para lograrlo lo antes posible. ¡Ojalá Brent Leung haya sido premonitorio al poner a su importante documental un título que apunta a que “El SIDA es un castillo de naipes”!

No descarto que incluso dentro del propio *establishment* del SIDA existan fracciones que quisieran desactivar el SIDA de la forma menos traumática posible antes de que lo desmontemos. Es de prever que haya movimientos a alto nivel cara a la aprobación de una vacuna (o incluso

de dos: una “preventiva” y otra “terapéutica”; por cierto, esto de “vacuna terapéutica” es otra “primera vez”...) que permita justificar ante la población “el fin de la terrible pandemia de SIDA”...

Lo dicho: acabar con el montaje SIDA puede estar muy cerca. Actuemos para que signifique una enorme liberación de fuerza, de energía, de ilusión, de vida, ..., que haga replantear el funcionamiento actual de la ciencia y de la medicina occidentales modernas oficiales, y que, entre otras cosas, impida de una vez por todas los terrores, engaños y maniobras dirigidos a fabricar supuestas enfermedades, epidemias y pandemias.

Comprendido que “el SIDA no es una enfermedad sino una construcción” y que “la causa del SIDA son los CDC”, se llega a la conclusión de que el único “tratamiento del SIDA” adecuado es desmontarlo.

¿CÓMO DESMONTAR EL SIDA?

Empezando a hacer una o varias de las siguientes acciones (y/u otras que se le ocurran, lector/a):

- Organizar la publicación y circulación masiva de esta información crítica y emancipadora.
- Declararse TERRITORIO LIBRE DE SIDA o, más rigurosamente, TERRITORIO LIBRE DEL MONTAJE SIDA, y constituir una red multiplicadora de zonas liberadas.
- Recopilar una aplastante cantidad de TESTIMONIOS ANÓNIMOS (incluso sin nombres de médicos ni de hospitales y ni siquiera de ciudades, a fin de evitar presiones y represalias), PERO VERDADEROS de quienes han roto –hace lustros o recientemente– con el engranaje oficial.
- Compilar las frases terroristas soltadas por los oficialistas y soporadas por sus víctimas, y estudiar cómo pedir responsabilidades por el destructivo efecto nocebo que generan.
- Requerir a los médicos que vuelvan a aplicar “los tests del SIDA” a fin de que todos los etiquetados entiendan que no los hacen de nuevo porque quieren evitar que se multiplique el revelador hecho llamado “serorreversión” (“positivo” que luego da “negativo”).
- Exigir el cumplimiento del “Principio de responsabilidad” a todos los escalones y a todas las categorías de servidores públicos relacionados con el tema SIDA.

- Denunciar a las autoridades políticas y sanitarias y a los médicos “especialistas de SIDA” por aplicar unos “tests del SIDA” y unos “fármacos anti-VIH” cuyos fabricantes advierten de que no sirven ni para una cosa ni para la otra, e imponer una moratoria inmediata a su aplicación.
- Reclamar el cumplimiento a rajatabla del derecho fundamental llamado “consentimiento informado”, sistemáticamente violado por todas las piezas del engranaje SIDA.
- Presentar a firmar a cada médico hospitalario un documento donde acepte las responsabilidades civiles y penales derivadas de cada acto médico que prescribe “para combatir el SIDA”.
- Exigir, tanto las víctimas vivas como los familiares de las ya muertas, indemnizaciones por los daños anímicos, físicos, sociales, ... que se les ha obligado a sufrir innecesariamente.
- Requerir que la dirección de *Science* retire los fraudulentos artículos del Dr. Gallo.
- Abrir un juicio a dicho Dr. Gallo por perjurio.
- Solicitar a la Fundación Nobel que retire su Premio al Dr. Montagnier.
- Exigir las distintas responsabilidades (políticas, administrativas, médicas, científicas, universitarias, empresariales, mediáticas, ...) a los culpables del drama que está ocurriendo.
- Lograr el sobreseimiento de todas las acusaciones por haber “contagiado el VIH” a terceros.
- Denunciar violación de Derechos Humanos en todas partes posibles, pues “Nadie debe ser sometido a un tratamiento o pena en forma inhumana, cruel o con tortura” (artículo 5).
- Presentar querellas por robo de vida, por castración y ablación generalizadas, por envenenamiento, por intento de asesinato, ...
- Lograr que se lleve a juicio, directamente o a través de quienes lo están aplicando día a día, a los que montaron el SIDA.
- Hacer ver a los intelectuales y artistas que han apoyado generosamente “la lucha contra el SIDA” que en realidad han sido utilizados para reforzar un engaño criminal, y conseguir que pasen a actuar para acabar con el SIDA.
- Lograr que expertos de otras especialidades y de otras ramas apliquen sus conocimientos a desvelar la ausencia de bases científicas en el VIH/SIDA.

- Ante cada cita electoral, formar “Candidaturas para ACABAR CON EL SIDA”.
- Formación de “Grupos científico-médicos interdisciplinares para acabar con el SIDA”.
- Constitución de “Tribunales imparciales” en distintos campos (científicos, médicos, jurídicos, ...) que estudien las distintas posiciones existentes en cada aspecto del VIH/SIDA.
- Etc., etc., etc.

Todas estas acciones –y muchas más– permitirían avanzar desde múltiples ángulos en ACABAR CON EL SIDA DESMONTÁNDOLO, que es el camino que proponemos quienes nos consideramos LOS RIGUROSOS DEL SIDA. Y para llevarlo adelante se está formando una **Corriente Internacional DESMONTANDO EL SIDA...** a la que le invito a sumarse, lector/a.

PERO, ¿QUIÉN QUIERE ACABAR CON EL SIDA?

Aunque no se atrevan a decirlo abiertamente, los oficialistas no quieren que el SIDA termine, pues pretenden seguir viviendo perpetuamente del SIDA convertido en supuesta “enfermedad crónica” o, aún mejor para ellos, en “epidemia crónica”.

Puede ser sugerente, lector/a, preguntarse por qué tantos miles de millones de euros y, aún más, de dólares, y los esfuerzos de tantas decenas de miles de especialistas están dirigidos desde 1981 a “luchar contra el SIDA” pero no a “acabar con el SIDA”. Parece que el cerebro de políticos, administradores, responsables sanitarios, investigadores, expertos, médicos, periodistas, miembros de organizaciones (mal llamados anti-SIDA, etc., no pueda siquiera concebir la posibilidad de que el objetivo de tanto despilfarro debería ser ACABAR CON EL SIDA.

Pero tampoco la mayoría de los disidentes se orienta a acabar con el SIDA puesto que siguen empantanados “repensando”, “replantando”, “reevaluando” o “superando el SIDA”. Me temo que estas expresiones reflejan en muchos casos la aspiración a ser reconocidos por los oficialistas como interlocutores válidos, e incluso expresan el deseo de lograr demostrarles que han sido los disidentes quienes han tenido razón en sus críticas a la versión oficial y en sus avances de explicaciones alternativas.

Mientras no cambien esta actitud, estos disidentes contribuyen a que las personas etiquetadas que les escuchan sigan atrapadas por el engranaje SIDA.

Y sin embargo, los disidentes –al contrario que los oficialistas– sí que podrían proponer numerosas maneras y medidas para acabar con el SIDA... siempre que orienten su cabeza y su corazón hacia este objetivo, claro.

DISIDENTES DEL SIDA Y RIGUROSOS DEL SIDA

De hecho, confío en que surjan muchas otras propuestas y acciones de las diferentes corrientes disidentes pues todas ellas rechazan, en grados parciales distintos, la versión oficial del SIDA. Tras 25 años sufriendo los ataques del *establishment* del SIDA por sus importantes e incluso heroicos esfuerzos contracorriente, ojalá vean y sientan la necesidad de reorientar sus actividades directamente a, de una vez, a ACABAR CON EL SIDA.

Esto facilitaría una estrecha colaboración entre “disidentes” y “rigurosos” que permitiese hacer cristalizar estos cinco lustros de rechazo de la versión oficial en una suma de fuerzas que, agrupadas total o parcialmente, puedan actuar coordinadamente para acabar con el SIDA lo antes posible, quizás muy pronto pues, como dice el subtítulo puesto por Brent Leung, “Un mundo sin SIDA puede estar más cerca de lo que Ud. cree”.

DOS ACLARACIONES COMPLEMENTARIAS IMPORTANTES

Las únicas personas que nunca pueden ser víctimas del SIDA son las personas realmente inmunodeficientes

Las reglas de juego establecidas por los *CDC* son tales que las únicas vidas que no están amenazadas por el engranaje del SIDA y que, en consecuencia, nunca podrán ser etiquetadas “seropositiva”, “caso de SIDA” o “muerto de SIDA”, son las de las personas verdaderamente inmunodeficientes. La explicación es muy sencilla y bio-lógica: una persona inmunodeficiente tiene débiles los dos brazos de su inmunidad: tanto la inmunidad celular

(que funciona con el óxido nítrico y está representada por los linfocitos T) como la inmunidad humoral (que actúa por medio de anticuerpos y está encarnada en los linfocitos B). Pues bien, al tener disminuida la inmunidad humoral, una persona inmunodeprimida no puede generar la gran cantidad de anticuerpos necesaria para dar positivo a los “tests del SIDA”, con lo que siempre quedará al margen del engranaje SIDA y, por lo tanto, fuera de este peligro mortífero.

Dar positivo a los tests no indica inmunodeficiencia...

He aquí la otra cara de la aclaración anterior: una persona que tiene la mala suerte de dar positivo a los “tests del SIDA” **NO** está inmunodeprimida puesto que tiene capacidad para generar gran cantidad de anticuerpos.

Esta situación puede ser debida a tres condiciones:

I) El funcionamiento normal y sano de la persona le conlleva tener esta gran cantidad de anticuerpos debido a su a su naturaleza y metabolismo específicos. De hecho, sería interesante tener estadísticas sobre los síntomas de las personas que han dado positivo desde la aplicación de los tests en 1987 para diagnosticar supuesta “infección por VIH”. Mi hipótesis es que la (¿gran?) mayoría eran asintomáticas. Su inmunidad, en principio, estaría equilibrada.

II) Que la alta cantidad de anticuerpos ahora detectada simplemente sea un residuo de una situación mórbida vivida en el pasado pero que ya está superada en el presente o desde hace un cierto tiempo. Hoy tiene, pues, una buena inmunidad.

III) La persona está en una situación de estrés crónico generado por alguna de las cinco grandes vías posibles: psicoemotiva, tóxica (incluye drogas legales, metadona y fármacos químicos), infecciosa, nutritiva y traumática. Una situación de estrés crónico desequilibra la maduración de los linfocitos T4 aumentando el número de linfocitos Th2 y, lógicamente, disminuyendo el de Th1. La presencia de más Th2 activa a los linfocitos B, los cuales formarán más anticuerpos. Si el número de Th2 se mantiene alto, seguirá la elaboración incrementada de anticuerpos y, por consiguiente, aumentará su concentración. A partir de un momento determinado, el nivel de anticuerpos de la persona será lo suficientemente elevado como para que, si es sometida a los “tests del SIDA”, tenga la

desgracia de reaccionar, por lo que será etiquetada “seropositiva” y oficialmente considerada como “infectada por el VIH”. Es decir, en este caso la inmunidad humoral está más fuerte de lo normal, por lo que la persona tiene la desgracia de dar positivo.

En resumen, desde el punto de vista de la situación de la inmunidad (que es en la que la versión oficial del SIDA se obsesiona... y hace obsesionar a sus víctimas), el dar positivo a los “tests” indica o normalidad (primer y segundo conjunto) o inmunodesequilibrio (tercer conjunto), pero **en ningún caso señala inmunodeficiencia**. LA INMUNODEFICIENCIA ES SIEMPRE SECUNDARIA, es decir, posterior al etiquetaje y causada por el choque socio-psicológico que implica y por el doble tratamiento venenoso hospitalario (supuestos “anti-VIH” y supuestos “preventivos”).

... ni tampoco tener que cuidarse de por vida
(lo cual constituiría un grave estrés crónico de fuente psicoemotiva, variante preventiva)

Desde el punto de vista de la salud, considero, lector/a, que lo decisivo para el futuro de toda persona recién etiquetada es evitar que el engranaje SIDA la arrastre. El mayor peligro radica en creer la versión oficial y, en consecuencia, dejarse hundir anímicamente, marginar socialmente y envenenar farmacológicamente. He aquí la batalla clave a ganar: romper totalmente con el VIH/SIDA, empezando por el engaño original: el SIDA es una enfermedad (a tratar o a prevenir).

Los componentes de los dos primeros conjuntos que no sigan las pautas oficialistas, no deben temer complicaciones en su salud. Y ello aún menos si son de grupo sanguíneo A, B ó AB, puesto que estos tres grupos por naturaleza tienen una inmunidad más de tipo humoral, por lo que generan más anticuerpos y con ello tienen mayor probabilidad de dar positivo a los “tests del SIDA”.

Los restantes etiquetados, es decir, los componentes del tercer conjunto (con desequilibrio inmunitario) deben imperativamente eliminar los factores de estrés crónico que les han hecho dar positivo en los tests. Y, bio-lógicamente, su evolución dependerá de lo deteriorados o incluso enfermos que estuviesen en el momento del etiquetado. Se han ido configurando conjuntos de parámetros biológicos que realmente reflejen el estado

de salud (cosa que en absoluto hacen los “marcadores indirectos” tramposamente utilizados por los oficialistas: el “recuento de T4” identificado a “defensas”, y “eso” llamado “carga viral”), por lo que ayudan a conocer esta situación. Así, por ejemplo, el médico alemán Dr. Heinrich Kremer (V, 13-5-97) considera que los parámetros biológicos a controlar serían todos o una parte de los siguientes (las flechas indican lo aumentado ↑ o disminuido ↓ que suele estar cada parámetro en etiquetados de este tercer conjunto): A) Análisis intracelular: glutatión reducido ↓↓. B) Análisis en plasma: glutatión reducido en linfocitos T4 u otras células periféricas ↓↓; cisteína, glutamina, arginina ↓↓; glutamato, lactato, glucosa, insulina, triglicéridos ↑↑; prostaglandina PGE2, β-2 microglobulina, neopterina, biopterina ↑↑; L-carnitina, coenzima Q-10, DHEA-S ↓↓; cortisol ↑; ratio cortisol/DHEA-S ↑↑; Mg, Se, Zn, Fe ↓; Cu ↑; ferritina ↑↑; niacina, triptófano ↑; piridoxina, ácido fólico, vitaminas B12, C y E ↓.

Dentro del tercer conjunto hay un subconjunto especialmente delicado: el constituido por personas que, por debilidad congénita, han recibido desde su nacimiento muchos fármacos o transfusiones de sangre. Estos tratamientos de años han acentuado la desviación en favor de los Th2 ya previamente producida por las vacunas⁷. Sólo los componentes de este subconjunto pueden tener que cuidarse de por vida, pero no por el hecho de “haber dado positivo en los tests del SIDA” sino por las causas congénitas y medicamentosas del desequilibrio inmunitario que en su caso particular les hace dar positivo. El resto de miembros del tercer conjunto pueden requerir un tratamiento intenso y regular, y un seguimiento frecuente. Pero deben saber (incluso quienes estén etiquetados “terminal de SIDA”) que, apartados del engranaje SIDA y abandonados los factores de estrés crónico, la mayoría puede recuperar su equilibrio inmunitario y vital, y regresar a una vida normal.

SERORREVERSIÓN: UN GRAVÍSIMO PROBLEMA PARA LOS OFICIALISTAS

La literatura oficialista habla a menudo de “seroconversión”, término que refuerza la versión oficial porque así nombran el que una persona que ha

⁷Que las vacunas producen desequilibrio inmunitario con aumento de Th2 explica que la inmensa mayoría de personas que han sido etiquetadas “seropositivo” hayan nacido tras la II Guerra Mundial, es decir, ya sufrieron las consecuencias de las vacunaciones sistemáticas.

dado negativo pase en un posterior test a dar positivo. Pero esconde todo lo posible que han tenido que inventarse otra palabra para el proceso inverso, palabra y proceso que procuran silenciar y reducir porque cuestiona radicalmente el VIH/SIDA: la “serorreversión”.

“Serorreversión” indica el hecho de que personas que (desgraciadamente) han dado positivo en los test-trampa, en un posterior test (afortunadamente) dan negativo, con lo que se libran de la cadena SIDA. Y los oficialistas actúan para evitar esta bomba de profundidad a su *modus vivendi*: han instaurado el protocolo hospitalario de no volver a hacer los “tests del SIDA” a una persona a la que ya han etiquetado anteriormente, aunque de ello haga 15, 20 o más años. Por el contrario, en cada visita sí efectúan los más caros “recuento de T4” y “carga viral” por la sencilla razón de que estos marcadores indirectos tramposos les sirven para reforzar la versión oficial del SIDA.

Considero que el hecho de que estén ocurriendo serorreversiones a pesar de que los oficialistas actúan para evitarlo, es un argumento pragmático definitivo contra la creencia (sea dentro del acogedor marco oficialista, sea dentro del menos agresivo marco disidente) de que dar positivo en los “tests del SIDA” significa tenerse que cuidar de por vida. Esto no es así para la mayoría (probablemente, para la gran mayoría) de personas que han dado positivo. En vez de atemorizarlas diciendo de forma generalizada que “deben cuidarse de por vida” (se sobreentiende que “más de lo que debe cuidarse cualquiera”), recomiendo actuar facilitando la información adecuada y necesaria para que, si así lo deciden, puedan situarse fuera del engranaje SIDA. Entre quienes lo hagan, sólo una pequeña parte –perteneciente en su totalidad al tercer conjunto, y muchos al subconjunto de los congénitamente débiles– tendrá que tomar medidas rigurosas, tratamientos intensos y seguimientos sistemáticos hasta lograr reequilibrar su inmunidad y recuperar la salud. Pero no creo que ningún médico o terapeuta –sea oficialista o sea disidente– tenga el conocimiento suficiente para poder diagnosticar que una determinada persona etiquetada de este conjunto tendrá que tratarse de por vida ni que ha alcanzado el punto de no retorno, y considero incorrecto que use su influencia para generar efecto nocebo pronosticando cronicidad, incurabilidad y fallecimiento. La historia de la Medicina en general y del montaje SIDA en particular están llenas de recuperaciones espectaculares que algunos llegarían a calificar de milagrosas...

RESUMIENDO MUY CONCENTRADAMENTE

¿Cuál es la causa del SIDA?

- Según los oficialistas: el VIH.
- Según los disidentes: estrés oxidante, estrés crónico, ...; consumo de drogas, de *poppers*, ...; disbiosis intestinal; multifactorial; ...
- Según los rigurosos: los *CDC*⁸.

Y aclaro que los factores que los disidentes presentan como “causa del SIDA”, en realidad son “causa de dar positivo a los tests del SIDA”, cosa cualitativamente distinta. En efecto, “dar positivo a los tests del SIDA” sólo es “causa de SIDA” dentro de las reglas de juego oficiales establecidas por los *CDC*, es decir, sólo si la persona recién etiquetada se deja arrastrar por el engranaje SIDA. De ahí que sea decisivo salirse fuera de sus mecanismos, y para ello comprender que “el SIDA” es un montaje y no una enfermedad, falsedad que refuerzan los disidentes cuando sostienen que “el SIDA tiene una causa distinta al VIH” supuesto.

¿Cuál es el tratamiento adecuado del SIDA?

- Según los oficialistas: los cócteles “anti-VIH” y numerosos “preventivos”, incluidas varias vacunas.
- Según los disidentes: un montón de pastillas de antioxidantes, vitaminas, oligoelementos, omega-3, ...; buena alimentación y respiración; relajación; meditación; ...
- Según los rigurosos: desmontar el SIDA. O, más concretamente, quitarse la(s) etiqueta(s) personalmente y ayudar a dismantelar el SIDA colectivamente.

Y aclaro que los productos y técnicas que los disidentes ofrecen son, en general, adecuados para tratar la treintena de enfermedades que están englobadas por el engaño SIDA. Pero proponerlos para “tratar el SIDA” refuerza el primer engaño origen de todos los posteriores: que “el SIDA es una enfermedad”, lo cual lamentablemente contribuye a que las víctimas sigan atrapadas por el montaje SIDA. Insisto: es fundamental que los problemas reales de salud (el VIH/SIDA no lo es) que pueda tener la

⁸Lógica y jerárquicamente, los *CDC* o bien cumplieron órdenes o bien recibieron luz verde por parte de -fracciones de- los máximos responsables políticos, administrativos, científicos, de seguridad, ..., de los EE.UU.

persona, sean abordados y solucionados de la manera menos agresiva que se conozca y, sobre todo, absolutamente al margen de la historia y de la histeria del SIDA.

¿HIPÓTESIS ACERCA DE POR QUÉ LOS CDC CONSTRUYERON EL SIDA EN 1981?

Antes, lector/a, una observación metodológica: la falsedad de la explicación oficial del SIDA no depende de la validez de lo que sigue. Me explico: aunque lo que a continuación escribo fuese totalmente absurdo, ello no daría valor alguno a las afirmaciones oficiales. Lo que sigue es un esfuerzo precisamente para llenar el vacío que deja el desvanecimiento del VIH/ SIDA.

Este esfuerzo toma la forma de dos hipótesis: la suave y la dura. Ambas coinciden en que el SIDA real es una construcción político-socio-económico-pseudocientífico-pseudomédico-pseudoreligioso-pseudohumanitario-moralístico-mediático-racista-etc. puesta en marcha en 1981 en los USA, pero difieren en que hubiese o no unos fabricantes conscientes.

Hipótesis suave

Esta hipótesis, aunque suave en comparación con la que sigue, no por ello deja de ser impactante. Afirma que “simplemente” los mecanismos sociales, mediáticos, psicológicos, universitarios, etc., instrumentalizados por los centros y aparatos de poder y por los intereses económicos imperantes en las sociedades económicamente desarrolladas, bastan para explicar la paulatina implantación a escala planetaria de un monstruo llamado SIDA que carece de toda base científica, biológica, etc. ¡No está nada mal!

Hipótesis dura

Esta hipótesis parte de que el problema cuantitativo más importante que tiene la Medicina Oficial es la resistencia microbiana a los medicamentos. Cada año mueren muchísimos miles de personas por infecciones que cogen en

un hospital. Así, por ejemplo, en Alemania entre 1985 y 1995 oficialmente se reconocieron 400.000 muertos por infecciones hospitalarias mientras que se contabilizaron 7.250 etiquetados “muerto de SIDA”. Lógicamente, este problema nació en los EE.UU. porque fueron los pioneros en el uso masivo de fármacos de síntesis química en general y de antibióticos en particular.

La hipótesis dura que barajo propone que a inicios de los años setenta (¿1973?) se celebró una reunión a alto nivel donde fue aprobado que los *CDC* organizaran un experimento a fin de obtener rápidamente mucha información sobre las consecuencias de la ingesta de antibióticos, en particular la aparición de resistencias, y buscar otros tratamientos antimicrobianos.

Ahí los *CDC* decidieron hacerlo con la fracción de homosexuales que en el marco de la “Revolución Gay” de los setenta tenían una gran actividad sexual. Desde su punto de vista patriótico, estos homosexuales tienen la gran ventaja de no reproducirse, con lo que las consecuencias perniciosas del ensayo no se extenderían al conjunto de la población estadounidense ni afectarían a las futuras generaciones de ciudadanos estadounidenses.

El experimento consistió en inducir la ingesta de muchos antibióticos en poco tiempo para ver qué ocurría. Por primera vez (¡una más!) en la historia de la Medicina, se recomendó tomar antibióticos –en especial el Septrin-Bactrim– como profiláctico: antes de ir a la sauna o a la discoteca o de ligue, dosis de antibiótico para prevenir enfermedades de transmisión sexual. Para ello, agentes de los *CDC* visitaron a médicos homosexuales que llevaban pacientes homosexuales muy activos y les convencieron de que, por el bien de sus clientes, les recomendasen tomar antibióticos preventivamente.

La detección entre octubre del 80 y mayo del 81 por el Dr. Michel Gottlieb de que dos de cinco homosexuales con PCP habían muerto en hospitales de Los Angeles, fue el aviso de que iban a caer miles de homosexuales en las metrópolis occidentales. Por esto los *CDC* publicaron el artículo en su boletín *MMWR* (*Morbidity and Mortality Weekly Report*) con una larga *Nota Editorial* que marcaba la línea a seguir: aparición de una nueva enfermedad contagiosa entre homosexuales. Y taparon las muertes afirmando que era inevitablemente mortal. Y puesto que la causa de la muerte era tomar muchos antibióticos, y puesto que los antibióticos

son inmunosupresores, “la nueva enfermedad mortal” debía caracterizarse por una deficiencia inmunitaria. Estos rasgos definitorios quedan claramente recogidos en el primer nombre acuñado: GRID.

Tras lograr cubrir las muertes producidas por el experimento, era necesario a continuación tapar la existencia del propio experimento. Lo consiguieron –por ahora– extendiendo el riesgo de “enfermar de SIDA” a otros grupos y, finalmente, extrapolándolo a toda la humanidad. Y los CDC prosiguen –por ahora– su experimento a la luz del día. Cientos de miles –si no millones– de personas en todo el mundo están dispuestas, de por vida, al instante, voluntaria y gratuitamente –el sueño de todo laboratorio farmacéutico, y de algunos investigadores y políticos–, a ser pioneras en la ingesta de cualquier fármaco presentado como “para combatir el VIH/ SIDA”, por tóxico que sea.

A la espera del *feed-back* crítico que necesito, la hipótesis dura que he formulado me resulta la más plausible y también la más explicativa. Por ejemplo, permite entender:

- los esfuerzos de los CDC para montar el SIDA y para darle una cierta coherencia pseudocientífica con disfraz tecnológico: el VIH/ SIDA;
- que las primeras víctimas se detectasen por sus resistencias microbianas en 1981, y que formasen parte de la minoría promiscua entre los homosexuales de EE.UU. y, en seguida, de las metrópolis occidentales;
- que se afirmase en seguida que la “nueva enfermedad es inmunosupresora, infecciosa e inevitablemente mortal”, y que, en consecuencia, fuese definida como incurable;
- que el engranaje SIDA sea tantas veces “primera vez” en la historia;
- que por protocolo se supermedicalice a los etiquetados, en particular con quimioterápicos y con antibióticos;
- la enorme cantidad de dinero derrochado: es significativo que se haya gastado más fondos en “la lucha contra el SIDA” en 30 años que contra el cáncer en toda su historia;
- y lo probablemente más revelador: la dimensión política mundial de “la lucha contra el SIDA” a partir de la profunda implicación del Gobierno estadounidense.

Por todo esto, no me parece nada exagerado decir que el SIDA fue *made in USA*. Es más, pienso que es la única posibilidad.

PENDIENTE

- ¿Qué enseñaría la “campana de Gauss” aplicada al montaje SIDA?
- Si en 1981 hubiese existido Internet, ¿estaría yo proponiendo DES-MONTAR EL SIDA?
- Y un montón de aspectos más que, como los aquí abordados, merecerían no sólo artículos sino libros enteros o tesis doctorales específicas. ¿Lector/a?

Lluís Botinas, Barcelona, 24 de abril de 2011

TÍTULOS DEL “DEBATE SIDA” IMPULSADO POR DIARIO 16

EL SIDA NO ES VIRAL

El doctor en Medicina suizo Alfred Hässig, profesor emérito de Inmunología de la Universidad de Berna y ex asesor de la OMS, del Consejo de Europa y de la Cruz Roja, dio un curso en Barcelona el pasado fin de semana. En él desarrolló la tesis de que el SIDA no es producido por el retrovirus VIH, sino que es autoinmune, es decir, resultado de procesos y reacciones internas desencadenadas por la ruptura de equilibrios necesarios para la salud de la persona.

El Dr. Hässig explicó que la principal tarea de la inmunidad es el reciclaje y eliminación del billón de células que diariamente mueren en toda persona y que son reemplazadas por nuevas células que se van dividiendo constantemente. Esta tarea es realizada precisamente por los linfocitos T. En cambio, los linfocitos B son los encargados de generar anticuerpos frente a los microbios y otros antígenos que puedan penetrar desde el exterior. En una situación de estrés persistente (de origen tóxico, infeccioso, psicológico, nutritivo o traumático), los linfocitos T no pueden seguir realizando su función. Las células muertas no recicladas se acumulan, produciéndose distintas reacciones autoinmunes, con liberación de radicales y proteínas libres que van dañando e intoxicando el cuerpo. Este proceso lleva a la muerte, sobre todo si se ve agravado por la masiva ingestión de medicamentos venenosos que se administran como supuestos antivirales y preventivos.

En particular, las proteínas libres pasan a convertirse en objetivo de los linfocitos B debido al peligro que representan. Entonces se forman, entre otros, anticuerpos ante la actina, que es una proteína que se encuentra en todas las células y que tiene una función esquelética. Estos son los anticuerpos (en realidad, autoanticuerpos) que hacen dar positivo a los tests mal llamados del SIDA⁹.

⁹(Añadida) Es revelador saber que el supuesto "VIH" es el único supuesto virus que no tiene ninguna proteína propia, es decir, vírica. En efecto, las proteínas que los Drs. Gallo y Montagnier atribuyeron al "VIH" son todas ellas proteínas humanas (actina, miosina,...), por lo que los "anticuerpos ante el VIH" en realidad son autoanticuerpos. Y resulta que todos y todas tenemos este tipo de anticuerpos. Por esto en el marco del montaje SIDA se efectúa una operación que no se hace para ningún otro test de anticuerpos: diluir el plasma a testar en muchas partes de disolvente.

Este enfoque del Dr. Hässig lleva a otro tipo de tratamientos no agresivos basados en incorporar a la alimentación antioxidantes (flavonoides, taninos, vitaminas no sintéticas ni solas) y antiproteasas (heparina y heparinoides como el agar-agar y el cartílago).

El Dr. Hässig planteó esta tesis hace ya tiempo, cuando aún creía en la existencia del VIH. Al conocer la argumentación del virólogo alemán Dr. Stefan Lanka y del equipo médico australiano de la Dra. Eleni Papadopoulos acerca de que el VIH nunca ha sido aislado, se reforzó su línea de investigación desarrollada por el *Grupo de Estudio Nutrición e Inmunidad* de Berna.

El Dr. Lanka también participó en el curso explicando que la técnica *PCR* utilizada en los hospitales para medir lo que se llama “carga viral del VIH”, en realidad, y según su propio Inventor, el Premio Nobel Dr. Kary Mullis, no sirve para medir carga viral alguna, y menos de un virus que no existe. Esto es importantísimo porque dicha supuesta “carga viral” está siendo utilizada para justificar los supuestos buenos resultados de la aplicación de los combinados presentados como antirretrovirales. En realidad, tanto los nucleósidos análogos (AZT-Retrovir y otros) como los inhibidores de proteasas son tan tóxicos que disminuyen la actividad celular, que es lo que se interpreta como positiva disminución del inexistente VIH. Además, el Dr. Lanka explicó cómo con la *PCR* se puede hacer dar negativo o positivo ante el VIH a una persona según se aplique la técnica *PCR* respectivamente a su ADN o a su ARN transcrito.

EL VIH YA NO ES NI MORTAL NI PELIGROSO¹⁰

El 24 de febrero el Tribunal Provincial de Göttingen adoptó una sentencia que, de ser ampliamente divulgada, cambiaría la visión hoy imperante sobre el SIDA. El tribunal dejó en libertad al médico Günter Ekkart de un laboratorio de Wuppertal a pesar de que inicialmente se le consideraba responsable de no haber controlado si las reservas de sangre de la empresa Haemoplas contenían lo que se llama “anticuerpos ante el VIH”, oficialmente considerado un virus que es presentado como la causa del SIDA.

La situación cambió radicalmente cuando el virólogo alemán Dr. Stefan Lanka remitió el 6 de diciembre de 1995 una carta ofreciéndose a testimoniar bajo juramento que el VIH no existe y que, al no haber cuerpo del delito, no se había cometido delito alguno. El Dr. Lanka invitaba al tribunal a encontrar en todo el mundo a un científico que, bajo juramento —es decir, con riesgo de ir a la cárcel en vez de ir a congresos internacionales— fuese a testimoniar demostrando frente a él la existencia del supuesto VIH.

Este ofrecimiento paralizó el juicio y ya en agosto de 1996 se retiró la acusación de asesinato. Y la reciente sentencia exculpatória es reveladora de que la hipótesis oficial VIH=SIDA es insostenible. En efecto, resulta que no hay prueba alguna que pueda ser presentada ante un tribunal que pida la demostración de que el VIH realmente existe. Hasta ahora también los jueces, como el resto de la opinión pública, habían dado por cierto que el VIH existe y que es la causa del SIDA, confiando en que los científicos que así lo afirmaban (sobre todo, el Dr. Gallo) habían hecho bien su trabajo.

La sentencia de Göttingen pasará a la historia porque por primera vez se reconoce legalmente que el supuesto VIH no mata ni es peligroso. Aún dice que es algo que causa daño, pero no precisa cuál, porqué, dónde ni cómo. Es sólo cuestión de tiempo que se comience a reconocer que simplemente el VIH no existe.

⁸Apareció con el título “DESMONTAR EL SIDA”.

No es de extrañar que, desde hace tiempo, ningún político alemán hable públicamente de SIDA. Después de que centenares de informes con los artículos de los científicos críticos hayan sido enviados a ministros, parlamentarios, responsables de sanidad e incluso al presidente Kohl, saben que es una bomba de relojería que en cualquier momento puede estallarles en las manos. Y empiezan a haber movimientos para que Alemania se desmarque del invento SIDA engendrado en los USA en 1981 y orquestado por los *CDC* de Atlanta desde entonces.

No estaría nada mal que España se anticipase...

INDEMNIZACIONES, SÍ. PERO NO POR EL VIH...¹¹

“El Institut Català de la Salut deberá pagar 40 de pesetas por contagiar el SIDA a un paciente”. Así ha sido presentada la noticia¹². Titulares similares aparecen de vez en cuando en los últimos años. Pero en esta ocasión la información daba detalles suficientes como para poder mostrar una cuestión metodológica clave: que los hechos por sí solos no demuestran nada, sino que todo depende de los criterios que se utiliza para interpretarlos. Puede servir para ilustrar muchos otros casos. Y para comprender mejor que el SIDA es un invento a desmontar, la tapadera supuestamente viral de procesos de intoxicación y autoinmunes producidos sobre todo por medicamentos.

Los datos fundamentales que aparecen son: 1) la víctima *“se sometió a una artroscopia de rodilla el 7-2-83”*; 2) el 16-2-83 *“reingresa con problemas de circulación”*; 3) el 2-3-83 se le da el alta pero reingresa a los pocos días *“por mala coagulación”*; 4) *“al cabo de unas semanas se le diagnostica hepatitis viral aguda, enfermedad de la que no había presentado anteriormente síntoma alguno”*; 5) *“en 1986 fue diagnosticado de hepatopatía crónica que degeneró en cirrosis hepática, con lo que era necesario un trasplante de hígado, que se suspendió cuando se descubrió que estaba infectado por el virus VIH”*; 6) *“al conocer que era portador del SIDA, entró en un estado de depresión reactiva profunda, con gran sufrimiento y abatimiento. Tras nuevos ingresos hospitalarios, falleció por cirrosis hepática el 20-6-90, a los 56 años”*.

Estos hechos se interpretan a partir de que la sentencia *“pone de manifiesto la existencia de relación de causalidad entre la transfusión de productos hemoderivados en marzo de 1983 y su infección por virus de la hepatitis C y del SIDA”*. Esto parece explicarlo todo porque oficialmente los tests son considerados totalmente fiables y se cree que el VIH no sólo existe sino que es mortal.

¹¹Apareció con el título “FALSO SIDA”.

¹²La Vanguardia, 23 de marzo de 1997.

Pero hay otra posible interpretación de lo ocurrido: a) si la artroscopia le produjo mala circulación, es que o no era indicada o fue mal hecha; b) para los problemas de circulación se le hizo tomar fármacos que le ocasionaron mala coagulación; c) para la mala coagulación se le administraron transfusiones de hemoderivados que contenían más del 90 % de proteínas extrañas que le intoxicaron el hígado; d) esta intoxicación hepática fue diagnosticada como viral C con unos tests que no pueden ser válidos desde el momento en que no hay prueba alguna de que el supuesto virus de la hepatitis C exista; e) no se le comunicó, como desgraciadamente no se informa –por ignorancia o por desidia– a nadie con problemas hepáticos, que el hígado es el único órgano humano que puede regenerarse al 100%; f) se le trató la supuesta hepatitis C con medicamentos –interferón en particular– que pueden producir cirrosis hepática, que paradójicamente es atribuida al avance del inexistente virus C; g) en 1986 se le sentenció a muerte por SIDA por haber tenido la mala suerte de dar positivo a unos tests que son una chapuza, y ello no sólo por el hecho de que el VIH no existe; h) se le escondió que tener hepatitis es una de las más de 70 reacciones cruzadas ya detectadas que hacen dar positivo a los tests mal llamados del SIDA; i) a los 52 años esta condena le produjo, y aún más porque no formaba parte de ningún grupo de riesgo, un *“estado de depresión reactiva profunda, con gran sufrimiento y abatimiento”*, lo cual mata; j) para rematarlo, se le administró durante casi cuatro años AZT-Retrovir, que es un veneno tendencialmente incompatible con la vida a medio plazo, entre otras graves razones porque impide la división celular.

No 40 sino 4.000 millones de indemnización deberían ser pagados a la viuda de este muerto, aunque no sirvan de compensación. Y a muchísimas más víctimas o a sus familias. Pero pagados no por los ciudadanos a través de los impuestos sino por los laboratorios, que venden tests erróneos que condenan a muerte y medicamentos venenosos que ejecutan la sentencia...

CENSURA SOBRE EL TEMA

Hasta ahora ha sido implícita, por lo que pasaba desapercibida. Excepto, claro está, para quienes llevamos años sufriendola por querer dar a conocer unas informaciones que consideramos ayudarían a las personas etiquetadas (como “seropositivas” o, en su caso, como “SIDA”) que lo deseen. E incluso al conjunto de la sociedad.

Pero el pasado mes de octubre tuvieron lugar dos hechos que permiten sacar explícitamente a la luz pública la voluntad censuradora de quienes están dominando tanto la poca investigación que en España se hace como la total información que por ahora los medios de comunicación masivos transmiten a la población.

El primero ocurrió el 2-10-96. El presentador Mikimoto tuvo la perspicacia, la valentía y la honestidad de entrevistarme durante quince minutos en su programa “*Solvència contrastada*”, de TV3. Por primera vez centenares de miles de catalanes tuvieron la oportunidad de conocer brevemente una explicación totalmente distinta de qué es “eso” llamado SIDA. La reacción fue inmediata y el castigo ejemplar: Le fue retirado el programa, y a inicios de febrero lanzó su última emisión.

El segundo, el 27-10-96. La 2 de TVE tenía programado emitir el reportaje de 55 minutos “*SIDA: la duda*”, del director parisino Djamel Tahi. Por primera vez millones de españoles habrían sabido que centenares de científicos (entre ellos dos Premios Nobel y tres miembros de la Academia Americana de Ciencias) rechazan la hipótesis oficial según la cual el VIH causa el SIDA. Pero varios expertos oficiales españoles del SIDA chantajearon a TVE exigiendo, como condición previa a participar el 14-10-96 en la grabación de una mesa redonda que debía concluir el programa, que se retirase la emisión de dicho reportaje. Estos censuradores se salieron finalmente con la suya. Inicialmente TVE rechazó la imposición y dichos expertos oficiales se levantaron abandonando el estudio de grabación. La dirección de TVE se espantó ante la presión oficialista y ha archivado el reportaje. Nos hemos quedado sin conocer lo que por ahora han visto alemanes, franceses, suizos, austríacos, belgas y luxemburgueses...

El discurso académico dice que la ciencia sólo puede avanzar con libertad de investigación, información y expresión que permita contrastar hipótesis distintas. Pero en el caso de este invento americano llamado SIDA, sólo hay la hipótesis nunca demostrada VIH=SIDA. Más miles de millones de dólares que los dedicados al cáncer se han volcado en dicha hipótesis errónea sin que ello haya permitido salvar ni una sola vida. Pero los impotentes pseudocientíficos oficiales del SIDA imponen por ahora su ley del silencio a quienes tenemos explicaciones distintas de lo que está ocurriendo.

Y, lo que es aún más importante, tenemos soluciones eficaces a proponer.

¿Hasta cuándo la asesina censura sobre el invento destructivo SIDA?

“EL VIH NO EXISTE”

EDITORIAL: DISIDENCIAS

Nos quitaron el respiro hace quince años cuando un doctor norteamericano de nombre avícola, el doctor Robert Gallo, lanzó a los cuatro vientos la mala nueva de que un virus nuevo y fanático iba a acabar con todos los malos de la tierra: los homosexuales, los drogadictos y demás gentes de mal vivir. Siempre nos sorprendió a los librepensadores poco creyentes que un virus actuara con criterios éticos, que atacara a los ‘malos’ y salvara a los ‘buenos’, pero la ciencia es la ciencia, la única religión verdadera del siglo XX, y nos creímos a pies juntillas este nuevo dogma de los virus justicieros.

Pero ahora empiezan a oírse voces disidentes. Y aprendemos cosas sorprendentes. Por ejemplo, el biólogo y virólogo alemán Stefan Lanka asegura que el virus del SIDA no existe, que el famoso VIH de nuestras angustias no ha sido aislado jamás, que las fotos que nos enseñan son falsas, que el Dr. Gallo, el ‘inventor’, fue censurado por una comisión del Senado de EE.UU. por ‘malas prácticas’ en su carrera científica. Y hay otras voces más moderadas, premios Nobel incluidos, que aceptan la existencia del fantasmal VIH pero no creen que pueda matar ni una sola célula. El mismo doctor Montagnier, verdadero inventos del virus del SIDA, defiende su existencia, claro está, pero tampoco cree que él solo pueda matar a nadie.

¿Qué pasa entonces aquí? ¿Por qué se mueren tanto los llamados enfermos del SIDA? ¿Por qué se mueren, si no existe el maldito virus justiciero? Y los disidentes dan explicaciones sumamente racionales a estas preguntas. Se desploman las defensas de los drogadictos, afirman, porque pincharse durante años con esas drogas adulteradas es la mejor manera de destruir el sistema inmunológico. Y también que los afrodisíacos de moda en los años 80, los *poppers*, nitrito de amilo inhalado, destruyen este mismo sistema. No niegan los disidentes que mueran drogadictos y

homosexuales; lo que afirman es que no se mueren por la acción del VIH y que, por tanto, no hay que combatirlo con peligrosas pócimas.

Todo esto obliga a repensar el anatema del SIDA. Y obliga sobre todo al *establishment* médico a escuchar las voces disidentes, a debatir sus verdades poco eternas, a dudar un poco de lo que el Dr. Gallo anunció a bombo y platillo. *Diario 16*, como es natural, no toma partido por una u otra versión de los hechos. Pero no estamos dispuestos a creer en ‘verdades oficiales’ sin oír a los otros, a los disidentes. Hoy iniciamos este debate sobre SIDA con la esperanza de que salga luz de la discusión. “El virus del SIDA no existe”, dice el doctor Lanka. Que contesten ahora otros, reunidos en Congreso.

ENTREVISTA CON EL VIRÓLOGO ALEMÁN Dr. STEFAN LANKA

por Lluís Botinas

(Lluís Botinas) ¿Qué cualificación tiene Ud. como para poder decir algo que choca con lo que se da por evidente, que es que el VIH existe y es la causa del SIDA?

(Dr. Stefan Lanka) Soy licenciado en Biología desde 1989 y ya en mis prácticas como estudiante empecé a estudiar e investigar los virus. Junto con varios colaboradores logré aislar un nuevo virus el año 1988, cosa que pocos virólogos (de los aproximadamente 2000 que debe haber hoy en el mundo) han logrado. Además, fue el primer virus aislado en un alga marina eucariota. Resultó enormemente complejo, y tuve que aprender todas las técnicas relacionadas con el aislamiento de un virus. “Mi” virus es el *Ectocarpus Siliculosus* (*EsV*), que tiene 16 proteínas en su envoltura y más de 320.000 letras genéticas en su ácido nucleico, que es de ADN. Fijar el número exacto de letras genéticas, cosa que puede hacerse con todo virus realmente existente, hubiese exigido el equivalente a unos cincuenta millones más de pesetas, cantidad de la que no dispuse. El aislamiento del *EsV* abrió unos campos de investigación y de inversión inéditos e importantes, y fue la base de mi tesis doctoral, que defendí en 1994. Resumiendo, soy Doctor en Ciencias de la Naturaleza, biólogo, biólogo molecular y, lo que es decisivo para este tema, virólogo.

¿Qué es un virus?

Todo virus realmente existente es una entidad **natural** (resultado de procesos biológicos que han tenido lugar en la naturaleza; un virus real no puede ser fabricado en un laboratorio, por muchos millones de dólares que se inviertan), **no-celular** (no tiene funcionamiento bioquímico alguno, es decir, no tiene respiración ni alimentación ni capacidad de reproducción propia), **enormemente estable** (tanto que aguanta intacto el ser puesto al vacío) y constituido básicamente por **una envoltura** (formada sobre todo por proteínas) que contiene **un trozo de información genética** (de ADN o de ARN). Una regla cardinal de la virología es que todos los ejemplares de un mismo tipo de virus tienen exactamente las mismas características: tamaño, forma, estructura, composición (proteínas y genoma), etc.

¿Qué es aislar un virus?

Es separarlo de cualquier otro tipo de materia que no sea él mismo. En particular, debe ser totalmente diferenciado respecto de todos los componentes de la célula que lo contenga. Y finalmente debe ser caracterizado, es decir, hay que precisar qué proteínas forman parte de su envoltura, y qué letras genéticas tiene su ácido nucleico y en qué orden están colocadas.

¿Cuáles son los requisitos exigidos para poder afirmar que un nuevo virus ha sido aislado?

Son cuatro. Ante todo, presentar cuatro fotografías. La primera, del virus dentro de una célula, lo que se llama del virus infectando células. La segunda, de uno o varios ejemplares del virus pero sin absolutamente nada más en la fotografía; esto es fácil de hacer ya que por centrifugación se separan y quedan agrupados los ejemplares del virus que se ha descubierto, y con una aguja se colocan unos cuantos directamente al microscopio electrónico que, como se sabe, trabaja al vacío; pero como un virus tiene la enorme estabilidad que antes he mencionado, puede ser fotografiado directamente al microscopio electrónico. La tercera, de las diferentes proteínas que forman la envoltura del virus separadas según su tamaño por medio de una técnica que se llama electroforesis en gel; en el caso de “mi” *EsV* se ven 16 líneas horizontales paralelas, quedando las proteínas más largas arriba y las más cortas abajo. La cuarta, del ácido nucleico del virus; se obtiene con la misma técnica, y en este caso en la foto se ve una única línea horizontal, tanto más arriba cuanto más largo sea; esto me causó

unos ciertos problemas técnicos con el *EsV*, ya que su genoma es muy largo y en aquellos momentos no era posible separar según tamaño una molécula tan larga conservándola intacta.

¿El segundo requisito?

Hay que caracterizar exactamente cada proteína, es decir, fijar qué aminoácidos la componen y en qué orden están colocados. Y lo mismo con el ácido nucleico, secuenciando sus letras genéticas. Ello es exigido por el hecho de que una misma longitud de ambos tipos de moléculas puede corresponder a componentes y órdenes distintos.

¿El tercer requisito?

Efectuar los experimentos de control. Supongamos que de unas células infectadas hemos conseguido las cuatro fotografías mencionadas. Pues bien, hay que trabajar en paralelo con el mismo tipo de células pero no infectadas. Es decir, hay que hacer exactamente las mismas operaciones con los mismos productos a las mismas concentraciones durante el mismo tiempo y a la misma temperatura, y al efectuar dichas cuatro fotos no debe aparecer nada que coincida con lo contenido en las fotos del virus. Hay que repetir cuidadosamente varias veces estos controles, a fin de evitar que haya habido lo que se llama contaminación, y poder finalmente afirmar con toda seguridad que las proteínas y el genoma hallados son realmente del nuevo virus.

¿Y el cuarto requisito?

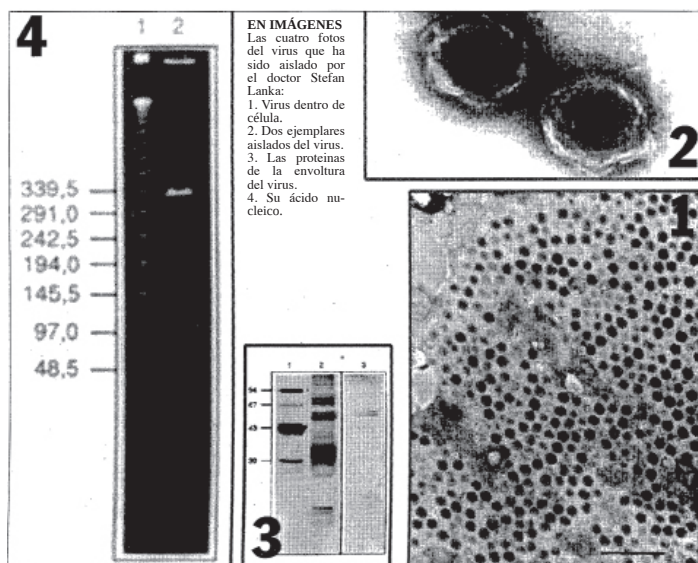
A medida que se va avanzando en el aislamiento y caracterización del nuevo virus, hay que ir publicando en revistas científicas adecuadas artículos que expliquen los resultados que se van obteniendo, así como las condiciones exactas en que se está trabajando. Así otros investigadores pueden reproducir los experimentos y comprobar que se llega a los mismos resultados. Por ejemplo, a medida que fuimos aislando “mi” *EsV*, publicamos cuatro artículos sucesivos en la revista *Virology*.

¿Y qué ha ocurrido con el VIH?

Pues que no se ha cumplido con absolutamente ninguna de estas cuatro exigencias.

Pero todos hemos visto numerosas fotografías del VIH...

¡También Ud. se ha creído los pies de foto! Y es lógico, ya que hasta ahora no tenía los elementos suficientes para saber que las muchas fotografías que han circulado en absoluto demuestran que se ha aislado un nuevo virus. Casi todas se encuentran en cualquier libro de biología celular. La mayoría corresponden a vesículas celulares que sirven para llevar las proteínas que elabora una célula hasta otra célula que las necesita. Se van conformando las bolitas de transporte, salen de la célula emisora atravesando su membrana y entran a través de la membrana de la célula receptora: esto es presentado como “VIH abandonando una célula para infectar otra célula”. Esas vesículas celulares son inestables, ya que se disuelven en cuanto han cumplido su misión. Esto da un criterio más para dejar de creerse los engañosos pies de foto: como son inestables, para poderlas fotografiar hay que fijarlas químicamente y endurecerlas con resina, y luego cortar una rodajita para poderla fotografiar. Pues bien, en cuanto lea en el pie de foto que se trata de una “sección ultrafina”, ya sabrá que hay un truco. Un virus real se puede fotografiar todo entero directamente con el microscopio electrónico por la estabilidad que he recalcado, y no precisa ser fijado y, menos aún, cortado en secciones ultrafinas... Además, en muchos casos lo que presentan son simplemente fotografías diseñadas por ordenadores.



Pero se argumenta que con el VIH, por ser un retrovirus, no funcionan estas reglas.

Gracias por esta observación, ya que ayuda a situar el engaño del VIH en el contexto histórico y técnico que permite comprenderlo. Fue un dogma de la Genética que la información sólo podía ir del ADN al ARN y jamás al revés. En unos cultivos muy especiales de células cancerosas, en 1970 se comprueba que la información genética también puede transcribirse del ARN al ADN, y se localiza el enzima que lo realiza (por ello se lo denominó *transcriptasa inversa*). Pero los investigadores, en vez de atreverse a cuestionar el dogma, se inventaron la hipótesis de que la actividad de transcriptasa inversa indicaba que ahí había un nuevo tipo de virus a los que llamaron retrovirus y a los que consideraron causantes de cáncer. Eso llevó a que el presidente Nixon declarase en 1971 la “guerra al cáncer”, canalizando miles de millones de dólares hacia los biólogos moleculares que investigaban esos supuestos nuevos virus. Así nació la retrovirología: las elucubraciones de un puñado de expertos basándose en unos experimentos muy especiales hechos con unas células anormales sometidas a unas condiciones excepcionales que jamás pueden darse en un cuerpo humano, por muy enfermo y deteriorado que esté. Este clan consensuó en 1973, en una reunión en el *Institute Pasteur*, siete requisitos más laxos para poder hablar del aislamiento de un nuevo retrovirus. Pero ni siquiera estas exigencias han sido cumplidas en el caso del VIH. El equipo australiano de la Dra. Papadopoulos lo ha demostrado exhaustiva y concluyentemente.

Pero se sigue usando a la transcriptasa inversa como señal de presencia del VIH...

En efecto, y este es uno de los errores básicos de la pseudociencia del SIDA. En realidad, desde fines de los setenta se sabe que la transcripción inversa es ubicua ya que se detecta en cualquier actividad de células, anormales o no. Y desde 1996 ya se conoce el porqué: la transcripción inversa forma parte de los mecanismos de autorreparación que tiene el ADN del núcleo de las células. ¡O sea que indica precisamente un proceso de curación!

Se dice que el VIH tiene 10 proteínas y 9.150 letras genéticas...

Esto lo ignoran la mayoría de científicos y médicos que están trabajando

en el campo del SIDA, pero es cierto que se ha diseñado un VIH con estas características. Es el resultado de los acuerdos tomados principalmente por los Drs. Gallo y Montagnier, a fin de suavizar las contradicciones que aparecían entre los distintos modelos de VIH propuestos. De ahí que se inventase la supuesta enorme capacidad del VIH para mutar. La cifra de 9.150 letras genéticas se fue consensuando entre 1988 y 1990 para evitar el ridículo que significaba que unos presentasen al VIH con 8.800 letras genéticas, otros con 9.400 y unos terceros con otras cantidades (eso sí, siempre números redondos, lo cual ya indicaba que había una manipulación). Y, por ejemplo, la proteína p-24, que sigue siendo utilizado para la supuesta detección directa del VIH en sangre, se ha comprobado que es una proteína humana...

Entonces la fama de los Drs. Gallo y Montagnier...

Es simplemente una estafa científica y social. Pero quisiera hacer una diferencia entre ambos. El Dr. Montagnier es un mediocre que nunca dijo que su “retrovirus” fuese la causa del SIDA. Precisamente por ello ya en 1990 planteó su hipótesis de los cofactores: puesto que el VIH es incapaz por sí sólo de matar célula alguna, es necesario que haya otro factor (¿un micoplasma?; en su último libro dice que es el micoplasma el que produce transcripción inversa...) que actúe al mismo tiempo sobre la misma célula. Y en el reportaje “*SIDA: la duda*”, dirigido en 1996 por Djamel Tahi, declara que la transmisión heterosexual no se ha confirmado en Occidente. Resumiendo: el Dr. Montagnier, aunque afirmó haber aislado en 1983 un nuevo “retrovirus” y sigue beneficiándose de ello, quita importancia al papel del VIH como supuesta explicación del SIDA. En cambio, el Dr. Gallo primero intentó colar como virus del SIDA (donde mataría células) el mismo “retrovirus” VLTH-1 que había presentado en vano como causante de leucemia (donde multiplicaría células). Luego el Dr. Gallo robó el “virus” del Dr. Montagnier y tomó la iniciativa de presentarlo como la causa del SIDA en una multitudinaria conferencia de prensa el 23 de abril de 1984, sin que previamente hubiese aparecido ni un sólo artículo científico suyo que pudiese ser analizado por otros investigadores; es más, ni siquiera hubo una reunión entre científicos de distintos centros que avalase la “sensacional noticia”. Y el Dr. Gallo actuó así porque el *New York Times* del día anterior sacó un artículo en primera página en

el que el director de los *CDC* (*Centers for Disease Control*, que fueron quienes dirigieron el invento del SIDA) daba a conocer que los *CDC* apoyaban al “virus francés” mientras que los *NIH* (*National Institutes of Health*, para los que trabajaba el Dr. Gallo) respaldaban al “virus americano”. Convocar una rueda de prensa y convertir en verdad social que el “virus del Dr. Gallo” era la causa del SIDA fue una maniobra para zanjar el enfrentamiento entre las dos principales instituciones sanitarias de los USA. Y que esa maniobra fue al máximo nivel lo ratifica que el mismo día los *NIH* registrasen la patente de un test del Dr. Gallo aún por confeccionar, con lo que se aseguraban millones de dólares en royalties... El Dr. Gallo es un gángster científico que ha sido condenado por mala conducta profesional por una comisión del Senado de los EE.UU., por lo que tuvo que dejar de trabajar en una institución pública como son los *NIH* y ahora “investiga” en un centro privado que le ha construido directamente la industria farmacéutica...

Pero algo tuvieron que detectar en sus laboratorios...

Del estudio atento de todas las condiciones descritas en los artículos aparecidos en las revistas científicas se deduce claramente que sólo aislaron proteínas celulares, la mayoría citoesqueléticas, obtenidas en unos cultivos de células anormales sometidas a unas condiciones también anormales. En cuanto a la afirmada detección en sus experimentos de transcripción inversa, que se presenta como prueba de la existencia de retrovirus, en particular del VIH, en realidad no es otra cosa que la detección de actividades enzimáticas que realizan la duplicación y transcripción de los ADNs y de los ARNs presentes en los cultivos celulares utilizados.

Si esto es así, ¿es posible aún enderezar el entuerto?

Considero que es relativamente fácil lograrlo. Basta con que cada vez más ciudadanos, médicos, científicos, periodistas, políticos, asociaciones, instituciones, etc., dediquen diez minutos a escribir una carta pidiendo a las autoridades sanitarias de cada país las pruebas de que el VIH existe. Se encontrarán con la misma sorpresa que tuve yo cuando empecé a investigar este punto hace cuatro años: que no las tienen. Pero entonces los propios responsables se darán cuenta de que cometieron el error de creerse de buena fe lo que un puñado de científicos, políticos y ejecutivos

norteamericanos inventaron, entre 1981 (el SIDA) y 1984 (el VIH y los tests), por razones en gran parte internas a los USA. Y confío en que la mayoría de dichos responsables van a reaccionar rectificando y ayudando a desmontar el SIDA. Yo y la corriente de científicos con los que colaboro estrechamente ofrecemos nuestros conocimientos para contribuir a que este proceso regenerativo se realice en las mejores condiciones posibles.

26 de marzo de 1997

* * *

El Dr. Stefan Lanka es biólogo y virólogo por la Universidad de Konstanz (Alemania). Es el primer científico que ha aislado un virus de un alga eucariota marina: el *Ectocarpus siliculosus virus* (EsV). Se personó en dic.-95 voluntariamente en el “juicio por sangre contaminada” de Göttingen para declarar bajo juramento que el “VIH” no existe. El tribunal no encontró ni un sólo científico oficialista que fuese a defender la existencia del “VIH”, y el 24-febr.-97 dictó sentencia (aunque la censura no la hizo pública): absolución total del médico, al que se acusaba de nada menos que de catorce asesinatos y de 5.800 intentos de asesinato. O sea que por sentencia del Tribunal de Göttingen, el “VIH” no es mortal ni peligroso. Sólo es cuestión de un poco más de tiempo que algún tribunal reconozca que no lo es sencillamente porque no existe...

El Dr. Lanka es portavoz de las asociaciones *REGIMED* (*Research Group in Investigative Medicine and Journalism*) y *MuM* (*Ciencia, Medicina y Derechos Humanos*).

* * *

PREMIO DIARIO 16

¿Existe el VIH?

Se concederá un premio dotado con 1.000.000 de pesetas a quien aporte las revistas científicas, documentación, experimentos, etcétera que prueben concluyentemente que existe el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), considerado como causante del SIDA.

Además, la asociación COBRA (Centro Oncológico y Biológico de Investigación Aplicada) ofrece 750.000 pesetas con el mismo fin. La revista inglesa *Continuum* otorga desde diciembre de 1995 un premio de 1.000 libras esterlinas, y la asociación alemana MUM otro de 1.000 marcos alemanes con el mismo objetivo. Naturalmente, estas cantidades se sumarán y se entregará el total a quien aportase las pruebas arriba mencionadas.

ACCÉSIT

¿Es el VIH la causa del SIDA?

Se concederá un accésit de 250.000 pesetas a quien —virologo, investigador, biólogo, médico, analista, periodista, político, funcionario...— aporte las revistas científicas, documentación, experimentos, etcétera que prueben concluyentemente que el VIH es la causa del SIDA.

Criterios a cumplir

El criterio aplicado para afirmar la existencia de todo virus **real** ha consistido en demostrar que ha sido **aislado**, para lo que hay que **cumplir los siguientes tres requisitos**: **Primero**: Presentar las cuatro fotografías preceptivas: del virus en el interior de células, del virus sin absolutamente nada más en la foto (en especial, ningún orgánulo ni ninguna partícula intracelular ni "partícula semejante-a-virus", pertenecientes a la célula que lo contiene y de la que debe ser separado), de las proteínas de la envoltura del virus y del ácido nucleico del virus. **Segundo**: Mostrar que se han realizado los también preceptivos múltiples **ensayos de control**: si de tejidos infectados se han obtenido las cuatro fotografías mencionadas, del mismo tipo de tejidos pero no infectados y actuando en paralelo, es decir, haciendo exactamente las mismas operaciones con los mismos productos en las mismas concentraciones a las mismas temperaturas y en los mismos tiempos, no hay que obtener nada en las fotos finales que coincida con la que está en las cuatro anteriores fotos del virus.

Tercero: Haber publicado en revistas científicas adecuadas (p. ej. *Virology*) los resultados que se van obteniendo, a fin de que otros científicos puedan realizar los mismos experimentos y verificar que son correctos. Hay, pues, que **aportar las pruebas de que estos tres requisitos se han cumplido para el VIH**.

Pero puesto que oficialmente se dice que el VIH es un retrovirus, otro criterio sería cumplir los requisitos **menos exigentes** acordados en un encuentro celebrado en el **Instituto Pasteur en 1973**. Son los siguientes: 1) Cultivo de tejido supuestamente infectado. 2) Purificación de especímenes por centrifugación en gradiente de densidades. 3) Microfagos electrónicos de partículas que muestren las características morfológicas y dimensiones (100-120 nm) de las partículas retrovirales en densidad de sucrosa de 1,16 gm/ml, y que no contengan nada más, incluido partículas de otras morfologías o dimensiones. 4) Prueba de que las partículas contienen transcriptasa inversa. 5) Análisis de las proteínas y del ARN de las parti-

culas, y prueba de que son únicos. 6) Demostración de que lo obtenido en los puntos 1 a 5 es propiedad solamente de los tejidos considerados infectados y no puede ser inducido en los cultivos de control. Estos son cultivos idénticos, es decir, tejidos obtenidos de personas similares enfermas, y cultivados en idénticas condiciones, con la única diferencia de que se supone que no están infectados por un retrovirus. 7) Prueba de que las partículas son infecciosas, es decir, de que si se introducen partículas PURAS en cultivos o animales no infectados se obtienen partículas idénticas como resultados de aplicar los pasos 1 a 5. Se trata, pues, de **presentar la documentación que muestre que estos siete pasos se han realizado para el VIH**.

Hay que presentar la documentación conteniendo los artículos científicos que demuestren rigurosamente que el VIH es la causa del SIDA. En particular, presentar las referencias **originales** que puedan ponerse como demostración de la frase: **"El VIH es la causa del SIDA"**.

Tribunal

Consideramos lógico que esté constituido por los principales representantes de la versión oficial, que todo el mundo considera son los doctores Gallo y Montagnier, y los principales representantes de la postura crítica, que consideramos son los doctores Papadopoulos y Lanka.

Plazo de presentación

Estas pruebas deberán presentarse en DIARIO 16 (Basauri, 17. 28023 MADRID) antes del 31 de julio de 1997.

CUESTIONAR EL “VIH”

Atreverse a cuestionar la existencia del “VIH”, el supuesto virus al cual se considera responsable del SIDA. He ahí el reto no sólo científico sino intelectual y, aún más, humano –teniendo en cuenta las víctimas del mal uso que se sigue haciendo de este invento destructivo llamado SIDA– que se le presenta a quien haya leído la entrevista de anteayer con el Dr. Lanka.

Hace años que pedimos un debate científico y público sobre el SIDA. Hasta ahora, lo que se denomina “comunidad científica internacional” se ha mantenido cerrada a todo cuestionamiento de las hipótesis según las cuales 1) el “VIH” existe, y 2) el “VIH” es la causa del SIDA.

Al no existir ningún foro científico disponible, ha habido que recurrir a los poquísimo medios de comunicación que han tenido la valentía de dar cabida al virólogo alemán Dr. Stefan Lanka. Es decir, los que por ahora han roto la censura a la que me refería en mi columna anterior y que aún impera sobre el tema SIDA.

Resulta que la existencia del “VIH” y que “VIH”=SIDA son tan sólo hipótesis, es decir, suposiciones nunca demostradas. Pero esto no es óbice para que la gran mayoría de científicos y médicos del mundo por ahora se las crean. Y a través de los expertos oficiales, la gran mayoría de medias. Y por estos, el conjunto de la población.

Todo se basa en la confianza depositada en que unos pocos retrovirólogos, en particular el Dr. Gallo, hicieron bien su trabajo. Es decir, se tiene fe en que efectivamente aislaron un nuevo virus, el “VIH”, y en que efectivamente demostraron que el “VIH” es el desencadenante del SIDA.

Pero si esta piedra básica no es cierta, todo el edificio del SIDA se derrumba. Nos habremos librado de un terror psicológico de masas. Y, sobre todo, las personas etiquetadas como seropositivas por unos tests que son una chapuza, podrán por fin respirar con tranquilidad. Y las etiquetadas como SIDA, podrán tratarse de los problemas de salud que tengan al margen de toda la historia y de toda la histeria del SIDA. En particular, al margen de los venenos administrados en los hospitales, unos como supuestos antivirales y otros como supuestos preventivos.

En meses se puede acabar con el SIDA desmontándolo. La única cuestión por resolver será: ¿cómo ha podido tener lugar este engaño mundial?

Las tres primeras piezas de las respuesta son: Por haber dado por cierto lo afirmado por unos superespecialistas que están fuera de todo control. Por no pedir las pruebas. Por no atreverse a cuestionar aquello en lo que se cree.

Y por experiencia propia sé lo difícil que es cuestionarse la existencia del “VIH”. A mi me costó sudor y sangre, porque también yo me creía totalmente la versión oficial sobre el SIDA cuando la asociación se puso en marcha hace ya siete años. Comprendo, pues, las reacciones descalificadoras e incluso agresivas que pueden despertar en un primer momento las investigaciones del Dr. Lanka y otros científicos críticos, en las que se cuestiona cada paso de la pseudoexplicación oficial.

Pero quien de verdad quiera acabar con el SIDA en vez de hacer carrera y/o negocio, asumirá el reto planteado. Nosotros no pedimos a nadie que nos crea. Simplemente, que contraste la única hipótesis que hasta ahora conocía, con la información que hemos ido recopilando. Cada cual llegará a su propia conclusión...

“VIH”: SENCILLAMENTE, LAS PRUEBAS

Las sólidas y ponderadas declaraciones del virólogo alemán Dr. Lanka¹³ pueden ser rebatidas definitivamente de una forma muy sencilla: presentando las pruebas que pide acerca de que el supuesto “VIH” ha sido aislado. Si no se presentan, se confirma su conclusión: el “VIH” no existe.

La entrevista apareció publicada mientras más de mil especialistas oficiales de “eso” llamado “SIDA” procedentes de varios países estaban reunidos en Valencia en un Congreso cubierto por todos los medios de comunicación españoles influyentes. Y, sin lugar a dudas, la mayoría de los participantes se enteraron de las manifestaciones del Dr. Lanka. Sin embargo, ni los organizadores ni los asistentes han aportado ninguna de las pruebas solicitadas.

Además, es significativo que el único periódico que informase al día siguiente de algunas de las reacciones habidas fuese precisamente *Diario 16*. El resto decidió mantener la línea de censura que por ahora llevan, y silenciaron tanto las declaraciones como las reacciones. ¿Libertad de información para los ciudadanos? Sí, pero sólo de lo que los directores de los periódicos deciden no silenciar. Y, por ahora, las posiciones de los críticos del SIDA son materia a silenciar.

Gracias a *Diario 16* nos enteramos de tres significativas reacciones:

1) El Dr. Gallo, número uno mundial del “VIH”, “*rechazó conceder una entrevista*” precisamente al mismo periódico donde había sido entrevistado el Dr. Lanka. Sin comentarios.

2) El Dr. Nájera, número uno español del “VIH”, “*acusó a Lanka de plagiar las teorías defendidas hace unos años por Duesberg*”, y luego se marcó un farol que desvelaré en una próxima columna. Si el discernimiento del Dr. Nájera le impide distinguir entre quien sostiene que el “VIH” existe pero no es la causa del “SIDA” (Dr. Duesberg) y quien argumenta que el “VIH” no existe (Dr. Lanka), y acusa al segundo de plagiar al primero, no creo que nada de lo que pueda expresar el Dr. Nájera merezca credibilidad alguna...

¹³Ver *Diario 16* del 3 de abril.

3) El californiano Dr. Richman “manifestó que las palabras del científico alemán eran lo mismo que decir que la tierra es plana”. Y ocurrió que “este símil gustó a los congresistas que lo oyeron, ya que cuando alguien se refería a la polémica desatada por las teorías de Lanka, remitía a las palabras de Richman para desacreditarlo”. El éxito de tal demagógico comentario indica algo interesante: el grado de seguidismo de los nacionales ante lo norteamericano, seguidismo que impregna a todo “el fenómeno SIDA” y sin el cual no puede explicarse que “el invento americano SIDA” se convirtiese en engaño mundial. Pero es aún más interesante que alguien pueda poner al mismo nivel dos cuestiones tan distintas. Que la tierra fuese plana no sería un acto de fe sino que parecería ser confirmado por la experiencia sensible diaria de la inmensa mayoría de personas, y, según enseñan las Universidades, en Occidente costó muchos siglos y esfuerzos llegar a la conclusión de que en realidad la tierra no es plana. Pero nadie puede a través de su experiencia sensible sostener la existencia o no del supuesto “VIH”.

La existencia del “VIH” no debe ser un acto de fe, como el que efectivamente realizan quienes en ella creen, sino que tiene que ser probada. Gracias al Dr. Lanka, ahora sabemos cuáles son los cuatro requisitos necesarios para ello. Por esto sencillamente pedimos las cuatro fotos preceptivas y demás pruebas de que el “VIH” ha sido efectivamente aislado...

DEBATE SOBRE EL SIDA

En el debate científico lo que cuentan son los datos, las pruebas, los argumentos, las demostraciones. El virólogo Stefan Lanka aseguraba en DIARIO 16 que el virus del sida no existe y que “no se ha cumplido con ninguna de las cuatro exigencias para aislarlo”. Como es lógico, las declaraciones causaron una gran conmoción y, lo que es más positivo, abrieron un debate público sobre una materia tan importante. Lo que no parece de recibo es entrar en el insulto, la descalificación nominal y hurtar a la sociedad la discusión sobre los argumentos de Lanka. Esto es lo que, a nuestro entender, ha hecho Federico Hernández, en la carta (...) que ha dirigido a la redacción. Acusaciones sin más, negación de lo publicado sin ningún contraste de pareceres, esa es la táctica que emplea para echar por tierra una teoría que, como otras, requiere algo más que exabruptos para ser refutada. Nos parece bien que se estime errónea la tesis de Lanka, pero que se haga con razones. En este periódico hemos abierto el debate, a los científicos corresponde ahora aclarar las dudas sobre el sida. Con hechos, no enviando la Guardia Civil.

¿EXISTE EL VIH?

BASTA DE CENSURA. POR UN DEBATE CIENTÍFICO Y PÚBLICO

La impresión generalizada es que el SIDA es un grave problema de salud pública mundial, a cuya resolución se ha dedicado una gran cantidad de recursos económicos y científicos, sin que los resultados obtenidos hayan sido en absoluto satisfactorios. De hecho, oficialmente nunca se ha afirmado que se haya sido capaz de salvar ni una sola vida. Y las grandes alabanzas que una parte de los médicos oficialistas dedica a los "combinados" aplicados desde hace unos meses, son cuestionadas incluso por otra parte de los mismos.

Aún hoy, el conjunto de la población ni siquiera sospecha que sobre el SIDA exista más que la versión que hasta ahora han recibido machaconamente. La entrevista "*El VIH no existe*" con el virólogo alemán Dr. Lanka publicada el jueves 3 de abril, los extractos del vídeo-reportaje "*SIDA: la duda*", de Djamel Tahi, de los días 4 y 5 y las seis columnas "*Desmontar el SIDA*", de Lluís Botinas, ya aparecidas, han sido, para la inmensa mayoría de nuestros lectores, las primeras noticias de la existencia de un cuestionamiento radical, que lleva a otro tipo de terapias y tratamientos no-agresivos, de la versión oficial. En realidad, ha habido y aún hay una censura por parte de los medios de comunicación importantes respecto de los científicos, médicos, afectados, asociaciones, ..., que discrepan de las hipótesis y tratamientos oficiales.

Y, sin embargo, lo lógico es que se sumasen todos los esfuerzos que puedan contribuir a acabar con el SIDA lo antes posible.

Pero no existe foro científico alguno en el que se puedan contrastar los diferentes enfoques y las respectivas propuestas de solución derivadas. Se afirma en las Universidades que "la ciencia sólo avanza contrastando hipótesis distintas". Pero en la realidad, y no sólo en el tema SIDA, esto no suelen ser otra cosa que palabras de adorno.

De hecho, se lanzó el SIDA en 1981 como inevitablemente mortal y el VIH en 1984 como su supermaligna causa, sin que previamente hubiese habido ni publicaciones científicas ni congresos de especialistas que avalasen lo que unos cuantos influyentes norteamericanos, situados en instituciones clave, hicieron decir a los medios de comunicación. Una historia del SIDA aún por escribir probablemente mostraría que se rompieron todas las reglas que hasta entonces habían presidido al método científico y a los usos de la comunidad científica internacional.

Ya que no antes, desde el momento en que se sabe que hay corrientes críticas debería aparecer la apertura a un debate. De hecho, a un doble debate: a uno científico y a otro público. Al científico porque la especialización de algunos aspectos de la cuestión exige que los expertos se confronten. Pero la experiencia en el tema SIDA indica que si no hay una presión pública, los expertos oficialistas se mantienen en sus casillas y utilizan el poder para marginar e incluso reprimir a quienes no aplauden o callan.

Pero, sobre todo, hay el riesgo de que un debate científico se eternice, en particular si hay grandes intereses económicos por en medio. Y mientras, casi dos centenares de miles de españoles y millones de seres humanos en todo el mundo están padeciendo la pesadilla de ser supuestamente portadores de un virus cuya existencia (y no ya sólo cuya culpabilidad) está siendo puesta en entredicho por científicos cualificados.

Diario 16 se ofrece ya como un foro para el **Debate SIDA** con la esperanza de abrirlo a toda la sociedad y de contribuir así a terminar lo antes posible con el SIDA.

Y el primer tema a tratar es el decisivo y que ordena a todo el resto: la propia existencia de lo que desde 1984 se presenta como la causa del SIDA, es decir, el supuesto virus llamado VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). Y la explicación global distinta de lo que es el fenómeno SIDA que ello conlleva. El debate, a partir de esta breve introducción, queda abierto...

“PEDIR AL Dr. GALLO LAS PRUEBAS DE QUE EL VIH EXISTE”

Entrevista a Lluís Botinas

(Diario16) ¿Qué titulación tiene Ud. y cuál es su experiencia en el campo del SIDA?

(Lluís Botinas) Soy licenciado en Económicas y doctorando en Sociología. Desde hace casi siete años, y en tanto que director de la asociación C.O.B.R.A.¹⁴, he acumulado una experiencia sobre el “SIDA” probablemente única en el mundo. He dado unas 400 conferencias sobre “SIDA”, he estado en contacto directo (cara a cara o por teléfono) con más personas etiquetadas y con sus allegados que ningún médico hospitalario o ningún responsable de sanidad, he ido conociendo los trabajos de las diversas corrientes de científicos y médicos disidentes o críticos, y hemos traído a Barcelona a darnos cursos a tres de los principales: los Drs. Stefan Lanka (biólogo y virólogo alemán), Heinrich Kremer (médico alemán especializado en toxicomanías y en mitocondrias) y Alfred Hässig (inmunólogo suizo). Soy el representante en España del Dr. Lanka y miembro del Consejo de Asesores de la revista británica *CONTINUUM*, llevada exclusivamente por personas etiquetadas y que es hoy la número uno en el mundo para conocer las investigaciones de los científicos analíticos.

¿Y a qué conclusión ha llegado?

A que la explicación oficial sobre el “SIDA” es totalmente insostenible. Y quiero subrayar que cuando comenzamos hace siete años nos creíamos toda la versión oficial. Pero, paso a paso, nuestra propia experiencia por un lado y la documentación de los críticos por otro, nos hicieron ir poniendo interrogantes cada vez mayores hasta llegar a una comprensión totalmente diferente. Ha sido un proceso largo. Y también doloroso, pues sé muy bien los males de estómago y otros que acarrea el darse cuenta de que es erróneo aquello en lo que habías creído hasta un momento dado. Pero como no nos paga nadie, si apareciesen las pruebas que pedimos, cambiaríamos de nuevo de posiciones.

¹⁴(Añadida) Siglas que primero significaron Centro Oncológico y Biológico de Investigación (Recherche) Aplicada y, posteriormente, Centro Orientativo de Bio-Regeneración Aplicada. Se presentó en público el 29 de junio de 1990 y dejó de existir el 6 de octubre de 1999. En esta misma Asamblea General de Socios se constituyó PLURAL-21, Asociación para el cuidado de la vida en un planeta vivo, la cual retomó la información y la experiencia de C.O.B.R.A. aunque situándolas en otro paradigma y en otra dinámica.

¿Cómo resumiría los pasos del cuestionamiento que han hecho?

Explicándolo desde lo último aprendido, de la siguiente manera. El “VIH” no existe: las investigaciones del Dr. Lanka lo demuestran. Pero supongamos que el “VIH” sí que existe. Entonces resulta que el “VIH” jamás ha sido aislado: los trabajos del equipo de la Dra. Papadopoulos (Australia) lo demuestran. Pero supongamos que el “VIH” existe y que además ha sido aislado. Entonces resulta que los tests mal llamados del “SIDA” no tienen fiabilidad alguna: otros trabajos de dicha Dra. Papadopoulos lo demuestran. Pero supongamos que el virus existe, que ha sido aislado y que además los tests son totalmente válidos. Entonces resulta que el “VIH” es inofensivo: los trabajos del Dr. Duesberg (USA) y muchos más, lo demuestran. Pero supongamos que el “VIH” existe, que ha sido aislado, que los tests son válidos y que además el “VIH” es lo maligno que se dice oficialmente que es. Entonces resulta que hay tratamientos infinitamente mejores que los venenos que se está dando en los hospitales, es decir, hay investigadores, médicos y terapeutas (con titulación o sin) que, trabajando sobre la base de la hipótesis oficial “VIH”=“SIDA”, han confeccionado tratamientos mucho más eficaces que los hospitalarios. Luego, en resumen, desde los inicios hay soluciones al “SIDA”, cualquiera que sea su causa. De ahí que consideremos llegada la hora de proponer decididamente el objetivo de llegar al año 2.000 no con el “SIDA crónico” de que hablan los oficialistas más avanzados, sino sencillamente sin (habiendo desmontado totalmente el “SIDA”).

Pero si el VIH no existe, todo el SIDA se derrumba...

Así es. Y aunque podemos responder a los oficialistas en cualquier nivel al que quisieran abrir el debate, lo primero que les pedimos es que prueben la existencia del VIH. Por esta razón convocamos el pasado 26 de noviembre el *Premio Internacional ¿Existe el VIH?* Y también el *Accésit ¿Es el VIH la causa del SIDA?*, a fin de subrayar que aún suponiendo que el VIH hubiese sido aislado, no hay prueba alguna de que sea el causante del SIDA¹⁵. Es más, ni siquiera está demostrada la suposición oficial de que el “VIH” dañe la inmunidad.

¹⁵ (Añadida) Tras diecisiete convocatorias lanzadas trimestre tras trimestre a partir de la primera formulada el 26-11-1996, dejamos de ofrecer el “Premio Internacional” al que aquí se hace referencia. Pero quizás abría que relanzarlo, aunque ahora en el marco de una decidida ofensiva mundial unitaria de todos los críticos dirigida abiertamente a ACABAR CON EL SIDA.

En realidad, el propio Dr. Montagnier tiene una posición vacilante al respecto.

Es cierto. Su artículo de 1983 donde afirma haber aislado un nuevo retrovirus, acaba diciendo: “falta ver cual es su papel en la etiología (en el origen) del SIDA”. Además, es importante recordar que ya en 1990 formuló su “hipótesis de los cofactores”: puesto que el VIH por sí sólo no puede matar célula alguna, es preciso que haya otro factor que actúe al mismo tiempo sobre la misma célula, pero aún no lo ha encontrado. Sin embargo, toda la pseudociencia y toda la medicina venenosa oficiales siguen repitiendo, sin demostrarlo, que el VIH mata las defensas, las neuronas, ... Y en el reportaje *SIDA: la duda*, que iba a emitir TVE el 27 de octubre pasado pero que el Dr. Nájera y otros especialistas oficiales lograron censurar, el Dr. Montagnier afirma que no se ha confirmado la transmisión heterosexual del VIH en Europa.

Entonces, ¿quién postula la existencia del VIH y que sea la causa del SIDA?

El más veterano que queda defendiendo tanto la existencia como la malignidad del “VIH” es el Dr. Gallo. Y resulta que en los USA fue condenado tras varias investigaciones, en particular la hecha por la ORI (Office of Research Integrity), tuvo que dejar de trabajar en el sector público y ahora “investiga” en un laboratorio que le ha montado la industria farmacéutica. Quedó claro que había robado el supuesto “retrovirus VIH” de Montagnier. Pero el tramposo científico Dr. Gallo conserva fuera de los USA una mal ganada fama que hace que se le siga rindiendo honores, como se hizo ofreciéndole la conferencia inaugural del IV Congreso Nacional de SIDA celebrado en Valencia la semana pasada o presentándolo como la figura estelar de un curso organizado por *La Caixa* en Barcelona estos días.

Y luego quedan los científicos y médicos que se han montado sobre el tren del SIDA ya en marcha. Tienen fe en que sus “maestros” hicieron bien su trabajo y se limitan a repetir las instrucciones que les dan los manuales de virología o los de los laboratorios que fabrican los tests, aparatos, etc. Y leen y citan artículos científicos de cuarta, quinta o sexta generación (pues están sometidos a un ritmo vertiginoso agravado con el prejuicio de que todo aquello publicado hace más de tres años ya es obsoleto) donde se da por supuesto que ya fue demostrado a principios de los ochenta que

el VIH existe y que es la causa del SIDA. Pero no tienen las referencias originales donde realmente se demuestre, y ello sencillamente porque no existen. También en el reportaje antes mencionado *SIDA: la duda*, el Premio Nobel Dr. Mullis explica que se hizo disidente cuando empezó a buscar las referencias originales para basar la frase “el VIH es la probable causa del SIDA” que había escrito al redactar un informe, y no logró encontrarlas aunque llegó a preguntárselo personalmente al Dr. Montagnier.

El Dr. Gallo va a estar el miércoles en Barcelona.

Sí, está programado que dé una conferencia precisamente sobre *El descubrimiento de los retrovirus y del VIH*. Es el momento adecuado para pedirle no ya la demostración de que el VIH es la causa del SIDA, sino lo que es previo y decisivo: las pruebas de que el VIH ha sido aislado.

¿Cuáles son estas pruebas?

Las que el Dr. Lanka explicaba en su entrevista y que están contenidas en las bases del Premio que hemos convocado. Se pueden resumir diciendo que para todo virus realmente existente se ha cumplido cuatro requisitos antes de anunciar su aislamiento o hallazgo:

- 1) Presentar las cuatro fotografías preceptivas: del virus en el interior de células, del virus sin absolutamente nada más en la foto, de las proteínas de la envoltura del virus y del ácido nucleico del virus.
- 2) Caracterizar tanto las proteínas como el ácido nucleico entero, y para ello secuenciarlos.
- 3) Realizar los también preceptivos múltiples ensayos de control.
- 4) Publicar en revistas científicas adecuadas los resultados que se van obteniendo, a fin de que otros científicos puedan verificar si son correctos. Nada de esto se había cumplido cuando el Dr. Gallo lanzó en 1984 la noticia al mundo, con lo que inauguró la ciencia a base de conferencias de prensa. Para el caso de esos artefactos de laboratorio llamados retrovirus, en una reunión celebrada en 1973 en el Instituto Pasteur se acordaron siete condiciones menos exigentes que tampoco se han cumplido. La Dra. Papadopoulos y su equipo lo han demostrado exhaustivamente.

Luego, ¿es el Dr. Gallo el máximo responsable del SIDA?

No lo considero así. El Dr. Gallo tiene la enorme responsabilidad de haber

hecho todo tipo de maniobras para hacer reconocer como causante del SIDA un supuesto virus que supuestamente había aislado. Pero si el Dr. Gallo consiguió fama y dinero así, pudo realizar este papel porque otros habían inventado en 1981 el SIDA. Hay que precisar qué puñado de políticos, científicos, ejecutivos, periodistas, ..., norteamericanos decidieron lanzar a bombo y platillo el SIDA, y porqué lo hicieron. Y hay que lograr que estos rindan cuentas...

¿Cómo lograrlo?

Poniendo entre la espada y la pared a todos los que tienen responsabilidad en este engaño. Una etiquetada me contaba el otro día que se encontró a su médico en una tienda y le preguntó si se había leído el material informativo de la asociación que le había pasado en la última visita. El médico respondió con el consabido *"No he tenido tiempo"*. Y la mujer le contestó: *"Pues espabila, porque no te quedan muchas oportunidades más. Cuando desmontemos el SIDA, cada cual tendrá que rendir cuentas por su comportamiento. Hasta ahora tenías la excusa de no conocer otra información que la oficial y en todo caso tu responsabilidad era por omisión, es decir, por no buscar otros planteamientos aunque se te morían todos en el hospital. Pero ahora sí tienes otra información. Y ves lo bien que me ha sentado a mi, mi buena evolución. En la próxima visita quiero que me des tu opinión, y con argumentos. No te voy a aceptar ni que no has tenido tiempo ni evasivas ni descalificaciones ni críticas no fundamentadas"*. Y pronto muchas personas etiquetadas van a hablar así a sus médicos, con lo que el cambio va a acelerarse. Y a su vez los médicos van a pedir responsabilidades cada cual al eslabón superior de la jerarquía. Y los responsables administrativos y políticos a sus asesores científicos. Y los segundones de la llamada comunidad científica internacional, a los más importantes. Y éstos a los superespecialistas. Y estos a los políticos y a los ejecutivos que los dirigen y contratan. Y los de cada país a los de los USA, porque fue allí donde se inventó el SIDA. Y los culpables van a tener que rendir cuentas...

No parece fácil...

No se sabrá mientras no se haga. En realidad, se trata de algo tan sencillo como dejar de creer que las cosas están claras y, por el contrario, pedir

pruebas. Pedir las pruebas al Dr. Gallo personalmente el miércoles quienes tengamos oportunidad de hacerlo. Y pedir las pruebas al “representante del Dr. Gallo” correspondiente que cada cual tenga a su alcance. Y enviar cartas, fax, etc., a los medios de comunicación, a los partidos, a los parlamentarios, a las autoridades, etc., pidiendo las pruebas científicas de la existencia del VIH. Y que rápidamente empiecen a pedir las a los USA...

DECLARACIÓN SOBRE LOS ARTÍCULOS DE LOS Drs. GALLO Y MONTAGNIER EN SCIENCE EN LOS QUE SE AFIRMA LA DETECCIÓN Y EL AISLAMIENTO DEL “VIH”:

“NO CONTIENEN PRUEBA ALGUNA”

Dr. Stefan Lanka

Hoy en día todo el mundo sabe que el Dr. Montagnier está oficialmente considerado el primer y único descubridor (aunque sería más riguroso decir “inventor”) del “VIH”, puesto que se aclaró y demostró que el Dr. Gallo le robó el invento a fin de venderlo, respaldado por el gobierno USA y sus compañías farmacéuticas, a un público espantado como “su VIH” en la bien conocida conferencia de prensa del 23 de abril de 1984 (el mismo día, ¡oh, casualidad!, patentaba un test aún por confeccionar pero que le representan más de cien mil dólares anuales)¹⁶. Por esto no hay diferencia alguna entre analizar el artículo del Dr. Montagnier¹⁷ o el del Dr. Gallo¹⁸ sobre sus “virus” para ver que nada fue aislado y que, por tanto, ningún virus estaba presente. En lo básico, informaron exactamente sobre lo mismo.

Pero después de leer lo que el propio Dr. Gallo escribió en una muy importante declaración del 27 de septiembre de 1983 (después de la decisiva conferencia celebrada en Cold Spring Harbour) más de medio año después de haber visto los resultados y la publicación de Montagnier y de haber conseguido el material “infectado” de Montagnier que él

¹⁶John Crewdson. *The Great AIDS Quest*. Informe especial. 19 de noviembre de 1989. *Chicago Tribune*.

¹⁷Françoise Barré-Sinoussi et al. (incluido L. Montagnier). 1983. *Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*. *Science* 220: 868-871.

¹⁸Robert C. Gallo et al. 1984. *Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS*. *Science* 224:500-503.

utilizaba para “aislar el VIH”, y que es lo siguiente: “... nunca he visto el virus descrito por Montagnier, y supongo que tiene una mezcla hecha a partir de dos. Por otra parte, algunos de sus datos son interesantes pero no son en absoluto concluyentes ...”,¹⁹ queda claro que no hay nada en ambas publicaciones y podríamos detenernos aquí y no desperdiciar ni más tiempo ni más esfuerzos. Pero explicar cómo engañaron y mintieron facilita detener lo antes posible el innecesario sufrimiento y muerte de personas estigmatizadas como seropositivas o, en su caso, como SIDA.

Resultará fácil a cualquiera dismantelar todo el montaje VIH=SIDA cuando se conoce lo siguiente y se lee las publicaciones que se citan.

En el tiempo en el que se inventó el “VIH”, era bien conocido por todo biólogo que un mecanismo biológico especial, la retranscripción de la forma de molécula genética mensajera (ARN) en la forma de molécula genética (ADN), ocurre en todas las células vivas pero, en los laboratorios, tiene lugar en mayor proporción en algunas células cancerosas, y por ello se había especulado –y aún se especula– que tiene algo que ver con el cáncer. Sorprendentemente –pero en aquel momento ningún investigador serio leyó ni criticó lo que hicieron–, Gallo y Montagnier mezclaron células cancerosas de las que se sabía que producían grandes actividades de retranscripción, con células de personas etiquetadas como casos de “SIDA”, precisamente con la finalidad de detectar esta alta actividad de retranscripción y proclamar eso como el signo de la detección y el aislamiento (ambas cosas al mismo tiempo) de un nuevo virus. Pusieron un signo igual entre “detección del bien conocido efecto de retranscripción” con “existencia de un nuevo virus”, y proclamaron que esto tenía algo que ver con las personas cuyas células usaron y que estaban infectadas... ¡porque sus células habían sido utilizadas en estos extraños experimentos! Esto es lo que hicieron.

¿Cómo puede una persona que piense normalmente utilizar en tubos de ensayo células cancerosas, mezclarlas con células normales (además, sometiendo toda la mezcla a un tratamiento altamente estresante por medio de productos químicos agresivos) y finalmente proclamar que los resultados tienen algo que ver con la persona o con sus células? Y aun más cuando jamás aislaron un virus ni demostraron su existencia²⁰.

¹⁹Robert C. Gallo en una carta al Prof. Deinhardt fechada el 27 de septiembre de 1983. Se encuentra en *Abchlussbericht des HIV-Bluter-Untersuchungsausschusses, Deutscher Bundestag*, (Informe final a la comisión del juicio de sangre contaminada con VIH, Parlamento alemán). Impreso 12/8591, Documento 36, Página 312, 25 de octubre de 1994.

²⁰Eleni Papadopoulos-Eleopoulos, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, David Causer: *The isolation of HIV: Has*

Nunca mostraron la foto de un virus aislado sino de partículas celulares (vesículas de transporte) utilizadas por las células para tareas de importación y exportación (ello queda revelado las veces en que escriben en los pies de foto que se trata de secciones ultrafinas). Ni siquiera mostraron nunca una “foto del VIH” en la sangre de personas etiquetadas (incluso si se dice desde enero de 1995 que el virus, totalmente al contrario de lo afirmado hasta entonces, se encuentra por billones en la sangre). Nunca mostraron una foto de las proteínas del virus y por lo tanto no saben cuales son, pero afirman, sin dar explicación alguna, ser capaces de producir suficientes proteínas para ser usadas en los “tests del SIDA” que venden por todo el mundo. Lo mismo ocurre con el material genético del supuesto “VIH”.

No hay otra cosa que el triste, malvado y secreto acuerdo entre los políticos, investigadores y periodistas implicados en silenciar a cualquiera y en censurar todo lo que muestre que el emperador está desnudo, es decir, que no hay virus alguno y que el “SIDA” no tiene entidad médica sino que es sólo una mezcla de varios estados de mala salud causados por la profesión médica cuando va más allá de las fronteras de la vida²¹.

La forma más rápida de dismantelar la perniciosa idea de “VIH” (y, en consecuencia, de “SIDA”) que fue introducida en 1984 como una explicación pseudoracional del “SIDA” inventado en 1981, cuando esta promulgada inteligente combinación de sexo, temor y muerte fue establecida utilizando todo tipo de formas efectivas de miedo y horror, es entrar en los detalles más precisos y exactos del “aislamiento del VIH”, los cuales, por razones demasiado obvias, no se encuentran en las publicaciones originales de Gallo o Montagnier sino, por ejemplo, en el último manual de virología²². Allí encontrarán la receta para “detectar y aislar” el “VIH” que ahora estamos analizando conjuntamente. Recuerden que el modelo del “VIH” postula que dentro del “virus” estaría la información genética (en forma de molécula genética mensajera) y el catalizador biológico que permitiría realizar la retranscripción de la molécula genética mensajera (ARN) en la molécula genética (ADN), lo cual se dice que es la cosa más importante en el proceso de “infección” por “VIH”.

it really been achieved? The case against. *CONTINUUM* Vol. 4, Nº 3, suplemento pág. 1-24, septiembre-octubre 1996.

Stefan Lanka: *Fehldiagnose AIDS? Bisher konnte das AIDS-Virus nicht isoliert werden. Wechselwirkung*, 48-53, diciembre 1994.

Stefan Lanka: *HIV-reality or artefact?* *CONTINUUM* Vol. 3, Nº 1, 4-9, abril-mayo 1995.

²¹Heinrich Kremer: *Acquired Iatrogenic Death Syndrome (AIDS)*. *CONTINUUM* Vol. 4, Nº 3, 8-13 noviembre-diciembre 1996.

²²Brian W. J. Mahy y Hillar O. Kangro: *Virology Methods Manual*. Academia Press, 1996.

Entonces tendrán la gran sorpresa de ver que la receta exige, sin explicación alguna de porqué, el explícito uso de una molécula genética mensajera **artificial** en lugar de la natural, la cual debería estar presente si el virus existiese. Precisamente se afirma que si esta molécula genética mensajera artificial es retranscrita en una molécula genética, entonces el “VIH” está presente y, al mismo tiempo, ha sido aislado. Así, establecen un signo igual entre “presencia de retranscripción”, que hoy en día todo biólogo sabe que es un mecanismo de curación —especialmente en células cancerosas en las que hay una gran cantidad de reacciones anormales en marcha y, en consecuencia, una gran necesidad de reparaciones—, y “existencia de un nuevo virus absolutamente mortal”.

Y aún peor. Incluso hacen trampa en este tipo de detección. Desde hace mucho tiempo todo especialista en este campo sabe que hay biocatalizadores celulares normales que también son capaces de hacer la retranscripción con exactamente la misma forma de molécula genética mensajera artificial, aunque no con igual eficiencia que la misma molécula en su forma genética²³. Así, pues, utilizando este tipo de receta no están detectando algo especial. Tan solo definen un proceso celular normal como si fuese algo especial, e igualan esto a la existencia y aislamiento del “VIH”.

Si se realiza más lecturas, aparecen aún más contradicciones. Así, cuando usan la molécula genética de ARN-mensajero artificial y miden el valor de la retranscripción, dicen que, para obtener el valor específico de la actividad de retranscripción del “VIH”, debe restarse, al valor de la producción de material genético, el valor de la actividad de transcripción obtenida utilizando la misma molécula artificial pero en su forma genética como plantilla. Pero no hay ninguna lógica en ello. Si la molécula mensajera artificial fuese retranscrita en material genético por un biocatalizador específico del “VIH”, no habría necesidad alguna de sustraer de dicho valor ninguna otra actividad medida. Esto tiene el objetivo de confundir y desorientar a los técnicos de laboratorio, haciéndoles creer que hacen algo peligroso e importante cuando “aislan” el “VIH”.

Esto aparece finalmente aun más claro cuando se lee que el valor obtenido después de la sustracción debe ser mayor en el caso de una infección lenta comparado con el caso de una “infección aguda” (es decir, cuando estimulan las células a fin de obtener una mayor tasa de multiplicación). Naturalmente, si hubiese una “infección aguda” real estarían

²³Weissbach A., Baltimore D., Bollum F et al., *Nomenclature of eukaryotic DNA polymerases*. 1975. *Science*; 190: 401-402.

presentes más virus, y el valor de retranscripción debería ser mayor, y también la diferencia. Pero como de hecho no están midiendo una actividad de retranscripción específica sino tan solo actividades celulares, es lógico que la diferencia sea menor, y entonces se limitan, por un acto de definición, a declarar esta obvia contradicción como uno más de los extraños comportamientos del “VIH”. Y piden más dinero para poder investigar este virus siempre más cambiante y misterioso.

RESUMEN:

Montagnier y, sobre todo, Gallo, atemorizaron a todo el mundo con su detección de un mecanismo de reparación presentado como aislamiento de un terrible nuevo virus. Esto tuvo la grave consecuencia de dañar peligrosamente la salud de las personas etiquetadas como seropositivas al administrarles medicación altamente tóxica (la quimioterapia más fuerte jamás utilizada) presentada como “antiviral”, y de finalmente matar a muchas de ellas. Y todo por dinero y por prestigio, en lugar de hacer un trabajo científico riguroso y de reconocer las equivocadas concepciones empleadas. No pueden ahora desaparecer sin dejar huella, y por ello se mantienen aferrados a sus concepciones obviamente erróneas.

Es necesario y urgente iniciar acciones legales contra esta gente irresponsable, especialmente cuando cualquiera de ellos insiste en afirmar la existencia del “VIH” o, lo que es peor, proclama que es criminal que expliquemos estos hechos y digamos la verdad de que nunca ha habido un “VIH”. Llevan una gran responsabilidad en la desesperación y muerte de muchas personas estigmatizadas.

Fue muy fácil en Alemania acabar con el primer juicio-show del mundo acusando de asesinato por supuesto contagio por sangre con “VIH”. La forma de hacerlo fue pedir al tribunal y a los fiscales que los especialistas del “SIDA” fuesen obligados a repetir sus “opiniones” sobre el “VIH” y el “SIDA” bajo juramento, sabiendo que mentir bajo juramento está castigado con un mínimo de un año de cárcel. Pero no hubo ni uno solo dispuesto a declarar, por lo que la acusación de asesinato fue retirada y la sentencia final, hecha pública este 24 de febrero, es totalmente exculpatória. Desde entonces, y por una sentencia de un tribunal alemán, el “VIH” ya no es un virus mortal ni amenazador para la vida. ¿Cuando seguirán este camino España y el resto del mundo? ¿Cuando se acabará definitivamente con el “SIDA”?

¿QUIÉN ES EL Dr. GALLO?

LA MARCHA DEL DEBATE

Diario 16 del 15-4-97 comenzó a impulsar formalmente un Debate SIDA que de hecho ya había empezado con las declaraciones recogidas el 10-3-97 a los Drs. Hässig y Lanka. *Diario 16* considera un servicio a la sociedad que haya una clarificación entre las distintas posiciones existentes, en bien, en particular, de las personas directamente afectadas y sus allegados.

Por un lado, claro, están las explicaciones oficiales, que han sido abundantemente repetidas y difundidas desde los inicios por todos los medios de comunicación, incluido, naturalmente, el nuestro. Por el otro, las disidentes, críticas o analíticas, elaboradas por científicos, médicos, personas afectadas, asociaciones, ..., que cuestionan, desde diversos ángulos, los planteamientos oficiales, y que hasta ahora no habían encontrado un foro diario y permanente de debate.

Por ahora cuesta arrancar el debate.

Por el lado oficial, no ha habido respuesta directa alguna. Compartimos totalmente la recomendación del Dr. Jordi Casabona de que “El VIH no se puede utilizar frívolamente” (*Diario 16*, 18-4-97), aunque quizá no esté tan claro quienes lo usan así. Y nos resistimos a considerar una defensa de las posiciones oficiales la insultante carta enviada por la paradójicamente llamada “Escuela de SIDA, Salud y Convivencia” (*Diario 16* 10-4-97).

Por el lado disidente, ayer recogimos las declaraciones de Alfredo Embid, ... Y antes, las del Dr. Javier Rodiño y la afectada Paz (*Diario 16*, 8-4-97).

Y estamos muy contentos de los dos testimonios llegados como Carta al Director (*Diario 16*, 17-4-97) por la esperanza que su ejemplo puede dar a muchas otras personas afectadas. Y porque nos felicitan por la iniciativa tomada y se suman a pedir que por fin se desarrolle el Debate SIDA.

PRESENTACIÓN DEL TEMA DE HOY

¿Por qué es importante conocer mejor quién es el Dr. Gallo? Porque su condición de Número uno mundial entre los defensores del VIH, le da un peso específico enorme. Por ello cada aparición del Dr. Gallo incide en todas las personas implicadas, directa o indirectamente, en el tema. Y como sus venidas a España son bastante frecuentes, es importante conocer algunos datos que, aunque son oficiales en los USA, han tenido poco eco aquí.

Normalmente, cada cual se cuida mucho de saber a quien invita a su casa. Se elige atentamente amigos, aliados, convidados... La cosa es aún más importante cuando son las instituciones públicas o las entidades privadas de peso, las que aparecen respaldando unas invitaciones que pueden ser comprometidas y que, sin embargo, tienen una repercusión social importante.

Y la repercusión se ve multiplicada por unos medios de comunicación que, en su inmensa mayoría, da muestras de un seguidismo y de una falta de espíritu crítico e incluso de curiosidad, tanto humana como intelectual, lamentables.

Conocer la información que sigue hará que se medite mejor a quien se rinde homenaje. Y a saber que invitar al Dr. Gallo presentándolo como el descubridor o el codescubridor del “VIH”, es engañar. Luego continuar trayéndolo no sólo puede resultar en una mayor incidencia en la opinión pública, que es lo que hasta ahora ha ocurrido en España. También puede llevar a tener que rendir cuentas por cubrir e incluso promocionar a un estafador científico.

“CIENTÍFICAMENTE RECONOCIDO” NO SIGNIFICA “CIENTÍFICAMENTE DEMOSTRADO”

Hace ya unos años, el Tribunal Federal de Alemania tomó, a raíz de una disputa científica, una sentencia clarificadora. La sentencia exigía la necesidad de distinguir entre aquello que está “científicamente demostrado” y aquello que simplemente está “científicamente reconocido”.

Lo que está “científicamente demostrado” es aquello que la acumulación a lo largo de mucho tiempo de argumentos, experimentos, documentación, resultados, ..., ha llevado a una total unanimidad entre los implicados y también en el conjunto de la sociedad. Podría decirse que

lo “científicamente demostrado” es aquello que es incuestionable...si no fuese porque el verdadero espíritu científico no deja de cuestionarlo todo constantemente de nuevo, y si no entra en investigarlo personalmente es sencillamente por falta de tiempo.

Pero si el interrogante es planteado por otras personas que sí han dedicado tiempo al tema hasta entonces incuestionado, el verdadero científico se interesará todo lo posible en la cuestión. Y, en consecuencia, como mínimo pedirá, o apoyará que se pida, una contrastación entre las posiciones distintas surgidas. Hay pocas cosas, sobre todo en medicina, que estén “científicamente demostradas”, por lo que la mayoría de actuaciones médicas están basadas en hipótesis, es decir, en suposiciones no demostradas sino “reconocidas”...

Lo “científicamente reconocido” es algo cualitativamente distinto. La sentencia precisa que no es una cuestión científica sino de corrientes de pensamiento, de poder, de intereses, de grupos de presión, de modas, de relaciones públicas, ... Que algo esté “científicamente reconocido” tan sólo implica que hay una aceptación por parte de la comunidad científica e incluso de la sociedad, pero esto no implica ni su validez práctica ni, mucho menos, que realmente esté demostrado.

Desde la fuerza de esta sentencia histórica, afirmo con toda rotundidad que la teoría oficial sobre el “SIDA” está “científicamente reconocida” pero en absoluto “científicamente demostrada”. Además, este caso es especialmente grave porque las erróneas concepciones oficiales están llevando a una práctica hospitalaria catastrófica que tendencialmente condena a muerte a quienes la reciben. Y llamo a todos los científicos, especialmente a los no implicados directamente en el tema “SIDA”, a intervenir para que se creen rápidamente foros neutrales donde pueda efectuarse el debate científico y público que llevamos años pidiendo.

Dr. GALLO: DE DESCUBRIDOR ÚNICO A CODESCUBRIDOR...

1984: AUTOPROCLAMACIÓN DEL Dr. GALLO COMO PRIMERO Y ÚNICO

El nombre del Dr. Gallo saltó a la fama pública mundial cuando, en una rueda de prensa celebrada el 23-4-1984 junto con la entonces “ministra

de sanidad” norteamericana, Margaret Heckler, se presentó como el descubridor primero y único de la causa del SIDA. Afirmó que se trataba de un nuevo virus que él y sus colaboradores habían aislado, al que entonces denominó VLTH-III y que al fin resultó definitivamente rebautizado con el nombre VIH (“Virus de la Inmunodeficiencia Humana”).

¿Por qué el Dr. Gallo llamó VLTH-III al “retrovirus” que en 1.984 afirmó ser causante del SIDA? A inicios de 1.980 el Dr. Gallo dijo haber descubierto el primer “retrovirus” humano al que finalmente logró presentar como causante de la leucemia humana de células-T, por lo que le puso el nombre de VLTH (“Virus de la Leucemia de células-T Humana”). Es interesante subrayar que la L del mismo “retrovirus” tuvo tres significados distintos. El Dr. Gallo estuvo durante un cierto tiempo con un “retrovirus” en busca de enfermedad. Como lo había encontrado en una persona con linfoma, primero la L significó Linfoma. Cuando gracias a las orientaciones de un equipo holandés y a los serios esfuerzos de uno japonés logró asociarlo a un tipo de trastornos leucémicos, la L pasó a significar Leucemia. Y durante el año en que intentó vanamente que el mismo virus que se suponía causar multiplicación de linfocitos blancos en el marco de la leucemia fuese reconocido como el causante de muerte de linfocitos en el marco del “SIDA”, la L transitoriamente indicó Linfotrófico...

Cuando se inventa el SIDA en 1981, comienza la carrera entre diferentes equipos de investigadores para determinar su causa. El Dr. Gallo propuso al VLTH como responsable del SIDA. Pero le resultó imposible hacer aceptar que el VLTH fuese tan multifacético. Llamar VLTH-III al virus que finalmente sí consiguió hacer reconocer como causa del SIDA, era una forma de señalar una gran similaridad con su propuesta de “solución” anterior y de reivindicar así toda su línea de investigación.

Pero, ¿cómo consiguió el Dr. Gallo por fin ser reconocido como el descubridor de un VIH causante del SIDA? Actuando en contra de los cánones científicos establecidos.

No deja de ser curioso que los oficialistas que ahora nos echan en cara que desarrollemos el debate en un periódico en vez de hacerlo en las revistas científicas reconocidas, ignoren o se olviden de que el fenómeno “SIDA”, incluido que el “VIH” exista y sea su supuesta causa, se lanzó a base de conferencias de prensa y sin que previamente se hubiese publicado ni un sólo artículo científico ni celebrado una reunión entre científicos

de distintos centros que avalasen la noticia. Los célebres “cuatro artículos del Dr. Gallo en *Science*” no contienen prueba alguna de aislamiento de un virus, y menos de que fuese la causa del SIDA. Pero no hacía falta. Los medios de comunicación, manipulados por el Dr., Gallo y los *NIH* para los que trabajaba, ya habían convertido en verdad pública y social mundial dos mentiras: que se hubiese encontrado un nuevo virus, el “VIH”, y que fuese la causa del “SIDA”...

1987: REAGAN Y CHIRAC LO REDUCEN A CODESCUBRIDOR

Los medios de comunicación españoles reflejaron muy pálidamente la disputa entre Francia y USA por la paternidad del VIH y de los tests para determinar anticuerpos atribuidos a su presencia, con las importantes sumas de royalties que implicaban...y sigue implicando.

Este litigio llevó a una reunión el 31-3-87 en la Casa Blanca entre el Presidente Reagan y el Primer Ministro Chirac, en la que llegaron al acuerdo de presentar a los Drs. Montagnier (*Institute Pasteur-IP*) y Gallo (*LTCB-Laboratory of Tumor Cell Biology-*, del *National Cancer Institute-NCI*, uno de los *National Institutes of Health-NIH*) como codescubridores del VIH, y de repartirse al 50 % ambos gobiernos el dinero ingresado en relación con los tests. Según *New York Times* del 31-12-92, se trataba de unos 50 millones de dólares entre 1985 y 1992, de los que el Dr. Gallo recibiría unos 100.000 dólares cada año hasta el 2002, al igual que Popovic y Sarngadharan, cuyos nombres también constan en el registro de la patente del test.

En cualquier caso, que representantes de dos de los principales estados occidentales se reuniesen para discutir sobre la paternidad del “VIH” reforzó la imagen de que realmente ahí había algo por lo que pelearse. Lo que confiamos en que el Debate SIDA dejará claro es que este algo no es un inexistente “VIH” sino poder, fama, dinero... y la explicación pseudoracional del invento destructivo “SIDA”.

Pero la parte francesa continuó presionando porque consideraba que la paternidad correspondía exclusivamente al Dr. Montagnier y que el Dr. Gallo había actuado incorrectamente. Sin saberlo, se encontraron con un importante aliado: el “Informe Crewdson”, que concluye: “hubo o un accidente o un robo”. Esto contribuyó a que las autoridades norteamericanas tuviesen que abordar de nuevo el espinoso asunto...

... Y DE CODESCUBRIDOR A LADRÓN

1989: EL *CHICAGO TRIBUNE* INVESTIGA

Que sepa, *Chicago Tribune* es el único periódico en el mundo que en un momento determinado decidió investigar a fondo un aspecto del tema “SIDA” que los críticos sabemos ahora que es secundario: la paternidad de “eso” llamado “VIH”.

Preocupado por la disputa entre los gobiernos de Francia y de los USA acerca de qué equipo, si el del Dr. Montagnier o el del Dr. Gallo, había sido el primero en encontrar “algo” que finalmente fue llamado “VIH” (y, esto es lo grave, presentado como causa del SIDA), el *Chicago Tribune* decidió abrir su propia investigación. Designó en marzo de 1988 un periodista para que fuese al fondo de la cuestión. Naturalmente, encargó la tarea a uno de sus mejores hombres. Una prueba: John Crewdson había sido Premio Pulitzer de 1981.

Crewdson estuvo investigando el tema durante nada menos que 20 meses. Entre otras fuentes, leyó mas de 5.000 páginas de documentos gubernamentales y entrevistó a 150 científicos de los USA y de otros países. Finalmente, el 19 de noviembre de 1989 el *Chicago Tribune* dedicó 16 de sus grandes páginas a hacer públicos los resultados obtenidos. El más que artículo de 50.000 palabras, titulado “*The Great AIDS Quest*”, dibuja la zigzagueante carrera del Dr. Gallo y, sobre todo, narra con gran detalle las incidencias habidas entre un laboratorio y otro.

El propio Crewdson resume así la presentación: “La historia que emerge es menos heroica de lo que se suele presentar, pero no menos espectacular: datos falseados y experimentos secretos, virus fantasmas y genes desaparecidos, resultados irreproducibles y notas de laboratorio embrolladas, cultivos sin etiquetar y fotografías manipuladas. (...) Es la historia de un científico influyente e intimidador que persiguió un virus erróneo durante más de un año para luego invertir la situación y emerger con un hermano virtual genéticamente gemelo del virus que había sido realmente descubierto por sus rivales de París y que le habían entregado meses atrás. Lo que ocurrió en el laboratorio de Robert Gallo durante el invierno del 83 al 84 es un misterio que quizá no será nunca definitivamente aclarado. Pero la evidencia es abrumadora de que hubo o un accidente o un robo”.

Es fundamental conocer la actitud que tuvo el Dr. Gallo ante la investigación del *Chicago Tribune*: sabotearla. La nota de presentación del editor (Squires) ya indica: "...casi desde el inicio de la investigación, el Dr. Gallo, una figura clave, dejó de colaborar. No sólo declinó repetidamente contestar las preguntas, sino que luchó contra la Libertad de Información de registros públicos e hizo numerosos esfuerzos para desacreditar la actividad de Crewdson e impugnó su integridad personal, tanto ante sus editores como ante la comunidad científica".

En una columna en la página siguiente, se da más detalles. El Dr. Gallo sólo contestó una vez por teléfono algunas preguntas pero no aceptó ninguna entrevista personal. Entre otros intentos, y a petición del abogado del Dr. Gallo, el *Chicago Tribune* le envió el 19-12-88 una lista conteniendo 188 preguntas. No hubo respuesta alguna. El 28-7-89, Squires envió una revisión de dicha lista. Tampoco hubo respuesta. En octubre-89 enviaron otra carta indicando que la ausencia de respuesta sería considerada como una negativa a conceder entrevista alguna. De nuevo silencio. Además, la actitud saboteadora del Dr. Gallo incluyó a su entorno, pues también se negaron a conceder entrevistas sus colaboradores los Drs. Essex, Haseltine, Popovic y Wong-Staal.

Considero que lo más importante del extenso y sólido "*Informe Crewdson*" es que permite aclarar qué clase de persona y de científico es el Dr. Gallo²⁴.

OTRAS "OBRAS" DEL Dr. GALLO

1975: El VLH23

"...en enero de 1975, el Dr. Gallo anunció que él y el Dr. Gallagher, colega del *National Cancer Institute*, habían encontrado el primer retrovirus humano del cáncer, llamado VLH23. (...) A pesar de la convención científica que desaprueba anunciar importantes descubrimientos en los medios de comunicación, noticias del hallazgo aparecieron en los periódicos antes de que estuviese impreso el artículo científico. "Me desperté y leí los

²⁴ (Añadido) El informe realizado por Crewdson disparó varias sucesivas investigaciones al máximo nivel científico y político de los EE.UU. sobre el Dr. Gallo y su laboratorio. Gracias a ello se ha conservado la documentación que confío permitirá llevar al Dr. Gallo a la cárcel. Pero un importante punto a precisar es porqué Crewdson no vio —o sí vio pero silenció— los tres documentos hechos públicos en el 2008 por Janine Roberts y que demuestran el fraude científico cometido por el Dr. Gallo en los artículos que le publicó Science el 4 de mayo de 1984.

titulares en el *Washington Post*”, recuerda Gallagher. “Quedé helado al encontrarme con que (el Dr. Gallo) había estado informando a la prensa”.

Fue un gran tiempo mientras duró –Gallo lo llamaba entonces “un gran Eureka”–, pero sólo duró un año. Un grupo de virólogos estadounidenses y británicos que intentaron confirmar el histórico hallazgo, descubrió que “el primer virus humano del cáncer” no era en absoluto humano sino un cóctel de virus de monos. (...) El cultivo celular había sido contaminado en su laboratorio. Gallo atribuyó primero la contaminación a “un sabotaje de mis enemigos”; ahora dice: “¿Quién demonios lo sabe?”.

1980: EL VLTH

El Dr. Gallo se presenta como el padre del que finalmente fue llamado y por ahora aún es conocido como VLTH (Virus de la Leucemia de linfocitos T en Humanos), cuando resulta que fueron sus colaboradores Bernie Poiesz y Frank Ruscetti quienes hicieron el “hallazgo” y los ensayos durante una ausencia de dos meses de Gallo. Por ello en el artículo aparecido en diciembre-80 en la revista *Proceedings of the National Academy of Sciences*, el nombre de Robert Gallo aparece el último de los tres. Además, cuando el Dr. Gallo recibió su primer premio Lasker por...¡el descubrimiento del VLTH!, no hizo ninguna referencia ni a Poiesz ni a Ruscetti. Tampoco suele mencionar ni a los investigadores holandeses, que le pusieron sobre la pista, ni a los japoneses, sin los cuales el VLTH podría muy bien haber quedado como un virus inofensivo y, por lo tanto, sin que permita fama ni dinero. El propio Dr. Gallo dice literalmente en su libro *Virus Hunting* (pg. 282): “A veces los virólogos tenemos un virus en busca de una enfermedad”...

1985: EL XYZ

En un artículo publicado junto a la Dra. Koprowski en *Nature* en 1985, el Dr. Gallo propuso un virus similar al VIH como causante de la esclerosis múltiple. Esta hipótesis fue abandonada poco después, sin llegar a proponer siglas algunas...

CARTA DEL Dr. GALLO EN NATURE (vol. 351, 30-mayo-1991)

Sir: La similitud de las secuencias de nucleótidos del VAL-BRU y del VLTH-III B, los dos principales aislados anteriores del VIH, ha sido un tema de gran controversia. Nuevos trabajos demuestran que en 1983 en el Instituto Pasteur un virus aislado del paciente BRU (originalmente llamado VAL-BRU, después VIH-BRU y ahora VIH-JBB) fue contaminado, sin saberlo, con virus LAI (virus ahora llamado VIH-LAI) de otro paciente. Parece que el VIH-LAI crece extremadamente bien en cultivos celulares, e informes de otros laboratorios muestran que el VIH-LAI frecuentemente contamina cultivos de virus de personas con SIDA. En 1983 se enviaron muestras de virus que se creía VAL-BRU a los Institutos Nacionales de Salud (NIH). En algunos casos estas muestras contenían únicamente LAV-BRU, pero en un caso la muestra también contenía VIH-LAI.

Parece también que cultivos de virus de personas con SIDA resultaron contaminadas con VIH-LAI en los NIH. Cuando más tarde trabajadores del Instituto Pasteur y de los NIH clonaron virus de pacientes de SIDA, aparentemente ambos secuenciaron VIH-LAI. En el Instituto Pasteur este virus fue designado VAL-BRU. En los NIH este virus fue designado VLTH-IIIB.

Algunas cuestiones epidemiológicas importantes permanecen acerca del origen de la VIH-LAI y de su relación con otras cepas del VIH al inicio de la epidemia del SIDA. Pero la similitud entre las secuencias de nucleótidos del VAL-BRU y el VLTH-IIIB parece que ahora quedan explicadas. Subrayo que ambos laboratorios tuvieron otros aislamientos en 1983-84 y que, en resumen, ninguno de ellos afecta la historia de los importantes acontecimientos escrita en Nature en 1987 y en Science en 1988 por L. Montagnier y yo mismo. Ha llegado la hora de que finalice este periodo de controversia y de que todos nosotros dediquemos nuestros esfuerzos a terminar con la pandemia.

Esta críptica carta fue comentada por el Dr. Montagnier en una entrevista en Le Monde del 30-5-91 en el sentido de que “ahora resulta

evidente que Gallo ha mentido en algún momento” y que no sabe si la (supuesta) contaminación fue accidental o voluntaria, aunque ha llegado a sospechar esto último. *El País* del día siguiente titulaba contundentemente: “Robert Gallo renuncia a la paternidad del virus del SIDA en favor de Montagnier”. Pero ello no es óbice para que lo presente actualmente de nuevo como “codescubridor del VIH”.

EL SENADO Y EL MINISTERIO DE SALUD USA, RATIFICAN

El “*Subcommittee on Oversight and Investigations*” del “*Committee on Energy and Commerce*” de la “*USA House of Representatives*” llegó a unas conclusiones recogidas en un “*Executive Summary*” de entre cuyos “*Highlights*” extraemos las siguientes frases (el dossier completo se puede obtener por *Internet*):

* “No hay ya duda alguna de que los científicos del *IP* fueron los primeros en aislar el virus del SIDA. Los científicos del *LTCB* realizaron todos estos experimentos con el virus del *IP*, primero bajo su propio nombre original, *LAV*, y luego con dos nombres diferentes: *MOV* y *VLTH-IIIb*”

* “Un cuerpo sustancial de evidencia circunstancial recogido y revisado durante la investigación del Subcomité muestra que desde el momento inicial de sus experimentos los científicos del *LTCB* conocían o tenían razones para conocer que el virus con el que estaban trabajando y que reclamaban como propio era el virus del *IP*. La evidencia también muestra que en las semanas anteriores al anuncio de sus ‘descubrimientos’, los científicos del *LTCB* tuvieron evidencia adicional y convincente de que su virus era el virus del *IP*”.

* “Los Drs. Gallo y Popovic proclaman que el *VLTH-III* era un virus genuino aislado por el *LTCB* independientemente (del virus del *IP*). Pero la investigación del Subcomité encontró que, al margen de las aserciones de Gallo-Popovic, no hay evidencia alguna que apoye sus afirmaciones y que hay amplia evidencia que las cuestiona”.

* “...los científicos del *LTCB* sabían que había algo que esconder e hicieron todos los esfuerzos para hacer exactamente esto, esconderlo”.

* “Los verdaderos inventores del test sanguíneo para el VIH fueron los científicos del *IP*, quienes habían desarrollado y comenzado a usar su test de sangre en el verano anterior (1.983). El Dr. Gallo y sus colegas no

declararon a la PTO (la Oficina de Patentes y Registros) su conocimiento y utilización del tests del IP, ni tampoco declararon el considerable cuerpo de trabajo científico realizado por los científicos del IP sobre su virus y su test de sangre”.

* “La patente del Dr. Gallo et al. fue tramitada en un tiempo récord... mientras que la solicitud presentada por el IP cuatro meses antes no fue ni tocada. El trato diferente dado a las dos aplicaciones para un mismo invento nunca ha sido satisfactoriamente explicado”.

* “La respuesta del HHS (*Health and Human Services*, el “Ministerio de Sanidad” de los USA) a las demandas del IP fue inmediata y reflexiva. La respuesta fue defender —a cualquier precio y al margen de la evidencia— las pretensiones del Dr. Gallo et al. La investigación del Subcomité mostró que los oficiales y abogados del HHS realizaron una parodia de investigación; no buscaron la verdad sino que buscaron crear un documento oficial que apoyase las pretensiones del Dr. Gallo et al.”.

* “Los oficiales del HHS aceptaron acriticamente todo lo que les fue dicho por el Dr. Gallo y sus colegas, incorporando, indiscriminadamente y sin confirmarla, la información de los científicos del LTCB a los informes oficiales del Ministerio. Cuando dichos oficiales se encontraron con fuerte evidencia que contradecía las pretensiones del NCI/HHS, la evidencia fue ignorada, descartada y/o suprimida”.

* “Las argumentaciones del gobierno USA contienen numerosas pretensiones erróneas. También reflejan numerosas ausencias de materiales. La desinformación y las omisiones de materiales pueden ser directamente rastreadas hasta los documentos y declaraciones preparadas por el Dr. Gallo y sus colaboradores del LTCB”.

Los resultados obtenidos por este Subcomité (dirigido por el congresista John Dingell) y los de un equipo de la Academia Nacional de Ciencias (dirigido por Frederic Richards, bioquímico de Yale), hizo que el HHS cambiase las conclusiones de una primera investigación (hecha por su OSI: *Office of Scientific Integrity*) en las que “sólo” acusaba al Dr. Gallo de “ser mal colega” y de varias “infracciones relativamente menores”. Tras una revisión que duró nueve meses, la segunda investigación (hecha por la ORI: *Office of Research Integrity*, que sustituyó a la OSI) llegó el 30-diciembre-1.992 a unas conclusiones que incluyen lo siguiente:

* “El Dr. Gallo relató falsamente sobre la situación de la investigación del LAV cuando escribió su informe, y esto constituye mala conducta (*misconduct*) científica”.

* “Las explicaciones que el Dr. Gallo profirió acerca del informe ni son creíbles cuando se tiene en cuenta la evidencia, ni quitan peso a lo impropio de relatar falsamente el status del LAV”.

* Fueron “gratuitas, en su beneficio e impropias” las revisiones que el Dr. Gallo hizo a un artículo que el equipo francés había enviado para ser publicado en una revista científica.

* “Debido a su condición de autor principal, el Dr. Gallo tiene la responsabilidad sustancial de las numerosas discrepancias (encontradas en los artículos publicados en 1.984), incluidos cuatro casos de mala conducta científica atribuidos al Dr. Popovic (co-autor)”.

* “Teniendo especialmente en cuenta el carácter básico de las investigaciones y sus profundas implicaciones en la salud pública, la ORI considera que la falta de cuidado y la inaceptable conservación de los registros de la investigación reflejan una gestión irresponsable del laboratorio (dirigido por el Dr. Gallo), lo cual ha obstaculizado permanentemente la posibilidad de hacer el seguimiento de los pasos importantes realizados”.

* “El Dr. Gallo tampoco logró determinar de forma oportuna el origen exacto de algunas de las células cruciales en las que se multiplicó el virus. Al igual que con los virus, también se encontró que las células habían sido tomadas prestadas de otro científico al que no se le hizo la debida mención en el artículo. Más tarde, el Dr. Gallo se negó a compartir libremente las células con otros científicos, obligando a duplicar importantes trabajos”.

Nature del 7-11-96 daba a conocer que:

“El Tribunal Supremo de Apelación de Francia ha desestimado la demanda de Robert Gallo por libelo y mentira contra el periódico francés *Le Monde*. Gallo presentó estas acusaciones contra el periódico y su periodista Frank Nouchi en relación a la cobertura hecha en 1991 del conflicto entre Gallo y el investigador francés Luc Montagnier a propósito del descubrimiento del VIH. El artículo de Nouchi, basado en el borrador de un informe de los *National Institutes of Health (NIH)*, afirmaba que Gallo había ‘contravenido las más elementales reglas de la comunicación científica’ y que se había apropiado del virus descubierto por Montagnier para desarrollar en los USA su test para el VIH. El Tribunal ha dictaminado que la investigación de Nouchi fue ‘seria y profunda’, y condena a Gallo a pagar todos los gastos legales realizados por *Le Monde*”.

“SI SE MUERE, PODRÉ HABLAR”

“El gran énfasis de Gallo en la lealtad personal y su legendario mal genio, son las razones aducidas más frecuentemente por aquellos que lo conocen pero se niegan a hablar de él si se graba la conversación. Un antiguo asociado suyo habló en nombre de muchos cuando me dijo: “Si se muere, podré hablar con Ud”.

PROPUESTA AL Dr. GALLO Y A LA CAIXA: “ABRIR UN DEBATE-SIDA QUE SUAVICE LAS RESPONSABILIDADES”

El Dr. Gallo es el número uno mundial del “VIH” (que no del “SIDA”). Ha ganado fama y dinero porque supuestamente aisló un supuesto virus que, en una real rueda de prensa multitudinaria celebrada el 23-4-84, fue convertido, sin aportar prueba alguna, en el maligno responsable de “eso” llamado “SIDA”. El Dr. Gallo ascendió a la gloria, y desde entonces es invitado en todo el mundo –aunque cada vez menos en los USA– a dar conferencias acerca del “VIH”.

La Caixa es la entidad privada número uno en Catalunya y España en difundir las versiones oficiales del “VIH” y del “SIDA”. Bajo el lema: *SIDA: Saber ayuda*, dedica, según sus propias publicaciones, unos 3.000 millones de pesetas anuales a promocionar la información oficial sobre el “SIDA”.

Si la versión oficial sobre el “VIH” y el “SIDA” estuviese **científicamente demostrada** (y no sólo **científicamente reconocida**, cosas cualitativamente distintas), no habría nada que objetar a *La Caixa*.

Pero, incluso aceptando que tal condicional fuese cierta, habría algo importante que objetar al Dr. Gallo: el hecho de que se apropiase de los hallazgos del Dr. Montagnier y los usase en beneficio propio. Esto fue comprobado por varias comisiones oficiales de los USA dedicadas a investigar el fraude científico. Como consecuencia, el Dr. Gallo tuvo que dejar el sector público y prosigue en un centro pagado por industrias farmacéuticas y que es presentado como adscrito a una Universidad. De todas formas, si el Dr. Gallo ha podido tener tal papel en el invento del “VIH” en 1984, es porque otros, que son quienes tienen la responsabilidad decisiva, habían inventado el “SIDA” en 1981.

Pero siendo esto grave, los interrogantes fundamentales aparecen cuando se comienza a conocer una información totalmente distinta que está siendo por ahora censurada a escala mundial por los medios de comunicación importantes²⁵, información crítica que ponemos a disposición de quien lo desee.

Confío en que los organizadores de este cursillo habrán informado al Dr. Gallo de, como mínimo, las entrevistas al virólogo alemán Dr. Lanka y a mí mismo aparecidas en *Diario 16*. En consecuencia, también el Dr. Gallo, como los organizadores, están preparados para mis (y de otras personas) posibles intervenciones críticas en el debate previsto, según el programa, para las 20 h.

Claro está, tengo un cuestionamiento absoluto, así como varias observaciones críticas de calibre medio y muchas preguntas concretas que hacer. Pero no creo que contra reloj, en publico y con medios de comunicación presentes, sean las mejores condiciones para llevar ningún tipo de debate.

Además, considero mucho más importante lograr que esta ocasión signifique un impulso serio al debate científico y público que estamos pidiendo desde hace años. Estoy convencido que redundará en acabar antes con el problema “SIDA”, objetivo al que nunca he oído a nadie oponerse...

Y el debate será un éxito si *La Caixa* se coloca como árbitro sinceramente neutral y dedica a realizarlo una parte de los 3.000 millones que ahora está despilfarrando cada año en una vía que consideramos totalmente errónea. Y que puede volvérselo en contra en un futuro muy próximo...

El debate sería del máximo nivel. Por el lado oficialista, el Dr. Gallo aquí presente, con, por ejemplo, tres científicos de su confianza. Por el lado crítico, los Drs. Lanka, Kremer, Hässig y Papadopoulos, con los que mantenemos estrecha relación y que estarían encantados de participar.

La forma de iniciar este debate podría ser la siguiente:

1) El Dr. Gallo dará hoy una conferencia precisamente titulada “*El descubrimiento de los retrovirus y del VIH*”, en la que lógicamente desarrollará lo que él mismo considera clave respecto del descubrimiento del “VIH” como un “retrovirus”. Proponemos: a) que en 15 días *La Caixa* nos

²⁵Aquí está habiendo “suerte”. *Más allá de la ciencia* lleva meses dando espacio al tema. Mikimoto tuvo el 2 de octubre-96 la valentía de realizarme en *Solvència contrastada* una entrevista de quince minutos que permitió que una brevísima introducción llegase a cientos de miles de catalanes, servicio público que fue represaliado quitándole el programa. Y *Diario 16*, tras sacar una serie de textos, ayer 15-4-97 comenzó a impulsar un Debate-SIDA cuyo primer tema ha sido lógicamente: ¿Existe el VIH?

haga llegar la versión en inglés definitiva de dicha conferencia debidamente corregida por el propio Dr. Gallo, ya que la expresión oral no coincide con la escrita, ni en la forma o estructura ni en el rigor o precisión; b) que en 7 días mas *La Caixa* nos entregue las traducciones al alemán, español y catalán de dicha conferencia perfeccionada; c) que en otros 7 días, las traducciones reciban mi visto bueno, así como *La Caixa* a su vez dará su visto bueno a las correcciones que yo pueda presentar; d) así, en un mes a partir de hoy habrá las versiones en ingles, alemán, español y catalán de la ponencia dada por el Dr. Gallo, corregida en la forma que mejor le haya parecido. Además, proponemos que estén completadas con la fotocopia de los, como máximo, cinco artículos científicos que el Dr. Gallo considere los más importantes para respaldar los experimentos que hizo o su comprensión posterior.

2) En cuanto hayamos recibido la versión inglesa corregida (es decir, quince días a partir de hoy), la haremos llegar a nuestros asesores científicos para que elaboren su respuesta. En quince días más, con la colaboración de los traductores de *La Caixa*, se podrá tener su versión en ingles, alemán, español y catalán, que será sometida al mismo tipo de corrección doble. Las versiones finales irán también acompañadas de fotocopias de los cinco artículos científicos respectivamente elegidos.

3) La conferencia y la respuesta se publicarán ambas juntas por parte de *La Caixa*. Y también, en paralelo, en el mayor número de revistas y medios de comunicación accesibles a cada parte.

Las personas y medios de comunicación aquí presentes podrían asumir la tarea de velar y exigir que este debate se lleve en las mejores condiciones, forma, rigor, repercusión social, ..., y premura (¡hay muchas vidas innecesariamente en peligro!) posibles.

Es importante que cada cual asuma la responsabilidad que le corresponde. Si yo, la asociación que dirijo y los científicos en que nos apoyamos estuviésemos equivocados, en parte ya la estaríamos pagando con la marginación, censura, calumnias, desprecio, etc., con que –por ahora– somos recibidos por la mayoría. Pero si tenemos razón –y confío, confiamos, plenamente en poderla demostrar–, los inventores del “VIH” tendrán que rendir cuentas. Y aún más los inventores USA del “SIDA”...

En cuanto a *La Caixa*, no sé porqué motivos se ha metido tan a fondo en el tema “SIDA”. Si es por razones sobre todo humanitarias, podemos

establecer inmediatamente una intensa colaboración para enderezar el entuerto. En todo caso, sí sé que *La Caixa* está jugando con fuego, pues el “SIDA” es una bomba de relojería que puede explotarle en las manos en cualquier momento. No por casualidad en Alemania, donde la solidez científica y la actuación político-legal de los críticos es más intensa, ministros, parlamentarios y demás políticos han dejado de hablar del SIDA... por lo menos en público.

Barcelona, 16-4-97

Lluís Botinas (director asociación C.O.B.R.A.)

¿CUÁLES DOS BANDOS?

Por fin comenzamos a salir de la marginación resultado de la censura (consciente en unos pocos casos y por inercia en el resto) que hasta ahora han ejercido los medios de comunicación diarios importantes. Y vemos que la primera reacción (incluso en personas de muy buena intención) es interpretar que hay dos bandos numéricamente muy desequilibrados que se enfrentan en torno a eso llamado “SIDA”.

En un lado estarían todas aquellas personas que creen en la versión oficial, basada en las hipótesis de los científicos oficialistas que afirman, sin nunca probarlo, que “el ‘VIH’ existe” y que “el ‘VIH’ es la causa del ‘SIDA’”. En el otro, estaríamos la minoría que hemos visto nuestra propia experiencia explicada y reforzada por los planteamientos de los científicos críticos. Pero esta delimitación es tan sólo una foto fija del pasado que no permite entender la película en marcha.

Probablemente es cierto que hay y habrá dos bandos. Pero la realidad es cambiante, y la del tema “SIDA” lo será mucho más. Por esto los dos bandos se van a ir configurando de manera distinta y acercándose a los que considero tienen una base humana, rigurosa, lógica y biológica que irá ganando espacio.

Por un lado, quienes quieran acabar lo antes posible con este Frankenstein llamado “SIDA”; quienes estén, o se vayan situando, al lado de las personas etiquetadas como seropositivas o, en su caso, como “SIDA”, a fin de que tomen su destino en sus propias manos; quienes quieran acabar con el terror psicológico de masas puesto intencionadamente en marcha en 1981; quienes no coloquen sus intereses económicos, profesionales o de cualquier otro tipo por encima de la vida de terceros; quienes no quieran seguir presos de sus prejuicios ni ponerlos por encima de la verdad. Y confío que en este lado de la barricada estarán finalmente la inmensa mayoría de las personas (profesionales o no, etiquetadas o no) que hoy en día aún creen en la versión oficial.

Por el otro lado, el puñado de políticos, técnicos, científicos, ejecutivos, ..., de los USA que decidieron conscientemente en 1981 inventar el “SIDA” y planificaron su lanzamiento mundial. Con ellos quedarán los más recalcitrantes de los carreristas, oportunistas, carteristas, lameculos y otros arribistas y aprovechados que encontraron en el invento del “SIDA” la ocasión para escalar y medrar. Y aquellos a quienes las ideologías de terror y castigo aparecidas en torno al “SIDA” les justifiquen sus creencias... o sus represiones.

No se trata de una visión en la que finalmente “los buenos” estén a un lado y “los malos” al otro. Se trata de una extrapolación de mi propia experiencia y de la que veo en el número aún reducido pero creciente de personas que asumen posiciones críticas.

Una diferencia fundamental y cualitativa con los que creen en la versión oficial es que nosotros venimos de donde ellos están. La creímos en su momento y la conocemos relativamente bien, a menudo mejor que los propios oficialistas. Pero paso a paso, y dolorosamente, hemos ido cuestionando la explicación oficial hasta que la hemos descartado como falsa. Tenemos argumentos muy sólidos. Y, lo que es decisivo, vivencias gratificantes que los ratifican. Ya han comenzado a llegar cartas con testimonios...

19-abril-1997

Lluís Botinas, director de la asociación C.O.B.R.A.

¿QUÉ ES EL SIDA?

Se enseña en la Universidad que “la ciencia avanza contrastando hipótesis distintas”. En el caso del SIDA, esto no está siendo tenido en cuenta. El lanzamiento del SIDA como mortal en 1981 y la del VIH como su supuesta causa en 1984, no fue resultado de contraste alguno de hipótesis. *Diario 16* es el primer medio de comunicación en el mundo que impulsa dicho contraste a fin de contribuir a terminar lo antes posible con el SIDA.

En Ciencia, el argumento de ser mayoría no tiene validez alguna. En efecto, todo descubridor o inventor ha estado en minoría hasta conseguir el reconocimiento general. Y, sin embargo, la frase “la inmensa mayoría de científicos y médicos considera en todo el mundo que el VIH existe y que es la causa del SIDA”, aparece en seguida en boca de los oficialistas. Menos mal que la vergüenza ajena molesta pero no mata.

SI EL VIH NO EXISTE, EL SIDA DEBE EXPLICARSE DE OTRA MANERA

He aquí una explicación globalmente distinta del fenómeno SIDA. Otras son posibles. Y cada una abre vías de solución.

Si se descarta la existencia del VIH (y los argumentos para hacerlo son enormemente sólidos. Ver *Diario 16* 3 y 15/4/97), queda claro que “eso” llamado VIH es un invento. Y ya precisaré otro día el proceso de su invención.

Pero que no exista el VIH no implica que tampoco exista el SIDA. Sí, el SIDA está ahí, pero no es lo que nos han dicho y nos hemos creído que es. La explicación del SIDA por el VIH es insostenible (incluso aceptando imaginativamente que el VIH exista), luego lo que no existe es el SIDA vírico. Pero el fenómeno SIDA sí es real. El que no sea de origen vírico, no le quita precisamente virulencia. El SIDA es un invento destructivo, un

engranaje que resulta fatal a quien es cogido en él si no se sale a tiempo. Sólo que el SIDA real tiene otra u otras explicaciones.

La que sigue la hemos ido elaborando a lo largo de siete arduos años. La considero muy verosímil, pero para que quede definitivamente demostrada son necesarias unas investigaciones que no tenemos medios para hacer. En cualquier caso, es una contribución al Debate SIDA. Se trata de iniciarlo, no de concluirlo. Y cada aspecto aquí enunciado será desarrollado en martes sucesivos.

*** HECHOS Y GAFAS**

Por sí solos, los hechos no demuestran nada. Todo depende de cuál sea la teoría con la que se interpreten. Es decir, depende de las gafas que se lleve puestas.

Con gafas de sol, todo se ve más oscuro. Con las gafas de la teoría oficial, todo se interpreta a través de la acción de un virus VIH que no existe, de unos recuentos de T4 que no son las defensas, de una llamada carga viral que no mide cantidad de virus alguna (y menos de un virus que no existe), etc. Lo peor es que todas esas alucinaciones se traducen en usar los fármacos químicos más potentes que hay para pretender matar al inexistente VIH, con lo que sí se mata realmente a la persona etiquetada... sobre todo, si además recibe el tratamiento supuestamente preventivo.

Pero hay otra precisión a hacer: cada teoría selecciona también los hechos, de igual manera que cada tipo de gafas hace ver lo que nos rodea de un color u otro, o con una distorsión u otra. Además, la sofisticación técnica que se va imponiendo agrava la cosa: los hechos se fabrican de manera que cuadren con la teoría que se usa. Así, “ser seropositivo” no es un hecho “objetivo”, sino que se fabrica con unos tests que no tienen validez alguna pero que, aplicando uno de los numerosos criterios distintos de interpretación que tienen, acaban pudiendo poner la etiqueta “seropositivo” a quien tiene la desgracia de dar positivo. Así se construye un “seropositivo objetivo”, es decir, objeto de estudio, protocolización, experimentación, agregación estadística, comercialización, etc., etc., etc.

*** ETIQUETAS**

Al referirnos a las víctimas del invento SIDA, no hablamos de enfermos ni de afectados, pues consideramos que el SIDA no tiene base biológica

patológica propia. Propiamente, no es una enfermedad a tratar, aunque sí haya que tratar la energía-deficiencia, más que inmunodeficiencia, y las 29 enfermedades que engloba.

Hablamos de etiquetados. Se están usando tres etiquetas.

La primera es la de “seropositivo”. Una persona se encuentra automáticamente con la etiqueta de “seropositivo” puesta encima en cuanto tiene la mala suerte (porque, a escala individual, es una cuestión totalmente de azar) de dar positivo en los mal llamados “tests del SIDA”.

La segunda es la de “SIDA”, y se puede recibir por dos caminos: A) Una persona ya etiquetada como “seropositiva” se convierte en persona etiquetada como “SIDA” si le aparecen enfermedades de las 29 que hoy en día están englobadas bajo el nombre “SIDA”. B) A una persona se le pone directamente la etiqueta “SIDA” si desarrolla una de las 29 enfermedades, va al hospital, le hacen los tests (instantáneamente, si es drogadicta u homosexual) y tiene la desgracia de dar positivo. Si da negativo, será simplemente un enfermo de la enfermedad que tenga. Es decir, y como ilustración: “tuberculosis + negativo = tuberculosis”, pero “tuberculosis + positivo = SIDA”. Aunque tengan exactamente el mismo cuadro clínico, el primero es tan sólo un caso de tuberculosis, mientras que el segundo será un caso de SIDA, con la condena a muerte que ello implica oficialmente.

La tercera etiqueta es la de “muerto de SIDA”. Pero en realidad nadie muere de SIDA. Y no porque fallezca de “las enfermedades oportunistas”, como tramposamente responden médicos oficiales que, sin embargo, certifican “muerto por infección por VIH” y lo contabilizan en las “estadísticas de muertos de SIDA”. Mueren de las ocho razones que explico más adelante.

Se trata de avanzar suficientemente en la comprensión personal y colectiva como para arrancar estas etiquetas. El SIDA se habrá acabado. Y se habrá empezado a abordar y resolver aquello para lo que el SIDA fue inventado como tapadera.

* * *

“Es necesario decirles, en voz alta y repetidamente, a los gobiernos y a quienes financian altruistamente la investigación, que permanezcan

comprometidos en la investigación del VIH y que estén con la mente abierta a líneas de investigación que a primera vista puedan parecer de limitados frutos inmediatos. **Los avances provienen de la creatividad e imaginación individuales, no del estrecho dogmatismo del floreciente *establishment* del SIDA**".

The Lancet, 6-julio-98, Editorial

Ilustra la gravedad de la situación el que los editorialistas de *The Lancet* hablen claramente de "los señores del SIDA". Pero es una lástima que ellos mismos no tengan la mente abierta a otras líneas de investigación sobre el SIDA, y se mantengan en la estrecha vía que lleva a un VIH del que seguimos pidiendo –y premiando– las pruebas de su existencia...

¿QUÉ ES EL SIDA?

Mientras se respetan las reglas de un juego, el juego funciona. Pero si se dejan de cumplir dichas reglas, el juego deja de funcionar y desaparece. "Reglas, sí" o "Reglas, no", ésta es la clave. He aquí un ejemplo de cada en el tema SIDA.

"Reglas, sí". En tan sólo seis ciudades alemanas se concentran más de la mitad de todos los "casos de SIDA", lo cual es mucho más de lo que les correspondería según la proporción de población que tienen. La probable explicación es la siguiente: son las únicas seis ciudades en que se mantuvieron los Departamentos de Infecciones de sus Hospitales Universitarios, en contra del proceso general que fue disolver los Departamentos de Infecciones porque los de Urología asumieron las de riñón, los de Pediatría las infantiles, etc. Pues bien, al inventarse el SIDA, los directores de estos Departamentos de Infecciosos se convirtieron rápidamente en los especialistas de SIDA y en los campeones de las "campañas informativas" oficiales. Y cuantas más personas van a hacerse los tests chapuza, más tienen la desgracia de dar positivo, entran en la pendiente oficial e incrementan el número de "casos de SIDA".

"Reglas, no". En cambio, en China no hay ni un sólo caso de SIDA. La probable explicación es la siguiente. En China no se aplican las reglas porque no forma parte de la OMS (Organización Mundial de la Salud). Luego es lógico que no haya SIDA, pues al no aplicarse los tests, no puede

haber etiquetados. Claro que debe haber algunos casos de inmunodeficiencia, como también los había en Occidente antes de que se inventase el SIDA. Pero está producida por cualquiera de las numerosas causas que deprimen la inmunidad y que los libros de texto de las Facultades de Medicina explicaban antes del 81. Ahora parece que el único factor inmunodepresor sea un VIH que no existe. En todo caso, en China no ha entrado...²⁷

LAS REGLAS DE JUEGO DEL INVENTO SIDA

El SIDA es el resultado de que hasta ahora la población mundial se ha creído unas reglas de juego que permiten poner las etiquetas mencionadas. Las reglas fueron establecidas por los *CDC* (*Centers for Disease Control*, Atlanta), respaldadas por la OMS y seguidas a ciegas por los gobiernos.

Las reglas básicas son: 1) Hacer creer que ha aparecido una nueva enfermedad y presentarla como inevitablemente mortal; 2) Coger dolientes de diversas enfermedades ya existentes; 3) Nombrarlos “enfermos de SIDA” por medio de un acto misterioso consistente en dar positivo a unos tests chapuza; y, 4) Matarlos con los tratamientos social y médico, con lo que se autocumple la profecía de que la “nueva enfermedad” era mortal.

Veamos algunos elementos de cómo funcionan las cuatro reglas que hacen que el SIDA exista. Pero al hacerlo críticamente y entender su funcionamiento, también queda claro cómo lograr que dejen de actuar, con lo que rápidamente se podría acabar con el SIDA... si se quisiera.

1ª.- ¿SIDA MORTAL?

A mediados de 1981, los *CDC* proclaman que ha aparecido una nueva terrible enfermedad que ataca a homosexuales. La presentaron desde el primer momento como inevitablemente mortal, lo cual se convirtió en verdad mundial con la manipulación del fallecimiento de Rock Hudson.

²⁷(Añadida) La incorporación de China a la OMS se tradujo en que durante un cierto tiempo apareciesen en los medios de comunicación escandalosas noticias acerca del “terrible avance del SIDA en China”. Las reglas de juego oficiales se habían puesto en marcha a pleno rendimiento. Pero en los últimos años, de nuevo China ha desaparecido de “las noticias del SIDA”. ¿Qué ha ocurrido? El gobierno chino se dio cuenta de que “las cifras del SIDA” estaban siendo utilizadas para atacar a su país en la arena mundial, y le han puesto coto. Al parecer, pues, esta vez el frenazo a la aplicación de las reglas oficiales del SIDA ha sido relativamente consciente... aunque sin llegar hasta el fondo, por ahora.

También desde el inicio se apuntó que la causa era un virus transmitido sexualmente. Pero como las enfermedades de transmisión sexual circulan en todas direcciones, hubo que difundir “eso” desde los homosexuales al resto de la población, a las otras “h”: primero a heroinómanos y a hemofílicos, y finalmente a heterosexuales.

Pero la presentación del SIDA desde el primer momento como mortal de necesidad carecía de todo fundamento, y ya indica que algo turbio hubo en el origen del SIDA.

En efecto, si realmente un nuevo problema de salud hubiese surgido espontáneamente por el proceso natural que fuese, una vez detectado habría que haber hecho un cuidadoso seguimiento durante meses antes de observar si todas las personas que cogían “eso nuevo” acababan muriendo, y entonces llegar a la conclusión de que era mortal. Además, se sabe que en toda verdadera epidemia llegan al hospital los afectados más débiles, pero que numerosos infectados no llegan a ir a los centros hospitalarios porque se recuperan por sí solos.

De hecho, en la numerosísima literatura pseudocientífica publicada sobre el SIDA, sólo hay un artículo, aparecido en la revista *Science* en 1988, que intente demostrar, con unas extrapolaciones sin rigor estadístico alguno, que el SIDA es mortal.

Pero la presión instauradora del invento SIDA fue tan fuerte que los médicos implicados se lo creyeron. Así rompieron con la primera norma deontológica de todo médico merecedor de tal nombre: dar esperanza a los enfermos, sea cual sea su situación. A los etiquetados se les ha negado toda esperanza y posibilidad de recuperación, y, por el contrario, se les ha garantizado la muerte.

2ª.- ¿NUEVOS ENFERMOS?

Pervirtiendo el significado de “síndrome” como conjunto de síntomas, varias enfermedades previamente existentes fueron puestas dentro de un mismo saco, sobre el que se colocó la etiqueta “SIDA”. Además, se ha hecho aumentar arbitrariamente el número de enfermedades incluidas, a fin de que parezca que hay una epidemia. La definición de SIDA se ha cambiado en cuatro ocasiones: de dos enfermedades (1981) a doce (1983, primera definición oficial de SIDA); de doce a dieciocho (1985); de dieciocho a veintiséis (1987), y de veintiséis a veintinueve (1993). Además, el

último cambio también permite poner la etiqueta de SIDA a una persona, aunque esté perfectamente sana, por el simple hecho de que le dé menos de 200 T4²⁸.

A cada cambio, cientos de miles de personas ya enfermas de todo el mundo que a la noche anterior se acuestan no siendo “casos de SIDA”, por la mañana se despiertan convertidos en “casos de SIDA” debido a que a medianoche ha empezado a funcionar la nueva definición. A resaltar que esto lleva a que los estadísticos oficiales manipulen los gráficos del SIDA. Si no lo hiciesen, al observarlos se vería cuatro escalones bruscos, lo cual llamaría la atención y pondría en alerta. Modifican las cifras igualando las de antes y las de después del cambio, con lo que consiguen tramposamente que la curva tenga continuidad y que así el truco pase desapercibido.

Resumiendo, las personas etiquetadas como “enfermos de SIDA” no son nuevos enfermos de algo nuevo, sino antiguos enfermos a los que se les cambia el nombre de su enfermedad anterior (por ejemplo, tuberculosis) por el nuevo de SIDA. ¿Cómo se efectúa esta operación de camuflaje? Por medio de los mal llamados “tests del SIDA”.

3ª.- ¿TESTS VÁLIDOS?

Los “tests del SIDA” son presentados por los científicos del SIDA como “absolutamente fiables”, e incluso llegan a decir “al cien por cien”. Los medios de comunicación transmiten acríticamente esta afirmación y, en consecuencia, la población se lo cree, en particular quien va a buscar los resultados. Pues bien, ésta es una falsedad que resulta clave en la existencia y mantenimiento del SIDA. Y también es clave para acabar con él. En efecto, si nadie tomase la temeraria decisión de hacerse los “tests del SIDA”, dejaría de haber nuevos “casos de SIDA”.

Todo biólogo, y también todo médico no educado ya en la “era del SIDA”, sabe que no hay ningún test que sea ni “absolutamente fiable” ni “al cien por cien”. Pero, por un acto mezcla de fe, de amnesia y de cobardía, se está dejando que así sean presentados los “tests del SIDA”.

Pero la fe en los tests en el marco del SIDA, es especialmente escandalosa.

Los dos tests que se hacen mayoritariamente en los hospitales occidentales, el *ELISA* y el *Western Blot*, son indirectos, es decir, no buscan el

²⁸(Añadida) Esta condición no se aplica en Europa... afortunadamente, puesto que más del cincuenta por ciento de los etiquetados “caso de SIDA” en los EE.UU. lo son por esta subregla de juego.

supuesto virus VIH sino unos anticuerpos generados por las defensas ante, se nos dice, la presencia del VIH. Dos precisiones: primera; los anticuerpos son generados por los linfocitos B, en contra de la película oficial, que da a entender que lo son por los linfocitos T; segunda, esos anticuerpos se generan no frente al supuesto VIH en su totalidad, sino frente a las supuestas proteínas que se nos dice forman su envoltura.

Pues bien, si el VIH no existe o no ha sido aislado, los “tests del SIDA” se derrumban instantáneamente. En efecto, ¿de qué proteínas serían en realidad anticuerpos los anticuerpos que aparecen en las pruebas que se dan como positivas?

Pero aún aceptando hipotéticamente la existencia y el aislamiento del VIH, los tests continúan no siendo en absoluto válidos. Porque pueden dar positivo en la persona más sana y santa del mundo, y dar negativo en la más enferma y degenerada. Porque no son reproducibles, es decir, sangre de una misma persona sacada ahora y enviada a laboratorios distintos, puede dar resultados distintos; aún más: muestras de una misma persona, sacadas el mismo día y enviadas al mismo laboratorio, pueden dar distinto. Porque dan reacciones cruzadas: ya se han detectado más de setenta enfermedades (hepatitis, alergias, ...) o situaciones (ser vacunado, ...) que pueden hacer dar positivo. Y lo más fácil de entender: porque no están estandarizados, es decir, depende de en qué país se resida, de en qué parte de un mismo país se esté o de a qué institución de la misma parte del mismo país se vaya, puede dar positivo o negativo. Así, la mayoría de personas que en España padecen la etiqueta de seropositivos, en Australia sería seronegativos, pues allí se aplican criterios más estrictos.

Resumiendo: los “tests del SIDA” son una chapuza. Pero la consecuencia que tiene su resultado para la persona que cree en ellos, es la condena a muerte en caso de dar positivo. Por todo esto pedimos que se dejen de aplicar mientras el debate permita aclarar quién tiene razón.

4ª.- TRATAMIENTOS MORTALES

Las tres fantasiosas reglas anteriores llevan a una cuarta regla muy real, de consecuencias nefastas: unos tratamientos que son tendencialmente mortales a medio plazo. Hay dos excepciones. Una, negativa: la muerte ha sido fulminante en quienes han decidido suicidarse tras conocer su etiquetaje. Otra, positiva: hay numerosos vencedores del SIDA entre quienes han roto con las reglas de juego oficiales (ver página 108).

EL TRATAMIENTO SOCIAL DEL SIDA, MATA

En efecto, el terror psicológico de masas generado en torno al SIDA pesa como una losa sobre toda la sociedad, y en particular sobre las personas ya etiquetadas o que temen poder serlo. El miedo colectivo se traduce automáticamente en marginación, desprecio, insolidaridad, etc. Todo eso debilita el conjunto de las defensas y puede matar. Sólo los médicos hospitalarios del SIDA ignoran esto, y todo se lo atribuyen a un virus del que son incapaces de mostrar prueba alguna de su existencia.

El maltrato social del SIDA es importante, ya que todo miembro de los llamados grupos de riesgo está sometido a su presión destructiva desde 1981. Homosexuales primero y drogadictos y hemofílicos después, se han visto arrastrados al inmunodepresor miedo al SIDA por ser las primeras víctimas del invento. Es lógico que quieran quitarse esta losa de encima. Pero la manera correcta de hacerlo no es ayudando a los montadores del SIDA a extender el miedo a toda la población, sino contribuyendo con decisión a terminar rápidamente con el SIDA.

EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL SIDA, TAMBIÉN MATA

Cuando a alguien le colocan la etiqueta, la farmacopea hospitalaria se ceba sobre él. Va a recibir diez, veinte, treinta, cuarenta o más pastillas diarias gratuitamente. Por suerte para los etiquetados de los países no occidentales, sus gobiernos no son solventes, con lo que no pueden comprarlas y no son envenenados como aquí²⁹.

El simple hecho de tenerse que tomar docenas de pastillas al día, ya mata. Recordar las horas y aunque sólo sea los colores de las pastillas correspondientes, obliga a estar todo el día obsesionado con la bomba de relojería que te han dicho llevas dentro. Y esto es inmunodepresor.

Los efectos llamados secundarios pero que en realidad son principales, son aterradores, e incluyen a varias de las 29 enfermedades que están metidas bajo la etiqueta SIDA. Y los efectos sobre hígado y riñón de estos productos químicos potentísimos, no pueden sino perturbar el funcionamiento del conjunto del cuerpo. Es decir, el tratamiento farmacológico que desgraciadamente están administrando los hospitales a las personas

²⁹(Añadida) Esta situación se ha agravado doblemente: en los países económicamente desarrollados, los oficialistas han reducido a una o a un par las pastillas a tomar al día, cosa que facilita enormemente el envenenamiento de sus víctimas; y en los países económicamente atrasados, la "solidaridad internacional" (incluida la "ayuda" del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional) se traduce en centenares de millones de dólares que van a las farmacéuticas del SIDA para que envenenen a la población del mal llamado tercer Mundo, en particular de África.

etiquetadas, mata. Por esto constituye dos de los ocho factores de muerte que paso a enumerar.

¿DE QUÉ FALLECEN LOS PRESENTADOS COMO “MUERTOS DE SIDA”?

Han fallecido de: **1)** las 29 enfermedades hoy cubiertas bajo el nombre “SIDA”, todas ellas existentes antes de 1981 y que a veces matan, sólo que ahora si quien fallece es una persona que ha tenido la mala suerte de haber dado positivo a unos tests-chapuzas, será considerada infectada por el inexistente VIH e irá a parar a las estadísticas de “muertos de SIDA”; **2)** los malos hábitos de vida (consumo de drogas, metadona, poppers, medicamentos; malnutrición; etc.), que las llamadas “campañas de prevención” no ayudan nada a dejar, y que ya mataban antes, sólo que ahora si quien fallece ha dado positivo, es un “muerto de SIDA”; **3)** tener que recibir transfusiones de sangre o de hemoderivados, como es el caso de los hemofílicos, que han tenido una esperanza de vida menor que los no hemofílicos; sólo que ahora si quien fallece ha dado positivo, es un “muerto de SIDA”; **4)** los tratamientos supuestamente antivirales: nucleósidos análogos (impiden la división celular: AZT-Retrovir, etc.) e inhibidores de proteasas (rompen el complejísimo equilibrio entre proteasas e inhibidores de proteasas naturales: Indinavir, etc.), que son tendencialmente incompatibles con la vida a medio plazo y que deben ser prohibidos; **5)** los tratamientos supuestamente preventivos (antibióticos —en especial, Septrin—, ansiolíticos, antidepresivos, corticoides, ...; todos son inmunodepresores), que también son tendencialmente mortales a medio plazo y que también deben ser prohibidos; **6)** el miedo, pues la experiencia de las colectividades humanas ha llevado a la expresión “muerto de miedo”; **7)** los problemas psicológicos (sentimientos de culpa, de indignidad, de autodestrucción, de autorechazo, de suciedad, de suicidio, ...), emotivos (miedo a contagiar, miedo a ser rechazado, no atreverse a contárselo a nadie, ruptura de relaciones, ...), sociales, laborales, de guardería, ...; **8)** morir es la única solución que queda cuando en la mayoría de casos (¡no en todos, afortunadamente!) hay rechazo incluso de los allegados, que se añade al rechazo social. ¿Qué salida hay en semejante situación, si no morir?

Luego no hace falta ningún supuesto virus que supuestamente mate las supuestas defensas, para explicar de qué fallecen las víctimas del invento SIDA.

CONSEJOS A UNA PERSONA ETIQUETADA³⁰

A) Como seropositiva

Estudiarse rigurosamente la información crítica y contrastarla a fondo con la oficial, e incorporar y valorar, claro está, su propia experiencia. Si llega a la conclusión de que el VIH no existe, o/y de que, aun suponiendo que exista, no es la causa del SIDA, o/y de que los tests son una chapuza que no tienen valor diagnóstico alguno, ¡felicidades! Comprenderá que es una persona perfectamente sana que ha tenido la mala suerte de entrar en la macabra rueda del SIDA por haber dado positivo. Sólo le quedará quitarse la etiqueta, llevar una vida sana, concebir hijos si deseaba tenerlos y... procurar que la vida normal no lo machaque demasiado. La madurez que habrá adquirido por la experiencia vivida le ayudará a ello, y permitirá que eche una mano a otras personas que inicien el calvario de resultar etiquetadas.

Un consejo extra: no dejarse atrapar en los nuevos protocolos que están poniendo constantemente en marcha los laboratorios. Hay más medicamentos en espera de cobayas humanas que voluntarios, por lo que los hospitales presionan para dejarse meter en ellos...

B) Como SIDA, incluso terminal

Igual que el caso anterior hasta el ¡felicidades! Entonces comprenderá que los problemas de salud que pueda padecer, no tienen nada que ver con la explicación VIH=SIDA que le hayan dado los oficiales. Tiene que tratárselos al margen de toda la historia y toda la histeria del SIDA. Y hacerlo de la manera menos agresiva posible. Si busca cuidadosamente (¡también en lo alternativo hay mucho pesetero suelto!), encontrará terapeutas, con o sin título, que le podrán ofrecer buenos consejos.

³⁰(Añadida) Retomando lo que he explicado en la "Introducción Actualizadora", el mejor consejo que se puede dar a una persona a la que le han puesto alguna de las etiquetas del SIDA, es que se aparte lo antes posible del engranaje SIDA. Y para ello, conocer el enfoque riguroso hasta sentirse con fuerza y confianza como para arrancarse las etiquetas que le hayan puesto los oficialistas, declararse TERRITORIO LIBRE DEL MONTAJE SIDA, y vivir como cualquier otra persona. Y que si tiene problemas verdaderos de salud (insisto: el SIDA no lo es), se los trate y solucione de la forma más natural que conozca.

En el caso de terminales, es decisivo que no tiren la toalla ni ellos ni quienes les cuiden. Que sepan que hay numerosos casos que se han recuperado, casi siempre dejando el hospital. Muchos han salido de las casas de acogida de terminales por sus propios pies, y no con los pies por delante, que es a lo que los habían enviado desde los hospitales. Pero la primera condición es volver a tener esperanza y luchar por vivir. Entonces se ponen en marcha el “médico y el laboratorio interiores”, que son los más potentes que hay sobre la tierra. Para mí, esta es la explicación de los casos que han sido presentados como recuperados gracias a los inhibidores de proteasas químic...

Resumen para todos:

No intoxicarse ni psicológicamente (luego no creerse la versión oficial sobre el SIDA) ni fisiológicamente (luego no meterse en el cuerpo los venenos que están dando en los hospitales). Asesorarse con quien sea, pero asumir la responsabilidad del camino que se decida seguir. ¡Y tener ganas de vivir!

LOS VENCEDORES DEL SIDA

Hasta hace poco, los medios de comunicación sólo hablaban de los vencidos del SIDA, y cuanto más ricos y famosos, más. Desde hace unos meses, han sacado algún caso de terminal recuperado por las operaciones de *marketing* hechas por los grandes laboratorios que por fin han podido entrar en el mercado del SIDA a través de los peligrosos inhibidores de las proteasas y de los peligrosísimos combinados. Pero en la medida en que estas informaciones, aunque manipuladas, ayudan a suavizar el miedo que aún rodea al tema SIDA, bienvenidas sean.

En realidad, antes y ahora hubo y hay vencedores del SIDA. Se pueden distinguir seis grupos: **1)** terminales recuperados: etiquetados a los que hace años se les daba días de vida y que ahora están plenamente recuperados; **2)** etiquetados como SIDA que han logrado sacarse esta etiqueta, normalmente con tratamientos no agresivos, y que hace años que llevan una vida normal, a pesar de continuar siendo “seropositivos”; **3)** etiquetados como seropositivos que llevan cinco, diez, quince o, según la versión oficial, más años —desde la última vez que se pincharon o que tuvieron

una relación sexual no protegida– con la etiqueta, y que, superada la crisis y depresión iniciales, se encuentran perfectamente bien; 4) “seropositivas” embarazadas que se negaron a abortar, se negaron a tomar el AZT, se negaron a dar AZT a sus bebés, y ahora tienen hijos de una decena de años, estando ambos perfectamente bien; 5) “seropositivas” que buscaron el embarazo siendo “seropositivas”, han dado a luz y tanto ellas como sus bebés están perfectamente bien; 6) más de las dos terceras partes de los bebés nacidos “seropositivos” y que han seronegativizado espontáneamente dentro de los primeros dieciocho meses.

Cuando cambien las condiciones, abundarán los testimonios de vencedores del SIDA. Por ahora, la mayoría prefieren llevar una vida normal en la clandestinidad, pues saben que sería de alto riesgo social aparecer a cara descubierta contando su experiencia. Pero hay excepciones. Una es Mark Griffiths³¹, que da conferencias con el título: “Doy gracias al SIDA”, pues considera que gracias al SIDA ha dejado de ser el caos que era hace una docena de años, y que ha aprendido a comprender al mundo, a la gente y a sí mismo de una manera mucho más profunda. Para Mark las siglas SIDA significan: “Sistema Interior de Desarrollo Anímico”, es decir, nada peligrosos sino todo lo contrario. ¡Lástima que esto no sea contagioso!

BIBLIOGRAFÍA:

AIDS: The failure of Contemporary Science, Neville Hodgkinson, Fourth State, Londres, 96.

Inventing the AIDS virus, Dr. Peter Duesberg, 96.

Hojas Informativas 1-10, C.O.B.R.A., 96.

Cuadernos “*DESMONTAR EL SIDA*” nº 1, 2 y 3, C.O.B.R.A., 95 y 96.

SIDA: la duda, vídeo dirigido por Djamel Tahi, emitido por el canal franco-alemán ARTE, 96, y que TVE no ha emitido por la censura del Dr. Nájera y otros.

Genetica, vol. 95, nº 1-3, Dordrecht/Boston/London, 95.

³¹(Añadida) Mark Griffiths, músico inglés afincado en Francia, falleció en octubre de 2004 a las pocas horas de haber tocado en un concierto de rock. Etiquetado en 1986, fue condenado a morir en un máximo de cinco años. Explica “Confrontado a este reto, me enamoré de la vida y de la fuerza de la naturaleza”. Dejó las drogas definitivamente. Es el primero –no el único– al que oí decir “¡Doy gracias al SIDA!”, siglas que para él pasaron a significar “Sistema Interior de Desarrollo Anímico”. Creó la web rigurosa más importante en francés, en la que en marzo de 2004 publicó el artículo-testimonio titulado *El SIDA desde el punto de vista personal de un ‘sobreviviente de larga duración’* (www.sidasante.com/temoigna/zeropo.htm), del que he extraído la frase anterior. Además de pedir apoyo económico (tampoco le hizo rico el ser riguroso), explicaba varios proyectos. Destaco: “Estoy a punto de comenzar un juicio en Francia (con un abogado parisino “top”) contra los fabricantes en 1986 de mi test ‘VIH +’, el *Institute Pasteur Lyon*, por ‘diagnóstico fraudulento’”. No he logrado respuesta de dicho abogado.

Repensar el SIDA, AA.VV., AMC, Madrid, 94.

Replantear el SIDA, *Medicina Holística*, nº 32-33, AMC, Madrid, 93.

SIDA: Juicio a un virus inocente, Dr. Enric Costa, Mandala, Madrid, 93.

Roger venció al SIDA, Dr. Bob Owen, Higea, Madrid, 93.

“VIH”: ¿ÚLTIMO ANIVERSARIO?

Ayer se cumplieron trece años de la multitudinaria rueda internacional de prensa con la que el Dr. Gallo convenció al mundo de que el “VIH” existe y de que es la causa de “eso” llamado “SIDA”. Coló las dos falsedades de un sólo golpe.

Anteayer *Diario 16* publicó algunos elementos para una verdadera historia del Dr. Gallo, aún por escribir. A pesar de conocer previamente lo publicado y más, quise probar si el Dr. Gallo era capaz de aceptar lo que todo científico rigurosos debería incluso buscar: un cuestionamiento de sus explicaciones.

Por ello, una hora antes de su rueda de prensa entregué a los organizadores una constructiva propuesta (ver *Diario 16*, 22/4/97), dirigida a *La Caixa* y al propio Dr. Gallo, a fin de organizar un debate por escrito con el arbitraje de *La Caixa* y tomando como base la conferencia “*El descubrimiento de los retrovirus y del VIH*”, que iba a dar a continuación.

La respuesta del Dr. Gallo fue... burlarse. La de *La Caixa*, está por llegar...

En realidad, en España, gracias a *Diario 16*, el debate ha comenzado. Pero el Dr. Gallo comprende que, con él o sin él, inevitablemente acabará contra él. Porque sabe que no tiene, ni ahora ni en 1984, las pruebas de que el “VIH” sea la causa del “SIDA”. Y si ha leído la entrevista y la declaración del Dr. Lanka (ver *Diario 16*, 3 y 15/4/97), sabe ahora –si es que no lo supo siempre– que tampoco aisló virus alguno²⁶.

Las pruebas. Es lo único que pedimos. Pero no existen.

Las autoridades sanitarias españolas, como las de Alemania o cualquier otro país, no las tienen.

²⁶(Añadida) Lector/a: tenga presente que cuando escribí esto en 1997, ignoraba que el Dr. Gallo había hecho fraude científico en los artículos que le publicó Science el 4 de mayo de 1984. Actúo e invito a actuar para que el Dr. Gallo sea pronto juzgado y condenado por su consciente y persistente conducta criminal.

Para reducir sus responsabilidades, deben exigir las urgentemente al Gobierno de los EEUU, que en 1981 avaló la invención del “SIDA”. Algún dossier llegará desde los EEUU.

Pero en cuanto se haga público, demostraremos que no prueba nada.

¡Ojalá que el “VIH” no llegue a su próximo cumpleaños! Ello indicaría que el “SIDA” estaría a punto de ser vencido.

Y confío que ya antes se habrá terminado, por lo menos en España, con esta práctica vergonzosa consistente en invitar y homenajear al Dr. Gallo, su principal exponente público.

23-abril-97

Lluís Botinas, director de la asociación C.O.B.R.A.

SIDA, ¿CON O SIN VIH?

En las tres semanas que hace que *Diario 16* abrió formalmente el Debate SIDA, no ha llegado ninguna carta, fax, llamada, etc., defendiendo las posiciones oficiales. En particular, nadie ha roto una lanza por el Dr. Gallo, por lo que confiamos que no se le seguirán ofreciendo inauguraciones de congresos ni papeles estelares en cursos, cosa que, desgraciadamente, y para vergüenza o ignorancia de los organizadores, venía ocurriendo regularmente en España. ¿Cuántas semanas harán falta para que la presión social, en particular de las personas directamente afectadas, logre que los portavoces oficialistas participen en el debate que pedimos? Las declaraciones recogidas en *Diario 16* del 26/4/97 de asistentes al "Tercer Encuentro de Virología" recientemente celebrado en Segovia, permiten una serie de precisiones que ayudan a situar las claves del debate.

¿EMPIEZA UN CAMBIO INDIRECTO DE ARGUMENTOS?

Respuesta al Dr. Montaner (Vancouver, Canadá)

LA SITUACIÓN COMIENZA A GIRAR

El hecho de que *Diario 16* esté impulsando el debate, ha comenzado a cambiar la situación en torno al "fenómeno SIDA". En efecto, es decisivo que se empiece a conocer que los verdaderos problemas de "eso" llamado SIDA son que: 1) El VIH no existe; 2) En consecuencia, los tests no tienen validez alguna y deben ser prohibidos; 3) Los tratamientos presentados como antivirales son un veneno y deben ser prohibidos; 4) Los tratamientos supuestamente preventivos son mortales a medio plazo y deben ser prohibidos; 5) Nadie tiene porqué seguir falleciendo con la etiqueta de "muerto de SIDA" puesta encima (incluso terminales se pueden recuperar); y, 6) Sería muy fácil acabar con el SIDA...si esto es lo que realmente se quisiera. La presencia de alguien que tenga estos puntos bien asimilados

y que formule una pregunta, una observación, una recomendación, etc., adecuada, trastoca la situación que sea.

En próximas ocasiones pondremos el ejemplo de una reunión de personas etiquetadas o el de una rueda de prensa oficialista. Pero hoy tomamos el de un congreso, de entre los muchos que tienen lugar cada año (¿quien los financia?). El celebrado en Segovia los días 25-26/4/97.

La presencia de periodistas de *Diario 16* hizo que algunos asistentes tuviesen que pronunciarse. Sus comentarios y respuestas son ilustrativos. El Dr. Julio Montaner, director del Programa de Investigación de SIDA del Hospital Saint Paul de Vancouver, Canadá, fue quien más habló.

¿REABRIR O ABRIR?

No se puede decir que el Dr. Montaner aceptase debate alguno, ya que dijo de los disidentes que “están locos”, “dicen tonterías” y “no entienden, porque no saben”, y concluyó rechazándolo explícitamente porque “Para nosotros, este tema está terminado, por eso no le hacemos más caso. La discusión se acabó. Estamos todos convencidos (...)”.

A precisar que en realidad nunca han hecho caso, por lo que nunca ha habido debate alguno. Se han autoconvencido ellos solos, y no como resultado de una clarificación sistemática. A nuestro conocimiento, hasta el momento presente sólo ha habido dos confrontaciones serias. La primera, fue organizada por disidentes y tuvo lugar en Amsterdam los días 14-16/5/92, con asistencia del Dr. Luc Montagnier y varios oficialistas más. La segunda, por neutrales en San Francisco el 21/6/94 en el cuadro de la AAAS (Asociación Americana para el Avance de la Ciencia). Disponemos, en inglés, de los textos de la primera y de las cintas de la segunda. Y las ponemos a disposición de todo científico, médico, colegio, jurado, tribunal, etc., para que valore qué bando argumentó mejor, respondió o no a las críticas del otro, etc. Hablar como si se tratase de “reabrir” el debate es una manipulación (probablemente defensiva e inconsciente), puesto que hasta ahora nunca ha habido un debate.

Pero en la medida que el Dr. Montaner tuvo que decir algo sobre los dos temas claves: la supuesta existencia del VIH y la supuesta causalidad del SIDA por el VIH, lo que dijo permite responderle, aunque no lo desee.

ENTRAR EN LOS DETALLES TÉCNICOS

Sobre la existencia del VIH dijo: “El virus se ha aislado de pacientes

infectados. El virus se ha cultivado de la sangre de estos enfermos, del semen, de los líquidos orgánicos; se lo hace crecer y se lo puede pasar a otro individuo. Incluso tenemos técnicos de laboratorio que se han pinchado con este material y han quedado infectados. (...) Podemos dar pruebas clínicas, epidemiológicas, inmunológicas y virológicas sobre su existencia”.

Pruebas es lo único que pedimos. Si tantas hay, ¿por qué esta resistencia a presentarlas? Pero precisemos: las pruebas de la existencia de un virus sólo pueden ser virológicas, es decir, según los cánones que marca la virología. Todas las otras que el Dr. Montaner ofrece generosamente para un futuro indefinido, podrían en todo caso servir para completar o reforzar las pruebas virológicas, pero no pueden sustituirlas. Son las que el Dr. Lanka explicaba en su entrevista (*Diario 16*, 3/4/97) y que están contenidas en las Bases del Premio convocado (*Diario 16*, 15/4/97) y que se entregará justamente a quien presente dichas pruebas virológicas. Se pueden resumir diciendo que para todo virus realmente existente se han cumplido cuatro requisitos antes de anunciar su hallazgo: 1) presentar las cuatro fotografías preceptivas: del virus en el interior de células, del virus sin absolutamente nada más en la foto, de las proteínas de la envoltura del virus y del ácido nucleico del virus; 2) caracterizar tanto las proteínas como el ácido nucleico enteros, y para ello secuenciarlos; 3) realizar los también preceptivos múltiples ensayos de control; 4) publicar en revistas científicas adecuadas los resultados que se van obteniendo así como las condiciones en que se efectúan los experimentos, a fin de que otros equipos científicos puedan reproducirlos y verificar si son o no son correctos. Para el caso de esos artefactos de laboratorio llamados “retrovirus”, en una reunión celebrada en 1973 en el Instituto Pasteur se acordaron siete condiciones menos exigentes.

Nada de esto se había cumplido antes de que el Dr. Gallo inaugurase la época de la ciencia a base de conferencias de prensa lanzando en 1984 al mundo la noticia de que había aislado la causa del SIDA: el “retrovirus” VIH. Y tampoco se ha cumplido luego. Los artículos del Dr. Lanka, por un lado, y de la Dra. Papadopoulos y su equipo australiano, por otro, lo demuestran exhaustivamente.

Mientras aparecen estas pruebas virológicas preceptivas, expreso mi pleno convencimiento de que los oficialistas están persuadidos de lo que

también el Dr. Montaner afirma: de que realizan unos experimentos en sus laboratorios que interpretan como que realmente les permiten “aislar, multiplicar y transmitir el VIH”. Sólo hay una forma de aclarar qué hacen en realidad. Es precisamente entrar en los detalles de las sofisticadas técnicas de cultivo, aislamiento, clonación, hibridación, *PCR*, etc., que aplican siguiendo las instrucciones de los “maestros y manuales de retrovirología”, y de los folletos de instrucciones de los fabricantes de aparatos, (casi) todos ellos estadounidenses.

Estas técnicas son sofisticadas, pero esto no significa que sean precisas. Tienen unas importantes limitaciones intrínsecas que es preciso conocer para no equivocarse. Además, pueden ser utilizadas de manera interesada para obtener determinados resultados y no otros, con la diferencia de fama y dinero que ello comporta. Y, para colmo, los resultados son abracadabrantantes si se analizan con una serie de presupuestos erróneos (ver algunos más adelante). El resultado es que en realidad no aíslan ni multiplican ni transmiten virus alguno, sino que interpretan como tal indicios de segundo o tercer o cuarto orden, como, por ejemplo, “detección de actividad de transcriptasa inversa”, “medidas sucesivas de la carga viral”, “desaparición de linfocitos T4”, etc.

Incluso siguiendo las reglas de juego establecidas del SIDA, la hipótesis oficial “VIH=SIDA” es insostenible, ya que el supuesto VIH no es ni necesario ni suficiente para el fenómeno SIDA. En efecto, hay miles de “casos de SIDA sin VIH”, es decir, miles de “enfermos de SIDA” que no han dado positivo a las chapuzas mal llamadas “test del SIDA”. Esto demuestra que el VIH no es necesario para el SIDA. Pero, además, hay en todo el mundo millones de “casos de VIH sin SIDA”, es decir, de “seropositivos” que se mantienen perfectamente sanos tras años de llevar la etiqueta. Esto demuestra que el VIH no es suficiente para el SIDA. Si “eso” llamado VIH no es ni necesario ni suficiente para “eso” llamado SIDA, queda claro que “VIH” y “SIDA” son dos fenómenos totalmente independientes uno del otro. Y así es en realidad: el VIH no existe, mientras que el SIDA sí, en tanto que invento intencionado e interesado a desmontar.

El falso argumento oficial “Sólo enferman de SIDA los que tienen el VIH” es un razonamiento circular, luego sin validez alguna

Los propios oficialistas rompen sus reglas de juego cuando les conviene.

POR DEFINICIÓN

Sobre que el VIH causa el SIDA, el Dr. Montaner dijo lo que recoge el titular: “Sólo enferman de SIDA los que tienen el VIH”. Esta afirmación se halla reforzada luego así: “(...) cohortes humanas han sido seguidas durante diez años o más, con la demostración de que si tienen el virus producen la enfermedad, y si no tienen el virus, no producen la enfermedad”. Además, “(...) en dos grupos distintos de pacientes con los mismos hábitos de drogadicción, los que tenían VIH enfermaban y los que no tenían el virus, no. También en dos grupos distintos de homosexuales con el mismo tipo de prácticas sexuales, los que tenían VIH enfermaban y los que no lo tenían podían seguir teniendo contactos sexuales pero no se enfermarían”.

La idea del titular es un falso argumento usado a menudo por los oficialistas. Revela que no han entendido las reglas de juego del SIDA (ver *Diario 16*, 29/4/97). Por ello no se dan cuenta de que formulan una tautología, es decir, repiten con otras palabras lo que es la propia definición de “caso de SIDA”. En efecto, sólo será un “caso de SIDA” aquel enfermo (de las 29 enfermedades hoy incluidas bajo la etiqueta SIDA) que cumpla la condición de dar positivo a los tests cuyo resultado positivo es interpretado como que indica infección por el supuesto VIH. Luego por definición sólo aquellas personas consideradas “infectadas por el VIH” podrán “enfermar de SIDA”, es decir, serán etiquetadas como “SIDA” si les aparece, por ejemplo, una tuberculosis. Las reglas de juego del SIDA hacen que: “tuberculosis + seropositividad = SIDA”, pero “tuberculosis - seropositividad = tuberculosis”. Exactamente el mismo mal cuadro clínico es o no contado como “enfermo de SIDA” según se le considere o no infectado por el VIH porque haya dado o no positivo a los test-chapuzas. Luego, por definición el cien por cien de los “casos de SIDA” tienen que

estar, según las reglas de juego oficiales, necesariamente “infectados por el VIH”. Esto muestra que el argumento dado es un razonamiento circular, y no tiene validez alguna.

Pero el montaje del SIDA es tan burdo que los propios oficialistas rompen con sus reglas de juego cuando les interesa. El Dr. Montaner parece ignorar dos cosas al respecto:

1) Para hinchar las cifras del SIDA, la mayoría de “casos de SIDA” del mundo han sido considerados así sin haberles hecho test alguno, por lo que no se les puede considerar “infectados por el VIH”. Los CDC de Atlanta (que fueron quienes montaron todo el tinglado) desde 1985 y, a su remolque, la OMS desde 1986, autorizan poner la etiqueta de “SIDA” tan sólo por “indicios”, es decir, sin necesidad de dar positivo a test alguno. Esto hace que la inmensa mayoría de supuestos “casos de SIDA” de África y otros continentes, lo sean por unos “indicios” que cumplen numerosas enfermedades endémicas.

2) Para mantener la trampa tautológica de que “sólo enferman de SIDA los que tienen el VIH”, han hecho otra maniobra aún más escandalosa. Durante varias “Conferencias Internacionales de SIDA” oficiales, congresistas expusieron que tenían casos de SIDA que, sin embargo, no daban positivo a los test, por lo que, según su propia creencia en los tests, no estaban infectados por el VIH. Finalmente, en la Conferencia de Berlín de 1993 no se pudo seguir silenciando el problema, y se decidió abrir una lista de estos “casos de SIDA sin VIH”. En pocos meses ya había mas de 6.000, lo que constituía una contundente prueba de que la versión oficial es insostenible. En efecto, ¿cómo explicar que miles de enfermos considerados oficialmente como “casos de SIDA” diesen negativo a los tests que oficialmente sirven para que alguien enfermo sea declarado “caso de SIDA”?

¿Cómo se tapó el problema? Fácil, para la falta de escrúpulos que muestran los oficialistas: inventando un nuevo nombre para estos miles de enfermos. Pasaron a ser etiquetadas como víctimas de un “Síndrome de Linfocitopenia Idiopática”, lo cual significa “conjunto de síntomas debidos a una escasez, de origen desconocido, de linfocitos”. Dejaron de ser “casos de SIDA” para pasar a ser “casos de SLI”. Y ahora se buscan “nuevos agentes culpables” de esta “nueva enfermedad”...

Pero, además, ¿en qué se basa el Dr. Montaner para poder afirmar que unos (los que evolucionan mal) “sí tienen el VIH” y otros (los que evolucionan bien) “no tienen el VIH”? Exclusivamente en su fe en que los mal llamados “test del SIDA” son “absolutamente fiables”, como dice la propaganda oficial, a pesar de que, por ejemplo, todo biólogo sabe que esto no puede ser cierto.

En realidad, tanto el *ELISA* como el *Western Blot* son una chapuza (ver *Diario 16*, 29/4/97), y no sirven para diagnosticar infección alguna, y menos con un virus que no existe. Pero sí sirven para dictar una sentencia de muerte contra la persona que tiene la mala suerte de dar positivo. Y este vudú científico-médico explica la diferente evolución que siguen personas con los mismos hábitos de vida según hayan dado negativo (lo que el Dr. Montaner llama “no tener el VIH”) o positivo (lo que interpreta como “sí tener el VIH”). Las primeras seguirán practicando sus hábitos (o incluso los mejorarán) y vivirán “mientras el cuerpo aguante”, mientras que las segundas entrarán en una dinámica de mal tratamiento social y médico (ver *Diario 16*, 29/4/97) que les generará inmunosupresión y enfermedades, y fallecerán probablemente antes y con la etiqueta de “muerto de SIDA” puesta encima.

PERDER LOS PAPELES

El colmo de la ingenuidad o de la mala fe (a aclarar) es que el Dr. Montaner ponga como ejemplo de “transmisión del VIH” el que “incluso tenemos técnicos de laboratorio que se han pinchado con este material y han quedado infectados”. Resulta que hay registrados centenares de miles de accidentes laborales (pinchazos, etc.) de personal sanitario con internados como “casos de SIDA” en todo el mundo. Sólo unos pocos han dado luego positivo a los tests-chapuza, cosa que el Dr. Montaner interpreta como que “ha habido transmisión del VIH y el técnico ha resultado infectado”. Pero lo importante es que estos “nuevos etiquetados por accidente laboral” no han “desarrollado SIDA” excepto alguno que ya era drogadicto o/y homosexual.

Y el Dr. Montaner pierde ya definitivamente los papeles cuando declara que los críticos “deben demostrar” lo que sostienen. No, Dr. Montaner: es a Ud. y a todos los que constituyen la “inmensa mayoría” oficialista,

a quienes corresponde demostrar rigurosamente, primero, la existencia del VIH y, después, que el VIH es la causa del SIDA. A nosotros nos corresponde demostrar que en realidad los documentos publicados hasta ahora no constituyen prueba alguna de lo que afirman. Tan sólo en un segundo momento nos corresponde –junto con todas aquellas personas, hayan sido antes oficialistas o no, que comprendan que es necesaria otra explicación del SIDA– proponer interpretaciones y soluciones alternativas. Y le aseguro que las tenemos...

NADA PERSONAL

No hay nada en contra del Dr. Montaner. Es tan sólo uno de los decenas de miles que hacen carrera y viajan a congresos internacionales gracias a que tuvieron la oportunidad –y la habilidad– de convertirse a tiempo en especialistas del VIH=SIDA. En este caso, por ser hispanoparlante, tuvo que hablar más que otros. Pero se podrían desmenuzar igualmente las declaraciones de cualquier otro representante del embrollo oficial.

Por ejemplo, la única frase que se recoge del Dr. Pantaleo, del Laboratorio de Inmunopatogénesis de SIDA del Centre Hôpitalier Vadols de Lausana, Suiza, dice: “El Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas y Alergias de Estados Unidos ha editado un libro de cien páginas con todas las evidencias al respecto”. Resulta en parte enternecedor ver la confianza depositada en lo que viene de los EE.UU... siempre que llegue por los canales oficiales, claro. La observación inmediata es: ¿Cuándo ha sido editado este libro? Recientemente. Y, antes de que apareciese este “libro de cien páginas con todas las evidencias”, ¿qué? Pero, además, y desgraciadamente para los oficialistas, este último baluarte de su defensa tampoco contiene prueba alguna, como demostraremos otro martes.

Todo estudioso imparcial pero exigente del fenómeno SIDA empieza a detectar una serie de incoherencias, contradicciones, conductas ilógicas, preguntas jamás respondidas, etc., que le llenan de sorpresa. Inicialmente se interpretan como errores. Y surgen cuestiones del tipo: ¿Cómo es posible que eso ocurra? ¿Es que no se dan cuenta los especialistas del SIDA? Si se indaga, se comprende que justamente “los especialistas del SIDA” españoles son los peor situados para ver sus propias debilidades. Porque están desbordados por el trabajo diario. Pero, sobre todo, porque están presionados por los giros, instrucciones, nuevos medicamentos, avalancha

de artículos, congresos, etc., provenientes de los EE.UU. y dirigidos por los CDC de Atlanta y las multinacionales farmacéuticas. Y empieza a perfilarse que quizá los errores no sean tales...

ALGUNOS ERRORES OFICIALES BÁSICOS

Pero, ¿se trata tan sólo de “errores”?

He aquí brevemente enunciados algunos de los fallos más importantes que subyacen en la pseudociencia del SIDA, así como un interrogante final. Es importante tenerlos presentes y profundizarlos en el transcurso del debate.

*** Error metodológico: hacer modelos reduccionistas.** El cuerpo humano tiene un número astronómico de células: aproximadamente diez elevado a catorce, es decir, cien billones. Cada célula es un mundo complejísimo que la suma de todos los laboratorios de todas las grandes multinacionales no puede reproducir ni en una parte infinitesimal. Para hacer sus investigaciones y experimentos, recurren a modelos. Todo modelo es una tremenda simplificación de lo que ocurre. Es frecuente que dejen fuera lo decisivo, con lo que las conclusiones obtenidas, aunque puedan ser coherentes dentro del propio modelo que las genera, poco o nada tienen que ver con la realidad. Pero la fuerza económica y mediática de las grandes empresas farmacéuticas y de los estados, convierten estas conclusiones erróneas en la “realidad” con la que trabajan las comunidades científica y médica. Y, a través de los medios de comunicación, se convierten en la verdad social. Resulta que el modelo oficial del SIDA es totalmente erróneo...

*** Error teórico: el papel de la transcripción inversa.** El Dr. Gallo y todos los oficialistas interpretan que la actividad del enzima transcriptasa inversa indica presencia de un “retrovirus”. Esto podía tener sentido como hipótesis a inicios de los setenta, pues fue en 1970 cuando por primera vez se probó el flujo de información genética del ARN al ADN; es decir, inversa al dogma creído hasta entonces: que la información sólo podía ir del ADN al ARN. A fines de los setenta ya se había comprobado que la transcripción inversa es ubicua, es decir, ocurre en todas partes donde hay

actividad celular, luego ya habría que haber enterrado la hipótesis que siguen usando. Pero, para desgracia de los defensores del VIH, desde el año pasado se sabe que la actividad de transcriptasa inversa en realidad indica un mecanismo de curación: la reparación de los daños ocurridos en el ADN nuclear.

*** Error experimental: extrapolar resultados inextrapolables.** Toda la investigación básica sobre el VIH es un subproducto de los experimentos realizados por los retrovirologos con unas líneas de células enfermas anormales sometidas a unas condiciones estresantes también anormales. Lo que ocurre ahí no tiene nada que ver con lo que acontece en un cuerpo humano, por enfermo y deteriorado que pueda estar. Extrapolar resultados es una irresponsabilidad gravísima. El entierro del VIH significará el entierro de toda la retrovirología.

*** Error técnico: ignorar las limitaciones intrínsecas de las técnicas utilizadas, causa de graves errores.** (Ver páginas anteriores)

*** Error de diagnóstico: utilizar unos test chapuza.** Ni los tests indirectos de anticuerpos (*ELISA*, *Western Blot*, ...) ni los presentados como directos (*PCR*, p24, ...) tienen fiabilidad alguna. Y no sólo porque no pueden encontrar nada relacionado con un virus que no existe. Aún aceptando hipotéticamente que el VIH exista, todos estos tests no son válidos. Sin embargo, están siendo fraudulentamente presentados como “absolutamente fiables”. Deben ser prohibidos.

*** Error clínico: usar los llamados “T4” y a la llamada “carga viral” como indicadores.** Se liga la evolución de las personas etiquetadas –y también los supuestos buenos resultados de los combinados de fármacos venenosos que administran los hospitales–, primero, al recuento en la sangre de los linfocitos llamados T4 y, recientemente, a lo que, medida con la técnica *PCR*, se presenta como “carga viral” que supuestamente cuantifica el número de ejemplares de VIH por mililitro de sangre. Pero a escala individual el número de los llamados T4 no tiene valor indicativo alguno, y personas con cero T4 están perfectamente bien (además, ver “error analítico”). Y la técnica *PCR* no sirve para medir carga viral alguna, y menos de un virus que no existe.

*** Error analítico: basarse en recuentos en sangre.** Resulta que en la sangre sólo hay aproximadamente un 3% de los glóbulos blancos (luego de los linfocitos, incluidos los llamados T4), mientras que el 97% restante se encuentran en médula ósea, ganglios, tejido de sostén, etc., que es donde tienen lugar la inmensa mayoría de funciones inmunitarias. Además, incluso este 3% se retira del flujo sanguíneo en una situación de estrés, y ¿qué etiquetado no está estresado desde que le pusieron la etiqueta, y, en particular, cuando tiene que ir al hospital? ¡Y en este entre cero a tres por ciento es en lo que se basan los médicos hospitalarios para atemorizar a las personas etiquetadas! Además, cuando entra veneno en el cuerpo, los linfocitos T salen de sus lugares de estancia y repliegue para identificar las moléculas tóxicas extrañas, y esto es presentado por los médicos como “subida de las defensas gracias a nuestros tratamientos”, y como “una mejoría”. Más tarde explican con una mítica “mutación del VIH” el que, una vez agotados los glóbulos blancos por la persistente intoxicación con los fármacos, la persona envenenada caiga en picado al cabo de un cierto tiempo.

*** Error terapéutico: envenenar a los etiquetados.** Los cócteles de moda, presentados como antivirales, combinan medicamentos de la primera familia (nucleósidos análogos: impiden la división celular e intoxican hígado, riñón, etc.) que son tendencialmente mortales a medio plazo, con medicamentos de la segunda familia (inhibidores de las proteasas químicas: rompen nuestro complejísimo equilibrio entre proteasas y antiproteasas naturales, y también intoxican hígado, riñón, etc.) que también son tendencialmente mortales a medio plazo. La suma de ambos puede ser menos dañina si ocurren unos desconocidos procesos de neutralización mutua. Sólo pueden ser beneficiosos temporalmente si la propaganda que los promociona despierta en la persona etiquetada las esperanzas de vivir y pone en marcha su sistema autocurativo, del que todos disponemos aunque los hospitales lo ignoren. Y la situación se agrava con los fármacos presentados como preventivos, y que también son tendencialmente mortales a medio plazo, como demuestran rigurosamente el Dr. Kremer y otros. Ambos tipos de tratamientos deben ser prohibidos.

* **Error bibliográfico: literatura de enésima generación.** El volumen de dinero volcado en el tema SIDA ha sido tal que en seguida apareció un alud de publicaciones al respecto. Esto hizo que se empezase a citar lo inmediato anterior dándolo por bien basado en lo anterior inmediato, sin que nunca se revisasen las supuestas referencias originales. Resulta que son escasísimas y que no demuestran lo que primero se convirtió en verdad pública gracias a ruedas de prensa, y luego se consagró como verdad científica y médica: que el VIH exista, y que el VIH sea la causa del SIDA.

* **Y muchos errores más: de interpretación** (creer en las instrucciones de los fabricantes de test, de aparatos, etc.); **social** (falta de control sobre los especialistas); **humano** (creer sin pedir pruebas); **mediático** (informar lo oficial acríticamente), etc.

Todo esto hace surgir una pregunta: ¿Es posible que esta suma de errores sea simplemente un error? El virólogo alemán Dr. Lanka la contesta así: “El único error en el SIDA es pensar que el SIDA es un error”.

MÁS DE DOS MILLONES Y MEDIO EN PREMIOS

Diario 16 convocó el 15/4/97 un Premio de un millón de pesetas a quien traiga pruebas irrefutables de que el VIH existe. Además, convocó un Accésit de 250.000 pts. a quien traiga pruebas irrefutables de que el VIH es la causa del SIDA. El plazo de presentación de candidaturas termina el 31/7/97. A la cantidad del Premio se sumarían 750.000 pts. otorgadas por la asociación COBRA, 1.000 libras esterlinas por la revista inglesa *CONTINUUM* y 1.000 marcos por la asociación alemana MuM. A la cantidad del Accésit, 250.000 por la asociación COBRA.

SIDA: ¿FÁRMACOS QUE MATAN?

El doctor Heinrich Kremer pertenece a la organización Regimed, que reúne a un grupo de científicos que cuestionan las explicaciones oficiales en lo que se refiere al SIDA, especialmente, y también se muestran críticos con los tratamientos utilizados en el cáncer y otras enfermedades degenerativas. En 1981 fue director médico de una clínica especializada en drogodependientes que formaba parte de una experiencia piloto del Gobierno alemán, lo que le permitió conocer de cerca el papel de las diferentes toxicomanías en el correcto funcionamiento del cuerpo humano. Estudioso de las mitocondrias celulares, defiende tratamientos no agresivos para luchar contra enfermedades como el SIDA o el cáncer. El pasado fin de semana, estuvo en Barcelona para dar una conferencia sobre los procesos vitales y el tratamiento alternativo que propugna para superar estas graves enfermedades.

“LOS FÁRMACOS ACTUALES MATAN A LOS PACIENTES”

Dr. HEINRICH KREMER, ESPECIALISTA EN MITOCONDRIAS CELULARES

El doctor alemán defiende los tratamientos no agresivos contra el SIDA y el cáncer.

por Luís M. Mendizábal/Barcelona

(Diario 16) ¿Cómo fue su experiencia en la clínica piloto especializada en drogodependientes?

(Heinrich Kremer) En los años setenta se desarrolló en Europa una epidemia de hepatitis B, y en 1978, EE. UU. puso en marcha una vacuna contra esta enfermedad, que hay que decir que afectaba a tres grupos: homosexuales, drogadictos por vía parenteral y hemofílicos. Tres años más tarde, el Gobierno Federal alemán puso en marcha una clínica piloto en

cinco de sus regiones para estudiar la incidencia de la enfermedad en drogadictos, y me nombró director médico. Ya en 1982 se introdujo la vacuna de la hepatitis B en Alemania, y yo, viendo que no tenía efectos secundarios y que la OMS recomendaba su uso, la apliqué a los infectados y, como preventivo, a los trabajadores sanitarios, y comprobé que era efectiva. En 1984, se congelaron muestras de sangre de todas aquellas personas de la clínica infectadas con la hepatitis B, y el Gobierno Federal y el de las cinco autonomías acordaron aplicar los tests del SIDA, por primera vez en Alemania, a estas personas. Yo estuve de acuerdo en que lo hicieran, a condición de que los tests fueran anónimos.

¿Cuál fue el resultado de esos tests?

De un grupo de 200 muestras, 18 dieron positivo, mientras que de los 78 colaboradores míos que se sometieron al test, dieron positivo 8 de ellos. En total, 26 “sentencias de muerte”. Yo estudié los tests y vi que no tenían ningún valor clínico, ya que detectaban el mismo tipo de anticuerpos que se producen cuando una persona está padeciendo una hepatitis B. El 95% de las personas que dan positivo al test del VIH tienen hepatitis. Posteriormente, trabajé con 20.000 drogadictos en las prisiones alemanas, y ni uno solo de ellos tuvo una seroconversión, hasta que dejé el proyecto debido a mi desacuerdo con la política llevada a cabo por el Gobierno Federal en cuanto al tema drogas y SIDA. El problema es que se nos explica la transmisión de la enfermedad únicamente tomando como base los tests. Seropositividad y SIDA son dos cosas diferentes.

¿Qué es el SIDA?

El SIDA es un modelo equivocado, subproducto de otro modelo equivocado que fue el cáncer. En 1971 se decía que el cáncer se podía contagiar y luego esto se desestimó. Después se habló de que el Sarcoma de Kaposi, una de las enfermedades que se asocia al SIDA, se extendería al resto de la población. Esta teoría, después de 16 años, se sabe que es totalmente falsa. El SIDA no existe como definición. El fenómeno SIDA engloba a un montón de enfermedades que ya están perfectamente explicadas por sí mismas. Yo, más que un síndrome de inmunodeficiencia, prefiero hablar de un síndrome de energiadeficiencia.

El jueves, un rotativo catalán anunciaba que los nuevos fármacos podrían eliminar el virus en la sangre en tres años de tratamiento. ¿Qué opina sobre esto?

Uno de los estudios es el realizado por David Ho, elegido “hombre del año” por la revista *Time*. Este señor es un tramposo, porque afirma que “una combinación de tres fármacos contra el virus del SIDA durante un periodo de entre 27 y 38 meses consigue erradicar completamente el virus de la sangre”. Pero esto lo dice a raíz de un estudio basado en el seguimiento de ocho pacientes durante veinte semanas. Ho parte de un modelo matemático equivocado. Este científico se hizo famoso cuando las contradicciones sobre el modelo SIDA eran tan obvias, que se necesitó lanzar una nueva teoría. Esta es precisamente la de David Ho, que fue el primero que sustituyó la idea de que el VIH era un lentivirus, afirmando que es un virus que se multiplica a gran velocidad y que se encuentra en todas partes. Esta afirmación no tiene base científica.

¿Usted es de los que piensan que los fármacos actuales administrados a los enfermos de SIDA son un veneno?

Sin duda alguna. Los medicamentos, como el Bactrim, aplicados a los enfermos están compuestos de dos sustancias: una es citostática, e impide la división celular (es la usada en quimioterapia). Las otras, las sulfanomidas, inhiben la producción de ácido fólico, que es la vitamina que el cuerpo necesita para formar el material genético. Estas dos sustancias, juntas, disminuyen la proliferación de células inmunitarias y matan todas las células, incluidas las mitocondrias, que son las bacterias encargadas del transporte de energía de una célula a otra. Estoy en condiciones de afirmar que este tipo de medicamentos, a medio plazo, matan³².

LA VIDA SEGÚN KREMER

El doctor Kremer centró su conferencia en la descripción de las llamadas “terapias sistémicas no agresivas”, y mencionó la necesidad de utilizarlas en lugar de los fármacos actuales.

por Luís M. Mendizábal/Barcelona

Bajo el título “Qué es la vida y sus consecuencias para tratamientos no-agresivos de SIDA, cáncer y enfermedades degenerativas”, el doctor Heinrich Kremer, que estuvo acompañado del virólogo Dr. Stefan Lanka,

³²(Añadida) El Dr. Kremer extiende la afirmación de que “los fármacos actuales administrados a los enfermos de sida son un veneno” y matan, a los *cócteles* supuestamente “anti-VIH”, aunque ello no fuese recogido por el periodista.

dio una conferencia en Barcelona que tenía como objetivo “dar a conocer una serie de procesos vitales y evolutivos que ayuden a precisar el tipo más adecuado de tratamiento para todo tipo de enfermedades”, según sus propias palabras.

Kremer habló de SIDA, de cáncer y de otras enfermedades, como el Parkinson, el Alzheimer o las producidas por el estrés (depresión, psicosis, etc.), pero se centró, sobre todo, en la puesta en práctica y descripción de terapias sistémicas no agresivas.

En opinión del médico alemán, el tratamiento recomendado para ayudar a superar estas graves enfermedades pasa por “ofrecer aquellos ladrillos que ayuden a la reconstrucción de las células básicas: unas moléculas que favorezcan el transporte de energía entre las células”. “Las moléculas que tenemos son de dos formas: reducidas y oxidadas. El cuerpo necesita una combinación de ambas, un equilibrio que permita su propia regulación”, añade Kremer.

¿Dónde se encuentra esta combinación de moléculas? Kremer lo explica a partir de un punto de vista evolutivo: “Así como los animales, al ser móviles, podían evitar los rayos ultravioleta, las plantas, estáticas, no podían escapar a estas radiaciones. A raíz de esta exposición continua al Sol, las plantas desarrollaron unas moléculas, llamadas polifenoles, que tienen una capacidad de protección de los rayos ultravioleta y de absorción de radicales químicos. Existen unos cinco mil tipos de polifenoles, de los cuales la Vitamina E es uno de los más conocidos”.

Kremer afirma que “el ser humano necesita recibir estos polifenoles de forma natural, mediante una alimentación adecuada que restablezca en el cuerpo la proporción de energía y la absorción de radicales libres necesarios”.

La palabra mágica es “fitoterapia”, que intenta ayudar al mantenimiento de las funciones celulares simbióticas. Las medidas terapéuticas de la fitoterapia están basadas en sustancias análogas, orgánicas e inorgánicas, para la formación de energía, que deben ser ofrecidas, y que ya en las primeras fases de la evolución posibilitaron el desarrollo de los organismos complejos.

“La aspirina, sin ir más lejos, que procede de la corteza de un árbol muy conocido, y cuya prevención de la arterioesclerosis es bien sabida, contiene polifenoles, al igual que el vino tinto”, asegura Kremer.

En este sentido, y descartado cualquier tratamiento basado en medicamentos elaborados por la química, el Dr. Kremer adelantó que está

investigando una combinación de plantas que han elaborado médicos del Tíbet, “lugar donde el ser humano vive en condiciones muy especiales de exposición al Sol”, que contiene ambos tipos de células, las reducidas y las oxidadas, y que él considera que se está revelando como un medicamento de gran eficacia.

En su conferencia, el Dr. Kremer explicó a los allí presentes la teoría del Dr. Lovelock, una hipótesis que elabora una explicación sobre la evolución biológica, a la que puso el nombre de “Gaia”, y que sirve para apoyar sus opiniones respecto al tratamiento de enfermedades. “Comprendiendo el funcionamiento de fondo, podemos ayudar en casi todo”, manifiesta Kremer.

Según la citada teoría, hay una interacción permanente y global entre toda la materia viva y la considerada inanimada (por ejemplo, la atmósfera), de forma que se establece una simbiosis que se mantiene gracias al flujo permanente de energía. En este proceso tiene un papel crucial la alta concentración de oxígeno.

Los primeros entes vivos, un tipo de bacterias, obtenían la energía que necesitaban del hidrógeno. Cuando éste escaseó, las bacterias aprendieron a dividir la molécula de agua a través de la fotosíntesis, lo que supuso una liberación de oxígeno, que constituyó la primera amenaza ecológica global. En este momento, hubo un doble proceso de endosimbiosis: unas bacterias contribuyeron a la preservación y complejización de la información genética, dando lugar a la configuración del núcleo celular, y otras aprendieron a obtener energía a partir del oxígeno. Esto es la base de todo desarrollo de vida superior.

Kremer opina que “se puede entender al ser humano como una gran y compleja colonia de bacterias funcionando endosimbióticamente. Esto permite entender tanto la salud como la enfermedad. La clave es preservar la simbiosis, tanto a nivel de la biosfera como a nivel del cuerpo humano, y la utilización de antibióticos, quimioterapia o antivirales interfiere en la información genética del ser humano”.

LA TEORÍA DE LA BALA MÁGICA

La teoría de la “bala mágica”, creada por Paul Ehrlich en 1906, sirve de ejemplo al Dr. Kremer para explicar lo absurdo de una creencia firmemente extendida en la medicina actual: que la evolución científica ha creado

medicamentos capaces de llegar y actuar en un punto determinado del cuerpo humano. “Es imposible pensar en un lugar clave donde colocar esa bala mágica. La complejidad del cuerpo humano hace que nadie pueda prever donde va a actuar un medicamento y qué es lo que va a destruir”.

“SIDA”: ¿UN INVENTO?

Si se descarta la existencia del VIH –y los argumentos para hacerlo son enormemente sólidos–, es claro que eso llamado VIH no puede ser la causa del SIDA. Entonces el SIDA carece de base biológica-patológica propia. Se trata de una construcción intencionada que tiene muchas facetas. El SIDA es un invento socio-político-económico-científico-médico-religioso-moralístico-mediático-racista destructivo que fue puesto en marcha en 1981.

Se ha explicado que el VIH no existe (Debate SIDA I); la catadura del Dr. Gallo, campeón del VIH (DS II); las reglas de juego del SIDA (DS III); que, de todas formas, SIDA y VIH serían dos cosas totalmente distintas (DS IV); y una explicación a partir de una nueva Biología de la Evolución (DS V). Son elementos para comprender de forma totalmente distinta qué es “eso” llamado SIDA. Hoy vemos algunos datos acerca de su invención.

SIDA: UN INVENTO DESTRUCTIVO

La construcción del SIDA fue dirigida por los CDC de Atlanta, probablemente para tapar las mortales consecuencias de un experimento hecho con homosexuales.

Lo que sigue está por confirmar, pues exige que más personas, asociaciones, etc., profundicen la investigación. Por lo tanto, no pasa de ser una hipótesis, aunque la considere totalmente plausible. En todo caso, aquí queda sometida al debate.

El SIDA es un invento socio-político-económico-científico-médico-religioso-moralístico-mediático-racista destructivo comenzado en 1981 en los USA por iniciativa del EIS (*Epidemiological Intelligence Service*, Servicio de Información Epidemiológica, una especie de CIA médica), dependiente de los CDC (*Centers for Disease Control*, Centros de Control

de Enfermedades) de Atlanta, EE.UU. La decisión tuvo que ser tomada al máximo nivel político y gubernamental. Conviene recordar que el entonces vicepresidente Bush, antes de ser el director de la CIA había sido presidente del potentísimo laboratorio Lilly, y es un hombre ligado a las multinacionales farmacéuticas.

Pero, ¿por qué se inventó el SIDA en 1981? Una razón práctica inmediata fue la siguiente: para tapar la muerte de miles de homosexuales americanos a quienes sus médicos les estuvieron haciendo tomar el Bactrim-Septrin como preventivo ante las enfermedades de transmisión sexual. El Septrin era y sigue siendo el medicamento más potente de su género. Combina una sulfonamida (sulfametoxazole, SMZ), que es el tipo de antibiótico más potente conocido, con una molécula quimioterapéutica (trimetoprim, TMP) que se administra como tratamiento de la leucemia, es decir, para matar glóbulos blancos (¡luego resulta que precisamente los linfocitos T son una de sus víctimas!). Cuando después de haberlo estado tomando durante años empezaban a caer en picado y había riesgo de un escándalo científico-médico y de una avalancha de reclamaciones contra los médicos y los laboratorios, se inventa el SIDA para tapar la masacre ocasionada por el Bactrim-Septrin. Y como miles de homosexuales iban a morir, el SIDA fue presentado desde el primer día como inevitablemente mortal.

Queda pendiente saber porqué, por primera vez en la historia de la Medicina, se recomendó tomar como profiláctico fármacos que todo médico ha aprendido sólo deben administrarse siete o, máximo, diez días.

Una posibilidad es que se fuese estableciendo espontáneamente la moda de tomar Bactrim-Septrin para evitar infecciones.

Pero una hipótesis menos ingenua es la de que la moda fuese inducida como componente de un experimento dirigido a comprobar el tiempo de aparición de resistencias al Septrin. Y, ¿qué parte de la población sería más adecuada para ello que los homosexuales, que tienen la característica de no reproducirse, con lo que las consecuencias del ensayo no afectarían al conjunto de la población norteamericana ni a futuras generaciones?

Aún más: la otra gran arma, junto con los antibióticos, de la medicina oficial son los nucleósidos análogos, medicamentos que actúan en el núcleo de la célula bloqueando la formación del ácido nucleico ADN, con lo que

la célula no puede multiplicarse. De ahí que fuesen concebidos contra el cáncer. El AZT fue el primero elaborado en 1964³³, pero la experimentación con animales mostró que era tan tóxico que no llegó a aplicarse a personas. Sin embargo, y gracias al SIDA, desde 1987 el AZT-Retrovir y desde 1994 el ddI-Videx, ddC-Hivid y otros, están siendo experimentados con cientos de miles de personas, la mayoría también homosexuales. El terror intencionadamente creado en torno al SIDA ha proporcionado a algunos responsables de sanidad (sobre todo, estadounidenses) y a algunos laboratorios farmacéuticos un gran número de cobayas humanas gratuitas con las que estudiar las consecuencias de la administración de estos productos que terminan con la fuerza genética de la vida.

Por escandaloso que esto pueda parecer, tiene sentido cuando se recuerda que probablemente el problema más importante que tiene la medicina occidental moderna es la resistencia microbiana a los medicamentos, que los laboratorios no están encontrando nuevos tipos de antibióticos más potentes a pesar de los muchos millones de dólares que dedican a ello contratando a los mejores científicos, que no han aparecido nuevas familias de medicamentos después de las mencionadas y que la principal obligación de centros como el EIS-CDC es precisamente prever soluciones a problemas de salud pública. Luego quienes tomaron las decisiones probablemente actuaron no sólo por intereses personales o económicos sino por objetivos colectivos, patrióticos, de sanidad, ...

Que el invento del SIDA fue una operación de primera magnitud de las autoridades norteamericanas queda confirmado por el hecho de que hayan dedicado más dinero a la investigación sobre el SIDA desde 1981 que sobre el cáncer en su mucho más larga historia. Y ello a pesar de que el número de personas afectadas de cáncer es enormemente mayor que el de “SIDA”, que no pasa de ser una rareza médica, aunque se siga hablando de epidemia, pandemia, ...

³³(Añadida) En realidad, el AZT fue diseñado contra el cáncer en 1961 por el Dr. Richard Beltz, de los NIH, y no, como se dice y creí durante lustros, en 1964 por el Dr. Jerome Horwitz, de la *Michigan Cancer Foundation*. En el 2000 el Dr. Beltz apoyó los esfuerzos por denunciar el empleo del AZT como antiviral, especialmente en embarazadas y sus bebés “a causa de sus demostrada toxicidad y efectos secundarios”

www.tig.org.za/pdf-files/inventing_azt.pdf

UNA PRESENTACIÓN REVELADORA: EL SIDA COMO MORTAL

El simple hecho de que el SIDA fuese introducido desde el primer momento como algo necesariamente mortal, muestra que se trató de un invento. La igualdad SIDA=muerte fue establecida sin que hubiese prueba alguna –ni empírica ni, menos aun, científica– de ello.

En efecto, si realmente un nuevo problema de salud hubiese surgido espontáneamente por el proceso natural que fuese, una vez detectado se tendría que haber hecho un cuidadoso seguimiento durante 6, 12, 18, 24 meses antes de observar si todas las personas que cogían “eso nuevo” acababan o no muriendo, y entonces llegar quizá a la conclusión de que era mortal.

Además, en toda verdadera epidemia se sabe que llegan al hospital los afectados más débiles, pero que numerosos infectados se recuperan por sí solos. Luego los posibles fatales desenlaces observados en los hospitalizados, no tendrían porqué ser extendidos al resto.

Finalmente, la presión instauradora del invento SIDA fue tan fuerte que los médicos implicados rompieron con la primera norma deontológica de todo médico merecedor de tal nombre: dar esperanza a los enfermos, sea cual sea su situación, y los “médicos del SIDA” se convirtieron en factor de muerte al quitar sistemáticamente toda ilusión de vivir a las personas etiquetadas. Además, han luchado contra las esperanzas que los críticos hemos transmitido, siempre en función de los conocimientos que en cada momento teníamos, a quienes se nos han acercado. Las han tildado de “falsas esperanzas” repitiendo que había que aceptar que “el SIDA es mortal”, cuando esto es tan sólo una superstición. En efecto, el único artículo científico que pretende argumentar esta mentira fue publicado en 1988 en la revista *Science* y carece del más mínimo rigor científico-estadístico, haciendo unas suposiciones y unas extrapolaciones completamente incorrectas.

La divisa hipocrática “*Primum non nocere*” (“Lo primero, no dañar”) fue transformada en justamente su opuesto. Desgraciadamente para las personas etiquetadas, los “especialistas del SIDA” se convirtieron en los ejecutores de la sentencia de muerte dictada por los CDC envenenándolos

por partida doble: psicológicamente, alimentando el miedo, y fisiológicamente, con los fármacos asesinos que administran los hospitales.

* * *

Inventar es hacer aparecer intencionadamente en la realidad algo que anteriormente no existía en ella. Normalmente tan sólo se aplica a cuestiones materiales o técnicas, e incluso en estos casos un invento es a menudo presentado como simple descubrimiento. Pero también en el ámbito social es posible la invención. Y el SIDA es un ejemplo de invento destructivo en el subámbito científico-médico. O, mejor, pseudocientífico-pseudomédico.

El SIDA es tantas veces “primera vez” en tan distintos aspectos, que este sólo hecho ya debería haber llamado la atención crítica que lo cuestionase a fondo. Los especialistas de distintas ramas de la ciencia (biólogos celulares, genetistas, microbiólogos, biólogos moleculares, inmunólogos, bioquímicos, etc.) podrían contribuir a precisar qué hipótesis erróneas y qué experimentos y valoraciones equivocadas subyacen en versión oficial VIH=SIDA.

EL SIDA ES DEMASIADAS “PRIMERA VEZ”

Es importante precisar cómo tanta tergiversación parece pasar desapercibida

He aquí brevemente enunciadas algunas de las innovaciones parciales que subyacen en la construcción SIDA, así como un interrogante final. Es importante tenerlos presentes y profundizarlos en el transcurso del debate.

* El SIDA inaugura la era de la ciencia a base de conferencias de prensa. Todo lo importante en su historia y evolución ha sido dado a conocer en multitudinarias ruedas internacionales de prensa, con lo que se han convertido en verdades sociales sin que hubiese pruebas científicas de lo proclamado.

* En consecuencia, por primera vez los medios de comunicación han ido por delante de las revistas científicas y médicas. Así las falsedades

ya aceptadas como “verdades sociales” se han convertido en “verdades científicas y médicas”. Un ejemplo: hasta ahora, a nadie se le ocurría pedir las pruebas de la existencia del VIH, porque se dio por sentado que habían sido presentadas desde el momento en que “todo el mundo sabe que el VIH es la causa del SIDA”.

* “Síndrome” deja de significar “conjunto de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado morbosos determinado”, para significar “conjunto de enfermedades todas ellas ya previamente existentes, con su propia etiología, tratamiento, mortalidad, etc.”.

* Se presenta un aumento de casos de viejas enfermedades con sus propias causas viejas, como una nueva enfermedad con un causa nueva.

* Se cambia sucesivamente varias veces la definición de esta “nueva enfermedad” incluyendo en ella cada vez un número mayor de enfermedades (ya hay 29), con lo que cada vez más enfermos de más enfermedades quedan rebautizados con el nuevo nombre.

* Se presenta unos tests como fiables al cien por cien. Todo (!!!!!!!) biólogo y muchos otros científicos saben que esto es imposible. Pero, por ahora, callan...

* Se condena a muerte a las personas asintomáticas etiquetadas como “seropositivas”, y a las ya enfermas que son reetiquetadas como “caso de SIDA”.

* Se introduce el “síndrome de Estocolmo”: ahora que los secuestradores suavizan algo la condena a muerte, la mayoría de personas etiquetadas, atemorizadas y envenenadas, reacciona besando las manos a sus torturadores y les agradecen los venenos recibidos.

* Epidemia deja de significar “a través del pueblo (epi-demos)” para pasar a significar manipulación de cuadros clínicos, de casos, de estadísticas, etc. Como casi nadie conoce personalmente “etiquetados”, se manipula la muerte de Rock Hudson, y luego de otros ricos y famosos, para llevar el miedo a la supuesta “epidemia” a toda la población.

* Una supuesta epidemia tendría su causa en un supuesto virus procedente de un subcontinente (África subsahariana) en el que no había casos antes de empezar en otro subcontinente (EE.UU.), del que años después regresa al primero para causar ahí la inmensa mayoría de “casos”.

* Se utiliza casi siempre la gráfica de casos acumulados, con lo que fraudulentamente se crea la impresión de que “la epidemia sigue avanzando”,

pues aunque en un año se registren menos casos que en el anterior, el número total acumulado seguirá creciendo.

* Oficialmente se considera que tener anticuerpos a un supuesto microorganismo no sólo no es bueno porque se está protegido (precisamente en generar anticuerpos se basan las oficialmente tan aplaudidas vacunas) y no sólo no es malo, sino que es mortal.

* Se busca generar en toda la población (mediante una vacuna que, afortunadamente, aún no ha habido ninguna empresa farmacéutica que, por los trucos que sean, haya logrado hacerla reconocer) los mismos supuestos “anticuerpos específicos” cuya supuesta detección por unos tests-chapuzas convierte oficialmente en “condenado a muerte”.

* Se cambia radicalmente de modelo explicativo. Sólo un ejemplo: en enero del 95, “eso” llamado VIH deja de ser un lentivirus (porque se multiplica muy lentamente y tarda años en activarse) prácticamente indetectable, y se convierte en un “virus a toda velocidad” (se multiplica por miles de millones desde el primer día) que se encuentra en todas partes. Y, al parecer, todas las comunidades científica y médica internacionales archivan lo que han dicho durante once años y pasan a repetir lo que afirma el nuevo líder del SIDA, el Dr. Ho.

* El VIH, supuesto causante del SIDA, no cumple los criterios (postulados de Koch, ley de Farr, ...) acumulados por la ciencia oficial durante décadas para responsabilizar a determinado microorganismo de determinada enfermedad.

* Por estas dos y por muchas otras razones (p. ej., lo llamado “periodo de latencia”, que se inventa aplicarlo para el “VIH” y que luego se ha ido incrementando constantemente, situándolo los últimos “estudios oficiales” en 18,5 años), el “VIH” es un virus único. En efecto, a un virus que no existe se le pueden adjudicar todo tipo de capacidades únicas. Y, ciertamente, es el único del que viven tantos, aunque sea a costa de la muerte de terceros...

* Aunque no sea la primera vez que se ha envenenado a los enfermos (p. ej., con mercurio en el cuadro de la sífilis), sí es la primera en que se hace por triplicado. En efecto, se empieza a matar a los etiquetados primero quitándoles toda esperanza de vida y, a continuación, se les remata envenenándolos tres veces: 1.- Psicológica, emotiva, anímica y socialmente, por medio del vudú científico-médico de unos tests-chapuzas que condenan

a muerte; 2.- Con unos supuestos antivirales (los lamentablemente tan de moda *cócteles* o combinados), que son tendencialmente mortales a medio plazo; 3.- Con unos supuestos preventivos (Septrin, antibióticos, antidepresivos, ...) que también son tendencialmente mortales a medio plazo.

* Se inventa una supuesta nueva enfermedad, y posteriormente una supuesta causa, para tapar los muertos de un mal uso o de un ensayo con el Bactrim-Septrin en homosexuales estadounidenses.

Y más. La pregunta que surge es: ante tanta “primera vez”, ¿cómo se explica la escasa reacción, en particular entre los científicos y médicos no implicados directamente en el “fenómeno SIDA”?

* * *

Puesto que el miedo es el principal factor de inmunodeficiencia y de muerte, bienvenida sea cualquier noticia que ayude a suavizar el pánico que desde 1981 impusieron los inventores del SIDA. Pero hay buenas noticias auténticas, como, por ejemplo, que el VIH no existe y que, en consecuencia, sería posible desmontar el SIDA en poco tiempo si de veras se deseara hacerlo, o bien que hay varios grupos de vencedores del SIDA de distinto tipo, incluido terminales recuperados. Y hay otras noticias aparecidas como buenas pero que en realidad no tienen base alguna sino que son fruto del *marketing* de las multinacionales farmacéuticas que se están repartiendo “el mercado del SIDA” y, desgraciadamente, lo están ampliando al de la hepatitis y otros. Y son muestra del servilismo que, por ahora, tienen la inmensa mayoría de medios de comunicación hacia el *establishment* del SIDA. Veamos un ejemplo, aunque no con todo el detalle que se merece.

¿CIENCIA O RELACIONES PÚBLICAS?

Cómo se cocina una “noticia esperanzadora” que en realidad es publicidad encubierta

“*La Vanguardia (LV)*” del 8-5-97 sacó, bajo su cabecera y a toda plana, el titular “Tres fármacos juntos pueden eliminar el SIDA de la sangre”. Inmediatamente llama la atención que pueda haber tal confusión y que

aparezca la palabra “SIDA” en vez de “VIH” o de “virus del SIDA”. Ya puede uno preguntarse: ¿incompetencia o manipulación? Y quien sepa lo estudiada que está cada palabra de toda primera página de un periódico, se apunta a la segunda alternativa. Poner “SIDA” en vez de “VIH” refuerza la superstición establecida de que el supuesto VIH existe y es la causa de “eso” llamado SIDA.

Y “LV” completó toda la mitad superior de su primera página con una foto de quien se quiere hacer popular, al Dr. Ho, y con un texto que incluye las frases: “Uno de dichos estudios ha concluido que una combinación de tres potentes fármacos contra el virus del SIDA durante un periodo de entre 28 a 37 meses es capaz de erradicar totalmente el virus de la sangre. El experimento se ha realizado en el (...) Aaron Diamond de Nueva York, bajo la dirección del Dr. Ho, a quien la revista *Time* destacó el año pasado como hombre del año. El artículo científico en el que se detallan los resultados del trabajo se publica hoy en *Nature* (...)”.

Cualquiera que lea estas frases llega a la conclusión de que dicho doctor ha estado administrando en dicho centro durante 28 a 37 meses dichos fármacos, y se ha llegado a la observación final de que se ha erradicado totalmente el virus de la sangre. Quien ya sabe que el VIH no existe, no puede sino sonreír amargamente ante este tipo de noticias de ciencia-ficción, y sentirse estafado. Pero también se sentirá engañado quien, creyendo en la existencia y en la causalidad del VIH, lea la página 25, dedicada toda ella a la misma noticia (a la que también se consagró la pág. 24 del día siguiente). Entre la primera y la segunda de las frases citadas, aparece que “El estudio se ha basado en el seguimiento de ocho pacientes durante veinte semanas y en estimaciones de su evolución futura a partir de un modelo matemático”. O sea que no se están haciendo públicos los resultados de un seguimiento de 28 a 37 meses sino los de tan sólo 20 semanas... extrapolados a continuación por medio de un modelo matemático. La cosa es tan inconcebible que el propio periodista añade (por aclarar si consciente o inconscientemente) a continuación: “Se trata de una metodología aceptada internacionalmente en las investigaciones sobre el SIDA”. ¡He aquí otra “primera vez” de la pseudociencia del SIDA!

Quien decide profundizar la noticia tan extensamente presentada por “LV”, se dirige a las bibliotecas de la Facultad de Medicina o de Biología o del Hospital más cercano para obtener “el artículo científico que se publica hoy en *Nature*”. Se encuentra con la respuesta compasiva de la bibliotecaria:

“Tardamos varios días en recibir el nuevo número”. La pregunta que surge es: “¿Qué hace que *LV* pueda publicar el jueves un extenso artículo sobre algo que justamente hoy aparece en *Nature* y que hasta el lunes o más no está disponible en las bibliotecas especializadas?”.

Dos pistas. Una: al revisar un ejemplar de tan influyente revista, uno se encuentra con que contiene unas noventa páginas en tinta negra de texto llamémosle científico, por unas veinte páginas a colores de publicidad de fábricas de medicamentos o de tests o de instrumentos, y por unas cuarenta también en negro de ofertas de trabajo o de becas por parte de laboratorios o facultades o... Otra: luengos años tiene ya la costumbre de los “*Press release*”: las empresas farmacéuticas envían anticipadamente a los medios de comunicación resúmenes de los artículos que van a aparecer. No suelen enviar el texto completo, ya que ello exigiría un esfuerzo que muchos periodistas no harían; y, además, abriría el riesgo de que algunos que sí lo hiciesen, no llegaran a las conclusiones deseadas.

Así, un periodista crítico podría preguntarse, por ejemplo, acerca del modelo usado por el Dr. Ho. Aún ignorando que matemáticos como el Dr. Lang (miembro de la Academia de Ciencias de los EE.UU.) o como el australiano Dr. Craddock lo han descalificado totalmente, podría darse cuenta de que entre las distintas variables que incluye el Dr. Ho, no hay ninguna que haga referencia a los llamados efectos secundarios (en realidad, principales) de los *cócteles* que administra. Al Dr. Ho no parece habersele ocurrido que los destrozos que un cuerpo pueda soportar durante veinte semanas, quizá no pueda aguantarlos durante 28 a 37 meses...

Todo esto y más (como que el Dr. Ho fuese proclamado hombre del año por *Time*), nos indica que estas noticias son resultado de la actividad de poderosas “oficinas de relaciones públicas”...

BIBLIOGRAFÍA SOBRE USO DE ANTIBIÓTICOS Y RESISTENCIA MICROBIANA:

Superbug. Nature's revenge. Why antibiotics can breed disease, G. Cannon, Virgin, Londres, 1995.

The plague makers, J. Fisher, Simon and Shuster, Nueva York, 1994.

Antibiotics and Immunodeficiency, J. Raeburn, *The Lancet*, 1972, 954-6.

Effect of antimicrobial agents on the immune response, W. Hauser y J. Remington, en “Antimicrobial Therapy”, Raven Press, Nueva York, 1984.

¿ES EL SIDA CONTAGIOSO?

Pedimos a sociólogos, psicólogos, comunicólogos y demás científicos que ayuden a responder la siguiente pregunta: ¿cómo es posible que casi cuarenta páginas enteras de *Diario 16* a lo largo de más de dos meses propugnando semanalmente un debate sobre el SIDA, y dando argumentos sólidos sostenidos por un corriente de cualificados investigadores y médicos de distintos países, sólo encuentre por respuesta el total silencio de los innumerables oficialistas?

Pero la serie de *Diario 16* sí está siendo seguida por personas etiquetadas y por médicos y otros científicos críticos que, tras varias semanas de ver la coherencia y solidez de los argumentos utilizados, se animan a telefonar o a escribir. Y esto ocurre no sólo dentro de España. También de Argentina, la República Dominicana, Suiza y EEUU han llegado reacciones. Una de las primeras llamadas fue la del Reverendo Dr. Ellner, director de *HEAL-New York*.

"EL SIDA NO ES INFECTOCONTAGIOSO"

**El Dr. Giraldo tuvo que abandonar Colombia
porque lo querían encerrar por rechazar
la hipótesis vírica oficial**

INTRODUCCIÓN

El reverendo Michael Ellner es Doctor en Filosofía y Religión, y director de la sección de *HEAL* en Nueva York. Llamó a los tres días de haber aparecido en *Diario 16* la entrevista con el virólogo alemán Doctor Stefan Lanka. Amigos colombianos le habían hecho llegar las páginas correspondientes de *Diario 16* del 3 de abril del presente año, y estaba entusiasmado con que un periódico de alcance nacional hubiese recogido los planteamientos que afirman que el VIH no existe. Le expliqué que era el preámbulo de una serie de artículos impulsando el Debate SIDA, y le pedí que

él mismo respondiese a unas preguntas a fin de publicar sus respuestas. El miércoles pasado llegó un sobre suyo pero, para sorpresa mía, contenía no lo que le había solicitado sino una entrevista que el propio Dr. Ellner había hecho a un médico colombiano refugiado en los EE.UU., el Dr. Roberto Giraldo. Aunque había considerado que podía ser lo más interesante para los lectores de *Diario 16*, creo que no sustituye lo que puede enseñarnos la experiencia de los críticos en el corazón del país inventor del SIDA. Queda para otra ocasión...

La entrevista del Dr. Ellner con el Dr. Giraldo tuvo lugar en Nueva York el 16 de mayo de 1997. Previamente, el Dr. Ellner le había proporcionado al Dr. Giraldo el conjunto de artículos críticos aparecidos en *Diario 16* hasta el 22 de abril inclusive, y le solicitó que los revisara con atención a fin de que la entrevista “participara del excelente cubrimiento que dicho periódico viene haciendo del tema”, según dice literalmente la carta que la acompaña.

ENTREVISTA CON EL Dr. ROBERTO GIRALDO

Especialista en enfermedades infecciosas. Se trata de un médico especializado en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas por la Universidad de Antioquía, Colombia, con un Master en Medicina Clínica Tropical de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, que se ha dedicado durante treinta años a actividades clínicas en torno a enfermedades infecciosas en diferentes lugares de Sudamérica, Europa y Estados Unidos.

“El SIDA no es infectocontagioso”. Para este médico disidente, “esta enfermedad es una condición tóxica, el máximo estado de intoxicación y agotamiento al que puede llegar el sistema inmunológico de las personas”.

por Michael Ellner/Nueva York

(Michael Ellner) ¿Por qué disiente de la corriente principal sobre el SIDA?

(Roberto Giraldo) Desde mis épocas de estudiante de Medicina a mediados de los años sesenta me interesé por el tema de las inmunodeficiencias. Es así como decidí estudiar los factores de riesgo que han hecho que en las

últimas décadas existía un incremento significativo de inmunodeficiencias adquiridas (no congénitas) en diferentes grupos sociales, como alcohólicos y adictos a las drogas psicoactivas; personas tratadas con sangre y sus derivados, como los hemofílicos; de personas sometidas a trasplantes de órganos o a quimioterapia para cánceres; de las tratadas con antibióticos y muchos otros fármacos de la farmacopea convencional; de las expuestas a estrés mental; de las desnutridas y las mal nutridas, etcétera. Fue así como fui indentificando diferentes agentes estresantes para el sistema inmunológico y que están en franco aumento.

En los años setenta comencé a averiguar los factores de riesgo que hacían que ciertos grupos de homosexuales, especialmente en Estados Unidos, desarrollaran con frecuencia enfermedades infecciosas y tumorales que requerían lógicamente de un estado de inmunodeficiencia previo.

Cuando el SIDA aparece en grupos de homosexuales estadounidenses en 1981, ya llevaba varios años estudiando los factores de riesgo de este grupo en particular. Fue entonces fácil deducir que la nueva condición, que comprometía ahora a todas las funciones del sistema inmunológico, era consecuencia del estilo de vida llevado por algunos individuos de este grupo social en los diez o quince años anteriores. Tenía sentido, por lo tanto, y era fácil postular que la nueva condición era una enfermedad tóxica y no una enfermedad infectocontagiosa.

¿Por qué reside usted ahora en los Estados Unidos y en qué y dónde trabaja?

A principios de 1988 me ví obligado a dejar mi país y trasladarme a los Estados Unidos para evitar ser recluido en una institución mental, a la cual me quisieron llevar algunos de mis colegas después de que advirtiera insistentemente que la nueva inmunodeficiencia llamada SIDA no era una enfermedad infectocontagiosa sino que, por el contrario, era una condición tóxica y que era el máximo estado de intoxicación y agotamiento al que pudiese llegar el sistema inmunológico de las personas. Desde mucho antes de que Michael Gottlieb describiera los primeros cinco pacientes con SIDA en la revista *MMWR* en 1981, ya yo había anunciado en Colombia que el sistema inmunológico de algunos grupos homosexuales de EE. UU. se iba a deteriorar al máximo de continuar con las prácticas de vida que llevaban. De seguir abusando de alcohol, cocaína, heroína, marihuana, afrodisíacos inhalantes como los llamados “poppers”, trasnocheo, mala alimentación,

semen intrarrectal, prácticas sadomasoquistas, enfermedades venéreas y el estrés mental derivado de ellas, el cuerpo en general, y muy especialmente el sistema inmunológico, se verían intoxicados y agotados por la exposición a todos estos agentes estresantes. Algo similar podía deducirse del estudio de otros grupos de personas que sufrían el nuevo síndrome, tales como drogadictos, hemofílicos, hijos de madres que usan alcohol y otras drogas durante el embarazo, y algunos residentes de África Central y del Caribe, en donde las condiciones de empobrecimiento son cada día peores. Debe entenderse el SIDA como una señal de alerta para una especie en serias dificultades de subsistir.

¿Estuvo inmediatamente seguro de esta teoría alternativa?

En los primeros meses de estancia en los EE. UU. llegué incluso a pensar que tal vez yo estaba loco, como afirmaban algunos en Colombia, pues mientras más estudiaba la literatura científica más me convencía de que el nuevo síndrome era una entidad tóxica. Afortunadamente, a mediados de 1988, y mientras trabajaba gratis como asistente de investigación del SIDA en el *Veterans Administration Medical Center* de Miami, conocí el primer artículo publicado por el retrovirologo Peter Duesberg en *Cancer Research* de marzo de 1987. En este artículo, se dan múltiples argumentos con los que se demuestra que el VIH no es ni puede ser la causa del SIDA. Fue muy placentero saber que no era yo el único disidente. En la actualidad trabajo como laboratorista clínico en la Sección de Inmunología del Departamento de Microbiología de un hospital universitario y privado en la ciudad de Nueva York, donde se siguen los esquemas convencionales sobre el SIDA y no recibo ningún apoyo. La ventaja es que tengo acceso a una de las mejores bibliotecas médicas del mundo.

Después de leer los artículos de *Diario 16*, ¿quisiera, por favor, comentar sobre la calidad de la cobertura sobre este importante tema?

Estoy muy complacido con la forma objetiva con que este periódico divulga las críticas científicas que a nivel internacional se vienen dando sobre la etiología del SIDA. *Diario 16* informa a sus lectores de los hechos científicos más importantes que sustentan la aseveración de que el llamado VIH no es la causa del SIDA, como se nos ha asegurado.

¿Podría estar en lo correcto Stefan Lanka cuando afirma que el VIH no existe?

Como afirma categóricamente, no existe ninguna investigación que demuestre a ciencia cierta la existencia del VIH. Todos los investigadores que defienden al VIH como la causa del SIDA, desde Montagnier a Gallo, pasando por Fauci, Levy y Weiss, hasta Shaw y Ho, cuando se refieren al VIH se refieren a la medición de transcriptasa inversa y de otros enzimas y antígenos supuestamente retrovirales que indicarían la presencia de lo que ha sido denominado VIH. El VIH nunca jamás ha sido aislado.

¿Qué le parece el trabajo de Robert Gallo y las irregularidades señaladas en su conducta?

Hoy día abunda la corrupción en las altas esferas de la sociedad. El laboratorio de virología del Instituto Nacional de Cáncer no está inmune a ello. Como señala claramente el premio Nobel de Química del año 1993, Kary Mullis, no existe ni una sola publicación científica que demuestre que este fantasma llamado VIH participe en los mecanismos fisiopatogénicos del SIDA. No son más que suposiciones teóricas creadas por el cerebro de Gallo y repetidas por miles. Hay epidemias de corrupción social y de crisis en el método científico mucho más graves y extensas que el SIDA. La concepción infecciosa acerca del SIDA es una de las consecuencias de la crisis del método científico y de la corrupción que la rodea.

Como persona con experiencia en las llamadas “pruebas del SIDA”, ¿qué opinas de ellas?

Por varios años he trabajado con las pruebas *ELISA* o “prueba detectora” y *Western Blot* o “prueba confirmatoria”, que en conjunto constituyen las denominadas “pruebas del SIDA”. Con estas pruebas se decide, además, si una persona debe ser tratada con drogas supuestamente antirretrovirales. Como es claramente argumentado por el grupo de la doctora Papadopoulos, las pruebas *ELISA* y *Western Blot* resultan positivas en más de 70 condiciones diferentes no relacionadas para nada con el denominado VIH, como después de vacunaciones contra la hepatitis, la gripe, el tétanos y la rabia; durante muchas infecciones virales benignas, incluyendo el resfriado común; durante el embarazo, mujeres multíparas; durante quimioterapia para el cáncer; en personas adictas a las drogas psicotrópicas; en personas que reciben transfusiones. Esto para mencionar sólo algunos ejemplos.

Más recientemente he estado trabajando con la denominada prueba de “carga viral” para el VIH. Tampoco es sensible ni específica para el

VIH. Esta prueba es el clímax de la falta de sentido común en la llamada “ciencia del SIDA”. Como en el SIDA nunca es posible detectar al VIH, se pretende ahora detectarlo con lo que se ha denominado “carga viral”, por medio de la cual se amplifica lo que se cree es el ácido nucleico del VIH y se reporta en copias por mililitro de plasma.

La prueba hace en el laboratorio copias de trozos de ácido nucleico, al igual que una fotocopia hace copias de una hoja de papel, y luego se dice que las copias hechas son la carga viral.

Usted está familiarizado con los efectos letales de tratamientos anti-VIH y de su irresponsable administración. ¿Podría pensarse en un genocidio?

El SIDA es fundamentalmente una enfermedad de las células del sistema inmunológico. Aun si fuera una enfermedad infecciosa, si el VIH existiera y si éste fuera la causa del SIDA, no tendría ninguna lógica tratarla con medicamentos de conocidos efectos tóxicos para las células del sistema inmune y de muchos otros sistemas. Sería como tratar de destruir al virus de la hepatitis con sustancias que destruyen las células hepáticas, o tratar de destruir al plasmodium del paludismo con sustancias que destruyen los glóbulos rojos.

El AZT y otros análogos de nucleósidos, al igual que los tan publicitados inhibidores de la proteasa, son todos medicamentos que lesionan los linfocitos y demás células inmunológicas. Todos ellos son inmunotóxicos potentes. Además, son carcinogénicos. Usarlos en el tratamiento y en la prevención del SIDA es como tratar de apagar el fuego agregando gasolina a las llamas...

Es muy gratificante estudiar el capítulo nueve del libro “Inventando el virus del SIDA”, del profesor Duesberg, en el cual dice: “Con terapias como ésta, ¿quién necesita enfermedad?”.

De otro lado, las mejorías aparentes y de todas maneras transitorias de los enfermos tratados ahora con los llamados *cócteles* pueden explicarse por muchas razones. Los medicamentos antiretrovirales son potentes agentes estresantes inmunológicos. Al ingerirlos, el poco sistema inmunológico que queda en el enfermo se estimula, sus células se dividen y mejoran transitoriamente los parámetros inmunológicos. Pero más importante aún es el efecto placebo del enfermo que cree ciegamente en el beneficio de los medicamentos que toma.

¿Cómo puede usted explicar que esta entrevista pueda ser publicada en España pero que sea prácticamente imposible que aparezca en los Estados Unidos?

La responsabilidad directa del error acerca de la etiología del SIDA, y de sus terribles consecuencias para la especie humana, recae sobre algunas agencias Federales del Gobierno de los Estados Unidos tales como el Departamento de Salud y Servicios Humanos, los Institutos Nacionales de Salud (*NIH*), los Centros para el Control de Enfermedades (*CDC*), la Administración de Medicamentos y Alimentos (*FDA*) y la comisión de SIDA de la Casa Blanca. El Gobierno de los Estados Unidos, con todas las entidades que lo rodean, utilizará todo su poder para oponerse fieramente a que se desprestigien sus instituciones y sus métodos.

De otro lado, la concepción infecciosa del SIDA ha generado una “industria del SIDA” abrumadoramente rentable. Se han creado fábricas de condones, de equipos y utensilios para el “sexo seguro”, de “jeringas sin VIH” para los drogadictos. Miles de personas devengan sus ingresos económicos en las múltiples y variadas instituciones de educación, de prevención, de cuidado de los “positivos” o “portadores”, y de los enfermos. Toda esa maquinaria de la “industria del SIDA” se opone y se opondrá a cualquier otra alternativa. Por todo lo anterior, creo que la discusión acerca de la causa del SIDA es mucho más factible en cualquier otro país.

HEAL: CURANDO EL SIDA DESDE 1982

La asociación estadounidense HEAL respondió de inmediato proponiendo tratamientos no tóxicos para el SIDA

La palabra inglesa “*heal*” significa curar o sanar. Los impulsores de esta asociación formaron el acrónimo *HEAL* con las iniciales de “*Health Education AIDS Liaison*”, que corresponde a “Conexión SIDA-Educación-Salud”. Fue fundada en 1982 en Nueva York como una fuente de información sobre terapias alternativas para el SIDA. Ellner considera que la causa más común de SIDA es “dar positivo a unos tests”. Cada semana realiza un programa en la televisión por cable de Nueva York,

y a menudo se presenta ante la cámara con un enorme hueso con el que señala a los televidentes mientras repite: “VIH=SIDA=muerte”. Explica a continuación que los antropólogos saben muy bien que un hechicero puede matar apuntando con un hueso a un miembro de la tribu. “La creencia en que el hueso puede matar, mata. El VIH es un virus-vudú. El hueso no tiene ningún poder físico, y el VIH ni siquiera existe físicamente. Pero la creencia en que uno y otro matan, puede ser nefasta”.

HEAL tiene ya más de veinte secciones, la mayoría en los EE.UU. Pero también las hay en Amsterdam, Londres, Buenos Aires, Sidney y Vancouver. Son organizaciones independientes que tienen en común “promover enfoques no-tóxicos y afirmativos de lo vital en relación a la salud y a la vida. Todos estamos comprometidos en ayudar a las personas a ayudarse a sí mismas”. Funcionan a base de voluntariado, sin subvención alguna y con el apoyo económico de las ya decenas de miles de personas etiquetadas a las que han abierto una nueva perspectiva gracias a su información alternativa, transmitida por medio de conferencias y cursos, dossiers, vídeos, libros, etc.

* * *

Los premios ofrecidos por DIARIO 16 desde el 15-4-97 y por la asociación C.O.B.R.A. y otras desde el 26-11-96 a quien traiga las pruebas científicas de que eso llamado “VIH” existe y es la causa de eso llamado “SIDA”, suman más de dos millones y medio de pesetas. ¿Tan pocas pruebas hay, o tanto dinero reciben quienes apoyan la versión oficial, o tan floreciente es el presente de todos los investigadores, científicos y médicos, que ningún oficialista opta a ellos?

¿VENCEDORES DEL "SIDA"?

Pedimos a sociólogos, psicólogos, comunicólogos y otros científicos que contribuyan a responder la siguiente pregunta: ¿Cómo es posible que casi cuarenta páginas enteras de *Diario 16* a lo largo de más de casi tres meses propugnando semanalmente un debate científico y público sobre el SIDA, y dando argumentos sólidos sostenidos por un corriente de cualificados investigadores y médicos de distintos países, sólo encuentre el silencio por respuesta?

Los argumentos científicos dados hasta hoy son muy sólidos y, por ahora, incuestionados por los oficialistas. En este capítulo los empezamos a completar y combinar con argumentos humanos. Lo que ha dado fuerza para aguantar durante siete años la presión censuradora y descalificadora oficialista ha sido constatar, por ahora a pequeña escala, que la información crítico-disidente resulta beneficiosa, y ello a pesar de las malas condiciones que implica ir a contracorriente.

De los seis grupos de vencedores del SIDA explicados en DS (III), el más numeroso es el de las personas que llevan muchos años soportando la etiqueta de seropositivos y que se encuentran perfectamente bien. Y ello a pesar del choque que significa recibir el diagnóstico. Puesto que el "SIDA vírico" oficial se presentó no sólo como inevitablemente sino también como rápidamente mortal, en realidad se puede afirmar que la inmensa mayoría de personas "seropositivas" han vencido al SIDA. Es así tanto a escala mundial como de cada país, sea cual sea la cifra fantástica que se utilice para cuantificar la cantidad de personas consideradas como "infectadas" o "portadoras" de un VIH del que no hay ninguna prueba de que exista. Esta es una muestra más de lo criminal que resulta la consigna "tratar rápido y fuerte" con los necesariamente venenosos cócteles (¡ya cuestionados!), lanzada por el congreso de Canadá.

“ASUMIR LA RESPONSABILIDAD”

José Miguel Alvarado, etiquetado como seropositivo. Licenciado en Filosofía y Letras. Autodidacta del SIDA.

¿Desde cuando eres seropositivo?

No soy seropositivo, sino que tengo puesta una etiqueta de “VIH-seropositivo” desde hace diez años. Y en este punto quisiera hacer una aclaración conceptual sobre lo aprendido en el bachillerato acerca de lo que significa ser seropositivo a determinado virus. Se nos decía que los anticuerpos aparecían o se detectaban en la sangre como señal de que el virus había sido neutralizado, y los anticuerpos permanecían en la sangre como recuerdo de esa victoria y como protección ante futuras invasiones de tal microorganismo. Pero con el SIDA nos dicen que los anticuerpos pueden convivir con el virus durante años, y, además, que tener anticuerpos ya no es deseable sino que es letal para la persona portadora de ellos en un plazo indeterminado. ¡Nos lo debieron explicar mal en el bachillerato!

¿Has padecido alguna enfermedad relacionada con el VIH?

No. Durante este tiempo sólo he tenido un herpes zoster, y realmente pienso que no estaba relacionado con el supuesto VIH a pesar de que los médicos lo achacasen a ello. Porque incluso siguiendo su razonamiento de que las enfermedades del saco SIDA aparecen con un nivel bajo de T4, en aquellos momentos mi recuento dio ligeramente superior al de una persona “normal”, es decir, no etiquetada.

¿Cuándo empiezas a dudar de la hipótesis VIH=SIDA?

En primer lugar, me hago disidente del tratamiento por pura observación. Veo que la gente tratada con antivirales y/o Septrin, a la larga todos presentan síntomas de consunción y mueren. Y en segundo lugar, hace un año me hago disidente de la causa en base a estudios de científicos y médicos que replantean la hipótesis del VIH (muchos negándole letalidad y otros negando rotundamente la existencia del virus) y que contraste con mi experiencia personal de etiquetado de larga duración y con la de mi compañera, muerta hace poco con la etiqueta SIDA.

¿Qué motivos crees que hay para que tú sigas vivo pero en cambio haya fallecido tu compañera?

Quizá porque dejé pronto de hacerme recuentos de T4, harto de esa angustia que precedía a cada análisis; quizá porque tuve la enorme suerte de que, al no continuar haciéndome esos análisis, nunca me dieron niveles bajos de T4 y, por tanto, no me sugirieron antivirales; quizás porque siempre mantuve un talante de rebeldía, e incluso con la idea de que fuera un virus o retrovirus tan sádico lo que nadaba en mi sangre, siempre confié en que yo acabaría por derrotarlo (hoy pienso que lo principal en esta lucha es derrotar la ignorancia, no un virus inofensivo o inexistente); quizá porque en los momentos que más miedo pasé, coincidiendo con el proceso de enfermedad de mi compañera y buscando respuestas (más allá de las no-respuestas del hospital), contacté con la asociación COBRA, donde accedí a ese material científico y humano que cuestionaba lo que hasta entonces nos habían contado, es decir, VIH=SIDA=muerte; quizá por todos estos quizás sumados. En cuanto al caso de mi compañera, decir que un día sus análisis arrojan menos de 500 T4 y le recetan el AZT (que sólo tomó tres o cuatro meses, y de forma irregular). Por debajo de esa barrera de los 500, sus consultas pasaron del ambulatorio al hospital: ya quedó oficialmente etiquetada como “enferma de SIDA” aunque no tenía síntoma alguno. Luego el miedo hizo su papel hasta llegar a la enfermedad: tenía demasiado interiorizada la sentencia. Neumonías recurrentes, para terminar con un citomegalovirus en el ojo y seis meses de quimioterapia que no pudo aguantar.

¿Existe o no una enfermedad llamada SIDA?

Otra aclaración conceptual: siempre nos enseñaron que SÍNDROME era un conjunto de síntomas que caracterizaban cierta situación enferma. Con la aparición del SIDA, esto, como muchos otros presupuestos básicos de la medicina moderna, cambia, y SÍNDROME pasa a ser un conjunto de enfermedades (cada vez más). SIDA, por tanto, no es una enfermedad sino un grupo de 29 enfermedades diferentes y conocidas hace mucho tiempo. Así, hay que decir que nadie muere de SIDA sino etiquetado como tal. Y que el origen de estas enfermedades metidas en el saco SIDA no es ningún virus.

¿Pones en duda la existencia del VIH?

El VIH jamás ha sido aislado. Por lo tanto, la existencia del VIH y que VIH=SIDA no pasan de ser hipótesis nunca demostradas. No hay una sola publicación científica que demuestre que el VIH exista y/o sea la causa del SIDA. Pero incluso admitiendo la existencia del VIH, no sería ni necesario ni suficiente para desencadenar todo lo que se le atribuye. La mayoría de los “seropositivos” no desarrollamos el SIDA, luego el VIH no es suficiente para el SIDA. Por el contrario, hay muchos miles de casos de SIDA que no son “seropositivos”, luego el VIH no es necesario para tener el SIDA. El comportamiento del supuesto VIH (y aceptando que sea causante de alguna infección) no satisface los postulados de Koch, que cumplen todos los agentes infecciosos: 1) el agente se detecta en todos los casos de enfermedad; 2) el agente no es común a otras infecciones; 3) El agente obtenido de la reproducción en cultivos mantiene su potencial infeccioso. El VIH no cumple ni los postulados de Koch ni la ley de Farr, pilares básicos de la medicina actual. O sea que, en este caso, los oficialistas son los heterodoxos, mientras que los científicos disidentes son los ortodoxos.

Entonces la pregunta obligada es ¿de qué muere quien es presentado como víctima del VIH?

En orden de importancia, señalo los siguientes factores:

a) El terror. Si alguien supone que está condenado a muerte como nos machaca la versión oficial, tras recibir el “positivo” empieza a morirse. He conocido mucha gente que tuvo prácticas de riesgo hace mucho tiempo y que tardaron cinco o más años en hacerse la prueba. Sólo en el momento de recibir el “positivazo” su salud comenzó a venirse abajo. No hace falta ser experto en neuropsiquiatría para aceptar este hecho. El test del diagnóstico es psicológicamente tóxico desde el momento en que la mayoría de la gente cree que ser seropositivo es sinónimo de muerte en pocos años (primero nos dieron unos dos años, luego nos ampliaron el plazo a cinco, luego a diez, recientemente Gallo amplió el plazo hasta 40 años e incluso habla de enfermedad crónica. Quiénes son lentos y virulentos: ¿los “retrovirus” o los retrovirologos? ¿A quién interesa que se cronifique el SIDA?).

b) Los problemas psicológicos, como sentimientos de culpa, de autodestrucción, temor a contagiar a otras personas, miedo al rechazo; los

problemas laborales... No es extraño que este diagnóstico incite al suicidio o a recaer en las prácticas de riesgo, en los viejos hábitos de consumo de drogas y lo que implica de mala alimentación, estrés, etc. Uno puede pensar: si total me voy a morir... ¡Y después serán considerados víctimas del VIH!

c) Los tratamientos oficiales. AZT-Retrovir, ddI-Videx, ddC-Hivid, ..., y los últimos, llamados inhibidores de proteasa. Venenos incompatibles con la vida a medio plazo. Se presentan como que retrasan la inmunodeficiencia cuando en realidad son inmunosupresores. He conocido personas que, tras un tiempo de tratamiento, apenas pueden sostenerse en pie y muestran un estado de consunción que, claro, se le achaca al “virus VIH”. Todo queda explicado bajo esta etiqueta: actúa la palabra como un dogma, un argumento de autoridad incuestionable.

d) Cualquiera de las enfermedades cubiertas con el acrónimo SIDA y que ya antes mataban en ocasiones.

e) Los malos hábitos de vida, que acaban matando de persistir en ellos. Las drogas, la metadona, los excitantes sexuales, otros medicamentos químicos (antibióticos, tranquilizantes, corticoides, ...), etc.

Tampoco se nos dice que la mayoría de gente que muere etiquetada bajo la palabra SIDA tenían antecedentes tóxicos. Por ejemplo, ¿de qué muere un yonqui? Pues de ejercer como yonqui: de tener hábitos hipertóxicos que tarde o temprano le llevarán al hospital y a los tratamientos venenosos, es decir, al SIDA en pastillas. Pero el parte de defunción será: muerto por infección por VIH, e irá a engrosar las estadísticas del “SIDA”. No estamos en presencia de unas patologías de origen vírico sino tóxico.

¿No crees que para gente etiquetada como seropositiva o SIDA es un poco arduo entender esta reconceptualización y su consiguiente argumentación?

Me permites tocar un tema que es fundamental: la autorresponsabilidad de los etiquetados. Si tienen dudas de la versión oficial, que se informen de la opinión de los críticos (Premios Nobel Dr. Mullis y Gilbert, Dr. Duesberg de la Academia Americana de Ciencias y centenares de reputados científicos). Si están enfermos y los tratamientos oficiales no les dan las respuestas que persiguen, que busquen alternativas, pues las hay. Que aprendan a separar sus problemas de salud en general y de inmunidad en particular de toda la histeria alrededor del SIDA. En el caso de los

“seropositivos”, decirles que no tenemos ningún agente asesino en nuestra sangre. Que aunque aceptemos (yo particularmente no lo acepto) que las dos expresiones tengan sentido, “ser seropositivo” es totalmente distinto de “tener el SIDA”. Que los mal llamados tests del SIDA no son fiables, y muchos han sido retirados del mercado (pero a quien recibió un positivo con ellos, no se le avisa y queda estigmatizado), que su “infalible” *Western Blot* da resultados diferentes con la misma muestra sanguínea enviada a laboratorios distintos, que la misma prueba *WB* te puede dar positivo en España y negativo en Australia (allí usan criterios más estrictos); que puede dar positivo por tener el hígado tocado, o verrugas, o malaria, y un largo etcétera. Que en todos los hospitales tienen gente etiquetada con una cifra bajísima de T4 y que están bien de salud, mientras que personas con 500 ó 700 T4 están muriendo –con o sin etiqueta de SIDA–; que la relación “descenso de T4” igual a “avance del SIDA” es errónea, pero tiene un efecto demoledor sobre quien se lo cree. Que el SIDA no es una enfermedad de transmisión sexual (para mí, porque no hay ningún virus que contagiar; pero aunque lo hubiera, pues no hay prueba alguna de que el supuesto VIH sea capaz de matar célula alguna, como reconoce el propio Dr. Montagnier). No hay tal epidemia ni virus contagioso, y una prueba es que la práctica totalidad de “casos de SIDA” pertenecen a los llamados grupos de riesgo, y otra prueba es que los profesionales de la salud en contacto directo con enfermos de SIDA, y pese a los frecuentes accidentes laborales, no hayan desarrollado SIDA alguno. Se dice que “la pandemia se ha estabilizado debido al uso del preservativo”. Nunca hubo tal pandemia ni tales contagios, y esta “explicación” queda invalidada por el hecho de que han aumentado las enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, chancros, etc.) y los embarazos no deseados. No quiero que esto se interprete como una inducción a no usar condón, no: esas enfermedades hay que prevenirlas, y hay que evitar concepciones no buscadas. Y para concluir la respuesta, decir que a pesar de todas estas graves agresiones tóxicas: tratamientos oficiales, bombardeo de la inmensa mayoría de medios de comunicación, histeria colectiva, ..., hay vencedores del SIDA. Hay etiquetados hace ya muchos años (como es mi caso) y otros grupos de vencedores, pero que, por las causas que todos conocemos, permanecen en la clandestinidad. Yo animo a que den testimonio público de su victoria, a que trabajen por hacer desaparecer el sentido de vergüenza y ocultamiento

y soledad. Y viene a colación señalar que se están formando asociaciones exclusivamente por personas etiquetadas cuyos cometidos serán: hacer inteligible al profano la información científica de los disidentes; informar de tratamientos alternativos a quien tenga problemas de salud; acceder a los medios de comunicación, etc.

¿Qué papel les atribuyes a los médicos en todos estos despropósitos que has señalado?

Hasta el momento, se han guiado por las directrices incuestionables de la hipótesis oficial. Hasta ahora sólo se les puede tildar de acríticos. A partir de ahora se exige a los médicos que conozcan otras informaciones, que cuestionen y se cuestionen. Que no acosen a los etiquetados con la necesidad inminente de antivirales y que lean los prospectos detenidamente. Se debe reinterpretar la relación, en el sentido de más colaboración y menos imposición. Los enfermos, como decía mi compañera, no son neumonías con patas. Hay médicos que imponen al paciente (sintomático o asintomático) la ingesta de antivirales como condición para seguir tratándole.

De todo lo que has dicho, ¿tienes apoyatura bibliográfica científica?

Sí, aunque por problemas de espacio sólo he esbozado los puntos, ya que si intentase desglosarlos desbordaríamos no dos páginas sino todo el periódico.

Si la hipótesis del VIH es científicamente refutable, ¿por qué no la abandonan?

Los promotores de esta tesis no tienen otra opción. La mayoría son retrovirologos, y si no hay VIH, no les quedaría más que dimitir. Por eso están tan a la defensiva, porque se les acabaría la tarea.

¿A quién interesa que el SIDA siga existiendo dentro de los parámetros actuales?

A los emporios farmacéuticos (ver el precio de los antivirales y demás medicamentos asociados al SIDA). A las religiones, que les encanta lo del pecado divino, pues los fieles cada vez les son menos fieles y ya se sabe que el miedo hace volver al redil. A decenas de miles de “especialistas” que se quedarían sin trabajo si esto se desmontase. A ciertos comités mal

llamados AntiSIDA y que yo califico de ProSIDA. A todos los que viven de este invento. ¿Alguien se ha preguntado cuánto le cuestan al Erario Público medicamentos y test de detección y pruebas de seguimiento y la (de)formación y...?

¿Crees que hay censura en los medios de comunicación?

La prensa escrita hasta ahora sólo ha reproducido los dogmas oficialistas. Además de artículos sobre famosos etiquetados del estilo “fulanita de tal, rica heredera de la firma cual, es seropositiva porque tuvo una vez relación con menganito que a su vez...”, puro amarillismo que sustenta la ignorancia imperante en el tema. Creo que nunca es tarde, y el momento lo exige. Los medios de comunicación deben comenzar a asumir un papel crítico, donde quepan las opiniones disidentes, un papel de foro para un debate tan irremediable como necesario. *Diario 16* es un ejemplo a seguir. Basta de censura: el reportaje “*SIDA: LA DUDA*”, del director francés Djamel Tahí (que tiene en preparación otro sobre la nula fiabilidad de los tests y sobre la inexistencia de epidemia alguna de SIDA) no fue pasado por TVE, a pesar de que en media Europa lo han podido ver, debido al chantaje censorador del Dr. Nájera y otros expertos oficiales. ¿A qué le tienen miedo, si están tan seguros de sus posiciones? Que acepten un debate serio donde nadie acuda con posturas esclerotizadas sino con argumentos científicos y humanos. ¡Y que no escuden sus intereses propios en la excusa de que nos quieren proteger a nosotros!

¿Algo más para terminar?

Como dicen los neopositivistas, las cosas existen en tanto son nombradas. Por tanto, yo nombro a mi compañera TXARO GONZÁLEZ, y a todos los amigos y a tantos otros que se fueron con esa etiqueta llamada SIDA. Para que los muertos y sus muertes no se queden sin nombrar, para que sus muertes no se justifiquen bajo estas siglas abusadísimas, para aclarar debidamente sus muertes.

“ERA SEROPOSITIVO. ¡YA NO LO SOY! ME HE QUITADO LA ETIQUETA...”

Me llamo Esteban y tengo 37 años. En 1990 me dijeron que era seropositivo. En el 95 empezaron a darme pastillas Retrovir y Videx. Y, con fe ciega, seguí las instrucciones de mis médicos.

A inicios de año comenzó para mí una nueva vida puesto que entendí, gracias a otras personas, que no tiene sentido la seropositividad que me atribuyeron. Sencillamente, soy una persona que di positivo a unos tests que yo no he hecho sino que me los han hecho los médicos. Y estos mismos médicos son los que, con los últimos análisis que me hice, decidieron que mis defensas habían bajado y por ello me dieron “titanio”, como si fuese una máquina que tiene una avería, cuando soy más completo que cualquier ordenador que pueda inventar el hombre.

Por esto, los Reyes Magos me regalaron el derecho a vivir: DOY FE de que el día 6 de enero de 1997 dejé de tomar cualquier tipo de medicación contra el llamado virus del SIDA. Mis diarreas, mis fiebres, mi malestar general, ya habían desaparecido a finales de enero. Mi estómago digiere mejor los alimentos. Me levanto descansado. Y mi médico fallecerá antes que yo: de rabia, porque no moriré, pues seré la excepción a su regla.

Si queréis vivir de acuerdo con vosotros mismos, no hay nada mejor que el que decidáis cómo queréis vivir o cómo queréis morir.

“Concédete la serenidad para aceptar las cosas que no puedas cambiar, y ten valor para cambiar las que sí puedes”, ... y sabiduría para reconocer la diferencia entre querer vivir o querer morir.

Daré fe a toda persona que quiera, durante el tiempo que esté en este mundo, que no volveré a tomar ningún medicamento contra el virus no existente llamado VIH. Cada vez que pueda y me lo permitan mis obligaciones, daré fe de que sigo vivo.

TESTIMONIO DE SU COMPAÑERA “SE HIZO LOS ‘ANÁLISIS’ Y EMPEZÓ SU CALVARIO”

Me llamo **Isabel** y ejerzo de enfermera desde hace 1980. He estado atendiendo muchas veces en los hospitales a personas “etiquetadas”, y

bastantes de ellas se han muerto en mis brazos. Me han vomitado encima y me he tragado accidentalmente su sangre varias veces. Y siempre me había preguntado porqué sigo viva y sana.

He tenido una pareja “etiquetada” que murió en el año 94. Viví con él 9 años y tuve relaciones sexuales sin protección. Se hizo los “análisis” y empezó su calvario, que duró 2 años. Se puso en tratamiento y se tomó rigurosamente la medicación: Videx, Retrovir (cuando le cambiaron la medicación duró 6 meses; se deterioró muy rápido). Y siempre me había preguntado porqué yo no había cogido nada, y sigo viva y sana.

Ahora vivo con un hombre que hasta el día de Reyes se sentía “etiquetado” (y yo también me sentía así) y que dejó de tomar la medicación. Desde entonces vivimos de verdad. Han desaparecido los síntomas físicos que tenía (diarreas, fiebre, vómitos, dolores, cansancio) y yo me siento feliz.

He estudiado tres años de Medicina y cinco de Enfermería, y al leer la información de la asociación C.O.B.R.A. se van llenando las lagunas que existen en mi cerebro respecto a las dudas que siempre he tenido. Ahora lucho con la rabia y el sentimiento de venganza que la certeza me proporciona.

¿MÉDICO, SEROPOSITIVO Y DISIDENTE?

La semana pasada publicamos tres testimonios como primeros argumentos humanos que complementan los argumentos científicos formulados en las entregas anteriores. El doctor Manuel Garrido reúne ambos tipos de argumentos desde el momento en que es médico y, al mismo tiempo, hace diez años que lleva la etiqueta de seropositivo. Es la primera persona que combina ambas condiciones y que las hace públicas desde un enfoque crítico.

Son particularmente significativos los datos que da respecto a la actitud de los médicos a los que ha transmitido los resultados de sus investigaciones. Parece que la mayoría de científicos de hoy en día se caracteriza por una actitud pasiva que les hace aceptar acríticamente no ya lo que llega por los canales jerárquicos sino simplemente por los mediáticos, convenientemente engrasados por las oficinas de relaciones públicas de las multinacionales farmacéuticas.

Manuel Garrido Sotelo es un médico gallego de 43 años al que en junio de 1987 le pusieron la etiqueta de seropositivo. Por lo tanto, ha vivido el tema SIDA desde dos ángulos complementarios. Ello le ha llevado al convencimiento de que la inmunodeficiencia adquirida obedece a diversas causas que nada tienen que ver con el supuesto VIH, y de que se trata de un problema perfectamente solucionable desde el punto de vista médico. Pero si las soluciones continuasen silenciadas como lo están siendo, no se podría acabar con el SIDA. De ahí su interés en que se rompa el muro de silencio que rodea a los planteamientos críticos. Una forma de lograrlo es consiguiendo que científicos de distintos ámbitos soliciten que tenga lugar una revaluación de la hipótesis oficial VIH=SIDA. Fruto de su iniciativa personal es la constitución del “Grupo Científico-Médico Pro Replanteamiento del SIDA” presentado en la página siguiente³⁴.

³⁴(Añadida) Este “Grupo Científico-Médico Pro Replanteamiento del SIDA” no logró cuajar y dejó de existir tiempo después. Sería importante constituir reagrupamientos de este tipo, aunque también en este caso mi propuesta es que su actividad estuviese orientada hacia ACABAR CON EL SIDA lo antes posible, y que evitasen cuidadosamente mantener a las personas etiquetadas atrapadas en el engranaje SIDA (aunque fuese tomando tratamientos alternativos, siempre menos agresivos que los oficiales). El Dr. Garrido impulsa en la actualidad el importante blog <http://superandoelsida.ning.com/>, y ahí se le puede contactar fácilmente.

“ASUMIR LA RESPONSABILIDAD”

Doctor Manuel Garrido Sotelo, 43 años, médico, etiquetado como seropositivo desde junio de 1987, crítico de la explicación oficial.

(Diario16) ¿Cuál es su opinión acerca de la visión oficial actual sobre el SIDA?

(Manuel Garrido) Mi opinión es que se enfocaron mal las cosas desde el principio, atribuyendo un común origen infeccioso a una serie de problemas de tipo crónico, producidos por diferentes causas. Las intoxicaciones persistentes por ciertas drogas (p.e. heroína, cocaína, alcohol), la desnutrición, las infecciones repetidas y/o graves, los problemas serios de hígado y riñón, las transfusiones repetidas de sangre, los agentes que afectan a la médula ósea (donde se forman las células de la inmunidad), como son las radiaciones y los citostáticos (los fármacos utilizados contra el cáncer), el uso prolongado de ciertos medicamentos, como antibióticos y corticoides, etc., son factores generadores de inmunodeficiencia adquirida. Todos los mencionados figuran como tales en los textos de medicina desde hace muchos años. La supuesta epidemia provocada por un supuesto virus mutante, el VIH, no es en realidad más que el incremento de los viejos factores conocidos que provocan inmunodeficiencia. En resumen, se han juntado un montón de problemas médicos, que poco tienen que ver entre sí, y los han pegado malamente bajo una causa común, el VIH, a base de introducir un montón de suposiciones que nadie ha probado. Eso es todo.

¿Qué razones le llevaron a interesarse por los planteamientos de los científicos disidentes?

Fue sobre todo mi propia condición de seropositivo. Otra razón fue el hecho de saber que había opiniones científicas discrepantes, sostenidas por científicos relevantes. Lo digo porque la práctica totalidad de mis colegas, incluso especialistas, no saben siquiera que existen visiones científicas muy autorizadas, diferentes de las que han venido oyendo. Una cosa muy importante, a propósito de estas opiniones discrepantes, es que no plantean nada que no haya sido dicho antes. Fue decisivo para mí el hecho de comprobar que estaban siendo censurados, boicoteados y desprestigiados por el *establishment* del SIDA. Mi sorpresa inicial dio paso a la indignación.

Aquella actitud, inaceptable en ciencia, junto a la propia coherencia de los argumentos críticos, comparados con los escasos y cambiantes, aunque siempre machaconamente repetidos, argumentos de los defensores de la hipótesis oficial, fue lo que terminó por convencerme. Es un hecho puro y simple que los expertos oficiales del SIDA, a pesar de su gran número y sus enormes medios, no son capaces de rebatirlos mediante argumentos y tienen que recurrir a la censura y a la represión.

¿Ha tenido problemas serios de salud?

No, en absoluto, si exceptuamos una anemia que tuve en el 89. Y ello es bastante extraño. Digo esto porque, tras comunicárseme que era seropositivo, inicié una vida, que duró cinco años, que no tenía nada de saludable sino todo lo contrario, y que fue, como la de cualquier persona seropositiva, un auténtico infierno individual. Bebía mucho, me alimentaba de un modo fatal y es como si no tuviera ninguna motivación para vivir. De hecho, la anemia que tuve fue debida a hemorragia digestiva producida por el alcohol. De existir ese virus, tendría que haberme matado hace años, de fácil como se lo puse.

¿De qué cree que se muere la gente, entonces?

He visto que entre los científicos críticos no hay una opinión unánime al respecto, si bien todos están de acuerdo en que el VIH no produce el SIDA. Probablemente, el SIDA, que es una mala redefinición moderna de un viejo problema, obedece a distintas causas combinadas. De hecho, se aprecia que la mayoría de las personas se recupera corrigiendo estas causas. Ahora bien, coges a una persona sana, le dices que es portadora y transmisora de un virus mortal (todo ello en base a los resultados de unos tests que en buena lógica deberían ser abolidos de la práctica médica, pues no se sabe lo que verdaderamente detectan), le das una medicación que en realidad es inmunosupresora, como se explicará, y ya tienes de qué están muriendo muchas personas. Aunque no todas, en particular las que pronto rompen con esta rueda infernal.

¿Cómo respiran sus colegas médicos en relación a esta polémica?

Existe una gran desinformación entre ellos. Sería raro lo contrario, pues las opiniones científicas discrepantes han venido siendo excluidas de la literatura científica médica habitual todos estos años, así como de los

medios de comunicación. Los científicos críticos vienen siendo sistemáticamente excluidos de esos descomunales congresos internacionales sobre el SIDA. Por mi parte, he intentado durante los últimos años interesar en el tema a casi un centenar de colegas, facilitándoles trabajos fotocopiados de estos científicos (conservo los resguardos de un montón de cartas certificadas). Ha sido un fracaso ya que, con raras excepciones, el desinterés es la tónica. Tuve que dejar de hacerlo, decepcionado, pues era una ruina económica.

Se supone que los médicos deberían ser los primeros interesados en estar informados sobre el tema. No parece nada lógico esto que Ud. dice.

A mí desde luego no me lo parece. Comprendería que no se concediera mayor importancia a lo que puede decir un médico del montón, como yo lo soy. Pero hay que tener en cuenta que estamos hablando de científicos de gran talla. Por ejemplo, de Peter Duesberg, considerado desde hace muchos años una de las máximas autoridades mundiales en el campo de los retrovirus y que había sido propuesto por las autoridades norteamericanas como candidato al Premio Nobel hasta que en 1987 se atrevió a cuestionar el dogma VIH=SIDA. O de Kary Mullis, efectivamente Nobel de Química del 93 por descubrir la técnica más avanzada para detectar y multiplicar información genética en forma del ácido nucleico ADN del origen que sea, vírico o no. Podría seguir, pero sé que debo abreviar. Hay luego un cosa que está dando pie a la impunidad por parte de los especialistas a la hora de su malpráctica médica, y es que los médicos nunca han tenido unos pacientes tan avergonzados y sumisos como los llamados enfermos de SIDA, y sus propias familias no están nada inclinadas a querer saber de qué fallecen, si por un virus o por el tratamiento. Al final, el VIH carga con todas las culpas de lo que son tres elementos destructivos: un diagnóstico terrorífico que le quita a la gente su esperanza en el futuro, un pronóstico mortal que no tiene justificación alguna y, sobre todo, unos tratamientos que en pocos meses enfermarían gravemente a cualquier sano y a los que es imposible sobrevivir a largo plazo.

¿Qué hay de los especialistas del SIDA?

Tanto los especialistas de las unidades de seguimiento hospitalarias del SIDA como los Nájeras, Clotets y demás expertos oficiales, se han

acostumbrado durante años a que nadie cuestionara su trabajo. A pesar del hecho indudable de que no han conseguido una sola remisión clínica completa, en definitiva, ninguna curación de un enfermo de SIDA, han sido reverenciados, adulados y tratados como autoridades. Ellos llaman ciencia a lo que se publica en las revistas, y lo que se publica en las revistas está escrito por ellos, como muy perspicazmente ha señalado Mullis. Como no han tenido crítica alguna, ahora resulta que no son capaces de defenderse en un debate libre y abierto. No saben de verdad lo que les espera. Desde su punto de vista, comprendo que lo mejor que pueden hacer es seguir ignorando, censurando y desprestigiando a los científicos que no piensan como ellos, mientras sigan disponiendo, claro está, a su antojo de los medios de expresión públicos. Eso les está dando muy buen resultado por ahora, aunque no sea ni más ni menos que la táctica del avestruz.

¿Qué opina acerca de los tratamientos oficiales actuales?

Si el SIDA es el debilitamiento, por las causas que sean, del organismo frente a las infecciones, un tratamiento que sea correcto debe corregir ese debilitamiento. Los tratamientos oficiales con “nucleósidos análogos” (AZT-Retrovir, ddI-Videx, ddC-Hivid, 3TC-Epivir, etc.) y con antibiоти- coterapias preventivas de larga duración, no sólo no ayudan a corregir el debilitamiento en quien ya lo tiene sino que lo agravan, al tiempo que producen grave inmunodeficiencia en quien no la tenía previamente. En efecto, hace muchos años que tanto los citostáticos (los “nucleósido análogo” son un subtipo) como el uso de antibióticos por períodos prolongados, están documentados como causa de inmunodeficiencia en los libros de texto de medicina.

Siendo así ¿por qué los médicos los recetan?

La razón es que estos venenos celulares (como también se designa en Farmacología elemental a los citostáticos) están supuestamente avalados por pretendidos estudios objetivos (ensayos clínicos) que demostrarían su supuesta utilidad en los enfermos de SIDA. Lo que no se hace público es el aspecto económico. Resulta que los ensayos los pagan las propias multinacionales interesadas en que sus productos sean reconocidos como medicamentos, y ya se sabe que “Quien paga, manda”. Tengo referencias de la existencia de documentación que demuestra que los ensayos clínicos que sirvieron de base para la aprobación del AZT debían haber sido descalificados.

En lo que se refiere a los nucleósidos análogos, es imposible creer en sus beneficios ya que su función es precisamente impedir la división celular. Por esto los citostáticos son conocidos tiempo ha por su capacidad de provocar anemias, descenso de plaquetas y leucopenias (disminución de todos los tipos de glóbulos blancos - células de la inmunidad), entre otros daños. En un primer momento, tras la administración de estos tóxicos, se ha visto que provocan una estimulación transitoria del sistema inmune, pero ello es debido precisamente a su fuerte toxicidad, que genera una reacción defensiva que hace que mas linfocitos T afluyan al torrente sanguíneo. Esta es la explicación de la “subida de T4” que los expertos presentan como una mejoría, cuando en realidad es el preámbulo de la caída en picado. En efecto, pasado este período inicial, empieza a manifestarse el verdadero rostro de estos productos, con la aparición de anemias, atrofia muscular, inmunodepresión por leucopenias, y, en definitiva, muerte al cabo de unos años. Pero cuando empiezan a manifestarse los efectos adversos de esos fármacos, nuestras “eminencias hospitalarias del SIDA” dicen que ya no son eficaces debido a que...;el virus ha mutado y se ha hecho resistente! Si se irradiara fuertemente a los seropositivos, también veríamos que primero habría una estimulación de la inmunidad, tras la cual acabarían manifestándose los efectos letales. La única diferencia es que la muerte que se produce por los citostáticos es atribuida al VIH...

¿Y los tan promocionados cócteles?

Las “terapias combinadas” tan en boga suelen constar de dos “nucleósidos análogos” más un llamado “inhibidor de la proteasa” (Saquinavir, Ritonavir, Indinavir, ...). Por lo tanto, es lógico que aparezcan los ya mencionados gravísimos efectos de los primeros. Y de los segundos se sabe aún poco, pues la FDA los aprobó en un tiempo récord (72 y 42 días, respectivamente, los dos últimos). Fueron lanzados a bombo y platillo en enero del 96 como sin efectos secundarios. Pero ya han salido varios artículos científicos indicando que esto es falso. La revista *Lancet* del 29 de marzo publicaba que se había detectado que el Indinavir produce hepatitis severas. Y es inevitable que sean muy dañinos a medio plazo porque rompen el sutil y complejísimo equilibrio entre proteasas y antiproteasas naturales que tiene lugar en todo el cuerpo. El drama es que los médicos que los aplican creen que la disminución de lo que llaman carga viral que

observan al empezar a administrar los cócteles es un índice de mejora, cuando en realidad lo es de reducción de la actividad biológica. Se autoengañan y engañan utilizando e interpretando incorrectamente la técnica PCR inventada por el disidente Mullis. En efecto, el Nobel Mullis explica que su técnica no sirve para medir carga viral alguna, y menos en el caso de que sea cierto que el VIH no existe.

¿Qué consejo daría a una persona etiquetada?

Que tenga en cuenta que los cócteles no sólo no son una solución, sino que son muy peligrosos a medio plazo. Que lo más importante es recuperar las ganas de vivir y de morir de viejo. Que asuma la responsabilidad y contraste las distintas informaciones. Que sepa que hay tratamientos no agresivos que son infinitamente mejores que los hospitalarios. Y que aprenda de nuevo a vivir. Seguro que mi afición a la pesca es una de las razones de mi buena evolución.

NOTA: Que alguien solicite que se abra un Debate SIDA no significa que comparta ni apoye los planteamientos críticos, de igual forma que defender la libertad de expresión no implica estar de acuerdo con lo que diga cualquiera que ejerza tal libertad. Simplemente significa exigir que se cumpla la condición que todo científico sabe es básica para avanzar: que se puedan contrastar las diferentes hipótesis existentes, lo cual exige libertad de información.

Una forma de presionar para que se exija el debate es ofrecer premios. Los de *Diario 16* desde el 15-4-97 y de la asociación C.O.B.R.A. desde el 26-11-96 a quien traiga las pruebas de que eso llamado “VIH” existe y de que es la causa de eso llamado “SIDA”, siguen sin recibir candidaturas. Significativo, ¿no?

¿CARGA VIRAL? (1)²⁰

La pieza clave de los nuevos modelos de supuesto VIH y de “SIDA” inventados por el Dr. Ho en 1995 y que sustituyeron a los ya insostenibles modelos distintos del Dr. Gallo, es lo que se llama “carga viral”.

Los oficialistas creen y dicen que eso que denominan carga viral indica el número de ejemplares de “VIH” que se encuentra en cada mililitro de sangre de la persona etiquetada a la que se le mide.

Creen y dicen que sucesivas medidas d³⁵e dicha carga viral sirven para ver cómo evoluciona el aumento o disminución del número de “VIH” que supuestamente infectan a quien hacen el seguimiento.

Y creen y dicen que cuanto mayor (o menor) es la “carga viral”, peores (o mejores) perspectivas tiene la persona. Y como ocurre que baja la “carga viral” al empezar a administrar los cócteles, creen y dicen que estos venenos son muy beneficiosos. Y como los especialistas oficiales creen y dicen todo esto, los medios de comunicación lo transmiten (tan acríticamente como siempre en el tema SIDA). Y, lógicamente, la población se lo cree. Y esta parte de la población especialmente interesada que son las personas etiquetadas como seropositivas o, en su caso, como SIDA, también se lo creen. Y son tan fuertes tanto el marketing realizado en torno a los cócteles como la presión de los médicos hospitalarios necesitados de cobayas humanas para experimentarlos, que entre ambos están logrando que personas etiquetadas desde hace años y que se habían negado a tomar AZT-Retrovir y análogos, ahora están aceptando entrar en los protocolos de los cócteles.

Pero lo que ni los médicos ni los etiquetados se preguntan es: “¿Cómo se mide la ‘carga viral’?”. Mediante una técnica llamada *PCR*. Y resulta que la *PCR* no sirve para medir carga viral alguna. Y, claro está, menos aún la de un virus que no existe.

³⁵Apareció con el título “EL USO FRAUDULENTO DEL PCR”.

CUESTIONAR REALMENTE

Los oficialistas deberían atreverse a cuestionar los marcos “teóricos” y los manuales de instrucciones que llegan de los EE.UU.

Los especialistas oficiales del SIDA están convencidos de que con los experimentos que hacen en sus laboratorios, realmente aíslan el “VIH”; de que con los tests que emplean, realmente detectan anticuerpos producidos específicamente por las defensas frente al “VIH”; y de que con las distintas variantes de la técnica *PCR* que usan, realmente miden la cantidad de partículas de “VIH” que están en cada mililitro de sangre de la persona testada, lo que llaman su “carga viral”. Y basándose en estas últimas mediciones, afirman que los “tratamientos combinados y personalizados” que están administrando realmente son un gran avance en el tratamiento del “SIDA”, y que así lo están convirtiendo en una “enfermedad crónica”.

Por el contrario, los especialistas críticos del SIDA afirman que el VIH no existe y que, incluso aceptando hipotéticamente que el VIH existiese, no podría en absoluto ser la causa del SIDA; que los tests no tienen valor diagnóstico alguno, por lo que deberían ser prohibidos de inmediato; y que la “carga viral” no tiene significado válido alguno. Y que “los cócteles a la carta” de fármacos venenosos sólo pueden acabar matando a quien los tome, por lo que es errónea la ilusión de convertir a las personas etiquetadas en clientes crónicos de las multinacionales farmacéuticas.

Los científicos críticos, y quienes en ellos nos apoyamos, llevan, llevamos, años pidiendo que se abra un debate científico y público sobre el SIDA, sus causas y la forma de acabar rápidamente con este monstruo frankensteniano.

La ventaja de los críticos es que venimos de donde los oficiales están. Ninguno de nosotros nació “crítico de la versión oficial del SIDA”. Por caminos largos y múltiples –y siempre dolorosos–, fuimos cuestionando las hipótesis oficiales, así como sus cambios, nada bien fundamentados. Y nos vimos convertidos en oponentes, disidentes, etc., y, lo que por ahora parece inevitable, nos oímos llamar locos, ignorantes, peligros públicos, estafadores, sectarios, fascistas (Dr. Gallo *dixit*), etc.

La responsabilidad de los oficialistas es enorme. Si tenemos razón, su conducta científico-médico-terapéutica es no sólo radicalmente errónea sino, lo que es aún peor, perjudicial. Y cuanto más tiempo pase, peor, pues más vidas están siendo innecesariamente sacrificadas a la pseudociencia del SIDA y a los dividendos de los grandes laboratorios.

Y cuanto antes tengan el valor intelectual-y-humano de interrogarse acerca de lo que hacen, antes podrán sumarse esfuerzos para acabar con el SIDA. Es este un objetivo con el que públicamente nadie está en contra. Aunque siempre cabe preguntarse: ¿De qué serán especialistas los especialistas del SIDA cuando se desmonte el SIDA, objetivo que confiamos lograr para el año 2000? Queda claro, pues, que, en lo que de nosotros depende, actuamos, e invitamos a actuar, decididamente para que no llegue a tener lugar la *XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA*, programada para celebrarse en Barcelona el 2002.

El paso inicial es muy sencillo, aunque exige coraje: atreverse a cuestionar la validez de los marcos teóricos y de los manuales que, casi siempre desde los EE.UU., indican qué es lo que hay que hacer y cómo hay que interpretar lo que ocurre con los aparatos que venden. Transmito la disposición de los Drs. Lanka, Kremer, Hässig y otros científicos críticos, a contribuir a comprender mejor lo que en realidad ocurre y lo que verdaderamente significan los resultados obtenidos. Toda la sociedad, empezando por las personas etiquetadas, saldría beneficiada...

PRESENTACIÓN

Lo llamado “carga viral” se mide con distintas variantes de una técnica desarrollada por el doctor californiano Kary Mullis llamada *PCR*, siglas de “Polimerasa Chain Reaction (Reacción en Cadena de la Polimerasa)”.

La *PCR* revolucionó legítimamente los estudios de Genética y muchos otros, e ilegítimamente los del SIDA. El inventar la *PCR* le valió al Dr. Mullis ser designado en 1993 Premio Nobel de Química.

Pues bien, resulta que el Dr. Mullis es uno de los más famosos disidentes de la hipótesis oficial VIH=SIDA, es decir, forma parte de la corriente de más de quinientos investigadores que afirman que el VIH, suponiendo que exista, no puede ser la causa del SIDA. Y aquí quiero resaltar la contribución que hace el Dr. Mullis a acabar con el SIDA cuando explica que

ninguna de las variantes aparecidas de su técnica *PCR* sirve para cuantificar carga viral alguna. En particular, pues, la *PCR* no sirve para medir “la carga viral del VIH”. Y menos, claro está, si ya se ha comprendido que el VIH no existe.

Luego la fraudulenta utilización de la *PCR* que están haciendo los oficialistas del SIDA bastaría para descalificar totalmente la “carga viral”. Y para denunciar como asesinas las dañinas aplicaciones pretendidamente terapéuticas que de ella se hace.

Pero dejo para la próxima semana ver con detalle qué es la *PCR*, cómo funciona en realidad, sus aplicaciones correctas y cómo, por el contrario, está siendo tramposa e interesadamente utilizada por los oficialistas.

Hoy veremos que la “carga viral”, aún suponiendo que fuese lo que oficialmente nos dicen que es, no tiene significado alguno. Y ello incluso aceptando algunas reglas de juego que diseñaron los inventores del primer modelo de VIH (en especial, los Drs. Gallo y Montagnier) y que siguen siendo aceptadas por los inventores del actual renovado modelo de VIH, capitaneados por el joven nuevo líder del *establishment* del SIDA, el Dr. Ho.

UNA CREENCIA SIN BASE: LA “CARGA VIRAL” SE IMPUSO RÁPIDAMENTE A PESAR DE QUE LOS ARTÍCULOS APARECIDOS EN NATURE CARECÍAN DE TODO RIGOR

HO INTRODUJO LA “CARGA VIRAL”

A principios de 1995, dos equipos de investigadores presentados como independientes uno del otro, publicaron en la revista *Nature* nº 373 sendos artículos que llegan a conclusiones “remarcablemente concordantes”, como dice una nota editorial. En el primero, dirigido por el Dr. David Ho, del Centro para la Investigación del SIDA Aaron Diamond de la Universidad de Nueva York, colaboraron, entre otros, investigadores de los laboratorios Abbot. En el segundo, presidido por el Dr. George Shaw, de la Universidad de Alabama, participaron, entre otros, miembros de los laboratorios Merck y Genelabs Technologies Inc.

En estos artículos se proclamaba que habían encontrado un promedio superior a 100.000 ejemplares de VIH por mililitro de sangre periférica

en las respectivas cohortes de pacientes de SIDA que habían investigado. Y esta proclamación significó un vuelco de la explicación oficial sobre el VIH y el SIDA que había prevalecido desde 1984, año en que el Dr. Gallo presentó al supuesto “retrovirus VIH” como supuesta causa del SIDA.

Oficialmente, desde entonces se llama “carga viral” al “número de partículas víricas circulantes”, es decir, el número de copias de VIH libres (o sea, no en el interior de célula) que se encuentran por cada mililitro de sangre. Y la “carga viral” es usada en los hospitales como “factor pronóstico de los enfermos por infección por VIH”, como “variable intermedia o sustitutiva utilizada en los ensayos clínicos con antiretrovirales” y como “instrumento de decisión de las estrategias de tratamiento antiretroviral individualizado, tanto para el inicio como para la monitorización de la respuesta terapéutica, evaluando la indicación de los cambios en la medicación”.

Esto equivale a decir que, rápidamente, la “carga viral” se convirtió en la pieza clave tanto para establecer perspectivas de evolución de las personas etiquetadas como para programar los ensayos clínicos y los tratamientos hospitalarios con los cócteles venenosos tan en boga.

EL NUEVO MODELO DEL Dr. HO

Se refiere a una formulación matemática no incluida en el artículo, y afirma que: 1) El VIH no tiene periodo de latencia. Desde el momento inicial de infección, hay una replicación hiperactiva de VIH. Las células infectadas producen en masa nuevos VIH: miles de millones de copias cada día. Y aunque no mueren a resultas de la multiplicación del VIH, sí se infectan gran parte de las células T4 que están en los nudos linfáticos. 2) Las células T8, que matan toda célula que tenga una infección activa (es decir, que produzca virus), matan las células T4 infectadas porque están produciendo activamente VIH. 3) Las células T4 no infectadas se replican rápidamente a fin de remplazar a las matadas por las células T8. 4) Debido a que esto ocurre muy rápidamente, pocas células infectadas tienen la oportunidad de acceder a la circulación general. Por esto los médicos que se basaban en las muestras de sangre, llegaron a la errónea conclusión de que tan sólo un pequeño porcentaje de células T4 estaban infectadas por el VIH. 5) Aunque pocas células infectadas salen de los nódulos linfáticos, sí lo hacen y llegan a la sangre grandes cantidades de VIH, que son cuantificadas con la nueva técnica *PCR* aplicada. 6) Esta “infección masiva

encubierta” y la “rotación” masiva de T4 y de VIH prosiguen a lo largo de una década o más de latencia clínica sin síntomas. Pero la población de T4 decae porque no puede continuar remplazando los T4 que mueren a causa de los T8. El paciente desemboca en el SIDA, y finalmente muere.

INCOMPETENTES, ¿ANTES, AHORA O SIEMPRE?

Los artículos aparecidos en *Nature* no explicitan el modelo matemático utilizado, ni los ensayos clínicos en que se apoyaba ni los medicamentos en ellos usados. No indican si los voluntarios pertenecían o no a grupos de riesgo, ni a cuales. Sobre la variante de técnica *PCR* utilizada para medir, remite a un artículo “en prensa”. Luego eran incontrastables e irrepetibles.

Tampoco contienen referencia alguna a que también se hubiese medido la carga viral en grupos de control. Y esto es una trampa decisiva, característica en toda la pseudociencia del SIDA: prácticamente nunca ha cumplido con la regla básica de toda investigación científica, consistente en realizar ensayos de control que permitan comparar. Si no se mide la misma “carga viral” a personas sanas, ¿cómo se puede afirmar que lo que encuentran es característico de los enfermos de SIDA? Si, además, no se compara entre, por ejemplo, enfermos de hepatitis, unos etiquetados y otros no, ¿cómo se sabe que la causa de la alta “carga viral” es el supuesto VIH y no la hepatitis? Si no se comparan grupos de pacientes de las 29 enfermedades englobadas bajo la etiqueta SIDA, unos seropositivos y otros no, ¿cómo se atribuye al VIH lo que ocurre, y no a la enfermedad a la que por definición se encuentra acompañando?

Es increíble que un bodrio así pasase el control de los comités de lectura y selección, y finalmente fuese publicado en *Nature*. Sería imposible...si se mantuviesen las reglas del método científico antaño aplicadas. Pero cada vez más la ciencia actual, en especial la del SIDA, se hace a base de conferencias de prensa. Como dice el Dr. Craddock, “Uno de los aspectos mas perturbadores de lo que ocurre en la investigación sobre el SIDA, es la separación entre lo que los investigadores en realidad encuentran, lo que dicen en las ruedas de prensa y lo que los medios cuentan al público” (ver al respecto “¿Ciencia o relaciones públicas?”, *Diario 16*, 20-5-97).

Pero aún más increíble es que las llamadas comunidades científica y médica internacionales asumiesen sin rechistar el cambio de modelo de

VIH propugnado por el Dr. Ho. La aparición de los artículos en *Nature*, las conferencias de prensa y los *press release* que la rodearon, y los enormes intereses económicos que subyacen, convirtieron casi de la noche al día “un lentivirus con un periodo de latencia de mas de diez años”, en “un virus a toda velocidad que desde el primer instante se replica miles de millones de veces”.

Si fuese cierto que el VIH está presente en miles de millones de ejemplares, ¿cómo es posible que fuese durante once años imposible encontrarlo y aislarlo con las técnicas utilizadas para hallar los virus realmente existentes? Si es necesaria una nueva técnica para encontrarlo, ¿no está ello indicando que nos encontramos ante un artefacto técnico, es decir, ante un espejismo fruto precisamente de la aplicación de la nueva técnica?

El Dr. Ho ni siquiera intenta explicar en qué se equivocaron todos los investigadores del SIDA entre 1984 y 1995, ni porqué el nuevo modelo de VIH que propuso, y que se impuso rápidamente, es el correcto.

Esta claro que o los antiguos o los nuevos “señores del SIDA” son unos incompetentes o/y unos tramposos. Aunque quizá lo sean ambos...

Pero, ¿por qué el nuevo modelo, y el concepto de “carga viral” en que se sustenta, fueron tan inmediata y triunfalmente aceptados? He aquí elementos de respuesta.

PEGAS DEL MODELO VIEJO

Porque parecía solucionar uno de los grandes inconvenientes con que se encontraban los defensores de la hipótesis VIH=SIDA: la escasísima cantidad de “eso” llamado VIH que lograban, según dicen, “aislar” en las personas etiquetadas, y ello incluso en “terminales de SIDA”. El propio doctor Gallo, en su libro *Virus hunting* (“Cazando virus”), escribía en 1991 que “el VIH sólo infecta uno de cada diez mil T4”.

Con una cifra tan escasa era imposible responsabilizar al VIH de la supuesta muerte de “linfocitos T4” y de causar algo tan grave como el SIDA. En efecto, aun suponiendo que el “VIH” matase a los escasos “T4” que “infectaba”, resulta que el ritmo natural de formación de nuevos “T4” es superior y, en consecuencia, el cuerpo ni siquiera notaría el postulado efecto “destructivo” del “VIH”.

Además, según el modelo de VIH del doctor Gallo, el “VIH” se multiplicaba tan lentamente que lo consideraron un lentivirus. Y, para colmo,

tardaba tanto en mostrar su efecto dañino, que se tuvieron que inventar un “periodo de latencia” que luego alargaron a medida que pasaban los años.

Este modelo de VIH tenía, pues, muchas debilidades. Y, además, un grave inconveniente para las compañías farmacéuticas: sus clientes potenciales podían tardar lustros en convertirse en clientes efectivos.

La multinacional Wellcome logró temporalmente superar esta pega: un estudio pagado por ella publicado en 1990 afirmó que la aplicación del AZT-Retrovir en seropositivos asintomáticos retrasaba pasar a la oficialmente inevitable fase SIDA. Esto hizo que desgraciadamente se empezase a administrar este veneno a personas absolutamente sanas que sólo habían tenido la desgracia de dar positivo a unos tests-chapuza que hay que prohibir inmediatamente. Afortunadamente, el estudio Concorde, en el que estaban comprometidos los gobiernos francés, inglés e irlandés, hecho finalmente público en abril del 94, mostró la media verdad de que el tratamiento precoz con AZT-Retrovir no resultaba beneficioso para los asintomáticos. La mitad ocultada importante de la verdad es que el veneno AZT-Retrovir, sólo o combinado, no puede ser sino perjudicial, aunque únicamente sea por el hecho de que impide la división celular, lo cual es especialmente grave en el caso de seropositivas embarazadas.

En cambio, el nuevo modelo del Dr. Ho basado en la “carga viral”, arrinconaba estos inconvenientes. No es de extrañar que el Dr. Ho fuese promocionado por las empresas farmacéuticas y catapultado a “hombre del año” por la revista *Time*. Un buen marketing incluye operaciones de este tipo...

VENTAJA PARA UNOS, INCONVENIENTE PARA OTROS

Aunque se encontró con resistencias por parte de la “vieja guardia” del SIDA y las bases tanto biológicas como matemáticas del nuevo modelo han sido desmontadas por biólogos (Dr. Lanka y otros) y matemáticos (Dr. Lang y otros), el Dr. Ho ha triunfado en toda la línea... por ahora.

Hay dos razones principales para ello.

Por una parte, el terror psicológico de masas creado en torno al inexistente VIH se ha agravado por el hecho de que ahora los nuevos dirigentes del invento dicen que el “terrible VIH” genera miles de millones de copias desde el primer día. Esto ha sido manipulado hábilmente por las multinacionales fabricantes de los presuntos “antivirales” hasta lograr que los más

de 17.000 especialistas asistentes a la XI Conferencia Internacional de Canadá de junio-96 y los medios de comunicación allí presentes, hiciesen suya la criminal consigna “golpear en seguida y fuerte”. Desde entonces, se empieza de nuevo a envenenar a personas absolutamente asintomáticas que han tenido la desgracia de dar positivo a las chapuzas llamadas “test del SIDA”. Con lo que desde el primer día son clientes...

Por otra parte complementaria, los médicos hospitalarios estaban cansados de que con la monoterapia se les muriesen todas las personas tratadas. Y se creyeron a pies juntillas las excelencias de los “inhibidores de la proteasa” (en singular, como tramposamente dicen los fabricantes) y de sus combinados con los nucleósidos análogos (también tramposamente presentados como “inhibidores de la transcriptasa inversa”). Y están metiendo en sus protocolos a todo etiquetado que pueden, por sano que esté.

Y la presión mediática y hospitalaria es tal que incluso están logrando que personas etiquetadas que durante una década se había negado a envenenarse con el AZR-Retrovir, ahora vayan voluntariamente a envenenarse con los cócteles. Y que, por cierto, las más de las veces incluyen el propio AZT-Retrovir.

LA LLAMADA “CARGA VIRAL” SE MIDE CON UNA TÉCNICA LLAMADA PCR. PERO LA TÉCNICA PCR NO SIRVE PARA MEDIR CARGA VIRAL ALGUNA. Y MENOS DE UN VIRUS VIH QUE NO EXISTE.

“Ir a los detalles técnicos para entender cómo funciona el montaje SIDA”, recomienda el virólogo alemán doctor Lanka. Su consejo permitió comprender que el VIH no existe (ver *Diario 16* del 3-5-97) y, a fin de impulsar el Debate SIDA, *Diario 16* también ofreció sus propios premios a quien traiga pruebas de que el VIH ha sido aislado (ver *Diario 16* del 15-3-97).

Su consejo permitirá comprender hoy qué es eso que los oficialistas llaman “carga viral”. Y es muy importante entender que la “carga viral” no tiene nada que ver con el VIH (¡incluso aceptando hipotéticamente por un momento que el VIH exista!). ¿Por qué? Pues porque lo que llaman “carga viral” constituye la base para justificar el envenenamiento que

están realizando con los tratamientos combinados familiarmente llamados “cócteles”. Y es la creencia de los médicos hospitalarios en la “carga viral” lo que les lleva a presionar a todos los etiquetados, incluidos los que han resistido hasta ahora a tomarse el AZT-Retrovir y otros nucleósidos análogos (ddI-Videx, ddC-Hivid, 3TC-Epivir, etc.), para que entren en los protocolos que ahora están realizando.

Puede que no sean demasiado conscientes de ello. Pero los médicos hospitalarios están aplicando disciplinadamente la criminal consigna “golpear rápido y fuerte” que las multinacionales fabricantes tanto de los nucleósidos análogos como de los inhibidores de proteasas consiguieron hacer adoptar en Canadá en junio-96, utilizando la *XI Conferencia Internacional sobre el SIDA* como caja de resonancia mundial de sus políticas comerciales. En efecto, pretenden que se administren desde el primer día los cócteles venenosos incluso a los seropositivos totalmente asintomáticos. De conseguirlo, personas perfectamente sanas que han tenido la mala suerte de dar positivo en unos test que son una chapuza, empezarán a ser envenenadas con los cócteles oficiales.

En próximas entregas se profundizará el carácter mortal a medio plazo de cada uno de los dos tipos componentes de los cócteles, normalmente compuestos por tres fármacos: dos nucleótidos análogos y un inhibidor de proteasas.

Hoy nos vamos a centrar en el estudio de la técnica *PCR*, que es la base sobre la que se sustenta la creencia oficial en que una triterapia venenosa resulta beneficiosa a quien se la toma. Mejor dicho, a las personas etiquetadas que se lo hacen tomar. Esta precisión es importante porque los médicos hospitalarios no se toman ellos los productos que hacen tomar a sus pacientes y, en este caso, víctimas. Habría que reinstaurar el hábito que tenían los médicos de antes de la guerra, que comprobaban qué efectos tenían los medicamentos en ellos antes de empezar a prescribirlos. He aquí una sugerencia para todo etiquetado que se vea presionado a tomarse los cócteles. Que le diga a su médico: “Tómeselos Ud. durante seis meses o, mejor, un año, y luego me cuenta lo bien que le han sentado. Apoyándome en su experiencia, quizá entonces me los tomaré yo, en lugar de tomármelos yo ahora para que Ud. tenga estadísticas mañana y pueda presentar papers en los congresos”. No tengo duda alguna de que habría más médicos intoxicados... pero menos etiquetados muertos.

¿CARGA VIRAL? (2)

El martes pasado formulé una invitación a los especialistas oficiales del SIDA a que tengan el valor intelectual-y-humano de interrogarse acerca de lo que hacen. En particular, a que se atrevan a cuestionar la validez de los cambiantes marcos teóricos y de los aún más rápidamente fugaces manuales de instrucciones de los aparatos que usan, llegados la inmensa mayoría desde los EE.UU. a ritmo frenético. Y empecé a abordar el ejemplo de lo oficialmente denominado “carga viral”, que creen y dicen que mide el número de ejemplares del (inexistente) VIH que se encuentra en cada mililitro de sangre. Expliqué que los dos artículos aparecidos en *Nature* n° 373 que sirvieron para implantar el concepto de “carga viral” no tenían rigor científico alguno. Sobre todo resalté que de nuevo habían infringido la regla básica de toda investigación científico-médica: no se habían efectuado ensayos de control. Y que la rápida y acrítica aceptación de la “carga viral” había logrado la increíble maravilla de convertir de la noche a la mañana un supuesto “VIH lentivirus y con un periodo de latencia de más de diez años” en un supuesto “VIH a toda velocidad que se multiplica por miles de millones desde el primer instante”.

En la primera página de hoy doy algunas razones más para entender que lo llamado “carga viral” no tiene significado alguno en relación al SIDA, y que debe ser prohibida. También apunté que la técnica utilizada para “medir la carga viral” se llama *PCR* y que su inventor –el doctor Kary Mullis, que fue por ello premiado con el Nobel de Química de 1993–, afirma que ni su *PCR* original ni los modelos derivados sirven para medir carga viral alguna.

En esta segunda página expongo algunas de las razones que permiten llamar fraude al uso que los oficialistas hacen de la *PCR*.

LO LLAMADO “CARGA VIRAL DE VIH” NO MIDE CARGA VIRAL ALGUNA, PERO ES UTILIZADA PARA JUSTIFICAR EL ENVENENAMIENTO CON CÓCTELES DE LAS PERSONAS ETIQUETADAS

Los argumentos metodológicos, históricos y de sentido común dados el martes pasado, descalifican “eso” llamado “carga viral”. Pero se debe descartar aún por más razones.

En primer lugar, porque el VIH no existe, por lo que es puro delirio de ciencia-ficción destructiva decir que se mide cuántos ejemplares están presentes en cada mililitro de sangre. De nuevo, recordar que siguen faltos de candidatos los más de dos millones de pesetas en premios otorgados por *Diario 16*, la asociación C.O.B.R.A., la revista inglesa *CONTINUUM* y la asociación alemana MuM, a quien traiga la documentación científica que pruebe que el VIH existe. Y que en el juicio por sangre contaminada de Göttingen, ningún oficialista se presentó a declarar, bajo juramento y frente al virólogo alemán Dr. Lanka, a fin de defender la existencia del VIH, por lo que el médico inculpado fue declarado inocente.

En segundo lugar, y aún aceptando que “el VIH existe”, porque resulta que el VIH es no-citocida, es decir, no mata a la célula que lo contiene cuando se multiplica en su interior. Por lo tanto, no implicaría gravedad alguna tener muchas copias de un inofensivo VIH, al igual que se tienen muchos otros.

Para recalcar que no hay prueba alguna de que el VIH sea capaz de matar célula alguna, ni las llamadas T4 ni ninguna otra, conviene recordar: a) el propio Dr. Montagnier en 1990 se inventó la hipótesis de los cofactores: puesto que desde 1983 le había sido imposible mostrar que el VIH por sí sólo fuese capaz de matar célula alguna, concluyó que era preciso que hubiese otro factor que actuase al mismo tiempo en la misma célula. Supuso que sería un micoplasma... y siete años después aún anda buscándolo. b) En los mal llamados “tests del SIDA” se utilizan unas bandas de proteínas que nos dicen que son “proteínas del VIH”. ¿Nadie se pregunta de dónde y cómo se obtiene la enorme cantidad de supuestas proteínas del supuesto VIH necesarias para llevar a cabo los millones de tests-chapuzas que anualmente se realizan en todo el mundo? Resulta que el “VIH” es

constantemente producido en masa para los “test del SIDA” en cultivos de células T en cantidades que los fabricantes calculan en un millón de copias por mililitro, cultivos cuyas células —¡precisamente T!— no sólo no mueren sino que son consideradas inmortales. c) Además, nadie ha podido presentar ensayos en laboratorio en los que se demuestre que el supuesto VIH mata célula alguna. Y si el VIH no puede matar célula alguna en tubos de ensayo, ¿cómo lograría hacerlo dentro de un cuerpo humano, que posee unas mecanismo inmunitarios de defensa que en absoluto tienen los cultivos celulares? d) No hay hecho alguno que demuestre que el VIH puede matar célula alguna. Pero eso sí: cada vez hay más hipótesis de nombres raros acerca de cómo más equipos de investigadores suponen que el VIH quizás pueda matar. Desde la apoptosis o “suicidio celular” a la “hit and run” (“golpea y corre”), pasando por casi una docena de hipótesis distintas. Naturalmente, estos equipos de investigadores viven de investigar la hipótesis para la que han conseguido fondos, y no tienen ninguna prisa en que se compruebe si es cierta o no, mientras vayan cobrando a final de mes.

En tercer lugar, aún aceptando que “el VIH existe” y que “el VIH es capaz de matar las células que infecta”, resulta que las modernas versiones de la *PCR* utilizadas según se nos dice para “medir la carga viral”, trabajan con plasma. Por definición, en el plasma no hay células sanguíneas, luego no están los leucocitos o glóbulos blancos y, en consecuencia, tampoco habrá la clase de glóbulos blancos llamados linfocitos, en particular los del subtipo oficialmente denominado T4. Ni ningún otro tipo de células. Luego el supuesto VIH que ahí encuentre la *PCR* no puede ser VIH que esté en el interior de células (lo que se dice: infectando células) sino tan sólo VIH fuera de células, lo que se denomina libre o circulante. Y resulta que todo VIH libre no es infeccioso ni, por lo tanto, significa peligro alguno. En efecto, una característica fundamental atribuida al “VIH” en el primer modelo del Dr. Gallo y que no cuestiona el segundo del Dr. Ho, es que su proteína de superficie gp 120 es crucial para que el VIH pueda infectar nuevas células. Y resulta que la gp 120 no se encuentra en las partículas que están fuera de célula (esta es la justificación que los oficialistas dan para explicar que nunca han podido presentar una foto de algo presentado como VIH que contenga las protuberancias correspondientes a la glicoproteína 120). Luego por alta que digan que es la “carga viral”

o, lo que según la concepción oficial es lo mismo, por grande que fuese el supuesto número de copias de VIH por mililitro de sangre, estos VIH en sangre no representarían peligro alguno puesto que no son infecciosos según el propio diseño oficial del VIH.

Finalmente, la novedad propuesta por el Dr. Ho de que “el VIH no mata directamente sino indirectamente marcando los T4 y haciendo así que los T8 eliminen a los T4 infectados”, no significa avance alguno para la hipótesis oficial. En efecto, resulta que el propio Dr. Ho publicó, aunque en este caso sin conferencias de prensa y con el Dr. Chao como primer nombre firmando el artículo aparecido en el “New England Journal of Medicine” n° 332, que los 100.000 “VIH” encontrados con la PCR correspondían a menos de diez “VIH” encontrados con las técnicas anteriores. O sea que si en realidad los T8 destruyesen el escasísimo número de T4 señalados para ser eliminados, el cuerpo ni lo notaría porque tal disminución no sería biológicamente significativa debido a que el ritmo natural de sustitución de T4 es enormemente mayor...

BIBLIOGRAFÍA:

What is wrong with the viral load theory? Paul Philpot y Christine Johnson, *HEAL Info Pack*.

Viral Load of Crap, en *Reappraising AIDS*, vol. 4, n° 10, octubre-96, California, USA. Peter Duesberg.

AIDS: Virus- or Drug Induced? Klower Academic Publisher, Holanda, 1996.

HIV: Science by Press Conference, idem, Mark Craddox.

Dr. Ho's Titanic Struggle, Neenyah Ostrom, *New York Native*, 23-1-95.

LA PCR NO SIRVE PARA CUANTIFICAR EL MATERIAL GENÉTICO ORIGINAL NI PARA AMPLIFICAR VIRUS ENTEROS, AUNQUE EXISTAN REALMENTE

La PCR, como todas las sofisticadas técnicas modernas, se basa en usar capacidades vitales que solamente la naturaleza tiene y que ningún laboratorio puede generar.

En concreto, la *PCR* se apoya en la capacidad que tiene el ácido nucleico ADN de elaborar lo que finalmente son dos copias idénticas de la información genética hereditaria de una célula, yendo cada copia a parar a una de las dos células hijas. Para ello, cuando una célula va a dividirse, los dos filamentos enroscados de ADN se separan uno del otro porque se rompen los enlaces bioquímicos que los unen lateralmente. Y a partir de puntos determinados a los que se adhieren sendas cortas moléculas de arranque naturales, se empiezan a constituir en direcciones opuestas filamentos nuevos complementarios a los ya existentes. La complementariedad viene determinada por el hecho de que las cuatro letras genéticas (A, C, G y T) que componen el ADN sólo pueden unirse de dos formas determinadas (la A con la T, y la C con la G). El orden en que están dichas letras genéticas se llama secuencia del ADN.

La propiedad de sintetizarse hebras complementarias era utilizada desde hace décadas para duplicar e incluso cuadruplicar trozos conocidos de ADN. Se procede en tres etapas. Primero se calienta el tubo de ensayo que contiene un trozo de ADN doble conocido, con lo que los dos filamentos se separan porque el calor rompe los enlaces que los unen longitudinalmente. A continuación se añaden cantidades adecuadas de las cuatro letras genéticas, de moléculas de arranque artificiales de dos tipos (uno para cada hebra; tienen unas 20 letras genéticas) y del enzima necesario. Finalmente, se deja enfriar y entonces las moléculas de arranque se unen a sus trocitos complementarios correspondientes en cada hebra, y a partir de ellas la enzima empieza a “cabalgar” el filamento antiguo, va “leyendo” cada una de sus letras genéticas consecutivas, y va haciendo que a la molécula de arranque se le vayan añadiendo lateralmente las letras complementarias a las que lee. Luego al final del proceso habrá el doble de ADN que al origen: dos trozos dobles iguales al que teníamos inicialmente. Pero la operación no puede volver a repetirse sino otra vez como máximo porque al calentar de nuevo, el enzima se destruye.

La idea simple pero genial que tuvo el Dr. Mullis consistió en usar un enzima que fuese resistente al calor. Esto permite repetir el proceso una cuarentena de veces, por lo que al final se tiene miles de millones de copias del trozo de ADN original.

Esta técnica revolucionó legítimamente la Genética porque permite encontrar cantidades pequeñísimas de ADN que con las técnicas anteriores

era imposible localizar. Como dice el Dr. Mullis, permite encontrar una aguja en un pajar. Y de lo que había una cantidad indetectable, al final de aplicar la *PCR* hay incluso gramos que pueden pesarse sin dificultad. Esto permite, por ejemplo, saber si en determinada “sopa” biológica hay o no una determinada molécula de ADN conocida.

Y la *PCR* también ha revolucionado la teoría y práctica oficiales del SIDA, pero en este caso de forma ilegítima.

¿Por qué la *PCR* no se puede usar como están haciendo los oficialistas? Por varias razones.

En primer lugar, porque la técnica *PCR* tiene unas importantes limitaciones intrínsecas que los oficialistas parecen ignorar. A) Sólo se puede amplificar secuencias que ya son previamente conocidas, pues sólo así se pueden preparar las necesarias moléculas de arranque de dos tipos. Es decir, sólo se puede detectar aquello que ya se conoce. Y puesto que el VIH no existe, nunca ha sido aislado y, por lo tanto, no se pueden construir las moléculas de arranque imprescindibles. Pero como se ha diseñado un VIH (en realidad, varios), también se diseñan unas moléculas de arranque que nos dicen que son adecuadas para el VIH. B) La unión de la molécula de arranque con la cadena de ADN depende de muchos factores (temperatura, minerales, pH, ...), con lo que según en qué condiciones se trabaje, se pondrá o no en marcha, y se obtendrá o no al final un ADN multiplicado. En particular, las temperaturas para que se unan sólidamente los dos tipos de moléculas de arranque a sus respectivas hebras, son distintas. Y los fabricantes deben buscar una temperatura de compromiso. Lo que hacen es tantear hasta que la *PCR* se pone en marcha en un número considerado adecuado de ocasiones. E igualmente para otras variables. C) Nunca se secuenciar el ADN obtenido, es decir, nunca se busca en qué orden están las letras genéticas del ADN resultante. Secuenciar permitiría comprobar que realmente se ha multiplicado lo que se quería. El riesgo es que se puede amplificar otro ADN en vez del ADN que se pretendía. Pero al final se afirma haber obtenido el que se deseaba... ¡aunque no haya sido secuenciado lo obtenido! D) Con la *PCR* no se puede cuantificar el material genético de partida. Es una técnica cualitativa, que permite decir si un tipo determinado conocido de ADN se encontraba presente o no. Pero no es una técnica cuantitativa que permita saber qué cantidad había de aquello cuya presencia se ha confirmado. Se pretende que esta última pega se ha

superado con variantes posteriores de la *PCR*, como la *PCR-QC* y la *PCR-b-ADN* (que es la usada por el Dr. Ho). Pero aunque no sea posible entrar hoy en ello, dicha pretensión es totalmente falsa. La cuestión clave para entenderlo es que cualquier error que se haga al suponer el peso relativo del ADN original, también será multiplicado millones de veces por la *PCR*. Por esto el propio Dr. Mullis afirma que el margen de error acerca del número de moléculas iniciales que contiene el tubo de ensayo es como mínimo del orden de entre uno a cien mil. Luego no tiene ningún sentido decir que “Le hemos encontrado una carga viral de 40.000 copias del VIH por mililitro”. Y menos, como he visto, “de 431 copias/ml”.

En segundo lugar, la *PCR* sólo permite multiplicar secuencias cortas de ADN, de entre 200 a 1000 letras genéticas. Y el VIH diseñado por los doctores Gallo y Montagnier tiene 9.150 letras genéticas. Es importante subrayar que este número fue consensuado porque era un escándalo que distintas propuestas del mismo VIH tuviesen longitudes distintas, lo cual rompía un principio cardinal de la virología: que todos los ejemplares de un mismo virus realmente existente, tienen exactamente la misma longitud. Luego la *PCR* no sirve para multiplicar ejemplares enteros de virus, cualquiera que fuese³⁶.

Y hay muchas más razones que descalifican el uso que los oficialistas hacen de la *PCR*.

Pero está siendo utilizada para dictaminar la supuesta carga viral de VIH de la persona etiquetada, para decidir el cóctel venenoso que se le administra y, encima, para afirmar que los venenos suministrados le resultan beneficiosos. ¡He aquí otra maravilla de la pseudociencia del SIDA!

³⁶(Añadida) Algunos oficialistas responden a esta crítica diciendo que “se han diseñado los primers o moléculas de arranque de la *PCR* de manera que se peguen a segmentos de información genética del VIH que son estables”. Pero tendrían que demostrar -y no sólo afirmar- que puede haber “trozos del ARN del VIH” que hayan permanecido estables cuando, según ellos mismos argumentan cada vez que lo necesitan, el supuesto “VIH” que han inventado: A) “muta constantemente”, y ello desde mediados del siglo XX (o del XIX o incluso de antes, según distintos “equipos de investigadores especializados”); B) ocurre que “ni dos de sus genomas son el mismo, ni siquiera provenientes de la misma persona”, luego tiene tantas informaciones genéticas distintas como ejemplares hay; C) “varia en un 40% su información genética de un ejemplar a otro, incluso dentro de la misma persona infectada”; D) “muta (casi) toda su información genética”; E) no tiene ninguna proteína viral, luego no tiene información genética propia; F)...

¿ASESINATO PREMEDITADO?

SIDA: EN ALEMANIA, AUTORIDADES SANITARIAS ACUSADAS DE ASESINATO PREMEDITADO

La revista inglesa *CONTINUUM* presentó al Sr. Karl Krafeld como "el mejor analista alemán sobre el SIDA", con motivo del informe que presentó en Londres el 9-10-96. Apoyándose en las investigaciones del virólogo Dr. Lanka y gran conocedor de las leyes alemanas, ha logrado que los políticos alemanes no hablen en público de SIDA. En efecto, han comprendido que es una bomba de relojería que les puede explotar en las manos y verse obligados a rendir cuentas en un futuro no muy lejano por la criminal política seguida respecto a este invento estadounidense. En la parte de entrevista publicada aparecen sus dimensiones tanto de científico social como de activista. No ha actuado sólo en el campo del SIDA. Krafeld ha logrado que Dortmund sea la única ciudad alemana (¿y del mundo?) cuyo ayuntamiento está comprometido a apoyar de manera concreta la integración de los drogadictos que abandonen las drogas. También impulsó una iniciativa que logró que el Parlamento aprobase en abril-94 una ley que bajaba de 1.000 a 500 gramos el límite de peso de los fetos que podían ser abortados. Esta medida ha permitido reducir considerablemente el número de embriones sacrificados al muy civilizado mercado de tejidos y otros componentes de la placenta. Y ha resaltado que la Constitución alemana establece el derecho de los ciudadanos a insurgirse contra los políticos, funcionarios, etc., que no defiendan los intereses del pueblo. Esto ha hecho que la presidenta del Parlamento, Dra. Süßmuth, utilice su poder intentando manipular las leyes para enviar al Sr. Krafeld a prisión, tras no haber logrado encerrarlo en un psiquiátrico. Para ello la Dra. Süßmuth, que también es la principal responsable de la política seguida sobre el SIDA, acusa al Sr. Krafeld de amenazarla de muerte...

“EL SIDA ES UN ASESINATO PREMEDITADO”

Karl Krafeld afirma que ésta es la conclusión científica a la que se llega tras investigar los documentos oficiales

(Diario16) Entonces, ¿opina Ud. que las afirmaciones que se consideran la verdad sobre el SIDA, como que “es una enfermedad infecciosa”, “está causado por el virus VIH”, “se transmite por vía sexual”, etc., son un engaño consciente que produce a sabiendas la muerte de personas?

(Krafeld) Yo no opino nada. Como científico social que soy, hago una declaración científica sobre la realidad del SIDA, y esta declaración está ligada al criterio científico de que cualquier hipótesis cierta debe ser comprobable y repetible en la práctica. Realizo una afirmación científica en base a los documentos oficiales referidos al SIDA, que he recopilado desde otoño de 1994.

Para expresarlo claramente: Gallo y los demás pseudocientíficos del SIDA dan opiniones que son insostenibles desde un punto de vista científico. Yo hago formulaciones científicas que son demostrables. Y manifiesto que el SIDA es un artefacto mortal inventado en el que conscientemente colaboran cargos públicos, también en Alemania.

¿Ha estudiado Ud. con científicos de renombre?

De mi profesor doctor Schwarzenau aprendí a tener el valor para pensar y para utilizar la comprensión. La herramienta científica clave, la relación crítica y científica con las hipótesis, la adquirí de mi profesora la doctora Rita Süßmuth.

A veces, la historia tiene unos giros insospechados. Dicha doctora Süßmuth es actualmente, como presidenta del Parlamento, la segunda personalidad en importancia de Alemania, por encima incluso del canciller Kohl. Pero no sólo eso: la Dra. Süßmuth, Ministra de Sanidad durante los años 80, fue responsable de la política de SIDA llevada a cabo. Y sigue siéndolo.

El 28-6-1995, en una entrevista realizada por sorpresa, la Dra. Süßmuth reconoció implícitamente que no existe demostración alguna de las tan extendidas opiniones oficiales sobre el SIDA. Respondió: “Si Ud. acepta que (el VIH) es endógeno, es decir, que se encuentra en el material genético, eso *tampoco* Ud. lo puede demostrar...”. Es un comportamiento singularmente raro para un responsable del SIDA el traspasar a los ciudadanos la obligación de demostrar las aserciones sobre el SIDA.

Como científica educacional, la Dra. Süßmuth conoce las negativas consecuencias psicoimmunológicas que un “resultado positivo de los tests” tiene para la persona afectada. También sabe que la administración de los llamados medicamentos del SIDA, como el AZT-Retrovir, por sí solos, y aunque no se padezca otra enfermedad, resultan mortales a medio plazo. A pesar de conocer estos hechos totalmente demostrables, la Dra. Süßmuth reafirma (por ejemplo, en cada “Día mundial del SIDA”) la creencia en que existe un virus VIH mortal.

En la mencionada entrevista dijo: “Pero de todas formas, sabemos que existen enfermos que mueren por esa enfermedad como quiera que se llame, por lo que debe existir un transmisor, un portador o un virus”. Con esta afirmación, la Dra. Süßmuth recurrió a usar a los fallecidos con la etiqueta de “muerto de SIDA” como demostración de la existencia de un supuesto virus mortal.

Esta señora, como presidenta del Parlamento alemán, sabe perfectamente lo que hace con su política sobre el SIDA. La Dra. Süßmuth es demostrablemente culpable intencionada. Basándonos en los criterios del derecho penal alemán, puede llamarse asesina con premeditación a la Dra. Süßmuth.

¿Intentó entrar en contacto con su antigua profesora para tratar del SIDA?

Por supuesto. Al principio creí que había una equivocación. Una equivocación con consecuencias mortales, pero una equivocación al fin y al cabo. Tenía un enorme respeto por mi antigua profesora. Pero al ver sus negativas y sus reacciones, tuve que aceptar la realidad: se trata de una asesina con premeditación. Recuerdo el instante preciso en que llegué a tal conclusión. Me encontraba sentado en un restaurante de Essen. Mi

cara debió cambiar de tal manera, que la señora de la mesa de al lado me preguntó si necesitaba ayuda.

La declaración “La presidenta del Parlamento alemán es una asesina con premeditación por su actuación en relación con el SIDA” es puramente racional y es comprobable racionalmente. Sin embargo, suele desencadenar emociones en la persona que la escucha. Para mí es comprensible, porque lo que declaro no es creíble. Pero la ciencia no debe apoyarse en creencias o, dicho más exactamente, la creencia sólo debe ser en la ciencia, sometida siempre al reto de ser superada a través de hechos demostrables y de la verdad lógica.

¿Llamaría asesinos con premeditación a todos los que toman parte en la política oficial del SIDA?

No. Dentro de ellos existen muchos que cometen errores mortales por los que a la vez son víctimas y culpables. Lo que sí puede demostrarse es que en ellos hay negligencia.

Voy a aclararlo con el ejemplo de la política sanitaria de Dortmund. Parto de la base de que, mientras no se demuestre lo contrario, se equivocan por negligencia. En este caso fue así hasta el otoño de 1996. Realizando una serie de actuaciones específicas, el Dr. Lanka y yo comenzamos a privar de la presunción de inocencia a la directora de la Concejalía de Salud, la Dra. Düsterhaus, al coordinador del SIDA, Sr. Bühmann, y al director del Departamento Social, Dr. Schäfer. Por ejemplo, el “Día mundial del SIDA” de 1996 demostramos públicamente que no existe ninguna prueba que legitime la política del SIDA llevada a cabo por estas tres personas. Esto también privó de presunción de inocencia al director municipal, Dr. Koch, al primer alcalde, Sr. Samtlebe, y al alcalde, Sr. Ladage.

Por ejemplo, el 22-11-1996 mantuve una conversación con la mencionada Dra. Düsterhaus, en quien delegó el director del Departamento Social. El Dr. Lanka también asistió a este encuentro. Comprobamos que sabía perfectamente que no se dispone de demostración alguna de que exista el VIH y de que provoque el SIDA.

Por ejemplo, a finales de diciembre-96, solicité la realización de un ensayo de anticuerpos VIH insistiendo previamente en obtener una demostración clara de su validez científica, dentro del marco de la obligación que tiene el médico de informar al paciente. También el Dr. Lanka realizó

este paso. No nos proporcionaron ninguna demostración. Se limitaron a pasarnos un folleto en el que se afirma que “la prueba de anticuerpos VIH proporciona seguridad”...

Debería conocerse en todo el mundo que, como conclusión de estas actuaciones, Dortmund es la primera ciudad en la que, de forma demostrable, se ha privado a los responsables de SIDA de su presunción de inocencia. Desde inicios de 1997 ya no son víctimas y culpables, sino únicamente malhechores conscientes.

¿Puede Ud. demostrar la intencionalidad en otros responsables concretos?

Sí. El gobierno federal tiene un organismo que invita a “Si tienen dudas respecto al SIDA, pregunten y se les responderá”. Pregunté en febrero-95 dónde estaba publicada la foto del llamado “virus del SIDA” aislado, indicando yo explícitamente que esta foto no había sido presentada por los considerados “descubridores del VIH”, doctores Montagnier y Gallo.

El Dr. Marcus, redactor de prensa del *Centro de Referencia Científica* adscrito a la Política Federal del SIDA, me envió justamente las copias de las publicaciones de Montagnier y Gallo, afirmando: “Aquí se encuentra la foto...”, sin indicar ni página ni número de foto. Esto constituye una mentira o una inducción intencionada a error. Puede probarse que el Dr. Marcus, una autoridad sanitaria federal, es un culpable consciente. Igualmente puede demostrarse la culpabilidad consciente en el Dr. Müller, de la *Central Federal de la Salud*, y en el Dr. Grupp y en Franz Binder, del Ministerio de Sanidad. Este proceso está documentado en el Parlamento alemán, bajo el acta de petición 5-13-15-2002-010526, que fue negada, por lo que también la presidenta del Comité de Petición del Parlamento, la Sra. Nikels, es una demostrable delincuente consciente.

Ud. afirma que podría demostrar la participación delictiva consciente, y habla incluso de asesinato. ¿No debería notificarlo a la policía e implicar a la fiscalía?

Lo hice por primera vez en junio-94. Por aquel entonces, partía de la hipótesis de que existía negligencia. El 29-9-95, en la Feria de la Salud de Essen, repartí una lista con los nombres y números de referencia de diez fiscales implicados. Por ejemplo, la fiscalía admitió que en una clínica se

impidió la administración de soluciones salinas y de otros medios estabilizadores a una persona enferma de SIDA que, según el parte médico, presentaba estado general de desnutrición. Así demostré que una persona con SIDA no tiene derecho a la vida. La inacción de la fiscalía está apoyada por el ministro de justicia de Düsseldorf, mediante el acta de referencia 4121E-IIIB370/94. El Sr. Krottmeier, de la policía de Dortmund, así como el fiscal de Dortmund, Sr. Roxel, están completamente informados sobre los hechos de asesinato en caso de SIDA en Dortmund. También los señores Köblitz y Schmidt, de la central de la policía General Criminal, están informados sobre el hecho de que, en el caso del SIDA, hay una alevosa actuación dirigida a producir una matanza humana. La intencionalidad demostrable abarca en Alemania a responsables de la policía y de la fiscalía.

¿Por qué trata Ud. tan duramente al Dr. Gallo, a la Dra. Süßmuth y a estas personas que ha nombrado?

No las trato duramente. El tema que estamos tratando aquí, sí es muy duro. Se trata del SIDA. Se trata de vidas humanas. Cuando hay vidas humanas en juego, no se puede tolerar la negligencia. Es necesario un trabajo científico riguroso, y este requerimiento lo dirijo de igual manera a Gallo que a Lanka, por nombrar dos científicos representativos de dos enfoques opuestos. Y se precisa una honestidad y justicia que exijo a quienes son los responsables de preservarlas e imponerlas.

¿Alguna puntualización final?

Que no soy seguidor de nadie. Tan sólo sigo el derecho a la vida: mi derecho a la vida, el derecho de los demás a la vida, y el derecho de las generaciones futuras a la vida.

El SIDA es el primer dogma aterrorizador que se ha conseguido extender por todo el planeta. Cada vez es más clara la contradicción existente entre el SIDA, este producto de determinados intereses de los EE.UU. y de algunos responsables en todos los países, y las necesidades de los pueblos y de los Estados de Derecho democráticos, en especial de los Derechos Humanos. Por esto tengo la absoluta confianza de que entraremos en un tercer milenio sin SIDA, en un siglo que dará a la humanidad la oportunidad de vivir una vida justa.

¿TRANSMISIÓN SEXUAL?

EDITORIAL

Silencio, muerte y SIDA

El mayor escándalo médico de fin de siglo amenaza con estallar bien pronto -y a Dios gracias-. Se trata de ese montaje macabro llamado SIDA. Desde hace tres meses, *Diario 16* ha publicado las tesis y testimonios de los disidentes -científicos y médicos- tratando de que los oficialistas contestaran y se entablara así un debate que aclarase los múltiples interrogantes que pesan sobre la existencia del virus VIH, su presunta malignidad, la validez de los tests y la perniciosa calidad de las medicinas aplicadas a los supuestos enfermos.

No ha habido la menor respuesta. Los oficialistas del SIDA, verdaderos mandarines de su oculta ciencia, no se han dignado responder a los disidentes. Publicamos una entrevista con el virólogo doctor Stefan Lanka que niega tajantemente la existencia del virus VIH. Nadie contestó.

Pedimos las pruebas sobre la existencia del maldito virus, ofrecimos incluso un premio de un millón de pesetas a quien enviara tales pruebas. Nadie contestó. Semana tras semana han aparecido en nuestras páginas expertos disidentes que, cada vez más claramente, califican al "invento SIDA" de montaje mortal. Aseguran que los supuestos enfermos seropositivos del supuesto VIH se mueren por otras razones y no por el inexistente virus. Y entre las razones de muerte más seguras citan precisamente las supuestas medicinas contra el SIDA -a las que acusan de ser mortales a medio plazo- y denuncian también como mortífera la incomprobada definición de que los seropositivos están condenados. Asegurarle a alguien la muerte inevitable es eficaz manera de aniquilarlo psíquica y físicamente.

En la entrevista que publicamos hoy, el disidente doctor español Enric Costa afirma que "por la naturaleza química y la toxicidad de los antiretrovirales (medicinas contra el VIH) que se utilizan, ninguna persona, por

sana que esté, puede sobrevivir a medio plazo a su acción y efectos secundarios”. Su conclusión es estremecedora: “Esta situación ha colocado a los ciudadanos seropositivos en un callejón sin salida: por un lado, les han informado que tenían un virus que tarde o temprano acabará por matarles y, por el otro, para retrasar el ataque final de ese virus, se les administra una medicación que tarde o temprano efectivamente les matará”. Terrible.

Y los oficialistas, callados. Si es cierta la versión de los disidentes -cada vez más y cada vez más seguros- el “invento SIDA” puede ser el mayor escándalo de la medicina moderna en este siglo. Y las responsabilidades del *establishment* médico y de las autoridades sanitarias serían enormes. Hay vidas por medio. En Alemania van a pedir responsabilidades criminales por inacción política; por dejar hacer y que sigan las muertes en silencio. Aquí puede ocurrir igual. Si los oficialistas no contestan, la Administración debe intervenir y parar una operación que mata masivamente. Ojo los Poncios, que la justicia también les puede llegar a sus manos limpias.

¿TRANSMISIÓN SEXUAL?

El doctor Enric Costa es médico especialista en Medicina Interna y Neurología, aunque hace dieciséis años que practica exclusivamente la Medicina Natural. En 1993 publicó el libro “*SIDA, juicio a un virus inocente*” (Mandala, Madrid), el primero (¿y único?) escrito en España con un enfoque radicalmente distinto del oficial. Tiene el mérito añadido de que cuando lo escribió, el doctor Costa ignoraba que existe una corriente internacional de más de quinientos científicos (entre ellos, dos Premios Nobel, los doctores Mullis y Gilbert, y tres miembros de la Academia Americana de Ciencias, los doctores Duesberg, Rubin y Lang) que rechazan frontalmente la hipótesis nunca demostrada VIH=SIDA. El Colegio de Médicos de Valencia le abrió un expediente disciplinario porque su Consejo Deontológico consideró que las conclusiones de este trabajo de investigación constituían un peligro para la salud pública. En realidad, lo único que hizo fue utilizar los datos obtenidos en hospitales de la comarca e interpretarlos a la luz de su propia experiencia con personas etiquetadas, de sus conocimientos de Medicina Natural y, como el propio doctor Costa subraya, del sentido común. Las conclusiones a las que llega las puede entender fácilmente cualquiera. Sin embargo, recibió una serie de llamadas ame-

nazadoras para su integridad física que le decidieron a cerrar la consulta y tomarse un largo periodo sabático. Es lógico por múltiples motivos el llamamiento que hace a sus colegas médicos y científicos a que estudien los numerosos argumentos críticos existentes sobre el SIDA y que obren después razonablemente. Así sea.

“EL SIDA NO ES UN FENÓMENO INFECCIOSO”

Enric Costa, médico especialista en Medicina Interna y Neurología

El autor de *“SIDA, juicio a un virus inocente”* afirma que el “famoso VIH o es totalmente inofensivo o no existe” y que “lo que se ha llamado SIDA no se puede contagiar por sexo ni por sangre”.

por Lluís Botinas/Barcelona

(Lluís Botinas) ¿En que consistió la investigación y a qué conclusiones llegó?

(Enric Costa) Es un trabajo simple de recogida de datos clínicos a través de cinco años, de 1987 a 1991, sobre enfermos presuntamente muertos por el VIH. Se demuestra claramente que lo que se ha llamado SIDA no es un fenómeno infeccioso y, por tanto, no se puede contagiar ni por sexo ni por sangre. El SIDA es un fenómeno de acumulación de tóxicos, es consecuencia de la intoxicación crónica motivada básicamente por drogas y medicamentos químicos y tóxicos. Por otra parte, el famoso VIH o es totalmente inofensivo o no existe. En este sentido puedo decir que llevo más de quince años interesado en el tema y todavía no he visto prueba científica de la existencia de ese virus.

¿Qué hechos le hicieron pensar que no se trataba de un virus infeccioso?

En los años ochenta dirigía una consulta de medicina general a la que acudieron los para mí primeros ciudadanos identificados con la “nueva enfermedad infecciosa”. Por entonces sólo disponía de la información oficial difundida por los media. Llamó poderosamente mi atención que

los primeros dieciocho casos de seropositivos que se presentaron tenían pareja estable, como mínimo desde dos años antes de hacerse la prueba, y en algunos casos desde ocho, doce y hasta dieciocho años. Sin embargo, estos seropositivos no habían contagiado ni a su pareja estable ni a los hijos en común. Si este virus se contagia por el sexo... ¿cómo se podían explicar estos casos?

¿Hay pruebas comprobables de esas parejas estables que no se contagiaron después de años de relación sexual?

El miedo a la marginación dificulta que las personas afectadas den su testimonio públicamente. Pero afortunadamente todos los médicos y organizaciones disidentes conocemos algunas que estarían dispuestas a publicar su caso. De todas formas, cada lector ya dispone de información que prueba que el VIH no se contagia a través del sexo. Rock Hudson fue el primer personaje famoso que fue sacado a la palestra: la prensa nos reveló que su novio y compañero sexual de sus últimos años no estaba infectado. Anthony Perkins murió supuestamente por un virus que no logró contagiar a su mujer ni a sus hijos. Tampoco lo consiguió Arhur Ashe, el famoso tenista que engendró a su hija siendo seropositivo, y ni su esposa ni su hija lo son. Magic Johnson tampoco contagió a su señora después de cuatro años de matrimonio, y su hijo también está limpio, etcétera. Como puede ver el lector, conoce también casos en los que no se ha producido contagio, y son precisamente los primeros casos públicos y famosos. En mi experiencia personal de todos estos años, el que uno sea seropositivo y el otro no -situación inexplicable desde la versión oficial- se da en el noventa por ciento de las parejas a las que he tenido acceso.

Si no es un virus, ¿de qué ha muerto tanta gente?

Básicamente por intoxicación; pero, atención, tanto a nivel físico-químico como a nivel psicológico. Se ha producido un efecto vudú colectivo sobre la población de afectados, diciéndoles desde todas partes que tenían un virus que tarde o temprano, pero sin remedio, les mataría. Y además eso se ha convertido en una verdad dogmática que no permite a la persona afectada disponer de otro tipo de información. Esto, sumado a la marginación y desprecio de su propio hábitat social, produce en el “marcado” una desmoralización y un terror que son suficientes para destruir la vitalidad de cualquiera.

Por otra parte, los mismos técnicos oficiales admiten que en el Estado español el mayor porcentaje de SIDA se da entre población adicta a drogas intravenosas. Estas personas están altamente intoxicadas por las sustancias que se inyectan en las venas durante años. El resto de población afectada está formado por ciudadanos farmacodependientes, es decir, personas que, por una razón u otra, han tenido que consumir grandes cantidades de antibióticos, corticoides, quimioterápicos, etcétera.

Varios científicos y médicos han afirmado que la medicación que se aplica destruye el sistema inmunitario. ¿Es usted de la misma opinión?

Este es el tema más delicado de todo este asunto, puesto que produce una gran sensación de escándalo en los ciudadanos y encoleriza a los técnicos oficiales que han creado y llevado todo este asunto desde el principio, y claman para que el poder político castigue a los médicos disidentes por nuestras opiniones. Pero no son opiniones. Los científicos no podemos hacernos opiniones sobre la realidad, como los moralistas. Nosotros sólo podemos constatar la realidad con datos y pruebas contrastables por todos los demás científicos. Finalmente la realidad nos gustará más o menos, pero nuestra opinión no cambiará para nada esa realidad. (La ciencia del Renacimiento opinaba, por razones de tipo político y religioso, que el Sol giraba en torno a la Tierra y no admitía disidentes. Uno de los investigadores presentó unos datos que contradecían la doctrina imperante; le obligaron a dar una opinión contraria a sus propios datos, y Galileo Galilei, obligado, así lo hizo. Pero eso no cambió la realidad de que el Sol es el centro del sistema solar). Todos los investigadores que han dicho que la medicación que se administra a los seropositivos destruye el sistema inmunitario y produce la muerte, no han dado una opinión sino que han constatado una realidad que no admite excepción. Por la naturaleza química y la toxicidad de los antirretrovirales que se utilizan, ninguna persona, por sana que esté, puede sobrevivir a medio plazo a su acción y efectos secundarios. Esta situación ha colocado a los ciudadanos seropositivos en un callejón sin salida. Por un lado, les han informado que tenían un virus que tarde o temprano acabará por matarles, y por el otro, para retrasar el ataque final de ese virus, se les administra una medicación que tarde o temprano efectivamente les matará. Por eso el enfermo muere y entonces se opina que “sin duda le ha matado el virus del SIDA”.

Esas afirmaciones son muy graves. ¿Tienen pruebas los científicos disidentes?

La prueba de que todo esto es verdad son los propios seropositivos que no han muerto después de más de diez o quince años. Los supervivientes de larga duración son seropositivos que no toman la medicación oficial. Aunque hace diez años o más les dijeron que tenían un virus que les mataría en dos o tres años, ha pasado el tiempo y, llevando una vida más o menos sana y exenta de tóxicos, siguen vivos y sanos, obligando a los técnicos oficiales a añadir años al supuesto “periodo de latencia” del virus. Pero también en esta ocasión el lector puede disponer de casos que son de dominio público. Presten atención: Magic Johnson es el único de todos aquellos famosos que nos fueron presentados por los media que sigue sano, vivo y fuerte. ¿Saben por qué? Porque rechazó la medicación al principio, por notar que le sentaba fatal. Todos los demás tomaron la medicación y han muerto. Lástima que recientemente se ha dejado atrapar por el propio doctor Ho y el *marketing* de sus cócteles venenosos. Mucho me temo que ni su atlética constitución ni su fe en Dios le podrán proteger de los inevitables efectos destructivos a medio plazo.

El doctor Jordi Riba, que es un seropositivo con más de diez años de diagnóstico, afirmó en un programa del periodista Angel Casas que no tomaba el AZT-Retrovir. Pero no tuvo ningún reparo en aconsejar al resto de seropositivos que ellos sí lo consumieran. Él sigue vivo, pero ¿y los que han seguido su medicinal consejo?

Si todo esto está tan claro y es comprobable públicamente, ¿por qué la clase médica no reacciona, por qué son tan escasos los médicos disidentes?

Hace unos años éramos aún más escasos. Pero su pregunta tiene una respuesta que guarda relación con la manera de funcionar de la estructura médica moderna. En la actualidad, la inmensa mayoría de profesionales de la medicina son especialistas, es decir, trabajan en ramas de la medicina como ginecología, nefrología, neurología... muy apartadas de otras especialidades como la virología, y más apartadas aún de una superespecialidad como es la retrovirología. Esta tremenda separación motiva que un cardiólogo, un dermatólogo, un digestólogo... tenga la misma información sobre el SIDA que cualquier otro ciudadano normal, es decir, la información oficial que se ha divulgado tanto en todos los medios

de comunicación. Como es normal, la inmensa mayoría de médicos ha confiado en estos retrovirólogos superespecialistas, y hasta el día de hoy no se han planteado el tema porque confían que están en buenas manos. Por otra parte, los superespecialistas que han creado esta alucinación han sacado pingües beneficios de las patentes de su “descubrimiento” y gritan que se castigue a los aún pocos científicos y médicos que, por una razón u otra, han prestado atención al tema y han descubierto este gran fraude. Desde aquí pido por favor a mis colegas médicos, clínicos, universitarios e investigadores que presten atención al tema SIDA, que estudien los argumentos de los disidentes y que obren después razonablemente.

¿Cuál ha sido su experiencia con las asociaciones y comités oficiales antisida?

Naturalmente, fui a visitar varias asociaciones oficiales de ciudadanos seropositivos y me encontré con que están formados por dos tipos distintos de personas. Por un lado, cantidad de ciudadanos que han sido diagnosticados como seropositivos y que acuden a estos centros en busca de ayuda e información. Asisten a sus reuniones con verdadero interés, preocupados por su “nueva enfermedad”, y se aplican los tratamientos que recomiendan los directores, monitores y médicos que dirigen estos centros. Estos profesionales y algunos seropositivos carismáticos son los encargados de diseñar la información y el tratamiento, que son exclusivamente los oficiales.

Por otra parte, todos los profesionales que se ocupan del tema oficial deben su empleo de reciente creación a la gran cantidad de inversiones y donativos tanto estatales como privados. Asisten a congresos y reuniones informativas en hoteles de lujo patrocinadas por las multinacionales farmacéuticas y gozan de un estatus profesional que no hubieran alcanzado de no ser por el SIDA. De ahí nace el desinterés, e incluso la animadversión, de estos profesionales por toda otra versión científica disidente que pusiera en peligro su brillante carrera profesional y económica.

Significaría un gran avance en la lucha por acabar rápidamente con el SIDA que estos comités se abriesen a los planteamientos críticos y organizaran debates lo más intensos y plurales posibles.

¿CÓCTELES ASESINOS? (1)

¿POR QUÉ LOS CÓCTELES SON TENDENCIALMENTE MORTALES?

La oficial *XI Conferencia Internacional de SIDA* celebrada en Vancouver en julio-96 significó la consagración de las terapias combinadas más conocidas como *cócteles*. Los aparatos de propaganda de las multinacionales farmacéuticas manipularon el multitudinario encuentro y consiguieron que se impusiese la criminal recomendación “golpear rápido y fuerte”. Rápido: en cuanto a alguien le pongan la etiqueta de seropositivo (algunos “especialistas” incluso proponen comenzar mientras se esperan los resultados), empezar ya a administrarle los cócteles. Fuerte: administrárselos en grandes dosis. Y esto incluso en personas absolutamente asintomáticas, es decir, perfectamente sanas pero que han tenido la desgracia de dar positivo a unos tests que son una chapuza, por lo que carecen de toda validez diagnóstica. En cuanto se conoce cómo funcionan los dos “medicamentos” que componen estos cócteles, se comprende que sólo pueden ser tendencialmente mortales a medio plazo. En efecto: los “nucleósidos análogos” (engañosamente presentados como “inhibidores de la transcriptasa inversa”) impiden la división celular y destruyen las mitocondrias, mientras que los “inhibidores de proteasas” (tramposamente presentados como inhibidores de la proteasa”, en singular) impiden el metabolismo celular. Tendencialmente, la combinación de ambos llevaría a la tumba a la persona más sana del mundo, y ello en unos pocos años. Abordamos hoy la actuación nefasta de cada uno de los componentes, dejando para la próxima semana la explicación de lo erróneo de los criterios usados oficialmente para justificarlos, de porqué es posible que a algunos terminales les haya permitido recuperarse espectacularmente en pocas semanas, y de porqué se insiste en que no dejen de tomarse ni un sólo día.

LOS “NUCLEÓSIDOS ANÁLOGOS” IMPIDEN LA DIVISIÓN CELULAR

**AZT-Retrovir, ddl-Videx, ddC-Hivid, ...,
bloquean la síntesis de ADN y matan las células**

¿QUÉ SON LOS CÓCTELES?

Con la denominación “cócteles” se ha popularizado lo que técnicamente se llama “terapia combinada”, constituida normalmente por tres medicamentos (triterapia). Suelen ser dos productos de la primera familia de medicamentos oficialmente reconocidos contra el SIDA, los “nucleósidos análogos”, y uno de la segunda, los “inhibidores de proteasas”. Oficialmente, ambas familias son presentadas como anti-VIH actuando en dos momentos distintos de lo que se ha diseñado como ciclo vital de un supuesto virus VIH del que seguimos premiando las pruebas científicas de que exista.

Los nucleósidos análogos son justificados diciendo que actúan supuestamente de forma selectiva sobre las células supuestamente infectadas por el supuesto VIH impidiendo que se dividan, con lo que también se evitaría que se pudiese multiplicar el “temible VIH”.

Los inhibidores de proteasas son justificados diciendo que actúan supuestamente de forma selectiva sobre la supuesta proteasa del “VIH” impidiendo que pueda actuar, con lo que no se podrían formar las supuestas proteínas de la supuesta envoltura del supuesto VIH, por lo que no se constituirían nuevos ejemplares del “peligrosísimo VIH”.

¿QUÉ SON LOS “NUCLEÓSIDOS ANÁLOGOS”?

Son nucleósidos obtenidos y marcados químicamente diseñados de forma que sean análogos a uno de nuestros nucleósidos naturales. Cuando a la hora de sintetizarse los hilos complementarios de ADN, cuando la célula tiene que dividirse, un nucleósido químico ocupa el lugar de uno natural y queda bloqueada dicha síntesis, por lo que la célula no podrá dividirse y acabará muriendo. Esta estrategia podía tener algún sentido en el caso del cáncer, pero es totalmente irracional en el caso del SIDA.

Es muy ilustrativa la historia del AZT. Inventado en 1964 contra el cáncer, al llegar a los experimentos con animales se vio que era tan tóxico que no llegó a aplicarse a personas (excepto de forma experimental minoritaria). Pero en el cuadro del SIDA este veneno fue reconocido en 1987 con el nombre comercial de Retrovir como primer tratamiento oficial contra el SIDA (probablemente para continuar los experimentos a gran escala). Y no es una metáfora o exageración decir que el AZT es un veneno: la multinacional Sigma lo sigue vendiendo, para uso exclusivo en laboratorio y nunca como medicamento, en una caja en la que están dibujadas una calavera y unas tibias cruzadas, y con indicaciones claras de su mortal peligrosidad.

Y el grito de alerta ante el AZT-Retrovir es totalmente extensible al resto de productos de la primera familia (ddI-Videx, ddC-Hivid, 3TC-Epivir, ...) puesto que todos funcionan por el mismo principio: impedir la división celular bloqueando la cadena de ADN.

La pregunta miles de veces formulada por los críticos y nunca respondida por los oficialistas, es la siguiente: ¿cómo unas sustancias que impiden la división celular y que se toman día tras día, semana tras semana, mes tras mes y años tras año, pueden ser beneficiosas para nadie?

La respuesta es definitiva cuando se sabe cosas como las siguientes: 1) Cada día se nos muere aproximadamente un billón de células que son sustituidas por nuevas células que vamos formando constantemente. Si se hace tomar un o más productos que impiden la división celular, se frenará el remplazo de células, y la persona irá perdiendo, entre otras cosas, masa muscular. Ahí radica la principal razón de la imagen esquelética típica de quien nos es presentado como muerto de SIDA. (Otra razón es el consumo de drogas que por lo menos el 70 % de ellos han hecho). 2) Los nucleósidos análogos también dañan las mitocondrias de nuestras células, encargadas de formar la molécula energética ATP.

Luego la respuesta bio-lógica sólo puede ser una: es tendencialmente imposible que estos nucleósidos análogos puedan resultar beneficiosos a nadie.

No es de extrañar que se pretende engañar presentándolos como inhibidores de la transcriptasa inversa, cuando no hay prueba alguna de que actúe a nivel de dicho enzima que, todo ello según el ficticio modelo oficial, el "VIH" portaría a fin de poder transcribir su ácido nucleico ARN en ADN viral que se situaría dentro del ADN de la célula.

TENDENCIALMENTE

La vida es enormemente compleja, e igualmente cada uno de los innumerables equilibrios en que se basa. Ni en Biología ni en Medicina existe el cien por cien. Todos somos distintos unos de otros, y lo que le sienta muy mal a una persona no tiene porque sentarle tan mal a otra.

Pero sí existen una reglas biológicas básicas que son comunes a todos, aunque su forma de concretarse sea distinta en cada persona, que establece su equilibrio de conjunto exclusivo sencillamente donde puede.

Un ejemplo de regla básica es que la formación y distribución de la cantidad de energía adecuada a cada cual, es imprescindible para vivir. Aproximadamente el 95 % de la energía que utilizamos es elaborada, en forma de moléculas de ATP, en las mitocondrias celulares. Luego es decisivo el buen funcionamiento de las numerosas mitocondrias que tiene cada célula.

Pero resulta que las mitocondrias, aunque están integradas endosimbióticamente en la célula, son bacterias, por lo que resultan dañadas y finalmente muertas por los antibióticos, cuya función precisamente es matar bacterias. Además, está demostrado que también los antivirales AZT, ddI, ddC, aciclovir, etc., dañan las mitocondrias. Luego tanto los tratamientos presentados como preventivos, como los presentados como antivirales, impiden la formación de la energía necesaria para vivir. Lógicamente, la persona acabará muriendo por energiadeficiencia.

¿Puede haber excepciones? Probablemente sí, de igual manera que cuando se hacen experimentos con ratas sometidas a radiaciones a dosis letales, a veces hay una rata del lote que no muere, y los científicos no tienen explicación para ello.

Aunque existan excepciones, los cócteles son tendencialmente mortales a medio plazo. Uso la palabra “tendencialmente” para señalar que puede haber excepciones a la regla. Y ojalá haya muchas. Pero ello no suaviza el hecho de que sea criminal administrar estos venenos.

LOS “INHIBIDORES DE PROTEASAS” IMPIDEN EL METABOLISMO CELULAR

Indinavir, Saquinavir, Ritonavir, ..., interrumpen la formación y eliminación de proteínas

¿QUÉ SON LAS PROTEASAS?

El cuerpo humano tiene unos cien billones de células. Cada célula es un mundo complejísimo en el que, entre otros fenómenos, tienen lugar constantemente unas diez mil reacciones bioquímicas; parte importante de las cuales son para la formación de las nuevas proteínas que precisa la célula y la eliminación de otras proteínas que han cumplido su función y ya no necesita.

La mayor parte de estas reacciones son realizadas gracias a la intervención de enzimas de numerosos tipos. Los enzimas son una gran clase de proteínas. Las proteínas son largas cadenas de aminoácidos (unos mil como promedio), siendo estas cadenas tridimensionales en plantas y animales, pero lineales en bacterias. Hay veintiún aminoácidos distintos constitutivos de las proteínas, lo cual explica la gran cantidad, variedad y clases de proteínas existentes.

Las proteasas son un tipo de proteínas de la clase enzimas cuya misión es dividir precisamente las proteínas, incluidos los restantes enzimas, en trozos más cortos. Esta división es necesaria cuando: 1) se forman proteínas largas que deben ser cortadas para que las proteínas más cortas resultantes puedan cumplir sus tareas respectivas; 2) se ingieren proteínas (por ejemplo, al comer) y deben ser digeridas (cortadas); 3) deja de ser necesaria una proteína (por ejemplo, un enzima) y debe ser descompuesta en trozos más pequeños; 4) muere la célula (¡y se nos mueren un billón cada día!) y tiene que ser reciclada para aprovechar lo aprovechable y eliminar lo no-aprovechable; etc.

El papel de las proteasas es decisivo para la vida de cada célula y, en consecuencia, de cada tejido, órgano, y, finalmente, ente vivo.

Hay dos grandes tipos de proteasas: A) las inespecíficas: actúan paso a paso, es decir, cortan la proteína que debe ser reciclada en aminoácido

tras aminoácido, independientemente de cuáles sean; B) las específicas: cortan únicamente por un aminoácido determinado, y ello siempre que la secuencia formada por algunos aminoácidos anteriores y otros posteriores sea exactamente la adecuada.

¿QUÉ SON LOS INHIBIDORES DE PROTEASAS?

Son otro tipo de enzimas naturales cuya función es precisamente desactivar el funcionamiento de las proteasas. Así, acabada la digestión de lo que hemos comido, la acción de la pepsina y de otras proteasas digestivas debe ser silenciada. En consecuencia, se activa la antipepsina y otras antiproteasas que inhiben su funcionamiento.

Ya a nivel de cada célula hay un equilibrio complejísimo entre proteasas, inhibidores de proteasas y activadores de proteasas todos ellos naturales, habiendo cientos o más de cada tipo. No digamos lo sutil y complicado que resulta si nos referimos al conjunto del cuerpo.

¿PROTEASA DEL VIH?

Quienes siguen este Debate SIDA saben, a falta de que se presenten las pruebas solicitadas, que el VIH no existe. Luego es pura ciencia ficción destructiva todo lo referente a una supuesta proteasa del VIH y a cómo actuar para inhibirla...

Pero los retrovirologos doctores Gallo, Montagnier, ..., fueron diseñando un (cambiante) modelo de VIH que fue y sigue siendo acríticamente aceptado por los oficialistas.

El modelo dominante de “VIH” afirma que contiene en su interior una proteasa que es la encargada de dividir la proteína larga que, nos dicen, “se forma cuando el ADN-viral pone a su servicio la maquinaria bioquímica de la célula que infecta”. Esta proteína larga debe ser cortada en varios trozos que constituirán las diez proteínas que el modelo dice que tiene el “VIH”.

Oficialmente se reconoce que no han sido capaces de aislar la proteasa del VIH. Pero la pseudociencia del SIDA no se detiene por este tipo de situaciones. Han obtenido genéticamente “algo” que presentan como “proteasa del VIH”. Se informó de que la “proteasa del VIH” es una proteasa-aspartato porque corta las proteínas precisamente en enlaces donde está el aminoácido llamado ácido aspártico. Y también se informó

de la sorpresa experimentada por los investigadores al descubrir que la “proteasa del VIH” es muy parecida a la pepsina, una proteasa digestiva que se encuentra en el estómago de todo ser humano.

A partir de estos datos se comenzó a diseñar antiproteasas para esta también diseñada “proteasa del VIH”.

¿INHIBIDORES ESPECÍFICOS DE LA PROTEASA DEL VIH?

En enero-96, los departamentos comerciales de las empresas que invirtieron en diseñar “inhibidores de la proteasa del VIH”, consiguieron resolver lo que sus laboratorios no habían logrado en una década. Los medios de comunicación cubrieron a bombo y platillo la *Tercera Conferencia sobre Retrovirus y Enfermedades Oportunistas* celebrada en Washington. Se presentó una veintena de artículos elaborados exclusivamente por científicos pagados por los laboratorios, que no habían sido publicados antes ni lo fueron después en revista científica alguna, y que afirmaban muy buenos resultados –jamás contrastados– obtenidos aplicando inhibidores de proteasas. El siguiente paso fue la aparición en seguida de dos artículos en la revista *Nature*. El salto a la fama temporal tuvo lugar en la ya mencionada XI Conferencia en Canadá, que “casualmente” fue precedida un mes antes por un acuerdo entre las doce principales multinacionales farmacéuticas a fin de colaborar en el campo del SIDA. Y la inmensa mayoría de medios de comunicación han actuado de inconsciente (¿o no?) caja de resonancia...

Pero hay un dato oficial que resulta definitivo cuando se sabe lo arriba escrito acerca de la especificidad de las proteasas, y que por sí sólo descalifica todas las proclamas oficialistas. Los investigadores oficiales aseguran que la por ellos diseñada “proteasa de VIH” corta en varios sitios distintos la proteína precursora de las proteínas del VIH sobre la que nos dicen que actúa. He encontrado cifras entre ocho y diez, aunque quizá lo lógico sería nueve teniendo en cuenta que el VIH fue inventado teniendo diez proteínas en su envoltura. Se trata de una nueva “primera vez” de la pseudociencia del SIDA...

Pero esta imposible inespecificidad va acompañada de la proclamación de una especificidad que también es imposible. Se pretende que los “inhibidores de proteasa” comercializados actúan única y exclusivamente sobre la “proteasa del VIH”. Esto es imposible.

Lo veremos la próxima semana, junto con la forma de actuar de los “inhibidores de proteasas” que se están administrando en los hospitales. Ello permitirá comprender que su actuación destructiva sobre el metabolismo celular y orgánico los convierte probablemente en más peligrosos que el propio AZT-Retrovir...

También veremos cómo son erróneos los criterios oficiales aplicados para decir que los cócteles resultan beneficiosos. Y dos cuestiones prácticas claves: porqué en algunos casos muy avanzados pueden provocar mejoras espectaculares transitorias, y porqué los oficialistas insisten en que los cócteles deben tomarse sin ni un sólo día de interrupción.

¿CÓCTELES ASESINOS? (2)

¿POR QUÉ LOS CÓCTELES PARA EL SIDA SON TENDENCIALMENTE MORTALES? (2)

El martes pasado se empezó a explicar que los "cócteles" son tendencialmente mortales a medio plazo porque lo son cada uno de los dos tipos de medicamentos que los componen. La razón principal (pero no la única) de que lo sean los "nucleósidos análogos" (AZT-Retrovir, ddI-Videx, ddC-Hivid, 3TC-Epivir, D4T-Zerit, ...) es que impiden la división celular al bloquear la formación del ADN, por lo que las células inevitablemente irán muriendo hasta que finalmente también fallezca la persona. Hoy se ilustra a partir de la etiqueta del AZT que vende la multinacional Sigma, y del prospecto del AZT-Retrovir que vende la multinacional Wellcome. La razón principal (pero no la única) de que también sean tendencialmente mortales a medio plazo los "inhibidores de proteasas" (Indinavir-Crixivan, Saquinavir-Invirase, Ritonavir-Norvir, ...) es que impiden el funcionamiento celular y orgánico. Puesto que estos productos son el mayor engaño actual dentro del enorme engaño que es todo el montaje del SIDA, se comenzó ya a explicarlos con más detalle. Se vio que el modelo de los investigadores oficiales sostiene que la "proteasa del VIH" es capaz de cortar la "proteína precursora del VIH" en 8 a 10 sitios con secuencias de aminoácidos distintas. Esto rompe con el principio inequívoco de que las proteasas específicas sólo pueden cortar por una secuencia determinada, y constituye otra "primera vez" de eso llamado "SIDA". Hoy se explica cómo mata la forma de actuar de los "inhibidores de proteasas". Ello sienta las bases para ver el próximo martes los criterios falsos de los oficialistas que les hacen llegar a la errónea conclusión de que los "cócteles" son beneficiosos, y porqué en algunos terminales puede haber una recuperación espectacular transitoria, y se insiste en que "se deben tomar sin interrupción".

LOS “NUCLEÓSIDOS ANÁLOGOS” MATAN PORQUE IMPIDEN LA DIVISIÓN CELULAR (2)

AZT-Retrovir, ddl-Videx, ddC-Hivid, 3TC-Epivir, D4T-Zerit, ...,bloquean las síntesis de ADN y de energía, y la persona morirá

No es ninguna exageración afirmar que el AZT-Retrovir es un veneno tendencialmente mortal. Ya lo demuestran la etiqueta reproducida en la página 211 y las explicaciones que contiene.

¡Y este veneno ha sido el tratamiento dado a centenares de miles de personas etiquetadas como seropositivas o, en su caso, como SIDA! Se les dio como monoterapia durante siete años (1987-93), combinado con otro nucleósido análogo durante dos años (94-95), y, desde la aparición en 1996 de los cócteles que incorporan un inhibidor de proteasas, sigue estando presente en muchos de ellos! Así, el campeón de esta triterapia asesina, el Dr. Ho, lo incluye.

No es de extrañar que la dosis haya ido bajando constantemente, desde los 1.500 mg. diarios o más que se administraban al principio. Pero incluso hoy en día se hace tomar de 250 a 600 mg diarios, es decir, de 10 a 24 veces los 25 mg. de la caja en la que, para alertar, Sigma dibuja una calavera y unas tibias cruzadas.

Además, la lectura del prospecto que contuvieron durante años las cajas de AZT-Retrovir vendidas por la multinacional Wellcome ponía los pelos de punta. Y ello a pesar de que esconde las dos cuestiones más graves: A) bloquea la cadena de ADN, por lo que las células no pueden dividirse y la persona morirá; y B) destruye las mitocondrias celulares, luego las células no pueden producir energía y la persona también morirá. Pero lo que aparece es sobrecogedor.

Dice textualmente que puede producir “anemia (pueden requerir transfusiones), neutropenia, leucopenia” (consecuencia de que, como indica la etiqueta, ataca médula ósea y sangre, por lo que ¡es inmunodepresor!); “náuseas, vómitos, anorexia, dolor abdominal, dolor de cabeza, erupción, fiebre, mialgia, perestesia, insomnio, malestar, astenia, dispepsia”; “somnia, diarrea, vértigo, sudoración, disnea, flatulencia, alteración del

sabor, dolor pectoral, pérdida de agudeza mental, ansiedad, frecuencia urinaria, depresión, dolor generalizado, escalofríos, tos, urticaria, prurito y síndrome semejante a influenza”; “convulsiones y otros efectos cerebrales, miopatía, pigmentación de las uñas, pancitopenia por hipoplasia medular y trombocitopenia aislada, alteraciones hepáticas tales como hepatomegalía, cambio grasoso y niveles sanguíneos aumentados de enzimas hepáticas y bilirrubina”. El propio prospecto contiene varias frases del tipo “Tales alteraciones revierten rápidamente con la supresión del tratamiento”, con lo que reconoce que el propio AZT-Retrovir es la causa. Advierte de que “Dado que puede pasar a la leche materna y podría causar grave toxicidad a los lactantes, se recomienda a las madres tratadas con Retrovir que no alimenten a sus hijos con leche materna”. Además, apunta que es “carcinógeno” (produce cáncer), “mutagénico” (causa mutaciones) y “clastogénico” (ocasiona rupturas cromosómicas), luego altera por vía doble la información genética hereditaria.

No es de extrañar que en muchos hospitales hayan estado dando el AZT-Retrovir en bolsitas de plástico sin el prospecto, escondiendo información vital para quienes lo tomaban. Y en los últimos tiempos se silencia de una forma más sutil: un prospecto de diciembre-95 es mucho más reducido y no aparece ni una quinta parte de lo aquí transcrito. Recomienda que se consulte con el médico. Parece claro que los cobayas humanos del SIDA no tienen derecho a saber qué venenos ingieren...

El nuevo prospecto del AZT-Retrovir silencia muchos de los graves efectos que mencionaba el anterior. Pero incluye una novedad: Recomienda que el AZT-Retrovir se administre a todas las seropositivas embarazadas “después de los primeros tres meses hasta el parto y durante el mismo, y al recién nacido durante las seis primeras semanas de vida”. Y en esto insisten regularmente tanto los oficialistas como los medios de comunicación que se hacen eco de alguno de ellos.

Pero el AZT impide la división celular y, como sí recogía el prospecto anterior aunque no el nuevo, produce mutaciones y rupturas cromosómicas. Luego lógicamente es teratógeno, es decir, causa defectos de nacimiento. Y resulta que desde hace años hay revistas científicas que recogen las deformaciones aparecidas en bebés nacidos de madres que tomaron AZT durante su embarazo.

El propio artículo que los CDC usan para hacer la mencionada catastrófica recomendación habla de que se encontraron “anomalías mayores”

en algunos de los bebés nacidos, aunque “olvida” detallar cuales. Pero en el “Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndrome” de julio-94 se especifican “agujeros en el pecho, indentaciones anormales en la base de la columna vertebral, orejas mal colocadas, caras triangulares con ojos anormalmente azules, defectos congénitos del corazón, dedos extras en ambas manos, albinismo”, entre otros.

Pregunta que plantea la recomendación tal como aparece en el prospecto del Retrovir: si tan beneficioso resulta el AZT, ¿por qué administrarlo sólo después de los tres meses y no antes, por ejemplo desde el momento en que haya constancia de que ha habido fecundación? Probablemente porque Wellcome no quiere contribuir demasiado al desarrollo de la teratogenia, es decir, del estudio de las condiciones de desarrollo de las monstruosidades...

No es de extrañar que en Inglaterra y en los EE.UU. haya empezado a haber reclamación de indemnizaciones a Wellcome —que gana miles de millones envenenando a cientos de miles de personas— por parte de familiares de muertos que consideran que fue el Retrovir lo que los mató, y de etiquetados que dejaron de tomarlo y se recuperaron.

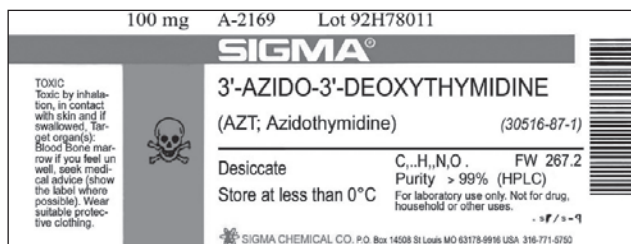
Además, la verdad de que el AZT-Retrovir es un veneno, también puede afirmarse de los restantes “nucleósidos análogos” (ddI-Videx, ddC-Hivid, 3TC-Epivir, D4T-Zerit). En efecto, todos funcionan por el mismo principio: impedir la división celular bloqueando la formación del ADN. Y también todos actúan destruyendo las mitocondrias celulares, con lo que no se podrá formar la energía necesaria para la vida. Estos son los verdaderos efectos principales de estos productos. Y por si fuera poco, cada cual tiene graves efectos secundarios que pueden ser distintos los de uno de los del otro...

PREGUNTAS EN ESPERA DE RESPUESTA

* ¿Cómo es posible que Wellcome venda como medicamento Retrovir lo que Sigma presenta como veneno AZT, y que Sigma venda como veneno AZT lo que Wellcome presenta como medicamento Retrovir?

* ¿Cómo es posible que unos productos que impiden la división celular y la formación de energía, y que se toman día tras día, semana tras semana, mes tras mes y año tras año hasta que el paciente muere (¡por culpa del VIH, se dice!), puedan resultar beneficiosos a quien los toma?

* ¿Dónde están las estadísticas que muestran los resultados de diez años de aplicación del AZT-Retrovir? Dicho de una forma más cruda: ¿cuántos supervivientes hay al AZT-Retrovir?



Etiqueta de una caja de pastillas de 25 miligramos de AZT de la multinacional farmacéutica Sigma Biochemicals (Saint Louis, EE.UU.; sucursal en Madrid).

Tiene dibujadas una calavera y unas tibias cruzadas. A un lado está escrito: “**TÓXICO: Tóxico por inhalación, en contacto con la piel o tragándolo. Órganos objetivo: sangre, médula ósea. Si se siente mal, busque consejo médico (muestre la etiqueta donde sea posible). Use ropa protectora adecuada**”. Al otro: “**Sólo para uso en laboratorio. No como medicamento ni para el hogar u otros usos**”.

LOS “INHIBIDORES DE PROTEASAS” MATAN AL IMPEDIR EL FUNCIONAMIENTO CELULAR (2)

Indinavir-Crixivan, Saquinavir-Invirase, Ritonavir-Norvir, ..., bloquean la formación y eliminación de proteínas, y la persona morirá

LA IMPORTANCIA DE LAS PROTEÍNAS

Cada una de nuestros cien billones de células está constantemente formando proteínas que necesita y eliminando proteínas que ya no son necesarias.

Este ingente número de proteínas cumple todo tipo de funciones: enzimáticas, acelerando las diez mil reacciones bioquímicas que están constantemente realizándose en cada célula; citoesqueléticas, dando una cierta estructura a las células; transportadoras, regulando el paso de moléculas a través de la membrana celular; hormonales, como la insulina; inmunológicas, como los anticuerpos generados por los linfocitos B; homeostáticas, restableciendo equilibrios frente a variaciones del pH o pérdida de líquidos internos; contráctiles de las fibras musculares; protectoras de los cromosomas (histonas); etc. Así, pues, las proteínas tienen un papel fundamental en el mantenimiento y desarrollo de todo el metabolismo vital.

¿CÓMO ACTÚAN LOS INHIBIDORES DE PROTEASA NATURALES?

Los inhibidores de proteasa (en singular) específicos **naturales** son proteínas muy cortas (péptidos de unos cinco a diez aminoácidos) que tienen muy fuerte justamente el enlace sobre el cual actúa la proteasa específica a la que tienen que desactivar. Cuando el contexto está en equilibrio, el inhibidor se coloca en vez de la proteína en el lugar por el que la proteasa reconocía a la proteína para cortarla insuflando energía en el enlace de un aminoácido determinado. La proteasa, al no poder cortar el enlace reforzado del inhibidor específico que le corresponde, queda neutralizada. Una compleja red de interacciones en las que intervienen proteínas activadores de proteasas y también activadores químicos como iones de calcio o de magnesio, la pondrá en marcha de nuevo cuando haga falta.

¿CÓMO DICEN LOS OFICIALISTAS QUE ACTÚAN LOS “INHIBIDORES DE LA PROTEASA DEL VIH”?

Los “inhibidores de la proteasa del VIH” son **químicos** (sintetizados por los laboratorios), péptidos aún más cortos (cuatro a seis aminoácidos) y tienen especialmente reforzado uno de los varios enlaces distintos que se dice que la “proteasa del VIH” es capaz de cortar.

Los oficialistas afirman que actúan exclusivamente sobre la “proteasa del VIH” inhibiéndola. Resultado: no se pueden formar las proteínas que el “VIH” necesita, luego no habrá nuevos “VIH”. Y puesto que suponen que el “VIH” daña la inmunidad, el paciente saldría beneficiado.

Y pretenden que la especificidad es tal que no actúan sobre ninguna otra proteasa u otro componente del cuerpo, por lo que fueron presentados sin efectos secundarios. El Dr. Clough, del laboratorio Roche, declaró: “Los nuevos inhibidores de proteasa deben ser increíblemente selectivos, actuando sobre el VIH sin ningún efecto secundario contra enzimas humanos” (*The London Times*, 13-11-95).

¿CÓMO ACTÚAN EN REALIDAD LOS “INHIBIDORES DE LA PROTEASA DEL VIH”?

Por un lado, oficialmente se reconoce que no se ha podido aislar la “proteasa del VIH”. Se diseñó una, y es única, pues dicen que corta por una decena de enlaces distintos, mientras que todas las proteasas específicas realmente existentes sólo cortan por un enlace determinado. Pero

diseñar una “proteasa del VIH” no específica, por definición hace que ni en el modelo los inhibidores diseñados puedan ser tan específicos como los naturales. Y la confusión es tal que no están de acuerdo ni en qué proteasa corta qué “proteína del VIH”. Puesto que jamás se ha aislado un VIH real, también sobre su supuesta proteasa hay tantas teorías como equipos investigadores...

Por otro lado, la creciente lista de efectos secundarios detectados demuestra concluyentemente que la supuesta especificidad fue puro *marketing*. Y los prospectos de los fabricantes contradicen lo que sus relaciones públicas hacen llegar a los medios de comunicación.

Además, hay el problema decisivo de que, en la vida real, los procesos biológicos correctos tienen lugar en condiciones de equilibrio. Si el equilibrio se rompe, los procesos llevan a resultados imprevisibles y, sin duda alguna, a graves perturbaciones.

Resulta que se hace tomar cada pocas horas una gran cantidad de estos “inhibidores de la proteasa del VIH”. Probablemente en cada pastilla hay más moléculas químicas que células tenemos en todo el cuerpo. Y los oficialistas se “olvidan” de explicar algo clave: ¿cómo son eliminados estos péptidos químicos? Fueron aprobados tan rápidamente que no se hizo ni la farmacocinesis. Y ocurre que...;no pueden ser eliminados! En efecto, sus enlaces superreforzados resultan indigeribles por ninguna proteasa. Son indestructibles, y habrá un constante aumento de su concentración en el cuerpo.

Esta situación engendra, entre otros, estos peligros:

A) cuanto más se rompa el equilibrio, más indiscriminadamente actuarán. Las primeras víctimas serán las proteasas-aspartato, como la pepsina del estómago (problemas de digestión) y la cathepsina de los intestinos (problemas de asimilación). Y las demás proteasas, empezando por las similares y acabando por cualquiera. Puede decirse que “los inhibidores de la proteasa del VIH” inhiben a todas las proteasas menos la del “VIH”, que no existe.

Las siguientes víctimas serán otros tipos de proteínas. Así, “más del 98 % del Saquinavir-Invirase se une con proteínas “no-VIH” del plasma” (*Nature Medicine*, 3-3-96). Por cierto, esta es la explicación oficial de que haya que tomar grandes dosis.

En particular, actúan sobre los enzimas. Está demostrado que bloquean la familia del citocromo p450, enzimas del hígado cuya función es

eliminar los medicamentos, lo cual resulta vital en personas que reciben tanta medicación. Y casi todas las reacciones bioquímicas están dirigidas por enzimas que actúan como catalizadores. En particular, la duplicación del ADN necesaria para que se forme nuevo material genético, depende de las ADN-polimerasas; la transcripción del ADN en ARN que dará instrucciones vitales, depende de las ARN-polimerasas; el mecanismo reparador de retranscripción de ARN en ADN, depende de las transcriptasas inversas; etc.

B) Lo que el cuerpo no puede eliminar, lo almacena. Y puesto que al aumentar la concentración cada vez será más difícil mantenerlos en disolución, formarán complejos cristalinos. De ahí los cálculos y cólicos renales descritos. Pero también crean problemas mecánicos: rigidez de los tejidos del sistema circulatorio (orina sanguinolenta) y linfático, articulaciones (dolores), etc.

C) Se conoce el peligro que implica la presencia de péptidos libres en el cuerpo. En particular, porque son fuente de energía para bacterias patógenas. No tardará en detectarse la proliferación de bacterias especializadas en vivir de los “inhibidores de la proteasa del VIH”...

PREVISIBLE YA CONFIRMADO

* *Lancet*, 29-3-97: “Hepatitis grave en tres pacientes de SIDA tratados con Indinavir”, “se descartó causas virales, alcohol u otros agentes hepatotóxicos.”.

* *Lancet*, 12-4-97: La *British HIV Association* admite que los beneficios clínicos de los cócteles no están demostrados, y que hay interacciones significativas entre los medicamentos, e interferencia con la desintoxicación del cuerpo.

* *Lancet*, 3-5-97: Indinavir puede producir cólico renal y/o piedras renales radiolucientes.

* *Lancet*, 17-5-97: Los pacientes que toman inhibidores de proteasas pueden desarrollar con más facilidad retinitis por citomegalovirus.

* *FDA* (EE.UU.), 11-6-97: Un informe avisa de que la ingesta de inhibidores de proteasas puede producir diabetes o empeorar a quienes ya la tienen.

¿MÁS HETEROSEXUALES? ¿MÁS MUJERES?

De nuevo las “autoridades del SIDA” nos han hecho llegar datos oficiales. Y se insiste en que “el contagio heterosexual crece a fuerte ritmo” y ya es del 16,6%, y en que “adquiere especial relevancia en las mujeres, el 32%”. Pero que haya hoy proporcionalmente más nuevos “casos de SIDA” en heterosexuales y en mujeres, en absoluto demuestra que haya “más transmisión heterosexual del (inexistente) VIH”. Es tan sólo resultado de las propias reglas de juego oficiales del SIDA; es un artefacto estadístico. Veámoslo.

Aceptemos la versión oficial según la cual “el VIH existe”, “el VIH es la causa del SIDA” y “los tests son fiables al cien por cien”. Y quede claro que en España sólo se puede llegar a ser un “caso de SIDA” si se da positivo a los test-chapuzas mal llamados “pruebas del SIDA”.

El asesino invento del SIDA se efectuó en 1981 para los homosexuales a partir de su fracción promiscua. Luego saltó a los drogadictos y posteriormente rebotó a los hemofílicos. En 1984 el Dr. Gallo inventa su supuesta causa, el “VIH”. En 1985 se empieza a aplicar en gran escala unos tests-chapuzas que son presentados como capaces de detectar con total fiabilidad si ha habido o no infección por el fantasmagórico “VIH”. Y sólo a partir de entonces el “SIDA” comienza a extenderse en cuantagotas fuera de los mencionados tres grupos de riesgo (riesgo no de infectarse por el inexistente “VIH”, sino de meterse en el cuerpo cantidad de cosas raras –incluidas el 99,7% de proteínas extrañas que acompañaban al factor VIII que reciben los hemofílicos– que hacen generar gran cantidad de anticuerpos y trastocan las defensas).

Entre 1985 y, digamos, 1990, casi todos los miembros de las tres subpoblaciones formadas por homosexuales, drogadictos y hemofílicos se (o les) hicieron las “pruebas del SIDA”. La mayoría tuvo la suerte de dar negativo y, como cualquier hijo de vecino, lleva adelante su vida lo mejor que puede. De la minoría que tuvo la desgracia de dar positivo en la ruleta rusa de los “tests del SIDA”, la mitad ya han muerto por el terror

psicológico-social y por el envenenamiento médico de que fueron inmediatamente víctimas.

Desde, digamos, 1991, ¿quiénes fueron, y van, cada año en cantidad relativamente mayor a hacerse las “pruebas del SIDA”? Miembros del resto de la población, es decir, heterosexuales no-drogadictos y no-hemofílicos. Y cuantos más van a hacerse los tests del SIDA, más tienen la desgracia de que esta chapuza les dé positivo, y se convierten automáticamente en portadores (no de un virus que no existe sino) de la etiqueta de “seropositivo”. Y una parte de estos “seropositivos” heterosexuales (no-drogadictos y no-hemofílicos) se convierten, por el mal trato social y médico, unos años después en los nuevos “casos de SIDA”. He aquí, a mi entender, la explicación de este supuesto “aumento constante de SIDA transmitido por vía heterosexual” que los expertos oficiales del SIDA detectan laboriosamente año tras año los últimos años...

Pero resulta que entre los homosexuales masculinos, por definición no hay mujeres; entre los hemofílicos, por biología (casi) no hay mujeres; y entre los drogadictos, por hábitos sociales hay muchas menos mujeres que hombres. Sin embargo, entre los heterosexuales, las mujeres constituyen la mitad. Luego cuanto relativamente más nuevos “casos de SIDA” heterosexuales haya, proporcionalmente habrá mayor número de mujeres. He aquí, a mi entender, la explicación de este supuesto “aumento constante de SIDA transmitido por vía heterosexual en las mujeres” que los expertos oficiales del SIDA detectan laboriosamente año tras año los últimos años...

Insistir en los mitos del “SIDA heterosexual” y del “SIDA femenino” es fundamental para que en el conjunto de la población se preserve el miedo al SIDA que lleva a hacerse unos tests-chapuza sobre los que se desarrolla la industria del SIDA y sobre los que hacen su carrera los especialistas del SIDA...

¿Para cuándo el debate pedido?

Si hubiese el debate que llevamos años solicitando, las autoridades y los expertos oficialistas (probablemente) aprenderían algunas cosas, y acabar con el SIDA (objetivo que en teoría también persiguen), sería muchísimo más fácil y rápido, y se ahorrarían muchas vidas, y también mucho dinero.

Barcelona, 31-7-1997

Lluís Botinas, director de la asociación C.O.B.R.A.

¿CÓCTELES ASESINOS? (3)

¿CÓMO LOS OFICIALISTAS DAN POR BENEFICIOSO ALGO QUE MATA?

El 15 y el 26 de julio se explicó cómo funcionan los dos tipos de medicamentos que componen los tan promocionados "cócteles". Se vio que los "nucleósidos análogos" (AZT-Retrovir, ...) impiden la división celular al bloquear el ADN, y frenan la formación de energía al dañar las mitocondrias, por lo que son tendencialmente mortales a medio plazo. Y se demostró que los "inhibidores de proteasas" (Indinavir-Crixivan, ...) impiden el metabolismo vital al bloquear la formación y eliminación de las proteínas, por lo que también son tendencialmente mortales a medio plazo. En consecuencia, la combinación de los dos sólo puede ser tendencialmente mortal a medio plazo. Los científicos críticos advirtieron de este peligro desde los inicios. Sin embargo, la mayoría de los medios de comunicación sacan titulares en los que se insinúa la victoria sobre el SIDA y recogen declaraciones de los especialistas oficiales del "SIDA" en las que explican que obtienen unos magníficos resultados, y que gracias a esos cócteles el SIDA está a punto de convertirse en una enfermedad crónica al estilo de la diabetes. Y afirman que para ello hay que aplicar la norma del Dr. Ho: "Golpear rápido y fuerte", es decir, administrarlos en seguida y en grandes dosis. ¿Cómo es posible que haya dos interpretaciones y valoraciones tan opuestas por parte de dos grupos de científicos y médicos, en principio ambos cualificados? La respuesta es clave para entender qué está ocurriendo no sólo en el campo del SIDA. Y para que se abra el debate que los críticos piden desde hace años. Y para que las personas que están sufriendo las consecuencias de haber recibido un diagnóstico-vudú puedan beneficiarse de tratamientos no-agresivos: recuperadores mitocondriales, antioxidantes, antiproteasas naturales, ...

¿DISMINUYE LA “CARGA VIRAL”?

En realidad indica que baja la actividad biológica y que el camino que se sigue lleva a la muerte

En la inmensa mayoría de casos, los médicos hospitalarios del “SIDA” afirman que los cócteles sientan bien porque hacen bajar lo que consideran “carga viral del VIH” de quien los toma. E insisten en que son beneficiosos aunque el ingeriente no se sienta mejor o incluso afirme abiertamente que se encuentra peor desde que toma los cócteles. Responden: “Lo importante es que tu carga viral ha bajado. Pronto dejarás de tener molestias porque tu cuerpo se acostumbrará”.

En los capítulos X y XI expliqué que esa “carga viral” oficial no puede medir ni virus alguno, ni cantidad de virus alguna. Luego tampoco puede indicar que ha descendido el número de ejemplares del inexistente “VIH” en la sangre de una persona...

Pero la técnica *PCR* efectivamente mide en la persona algo que sube o baja de una medición a otra. ¿Qué es eso que mide la *PCR*?

La pregunta se responde por sí sola cuando se sabe lo esencial de cómo actúa la *PCR*, y también de cómo funciona el cuerpo humano.

En unas condiciones muy precisas de temperatura y otras, la *PCR* permite multiplicar millones de veces trocitos de entre 200 a 1.000 letras genéticas de ADN, y sólo de ADN, aprovechando la capacidad de sintetizar hebras complementarias que únicamente tiene el ADN.

Pero resulta que el “VIH” diseñado por Gallo y Montagnier es de ARN. Luego la primera operación que tiene que hacer la versión de *PCR* utilizada, es transcribir el ARN que hay en el plasma y que consideran que es del “VIH”, en ADN. Entonces actúa la capacidad de la *PCR* para multiplicar exponencialmente ADN, y al final se obtiene una cantidad de ADN que es directamente mensurable. Y este ADN es considerado “ADN-del-VIH” por definición, sin secuenciarlo. Finalmente, a partir de la cantidad resultante de “ADN-del-VIH” se estima cual era la cantidad de “ADN-del-VIH” que había al inicio. A continuación se considera que cada “ADN-del-VIH” es transcripción de un “ARN-del-VIH”, y finalmente, como el diseño oficial del “VIH” dice que tiene dos trozos iguales de ARN, aplican la regla “dos trozos de ARN = un VIH” y creen obtener...¡el número de

ejemplares de “VIH” que estaban al inicio! Y llaman “carga viral” a “eso” por mililitro de sangre.

Así, pues, trozos de ARN que están en la sangre se ven convertidos, por el uso y la interpretación erróneos que los oficialistas hacen de la *PCR*, en “ejemplares del VIH”.

Pero en realidad en la sangre hay muchísimos trozos de ARN, aunque no haya los que no pueden provenir del inexistente “VIH”...

En efecto, en muchas de las diez mil reacciones bioquímicas que permanentemente tienen lugar en cada una de nuestros diez billones de células, intervienen trozos de ARN. Además, el reciclaje del billón de células que diariamente se nos muere, implica la formación de un número enorme de trozos provenientes de los distintos tipos de ARN que en gran número contiene cada una de ellas. Y también hay trozos de ARN debidos a los numerosos desajustes y mecanismos de reparación que tiene el cuerpo humano.

Por todo esto, inevitablemente hay en sangre siempre trozos de ARN. Más viviendo en una sociedad tan desestabilizadora como la occidental moderna. Más aún si la persona está en una situación de estrés crónico por causa nutritiva, tóxico-medicamentosa, infecciosa, traumática o psicológica. Aún más si tiene problemas hepáticos, pues cada célula del hígado tiene miles de enzimas cuya formación requiere ARN, y resulta que el 95% de personas etiquetadas tienen hepatitis. Y ya para colmo, en toda célula humana no infectada hay cientos o incluso miles de secuencias similares a las de los llamados “retrovirus”, que son denominadas “secuencias endógenas”.

Gran parte de estos trozos de ARN son los que se ven convertidos por el tramposo uso que los seguidores del Dr. Ho hacen de la *PCR*, en “ejemplares del VIH medidos con la carga viral”.

Algunos hospitales se han dado cuenta de ello, aunque probablemente le den otra explicación. Queda claro por el hecho de que consideran que los resultados de “carga viral” no son válidos si la persona está resfriada, lo cual significa reconocer que por tener el “virus de la gripe” aumenta...¡la “carga viral del VIH”! Lo mismo se recoge en artículos científicos en los que se informa de que ser vacunado de la gripe hace incrementar la “carga viral”...

Estamos ahora en condiciones de entender que es lógico que al empezar a tomar un cóctel, disminuya la “carga viral”. En efecto, los dos tipos de

venenos que contiene el cóctel producen una disminución de la actividad general biológica de la persona. En consecuencia, en su sangre se hallará menos ARN. Por lo tanto, la *PCR* transcribirá menos ARN en ADN, y tendrá menos ADN para multiplicar. Luego la próxima medida dará una cantidad inferior de “carga viral”. Y al cabo de cinco o seis, puede que ni arranque, por lo que dirán que “hay tan poco VIH que es indetectable”. Los médicos estarán contentos. Y sus pacientes, más cerca de la catástrofe...

* Se ha señalado que personas con “alta carga viral” pueden encontrarse bien (*AIDS Research and Human Retroviruses*, 1-5-96)

* “Los investigadores del SIDA señalan constantemente estos días que la reducción de la carga viral en la sangre de un paciente no significa necesariamente que sufrirá menos enfermedades relacionadas con el SIDA” (*Science* 275, enero-97)

* “Los estudios (...) no lograron mostrar beneficios clínicos aunque durante un año la carga viral bajó más con las combinaciones (...)” (*AIDS treatment update*, n° 53, mayo-97).

* No se han hecho estudios oficiales de control, es decir, no se ha usado la *PCR* para medir lo llamado “carga viral” a personas no etiquetadas. Si se hiciese, resultaría que muchas personas sanas están llenas de “VIH”. Esto confirmaron dos miembros de HEAL de Los Ángeles: Rodney Knoll, oficialmente seronegativo, resultó con una “carga viral” considerablemente mayor que Christine Maggiore, oficialmente seropositiva... (*CONTINUUM*, junio-97).

¿POR QUÉ NO SE PUEDE DEJAR DE TOMAR LOS CÓCTELES NI UN SÓLO DÍA?

No, como afirman los oficialistas, porque el inexistente “VIH” sale de los desconocidos santuarios en que dicen que se ha escondido, y vuelve a reproducirse. Mucho más sencillo y coherente es que al dejar de ingerir estos venenos, se reanima la actividad biológica celular y orgánica, por lo que más ARN de distinta procedencia llegará a la sangre, y la *PCR* de nuevo encontrará ARN que multiplicar...

OTROS CRITERIOS FALSOS

Se interpreta erróneamente “subida de T4”, “recuperaciones espectaculares”, “descenso de mortalidad”, ...

¿“SUBIDA DE T4”?

El segundo marcador indirecto utilizado es “el número de T4”. Se dice que sube al tomar los *cócteles*, lo cual es erróneamente presentado como que aumentan las defensas. En anteriores artículos he explicado que la inmensa mayoría de linfocitos T no están en sangre sino en médula ósea, ganglios y tejido básico, y que, a escala individual, la cifra de “T4” carece de valor diagnóstico alguno.

Pero lo decisivo para el tema de hoy es que la entrada de antígenos (microbios, tóxicos, ...) en el cuerpo hace que parte de los linfocitos T que están replegados entren en el torrente sanguíneo a fin de investigar qué ocurre. Esto explica ahora para los *cócteles* lo que ya hace años explicaba para el AZT-Retrovir: que al empezar a tomar estos venenos, haya un aumento en el recuento en sangre de lo que los oficialistas llaman “T4”, dato que presentan como una mejoría. En realidad, si el envenenamiento persiste, el esfuerzo se vuelve insostenible, y al cabo de unos meses la persona cae en picado. Esto se conoce para el AZT, y se está confirmando para los *cócteles*.

Es ilustrativa la observación que la Dra. Birx, del “Instituto Walter Reed del Ejército USA”, incluye en un informe acerca del fracaso de una vacuna experimentada. Explica que el diseño original del estudio sólo incluía los “T4” como criterio de evaluación, pero que se añadió la evolución clínica por exigencia de los *NIH*. Y comenta: “Menos mal que lo hicimos así, porque aunque hubo en recuentos de T4 lo que algunos considerarían cambios estadísticos favorables, ninguno se tradujo en una alteración positiva en el progreso de la enfermedad. Si hubiéramos proseguido tan sólo con criterios indirectos, podríamos haber interpretado mal la prueba” (*Lancet*, 347, 27-4-96).

Además, las contradicciones entre “carga viral” y “recuento de T4” son tan fuertes entre sí y con los modelos de “VIH” y de “SIDA” usados, que los estudios publicados normalmente dan los datos de una u otra magnitud, pero no de ambas.

¿RECUPERACIONES ESPECTACULARES?³⁷

En una minoría de casos, casi exclusivamente en personas muy deterioradas, hay una mejoría evidente porque la persona recupera una cantidad considerable de kilos y su capacidad de actuar. En muchos de estos casos, ya estaban tomando AZT u otros nucleósidos análogos y se ha introducido un inhibidor de proteasas.

Por mi parte, descarto totalmente la explicación oficial, basada en que se bloquearía la formación del inexistente “VIH”. Y aún más cuando se sabe que científicos oficiales reconocen que “un efecto intrínseco citopático –destructor de células– por parte del VIH ya no es creíble” (*Nature*, 12-1-95).

Entonces, ¿qué ocurre? He aquí una posible combinación de factores que constituye una explicación mucho más coherente:

a) Si a un terminal se le dice que va a tomar un producto nuevo que da unos resultados fabulosos, puede recuperar la ilusión de vivir. Y esto cualquier médico sabe que es decisivo.

b) El metabolismo de una persona que está muy mal, es catabólico. Es decir, su cuerpo destruye más células que las que forma. Los inhibidores de proteasas impiden el metabolismo celular (ver DS XIV y XV). Luego en esta situación, lo que bloquearán es el catabolismo existente. El enfermo dejará de perder peso y fuerza.

c) Las personas etiquetadas están sometidas a un estrés permanente, y más si se hallan en situación grave, por lo que generan constantemente cortisol. El hipercortisolismo inhibe la formación de proteínas. Al reducirse el estrés al empezar el nuevo “tratamiento maravilloso”, baja el nivel de cortisol y se vuelven a formar proteínas. El enfermo ganará peso y fuerza.

d) Si “el SIDA es una enfermedad autoinmune”, como afirman el Dr. Hässig y otros, es lógico que al tomar unos cócteles que dañan la inmunidad se detenga el proceso autodestructivo. El enfermo mejorará.

e) Es posible que el inhibidor de proteasa interfiera en el funcionamiento de los nucleósidos análogos en su tarea de impedir la división celular. El enfermo sufrirá menos daño.

³⁷(Añadida) Las recuperaciones espectaculares ganando 15 ó 20 kilos de peso y regresando al trabajo –en los USA llegó a llamárselos “Lázaros”–, tienen lugar sobre todo en personas etiquetadas que los oficialistas llaman *naïve*, con lo cual que indican que no han tomado previamente sus fármacos. Además, el uso de los inhibidores de proteasa en graves situaciones de *shock séptico* era conocido bastantes años antes de su inclusión como “tratamiento del SIDA”, por lo que al inicio de su aplicación también hubo algunos buenos resultados en etiquetados que estaban catabólicos a resultas del AZT y demás nucleósidos análogos. La cuestión clave es que estas mejorías son transitorias y que hay que aprovecharlas para cambiar de rumbo apartándose del engranaje SIDA.

f) En algunos protocolos, al incluir un inhibidor de proteasas se disminuye la cantidad de los nucleósidos análogos que se estaba administrando, por lo que el cuerpo tiene un respiro. El enfermo mejorará.

Felicito a las personas que han tenido la fortuna de que la combinación de estos (y/u otros) factores les permitiese salir de la grave situación en que se encontraban, y me alegro por ellas. Pero deben saber que si no aprovechan la ocasión para cambiar de orientación y de tratamiento, la mejoría será tan sólo transitoria de manera tendencialmente inevitable. Conocer cómo funcionan estos cócteles y aprender que hay inhibidores naturales de las proteasas (agar-agar, cartílago, ...) que actúan de otra forma sin efectos perniciosos, puede abrir la puerta que lleve a su recuperación definitiva... Y a evitar que la exhibición de estos casos sea utilizada para justificar el envenenamiento de la mayoría.

¿DESCENSO DE MÁS DEL 50% DE MUERTOS DE SIDA?

Este es otro de los resultados maravillosos que los expertos oficiales atribuyen, sin argumento alguno, a los cócteles. Sin embargo: A) en 1993 hubo bastantes menos casos de SIDA que el año anterior; aquel descenso puede ser la causa de que en 1996 y ahora fallezcan menos personas con la etiqueta de “muerto de SIDA”. B) Se saca la conclusión de ensayos en los que han muerto menos personas en grupos que tomaban cócteles que en grupos que sólo recibían nucleósidos análogos (jamás se han hecho ensayos contra placebo, los únicos válidos), y de comparar muertes ocurridas ahora con las previstas en las proyecciones absolutamente exageradas que se hizo anteriormente. C) Otros factores: “En la ciudad de New York (...) en 1996 los “muertos de SIDA” bajaron un 30 %. Pero los oficiales responsables de la salud no lo atribuyeron al uso de los ‘inhibidores de proteasas’, ya que la tasa de muertes comenzó a bajar antes de introducirlos. Se supone que los motivos fueron mejores prácticas generales de salud y un tratamiento mas efectivo de las enfermedades oportunistas” (*Science* 275, enero-97).

¿RETRASO DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS Y OTRAS VENTAJAS?

Los cócteles impiden el funcionamiento biológico. También en los microorganismos. Transitoriamente, esto se puede traducir en el mencionado retraso. E interpretarse como que mejora la calidad de vida. Y puede que

haya menos ingresos hospitalarios, lo cual compense el aumento de gasto en los nuevos medicamentos. Pero todo esto se invertirá en cuestión de poco tiempo. Tendencialmente, se acabarán imponiendo los efectos destructivos de estos cócteles venenosos³⁸.

³⁸(Añadida) Un aspecto decisivo que no recogí en estos tres artículos porque entonces no lo conocía, es que los propios fabricantes de los supuestos “anti-VIH” advierten de que sus fármacos no proporcionan beneficio alguno. Claro, lo dicen de forma algo más suave. Ejemplos: 1) GlaxoSmithKline: “Ziagen no ha sido estudiado el tiempo suficiente para saber si le ayudará a prolongar su vida o a disminuir los problemas médicos asociados con la infección por VIH o con el SIDA”; 2) Boehringer Ingelheim: “VIRAMUNE no cura el VIH ni el SIDA, y no se sabe si le ayudará a prolongar su vida con el VIH. Las personas que toman VIRAMUNE pueden seguir contrayendo infecciones comunes en la población con VIH (infecciones oportunistas)”; y 3) Merck: “No se sabe si Crixivan prolongará su vida o reducirá sus posibilidades de contraer otras enfermedades asociadas con el VIH”. Pero para que no quede duda alguna acerca de lo criminal que es prescribir estos venenos, la web de los propios NIH (*National Institutes of Health*) pone en la ficha de todos los presuntos “antivirales” exactamente la misma contundente frase: “No cura ni previene la infección por el VIH ni el SIDA, ni reduce el riesgo de transmisión del virus a otras personas”. Queda claro que los fabricantes dejan que sean los oficialistas, especialmente médicos y “comités anti-SIDA”, quienes publiciten que supuestamente “los ARV han cronicado el SIDA y alargan y mejoran la vida”. Y luego les recompensan su *marketing*...

¿SON FIABLES LOS “TESTS DEL SIDA”? (1)

Los mal llamados “tests del SIDA” son la pieza decisiva para que el invento “SIDA” persista y continúe cobrándose víctimas. El SIDA se terminaría fulminantemente si nadie más se hiciera las que deberían denominarse “pruebas para crear SIDA”. Y si a nadie más se las hicieran, ya que, por desgracia, se están aplicando rutinariamente a todas las mujeres embarazadas, a todos los recién nacidos y a todos los donantes de sangre³⁹, con lo que se han creado tres nuevos grupos de riesgo. El calvario del SIDA empieza cuando alguien tiene la desgracia de dar positivo en unos tests que son presentados como fiables al cien por cien pero que en realidad son una chapuza total. La persona más sana y santa del mundo puede dar positivo a los “tests del SIDA”, con lo que automáticamente recibe la etiqueta de “seropositivo”, ve desaparecer todo su futuro y empieza a ser envenenada psicológica y médicamente. Una persona que tenga alguna de las 29 enfermedades englobadas bajo la etiqueta SIDA se convierte instantáneamente en un “caso de SIDA”, con todo lo que ello implica, si da positivo a los tests; si hubiese dado negativo, continuaría siendo tan sólo un enfermo de neumonía o de tuberculosis o de... Y resulta que, a escala individual, dar positivo o negativo es una cuestión totalmente de azar. Es necesario abrir una investigación acerca de cómo funcionan estos tests. Y redactar su por ahora desconocida historia: quienes los crearon, cómo se patentaron, las peleas por los *royalties* generados, qué cambios han ido teniendo, cuáles fueron retirados, etc. Eso sí, han sido modificados o retirados sin avisar a quienes habían tenido la desgracia de dar positivo. Al entender cómo funcionan, la conclusión es clara: tiene que prohibirse inmediatamente su aplicación. Y debe indemnizarse a quienes dieron positivo.

³⁹(Añadida) Y también a todos los donantes de semen, otra práctica de riesgo en los tiempos del montaje SIDA.

TODOS LOS SEROPOSITIVOS SON FALSOS POSITIVOS

**Ningún “test del SIDA” ha sido correctamente
comprobado, incluso dando por cierto
que “el VIH existe” y que “VIH=SIDA”**

Al empezar a explicarle las críticas a los mal llamados tests del SIDA, el Decano de una Facultad de Biología me interrumpió: “Ya se sabe que no hay ningún test fiable al cien por cien. Lo son un 60%, un 70%, un 80%, y se saca mayor beneficio de usarlos que de no usarlos”. Pregunté: “Si esto es tan claro para los biólogos, ¿cómo permitís que en las Facultades de Medicina se enseñe, los medios de comunicación transmitan, y la población en general –y quien va a buscar los resultados en particular– se crea, que los “tests del SIDA” son cien por cien fiables?”. No hubo respuesta...

El presentador Mikimoto tuvo el valor y la honestidad de entrevistarme el 2-10-96 durante quince minutos en TV-3, acto que le costó su programa. Por primera vez tuve la posibilidad, ante cientos de miles de telespectadores, de iniciar una explicación totalmente distinta de eso llamado “SIDA”. En particular, subrayé que los “tests del SIDA” no son en absoluto fiables. A los cinco días, Mikimoto se vio obligado a llevar al Dr. Clotet, número uno en Catalunya del SIDA oficial, a (en realidad, no) responder las preguntas y críticas que yo había formulado. Sobre los tests, dijo: “La prueba tiene una seguridad absoluta. Como todas las pruebas en Medicina, hay algunos casos que hay falsos positivos, y otros, falsos negativos. (...) Delante de duda, hay un test de prueba de laboratorio más especializada, más sofisticada, que confirma. (...) Pero que no haya duda de que los tests (...) son totalmente fiables siempre que estén hechos en centros de referencia, y aconsejados y llevados por médicos especializados”. Es decir: seguridad absoluta, pero menos. ¿Cuántos resultados falsos hay? La “técnica más sofisticada” es la *PCR*: ver capítulos X y XI para entender que la *PCR* no sirve para encontrar virus alguno, aunque exista realmente. ¿Cuáles son los “centros de referencia”? Y, ¿cómo pueden los resultados de un “test de infección por un virus” depender de que el médico que lo pida sea o no especialista?

Sirva esto para invitar a investigar el pilar básico del “SIDA”: la supuesta total fiabilidad de los mal llamados “tests del SIDA”. Desde

1985, en efecto, lo que en España ata a una persona a la cadena “SIDA” de intoxicaciones mentales y medicamentosas que lleva a la muerte si no se rompe con ella, es el dar positivo a las “pruebas del SIDA”.

NINGÚN TEST DEL SIDA ES VÁLIDO

El razonamiento que sigue descalifica todos los “tests del SIDA” hasta ahora utilizados, y ello aún aceptando que fuesen ciertas las hipótesis oficiales nunca demostradas según las cuales “el VIH existe” y “el VIH es la causa del SIDA”. Los seguidores de esta serie saben que, apoyándome en los Drs. Lanka y Papadopoulos, sostengo que el “VIH” o no existe o nunca ha sido aislado. En ambos casos se deduce lógicamente que los mal llamados “tests del SIDA” no tienen base alguna y carecen de todo valor diagnóstico de “infección por VIH”. Pero la pseudociencia del “SIDA” es tan incoherente que, incluso dando por ciertas ambas hipótesis, los “tests del SIDA” siguen siendo tan sólo vudú científico-médico... Veámoslo.

Para diagnosticar a una persona como “portadora del VIH”, en los hospitales de todo el mundo se utilizan básicamente dos grandes grupos de pruebas. El primero está formado por los tests llamados indirectos debido a que no buscan el “VIH” sino a supuestos indicadores de su supuesta presencia en el cuerpo de la persona: son los llamados “tests de anticuerpos”. El segundo, por los denominados directos porque supuestamente detectarían el propio “VIH”: hoy en día se usa sobre todo la técnica PCR.

Pero el problema con estos tests, y con cualesquiera otros que puedan estar siendo utilizados para determinados experimentos especiales o ensayos privados, es que no han sido validados.

¿En qué consiste la validación de un test para algo determinado, en este caso para indicar realmente la infección o no por el “VIH”? Validarlo consiste en compararlo con lo llamado “*gold standard*” o “prueba-estándar”, es decir, con la prueba de referencia que permita confirmar sin duda alguna que efectivamente el test cumple la función para la que ha sido diseñado; en este caso, para detectar la presencia o ausencia del “VIH”. ¿Cuál sería entonces el “*gold standard*” adecuado? Tan sólo puede ser el propio “VIH”, ya que cualquier otro criterio distinto debería a su vez ser validado con el “VIH” mismo.

¿Qué tendría, pues, que haberse hecho? Comprobar en un número significativo y concluyente de ocasiones que cada vez que el test que se está validando se aplica a una persona y da positivo, se logra aislar realmente

de dicha persona el propio “VIH”. Y, por el contrario, que cada vez que el test da negativo, no se consigue encontrar el “VIH” aunque se apliquen exactamente las mismas técnicas de detección que han permitido aislarlo en los casos que daban positivo.

Pues bien, resulta que ni para uno sólo de todos los “tests del SIDA” se ha efectuado jamás esta verificación básica y decisiva, prerequisite para poderlo aplicar.

Al inicio, se evaluó el primer “test VIH” utilizándolo en dos grupos de personas que “se sabía” que eran o “seropositivas” las de un grupo o “seronegativas” las del otro, y “comprobando” que con las primeras el test daba un alto número de “positivos” mientras que con las segundas el test daba muchos “negativos”. Pero, ¿cómo “sabían” que las personas de cada grupo eran “seropositivas” o “seronegativas”? Es sencillo: en ausencia de prueba-estándar, no lo sabían puesto que no podían saberlo. Se limitaron a suponer que las personas del primer grupo estaban “infectadas por el “VIH” porque habían sido etiquetadas como “casos de SIDA” por criterios clínicos, y suponían que las del segundo grupo no estaban “infectadas por el VIH” porque estaban sanas. Pero este razonamiento es acientífico. Y es insostenible desde el momento que se sabe que hay miles de “casos de SIDA sin VIH” y millones de “seropositivos” que se mantienen totalmente asintomáticos.

Y los tests aparecidos posteriormente se han validado usando a los anteriores, aunque estos nunca habían sido correctamente validados. Esto lleva a la ridícula situación actual: la *PCR-b-ADN* usa la *PCR-QC* como falsa prueba-estándar; la *PCR-QC* usa la *PCR* normal como falsa prueba-estándar; la *PCR* normal usa los tests de anticuerpos como falsa prueba-estándar; y los tests de anticuerpos se usan los unos a los otros como falsa prueba-estándar. Pero no hay ni un sólo artículo científico publicado donde se muestre que con alguno de estos tests se ha usado al propio “VIH” como prueba-estándar, lo cual es lo único realmente válido.

Y esta burbuja hedienta se sostiene, entre otras razones, porque se esconde que la supuesta validación de un test por otro en realidad siempre ha dado cifras de confirmación que varían entre el 30% y el 70%, es decir, muy bajas, lo cual también los descalifica a todos.

Luego todas las personas a quienes se les ha colocado la etiqueta de “seropositiva”, en realidad son casos falso-positivos.

¿SON FIABLES LOS “TESTS DEL SIDA”? (2)

Los tests son el punto práctico clave del “SIDA”. En efecto, este invento *made in USA* se desmoronará en cuanto se pierda la actual fe en que dichos tests son fiables al cien por cien, cuando en realidad carecen de toda validez. El pasado martes se demostró que ningún “test del SIDA” fue correctamente comprobado antes de aplicarlo, por lo que todos son inválidos. Ninguno ha sido verificado con la prueba de referencia (*gold standard*) adecuada, que tan sólo puede ser el propio supuesto “VIH”. Esto sólo ya basta para poder afirmar con todo rigor que ***todos los “seropositivos” sin excepción son en realidad falsos positivos.*** Hoy se dan más argumentos que confirman esta dramática situación. En efecto, el test *Western Blot*, utilizado en España para confirmar el diagnóstico “infección por VIH”, carece de fiabilidad alguna, y por ello Inglaterra y Gales lo eliminaron⁴⁰ en 1992. El simple hecho de que cada vez se detectan más enfermedades o situaciones que actúan cruzadamente haciendo que los tests-de-anticuerpos den positivo, los descalifican. En consecuencia, todas las personas que sufren el calvario de llevar la etiqueta de “seropositivo” o de “SIDA” son víctimas de la confianza que la sociedad en general y los médicos que los aplican en particular, depositaron en el puñado de científicos que aumentaron su fama y su patrimonio diseñándolos, en los laboratorios que los fabrican a precio de oro y en unos medios de comunicación que acríticamente los siguen presentando como totalmente seguros. Cada vez hay más elementos para exigir que de una vez se abra el Debate SIDA. En este contexto, el Simposium “SIDA sin VIH: ¿Mito o realidad?” que se celebrará en octubre en Colombia es un ejemplo a apoyar y seguir, y puede impulsar el contraste a escala mundial.

* * *

⁴⁰(Añadida) No lo eliminaron totalmente sino que dejó de ser obligatorio utilizarlo como supuesto “test confirmatorio” quedando abierta la posibilidad de emplearlo en determinadas ocasiones o investigaciones.

Un bebé nace en un hospital de la provincia de Málaga. Debido a que se ha instaurado la criminal costumbre de hacer por rutina las chapuceras “pruebas del SIDA” a todo recién nacido, se las aplican. Dan positivas, luego oficialmente el bebé es “seropositivo”, lo cual también oficialmente significa que o bien está infectado por el “VIH” o bien tiene anticuerpos frente al “VIH” recibidos de su madre, para lo cual ella misma debería estar “infectada por el VIH”. Le vuelven a hacer las pruebas a la madre (ya se las habían hecho por estar embarazada), y de nuevo dan negativo. Entonces oficialmente sólo queda una posibilidad: el padre tiene que ser el portador del “VIH”; en consecuencia, le hacen las pruebas al padre...pero resulta que también dan negativo. Situación clarificadora de lo erróneo de la versión oficial del “SIDA”: un bebé “seropositivo” es hijo de madre y padre ambos “seronegativos”. ¿Quién ha transmitido el “VIH” o los “anticuerpos al VIH” al bebé?

Afortunadamente, un amigo de la familia conoce los planteamientos de los científicos críticos. Al enterarse de que los criterios de interpretación de los tests cambian de un país a otro, los padres deciden ir a Gibraltar, donde se aplican las reglas inglesas. Resultado: el bebé es “seronegativo”. Los padres respiran aliviados. Reacción de los médicos del hospital malagueño: “Las últimas pruebas no son válidas porque no se han efectuado en territorio español”.

El tiempo pasa y, lógica y naturalmente, la criatura crece sana. Y la familia es feliz...

PROHIBICIÓN INMEDIATA DE LOS TESTS ELISA Y WESTERN BLOT

Cuanto más se investigan los “tests del SIDA”, crece la evidencia de que carecen de toda fiabilidad

En España, la inmensa mayoría de las etiquetas oficiales (“seropositivo” o “SIDA”) han sido colocadas basándose en distintas marcas de tests-de-anticuerpos de dos tipos: *ELISA* y *Western Blot* (WB).

Oficialmente se llama al *ELISA* “test de detección” porque es considerado poco fiable. Y quienes dan positivo al *ELISA* son sometidos al WB,

oficialmente denominado “test de confirmación”. Si el WB da positivo, la persona es definitivamente diagnosticada como “infectada por el VIH”. El WB da negativo en muchísimos casos en que el ELISA ha dado positivo. Queda claro, pues, que para los responsables españoles el WB es el test definitivo por ser considerado muy riguroso.

Sorprende entonces enterarse que desde 1992 en Inglaterra y País de Gales se ha dejado de utilizar el *Western Blot* porque el “Laboratorio de Referencia para Virus” de Londres, dirigido por el Dr. Mortimer, llegó a la conclusión de que el WB creaba demasiados problemas y “debería haber permanecido como una simple herramienta de investigación” en vez de ser utilizado para diagnosticar la supuesta “infección por VIH”. Han vuelto a la anterior práctica de usar solamente el ELISA, el considerado menos fiable. Entonces, sería de suponer que haya un gran número de “seropositivos”. Pero no es así: se calculan en 30.000 para todo el Reino Unido (para España, no se conoce bien la cifra pero deben ser más de 150.000). Ello es debido a que se puede modificar el umbral de reacción de cada test, haciendo que resulte el porcentaje de “positivos” deseado. He aquí un ejemplo histórico: cuando el Dr. Gallo ofreció su primer test a la industria de la sangre (transfusiones, ...), resultó que el 30 % de los donantes daba positivo, por lo que fue rechazado inmediatamente puesto que un porcentaje así hundiría el gran negocio del “petróleo rojo”. El Dr. Gallo encontró en seguida la solución: fue subiendo el umbral de reacción del test hasta que dio un porcentaje de “positivos” suficientemente pequeño como para que resultase aceptable para los empresarios...

PERO, ¿ES FIABLE EL WESTERN BLOT?

La investigación más profunda al respecto ha sido realizada por el equipo australiano dirigido por la doctora Papadopoulos-Eleopoulos, basada en una evaluación exhaustiva de la literatura científica publicada sobre el WB. Se apoya, pues, en la experiencia de años de aplicación del WB. Las conclusiones a que llega son las siguientes:

- 1.- El WB no está estandarizado, por lo que los criterios aplicados por cada país, institución o laboratorio pueden ser distintos. Así, por ejemplo, la mayoría de personas que en España sufren el calvario de llevar la etiqueta de “seropositivo”, en Australia serían “seronegativas” ya que allí se aplican unos criterios más restrictivos.

2.- El WB no es reproducible, es decir, partes de la misma extracción de sangre de la misma persona enviada a laboratorios distintos, puede dar resultados distintos. Es más, partes de la misma sangre hechas llegar por canales diversos al mismo laboratorio, puede dar resultados distintos.

3.- El WB no encuentra anticuerpos específicos, es decir, no se puede afirmar que los anticuerpos que reaccionan con las proteínas colocadas en bandas en el WB sean anticuerpos generados expresamente ante el supuesto “VIH”. He aquí algunas razones:

3.1.- Porque a pesar de que los fabricantes de los tests presenten dichas proteínas como “proteínas del VIH”, esto no está demostrado por el sencillo pero decisivo hecho de que nunca se han presentado las pruebas científicas de que el “VIH” haya sido aislado (ver *Diario 16*: entrevista con el Dr. Lanka el 3-4-97). El caos es tal que incluso el peso molecular de las proteínas contenidas en los tests puede cambiar de una marca a otra, lo cual indica que las supuestas “proteínas del VIH” son distintas de un fabricante a otro. Y el haber pasado a usar proteínas sintéticas no las convierte en “proteínas del VIH”, aunque sí ha reducido el número de contradicciones.

3.2.- El WB puede dar positivo en personas absolutamente sanas que no han realizado lo que oficialmente se llama “práctica de riesgo” alguna. Incluso ha dado altos porcentajes de positivo en sangre extraída en los años sesenta de miembros de tribus amazónicas en las que nunca ha habido un caso de SIDA.

3.3.- El WB tiene reacciones cruzadas, es decir, da positivo debido a causas distintas a estar “infectado por el VIH”. Una lista publicada en septiembre de 1996 ya contiene 60 enfermedades y situaciones que pueden hacer dar positivo dicho test (ver página siguiente). En dicha lista, cada uno de estos 60 factores lleva uno o varios números que remiten a 64 artículos científicos en los que se documenta cada factor.

3.4.- Los anticuerpos a los gérmenes más comunes (micobacterias y hongos) que infectan al 90 % de quienes dan positivo a los tests, reaccionan con las llamadas “proteínas del VIH”, por lo que... ¡hacen dar positivo a los “tests del SIDA”!

El conjunto de estas conclusiones permite afirmar, de forma académica, que “el WB tampoco es fiable”; y, de forma coloquial, que “el WB también es una chapuza”. Y ello al margen de que, como todos los demás tipos de “tests del SIDA”, no sea válido porque no se ha cumplido el requisito básico imprescindible: contrastarlo con la prueba de referencia (gold standard), el propio “VIH”.

60 CAUSAS DE POSIBLE “REACCIÓN CRUZADA”, ES DECIR, DE FALSO-POSITIVIDAD

Que se haya detectado tantas, por sí sólo descalifica totalmente los “tests del SIDA”

La revista estadounidense *Zenger*’s, de California, publicó en septiembre-96 una lista de 64 artículos aparecidos en diversas revistas científicas (*Lancet*, *Proceedings of the National Academy of Science*, *JAMA*, *New England Journal of Medicine*, *Bio/Technology*, *American Journal of Epidemiology*, *Vox Sanguinis*, *Transfusion*, *Arthritis and Rheumatism*, *Am. J. Epidem.*, *Nephron*, etc.). En ellos se documenta (el número de veces que aparece entre paréntesis) que una o varias de sesenta enfermedades o situaciones hacen que los “tests del SIDA” den positivo. Aquí se presentan agrupadas por similitud, aunque siendo los artículos de referencia distintos.

ENFERMEDADES

- *Hemofilia (2); Trastornos hematológicos malignos/linfomas (5)
- *Hepatitis (1); Enfermedad hepática alcohólica (8); Fiebre Q con hepatitis asociada (1); Hiperbilirrubinemia (2); Colangitis esclerosante primaria (2)
- *Gripe (1); Infección de las vías respiratorias superiores (resfriado o gripe) (1)
- *Tuberculosis (1)
- *Infecciones víricas agudas, infecciones víricas del ADN (6); Herpes simple I (1); Herpes simple II (1); Virus Epstein-Barr (1); Otros retrovirus (5); *Micobacterium avium* (1)
- *Enfermedades autoinmunes (escleroderma, dermatomiositis, enfermedades del tejido conjuntivo, ...) (6); Lupus eritematoso sistémico (2); Artritis reumatoide (1); Síndrome de Stevens-Johnson (3)
- *Neoplasmas malignos (1); Mieloma múltiple (3)
- *Malaria (2); Leishmaniasis visceral (1)
- *Lepra (2)

SITUACIONES

*Embarazo en mujeres múltiparas (5)

*Tener anticuerpos: que se dan de forma natural (2); antihidratos de carbono (3); antimicrosomiales (1); antinucleares (3); antimitocondriales (2); antimúsculos lisos (1); antilinfocitos (2); anticolágeno (1); anticélulas parietales (1); a antígenos de los leucocitos humanos tipo I y II (9); con una alta afinidad con el polistireno (que es usado en los equipos de pruebas) (3). *Hipergammaglobulinemia (niveles altos de anticuerpos) (2). *Niveles altos de complejos inmunes circulantes (2). *Tener globulinas producidas durante gammopatías policlonales (3). *Tener ribonucleoproteínas humanas normales (2).

*Recibir gammaglobulinas o inmunoglobulinas como profilaxis por inmunización pasiva (8); inmunoglobulina humana recogida antes de 1985 (1); inmunoglobulinas M anti-hepatitis A ó B ó C (1)

*Falsos positivos a otras pruebas, incluyendo el test RPR para la sífilis (5).

*Seropositivos al factor reumatoide (3)

*Ser vacunado de gripe (6); hepatitis B (4); tétanos (1). *Exposición a vacunas víricas o infección vírica reciente (1)

*Transfusiones sanguíneas (6). *Especímenes sanguíneos tratados con calor (5). *Sangre “pegajosa” (en africanos) (2)

*Sexo anal receptivo (2)

*Transplante de órganos (2); de riñón (5)

*Insuficiencia renal (3); Insuficiencia renal/Hemodiálisis (5); Terapia de alfa-interferón en pacientes en hemodiálisis (1)

*Proteínas en el papel de filtro (1)

Esta lista es sin duda incompleta, pues no han podido ser revisadas numerosas revistas ni todos los ejemplares de cada revista. Sin embargo, es suficiente por sí sola para descalificar totalmente los “tests del SIDA”. ¿Cuántos hemofílicos, personas con problemas de hígado, tuberculosos, enfermos autoinmunes, infectados por uno entre docenas de microorganismos, recién vacunados, transfundidos, etc., etc., etc., se han visto convertidos en “casos de SIDA” simplemente porque tuvieron la mala ocurrencia de hacerse, o la desgracia de que les hicieran, esos “infalibles tests del SIDA”? De entre todas las personas etiquetadas, ¿cuántas no reúnen una o varias de estas enfermedades o situaciones?

Conclusión práctica lógica: ESTOS TESTS SON CREADORES DE “SIDA” Y DEBEN SER INMEDIATAMENTE PROHIBIDOS. Y SUS VÍCTIMAS, INDEMNIZADAS.

COLOMBIA: IMPORTANTE ENCUENTRO INTERNACIONAL “SIDA SIN VIH: ¿MITO O REALIDAD?”

Con este título tendrá lugar en octubre, del 2 por la tarde al 5, en la Universidad Industrial de Santander (UIS), en Bucaramanga (Colombia), un Primer Simposium Internacional que convoca a científicos de las distintas corrientes críticas a la hipótesis oficial “VIH=SIDA”.

Está auspiciado por las Universidades de Antioquía y de Barranquilla, y la Universidad Manuela Beltrán, así como por la Gobernación y por la Secretaría de Salud Departamental de Santander, el Banco Ganadero, la Fundación Arte y Ciencia, y las entidades Red Caldas-COLCIENCIAS y ASMEDAS. A pesar de la oposición frontal por parte de los organismos oficiales encargados del “SIDA”, cuenta con el visto bueno del Ministerio de Salud, cuya titular recibirá a los conferenciantes el día 2 por la mañana. El Comité Organizador está presidido por el Dr. León-S., Director del Departamento de Neurología de la UIS, y formado básicamente por los miembros del “Grupo de Investigación ASINO-HIV”, que ofrece un millón de pesos colombianos a quien traiga pruebas de la existencia del “VIH”.

Será inaugurado por el rector de la UIS y por el decano de la Facultad de Salud, y clausurado por el Gobernador de Santander, Dr. Camacho, y el senador Dr. Chamorro. Y será seguido de una rueda de prensa internacional celebrada bajo el lema “El porqué de la censura mundial a la concepción no-infecciosa del SIDA” e introducida por el periodista inglés Hodgkinson.

Está previsto desde un inicio que presenten ponencias, por orden cronológico, los Drs. León-S. (“Hechos, factores y distractores en los retrovirus humanos: una perspectiva personal”, y otra), Duesberg (miembro de la Academia Americana de Ciencias; “Inventando el virus del SIDA”, y dos más), Zaninovic (“Paraparesia espástica tropical, PET, sin HTVL-1”, y otra), Castro (“Discrepancia, evidencia, coincidencia e inconsistencia

en la epidemiología de la PET”, y otra), Geshektekter (“Repensando el SIDA en África”, y otra), Rey (“SIDA VIH-seronegativo en un pueblo seropositivo”), Giraldo (“La concepción infecciosa del SIDA: una de las consecuencias de la crisis del método científico”, y otra), Merino (“Hechos y controversias en las pruebas inmunodiagnósticas en el VIH”), Alfonso (“AZT: ¿princesa o vasallo?”), Mullis (Premio Nobel; “PCR, carga viral y SIDA”, y otra), Philpott (“SIDA, niños y hemofilia: incertidumbres dogmáticas”, y otra), Rasnick (“Ausencia de beneficios clínicos de los inhibidores de proteasas”, y otra), Suárez (“Complicaciones neuromusculares de pacientes de SIDA, con y sin tratamiento antiretroviral”), Papadopoulos-Eleopoulos (“Oxido-reducción, VIH y SIDA”) y Gómez (“Nutrición y malnutrición en SIDA”). Posteriormente se han incorporado las ponencias del Dr. Lanka (“Aislamiento de virus, ‘VIH’ y retrotranscripción”) y de Botinas (“‘Con censura, SIDA; sin censura, vida’: Desmontar el SIDA de aquí al 2000”).

Este importante evento puede traducirse en que por primera vez un gobierno pida que se abra un Debate Internacional sobre el SIDA. Y también en que las diferentes corrientes críticas sumen esfuerzos para lograr que la *XII Conferencia Internacional del SIDA* (Ginebra-98), signifique el inicio del fin del SIDA a escala mundial.

¿SON FIABLES LOS “TESTS DEL SIDA”? (3)

El “SIDA” se acabaría inmediatamente si nadie más se hiciese esos mal llamados “tests del SIDA”. Y si nadie más se los dejase hacer, como ocurre desgraciadamente con las mujeres embarazadas, los bebés recién nacidos y los donantes de sangre, los tres nuevos grupos de riesgo creados por la “industria del SIDA”. Lo peor es que dichos tests se siguen presentando como fiables al cien por cien, cuando en realidad son una chapuza total. En la primera parte publicada el martes 16-9-97 se demostró que ningún “test del SIDA” fue verificado con la prueba de referencia (gold standard) adecuada, que tan sólo puede ser el propio supuesto “VIH”, por lo que todos son inválidos. En la segunda parte, ya no publicada, se vio que el test *Western Blot*, presentado en España como “test de confirmación” pero prohibido en Inglaterra y Gales desde 1992, no está estandarizado, no es reproducible, no es específico y da más de sesenta reacciones cruzadas con enfermedades o situaciones tan extendidas como tener hepatitis, hemofilia, tuberculosis e incluso gripe, o haber sido vacunado de hepatitis, tétanos o incluso gripe también, o haber recibido gammaglobulinas, transfusiones de sangre o semen por vía rectal. Hoy se explica la invalidez de los “tests de anticuerpos” por razones estrictamente biológicas (por cómo funciona la inmunidad en la vida humana real) y técnicas (por cómo las condiciones del laboratorio no tienen nada que ver con esta realidad biológica). Todo ello permite afirmar con todo rigor que *todos los “seropositivos” sin excepción son en realidad falsos positivos*. Y permite exigir con un vigor cada vez mayor que los “tests del SIDA” deben ser prohibidos de inmediato, y que todas las personas que han tenido la desgracia de dar positivo deben ser indemnizadas por el calvario que se les hace sufrir.

RAZONES BIOLÓGICAS Y TÉCNICAS PARA PROHIBIR DE INMEDIATO LOS “TESTS DEL SIDA”

Todos los resultados de los “tests de anticuerpos” nada tiene que ver con la realidad del cuerpo humano

TESTS DE ANTICUERPOS

En España, la inmensa mayoría de las etiquetas oficiales (seropositivo o SIDA) han sido colocadas basándose en distintas marcas de tests de dos tipos: *ELISA* y *Western Blot* (WB). Voy a centrarme en ellos, dejando para otra ocasión la *PCR* (técnica tramposamente utilizada no sólo para medir la ficción oficialmente llamada “carga viral”, sino también para diagnosticar “infección por VIH”) y otros.

Lo primero a tener claro es que estos tests no pretenden encontrar directamente el supuesto “VIH” sino que detectan, por medio de un cambio de color, una reacción. Si ocurre, esta reacción tiene lugar entre unas proteínas que llevan los tests, y que los fabricantes dicen –y los analistas de los laboratorios y los médicos de los hospitales sencillamente creen– que son “proteínas del VIH”, y algunos anticuerpos de los muchísimos (¡miles de millones!) que están contenidos en la sangre de cualquier persona. Cuando hay reacción entre algunos anticuerpos y las supuestas “proteínas del VIH”, los oficialistas dicen por definición que los anticuerpos que participan en la reacción habían sido generados específicamente por las defensas de la persona al ser “infectada por el VIH”. Luego concluyen que la persona es portadora del “virus VIH” o de “su provirus, es decir, de la información genética del VIH integrada en el genoma de sus células”. Queda claro, pues, que dichos tests son indirectos, y se les denomina “tests de anticuerpos”.

En el *ELISA*, las varias supuestas “proteínas del VIH” están concentradas en un sólo punto. En el *Western Blot*, están dispuestas en unas bandas paralelas. En el interior de los tubos que contienen estas “proteínas del VIH” se deposita el plasma obtenido de la sangre de la persona testada. De la cantidad enorme de distintos anticuerpos que tiene cualquier persona, puede ser que algunos se peguen al punto del *ELISA* o a algunas de las bandas del *WB*, produciéndose una reacción que causa unas coloraciones. El analista interpreta o una máquina mide, con criterios distintos de

un laboratorio a otro, de una institución a otra, de una país a otro, si la reacción ha cogido un color suficientemente intenso y en tales o cuales bandas como para dictaminar o “negativo” o “positivo” (o “indeterminado”), con la diferencia entre la vida y la muerte que ello implica.

Pero cuando se sabe qué es un anticuerpo, cómo actúa con un antígeno y cómo influyen muchos factores en lo que ocurre, se empieza a comprender que estos tests no pueden ser válidos.

ANTICUERPOS, ANTÍGENOS Y AUTOANTICUERPOS

Un anticuerpo es un tipo especial de proteína (con forma de Y) que actúa fijándose sobre un antígeno y arrastrándolo hacia médula ósea, ganglios, etc., para que ahí sea digerido por unas células fagocitarias especialmente encargadas de ello, en particular los macrófagos. Las células inmunitarias encargadas de elaborar los anticuerpos son los linfocitos B, y no los linfocitos T –y menos aún una supuesta subclase denominada “linfocitos T4”–, como se da a entender en el cuadro del ‘SIDA’.

Un antígeno es toda sustancia (virus, bacteria viva o muerta, células, toxinas, espermatozoides, sangre, ...), en general –aunque no siempre– exterior que entra en nuestro cuerpo, que provoca la formación precisamente de anticuerpos. Normalmente los antígenos son también proteínas, entren sueltas dentro de, por ejemplo, semen o sangre, o entren formando parte de las membranas o del interior de virus, bacterias, células, ...

Cuando el antígeno no es exterior sino producido por el mal funcionamiento de nuestro propio cuerpo, los anticuerpos que se forman son llamados autoanticuerpos, y éste es el fenómeno base de las llamadas enfermedades autoinmunes. Así, el profesor de Inmunología suizo Dr. Hässig sostiene que “el SIDA es una enfermedad autoinmune”, entre otras razones, porque el no correcto reciclaje por parte de los linfocitos T del billón de células que se nos mueren cada día, hace que se acumule un exceso de proteínas propias, en particular la actina, ante las que, a partir de un cierto momento, los linfocitos B generan anticuerpos. Estos autoanticuerpos ante la actina son de los que hacen dar positivo a los mal llamados “tests del SIDA”.

PROTEÍNAS ¿TRIDIMENSIONALES O LINEALES?

Una proteína es una serie de aminoácidos colocados en un determinado orden. Para el tema de hoy, basta considerar a los aminoácidos como los

eslabones que forman la cadena de aminoácidos que es cada proteína. Hay una cantidad enorme de proteínas de distinto tipo en cada una de los cien billones de células que tiene nuestro cuerpo. Una proteína se distingue de otra por su longitud (mayor o menor número de aminoácidos); por su secuencia (qué aminoácidos la forman y el orden preciso en que están situados; así, dos proteínas de igual longitud son distintas si son distintos los aminoácidos que los forman, o si, teniendo los mismos aminoácidos, es distinto el orden en que están colocados); por aditamentos que tengan (por ejemplo, residuos de azúcar); y, como veremos a continuación, por su disposición espacial.

Hay otra característica que permite distinguir las proteínas humana entre sí: su tridimensionalidad. Por ella, dos proteínas de igual longitud y con los mismos aminoácidos en el mismo orden, son distintas si tienen formas diferentes porque su disposición en el espacio es también diferente debido a que se establecen unos enlaces de azufre estables entre los aminoácidos de la cadena. Esto hace que tengan codos, protuberancias, etc. (epitopes) distintos y que, en consecuencia, tengan unas u otras propiedades.

Desde el punto de vista de la validez o no de los “tests de anticuerpos”, esta tridimensionalidad de las proteínas humanas es decisiva. En efecto, resulta que lo primero que se hace en los laboratorios es romper los mencionados enlaces y convertir las proteínas tridimensionales en lineales, ya que en caso contrario no podrían trabajar con ellas en los tubos de ensayo, electroforesis en gel, *blotting* o transferencia, etc. Es decir, cambian las proteínas. A partir de ahí, será pura casualidad que lo que ocurra con ellas en los experimentos pueda también ocurrir en el cuerpo humano. Y es pura ciencia-ficción que las conclusiones a que se llegue en los laboratorios se extrapolen a lo que sucede en el interior de nuestro cuerpo...

EL MITO DE LA ESPECIFICIDAD DE LOS ANTICUERPOS

Se sigue alimentando la creencia de que los anticuerpos son específicos, queriendo indicar con ello que cada anticuerpo se forma sólo para un determinado antígeno. Se usa la engañosa imagen de que el anticuerpo se une al antígeno ante el que se ha formado como una llave a su cerradura, es decir, cada tipo de cerradura sólo puede recibir un tipo de llave. Con ello se da entender que cada tipo de anticuerpo sólo corresponde a un

tipo de antígeno, lo cual sería la consecuencia lógica de que cada tipo de antígeno sólo provoca un tipo de anticuerpo.

La realidad es bien otra, y lleva a la Dra. Papadopoulos a formular que “los anticuerpos son promiscuos”. Y se entiende cuando se sabe que:

1.- En la realidad, una misma proteína-antígeno hace que para ella se formen varios anticuerpos que van dirigidos hacia sus distintas zonas, ángulos, codos, etc., es decir, hacia los numerosos epitopes que tiene por ser tridimensional. Luego toda proteína genera la formación de anticuerpos policlonales, o sea, anticuerpos distintos. Y tan sólo en condiciones de laboratorio se pueden obtener lo que se llama “anticuerpos monoclonales”, es decir, anticuerpos todos iguales entre sí.

2.- En la realidad, un mismo anticuerpo se puede unir a antígenos distintos, y ello por la sencilla razón de que proteínas diferentes pueden tener los mismos epitopes.

Esta realidad biológica destroza la promocionada imagen “llave-cerradura”, que se muestra absolutamente errónea e interesada cuando además se sabe que:

A) Supongamos que, como promedio, tanto la proteína-antígeno como la proteína-anticuerpo tienen cada una unos mil aminoácidos componentes. Resulta que la superficie de contacto por la que un anticuerpo determinado se une a un antígeno determinado, es tan sólo de entre cinco a diez aminoácidos, es decir, de poquísimos, y no de los cientos o incluso del millar completo que sugería la imagen de especificidad. Luego la solidez del engarce deja muchísimo que desear.

B) Además, los enlaces bioquímicos que se tienden entre los poquísimos aminoácidos que establecen puentes entre el anticuerpo y el antígeno, son muy lábiles. Es decir, pequeños cambios de temperatura, acidez, concentración de minerales, etc., hacen cambiar los enlaces, con lo que el anticuerpo determinado ya no se unirá al antígeno determinado, y puede en cambio unirse a otros antígenos a los que no se uniría si no hubiesen cambiado las condiciones. Análogamente, al antígeno determinado primero pueden ahora unírsele otros anticuerpos que en las condiciones anteriores no lo habrían “reconocido”. Pero si tan sólo ligeros cambios de temperatura pueden hacer que un anticuerpo no reconozca a “su” antígeno, y la temperatura del cuerpo humano es de 37° C, aparecen preguntas del tipo: ¿A qué temperatura se hacen los “tests del SIDA” en

los laboratorios? ¿Qué consecuencias tienen los cambios de temperatura –a veces se congelan y luego descongelan... ¿hasta qué temperatura?– y las condiciones de almacenamiento y transporte a que son sometidas la inmensa mayoría de las muestras de sangre desde que son extraídas hasta que son analizadas?

Pero además de los cambios de temperatura, también los cambios de otros factores hacen variar los mencionados enlaces, con lo que aparecen más preguntas: ¿Qué consecuencias tienen los productos químicos y otros que se introducen para convertir las proteínas tridimensionales en lineales, para fijar las proteínas en las membranas de los tests, para colorearlas, etc., etc., etc.?

C) Para colmo, resulta que si se tienen unos anticuerpos monoclonales determinados ante una proteína determinada y se va aumentando la concentración de dichos anticuerpos, estos anticuerpos únicos acaban uniéndose a casi cualesquiera otras proteínas que se pongan en su presencia. Y ocurre que los *CDC* de Atlanta recomendaron en 1985 que las muestras de personas de alto riesgo (homosexuales, drogadictos, hemofílicos) fuesen calentadas o/y incubadas durante largo tiempo o/y mezcladas con productos astringentes, todo lo cual crea sequedad y constricción, lo cual implica un aumento de la concentración de anticuerpos. Esta mayor concentración hará que los anticuerpos, sean los que sean, presentes en la muestra así tratada acaben pegándose a las proteínas de los tests, por lo que la persona será diagnosticada como “infectada por el VIH”. Es decir, oficialmente se ha actuado de forma que los prejuicios dirijan los resultados de los “tests del SIDA” de manera que aquellas personas que según el inventado modelo de SIDA tenían que dar positivo a los tests, efectivamente diesen positivo en mayor número que las demás. Esto está en sintonía con la advertencia que aparece en las instrucciones de algunos de estos tests avisando de que “en la población general, pueden dar una alta tasa de falso-positivos”. ¿Cómo la tasa de falso-positividad puede depender de a qué grupo de población se apliquen los tests, a no ser que, como estamos dejando claro, los anticuerpos que detectan estos tests no son ni pueden ser específicos para el inexistente ‘VIH’?

PREGUNTA FINAL

¿Qué tiene que ver el resultado obtenido en los “tests de anticuerpos” que, tras sus operaciones en el laboratorio, el analista escribe en un papel

que remite al médico hospitalario, con lo que en realidad ocurrió hace un montón de tiempo en el interior del cuerpo a 37 ° C de la persona cuya sangre se testa?

Pero este resultado escrito es lo que el médico hospitalario se limita a leer confiadamente, entre otras razones porque no estás involucrado en lo que diga. Pero lo peor es que la persona testada escucha dicho resultado de la boca de ‘su’ médico con total fe, y hace suya la sentencia que conlleva...

HAY QUE INDEMNIZAR A TODOS QUIENES TUVIERON LA DESGRACIA DE DAR POSITIVO A ESTOS TESTS-CHAPUZA

Resumiendo, absolutamente todas las personas etiquetadas como seropositivas son, en realidad, casos de falso-positividad. Son víctimas del invento SIDA. Más exactamente, de los esfuerzos oficiales por, una vez inventado el SIDA en 1981, darle una explicación pseudoracional culpando en 1984 a un inexistente “retrovirus VIH” y estableciendo en 1985 un criterio supuestamente infalible de determinar quien está o no contagiado por el “VIH”: justamente estos tests-chapuzas.

No hay dinero en el mundo que compense el miedo, la angustia, la desesperación, la marginación, etc., sufridos desde el momento en que se da positivo a estos “tests del SIDA”. Además, el dinero no permitirá recuperar a quienes se suicidaron en cuanto lo supieron o quienes fueron asesinados con los venenos administrados en los hospitales. Pero puesto que parece que “los señores del SIDA” sólo entienden de razones económicas, si se ven obligados a pagar por los sufrimientos que están generando, pueden pasar a estar también interesados en desmontar el SIDA lo antes posible.

Y para ello un paso clave para acabar con el SIDA es prohibir que se sigan aplicando unos tests que en realidad sólo sirven para crear nuevos casos de SIDA...⁴¹

29-9-1997

⁴¹Añadida) Un aspecto decisivo que no recogí en estos tres artículos porque entonces tampoco lo conocía, es que los propios fabricantes de los tests avisan en sus instrucciones que sus tests no sirven para diagnosticar “infección por VIH”... aunque en general lo dicen de manera menos clara. De todas formas, un test de la marca Abbot afirma: “Actualmente no existe un procedimiento estándar reconocido para establecer la presencia o ausencia de anticuerpos frente al VIH-1 y VIH-2 en sangre humana”..

DOCUMENTACIÓN GRÁFICA

Si se descarta la existencia del VIH —y los argumentos para hacerlo son enormemente sólidos—, es claro que eso llamado VIH no puede ser la causa del sida.

Entonces el sida carece de base biológica-patológica propia. Se trata de una construcción intencionada que tiene muchas facetas. El sida es un invento socio-político-económico-científico-médico-religioso-moralístico-mediativo-racista destructivo que fue puesto en marcha en 1981.

DEBATE SIDA VI

lución (DS V). Son elementos para comprender de forma totalmente distinta que es 'eso' llamado sida. Hoy vemos algunos datos acerca de su invención

Luis Bormas
Barcelona

Lo que sigue está por confirmar, pues exige que más personas o asociaciones profundicen en la investigación. Por lo tanto, no pesa de ser una hipótesis, aunque la considere totalmente plausible. En todo caso, aquí queda sometida al debate.

El sida es un invento socio-político-económico-científico-médico-religioso-moralístico-mediativo-racista destructivo comenzado en 1981 en EE.UU. por iniciativa del EIS (Servicio de Información Epidemiológica), dependiente de los CDC (Centro de Control de Enfermedades) de Atlanta, EE.UU. La decisión tuvo que ser tomada al más alto nivel político y gubernamental. Conviene recordar que el entonces vicepresidente Bush, antes de ser el director de la CIA había sido presidente del potentísimo laboratorio Lilly, y es un hombre ligado a las multinacionales farmacéuticas.

El terror creado en torno al sida ha proporcionado un gran número de cobayas humanas

Pero, ¿por qué se inventó el sida en 1981? Una razón práctica inmediata fue la siguiente: para tapar la muerte de miles de homosexuales americanos a quienes sus médicos los estuvieron haciendo tomar el Bactrim-Septim como preventivo ante las enfermedades de transmisión sexual. El Septim era y sigue siendo el medicamento más potente de su género. Cuando, después de haberlo estado tomando durante años, empezaban a caer en picado y había riesgo de un escándalo científico-médico y de una avalancha de reclamaciones contra los médicos y los laboratorios, se inventa el sida para tapar la masacre ocasionada por el fármaco. Y, como miles de homosexuales iban a morir, el sida fue presentado desde el primer día como inevitablemente mortal.

Queda pendiente saber por qué, por primera vez en la historia de la medicina, se reconocieron tomar como profilácticos fármacos que, como todo médico sabe, sólo deben administrarse si se o, máximo, diez días. Una posibilidad es que se fuese estableciendo espontáneamente la moda de tomar Bactrim-Septim para

Un invento destructivo

El sida se creó, probablemente, para encubrir un experimento con homosexuales



PANCARTA DE PROTESTA En el congreso sobre sida que se celebró en Barcelona no faltaron grupos que reivindicaban un mayor aperturismo acerca del tema.

Una presentación reveladora: el sida como mortal

El simple hecho de que el sida fuese introducido desde el primer momento como algo necesariamente mortal muestra que se trató de un invento. La igualdad sida=muerte fue establecida sin que hubiese prueba alguna de ello. Si realmente un nuevo problema de salud hubiese surgido espontáneamente por el proceso natural que fuese, una vez detectado se tendría que haber hecho un cuidadoso seguimiento durante meses antes de observar si todas las personas infectadas acababan o no muriendo, y entonces llegar quizá a la conclusión de que era mortal. Además, en toda verdadera epidemia se sabe que llegan al hospital los afectos

más débiles, pero que numerosos infectados se recuperan por sí solos. Luego los posibles fatales desenlaces observados en los hospitalizados, no tendrían por qué ser extendidos al resto. Finalmente, la presión instauradora del invento sida fue tan fuerte que los médicos implicados rompieron con la primera norma deontológica de todo médico: mercedar de tal nombre dar esperanza a los enfermos, sea cual sea su situación, y los "médicos del sida" se convirtieron en factor de muerte al quitar sistemáticamente toda ilusión de vivir a las personas etiquetadas. Han luchado contra las esperanzas

que los críticos hemos transmitidos, siempre en función de los conocimientos que en cada momento teníamos. Los han tildado de "falsas esperanzas" repitiendo que había que aceptar que el sida es mortal". La divina hipocresía ("Premun non nocere" ("Lo primero, no dañar") fue transformada en justamente su opuesto. Los "especialistas del sida" se convirtieron en los ejecutores de la sentencia de muerte dictada por los CDC, envenenamientos por partida doble: psicológicamente, alimentando el miedo, y fisiológicamente, con los fármacos asesinos que administran los hospitales.

evitar infecciones.

Pero una hipótesis menos ingenua es la de que la moda misma inducida como componente de un experimento dirigido a comprobar el tiempo de aparición de resistencias al Septim. Y, qué parte de la población sería más adecuada para ello que los homosexuales, que tienen la característica de no reproducirse, con lo que las consecuencias del ensayo no afectarían al conjunto de población norteamericana ni a futuras generaciones?

Aún más la otra gran arma de la medicina oficial son los nucleosidos análogos, medi-

camentos que actúan en el núcleo de la célula impidiendo que ésta pueda multiplicarse. De ahí que fuesen concebidos contra el cáncer. El AZT, elaborado en 1964, fue el primero, pero la experimentación con animales mostró que era tan tóxico que no llegó a aplicarse con personas. Sin embargo, y gracias al sida, desde 1987 el AZT Retrovir y desde 1994 el ddI Vider, ddC-Hivid y otros, están siendo experimentados con cientos de miles de personas. El terror creado en torno al sida ha proporcionado a algunos responsables de sanidad y a algunos laboratorios farmacéuticos

un gran número de cobayas humanas gratuitas con las que estudiar las consecuencias de la administración de estos productos.

Por eso mismo que esto pueda parecer, tiene sentido cuando se recuerda que, probablemente, el problema más importante que tiene la medicina occidental moderna es la resistencia microbiana a los medicamentos, que los laboratorios no están encontrando nuevos tipos de antibióticos más potentes a pesar de los muchos millones de dólares que dedican a ello, contrario a los mejores científicos, que no han aparecido nuevas familias de medicamentos después de las mencionadas y que la principal obligación de centros como el EIS/CDC es precisamente prever soluciones a problemas de salud pública. Luego quienes tomaron las decisiones probables-

mente actuaron no sólo por intereses personales o económicos sino por objetivos colectivos, patrióticos, de sanidad.

Que el invento del sida fue una operación de primera magnitud de las estrategias norteamericanas queda confirmado por el hecho de que hayan dedicado más dinero a la investigación sobre el sida desde 1981 que sobre el cáncer es su mucho más larga historia, y ello a pesar de que el número de personas afectadas de cáncer es enormemente mayor que el de "sida", que no pasa de ser una marea médica, aunque se siga hablando de epidemia, pandemia...

Mientras se respetan las reglas de un juego, el juego funciona. Pero si se dejan de cumplir dichas reglas, el juego desaparece. "Reglas, sí" o "Reglas, no", esa es la clave. Ejemplo "Reglas, sí". Las ciudades alemanas que dan la mayoría de casos de sida son las que manutuvieron los Departamentos de Infecciones. Resulta que sus directores se rehicieron en especialistas del sida y han realizado muchas campañas oficiales de 'prevención'.

Ejemplo "Reglas, no". China no aplica las reglas porque no pertenece a la OMS (Organización Mundial de la Salud). Luego no hay casos de sida porque nadie se hace los mal llamados 'test del sida'. Los problemas de inmunodeficiencia existentes los explican por las causas anteriores a que se inventase el sida en 1981. Estas causas, explicadas por todo libro de texto, son más vigentes que nunca.

¿QUÉ ES EL SIDA?

Las reglas de juego del invento sida

Se lograría acabar con este montaje simplemente dejando de aplicar estas normas

Madrid / D16.—El sida es el resultado de que hasta ahora la población se ha creído unas reglas de juego que permiten poner las etiquetas mencionadas. Las reglas fueron establecidas por los CDC (Centers for Disease Control, Atlanta), respaldadas por la OMS y seguidas a ciegas por los gobiernos. Las reglas básicas son: 1º) Hacer creer que ha aparecido una nueva enfermedad y presentarla como inevitablemente mortal; 2º) Cogor dolientes de diversas enfermedades ya existentes; 3º) Nombrarlos 'víctimas de sida' por medio de un acto misterioso consistente en dar positivo a unos tests chupazo; y, 4º) Matarlos con los tratamientos su médico, con lo que se autocumple la profecía de que la 'nueva enfermedad' era mortal.

Vemos algunos elementos de cómo funcionan las cuatro reglas que hacen que el sida exista. Pero al hacerlo críticamente y entender su funcionamiento, también queda claro cómo lagar que dejan de actuar, con lo que rápidamente se podría acabar con el sida... si se quisiera.

1ª regla: el miedo

A mediados de 1981, los CDC proclamaron que ha ocurrido una nueva terrible enfermedad que ataca a homosexuales. La prevención desde el primer momento como inevitablemente mortal, carecía de toda base científica e indicaba que algo terrible presidió el invento del sida. Sin embargo se convirtió en verdad mundial con la manipulación del fallecimiento de Rock Hudson.

También desde el inicio se supió que la causa era un virus transmitido sexualmente. Pero como las enfermedades de transmisión sexual circular en todas direcciones, hubo que difundir 'eso' desde los homosexuales al resto de la población, y a los otros: 1º) primero a hemofílicos y a hemofílicas, y finalmente a los heterosexuales.

A subrayar que la presión

institucional del invento sida fue tan fuerte que los médicos implicados se creyeron que era mortal de necesidad. Así rompieron con la primera norma deontológica de todo médico: no temerario de tal manera, dar esperanzas a los enfermos, sea cual sea su situación. A los etiquetados se les ha negado toda esperanza y posibilidad de recuperación, y, por el contrario, se les ha garantizado la muerte.

2ª regla: enfermos

Pervertiendo el significado de 'síndrome' como conjunto de síntomas, varias enfermedades previamente existentes fueron puestas dentro de un mismo saco, sobre el que se colocó la etiqueta 'sida'. Además, se ha hecho aumentar arbitrariamente el número de enfermedades incluidas, a fin de que dos enfermedades (1981) a doce (1985), primera definición oficial de sida; de doce a dieciocho (1986); de dieciocho a veintinueve (1987); y de veintinueve a treinta y tres (1988).

A cada cambio, cientos de miles de personas ya enfermas de todo el mundo que a la noche anterior se acuestan no siendo 'casos de sida', por la mañana se despiertan convertidos en 'casos de sida' debido a que a mediciones ha empezado a funcionar la nueva definición.

Resumiendo, las personas etiquetadas como 'víctimas de sida' no son nuevos enfermos de algo nuevo, sino antiguos enfermos a los que se les cambió el nombre de su enfermedad anterior (por ejemplo, tuberculosis) por el nuevo de sida. ¿Cómo se efectúa esta operación de camuflaje? Por medio de los 'test del sida'.

3ª regla: test

Los 'test del sida' son presentados por los científicos del sida como 'el cien por cien'. Los medios de comunicación transmiten acríticamente esta afirmación.



¿ESQUEMÁTICO? Este aspecto típico es debido a los medicamentos supuestamente antivirales que impiden la división celular. Se puede recuperar.

Las tres fantásticas reglas anteriores llevan a una cuarta regla muy mala, de consecuencias nefastas: unos tratamientos que son tendencialmente mortales a medio plazo. Hay dos excepciones. Una, negativa: la muerte ha sido fulminante en quienes han decidido suicidarse tras conocer su etiqueta. Otra positiva, hay nuevos vendedores del sida entre quienes han roto con las reglas de juego oficiales (ver página siguiente).

El tratamiento social del sida, hasta En efecto, el terror psicológico de masas generado en torno al sida pesa como una losa sobre toda la sociedad, y en particular sobre las personas ya etiquetadas que temen poder serlo. El miedo colectivo se traduce automáticamente en marginación, depresión, insolidaridad, etc. Todo me debilita el conjunto de las defensas y puede matar. Sólo los médicos hospitalarios del sida ignoran esto, y todo se lo atribuyen a un virus del que son incapaces de demostrar prueba alguna de su existencia.

En consecuencia, la población se lo cree, en particular quien va a buscar los resultados. Pese a lo que es una falacia que resulta clave en la existencia y mantenimiento del sida. Y también es clave para acabar con él. En efecto, si nadie tomase la temeraria decisión de hacerse los 'test del sida', dejaría de haber nuevos 'casos del sida'.

Lo decisivo es que si el VIH no existe, los 'test del sida' se

4º Los tratamientos mortales

El maltrato social del sida es importante, ya que todo miembro de los llamados grupos de riesgo está sometido a su presión destructiva desde 1981. Homosexuales primero y drogadictos y hemofílicos después, se han visto arrastrados al inmunodepresión mieda al sida por ser las primeras víctimas del invento. Si lógico que quienes quieran quitarse esta losa de encima. Pero la manera correcta de hacerlo no es ayudando a los montadores del sida a extender el miedo a toda la población, sino contribuyendo con decisión a terminar radicalmente con el sida.

El tratamiento médico del sida, también mata

Cuando a alguien le colocan la etiqueta, la farmacia hospitalaria se ocupa sobre él.

Va a recibir diez, veinte, treinta, cuarenta o más pastillas diarias gratuitamente. Por suerte para los etiquetados de los países no occidentales, sus gobiernos no son solventes, con lo que no pueden comprarlas y no son envenenados como aquí.

El simple hecho de tenerse que tomar docenas de pastillas al día, ya mata. Recordar las horas y aunque sólo sea los colores de las pastillas correspondientes, obliga a estar todo el día obsesionado con la bomba de relojería que le han dicho lleva dentro. Y eso es inmunodepresor.

Los efectos llamados secundarios pero que en realidad son principales, son alteraciones, e incluyen a varias de las 29 enfermedades que están metidas bajo la etiqueta sida. Y los efectos sobre hígado y riñón de estos productos químicos potentes, no pueden sino perturbar el funcionamiento del conjunto del cuerpo. Es decir, el tratamiento farmacológico que están administrando los hospitales a las personas etiquetadas, mata.

Porque no son reproducible, es decir, los resultados pueden no dar igual incluso en el mismo laboratorio. Porque dan reacciones cruzadas ya se han detectado más de sesenta enfermedades (pneumía, alergia...) o situaciones (ver vacunación...) que pueden hacer dar positivo. Y lo más difícil de entender: porque no están estandarizados, es decir, depende de en qué país se realiza, en qué parte de un mis-

mo país se esté o a que institución de la misma parte del mismo país se vaya, puede dar positivo o negativo. Así, la mayoría de personas que en España padecen la etiqueta de seropositivos, en Australia serían seronegativos, pues allí se aplican criterios más estrictos.

Resumiendo: los 'test del sida' son una chupaza. Por ello pedimos que se dejen de aplicar mientras el debate permita aclarar quien tiene razón.

En Ciencia, el argumento de la mayoría no debería tener validez alguna. En efecto, todo innovador ha estado lógicamente en minoría durante mucho tiempo antes de conseguir el reconocimiento general. Y, sin embargo, la frase "la inmensa mayoría de científicos y médicos considera en todo el mundo que el VIH existe y es la causa del sida", aparece en seguida en la boca de los oficialistas. Menos mal que la vergüenza ajena molesta pero no mata...

¿EXISTE?

Basta de censura: Iniciar un debate científico y público

DIARIO 16 se ofrece como foro de discusión para contribuir a la apertura de nuevas vías de investigación sobre la enfermedad

Madrid / D16.—La impresión generalizada es que el sida es un grave problema de salud pública mundial, a cuya resolución se ha dedicado una gran cantidad de recursos económicos y científicos, sin que los resultados obtenidos hayan sido en absoluto satisfactorios.

De hecho, oficialmente nunca se ha afirmado que se haya sido capaz de salvar ni una sola vida. Y las grandes alabanzas que una parte de los médicos oficialistas dedican a los combinados aplicados desde hace unos meses, son cuestionadas incluso por otra parte de los mismos.

Aún hoy, el conjunto de la población ni siquiera sospecha que sobre el sida exista más que la versión que hasta ahora han recibido machaconamente.

La entrevista con el virólogo alemán Dr. Lanka publicada el jueves 3 de abril, "El VIH no existe", los extractos del video-reportaje "Sida: la dudar, de Diamant Tzili, de los días 4 y 5 y las seis columnas "Desmontar el sida", de Luis

Oficialmente nunca se ha afirmado que se haya sido capaz de salvar ni una sola vida

Botinas, ya aparecidas, han sido, para la inmensa mayoría de nuestros lectores, las primeras noticias de la existencia de un cuestionamiento radical de la versión oficial, que lleva a otro tipo de terapias y tratamientos no-agresivos.

En realidad, ha habido y aún hay una censura por parte de los medios de comunicación importantes respecto de los científicos, médicos, afectados, asociaciones, etc., que discrepan de las hipótesis y tratamientos oficiales.

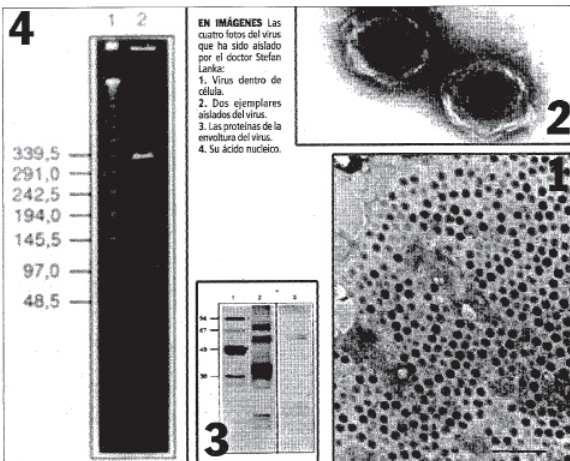
Y, sin embargo, lo lógico es que se sumasen todos los esfuerzos que puedan contribuir a acabar con el sida lo antes posible. Pero no existe ningún científico alguno en el que se puedan contrastar los diferentes enfoques y las respectivas propuestas de solución de dudas.

Se afirma en las Universidades que "la ciencia sólo avanza contrastando hipótesis distintas". Pero en la realidad, y no sólo en el tema sida, esto no sucede ser otra cosa que palabras de adorno.

De hecho, se lanzó el sida en 1981 como inevitablemente mortal y el VIH en 1984

EN IMÁGENES Las cuatro fotos del virus que ha sido aislado por el doctor Stefan Lanka:

1. Virus dentro de célula.
2. Dos ejemplares aislados del virus.
3. Las proteínas de la envoltura del virus.
4. Su ácido nucleico.



Negar la existencia del VIH no significa decir que no haya sida

La información oficial ha insistido tanto desde 1984 en que ese llamado VIH es la causa de eso llamado sida, ha creído, intencionada pero injustificadamente, tanto miedo en torno a uno y otro, que ha generado una fuerte asociación inconsciente entre ambos. Esto hace que automáticamente muchas personas reaccionen disgustadas al oír que hay quienes negamos la existencia del VIH. Lo que nos llega es que negamos la existencia del sida, aunque en absoluto sea esto lo que decimos. Y entendiendo que incluso saltem

agresivamente si familiares o amigos han muerto presentados como víctimas del VIH y han engrosado la estadística de los etiquetados como "muertos de sida". Preciso, pues, que consideremos que el sida existe pero no en tanto que enfermedad viral sino en tanto que invento socio-político-complejo científico-médico-religioso-moralista-mendocinético-racista destructivo puesto en marcha conscientemente en 1981 en los USA. Por esto decimos desde hace más de tres años que en realidad el

sida no es una enfermedad a tratar sino una construcción a desmontar, e invitamos a actuar para lograrlo en el menor tiempo posible (¿un par de años?). Y aclaro que lo que si debe tratarse con medicamentos y medios no agresivos son las 29 enfermedades hoy en día dadas bajo la etiqueta de sida, así como la energía-deficiencia, más que inmunodeficiencia, que suele subyacer.

Pero todo esto, y más, será abordado en los próximos "DEBATES SIDA".

LUIS BOTINAS

como su supermaligna causa, sin que previamente hubiese habido ni publicaciones científicas ni congresos de especialistas, ni debate alguno que evaluaran lo que unos cuantos influentes norteamericanos, situados en instituciones clave, hicieron decir a los medios de comunicación.

Una historia del sida aún por escribir probablemente mostraría que se rompió todas las reglas que hasta entonces habían presidido al método científico y a los usos de la comunidad científica internacional.

Ya que no antes, desde el momento en que se sabe que hay corrientes científicas debería aparecer la necesidad de un debate. De hecho, un doble debate: uno científico y otro público.

Al científico porque la especialización de algunos aspectos de la cuestión exige que los expertos se confronten. Pero la experiencia en el tema sida indica que si no hay una presión pública, los expertos oficialistas se man-

La gente ni sospecha que sobre el sida existan más versiones que la que ha recibido

tienen en sus casillas y utilizan el poder para marginar e incluso reprimir a quienes no adhieren o no callan.

Pero, sobre todo, hay el riesgo de que un debate científico se eternice, en particular si hay grandes intereses económicos por en medio. Y mientras, casi dos centenares de miles de españoles y millones de seres humanos en todo el mundo están padeciendo la pesadilla de ser supermasculinamente portadores de un virus cuya existencia (y no ya solo cuya culpabilidad) está siendo puesta en entredicho por científicos cualificados. Diario 16 se ofrece ya como un foro para el "DEBATE SIDA", con la esperanza de aliviar a toda la sociedad y de contribuir así a terminar lo antes posible con el sida. Y el primer tema a tratar es el decisivo y que ordena a todo el resto: la propia existencia de lo que desde 1984 se presenta como la causa del sida, es decir, el supuesto virus, o mejor retrovirus que se acabó conociendo como VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). El debate, a partir de esta breve introducción, queda abierto.

Debate "SIDA" I, 15-4-1997 (véase la página 67).

¿VIH?

Se enseña en las Facultades que la ciencia avanza contrastando hipótesis distintas". En el caso del sida, esto no ha sido tenido en cuenta hasta hoy. La interesada presentación desde el primer día del sida como inevitablemente mortal, y la del VIH como su supuesta causa, no fue resultado de contraste alguno de hipótesis. DIARIO 16 se ofrece como un foro, el único por ahora en el mundo, donde el que impulsó hoy dicho contraste, con el deseo de así contribuir a terminar lo antes posible con el sida.

■ **LLUÍS BOTINAS/ DIRECTOR DE LA ASOCIACIÓN C.O.B.R.A.**

DIARIO 16: ¿Qué titulación tiene Ud. y cuál es su experiencia en el campo del sida?

LLUÍS BOTINAS: Soy licenciado en Económicas y Doctorado en Sociología. Desde hace casi siete años, y en tanto que director de la asociación C.O.B.R.A., he acumulado una experiencia sobre el SIDA probablemente única en el mundo. He dado unas 400 conferencias, he estado en contacto directo con más personas científicas y alumnas que ningún médico hospitalario o responsable de sanidad, he ido conociendo los trabajos de las diversas corrientes críticas, y hemos traído a Barcelona a tres de los principales investigadores: los Drs. Lein (biólogo alemán), Kramer (médico alemán) y Hiesig (inmunólogo suizo). Soy el representante en España del Dr. Lankin. Y miembro del Consejo de Asesores de la revista británica CONTINUUM, que es hoy la número uno mundial para conocer estas investigaciones.

D16: ¿Y a qué conclusión ha llegado?

LL: A que la explicación oficial sobre el sida es totalmente insostenible. Y quiero subrayar que cuando comencé mis siete años nos creíamos toda la versión oficial. Pero, paso a paso, la experiencia y la documentación acumulada nos hicieron poner interrogantes cada vez mayores, hasta llegar a una comprensión totalmente diferente. Ha sido un proceso largo. Y también doloroso, pues sé muy bien los males de estómago y otros que acorrala el darse cuenta de que es erróneo aquello en lo que creas. Pero como no nos paga nadie, si aparecieran las pruebas que pedimos, cambiaríamos de nuevo de posiciones.

D16: ¿Cómo resumiría los pasos del cuestionamiento que han hecho?

LL: Empezándolo desde lo último aprendido, lo más reciente: la existencia de las investigaciones del Dr. Lankin lo demuestran. Pero supongamos que el VIH sí que existe. Entonces resulta que el VIH jamás ha sido aislado: los trabajos del equipo de Drs. Propoydus (Australia) lo demuestran. Pero supongamos que el VIH existe y que además lo sí aislado. Entonces resulta que los tests más llamados del sida no tienen fiabilidad: algunos otros trabajos de dicha Dra. Propoydus lo demuestran. Pero supongamos que el virus existe, que ha sido aislado y que además los tests son totalmente válidos. Entonces resulta que el VIH es inofensivo:



OTRAS TENDENCIAS Lluís Botinas considera que el sida puede ser fácilmente desmontado exigiendo las pruebas.

“¿Dónde están las pruebas?”

Botinas afirma que “el invento sida no tiene ningún fundamento ni rigor científico”

los trabajos del Dr. Duesberg (USA) y muchos más, lo demuestran. Pero supongamos que el VIH existe, que ha sido aislado, que los tests son válidos y que además el VIH es lo maligno que se dice oficialmente que es. Entonces resulta que hay tratamientos ineficazmente mejores que los venenos que se están dando en los hospitales, es decir, hay investigadores y terapeutas (con titulación o sin) que, trabajando sobre la base de la hipótesis oficial VIH=SIDA, han confeccionado tratamientos mucho más eficaces que los hospitalarios. Luego consideramos llegada la hora de proponer decididamente el objetivo de llegar al año 2000 con el sida crónico del que hablan los científicos más

“Paso a paso hemos ido poniendo interrogantes a la explicación oficial. Romper con lo que creíamos ha sido un proceso doloroso”

“Los enfoques críticos abren el camino a tratamientos no agresivos para las 29 enfermedades que están tapadas con la etiqueta sida”

avanzados, sino habiendo desmontado el sida.
D16: Pero si el VIH no existe, todo el sida se derrumba...
LL: Así es. Podemos responder a los oficialistas en cualquier nivel, pero lo primero que los pedimos es que prueben la existencia del VIH. Por esta razón convocamos el pasado 28 de noviembre el Premio Internacional “Existe el VIH”. Y también el Accésit “Es el VIH la causa del sida”, a fin de subrayar que aún suponiendo que el VIH hubiese sido aislado, no hay prueba alguna de que sea el causante del sida.
D16: En realidad, el propio Dr. Montagnier tiene una posición vacilante al respecto.
LL: Es cierto. Su artículo de 1983 donde afirma haber ais-

lado un nuevo retrovirus, acaba diciendo: “Falta ver cuál es su papel en la etiología del sida”. Además, ya en 1990 formuló su hipótesis de los cofactores, puesto que el VIH por sí solo no puede matar o halar alguna, es preciso que haya otro factor que actúe al mismo tiempo sobre la misma célula. Sin embargo, los oficialistas siguen repitiendo que el VIH mata las defensas, los neurones.
D16: Entonces, ¿quién postula la existencia del VIH y que sea la causa del SIDA?
LL: El 82 más veterano que queda es el Dr. Gallo. Y resulta que en los EEUU ha condenado tres veces investigación tras investigación, tuvo que dejar de trabajar en el sector público y ahora “investiga” en un laborato-

¿Qué es y qué hace C.O.B.R.A.?

C.O.B.R.A. es una asociación sin ánimo de lucro creada en 1990. Su objetivo es recoger, elaborar y difundir información acerca de actitudes, enfoques y tratamientos que podrían preservar la salud, o ayudar a recuperarla, a cualquier persona. Sin embargo, están siendo silenciados por rumores de poder, prestigio, dinero, etc. Los dos campos en los que más se ha profundizado son el cáncer y, sobre todo, sida. Actualmente, el contenido que corresponde mejor a estas ideas es el de Centro Orientativo de Bilo Regeneración Aplicada. La asociación no recibe subvención oficial ni comisiones de nadie. Esto es el primer criterio ético que ha presidido nuestro funcionamiento y garantiza la independencia. El segundo fundamento: no pagar publicidad. Nuestras fuentes de ingresos sistemáticas son las cuotas de nuestros socios y la venta de información, que como no son suficientes como para cubrir nuestros presupuestos. Y usamos para poder investigar, publicar, etc., todo aquello que consideráramos sería necesario hacer.

c/Gallia, 303 A 11. 08028 Barcelona. TEF 90-419 58 24

rio que le ha montado la industria farmacéutica. Quedó claro que había robado el retrovirus de Montagnier. Pero el transpos científico Dr. Gallo conserva fuera de la FEUTU una más ganada fama que hace que le siga rindiendo honores, como ofrecerle la conferencia inaugural del IV Congreso Nacional de Sida celebrando en Valencia, o presentarlo como la figura estelar de un curso organizado por La Caixa en Barcelona estos días. Y luego quedan los científicos y médicos que se han montado sobre el tren del sida ya en marcha. Tienen fe en que sus “rasgos” hicieron bien su trabajo y se limitan a repetir las instrucciones que les dan los manuales de virología o los de los laboratorios que fabrican los tests, aparatos, etc. Y bien y citan artículos científicos de cuarta, quinta o sexta generación en los que se da por supuesto que ya fue demostrado a principios de los ochenta que el VIH existe y que es la causa del sida. En el reportaje “Sida: la culpa, culpa” asegura el Dr. Nijera logró imponer a TVE, el Premio Nobel Dr. Mullis explica que se hizo descubriendo cuando buscó las referencias originales para la frase “el VIH es la probable causa del sida”, y lo logró encontrarlas aunque llegó a preguntárselo al propio Dr. Montagnier.
D16: El Dr. Gallo va a estar el miércoles en Barcelona.
LL: Si está programado que da una conferencia precisamente sobre “El descubrimiento de los retrovirus y del VIH”. Es el momento adecuado para pedirle las pruebas de que el VIH ha sido aislado.
D16: ¿Cuáles son estas pruebas?
LL: Las que el Dr. Lankin explicaba en su entrevista y que están contenidas en las bases de los Premios que están convocados. Ningún requisito se había cumplido cuando el Dr. Gallo lanzó en 1981 la noticia al mundo. Ni después.
D16: Luego, ¿es el Dr. Gallo el máximo responsable del sida?
LL: No lo considero así. Si el Dr. Gallo consiguió fama y dinero fraudulentamente fue porque otros habían inventado en 1981 el sida. Hay que precisar que puñado de políticos, científicos, ejecutivos, periodistas... normeternizados decidieron lanzar el sida, y porque lo hicieron. Y hay que constatar que, rinden cuentas y la pared a todos los que tienen responsabilidad en este engaño. Una etiquetada me

tífico-médico. El problema empieza cuando alguien tiene la desgracia de dar un positivo en uno de los diferentes test que son presentados como fiables al cien por cien pero que en realidad son una chapuza total. Ningún test del sida ha sido correctamente comprobado. Tiene que prohibirse inmediatamente su aplicación y debe

indemnizarse a quienes dieron positivo. Todas las personas a quienes se les ha colocado la etiqueta de seropositivo, en realidad son casos falso-positivos. Los seguidores de esta serie saben que, sostengo que, apoyándome en los doctores Lanka y Papadopoulos, el VIH no existe.

LA VALIDEZ



INFORMACIÓN Mesa informativa sobre el sida, durante una de las campañas oficiales.

Ningún test del sida es válido

Estas pruebas no tienen base alguna y carecen de todo valor diagnóstico de "infección por VIH", virus que nunca ha sido aislado

LUIS ROTINAS
Barcelona

El razonamiento que sigue descalifica todos los "test del sida" hasta ahora utilizados, y ello aún aceptando que fuesen ciertas las hipótesis oficiales nunca demostradas según las cuales "el VIH existe" y "el VIH es la causa del sida".

Los seguidores de esta serie saben que, apoyándose en los Drs. Lanka y Papadopoulos, sostengo que el "VIH" o no existe o nunca ha sido aislado. En ambos casos se deduce lógicamente que los mal llamados "tests del sida" no tienen base alguna y carecen de todo valor diagnóstico de "infección por VIH".

Pero la pseudociencia del "sida" es tan incoherente que, incluso dando por ciertas ambas hipótesis, los "tests del sida" siguen siendo solo vudú científico-médico. Veámoslo.

Pura diagnóstico a una persona como "portadora del VIH", en los hospitales de todo el mundo se utilizan básicamente dos grandes grupos de pruebas. El primero está formado por los tests llamados indirectos debido a que no buscan el "VIH" sino a supuestos indicadores de su supuesta presencia en el cuerpo de la persona: son los llamados "tests de anticuerpos".

El segundo, por los denominados directos porque supuestamente detectarían el

La pseudociencia del sida es incoherente y estas pruebas siguen siendo solamente un vudú científico-médico

No hay ni un solo artículo científico publicado donde se demuestre que con alguno de estos test se ha usado el VIH

propio "VIH", hoy en día se usa la técnica PCR.

Pero el problema con estos tests, con cualesquiera otros que puedan estar siendo utilizados para determinados experimentos especiales o ensayos privados, es que no han sido validados.

¿En qué consiste la validación de un test para algo determinado, es este caso para indicar realmente la infección o no por el "VIH"? Validarlo consiste en compararlo con lo llamado "gold standard" o "prueba-estándar", es decir, con la prueba de referencia que permita confirmar sin duda alguna que efectivamente el test cumple la función para la que ha sido diseñado; en este caso, para detectar la presencia o

ausencia del "VIH". ¿Cuál sería entonces el "gold standard" adecuado? Tan solo puede ser el propio "VIH", ya que cualquier otro criterio distinto debería a su vez ser validado con el "VIH" mismo.

¿Qué tendría, pues, que haberse hecho? Comparar en un número significativo y concluyente de ocasiones que cada vez que el test que se está validando se aplica a una persona y da positivo, se logra aislar realmente de dicha persona el propio "VIH". Y, por el contrario, que cada vez que el test da negativo, no se consigue encontrar el "VIH" aunque se apliquen consecutivamente las mismas técnicas de detección que han permitido aislarlo en los ca-

sos que daban positivo.

Pues bien, resulta que ni para uno solo de todos los "tests del sida" se han efectuado jamás esta verificación básica y decisiva, prerequisite para poderlo aplicar.

Al inicio, se evaluó el primer "test VIH" utilizándolo en dos grupos de personas que "se sabía" que eran o "seropositivos" las de un grupo o "seronegativas" las del otro, y "comprobando" que con las primeras el test daba un alto número de "positivos" mientras que con las segundas el test daba muchos "negativos".

Pero, ¿cómo "sabían" que las personas de cada grupo eran "seropositivas" o "seronegativas"? Es sencillo: en ausencia de prueba estándar, no lo sabían puesto que no podían saberlo. Se limitaron a suponer que las personas del primer grupo estaban "infectadas por el VIH" porque habían sido etiquetadas como "casos de sida" por criterios clínicos, y suponían que las del segundo grupo no estaban "infectadas por el VIH" porque estaban sanas. Pero ese razonamiento es científico. Y es insostenible desde el momento que se sabe que hay miles de "casos de sida sin VIH" y millones de "seropositivos" que se mantienen totalmente asintomáticos.

Los anteriores

Y los tests aparecidos posteriormente se ha validado usando a los anteriores, aunque estos nunca habían sido correctamente validados. Esto lleva a la ridícula situación actual: la PCR-b-ADN usa la PCR-QC como falsa prueba-estándar; la PCR-QC usa la PCR normal como falsa prueba-estándar; la PCR normal usa los test de anticuerpos como falsa prueba-estándar y los test de anticuerpos se usan los unos a los otros como falsa prueba-estándar. Pero no hay ni un solo artículo científico publicado donde se demuestre que con alguno de estos test se ha usado al propio "VIH" como prueba estándar, lo cual es lo único realmente válido.

Y esta burbuja hedionda se sostiene, entre otras razones, porque se esconde que la supuesta validación de un test por otro en realidad siempre ha dado cifras de confusión que varían entre un 30 por 100 y el 70 por 100, es decir, muy bajas, lo cual también descalifica a todos.

Luego todas las personas a quienes se les ha colocado la etiqueta de "seropositiva" en realidad son casos falso-positivos.

Debate "SIDA" XVII, 16-9-1997 (véase la página 227).

El doctor Heinrich Kremer pertenece a la organización Regimud, que reúne a un grupo de científicos que cuestionan las explicaciones oficiales en lo que se refiere al sida, especialmente, y también se muestran críticos con los tratamientos utilizados en el cáncer y otras enfermedades degenerativas. En 1981 fue director médico de una clínica especializada en drogadependientes que formaba parte de una experiencia piloto del Gobierno alemán,

DEBATE SIDA V

lo que le permitió conocer de cerca el papel de las diferentes toxiconomías en el correcto funcionamiento del cuerpo humano. Estudiosos de las mitocondrias celulares, defiende tratamientos no agresivos para luchar contra enfermedades como el sida o el cáncer. El pasado fin de semana, estuvo en Barcelona para dar una conferencia sobre los procesos vitales y el tratamiento alternativo que propugna para superar esas graves enfermedades.

► HEINRICH KREMER / ESPECIALISTA EN MITOCONDRIAS CELULARES

"Los fármacos actuales matan a los pacientes"

El doctor alemán defiende los tratamientos no agresivos contra el sida y el cáncer

LARS M. MENDONZABAL
Barcelona

DIARIO 16: ¿Cómo fue su experiencia en la clínica piloto especializada en drogadependientes?

HEINRICH KREMER: En los años setenta se desarrolló en Europa una epidemia de hepatitis B, y en 1979, HEU puso en marcha una vacuna contra esta enfermedad, que hay que decir que afectaba a tres grupos: homosexuales, drogadictos por vía parental y hemofílicos. Tres años más tarde, el Gobierno Federal alemán puso en marcha una clínica piloto en cinco de sus regiones para estudiar la incidencia de la enfermedad en drogadictos, y me nombró director médico. Ya en 1982 se introdujo la vacuna de la hepatitis B en Alemania, y yo, viendo que no tenía efectos secundarios y que la OMS recomendaba su uso, la apliqué a los infectados, como preventivo, a los trabajadores sanitarios, y comprobé que era efectiva. En 1984, se congelaron muestras de sangre de todas aquellas personas de la clínica infectadas con la hepatitis B, y el Gobierno Federal y de las cinco autonomías acordaron aplicar los tests del sida, por primera vez en Alemania, a esas personas. Yo estuve de acuerdo en que lo hicieran, a condición de que los tests fueran anónimos.

D16: ¿Cuál fue el resultado de esos tests?

H.K.: De un grupo de 390 muestras, 18 dieron positivo, mientras que de los 78 colaboradores míos que se sometieron al test, dieron positivo 8 de ellos. En total, 26 "sentencias de muerte". Yo estudié los tests y vi que no tenían ningún valor clínico, ya que detectaban el mismo tipo de anticuerpos que se

"No estoy de acuerdo con la política de Alemania sobre drogas y sida"

"Esta enfermedad es un subproducto equivocado del cáncer"

"El científico David Ho es un tramposo al afirmar que la combinación de tres fármacos erradica el virus de la sangre"

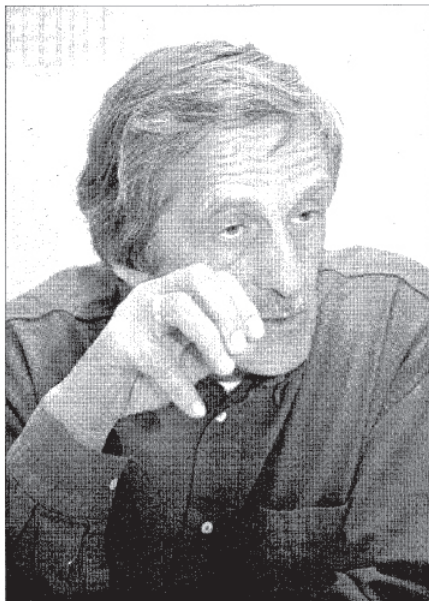
producen cuando una persona está padeciendo una hepatitis B. El 95% de las personas que dan positivo al test del VIH tienen hepatitis. Posteriormente, trabajé con 20.000 drogadictos en las prisiones alemanas, y ni uno solo de ellos tuvo una seroconversión, hasta que dejé el proyecto debido a mi desacuerdo con la política llevada a cabo por el Gobierno Federal en cuanto al tema drogas y sida. El problema es que se nos explica la transmisión de la enfermedad únicamente tomando como base los tests. Seroconvertido y sida son dos cosas diferentes.

D16: ¿Qué es el sida?

H.K.: El sida es un modelo equivocado, subproducto de otro modelo equivocado que fue el cáncer. En 1971 se decía que el cáncer se podía contagiar y luego esto se desestimó. Después se habló de que el Sarcoma de Kaposi, una de las enfermedades que se asocia al sida, se extendía al resto de la población. Esta teoría, después de 16 años, se sabe que es totalmente falsa. El sida no existe como definición. El fenómeno no sida engloba un montón de enfermedades que ya están perfectamente explicadas por sí mismas. Yo, más que de un síndrome de inmunodeficiencia, prefiero hablar de un síndrome de energización.

D16: El jueves, un rotativo catalán anunciaba que los nuevos fármacos podrían eliminar el virus en la sangre en tres años de tratamiento. ¿Qué opina sobre esto?

H.K.: Uno de los estudios es el realizado por David Ho, elegido "hombre del año" por la revista "Time". Este señor es un tramposo, porque afirma que "una combinación de tres fármacos erradica completamente el virus de la sangre". Pero esto lo dice a raíz de un estudio basado en el seguimiento de ocho pacientes durante veinte semanas. Ho parte de un modelo matemático equivocado. Este científico se hizo famoso cuando



CRÍTICO Kremer pronunció una conferencia en Barcelona sobre los procesos vitales y tratamientos alternativos.

minimizar el virus en la sangre en tres años de tratamiento.

H.K.: Uno de los estudios es el realizado por David Ho, elegido "hombre del año" por la revista "Time". Este señor es un tramposo, porque afirma que "una combinación de tres fármacos erradica completamente el virus de la sangre". Pero esto lo dice a raíz de un estudio basado en el seguimiento de ocho pacientes durante veinte semanas. Ho parte de un modelo matemático equivocado. Este científico se hizo famoso cuando

las contradicciones sobre el modelo sida eran tan obvias, que se necesitó llamar a una nueva teoría. Esta es precisamente la de David Ho, que fue el primero que sustituyó la idea de que el VIH era un lentivirus, afirmando que es un virus que se multiplica a gran velocidad y que se encuentra en todas partes. Esta afirmación no tiene base científica.

D16: ¿Usad es de los que piensan que los fármacos actuales administrados a los enfermos de sida son un veneno?

H.K.: Sin duda alguna. Los medicamentos, como el bacitracin, aplicados a los enfer-

mos están compuestos de dos sustancias, una es citotóxica, e impide la división celular (es la usada en quimioterapia). Las otras, las sulfonamidas, inhiben la producción de ácido fólico, que es la vitamina que el cuerpo necesita para formar el material genético. Estas dos sustancias, juntas, disminuyen la proliferación de células inmunitarias y matan todas las células, incluidas las mitocondrias, que son las bacterias encargadas del transporte de energía de una célula a otra. Estoy en condiciones de afirmar que este tipo de medicamentos, a medio plazo, matan.

Y como los especialistas oficiales crecen y dicen todo esto, los medios de comunicación lo transmiten (tan acriticamente como siempre en el tema). Y, lógicamente, la población se lo cree. Y esta parte de la población especialmente interesada que son las personas etiquetadas como seropositivas también se lo creen. Y son tan fuertes tanto el marketing realizado en torno a los cócteles como la presión de los médicos necesitados de cobayas

humanas para experimentarlos, que entre ambos están logrando que personas que se habían negado a tomar AZT-Retrovir y análogos, ahora están aceptando entrar en los protocolos. Pero lo que ni los médicos ni los etiquetados se preguntan es: "¿Cómo se mide la 'carga viral'?" Mediante una técnica llamada PCR. Y resulta que la PCR no sirve para medir carga viral alguna. Y, claro está, menos aún la de un virus que no existe.

FALSA CARGA VIRAL

Una creencia sin base

La teoría de la "carga viral" se impuso rápidamente pese a que los artículos aparecidos en "Nature" carecían del más mínimo rigor científico

que verdaderamente significan los resultados obtenidos. Toda la sociedad, empezando por las personas etiquetadas, saldría beneficiada.

Uno de los medios sería cuestionarse la llamada "carga viral". Se mide con distintas variantes de una técnica desarrollada por el doctor californiano Kary Mullis llamada PCR, siglas de "Polimerasa Chain Reaction" (Reacción en Cadena de la Polimerasa).

La PCR revolucionó legítimamente los estudios de genética y muchos otros, o ilegítimamente los del sida. El inventar la PCR le valió al doctor Mullis ser designado en 1993 premio Nobel de Química.

Pues bien, resulta que el doctor Mullis es uno de los más famosos disidentes de la hipótesis oficial VIH=SIDA, es decir, forma parte de la corriente de más de quinientos investigadores que afirman que el VIH, suponiendo que exista, no puede ser la causa del sida. Y aquí quiero resaltar la contribución que hace el doctor Mullis a acabar con el sida cuando explica que ninguna de las variantes aparecidas de su técnica PCR sirve para cuantificar carga viral alguna. En particular, pues, la PCR no sirve para medir "la carga viral del VIH". Y menos, claro está, si ya se ha comprendido que el VIH no existe.

Luego la fraudulenta utilización de la PCR que están haciendo los oficialistas del sida basta para desacreditar totalmente la "carga viral". Y para denunciar como asesinas las dudosas aplicaciones pretendidamente terapéuticas que de ella se hace.

Pero déjame para la próxima semana ver con detalle qué es la PCR, cómo funciona en realidad, sus aplicaciones correctas y cómo, por el contrario, está siendo tramposo e interesadamente utilizado por los oficialistas.

En este episodio, insistiré en que la "carga viral", aún suponiendo que fuese lo que oficialmente nos dicen que es, no tiene significado alguno. Y ello incluso aceptando algunas reglas de juego que diseñaron los inventores del primer modelo de VIH (en especial, los doctores Gallo y Montagnier) y que siguen siendo aceptadas por los inventores del actual renovado modelo de VIH, capeados por el joven nuevo líder del establishment del sida, el doctor Ho.

Barcelona / L.B. — A principios de 1986 dos equipos de investigadores presentados como independientes uno del otro publicaron en la revista "Nature" sendos artículos que llegaban a conclusiones "remarcablemente concordantes", como dice una nota editorial. Uno, dirigido por el doctor David Ho, del Centro para la Investigación del Sida Aaron Diamond de la Universidad de Nueva York, con investigadores de los laboratorios Abbot. El segundo, presidido por el doctor George Shaw, de la Universidad de Alabama, con participación de los laboratorios Merck y Genelabs Technologies Inc.

En estos artículos se proclamaba que habían encontrado un promedio superior a 10.000 ejemplares de VIH por mililitro de suero pertenecientes en los de pacientes de sida que habían investigado. Y esta proclamación significó un vuelco de la explicación oficial sobre el VIH y el sida que había prevalecido desde 1984, año en que el doctor Gallo presentó el sugeto "retrovirus VIH".

Oficialmente, desde entonces se llama "carga viral" al "número de partículas víricas circulantes", es decir, el número de copias de VIH libres (o sea, no en el interior de células) que se encuentran por cada mililitro de suero. Y la "carga viral" se usaba en los hospitales como "factor pronóstico de los enfermos por infección por VIH" y como "instrumento de decisión de las estrategias de tratamiento antiretroviral individualizado" con los venenosos cócteles en boca.

Los artículos aparecidos en "Nature" no explicaban el modelo matemático utilizado, ni los ensayos clínicos en que se apoyaba ni los medicamentos en ellos usados. No indican si los voluntarios pertenecían o no a grupos de riesgo, ni a cuáles. Sobre la aplicación de la técnica PCR utilizada para medir, remite a un artículo "en prensa".

Luego eran inconstruibles o irrepetibles.

Tampoco continúan refiriendo alguna a que también se hubiese medido la carga viral en grupos de control. Y esto es una trampa decisiva,



MANIFESTACIÓN Una de las protestas organizadas por los grupos disidentes contra la postura oficial en el tema sida.

característica en toda la pseudociencia del sida: prácticamente nunca ha cumplido con la regla básica de toda investigación científica, consistente en realizar ensayos de control que permitan comparar. Si no se mide la misma "carga viral" a personas sanas, cómo se puede afirmar que lo que encuentran es característico de los enfermos de sida? Si, además, no se compara entre, por ejemplo, enfermos de hepatitis, unos etiquetados y otros no, cómo se sabe que la causa de la alta "carga viral" es el supuesto VIH y no la hepatitis? Si no se comparan grupos de pacientes de las 20 enfermedades englobadas bajo la etiqueta sida, cómo seropositivos y otros no, cómo se atribuye al VIH lo que ocurre, y no a la enfermedad a la que por definición se encuentra acompañando?

Es increíble que un bodrio como este se llame "carga viral" y se use para justificar la aplicación de la técnica PCR utilizada para medir, remite a un artículo "en prensa". Luego eran inconstruibles o irrepetibles. Tampoco continúan refiriendo alguna a que también se hubiese medido la carga viral en grupos de control. Y esto es una trampa decisiva,

Los artículos no contienen referencia alguna a medidas de la carga viral en grupos de control

Preguntas clave sin respuestas

Si fuese cierto que el VIH está presente por billones, ¿cómo es posible que fuese durante once años imposible encontrarlo y alisarlo con las técnicas utilizadas para hallar los virus existentes? Si es necesaria una nueva técnica para encontrarlo, ¿no está ello indicando que nos encontramos ante un artefacto técnico, es decir, ante un espejismo fruto precisamente de la aplicación de la nueva técnica? El doctor Ho ni siquiera intenta explicar en que se equivocaron todos los investigadores del sida entre 1984 y 1995, ni porque el nuevo modelo de VIH que propuso, y se impuso rápidamente, es el correcto. O los análisis o los nuevos "señores del sida" son unos incompetentes o/y unos tramposos. Aunque quizá lo sean ambos.

de los aspectos más perturbadores de lo que ocurre en la investigación sobre el sida es la separación entre lo que los investigadores en realidad encuentran, lo que dicen en las ruedas de prensa y lo que los medios cuentan al público" (ver al respecto "Ciencia y relaciones públicas", D16, 20-5-97).

Pero más increíble es aun que las llamadas comunidades científicas y mediales internacionales asuman sin rechistar el cambio de modelo de VIH propagado por el doctor Ho. La aparición de los artículos en "Nature", las conferencias de prensa y los "press release" que la rodearon, y los enormes intereses económicos que subyacen, convirtieron así de la noche al día "un lentivirus con un periodo de latencia de miles de días años" en "un virus a toda velocidad que desde el primer instante se replica miles de millones de veces".

Debate "SIDA" X, 17-6-1997 (contenidos de la página 170).

DEBATE SIDA (III)

De qué fallecen los presentados como 'muertos de sida'

No hace falta ningún supuesto virus que supuestamente mate las supuestas defensas

Madrid / D16. Han fallecido de los 13 las 28 enfermedades que cubiertas hasta el nombre "Sida", todas ellas existentes antes de 1961 y que a veces matan, sólo que ahora quien fuese una persona sana, al tener la enfermedad de haber dado positivo en unos test-chapaza, será considerada infectada por el inexistente VIH e irá a parar a las estadísticas de "muertos de sida". Los malos hábitos de vida (comer, beber, fumar, drogarse, malnutrición) que las llamadas "campañas de prevención" no ayudan nada a dejar, y que ya mataban antes, sólo que ahora sí que parece haberse añadido un "mal nuevo de sida"; 3) tener que recibir transfusiones de sangre o de hemoderivados, como es el caso de los hemofílicos, que han tenido una esperanza de vida menor que los no hemofílicos; 4) tener que ser portador de la enfermedad, lo que ha dado origen a una

BIBLIOGRAFIA

■ 'AIDS: The failure of Contemporary Science' Neville Hodkinson, Fourth State, Londres 96. ■ 'Inventing the AIDS virus', Dr Peter Duesberg, 96. Hojas informativas 1-10, C.O.B.R.A. 95. ■ 'Cuaderños Desmontar el S.I.D.A.' nº 1, 2 y 3, C.O.B.R.A. 95 y 96. ■ 'La culpa, video dirigido por Djamel Talhi, emitido por el canal franco-alemán de televisión IVE no ha emitido por la censura.' ■ 'Genética', vol. 95, nº 1-3, Dordrecht/Boston/Londres, 95. ■ 'Repensar el SIDA', AA.VV., AMIC, Madrid, 94. ■ 'Replantear el SIDA', Medicina Holística nº 33-34, AMIC, Madrid 93. ■ 'SIDA: Juicio a un virus inocente', Dr. Eric Costa, Mondaia, Madrid, 93. ■ 'SIDA: El virus', Dr. SIDA', Dr. Bob Owen, Hiona, Madrid, 93.

[felicidades! Comprenderá que es una persona perfectamente sana que ha tenido la mala suerte de entrar en la macedea rueda del sida por haber dado positivo. Sólo le quedará quitarse la etiqueta, llevar una vida sana, coeducar hijos si desea tenerlos y... procurar que la vida normal no lo machaque demasiado. La madurez que habrá adquirido por la experiencia vivida le ayudará a ello, y permitirá que eche una mano a otras personas que inicien el calvario de resultar etiquetadas.

Un consejo extra: no dejarse atrapar en los nuevos protocolos que están poniendo constantemente en marcha los laboratorios. Hay más medicamentos en espera de cobayas humanas que voluntarios, por lo que los hospitales presionan para dejarse meter en ellos.

B) Como sida, incluso terminales

Igual que el caso anterior, hasta el momento. Entonces comprenderá que los problemas de salud que pueda padecer, no tienen nada que ver con la explicación VIH-SIDA. Tiene que tratárselos al margen de toda la historia y toda la historia del sida. Y hacerlo de la manera menos agresiva posible. Si busca cuidadosamente (también en el alternativo hay mucho peso) sobre sueltos, encontrará terapias, con o sin título, que le pondrán ofrecer buenos consejos.

En el caso de terminales, es decisivo que no tiren la toalla ni ellos ni quienes les cuidan. Que sepan que hay numerosos casos que se han recuperado, casi siempre dejando el hospital. Muchos han salido

ASOCIACIONES CRÍTICAS

■ AMC (Asociación de Medicinas Complementarias) (Madrid) Tlf. 91.3522111, fax 91.3512171.
■ C.O.B.R.A. Barcelona tlf. 93.4196824, fax 93.4196148. ■ Higea (Madrid), tlf. 91.8461176, fax 91.8464216. ■ Sumendi (Bilbao), tlf. y fax 94.41.00644.

FORMACIÓN

■ Barcelona, 10-11/5/97. Dr. Heinrich Kremer (médico alemán, especialista en toxicomanías y mitocondrias): "Qué es la vida y sus consecuencias para tratamientos no agresivos de sida, cáncer y otras" Estarán acompañados por el Dr. Lanka.

**Antes y ahora hubo
y hay vencedores
del sida. Se pueden
distinguir hasta
seis grupos**

rechazo incluso de los allegados, que se añade al rechazo social. ¿Qué salida hay en semejante situación, si no morir?

Luego no hace falta ningún supuesto virus que supuestamente mate las supuestas defensas, para explicar de qué fallecen las víctimas del invento sida.

Consejos a una persona etiquetada

A) Como seropositiva. Estudiarla rigurosamente la información crítica y contrastarla a fondo con la oficial. E incorporar y valorar, claro está, su propia experiencia. Se llega a la conclusión de que el VIH no existe, o/y de que, aún suponiendo que exista, no es la causa del sida, o/y de que los test son una chapuza que no tienen valor diagnóstico.

los inhibidores de proteasa
químicos...

Resumen para todos:

No toxicarse ni psicologizarse (luego no creerse la versión oficial sobre el sida) ni fisiológicamente (luego no meterse en el cuerpo los venenos que están dando en los hospitales). Asesorarse con quien sea, pero asumir la responsabilidad del camino que se decida seguir ¡Y tener ganas de vivir!

Los vencedores del ciria

Hasta hace poco, los medios de comunicación sólo hablaban de los vencidos del sida, y cuanto más ricos y famosos más. Desde hace unos meses han sacado algún caso de terminal recuperado por las operaciones de marketing hechas por los grandes laboratorios que por fin, han podido entra-

en el mercado del sida a través de los peligrosos inhibidores de las proteasas y de los peligrosísimos combinados. Pero en la medida en que estas informaciones, aunque manipuladas, ayudan a suavizar el miedo que aún rodea al tema sida, bienvenidas sean.

En realidad, antes y ahora: hubo y hay vencedores del sida. Se pueden distinguir seis grupos: 1) Terminales recuperados: etiquetados a los que hace años se les daba días de vida y que ahora están plenamente recuperados; 2) etiquetados como sida que han logrado sacarse esta etiqueta normalmente con tratamientos no agresivos, y que hacen años que llevan una vida normal, a pesar de continuar siendo 'seropositivos'; 3) etiquetados como seropositivos que llevan, cinco, diez, quince

o, según la versión oficial, más años—desde la última vez que se pincharon o que tuvieron una relación sexual no protegida— con la etiqueta, y que, superada la crisis y depresión iniciales, se encuentran perfectamente bien; 4) 'seropositivos' embarazados que se negaron a abortar, se negaron a tomar el AZT, se negaron a dar AZT a sus bebés, y ahora tienen hijos de una docena de años, estando ambos perfectamente bien; 5) 'seropositivos' que buscaron el embarazo siendo 'seropositivos', han dado a luz y tanto ellos como sus bebés están perfectamente bien; 6) más de las dos terceras partes de los bebés nacidos 'seropositivos' y que han seronegativizado espontáneamente dentro de los primeros 18 meses.

Breve relación de libros y webs críticas

He aquí unos pocos libros críticos de entre los más de 250 en trece idiomas que he listado. Algunos van seguidos de la web de sus autores, unas pocas webs de entre las más de 150 en doce idiomas que tengo. Pido disculpas a quienes no he podido incluir aquí.

- Baker, Clark (2008) *Gallo's Egg*
www.omsj.org
- Bauer, Henry H. (2007) *The Origin, Persistence and Failings of HIV/AIDS Theory*, North Carolina: McFarland & Company
<http://hivskeptic.wordpress.com>
- Botinas, Lluís (2011) *EL VIH/SIDA ES UNA FICCIÓN. Preguntas para desmontar el SIDA, un invento "made in USA"* (con dificultades de publicación)
- Brink, Anthony (2009) *RUDE LETTERS; Poisoning our Children: AZT in pregnancy*, Ciudad del Cabo: Open Books
www.tig.org.za
- Costa, Enric (1994) *Sida, un judici a un virus innocent*, Almassora: Nicolau Canós, Editor
- (2001) *Hijos de un dios terminal*, Madrid: Mandala
- Culshaw, Rebecca (2006) *Why I quit HIV?*
www.lewrockwell.com/orig7/culshaw1.html
(en español: www.plural-21.org/index.php?option=com_content&task=view&id=66&Itemid=)
- (2007) *Science Sold Out: Does HIV Really Cause AIDS?* Berkeley: North Atlantic Books
- de Harven, Étienne y Jean-Claude Roussez (2008) *Ten Lies about AIDS*, Trafford
- Chin, James (2007) *The AIDS Pandemic: The Collision of Epidemiology With Political Correctness*, Oxford: Radcliffe Publishing
- Duesberg, Peter (1996) *Inventing the AIDS virus*, Washington: Regnery
www.duesberg.com
- Embid, Alfredo www.amcmh.org/PagAMC/sida.htm
- Fank, Darío (2009) *Terapia antirretroviral en infección por HIV*, Tesina de fin de carrera en Farmacia, Universidad Nacional de Misiones, Argentina

- García Blanca, Jesús (2009) *El rapto de Hígea. Mecanismos de poder en el terreno de la salud y la enfermedad*, Barcelona: Virus Editorial
<http://saludypoder.blogspot.com>
- Garrido, Manuel <http://superandoelsida.ning.com>
- Giménez, Silvia (2008) *Sociología de las controversias científicas: SIDA, un debate silenciado*, Tesis Doctoral en Sociología. Universidad Pontificia Salamanca
- Giraldo, Roberto www.robertogiraldo.com
- Hodgkinson, Neville (1996) *AIDS: The failure of Contemporary Science*, Londres: Fourth State
- Kremer, Heinrich (2001) *Die stille revolution der Krebs- und AIDS-medicine*, Wolfratshausen: Ehlers Verlag
- Lauritsen, John (1990) *Poison by Prescription: The AZT Story*, New York: Asklepios Press
- Leung, Brent (2009) *House of Numbers* (vídeo)
www.houseofnumbers.com
- Maggiore, Christine (1999) *¿Qué tal si todo lo que crees acerca del SIDA fuera falso?*, The American Foundation for AIDS Alternatives
www.aliveandwell.org
- Mbeki, Thabo (autor principal) (2002) *Castro Hlongwane, Caravans, Cats, Geese, Foot & Mouth and Statistics: HIV/Aids and the Struggle for the Humanisation of the African* (Informe para el ANC, African National Congress)
- Monzani, Patrizia e Isabel Otaduy (2010) *La ciencia del pánico* (film)
- *Presidential AIDS Advisory Panel, Report* (2001)
www.virusmyth.com/aids/hiv/panel/index.htm
- Papadopoulos, Eleni, Valendar Turner y El Grupo de Perth
www.theperthgroup.com
- Rethinking AIDS www.aras.ab.ca
- Revista (en inglés) *Continuum*
www.altheal.org/continuum/continuum.htm
- Roberts, Janine (2008) *Fear of the Invisible: How scared should we be of Viruses and Vaccines, HIV and AIDS*, Bristol: MPACT www.sparks-of-light.org
- Ruiz-Berdejo García, Raúl (2007) *Sida. Memorias del Silencio*, Madrid: Otra dimensión

- Sánchez, Gerardo (2002) *VIH/SIDA: Una gran mentira*, Miami: Colorama Printing
- Shenton, Joan (1998) *Positively false. Exposing the myths around HIV and AIDS*, London: I.B.Tauris
www.immunity.org.uk
- Tagliati, Antonio (2006) *Deshaciendo el montaje del SIDA* (conferencia filmada)
<http://karbolarium.blogspot.com/2009/07/deshaciendo-el-montaje-del-sida-antonio.html>
- Tahi, Djamel (1996) *SIDA: La doute*, canal TV franco-alemán ARTE (hay versión en español)
- (1997) “*Did Luc Montagnier discover HIV?*” *Continuum* Vol. 5, nº 2:30–34
- Torres, Carmen (2008) *ELISA mató a Ruth*, Barcelona (una madre limpia la memoria de su hija; en busca de editor)
- Trillo Morgado, Antonio (2006) *DESCODIFICANDO EL SIDA como un Sistema Inteligente De Aniquilación*, Sevilla-Málaga
- Varias personas etiquetadas <http://replantearsida.blogspot.com/>
- www.virusmyth.com (muy importante pero detenida desde abril del 2002)

