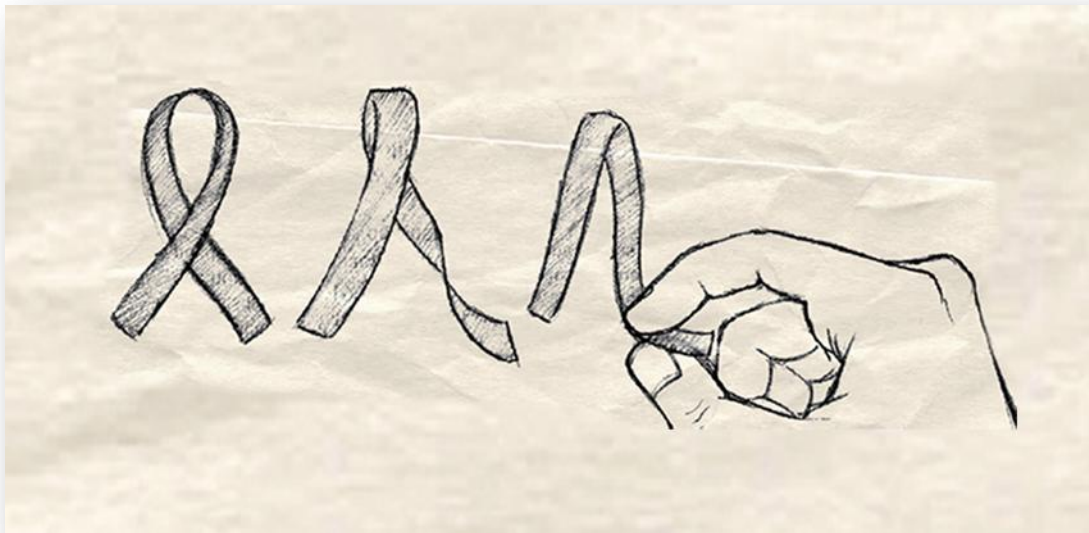


Selección de capítulos

EL VIH/SIDA ES UNA FICCIÓN

Preguntas para desmontar el SIDA, un engranaje criminal *made in USA*



ÍNDICE

Capítulo II-2.1 - ¿Es el SIDA una enfermedad?.....	página 3
Capítulo II-2.2 - ¿Existe el 'VIH'?	página 10
Capítulo II-2.3 - ¿Son exactos los 'tests del SIDA'?	página 24
Capítulo II-3.2 - ¿Es el supuesto 'VIH' la causa del SIDA?	página 37
Capítulo II-3.6 - ¿Envenenar, deformar, esqueletizar, matar y momificar a las personas etiquetadas con quimioterapia disfrazada como 'antivirales' para combatir a un (supuesto) virus?.....	página 42
Capítulo II-3.7 - "Eso" llamado 'carga viral', ¿mide algo que tenga que ver con el supuesto 'VIH'? ¿Es beneficioso o perjudicial lograr que 'la carga viral es indetectable'?.....	página 56

II-2-1.- ¿Es el SIDA una enfermedad?

No, el SIDA no es una enfermedad. El SIDA es un montaje político-socio-económico-pseudocientífico-pseudomédico-pseudoreligioso-pseudohumanitario-moralístico-mediático-racista-etc. puesto en marcha por los CDC en 1981, aunque preparado desde años antes (¿desde 1973?). Luego el SIDA no tiene significado bio-lógico (como sí tienen las verdaderas enfermedades). Al no ser el SIDA una entidad biológico-patológica, no puede haber un buen tratamiento médico oficial del SIDA, sino sólo tratamientos venenosos, todos muy dañinos aunque algunos lo sean menos que otros que aún sean peores. Y no siendo el SIDA una enfermedad, tampoco tienen sentido los tratamientos alternativos, aunque no sean agresivos. De hecho, el único “tratamiento del SIDA” adecuado, es desmontar el SIDA. Y mientras lo logramos, el mejor y más rápido y eficaz “tratamiento del SIDA” es una información como la que contiene este libro (u otros de la Bibliografía). De modo inmediato, porque elimina el peligro de muerte que comporta aceptar la versión oficial. Y ya con más tranquilidad, porque conseguir librarse del engranaje SIDA y de todo lo que implica, permite al etiquetado llevar una vida cualitativamente mejor que la normal gracias a lo que ha tenido la peligrosa oportunidad de aprender.

No hay criterios listados en ninguna definición de SIDA que permitan que una persona luche contra el SIDA o se cure de él. Una vez que a la persona se le diagnostica SIDA, tendrá SIDA para siempre, independientemente de cualquier mejora en su estado de salud (...)
Esto hace por definición del SIDA la primera enfermedad de la que nadie se puede curar y a la que nadie puede sobrevivir
Dr. R. S. Root-Bernstein**

La cita muestra claramente que los CDC*, que sacan cada pocos meses un tipo u otro de Orientaciones (*Guidelines*) indicando los criterios que todas las autoridades y todos los médicos deben seguir ante un aspecto u otro del tema SIDA, lo definieron como ‘una enfermedad incurable a la que nadie puede sobrevivir’. ¿Es esta una forma indirecta de reconocer que el SIDA no es una enfermedad sino una enorme trampa de la que nadie que caiga en ella puede escapar?

Pero hay muchas más razones para responder que el SIDA no es una enfermedad. Veámoslo.

¿Puede una enfermedad no tener síntomas característicos?

Toda enfermedad realmente existente tiene unas manifestaciones, unos fenómenos, unas características,..., en resumen, unos síntomas que el médico —o a menudo el paciente mismo— puede reconocer como característicos de tal o cual dolencia, y no de otra. Precisamente una tarea de los científicos y de los médicos alopáticos es establecer lo más claramente posible lo que es o no una enfermedad, así como las fronteras que delimitan una enfermedad respecto de otras, incluso semejantes, evitando confusiones.

¿Tiene el SIDA síntomas característicos?

El propio Dr. Montagnier deja claro en 1994 que el SIDA no tiene unos síntomas que lo identifiquen. En efecto, en un libro suyo¹ retoma la frase “el SIDA, enfermedad sin síntomas clínicos propios”².

¹ L. Montagnier (1994) *Sobre virus y hombres. La carrera contra el SIDA* Madrid:Alianza Editorial

Un autor mexicano escribe de manera aún más contundente a mediados de 2008 comentando un libro aparecido ante la XVII CIS* en México DF: “(...) enlistando varios factores, entre ellos, y quizá el más importante, ‘la ausencia de manifestaciones características reconocibles de la infección inicial (...)’. Una gonorrea o una sífilis se las descubriría el infectado en pocos días por las manifestaciones externas. La infección por VIH no las tiene”³.

¿Produce síntoma alguno ‘la infección por VIH’?

Lo que algunos oficialistas describen como los ‘primeros síntomas del SIDA tras la infección por VIH’ no son sino síntomas inespecíficos comunes a diversas enfermedades o incluso simplemente a algunas situaciones o condiciones. De hecho, la inmensa mayoría de etiquetados nunca ha tenido síntoma alguno de la supuesta ‘infección’. Los oficialistas reconocen indirectamente que la supuesta ‘infección por VIH’ no tiene nada que la caracterice cuando, para captar incautos, se inventan que ‘el 30% ó más de los infectados, no saben que están infectados’. Por cierto, ¿cómo lo saben los oficialistas?

¿Cómo se construye un ‘enfermo de SIDA’?

Ya hemos empezado a ver en las segunda y cuarta reglas de juego del capítulo anterior que ser un ‘caso de SIDA’ se define de maneras muy distintas según la zona del planeta en que se esté, dependiendo sobre todo de la *renta per capita*. Quiero aquí, lector, subrayar que aquello que académicamente se formula como ‘definición de un caso de SIDA’, en una realidad más fidedigna debería presentarse como “construcción de un ‘enfermo de SIDA’”.

- ¿Cómo se construye un ‘enfermo de SIDA’ donde hay dinero?

Es un complejo proceso que combina, de maneras diversas, nada menos que dos etiquetas inventadas, tres pruebas tecnológicas mal empleadas, y las 29 enfermedades y una condición intencionadamente incluidas en el montaje.

La primera etiqueta –la de ‘seropositivo’– es necesaria pero no suficiente, y es consecuencia de tener mala suerte⁴ en una de las tres pruebas tecnológicas: dar positivo a los ‘tests’.

La segunda etiqueta –la de ‘caso de SIDA’– se puede recibir por tres caminos:

- A) Alguien previamente etiquetado ‘seropositivo’ recibe además la etiqueta ‘caso de SIDA’:

----- A-1) si le aparece alguna de las 29 enfermedades que desde 1993 están englobadas de manera arbitraria bajo el nombre SIDA; o

----- A-2) si, aunque esté totalmente asintomático, cumple la condición de que una segunda prueba tecnológica, el llamado ‘recuento de T4’, dé menos de 200. Desde 1993, más de la mitad de los ‘casos de SIDA’ de los EE.UU. han sido etiquetados por este criterio... que –afortunadamente– no es aplicado en Europa ni en otros lugares, por razones no explicitadas.

- B) Una persona recibe directamente la etiqueta ‘caso de SIDA’ si desarrolla una de las 29 enfermedades, va al hospital, le hacen los ‘tests’ y tiene la desgracia de dar positivo. Si da negativo, será simplemente un enfermo de la dolencia que tenga. Es decir, y como ilustración: ‘hemofilia + negativo = hemofilia’, pero ‘hemofilia + positivo = SIDA’. Aunque tengan exac-

² Citando al libro *Histoire du sida* mencionado en la nota 7 del capítulo anterior.

³ *Hay evidencia de VIH desde 1959*, 17 de agosto de 2008, www.milenio.com/node/64361, en una reseña de Luis González de Alba al libro *25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*, AA.VV., editado por el Instituto Nacional de Salud Pública.

⁴ Aunque a escala colectiva dar positivo o negativo o indeterminado a un ‘test’ sea un tema de porcentaje de probabilidades, a escala individual resulta de una combinación azarosa de numerosos factores (II-2-3 y II-3-3).

tamente el mismo cuadro clínico, el primero tan sólo es un hemofílico, mientras que el segundo será un ‘caso de SIDA’, por lo que, a partir de este distinto etiquetaje, la evolución de los dos será totalmente diferente. Y esto resulta aún más aberrante cuando se sabe que ser hemofílico es una de las 68 razones documentadas que pueden hacer que los ‘tests’ den positivo.

La tercera prueba tecnológica es “eso” llamado ‘carga viral’. En ocasiones se utiliza, de manera ilegal, para confirmar un previo etiquetaje de ‘seropositividad’ o incluso para etiquetar directamente ‘infectado por VIH’. Sin embargo, en otras circunstancias o lugares se afirma oficialmente que ‘la carga viral sólo es significativa en caso de seropositividad al VIH confirmada’. Veremos con más detalle este galimatías en II-3-7.

Resumiendo lo que ocurre en los países o lugares con dinero: es la primera vez en la Historia de la Medicina que se impone un sistema de etiquetaje tan artificioso. Llega al extremo de que una persona plenamente asintomática puede ser artificialmente condenada a ser un ‘enfermo crónico de SIDA’, y encima debe estar agradecida por esta falsedad médica⁵.

- ¿Cómo se construye un ‘enfermo de SIDA’ donde no hay dinero?

De forma totalmente distinta: mediante la ‘definición de Bangui’, mencionada en II-1.

En adultos, considera tres signos mayores inespecíficos (pérdida de peso superior al diez por ciento en un mes, diarrea crónica durante más de un mes, y fiebre intermitente o constante por más de un mes), seis signos menores aún más extendidos (tos por más de un mes, picazón generalizada, herpes zoster recurrente, candidiasis oro-faríngea, herpes simple crónica progresiva y extendida, y linfadenopatía generalizada) y dos enfermedades (sarcoma de Kaposi y meningitis por criptococo).

Un adulto puede ser considerado ‘caso de SIDA’ en África:

- A) si presenta por lo menos dos signos mayores Y por lo menos un signo menor Y en ausencia de los criterios de exclusión (cáncer, malnutrición severa u otras causas reconocidas), O
- B) si tiene sarcoma de Kaposi generalizado O meningitis por criptococo.

En niños, la única diferencia importante es que también se considera como signo menor ‘la infección confirmada por VIH de la madre’... aunque no se detalla cómo ‘se confirma la (supuesta) infección por VIH de la madre’.

Pero aún hay dos redefiniciones continentales más, hechas por los CDC* y por la PAHO (*Pan American Health Organization*). Ambas instituciones llegaron, independientemente la una de la otra, a la conclusión de que ‘la definición de Bangui pudiera no ser adecuada para el trabajo clínico’. Las dos sacaron sus respectivas nuevas definiciones, y cada una declaró que la suya era la única que tenía sentido.

Resumiendo, los países llamados “en vías de desarrollo” son libres de aplicar cualquiera de las tres definiciones (Bangui, CDC ó PAHO), o incluso una adaptación propia, para el etiquetaje SIDA basado en síntomas clínicos, o de emplear una de las dos diferentes definiciones fundadas en las pruebas utilizadas en los países industrializados, según se aplique o no el criterio de bajo ‘recuento de T4’ aprobado en 1993.

⁵ En efecto, los médicos hospitalarios le podrían decir: ‘Y no se te ocurra protestar porque, con lo mismo, hace unos años te habríamos condenado a muerte. O sea que alégrate... ¡y danos las gracias, ya que esta mejoría se debe a nuestros constantes esfuerzos denodados!’.

Luego, a escala mundial, los ‘casos de SIDA’ pueden ser contruidos con un mínimo de cinco formas distintas. Y resulta que una persona etiquetada ‘enferma de SIDA’ con una de estas cinco posibilidades, tendría muchas probabilidades de no serlo si se utilizase cualquiera de las otras cuatro, con la enorme diferencia que implica el ser o no considerado ‘enfermo de SIDA’.

¿Se montó el SIDA de manera tal que resulta incurable por definición?

Así lo afirma la cita inicial. Veámoslo con más detalle.

La imposibilidad oficial de volver a la normalidad es doble, afectando tanto a la etiqueta ‘seropositivo’ como a la etiqueta ‘caso de SIDA’.

1.- Respecto a la etiqueta ‘seropositivo’:

- ¿Son perpetuos los anticuerpos que hacen dar positivo a los ‘tests’?

Se ha establecido en la práctica oficial, sin argumentación alguna, el dogma no explicitado de que ‘una vez se sale positivo a los tests del SIDA, siempre se saldrá positivo’. Oficialmente se da por sentado que la seroconversión (es decir, adquirir la etiqueta ‘seropositivo’) no tiene camino de regreso (es decir, no puede haber serorreversión o volver a dar negativo). Se acepta, pues, que los anticuerpos que han hecho que una persona dé positivo a los ‘tests’ en un momento determinado, van a permanecer en su interior hasta el final de sus días, por lo que de nuevo daría positivo si en el futuro se le volviesen a aplicar los ‘tests’.

Esto contradice tanto el sentido bio-lógico de renovación, cambio y fluidez que caracteriza todo lo vivo (y que he esquematizado en I-4), como prácticas oficialmente establecidas tales como la revacunación, empleada especialmente en el caso de las llamadas vacunas víricas. La vida media de los anticuerpos es variable, pero ¿en qué se basan los oficialistas para actuar como si los anticuerpos que hacen dar positivo a los ‘tests’ fuesen perpetuos?

Los oficialistas se basan en su propia actuación. Adoptan arbitrariamente el criterio de que ‘la condición de seropositivo’ es inamovible, y luego, en un segundo ejemplo de razonamiento circular, actúan de manera que no se pueda mover.

- ¿Por qué no se le vuelven a hacer los ‘tests’ a alguien ya etiquetado ‘seropositivo’?

Los oficialistas efectúan cada pocos meses el ‘recuento de T4’ y la ‘carga viral’, es decir, los dos trucos tecnológicos que refuerzan la versión oficial del SIDA. Pero no vuelven a hacer nunca más los ‘tests’, que encima son más económicos. Curioso, ¿no le parece, lector? Quizás intuyen -¿o saben?- que podrían dar indeterminado o negativo, con lo que quedaría cuestionada la versión ‘VIH/SIDA’. Y se abriría el riesgo de que se presentasen reclamaciones de indemnización por etiquetaje falso... falsedad que en realidad ocurre siempre, como ya he comenzado a apuntar y como profundizaré en el próximo capítulo.

- ¿Hay sólo seroconversión pero nunca serorreversión?

Además, los oficialistas silencian los casos que ocurren de serorreversión, es decir, de personas etiquetadas ‘seropositivas’ que posteriormente dan negativo a los ‘tests’. Yo mismo he descubierto el concepto de serorreversión durante la redacción de este libro, aunque sí sabía desde hace lustros de personas que habían seronegativizado. Subrayo, por un lado, que la serorreversión es relativamente frecuente a pesar de que los oficialistas procuran impedirla al máximo no prescribiendo que el etiquetado vuelva a hacerse los ‘tests’, y, por el otro, que la decisión aplicada de esconder deliberadamente la serorreversión apunta a que los oficialistas saben que dicha serorreversión es una amenaza a la ficción ‘VIH/SIDA’ que sustentan.

2.- Y respecto a la etiqueta ‘caso de SIDA’:

- ¿No está prevista la posible curación del SIDA?

En ningún momento se refieren los CDC a qué criterios utilizar para poder afirmar que alguien se ha curado de SIDA. Es más, explícitamente afirman que una vez se ha entrado en el oficialmente peligroso ‘estadio cuatro del SIDA’, no es posible volver no ya a la salud plena sino siquiera a un estadio anterior, más benigno⁶.

Luego los CDC han ido definiendo año tras año el SIDA como incurable. Por primera vez en la Historia de la Medicina, se construye una supuesta enfermedad para la que intencionadamente –no puede ser de otra manera- se excluye que llegue a tener solución.

Los médicos oficialistas se han encargado desde el primer día de transmitir este letal mensaje, y siguen haciéndolo. Sólo han alargado el plazo de cumplimiento de la sentencia de muerte: de ‘en meses’ al principio, a supuesta ‘enfermedad crónica’ actualmente.

- ¿Se muere alguien de SIDA?

En algunas discusiones con oficialistas, puestos a la defensiva, me han dicho: ‘¡Pero nadie muere de SIDA! El paciente fallece de alguna de las enfermedades oportunistas* que coge porque el VIH le ha bajado sus defensas’.

Y he sido yo quien ha tenido que recordarles: “Sí, antes se os morían de tuberculosis o de sarcoma de Kaposi, pero no los contabilizabais como víctimas de tuberculosis o de sarcoma de Kaposi, sino como ‘muertos de SIDA’. Y ahora se os mueren sobre todo de problemas cardiovasculares o por fallo hepático o renal, pero no los ponéis en las estadísticas de muertos del corazón o del hígado o de los riñones, sino en las de ‘víctimas del VIH’, aunque estas tres no sean enfermedades definitorias de SIDA”. Es más: una persona etiquetada ‘seropositiva’ que fallezca puede ser contada como ‘muerta de SIDA’ aunque la causa sea no ya una enfermedad distinta de las 29, sino incluso que no sea una enfermedad⁷. Ésta es una tercera muestra de razonamiento circular.

En realidad, nadie muere de SIDA aunque vaya a engrosar las estadísticas de personas que fallecen ‘víctimas del VIH/SIDA’. Perece de las once razones que explico en II-2-4.

La suma de 29 enfermedades antiguas y anteriores, ¿constituye una enfermedad nueva y posterior?

⁶ “Actualmente, la ‘enfermedad VIH’ se clasifica en cuatro estadios, desde asintomático a SIDA. El ‘estadio cuatro de la enfermedad VIH’ está referido a un recuento de células T CD4+ de menos de doscientos o a la presencia de infecciones oportunistas (CDC, 1993). Remarcablemente, se afirma en lenguaje llano y claro que una vez un individuo ha sido clasificado como estadio cuatro, no puede volver nunca a un estadio menor, incluso si remonta su recuento de CD4+ o si se recupera totalmente de su enfermedad. Esto es extraordinario y totalmente sin precedentes en la historia de la medicina. A un paciente de cáncer se le permite recuperarse, pero un paciente de SIDA (al margen de lo que esto quiera decir) no puede recuperarse nunca, *por definición*, incluso si su salud vuelve a ser normal”. R. Culshaw**, pg. 62-63.

⁷ “Otro importante –y realmente muy chocante- hecho es que en algunos estados y países, no se tiene que morir de una enfermedad definitoria de SIDA para morir de SIDA. En Massachusetts, por ejemplo, todas las muertes ocurridas entre VIH-positivos son contadas como muertes de SIDA, y ello sucede si la persona fallece de fallo hepático, de un ataque al corazón, de infección por citomegalovirus, se suicida, se ahoga o en un accidente de tráfico, o cualquier otra cosa, esté o no relacionada con el SIDA”. R. Culshaw**, pg. 30.

¿Hay alguna sigla correcta en el nombre SIDA?

Oficialmente, SIDA compila las iniciales de Síndrome de InmunoDeficiencia Adquirida. ¿Es éste un nombre preciso, que indique algo significativo? Veamos cada una de estas siglas

--- S: ¿Síndrome?

Como ya he señalado, por primera vez en la Historia de la Medicina, síndrome es utilizado para englobar “una suma de enfermedades previamente existentes”. Es más, los CDC utilizan “síndrome” para indicar, por primera vez dentro de la primera vez, “conjunto de una suma creciente de enfermedades”. Luego la primera sigla, S, es claramente una manipulación.

--- ID: ¿InmunoDeficiencia?

Teniendo presente la conquista bio-lógica que significa reconocer la importancia de las mitocondrias como fuente de energía (I-4), antes de que pueda detectarse una escasez de células inmunitarias tiene que haber una falta de energía. Aceptar esto dentro de la vía oficial permitiría abrir vías terapéuticas eficaces, frente a unos *cócteles* que, entre otras cosas, dañan aún más a las mitocondrias. Luego la segunda sigla, I, podría ser sustituida por la E de Energía.

Pero veremos en II-3-3 que en el SIDA real no existe al principio InmunoDeficiencia alguna, y que sólo en ciertos casos hay un InmunoDesequilibrio. Este desequilibrio inmunitario es fácilmente corregible... siempre que el etiquetado no se deje arrastrar por el engranaje SIDA. Luego la tercera sigla, D, indica como máximo Desequilibrio pero en absoluto Deficiencia.

--- A: ¿Adquirida?

Ésta sería la única sigla aparentemente correcta... si dejase claro que la adquisición no viene por el supuesto ‘contagio del VIH’ sino por someterse a las “ocho reglas de juego del SIDA” que he enunciado en el capítulo anterior. Es más clarificador, pues, rechazar también la cuarta sigla y cambiar su significado por “Acumulado”. Es la acumulación de las verdaderas prácticas de riesgo del SIDA (II-3-14) lo que puede convertir a cualquiera, por sano que esté, en carne de cañón del *establishment* del SIDA.

Luego no hay ninguna sigla correcta en el nombre SIDA.

¿Hubo ‘casos de SIDA’ en los años cincuenta? ¿Y a fines del siglo XIX? ¿Y en el Egipto antiguo? ¿Y en cualquier parte del mundo en cualquier momento de la Historia?

Mi hipótesis es que cualquier equipo de investigadores oficiales que reciba el dinero necesario para poder dedicar el tiempo y los medios tecnológicos suficientes a encontrar antecedentes del ‘VIH/SIDA’ en cualesquiera momento y lugar, tiene muchas probabilidades de encontrarlos. Y ello sin necesidad de recurrir a trampas descaradas como las que hizo el Dr. Gallo. Sencillamente, son tales, por un lado, la complejidad del ser humano, y, por otro, los márgenes intrínsecos de error de las técnicas utilizadas, que, sin necesidad de recurrir a manipulación intencionada alguna, podría ocurrir que hallasen lo que buscan... como, por otra parte, suele ocurrir (así como sucede que no se encuentra lo que no se busca).

¿Es cierto que “siempre ha habido SIDA”?

Probablemente, en todos los lugares y en cualquier tiempo ha habido personas inmunodeficientes por causas ampliamente conocidas: malnutrición, drogas, sustancias o medicamentos inmunosupresores, etc. Pero, a mi entender, estas situaciones no podían en el pasado ni deberían en el presente ser llamadas ‘SIDA’. Considero que esta denominación corresponde en rigor exclusivamente al complejo engranaje intencionadamente puesto en marcha por los CDC en los USA en 1981, para el que invito a reservarla.

Pero lo definitivo al respecto es que en el SIDA real no hay inmunodeficiencia primaria o inicial (II-3-3) sino únicamente inmunodeficiencia secundaria o posterior, es decir, como consecuencia de los tratamientos hospitalarios. Y además, una persona verdaderamente inmunodeprimida no podrá nunca ‘tener SIDA’ puesto que no tiene capacidad para formar la cantidad de anticuerpos necesaria para dar positivo a los ‘tests’ (II-3-4), por lo que oficialmente nunca llegará a ser considerado ‘enfermo de SIDA’ de acuerdo con las propias normas establecidas arbitrariamente por los oficialistas.

Resumiendo: ¿Es el SIDA una enfermedad?

Si el SIDA no tiene síntomas propios; si un ‘enfermo de SIDA’ puede construirse de diversas formas distintas e incluso mutuamente excluyentes; si el SIDA es, entre otras cosas, un nuevo nombre, en unos países para 29 enfermedades distintas previamente existentes, y en otros para una serie de signos mayores y menores comunes a varias enfermedades endémicas; si es algo que se puede tener de la noche al día porque se ha cambiado la definición de ‘caso de SIDA’; si una condición tecnológica casi sólo usada en los USA genera la mitad de ‘casos de SIDA’ en dicho país; si depende de qué test se utilice y de quién y cómo lo interprete; si se tiene o no según en qué continente o país o lado de la frontera se habite; si lo que oficialmente se llama SIDA es también oficialmente incurable; si siendo incurable ha pasado oficialmente de ser ‘algo inevitablemente mortal’ (1981-1995) a ser ‘algo crónico’ (desde 1995) sin prueba alguna ni de lo inicial ni de lo actual; si el nombre mismo de SIDA es incorrecto en cada una de sus siglas; si ha habido o puede encontrarse ‘casos de SIDA’ siempre –y, por lo tanto, nunca- y en cualquier lugar –y, en consecuencia, en ninguna parte-; si la etiqueta SIDA no puede corresponder a inmunodeficiencia real; si en las discusiones los oficialistas afirman que nadie muere de SIDA; y si en verdad nadie fallece de SIDA sino con la etiqueta tramposa ‘muerto de SIDA’, entonces el SIDA no tiene entidad biológico-patológica propia. Luego el SIDA no existe en tanto que enfermedad.

Pero, si el SIDA no es una enfermedad, ¿qué sí es efectivamente el SIDA?

Se dice que la realidad tiene horror al vacío, por lo que me correspondería llenar algo el hueco que he dejado. Lo haré tan sólo en forma de la caracterización que abre y asimismo cierra este capítulo, y de la que irán apareciendo elementos confirmatorios a lo largo del libro: “El SIDA es un invento político-socio-económico-pseudocientífico-pseudomédico-pseudoreligioso-pseudohumanitario-moralístico-mediático-racista-etc.”. Y expondré en III-1-4 mi hipótesis de porqué el engranaje SIDA fue construido por los CDC en 1981 en los EE.UU.

PENDIENTE

- Profundizar la inicial falsedad ‘el SIDA es una enfermedad’. Recopilar reacciones a esto
- ¿Por qué se definió oficialmente el SIDA de forma tal que resulta incurable?
- ¿Qué hizo que el SIDA fuese presentado como inevitablemente mortal desde el principio?
- A lo largo de un año, ¿cuán menor es el porcentaje de aparición de las ‘29 enfermedades del SIDA’ entre personas ‘seronegativas’ que entre las ‘seropositivas’?
- Investigar de qué mueren realmente las personas contabilizadas en las estadísticas de ‘víctimas del VIH’
- Precisar que las verdaderas InmunoDeficiencias anteriores o posteriores a la invención del SIDA en 1981, deberían ser consideradas totalmente al margen del montaje SIDA

II-2-2 ¿Existe el ‘VIH’?

No hay ninguna prueba científica de ello. Que sepa, y hasta ahora, no hay documentación científica que demuestre que el supuesto ‘VIH’ haya sido aislado ni una sola vez. Luego nadie debería afirmar que ‘el VIH existe’, y menos que ‘el VIH mata los T4’ y que ‘el VIH causa el SIDA’. Los famosos Doctores Luc Montagnier (en 1983) y Robert Gallo (en 1984, falsificando consciente y deliberadamente los resultados de sus ensayos) presentaron tres hallazgos inespecíficos: 1) observación de partículas sin determinar, 2) detección de la actividad biológica denominada “transcripción inversa”, y 3) reacción de unos anticuerpos con unas proteínas, como supuesta prueba de haber a la vez ‘encontrado y aislado un nuevo retrovirus’. Así inventaron el “modelo-Gallo-Montagnier-de-VIH”. Once años más tarde, el famoso Dr. David Ho inventó su “modelo-Ho-de-VIH” totalmente distinto, pero nunca pretendió haberlo aislado. En cambio, hoy algunos oficialistas dicen que ‘cada día aislo el VIH en mi laboratorio’... aunque nunca especifican cuál de los dos contradictorios modelos “aislan”. Interpretan como “aislamiento” el resultado de aplicar mecánicamente las instrucciones de protocolos o manuales, resultado que seguramente podría interpretarse de otra manera totalmente distinta, con lo que sucede que en realidad no están ‘aislando el VIH’ aunque sinceramente creen hacerlo.

Shut up! (¡Cierra el pico!)

Dr. R. Gallo

Repito: no purificamos

Dr. L. Montagnier¹

Durante veinte años, científicos críticos han afirmado que la existencia del VIH no ha sido probada más allá de toda duda en la literatura investigativa del VIH-SIDA, y que no puede ser responsable de la inmunodeficiencia SIDA desde un punto de vista ni etiológico (causal) ni epidemiológico.

En vistas a la generalmente aceptada hipótesis VIH/SIDA, esto me pareció tan increíble que decidí investigar la cuestión por mí mismo. Después de tres años de estudio intenso y, sobre todo, crítico de la literatura original relevante en tanto que virólogo y biólogo molecular experimentado, llegué a la siguiente sorprendente conclusión:

a fecha de hoy, no hay realmente evidencia científicamente convincente alguna acerca de la existencia del VIH.

Tal retrovirus nunca ha sido purificado y aislado por los métodos de la virología clásica

De una carta remitida el 11 octubre de 2000 al periódico *Süddeutsche Zeitung* y nunca publicada.

Dr. Heinz Ludwig Sänger, Catedrático Emérito de Biología Molecular y Virología; antiguo director del Departamento de Investigación Viral en el Instituto Max Planck de Bioquímica en Martinsried, Munich, Alemania. Ganador del Premio Robert Koch en 1978

Voy a argumentar que no hay prueba alguna de que el supuesto ‘VIH’ exista, por medio de cinco aproximaciones² distintas, dejando como última la más complicada: 1) simple lógica; 2) documental; 3) comportamiento de los supuestos ‘descubridores del VIH’ cuando se les pide las pruebas científicas de que efectivamente ‘aislaron el VIH’; 4) lógica biológica; y 5) científico-tecnológica.

¹ En una entrevista filmada en el *Institute Pasteur* el 18 de julio de 1997 por el director parisino de documentales Djamel Tahii** *Continuum*, vol. 5, n° 2, www.virusmyth.com/aids/continuum/v5n2.pdf

² Con el título *¿Ha sido aislado alguna vez el supuesto “VIH”? Cuatro aproximaciones complementarias a la científico-tecnológica*, presenté una versión ampliada de los cuatro primeros apartados al Encuentro Internacional *El problema del VIH/SIDA y el bienestar familiar de la nación*, celebrado en Ekaterimburgo (Rusia), los 29 y 30 de mayo de 2008. Texto en español: <http://sites.google.com/site/21plural/home--inicio/material-conferencia/el-problema-del-vih--sida-y-el-problema-del-bienestar-de-la-naci%C3%B3n-rusa>. Video en español con traducción consecutiva al ruso: www.immunity.org.uk/media/Ekat_Disc3_Title05_WEB.wmv. Texto en inglés: www.immunity.org.uk/articles/Ekaterinburg.htm

Primera aproximación: Simple lógica

¿“Modelo-Gallo-Montagnier-de-VIH” o “Modelo-Ho-de-VIH”?

Permítame, lector, que le haga a Ud., y también a todos los oficialistas, una subpregunta que, a mi entender, permite contestar de manera rápida y concluyente a “¿Existe el ‘VIH’?”:

¿De qué supuesto ‘VIH’ hablamos? ¿Del “modelo-Gallo-Montagnier-de-VIH” o del “modelo-Ho-de-VIH”?

Resulta que desde el proclamado ‘aislamiento del VIH’ en 1983-84, se han utilizado dos modelos totalmente contradictorios del supuesto virus, incompatibles el uno con el otro.

Desde 1984 hasta 1995, la oficialidad funcionó en torno al “modelo de VIH” diseñado por los Doctores Gallo y Montagnier. El “modelo-Gallo-Montagnier-de-VIH” afirmaba que ‘el VIH es un lentivirus, tiene un periodo de latencia muy largo (el Dr. Gallo habló de 40 años) y es difícilísimo de encontrar’ (incluso en terminales que a los pocos días morían ‘víctimas del VIH’).

En 1995 se implantó un “modelo de VIH” completamente distinto diseñado por el Dr. Ho. Según el “modelo-Ho-de-VIH”, ‘el VIH es un “virus-a-gran-velocidad” puesto que se multiplica miles de millones de veces desde el primer día, y se encuentra en todas partes de la persona infectada’. Este segundo modelo es el que oficialmente sigue vigente.

¿Formó parte el paso a “modelo-Ho-de-VIH” de un cambio radical de diseño de la ficción ‘VIH/SIDA’?

En efecto, lector, pues la implantación del nuevo “modelo de VIH” fue la pieza clave sobre la que pivotó un cambio total en la forma oficial de explicar el ‘VIH/SIDA’ que sirvió para:

- A) introducir, sin respaldo científico alguno, la segunda familia de supuestos ‘anti-VIH’, los ‘inhibidores de la proteasa’;
- B) empezar a combinar los nuevos ‘inhibidores de la proteasa’ con los anteriores ‘nucleósidos análogos’ constituyendo los famosos *cócteles*;
- C) introducir “eso” llamado ‘carga viral’ como segundo ‘marcador indirecto’ que permite presentar como beneficiosos unos *cócteles* que son mortales a medio plazo;
- D) pasar a afirmar ‘hemos logrado que el SIDA sea una enfermedad crónica’ como consecuencia de colocar estas nuevas piezas en un modelo matemático que no incluía variable alguna para los efectos secundarios de los *cócteles*, con lo que los envenenados vivían indefinidamente a pesar de tomar venenos;
- E) introducir el eslogan ‘golpear rápido, golpear fuerte’, es decir: ‘desde el momento en que Ud. tema haberse infectado -golpear rápido-, grandes dosis de antivirales -golpear fuerte-’. Y se podría añadir:
- F) nombrar al Dr. Ho, artífice público de la operación, ‘hombre del año de la revista Time’.³

Del HECHO de estos profundos cambios de modelo, se derivan algunas preguntas inmediatas a los oficialistas acerca del presunto ‘VIH’, a las que a continuación avanzo unas breves respuestas (y contesto en capítulos posteriores a otras preguntas derivadas acerca de los tratamientos ‘anti-VIH’, de “eso” llamado ‘carga viral’, etc.).

³ Curiosamente, los oficialistas mantuvieron una “cosa” como el ‘periodo ventana’ que me parece incoherente con los profundos cambios que acababan de introducir.

- 1) **¿Cómo un mismo virus realmente existente puede a la vez: a) ser un lentivirus, y ser un “virus-a-gran-velocidad”; b) tener un periodo de latencia muy largo, y multiplicarse miles de millones de veces desde el primer día, y c) ser difícilísimo de encontrar, y hallarlo en todas partes?**
- 2) **¿Por qué se produjo el cambio de modelo?**
- 3) **¿Por qué no protestaron los retrovirólogos cuyo modelo quedó arrinconado?**
- 4) **¿Por qué los médicos especialistas del ‘VIH/SIDA’ no abrieron un debate al respecto?**
- 5) **¿Por qué ningún oficialista –empezando por los responsables de la sanidad pública- habló ni habla -por ahora- de este cambio tan espectacular?**

¿Podría ya aquí darse por demostrado que el supuesto ‘VIH’ no existe?

Sí, puesto que un virus realmente existente no puede ser tan contradictorio, luego el supuesto ‘VIH’ no puede ser real. Pero un virus fantasma tiene las características que le atribuyan los retrovirólogos que en un momento determinado tengan el respaldo del *establishment* del SIDA.

Teniendo en cuenta que se han utilizado dos modelos de ‘VIH’ totalmente incompatibles entre sí; que el segundo modelo se impone probablemente por razones económicas porque, gracias al cambio, millones de personas etiquetadas pasaron de ser potenciales clientes de las farmacéuticas a ser clientes efectivos al empezar a ser tratadas de inmediato al aplicarles el recién introducido lema ‘golpear rápido, golpear fuerte’; que el relevo se realizó con el máximo sigilo para no llamar la atención; que los perdedores abandonaron el terreno sin defender su modelo a fin de no despertar sospechas; y que las autoridades sanitarias y todos los seguidores de la versión oficial del SIDA han avalado por omisión –si no por comisión- el cambio, la lógica indica que “el emperador estaba desnudo” y que no existe ningún virus ‘VIH’ real. Considero que las batallas jurídicas del Dr. Montagnier contra el Dr. Gallo, así como los enfrentamientos entre sus respectivos estados, e incluso el Premio Nobel al primero pero no al segundo, sirvieron y –por ahora- sirven de cortina de humo para tapar que, en realidad, no había ni hay ‘VIH’ alguno por el que pelear... ni, lo que tiene consecuencias mucho más graves, al que combatir.

Segunda aproximación: Documental

¿Falsificó el Dr. Gallo sus artículos en *Science* del año 1984?

Una objeción que surge frecuentemente es la siguiente:

¿Y los miles de artículos sobre el ‘VIH’ publicados en tantas revistas científicas?

Separando el grano de la paja, y yendo a lo esencial, queda lo siguiente: Los artículos escritos por científicos no virólogos, confían en que ‘los virólogos aislaron el VIH’. Los virólogos no retrovirólogos confían en que ‘los retrovirólogos aislaron el VIH’. Los retrovirólogos no implicados en el pretendido ‘VIH’ confían en que ‘los doctores Gallo y Montagnier aislaron el VIH’. Aquí podemos seguir dos variantes:

Primera variante: El Dr. Montagnier es la referencia

Aquello que el Dr. Gallo utilizó en 1984 para los irrepitidos experimentos cuyos resultados manipuló, se lo había robado⁴ al Dr. Montagnier, por lo que lo decisivo sería lo que hizo el Dr.

⁴ A esta conclusión llegó el *Informe Crewdson*. De 50.000 palabras, fue publicado en 16 páginas del *Chicago Tribune* el 19 de noviembre de 1989 con el título *The Great AIDS Quest* por el periodista John Crewdson, premio Pulitzer 1981, tras un año de investigación. A raíz de este informe se puso en marcha una compleja investigación

Montagnier en 1983. Pero catorce años más tarde, refiriéndose a los ensayos que llevaron al supuesto ‘aislamiento del VIH’, el Dr. Montagnier afirmó rotundamente: ‘¡Repito: no purificamos!’⁵. Y si el Dr. Montagnier no purificó, no pudo ‘aislar el VIH’, pues aislar es un paso posterior al de purificar. No parece que quienes le concedieron el Nobel lo hayan tenido en cuenta... por ahora, pues confío en que se lo retiren⁶ cuando se reconozca que el artículo publicado en *Science* el 20 de mayo de 1983 no prueba en absoluto que aislase virus alguno, como demuestra exhaustivamente *El Grupo de Perth*⁷. Además, el artículo del Dr. Montagnier no tuvo impacto alguno ni cambió en nada la práctica hospitalaria sobre el incipiente SIDA.

Luego si el Dr. Montagnier es la referencia, y puesto que él mismo insiste en precisar que no purificó –y que, por lo tanto, no aisló–, los muy numerosos ‘artículos científicos sobre el VIH’ que tienen como referencia al Dr. Montagnier, no tienen nada biológico real en lo que basarse.

Segunda variante: El Dr. Gallo es la referencia

La revista *Science* publicó el 4 de mayo de 1984 cuatro artículos (uno central y tres complementarios) del Dr. Gallo y su equipo⁸. Cuando se pide las pruebas científicas **de referencia originales** que demuestran que ‘el VIH existe y es la causa del SIDA’⁹, se recibe o el silencio o estos cuatro textos. Vale la pena, pues, saber cómo se gestó dicho documento central, pues de ahí nace toda la ficción ‘VIH/SIDA’. Consta de tres páginas ilustradas con dos fotos¹⁰. ¿Cómo se forjó este texto, y de dónde salieron estas fotos?¹¹

El texto lo elaboró el Dr. Gallo alterando fraudulentamente de su puño y letra tanto el texto como, sobre todo, el sentido del borrador redactado por el Dr. Mikulas Popovic¹², que era su jefe de laboratorios. Lector, encuentra reproducido y traducido entero este documento clave en Anexos. Sólo señalo aquí que el Dr. Popovic escribe: ‘*A pesar de los intensivos esfuerzos de investigación efectuados, el agente causante del SIDA aún no ha sido identificado*’. Esta frase fue sencillamente tachada por el Dr. Gallo.

En cuanto a las fotos, el Dr. Gallo hizo enviar al Laboratorio de Microscopía Electrónica muestras de sus cultivos celulares con supuesto HTLV-III (el nombre que el Dr. Gallo dio a “su virus”) para que se hiciese las correspondientes imágenes por microscopio electrónico a fin de adjuntarlas para ilustrar los artículos en *Science*. El Dr. Matthew A. Gonda, Director de dicho Laboratorio, le contesta el 26 de marzo de 1984 en una carta de diez líneas (Anexos) que concluye: ‘*No creo que ninguna de las partículas fotografiadas sea HTLV I, II ó III*’.

Clara la misiva del Dr. Gonda, ¿no? Pues bien, el Dr. Gallo la silencia y envía el 30 de marzo su artículo manipulado acompañado con aún-no-sé-qué fotos para que fuese rápidamente publicado (sólo 35 días más tarde) por *Science* el 4 de mayo de 1984, once días **después** de la célebre conferencia de prensa del Dr. Gallo y la Ministra Heckler.

oficial sobre el Dr. Gallo que dio la razón “a los franceses”, por lo que el Dr. Gallo tuvo que abandonar el sector público. Catorce años más tarde Crewdson** publicó un libro de setecientas páginas al respecto.

⁵ D. Tahi**, 1997.

⁶ Retirar el Nobel al Dr. Montagnier sería la primera “primera vez” beneficiosa en relación al SIDA.

⁷ Entre otros análisis: <http://www.theperthgroup.com/montagniernobel.html>

⁸ <http://www.sparks-of-light.org/gallopaperspdf.html>

⁹ El artículo publicado por el Dr. Montagnier un año antes en *Science* no pretendía demostrar que el retrovirus que supuestamente había aislado causaba el SIDA. El último párrafo empieza diciendo “El papel de este virus en la etiología del SIDA queda por ser determinado”.

¹⁰ Los otros tres artículos suman 9 páginas y contienen 13 fotos.

¹¹ Lo que sigue lo he sacado del libro de J. Roberts**.

¹² www.fearoftheinvisible.com/fraud-in-key-hiv-research-background

Luego el Dr. Gallo actuó de forma fraudulenta, presentando como ‘prueba científica de haber aislado el VIH, (probable) causa del SIDA’ una documentación falsificada intencionadamente y que aludía a unos cultivos celulares en los que no había ejemplares de “su familia de virus”.

Que el Dr. Gallo no tenía nada queda confirmado por una carta (Anexos) que envía el 29 de marzo, el día anterior a que remita sus artículos a *Science*, al Dr. Jun Minowada, de la Universidad de Loyola, Illinois. Su última frase: ‘Finalmente, ahora sabemos que hay muchas variantes de HTLV-I. Creemos que la causa del SIDA es una variante mucho más citopática’, indica que estaban en plena búsqueda hipotética, no que ya hubiesen encontrado ‘la probable causa del SIDA’. Es más, muestra que se encontraban bastante lejos de algo concreto.

De hecho, los experimentos realizados por el Dr. Gallo y su equipo fueron –a raíz de la publicación del mencionado *Informe Crewdson*- sucesivamente objeto de varios informes fruto de las investigaciones efectuadas por instituciones oficiales estadounidenses del máximo nivel¹³. Debería dedicarse un libro entero a estudiar este período y estas sucesivas investigaciones, pues se obtendrían numerosas pruebas para llevar al Dr. Gallo a juicio por fraude científico con consecuencias criminales, y así acelerar el desmantelamiento del SIDA. Una de ellas (*Comisión Dingell*) afirma: “El resultado fue una costosa y prolongada defensa de lo indefendible, en el transcurso de la cual la ‘ciencia’ (del laboratorio del Dr. Gallo) se convirtió en un elemento integral de los esfuerzos jurídicos y de las relaciones públicas del gobierno de los USA.” (énfasis mío; cito esta frase al inicio del III-1-4, y le invito a retenerla, lector, para comprender mejor una parte de la dimensión política del invento SIDA).

¿Son estos textos fraudulentos ‘los artículos científicos más citados en el mundo’?

¿Reconoce implícitamente la actual dirección de *Science* este fraude científico al silenciar el 25 aniversario de su ‘primicia mundial’ en vez de celebrarlo?

Los números de *Science* anterior, del 1 de mayo de 2009, y posterior, del 8 de mayo, al “histórico” 4 de mayo de 1984 no contienen mención alguna ni al Dr. Gallo ni a su famoso ‘VIH = SIDA’. Y el mismo silencio recorre todos los números de abril y los restantes de mayo de 2009. ¿Curioso, no? En vez de enorgullecerse de haber tenido hace 25 años la primicia en dar a conocer al mundo ‘la conquista científica que abría la vía a la solución del drama SIDA’, los actuales editores de *Science* callan como... ¿cómo qué, lector?

¿Tiene algo que ver en este silencio la carta de uno de diciembre de 2008 de 37 investigadores veteranos de catorce países a los editores de *Science* pidiendo la retirada de estos

¹³ Los experimentos del Dr. Gallo fueron investigados entre 1990 y 1994 por lo menos por cinco organismos: 1) la *OSI (Office of Scientific Integrity)*, dependiente de los NIH para los que entonces trabajaba el Dr. Gallo; 2) el *Congressional Investigative Subcommittee (Comisión Dingell)*, puesta en marcha cuando se detectó que la *OSI* estaba destruyendo documentos comprometedores para proteger a su investigador; además de lo que cito en el texto, sus conclusiones incluyen: “La evidencia es aplastante de que las tan a menudo repetidas afirmaciones de aislamiento del VIH (...) no eran ciertas, y que se sabía que eran falsas cuando las proclamas fueron hechas”, y que “El experimento de febrero de 1984 (que se dice que prueba que el VIH causa el SIDA) fue tan defectuoso y es tan cuestionable en tantos aspectos, que poca o nula confianza se puede depositar en ninguno de los hallazgos proclamados”; 3) el *Inspector General del Ministerio de Sanidad* para investigar si había fraude en la aplicación hecha por el Dr. Gallo a fin de obtener una patente para su ‘test’; a raíz de su informe se ofreció al gobierno francés un acuerdo por el que los NIH* reconocían que ‘el Instituto Pasteur había encontrado el VIH primero’, y se pagó una compensación económica por los royalties de los ‘tests’; 4) la *ORI (Office of Research Integrity)*, dependiente del *Department of Health*; 5) el *Secret Service*, organismo encargado nada menos que de la seguridad del Presidente de los USA y de los candidatos a Presidente; encontró evidencia suficiente de fraude criminal, por lo que remitió en enero de 1994 la investigación al Fiscal General. Pero había pasado demasiado tiempo desde la realización del acto criminal, y el Dr. Gallo se escapó por los pelos de un procedimiento penal. Entonces. ¿Y ahora?

textos fraudulentos? (ver nota 8 de I-3 y contribución de J. Roberts en III-5; también ha habido otras misivas posteriores en el mismo sentido)

¿Habría que obligar a que *Science* rompa su silencio?

Por segunda vez, la pregunta ‘¿Existe el VIH?’ queda contestada negativamente. Aquí podría detenerme. Pero sigamos profundizando, a fin de eliminar la más remota posibilidad de existencia del supuesto ‘VIH’.

Tercera aproximación: Comportamiento de los ‘descubridores del VIH’ cuando se les pide las pruebas

¿Actúan como si realmente hubiesen ‘aislado el VIH’?

¿Es de buenos líderes abandonar a sus seguidores?

Antes de informarle, lector, de algunos comportamientos de los doctores Gallo y Montagnier por separado, he aquí uno simultáneo. La versión *on line* del *British Medical Journal* permitió un importante debate durante 26 meses¹⁴ entre oficialistas y críticos que abordó prácticamente todos los aspectos del engranaje SIDA. Uno de los temas tratados (a instancias de los críticos, claro está) fue el no-‘aislamiento del VIH’. Numerosas veces se reclamó la participación de los ‘padres del VIH’. Su respuesta fue, una vez más, el silencio¹⁵.

Dos actuaciones más¹⁶ del Dr. Montagnier:

- “¿Cómo que nunca se ha microografiado el VIH en sangre de enfermos de SIDA? ¿Pues hay que hacerlo en mi laboratorio en cuanto regresemos a París!”

Ésta fue la reacción del Dr. Montagnier, en la primera reunión¹⁷ del *Panel*** del Presidente Mbeki celebrada en mayo del 2000 en Pretoria, cuando el profesor emérito Dr. Etienne de Harven**, pionero de la imagen obtenida con microscopio electrónico, le explicó que nunca se había tomado dichas imágenes del supuesto VIH en sangre. Esta primera reacción honra al Dr. Montagnier... todo lo contrario de lo que ocurrió tras el regreso a París: ni se puso al aparato ni devolvió un par de decenas de llamadas telefónicas del Dr. de Harven a fin de realizar efectivamente los prometidos micrógrafos.

- ¿“Tiene el VIH las espaldas muy anchas”?

En esta misma sesión del *Panel*, el Dr. Montagnier comentó en francés al Dr. de Harven: “*Le VIH, il a un grand dos*”, es decir, “*El VIH tiene las espaldas muy anchas*”, significando con ello que puede aguantar todo lo que los oficialistas le atribuyan, en particular su supuesta gran capacidad de mutación.

Otras dos actuaciones del Dr. Gallo:

¹⁴ Del 28 de febrero de 2003 al 17 de abril de 2005 <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/326/7387/495#79960>

¹⁵ Por cierto, tampoco participaron el Dr. Fauci y demás responsables principales del montaje SIDA.

¹⁶ En II-4 explico una actuación particularmente ilustrativa del Dr. Montagnier.

¹⁷ El Dr. Montagnier aceptó participar en este fórum entre oficialistas y rigurosos, aunque ya no asistió a la segunda reunión. El Dr. Gallo, por el contrario, se negó en redondo y de mala manera.

El Dr. Gallo está preso de su delito, del que algunas pistas he dado en la segunda aproximación. Tiene que ser el máximo defensor de sus engaños, consciente de que puede pagarlo muy caro si se destapan.

Sólo voy a explicar brevemente las dos ocasiones en que personalmente le he pedido al Dr. Gallo las pruebas científicas de que ‘aisló el VIH’.

- ¿“Cree el ladrón (en este caso, el Dr. Gallo) que todos son de su condición”¹⁸?

La primera, el 16 de abril de 1997, con motivo de una propuesta escrita que entregué a la potente caja de ahorros catalana *La Caixa*¹⁹ con motivo de traer al Dr. Gallo a Barcelona para impartir una conferencia nada menos que sobre ‘*El descubrimiento de los retrovirus y del VIH*’. Pedí a *La Caixa* que impulsara un Debate SIDA. La respuesta del Dr. Gallo, desde su mesa de conferenciante, fue soltar que ‘El debate sería mejor hacerlo en una avioneta con luces de neón: así se harían ustedes famosos’²⁰. Ignoraba yo entonces que para hacerse (aún más) famoso, el Dr. Gallo había hecho fraude científico en *Science* en 1984.

- ¿Es “¡Cierra el pico!” una prueba científica?

La segunda, durante la XII CIS* de Ginebra-98. El 3 de julio, en el transcurso de una rueda internacional de prensa en la que el Dr. Gallo era el invitado principal, cogí el micrófono y le pregunté: “Dr. Gallo, ¿entregará Ud. a los huelguistas de hambre que están a las puertas del Congreso las pruebas científicas de la existencia del VIH?”. Su respuesta consistió en arrastrar la silla hacia atrás, estirar las piernas hacia delante y cruzarlas, ponerse las dos manos detrás de la nuca, no decir nada en voz alta (aunque varias personas en la sala se dirigieron al Dr. Gallo requiriendo “¡Conteste la pregunta!”), y murmurar “*Shut up!*”, es decir, “¡Cierra el pico!”. Cualquier científico que hubiese hecho una investigación honesta y crítica, se hubiese sentido feliz de poder contestar en público: “Naturalmente, le agradezco la pregunta y las encontrará en la revista científica U, fecha V, número X, páginas Y a Z”. Lástima que lo que debería haber sido una noticia mundial de primera página y el inicio del fin de la pretendida ‘terrible epidemia de SIDA’, no interesó ni a uno solo del centenar largo de los más importantes ‘periodistas especializados en VIH/SIDA’ del mundo que se hallaban presentes...

¿Comentarios y preguntas, lector?

Para mí, esta tercera aproximación reafirma, desde un nuevo ángulo fácil de entender, que no hay prueba alguna de la existencia del supuesto ‘VIH’. Pero antes de entrar en la quinta y definitiva aproximación, la científico-tecnológica, veamos aún una breve pero contundente...

Cuarta aproximación: Lógica biológica

¿Puede tener entidad y existir algo que cambia constantemente y que no tiene ningún componente propio?

¹⁸ Me inspiro en el titular *Robert Gallo: El ladrón del sida* aparecido en el suplemento nº 140 del periódico español *El País*, de 24 de octubre de 1993.

¹⁹ Por cierto, ¿por qué *La Caixa* se deshizo (¿silenciosamente?) del tema SIDA, al que durante más de un lustro dedicó 3.000 millones de pesetas anuales, entre otras cosas enviando 700 monitores a castrar bachilleres imbuyéndoles en su cerebro, en su corazón y en su sexo el miedo al supuesto ‘VIH’ y al montaje SIDA?

²⁰ *Diario 16*, 18 de abril de 1997.

¿Y qué es esto de que ‘el VIH muta constantemente’?

Otra “primera vez” que soporta el estoico supuesto ‘VIH’ es la enorme capacidad de mutar que le atribuyen los oficialistas. Conviene recordar que ya es una mutación el simple cambio de orden de dos letras genéticas, o el que haya una letra genética en lugar de otra. Esta otorgada ‘virtud del VIH’ proporciona a los oficialistas una escapatoria para muchas de sus dificultades (p. ej., a su –para mí, afortunado- fracaso en lograr una ‘vacuna del SIDA’). Pero se les vuelve en contra al formularles preguntas adecuadas que demuestran que en realidad “el emperador está desnudo” pues no hay ni puede haber virus real alguno.

He aquí cinco que me limito a enunciar, dando un inicio de respuesta a continuación:

¿Puede un virus realmente existente...

- ... tener (casi) tantas informaciones genéticas distintas como ejemplares hay? ²¹
- ... variar su información genética en un 40% de un ejemplar a otro, incluso dentro de la misma persona ‘infectada’? ²²
- ... ocurrirle que ‘ni dos de sus genomas son el mismo, ni siquiera provenientes de la misma persona’? ²³
- ... mutar (casi) toda su información genética? ²⁴
- ... no tener ninguna proteína viral, y que todas sean proteínas humanas? ²⁵

Si uno cree a los oficialistas, sí puede. Pero, ¿hasta dónde puede llegar la confianza?

Me parece mucho más biológicamente lógico considerar que si un supuesto ‘VIH’ permanentemente mutante además no tiene información genética estable alguna, y encima tampoco tiene proteína alguna propia, entonces no tiene nada que lo identifique, es decir, carece de entidad biológica. Luego el pretendido ‘VIH’ es una ficción.

Y para acabar de ratificar que no hay prueba alguna de la existencia del supuesto ‘VIH’, he aquí la aproximación científico-tecnológica, de manera sucinta y relativamente sencilla.

Y quinta aproximación: Científico-tecnológica

¿Se ha aislado alguna vez el ‘VIH’?

¿Cuándo se puede decir que un virus existe?

Cuando ha sido debidamente aislado y caracterizado. Aislar un virus significa separarlo de todo aquello que lo rodea y que podría confundirse con él. Caracterizar un virus implica determinar exactamente cuáles son sus proteínas y su información genética. (A partir de aquí, y para simplificar, cuando escriba “aislamiento” debe entenderse también “y caracterización”).

²¹ “Según los investigadores del Instituto Pasteur, un paciente asintomático puede albergar por lo menos un millón de variantes genéticamente distintas del “VIH”. En un paciente con SIDA declarado, esta cifra puede alcanzar los cien millones de variantes”. E. de Harven**.

²² Está documentado que las diferencias del genoma de un ‘ejemplar de VIH’ a otro ‘ejemplar de VIH’, incluso obtenidos de la misma persona, pueden llegar a ser del 40%. *Id.*, pg. 48.

²³ Eigen, M. y Biebricher, C. K. (1988), citados por S. S. Morse en *Emerging Viruses*, Oxford University Press, New York, 1993.

²⁴ El propio Dr. Ho llegó a escribir en el *New England Journal of Medicine* que en pocos años ‘ocurrirán todas las mutaciones viables en todas las posiciones del genoma viral’. Citado en Steven Epstein**.

²⁵ <http://www.theperthgroup.com/MONOGRAPH/MTCTAugust2008.pdf>

Pero, ¿qué es y qué no es un virus?

Básicamente, un virus está constituido por una información genética (bien de ADN, bien de ARN) rodeada por una envoltura de la que interesan sus proteínas, ya que son los anticuerpos ante dichas proteínas los que pretenden detectar los “tests de anticuerpos” utilizados para diagnosticar “infección por tal o cual virus”. Un virus no es un organismo vivo, es decir, no nace-crece-multiplica-envejece-muere, luego carece de metabolismos nutritivos, reproductores, etc., y, en consecuencia, no tiene “ciclo vital” alguno.

Además, un virus realmente existente es una entidad biológica muy estable, tanto que puede ser directamente visto con un microscopio electrónico²⁶. Y una regla cardinal que explicaba la Virología hasta la sentencia del Tribunal Supremo de los EE.UU de 1980 mencionada en I-3 (y que retomaré en III-1-1), era que todos los ejemplares de un mismo tipo de virus tienen exactamente las mismas características: tamaño, peso, densidad, forma, estructura, composición (proteínas e información genética), etc.

Ni un trozo de un virus es un virus, ni una actividad biológica en la que pueda participar un componente de un virus prueba que exista un virus. Y menos si para afirmar que dicho trozo pertenece a un virus, o que un virus es la causa de dicha actividad, no se parte de disponer del virus entero aislado.

¿Cómo se aísla un virus realmente existente? ¿Qué pasos hay que dar? ¿Qué pruebas hay que mostrar?

Los oficialistas, empezando por los retrovirologos que afirman haber ‘aislado el VIH’, silencian todo lo relativo a un decisivo aspecto de cualquier investigación sobre un virus realmente existente: su aislamiento. Y tampoco se lo exigen los demás científicos ni los médicos ni los periodistas ni los políticos ni, aún más lamentablemente, sus víctimas. Se acepta a ciegas su afirmación ‘el VIH fue aislado’... y punto.

Aunque sin espacio para desarrollarlos y referenciarlos, voy a explicar al lector los dos principales obstáculos que considero debería resolver un necesario libro dedicado exclusivamente a abordar el aislamiento o no del supuesto ‘VIH’: ¿Criterios de aislamiento en tanto que virus o en tanto que retrovirus?, y ¿criterios anteriores o posteriores a 1980?

Hasta 1980, la Virología enseñaba²⁷ que, para poder afirmar que un nuevo virus había sido aislado, tenía que cumplirse cuatro requisitos que me limito a enunciar:

- 1) Presentar cuatro fotografías de: A) múltiples ejemplares del virus dentro de células; B) varios ejemplares del virus solo; C) las distintas proteínas de la envoltura del virus; y D) la información genética del virus
- 2) Caracterizar tanto las proteínas como la información genética. Para ello debe efectuarse la secuenciación de las unas y de la otra, es decir, establecer cuáles son y en qué orden están los aminoácidos que forman las proteínas, y lo mismo para las letras genéticas que constituyen la información genética
- 3) Hacer repetidos ensayos de control
- 4) Publicar paulatinamente en revistas científicas los resultados que se iban obteniendo

²⁶ Un microscopio electrónico funciona al vacío. Esto implica que si se intentase obtener directamente imágenes de células, estallarían. Por esto hay primero que fijarlas químicamente –lo cual implica matarlas, por lo que con un microscopio electrónico no se puede ver directamente vida-, luego endurecerlas con resina, y finalmente con un utensilio de diamante cortar secciones ultrafinas que son las que se ponen bajo el campo del microscopio electrónico para obtener las imágenes.

²⁷ Actualmente, cuando los rigurosos sacamos a relucir el tema del aislamiento, los pocos oficialistas que contestan suelen afirmar que nunca ha habido reglas establecidas al respecto. Considero que quieren trasladar al pasado la situación confusa y tramposa actual, basada en lo que llaman ‘indicadores indirectos’. Es un tema clave a debatir.

Sólo después de cumplir estos cuatro requisitos podría convocarse una rueda de prensa para comunicar al mundo que se ha aislado un nuevo virus. Pero ninguno de estos requisitos se cumplió para el supuesto 'VIH'. Luego el supuesto 'VIH' no fue aislado en tanto que virus.

Pero los oficialistas sostienen que 'el VIH es un retrovirus'. Pues bien, hasta 1980 la Retrovirología enseñaba que para poder afirmar que un nuevo retrovirus había sido aislado tenía que cumplirse siete requisitos bio-tecno-lógicos, y que también me limito a enunciar:

- 1) Cultivo de tejido supuestamente infectado
- 2) Purificación de especímenes por centrifugación en gradiente de densidad
- 3) Micrografos electrónicos de partículas que tengan las características morfológicas y dimensiones (100-120 nm; un nanómetro = 10^{-9} metros = una mil millonésima de metro) de las 'partículas retrovirales', halladas 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 el enzima transcriptasa inversa
- 5) Análisis de las proteínas y del ARN de las partículas, y prueba de que son únicos (por lo que pertenecen al retrovirus, y no a las células huésped)
- 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 tejidos de los cultivos de control
- 7) Prueba de que las partículas son infecciosas, es decir, de que si se introducen partículas puras en cultivos o en animales 'no infectados', se obtienen partículas idénticas como resultado de aplicar los pasos 1 a 5

*El Grupo de Perth*** ha dedicado numerosos artículos científicos a demostrar, de forma precisa y exhaustiva, que tampoco se han cumplido estos siete requisitos. Luego el supuesto 'VIH' tampoco fue aislado en tanto que retrovirus.

1980, ¿avance o degeneración de la Virología?

A partir de la mencionada sentencia de 1980, los requisitos se volvieron cada vez más laxos. Empezó la era de los supuestos 'virus existentes y aislados porque se ha detectado algún indicador indirecto': un trozo de información genética, o una proteína que se supone de la envoltura, o una actividad biológica (por ejemplo, muy importante aquí: transcripción inversa), etc.

Los oficialistas y la mayoría de virólogos actuales presentan este proceso como un avance de la Virología, consecuencia de una mayor sofisticación tecnológica. Para mí, este proceso es la degeneración de la Virología, de graves consecuencias de alcance mundial. Y me gustaría recibir textos o conocer virólogos, especialmente veteranos, que quieran contrarrestar el peligroso proceso que oficialmente está ocurriendo.

¿Es la detección de actividad de transcripción inversa prueba de la presencia de un retrovirus?

En realidad, lo principal que detectaron tanto el Dr. Gallo como el Dr. Montagnier fue actividad de transcripción inversa²⁸ de ARN en ADN (retrotranscripción), y todos los oficialistas interpretaron y siguen interpretando que dicha actividad la realiza el enzima transcriptasa inversa y que ello demostraría la presencia de un retrovirus porque dicho enzima sería exclusivo de los

²⁸ En realidad, detectaron transcripción inversa tras haberla generado ellos mismos al usar co-cultivos respectivamente con células cancerosas leucémicas o con células umbilicales. En efecto, ambos tipos de células generan mucha retrotranscripción, que además resulta incrementada al estimular dichos co-cultivos con productos químicos estresantes.

retrovirus. Esto podía tener sentido, como hipótesis a demostrar, en 1971, cuando por primera vez se probó el flujo de información genética del ARN al ADN, es decir, en sentido inverso a lo que afirmaba el “Dogma Central de la Genética” (*sic*) establecido en los años cincuenta, según el cual la información sólo podía ir del ADN al ARN.

Pero a fines de los setenta ya se había comprobado que la transcripción inversa A) es ubicua y ocurre en toda actividad celular, y B) es efectuada por varias enzimas y no sólo por la transcriptasa inversa. Luego ya en 1983-84 debería haberse enterrado una hipótesis descartada que incomprendiblemente hoy los oficialistas emplean como si estuviese demostrada.

¿Y las partículas retrovirales endógenas?

Los oficialistas no tienen presente en ningún momento un aspecto decisivo: la existencia de partículas retrovirales endógenas, es decir, de elementos iguales a retrovirus y con la misma información genética, pero que no son considerados virus porque se originan en el interior de la propia célula (de ahí lo de “endógenos”) y no pueden pasar a otra célula, mientras que llamarlos virus implicaría otorgarles esta capacidad “contagiosa” de la que carecen.

La biofísica Eleni Papadopulos-Elopulos me explicó²⁹ que “Desde mucho antes de la era del SIDA, todo el mundo sabía que en las células humanas puede tener lugar la formación espontánea de partículas retrovirales endógenas; en 1993 se reconoció que el uno por ciento del ADN del genoma humano está constituido por secuencias de letras genéticas idénticas a las de los retrovirus”; en el 2004, el porcentaje subió al ocho³⁰. Bio-lógicamente, “estas partículas retrovirales endógenas no producen infección alguna”.

La existencia de partículas retrovirales endógenas plantea dos importantes cuestiones.

Por un lado, explicaría que en los co-cultivos intensamente estimulados utilizados en sus experimentos por los doctores Gallo y Montagnier, pudiesen haberse generado partículas retrovirales endógenas. Estas partículas retrovirales endógenas podrían haber sido aisladas, pero no lo fueron.

Por otro, si efectivamente los Doctores Gallo y Montagnier hubiesen aislado algún retrovirus, tendrían que haber abordado la tarea de demostrar que se trataba de un retrovirus exógeno y no de una partícula retroviral endógena³¹. La documentación existente demuestra que esta crucial tarea ni siquiera fue tenida en cuenta, por lo que no se realizó.

¿Es el supuesto VIH un exosoma no-patógeno?³²

Los exosomas fueron identificados en 1997, y son básicamente partículas de transporte de materiales celulares (ácidos nucleicos, proteínas,...) de una célula a otra. Algunos *papers* publicados afirman que los retrovirus entran dentro de la definición de exosoma. Y literatura reciente informa de que el supuesto ‘VIH’ es constituido por el mismo proceso que la célula utiliza para formar exosomas. Según este enfoque, los exosomas constituyen una categoría más amplia que los retrovirus pues incluyen a todas las partículas capaces de movimiento intercelular. Algunos

²⁹ Grabación en audio de una conversación el 5 de julio de 2000 en Johannesburgo.

³⁰ Y sigue aumentando. Esto significa que hay mucha mayor cantidad de secuencias retrovirales endógenas que las supuestas ‘secuencias del VIH’, incluso adoptando el modelo de la ‘abundancia de ejemplares de VIH’ inventado por el Dr. Ho.

³¹ “Detectado en el genoma humano un virus similar al del sida”, *ABC*, 10 de noviembre de 1999, reseñando un artículo aparecido en *Proceedings of the National Academy of Sciences*.

³² Debo este apartado a J. Roberts**, que fue quien me informó de estos importantes desarrollos (semi)oficiales.

parecen tener un fuerte efecto antitumoral. Podrían, pues, haberse formado de manera natural en los cultivos celulares del Dr. Gallo ya que él y su equipo estresaron células leucémicas...

La introducción de los exosomas confirma la complejidad del ser humano y de la vida que he señalado en I-4, y hace aún más insostenible la posición de los oficialistas.

Pero, ¿acaso no ‘aislan el VIH’ los oficialistas cada día en sus laboratorios?

Así lo afirman algunos, y están plena y honestamente convencidos de ello. .

¿Qué ocurre? ¿Cómo conciliar que algunos oficialistas estén seguros de efectuar hoy lo que sus maestros Doctores Gallo y Montagnier no realizaron hace 25 años, lo que el Dr. Ho ni siquiera intentó ejecutar hace quince, y lo que los críticos sostenemos que no se hizo entonces ni se hace ahora?

La hipótesis que apunto es que los oficialistas convencidos de que ‘aislan el VIH’, ejecutan en sus laboratorios una serie de procedimientos, que se han ido protocolizando año a año, con los que obtienen unos resultados que interpretan honradamente como ‘haber aislado el VIH’. Se trataría entonces de estudiar conjuntamente, y con el mayor rigor posible, lo que hacen. Y o bien les demostramos que el resultado no es el que interpretan, o bien nos convencen de que realmente ‘aislan el VIH’... y, por lo menos yo, cambiaré mi posición al respecto³³.

Mientras, mi resumen de esta quinta aproximación es que los oficialistas no han cumplido los requisitos necesarios para poder afirmar que se ha ‘aislado el VIH’ ni como virus ni como retrovirus; han interpretado incorrectamente la detección de “actividad de transcripción inversa”; ni siquiera han abordado la decisiva y necesaria clarificación de si el supuesto ‘VIH’ podría ser una partícula retroviral endógena o un exosoma; y, por ahora, no parecen dispuestos a permitir que contrastemos lo que hacen en sus sofisticados laboratorios.

Luego, a mi entender, la aproximación científico-tecnológica refuerza y culmina la conclusión común a las cuatro aproximaciones anteriores: no hay prueba alguna, ni científica ni no científica, de que el supuesto ‘VIH’ haya sido aislado ni una sola vez.

¿Sigue *HEAL London* ofreciendo un premio de 50.000 libras esterlinas a quien presente las pruebas científicas de que alguien en el mundo haya ‘aislado el VIH’ aunque sea una sola vez³⁴?

¿Y las ‘fotos del VIH’ publicadas que todos hemos visto?

Yo también me creí los pies de foto hasta 1996, cuando aprendí los elementos técnicos suficientes para saber que las imágenes que circulan en absoluto ilustran –ni mucho menos confirman ni en absoluto demuestran– que se haya aislado virus alguno.

³³ Pero en tal caso también les animaré a que publiquen su ‘aislamiento del VIH’ en revistas científicas, a fin de quitar al resto de críticos el argumento de que “nunca se ha publicado las pruebas científicas del aislamiento del VIH”. Ahora bien, que estos oficialistas las publicasen ahora, probablemente no sería un paso hacia su gloria sino más bien hacia su desgracia ya que ello desencadenaría la furia del *establishment* del SIDA, entre otras razones porque quedarían descalificados los ‘tests’ que se vienen utilizando, con lo que todos los etiquetados ‘seropositivo’ dejarían de serlo.

³⁴ <http://heallondon.org/win-p50000.html>

Primero hay que descartar las que simplemente son dibujos artísticos o diseños confeccionados por computadora. A continuación, las hechas a color, pues un micrografo obtenido por microscopio electrónico es siempre en blanco y negro. Luego, las que utilizan frases del tipo: ‘Las flechitas señalan ejemplares del VIH’ de entre un montón de partículas semejantes; los micrografos de verdaderos virus no precisan de flechita alguna puesto que muestran de manera nítida algunos ejemplares iguales entre sí y sin que aparezca nada más que pueda generar confusión. Finalmente, quedan las que llevan pie de foto del tipo: ‘VIH abandonando una célula para infectar otra célula’. Éstas corresponden a microvesículas celulares³⁵ -¿y/o a exosomas?- que suelen servir para llevar moléculas que elabora una célula hasta otra célula que las necesita. Las bolitas de transporte se conforman englobando las proteínas o información genética u otra molécula a exportar, salen de la célula emisora atravesando su membrana, y entran a través de la membrana de la célula receptora. Esas microvesículas celulares de exportación-importación son inestables y tras entrar se disuelven para soltar las moléculas y así cumplir su misión. Como que son inestables, para poderlas fotografiar hay que efectuar los pasos explicados en la nota 21. Luego si el pie de una foto, al indicar las condiciones técnicas en que ha sido obtenida, pone ‘sección ultrafina’, confirma que ha habido la manipulación explicada y la elimina como supuesta ‘imagen del VIH’. Y un detalle técnico más, en las pocas ocasiones en que los micrografos aducidos por los oficialistas como ‘foto del VIH’ llevan lo que deberían llevar siempre, una escala de referencia (*size bar*), los supuestos ‘VIH’ señalados con flechitas no tienen ni se aproximan al diámetro propio de los retrovirus: 100-120 nm.

¿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?

Antes he informado de que *Science* se olvidó de conmemorar los 25 años de su primicia mundial al anunciar que el Dr. Gallo había encontrado ‘un nuevo virus, probable causa del SIDA’.

Pero no fue sólo *Science*. Al parecer, tampoco las demás “prestigiosas revistas científicas de referencia”, como *Lancet*, *JAMA*, *Nature*, *NEJM*, *BJM* ó *PNAS*, se acordaron de este 25 aniversario. Ni lo ha hecho la OMS. Ni ONUSIDA. Ni los Ministerios de Sanidad. Ni los Planes Nacionales del SIDA. Ni las Cátedras ni las Facultades ni las Universidades. Ni los Hospitales ni los Sistemas Sanitarios. Ni los ‘comités anti-SIDA’. Ni los intelectuales y artistas que los apoyan. Ni los Medios de Comunicación importantes. Ni... Es decir, ha habido un (casi-casi-casi) unánime acuerdo (¿orquestado o espontáneo?) en silenciar ‘la importantísima efemérides científica «ha sido encontrado el retrovirus causante del terrible SIDA»’. Al igual que lo hicieron en el 2008 los Comités que conceden los Premios Nobel, se han olvidado en el 2009 del Dr. Gallo y de sus ‘seminales cuatro artículos científicos en *Science* del 4 de mayo de 1984, base del VIH/SIDA’. ¿Sorprendente, no, lector?

Parece –sólo parece, por ahora- que (casi-casi-casi) todas las personalidades e instituciones importantes saben o sospechan que el SIDA es un montaje basado en el fraude científico del Dr. Gallo. Es más, probablemente llegaron a esta “suposición” hace bastante tiempo –si llegué yo, ¿por qué no ellos, con muchos más medios, con muchísima más información y con contactos y canales privilegiados a alto nivel?- pero continuaron promocionando la versión oficial³⁶.

³⁵ Dos artículos aparecidos en la revista *Virology* n° 230 el año 1997, uno alemán (Gluschankof P et al *Cell membrane vesicles are a major contaminant of gradient-enriched human immunodeficiency virus type-1 preparations*) y otro norteamericano (Bess JW et al *Microvesicles are a source of contaminating cellular proteins found in purified HIV-1 preparations*) reconocen que las microvesículas “contaminan las preparaciones de VIH”. Lo que no dan son criterios para saber qué son supuestos ‘VIH’ y qué son microvesículas...

³⁶ Aunque han ido bajando el tono porque, dicen, ‘el SIDA ha dejado de ser noticia’. Pero, ¿quién crea o decide qué es o qué no es noticia?

Lo nuevo, y lo que quizás explique este estruendoso silencio, es que el invento SIDA está empezando a oler a cadáver...

“Pero... ¡algo hay!”

Finalmente, me queda una última objeción a contestar. Proviene no tanto de oficialistas como de médicos, terapeutas, asesores, instructores,..., alternativos que, rechazada la versión oficial, sostienen que “De todas formas, algo hay en el SIDA que se transmite”.

Considero grave hacer este comentario a etiquetados que están pugnando por liberarse del miedo que les ha imbuido el *establishment* del SIDA. En efecto, una observación de este tipo realimenta los temores y puede destrozar esfuerzos hechos durante mucho tiempo. Me parece irresponsable hacerla sin antes precisar qué es este supuesto “algo”, sin concretar cómo se detecta su presencia y cómo se le ha aislado y caracterizado, y sin determinar qué consecuencias morbosas tiene. Si realmente hubiese “otra cosa”, pido a los alternativos que lo afirman lo mismo que a los oficialistas: aislarla para demostrar que existe, y luego verificar si tiene algún efecto perjudicial. Mientras esto no se haga, me parece que el deber deontológico de todo médico, terapeuta, asesor, instructor,..., es dar confianza a quienes se le aproximan en busca de apoyo o consejo. Lo cual no le exime de montar un equipo de investigación para lograr confirmar su intuición... o para calmar lo que quizás sean sus propios fantasmas u obsesiones o represiones o miedos o mala conciencia o culpabilidades o...

¿Algo hay? Sí, sin duda: hay un poderoso engranaje puesto en marcha por los CDC en 1981 en los USA, basado en el miedo a una ‘enfermedad mortal luego crónica’, en la ficción ‘VIH’ y en un fraude científico. Apartarse de dicho mecanismo superando el temor y atreviéndose a ir cuestionando todo el ‘VIH/SIDA’, es la condición para llegar a ser un Vencedor del SIDA consciente.

PENDIENTE

- Investigar la conducta criminal del Dr. Gallo, viendo las posibilidades de enjuiciarlo ahora
- Precisar cómo es posible que las chapuzas hechas por el Dr. Gallo tanto dentro como fuera del laboratorio, que fueron sacadas a la luz por sucesivas investigaciones de importantísimos organismos estadounidenses, han quedado -por ahora- silenciadas en vez de ser condenadas
- Comparar los diseños de ‘VIH’ hechos por distintos oficialistas verificando si coinciden sus supuestos componentes: proteínas, genes,...
- Historia de la modernización-degeneración de la Virología desde 1980, con especial atención a la Retrovirología
- Profundizar e ilustrar la presencia en el genoma humano de secuencias retrovirales semejantes a las atribuidas al supuesto ‘VIH’
- Afinar el papel de los exosomas
- Confeccionar la lista de virus realmente existentes, y la lista de Virus de la imaginación Humana (ViH, según el Dr. F. León**)
- Analizar qué hacen en realidad los oficialistas cuando interpretan que ‘aislan el VIH’
- ¿Por qué callan los microbiólogos, virólogos, retrovirólogos, microscopistas,..., no implicados en la ficción ‘VIH’?

II-2-3 ¿Son exactos¹ los ‘tests del SIDA’?

Rotundamente, no. Hacerse o dejarse hacer estos ‘tests’ es la práctica de riesgo más peligrosa en SIDA. De entrada, porque (¿casi?) siempre es una actuación alegal... y quizás incluso ilegal. Pero sobre todo porque pueden dar positivo en la persona más sana y santa, que será triturada por el engranaje SIDA si no evita dejarse arrastar por él gracias a que accede a una información como la de este libro. En efecto, resulta que: Primero, un test de anticuerpos válido –y el del SIDA no lo es– sólo indica una probabilidad, no una certeza. Segundo, nunca se ha demostrado que ‘dar positivo a los tests del SIDA’ signifique ‘tener anticuerpos al VIH’ y menos aún ‘estar infectado por VIH’; los propios fabricantes de los tests lo reconocen con frases del estilo: ‘Actualmente no está reconocido criterio alguno para establecer la presencia o la ausencia de anticuerpos al VIH en la sangre humana’. Tercero, están documentadas por lo menos 67 enfermedades –como hepatitis B o hemofilia– o condiciones –como haber dado a luz o haberse vacunado de hepatitis B– que pueden hacer dar positivo a los ‘tests’. Cuarto, los criterios para dictaminar ‘positivo’ cambian de un país a otro, de una institución a otra, de una marca a otra, etc. Quinto, cada tipo de test de cada marca tiene varios criterios de lectura, y con uno puede interpretarse como positivo pero con el siguiente o con el anterior podría ser negativo. Por estas y otras razones, deberían prohibirse estos ‘tests’. Y establecer una moratoria inmediata a su aplicación. E indemnizar a quienes han tenido la desgracia de dar positivo... o a sus familiares si, lamentablemente, ya han muerto por culpa, en particular, de unos tratamientos doblemente venenosos administrados tras un etiquetaje que siempre es una trampa.

Aconsejar a personas de bajo riesgo requiere prestar una atención particular a los falsos positivos, es decir, a la posibilidad de que el cliente dé positivo al tests del VIH aunque no esté infectado por el virus.

Si a los clientes no se les informa acerca de este hecho, tienden a creer que un test positivo significa con certeza absoluta que están infectados.

Se puede ahorrar dolores emocionales y vidas si los consejeros informan a los clientes de la posibilidad de falsos positivos

Guidelines for HIV testing in Low-Risk Client, Max Planck Institute

(...) No pienso que el Western Blot sea un test útil para diagnosticar, no pienso que valga la pena hacerlo.

(...) (para saber) si está el paciente infectado o no, no se necesita el WB.

(...) Se necesita dos diferentes tipos de ELISA hechos en dos distintos formatos.

El Western Blot ha sido promocionado como una especie de Santo Grial²

Dr. Robin Weiss en *House of Numbers* (2009)

Parece claro que si la respuesta fuese negativa, el ‘terrible SIDA’ se extinguiría en poquísimo tiempo por falta de nuevas víctimas.

¿Cómo se están utilizando los ‘tests’³?

¹ Abordando los aspectos tecnológicos de este libro he aprendido algo que para muchos técnicos en otros ámbitos es decisivo pero que al parecer no existe en el campo del montaje SIDA: la diferencia entre exactitud y precisión. Se dice que una técnica es exacta cuando las medidas que da la técnica corresponden con la medida real. Se dice que una técnica es precisa cuando al repetir las medidas, éstas siempre son iguales, independientemente de cuán cerca o lejos estén de la medida real, luego una técnica muy precisa no tiene en absoluto por qué ser exacta. De ahí que para referirme a la validez o fidedignidad de los ‘tests del SIDA’, finalmente haya elegido preguntar si son “exactos” pues lo que me interesa es comprender cuán cercanos están a la realidad.

² <http://www.youtube.com/watch?v=SL1yagwaKM4>

³ No hablo intencionadamente de la PCR como ‘prueba diagnóstica de infección por VIH’ porque la propia FDA la descarta como herramienta de diagnóstico. Luego los oficialistas que la usan aunque sólo sea para ‘confirmar infección por VIH’, están actuando ilegalmente.

En la mayoría de lugares con medios económicos suficientes⁴, suelen darse estos pasos: al plasma⁵ obtenido a partir de la muestra de sangre extraída, se le aplica primero un test de anticuerpos del tipo llamado ELISA, que es considerado como ‘test de detección’⁶. Si da negativo, la persona se salva. Si da positivo, se le aplica un segundo ELISA. Si da negativo, se la deja ir en paz. Si da positivo otra vez, entonces se le aplica otro test de anticuerpos del tipo denominado *Western Blot* (WB), que es presentado como ‘test confirmatorio’. Si da negativo al WB, la persona queda indultada y libre y en paz, pues es considerada definitivamente como ‘no infectada por el VIH’ aunque antes haya dado positivo a varios ELISA. Pero si da positivo al WB, se la etiqueta finalmente como ‘infectada por el VIH’, y el engranaje SIDA la atacará y la triturará hasta matarla si no se aparta a tiempo. Oficialmente se afirma que ‘esta manera combinada y sucesiva de actuar confiere a los tests una seguridad para diagnosticar infección por VIH de prácticamente el cien por cien’, cifrándola a menudo en el 99,9%.

¿Es despreciable una no-seguridad del 0,1%?

Por un lado, dada la muy baja prevalencia⁷ del supuesto ‘VIH’ en la población no-hemofílica, no-drogadicta y no-homosexual (por orden descendiente de prevalencia sectorial), este 0,1% de no-seguridad implica un error superior al 50%. Matemáticamente, en esta gran subpoblación, la probabilidad de que una reacción positiva a los ‘tests’ sea errónea oscila entre el 50 y el 67%⁸. De ahí el cinismo de la cita inicial: ‘Si a los clientes no se les informa acerca de este hecho, tienden a creer que un test positivo significa con certeza absoluta que están infectados’, pues ¿acaso no han sido los propios oficialistas quienes han presentado desde 1987 sus ‘tests’ como que ‘un test positivo significa con certeza (casi-casi-casi) absoluta que se está infectado’?

¿Tienen sentido bio-lógico los ‘tests’?

Y, por otro lado, lo cualitativamente decisivo: voy a demostrar que estos ‘tests’ carecen de todo sentido bio-lógico. Por esto sostengo que la principal práctica de riesgo es hacerse (o dejarse hacer) estos ‘tests’. Su función es atrapar víctimas para engrosar y perpetuar el montaje SIDA.

Para verlo, y teniendo en cuenta que tanto los tests tipo ELISA como los tipo WB pertenecen al grupo de tests técnicamente denominados “tests de anticuerpos”, explicaré qué son los tests de anticuerpos, qué limitaciones técnicas intrínsecas tienen, que condición de validez deben cumplir, y qué se puede esperar de ellos. Lo he redactado muy resumido. Pero será más adelante. Veamos previamente:

¿Se podría verificar *a contrario* la forma oficial de usar los ‘tests’?

Esta protocolizada manera oficial de actuar aparentemente tan meticulosa, permite formular de inmediato unas preguntas a las que, hasta ahora, desconozco exista respuesta oficial alguna, y que, en cambio, levantan interrogantes muy serios.

⁴ No en Inglaterra y País de Gales, donde desde 1992 puede dictaminarse ‘infección por VIH’ con sólo un doble ELISA positivo, sin necesidad de aplicar el WB protocolariamente utilizado en la mayoría de países precisamente como ‘test confirmatorio’. A esto se refieren las palabras del Dr. Weiss recogidas al inicio de este capítulo.

⁵ No se testa directamente la sangre extraída sino su plasma, que es su fracción líquida y acelular, por lo que, en particular, no contiene linfocitos ni T ni B.

⁶ No entro aquí en las oficialmente tan mencionadas ‘*sensibilidad** y *especificidad** de los tests del SIDA’ porque considero que son utilizadas para esquivar la decisiva necesidad del *gold standard*. En todo caso, *El Grupo de Perth* y otros han demostrado que tampoco en esto se cumple lo que afirman los oficialistas.

⁷ Prevalencia: proporción de individuos afectados por una enfermedad, respecto de la población considerada.

⁸ http://www.plural-21.org/index.php?option=com_content&task=view&id=62&Itemid= Esto suponiendo una prevalencia en la población en general de 5 por 10.000 personas. Utilizando el mismo razonamiento, para un 99,8% de seguridad, la probabilidad de error de un positivo oscila entre el 75 y el 80%. Para un 99,7%, entre el 83 y el 84%. Para unos ‘tests rápidos’ (de sangre, saliva, orina) seguros un 98%, el error es de más del 96%.

Ante la rutina establecida (primero, ELISA para detectar; y si ELISA-positivo, entonces WB para confirmar), cabe preguntar:

- 1.- ¿Qué ocurriría si se aplicase el WB también a los ELISA-negativos?, y
- 2.- ¿Qué pasaría si se invirtiese el orden, y primero se hiciese el WB y luego se aplicase el ELISA? Aquí surgen dos variantes:
 - 2-1.- Que se aplique el ELISA a los WB-positivo, y
 - 2-2.- Que también se aplique el ELISA a los WB-negativo.

Formulo como hipótesis que quedan pendientes de demostración:

Ante 1.- Muchos (¿cuántos?) ELISA-negativos darían WB-positivo. Con ello se esfumaría que el ELISA es un ‘test de detección’.

Ante 2-1.- Muchos (¿cuántos?) WB-positivo resultarían negativos en el ELISA. Se desvanecería entonces la cortina de humo ‘el WB es el test de confirmación’.

Ante 2-2.- Muchos (¿cuántos?) WB-negativo darían ELISA-positivo. Se volatilizaría... lo poco que no se hubiese ya evaporado.

No creo que ninguno de los muchísimos equipos de investigadores que viven del ‘VIH/SIDA’ haya hecho antes, ni vaya a hacer si no se les obliga, experimentos que respondan a estas biológicas preguntas, pues me parece que las respuestas sólo les harían correr el riesgo de perder su puesto de trabajo y su carrera. Aunque ojalá, lector, me haga llegar numerosas respuestas...

Ahora, el aspecto legal, que confío tenga importantes consecuencias:

Previos legales, antes de entrar en cuestiones técnicas

A) ¿Qué dicen acerca de sus propios tests los fabricantes que los venden para que sean abundantemente utilizados a fin de ‘diagnosticar infección por VIH’?

Abiertamente afirman que los kits que producen y comercializan **no** están concebidos para ‘diagnosticar infección por VIH’. ¿Sorprendido, lector?

En efecto, los prospectos de sus kits contienen frases del tipo:

- “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”⁹. ¿Quiere, lector, una formulación más clara del fraude que es la utilización de los ‘tests’?

- “La prueba de ELISA sola no puede ser usada para el diagnóstico del SIDA, ni siquiera cuando las muestras que reaccionan positivamente sugieran con alta probabilidad la presencia de anticuerpos anti VIH-1”¹⁰. ¿Qué sentido tiene entonces hacer un segundo (e incluso un tercer) ELISA?, ¿crear una falsa sensación de seguridad?

-“Positivos al blot usando cualquier espécimen (suero, plasma u orina) deberían ser seguidos con tests adicionales”¹¹. ¡Pero resulta que el WB es utilizado para confirmar!

No quedan ahí las advertencias de los fabricantes. Avisan de que ‘en la población general, los tests pueden dar una alta tasa de falso-positivos’, es decir, a lo que se refiere la cita inicial. Pero, ¿cómo la tasa de falso-positividad puede depender de a qué grupo de población se apliquen los tests, si realmente encontrasen unos anticuerpos específicos, como oficialmente se afirma?

⁹ HIVAB HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA. Abbott Laboratories. 2004

¹⁰ HIV Type 1. HIVAB HIV-1 EIA. Diagnostics Division. Abbott Laboratories 1997 (66-8805/R5).

¹¹ HIV-1 *Western Blot* kit. Cambridge Biotech. 1998.

Y esta advertencia, ¿a quién considera que no forma parte de la “población general”? ¿Indica esto que estos ‘tests’ están especialmente concebidos para dar supuestos ‘verdaderos positivos’ sólo en los ‘grupos de riesgo’? ¿Explica esto el interés que ha tenido el *establishment* del SIDA en erradicar la expresión ‘grupos de riesgo’?

Es diáfano que los fabricantes de ‘tests’ buscan cubrirse las espaldas dejando claro que sus caras y mortíferas mercancías no deberían ser utilizadas para ‘diagnosticar infección por VIH’. Y las instrucciones que hacen públicas permiten comprender que los ‘tests’ no han sido ni diseñados ni patentados ni producidos ni vendidos para ‘diagnosticar infección por VIH’.

Entonces, ¿quién tiene la responsabilidad de que se estén utilizando dichos ‘tests’ para colocar la etiqueta ‘infectado por VIH’? Los industriales la depositan en manos de... ¿quién?

B) ¿Quién es responsable de que se apliquen los ‘tests’?

Lector, ahora mismo no sé contestar esta pregunta porque, aunque sea consecuencia lógica del final de la anterior... resulta que me la he formulado recientemente por primera vez. Me quedo sorprendido de no haberme demandado antes una cuestión tan importante... y de no haberla visto formulada anteriormente en otros escritos, ni oficiales ni alternativos (aunque algunos críticos sí han señalado, p. ej., que la FDA* no ha reconocido en los USA ‘test’ alguno para ‘diagnosticar infección por VIH’).

Se me ocurre que la responsabilidad recaerá en la persona que, desde su cargo en el organismo político o en la institución sanitaria correspondiente, haya aprobado oficialmente que se apliquen los ‘tests’ en hospitales públicos y en centros clínicos privados con la finalidad explícita de ‘diagnosticar infección por VIH’. Pero, ¿quién es esta persona, y qué cargo ocupa? Además, me sobreviene el interrogante de si habrá tomado la decisión sabiendo o ignorando que los propios fabricantes afirman que sus tests-mercancía no sirven para tal finalidad.

C) Al ‘diagnosticar infección por VIH’, ¿actúan los oficialistas alegalmente? Es más, ¿proceden quizás ilegalmente?

La tendencia en los países económicamente ricos es a legislarlo, normarlo y controlarlo todo en nombre de la “seguridad de los ciudadanos”. Sin embargo, en algo oficialmente tan grave como la supuesta ‘terrible epidemia mundial de VIH/SIDA’, que se dice que causa ‘varios millones de muertos de SIDA cada año’, y donde lo mínimo a que se resulta condenado es a ser un supuesto ‘enfermo crónico’ medicado con venenos hasta la muerte, parece que escasea esta preocupación por el rigor legal.

La cuestión que se abre es:

¿Están los oficialistas actuando alegalmente –y quizás incluso ilegalmente- al ‘diagnosticar infección por VIH’ con unas pruebas que no han sido ni diseñadas ni patentadas ni fabricadas ni vendidas ni probablemente aprobadas para tal fin?

Para responder, hay que aclarar antes si...

¿Hay algún ‘test’ legalmente aprobado para ‘diagnosticar infección por VIH’?

Si no hubiese ninguna disposición legal autorizando explícitamente a tal o cual tipo de test X de la marca Y de la empresa Z a ser utilizado en determinada nación o zona o institución para

‘diagnosticar infección por VIH’, ya se podría afirmar que los oficialistas están actuando alegalmente cada vez que aplican uno.

Surge entonces la pregunta: ¿Qué responsabilidad tienen estos especialistas al condenar a una persona a ser un supuesto ‘enfermo crónico’ y al, además, administrar, incluso a fetos antes de nacer y a bebés recién alumbrados, a veces en contra de la voluntad explícita de su madre o de sus padres –chantajeándolos con quitarles la patria potestad, y llegando a hacerlo-, unos fármacos venenosos tendencialmente mortales a medio plazo y que se sabe causan malformaciones?

Y se abre también la trascendental cuestión de si esta alegalidad es además una ilegalidad, y de cuáles son las responsabilidades civiles y penales de quienes dirigen tan delicada y peligrosa situación real.

Pero, además:

La autoridad que en un determinado país aprueba un ‘test’ para ‘diagnosticar infección por VIH’, ¿en qué documentación científica basa dicha legalización?

O, disculpando a las autoridades nacionales para apuntar a las de los EE.UU., que han marcado la línea mundial, ¿en que autorización previa por la FDA se apoya? Y si hubiese alguna prueba reconocida en los Estados Unidos, a su vez habría que trasladarles la pregunta: ¿en qué documentación científica se fundamenta dicha aprobación?

A la espera de respuestas y de documentación, quedan en el aire estas inquietudes:

¿Es alegal -e incluso ilegal- todo etiquetaje como ‘infectado por VIH’? ¿Qué consecuencias puede tener esta anómala situación legal? ¿Qué dicen las autoridades de su país o de su región, lector?

D) ¿Se responsabilizan los oficialistas de lo que hacen, prescriben y ordenan?

Los oficialistas utilizan de manera despótica el poder que -por ahora- les otorgan las ocho reglas de juego oficiales del SIDA explicadas en II-1. La única manera que hemos encontrado para frenar algo su prepotencia es pedirles que firmen una declaración asumiendo la responsabilidad que se deriva de sus actos.

En efecto, al presentarles una carta que contenga un párrafo del tipo:

“Firmando la presente, yo, Dr. ABC del Departamento LMN del Hospital XYZ, asumo las responsabilidades civiles y penales que puedan derivarse del acto médico que prescribo en caso de que en algún momento se demuestre la falsedad de alguna de las hipótesis en que se basa el VIH/SIDA”,

la escena cambia instantáneamente. Y, hasta ahora, ninguno ha firmado... aunque la muestra es pequeña (¿una docena?). ¡Ojalá que la lectura de este apartado ayude a incrementarla rápidamente!

Pero esta experiencia a pequeña escala permite avanzar como muy probable la siguiente extrapolación: los oficialistas se niegan a asumir la responsabilidad de los actos médicos que prescriben.

E) ¿Y si nadie se responsabiliza de los ‘tests’?

Parece claro que ni los fabricantes –de manera clara, sistemática, escrita y por adelantado-, ni los especialistas –de manera discreta y, por ahora, a pequeña escala-, ni las autoridades políticas y sanitarias –con respuestas ambiguas y dando largas al asunto-, asumen la responsabilidad ni de la aplicación de los ‘tests’ ni, menos aún, de las dramáticas consecuencias que tienen cuando se interpretan como ‘positivo’.

Por mi parte considero que ya desde ahora puede concluirse que:

1.- Debería establecerse de manera inmediata una moratoria en la aplicación de los ‘tests’ hasta que se aclare, primero, quién se hace responsable de ellos, y, segundo, sobre qué base científico-técnica se fundamentan.

2.- Debería abrirse una lista confidencial de etiquetados ‘infección por VIH’, a fin de que sean indemnizados –¡qué menos!- por los sufrimientos que se les ha ocasionado de manera totalmente arbitraria. En caso de que los oficialistas que mueven el engranaje SIDA ya hubiesen matado al etiquetado, la indemnización será entregada a sus allegados.

¿Podría dar aquí por contestada la pregunta?

Así me parece. Lo visto hasta ahora apunta claramente a que utilizar estos ‘tests’ es una aberración que causa dolor y muerte. Pero para no dejar ningún flanco descubierto, voy a entrar en:

Algunos aspectos técnicos importantes

¿Qué es y cómo funciona un ‘test de anticuerpos para el VIH, causa del SIDA’?

No busca directamente el supuesto ‘VIH’. Es un test indirecto que busca, de entre los muchísimos anticuerpos* que contiene la muestra de plasma que se testa, unos anticuerpos determinados que los oficialistas afirman que ‘ha generado la inmunidad de la persona testada única y exclusivamente ante la presencia del VIH’. Añaden que los anticuerpos detectados son específicos, con lo que el test sería cualitativo, tipo “Sí - No”: se tiene o no se tiene estos anticuerpos.

Para ello, cada fabricante –aunque no se responsabilice de ello- ha puesto dentro de su test unas proteínas que presenta como ‘proteínas del VIH’, que son ‘los antígenos* a los que se pegan exclusivamente los anticuerpos especiales que la inmunidad de la persona genera ante ellas’.

Por lo menos, esto dicen los oficialistas. Y prosiguen así: Si el kit contiene las ‘proteínas-del-VIH’, y si el plasma que se pone a prueba porta ‘los anticuerpos-específicos-ante-las-proteínas-del-VIH’, entonces los respectivos anticuerpos se pegarán a sus proteínas correspondientes, habrá una reacción colorimétrica que, si es suficientemente (?) intensa, el técnico del laboratorio (o un aparato) considerará como que ‘el test ha dado positivo’, y así lo escribirá o imprimirá en una nota que remitirá al médico que haya ordenado el test. Éste leerá lo escrito interpretando este resultado positivo como que la persona ‘tiene anticuerpos ante el VIH, causa del SIDA’. Lo que el médico transmitirá a la persona testada ya es otra cosa diferente: ‘Está Ud. infectado por VIH’, y añadirá solemnemente: ‘sin tratamiento, en unos diez años desarrollará el SIDA, pero gracias a los *cócteles sólo* tiene una enfermedad crónica’. Así funciona el circuito oficial¹².

¹² En general, y hasta la invención del SIDA, la presencia de “anticuerpos ante el microbio Z, considerado causa de la enfermedad M”, significaba que Z había estado en el cuerpo de la persona testada, pero NO implicaba que Z

¿Es de vital importancia distinguir ‘reacción en el test’ respecto de ‘detección de anticuerpos al VIH’, y ambos de ‘infección por VIH’, y los tres anteriores ante ‘tener el SIDA’ o ‘desarrollará el SIDA’?

¿Tiene limitaciones técnicas intrínsecas todo test de anticuerpos?

Sí, e importantes. Y estas limitaciones generales las tendrá en particular todo ‘test del SIDA’.

Sólo puedo enunciarlas por medio de estas preguntas:

- ¿Funcionan los “tests de anticuerpos” con proteínas lineales, cuando resulta que en la realidad viva las proteínas son tridimensionales?

- ¿Se pegarán a una proteína linealizada los mismos anticuerpos que se le pegarían si la proteína se mantuviese tridimensional?

- ¿Se unen un antígeno y un anticuerpo por muchos enlaces bioquímicos, o, por el contrario, por muy pocos?

- ¿Se rompen los pocos enlaces bioquímicos antígeno-anticuerpo con ligeras modificaciones de la temperatura¹³? ¿Es la temperatura a que se aplican los tests en el laboratorio la misma que tiene el cuerpo humano?

- ¿Se acoplan los anticuerpos con los antígenos tan específica y únicamente como una llave a su cerradura (imagen que usan los oficialistas), o, por el contrario, “los anticuerpos son promiscuos”¹⁴, es decir, un mismo anticuerpo puede unirse a numerosos antígenos diferentes, y a un mismo antígeno pueden pegarse cuantiosos anticuerpos distintos?

- ¿Es más probable que el test dé positivo cuanto mayor sea la concentración de anticuerpos?

- ¿Aumenta la concentración de anticuerpos en una muestra si se la calienta, o si se deja transcurrir el tiempo, o si se le añaden sustancias desecantes?

¿Sería entonces pura casualidad que lo que ocurra entre proteínas y anticuerpos en los tests, pudiese también suceder dentro del complejísimo cuerpo humano?

¿Debe “un test de anticuerpos para un virus” superar su *gold standard* aislando dicho virus en quien dé positivo, y no pudiendo aislarlo en quien dé negativo? ¿Debería haberse hecho esta verificación antes de aplicar el test a las personas?

¿Por qué no se ha aplicado nunca el *gold standard* a ninguno de los ‘tests’?

¿Por qué el *establishment* del SIDA impidió que se aplicase el *gold standard* acordado por unanimidad en la segunda reunión del *Panel* del Presidente Mbeki celebrado en Johannesburgo en julio de 2000¹⁵?**

¿Se han ‘validado las pruebas del SIDA’ entre sí –es decir, una a la otra- sin que ni una sola de ellas haya sido contrastada con el *gold standard*?

siguiere estando, y MENOS que la persona tuviese que desarrollar la enfermedad M, sino que, al contrario, la persona quedaba protegida ante Z y no desarrollaría M. Ésta es la justificación oficial de las vacunas.

¹³ Y también por pequeños cambios de pH, de concentración de minerales o metales u oligoelementos, etc. Por ejemplo, ¿qué consecuencias tienen los productos químicos que se introducen para convertir las proteínas tridimensionales en lineales, para fijar las proteínas en las membranas de los tests, para que haya reacción colorimétrica, etc.?

¹⁴ Expresión acuñada por el Dr. Turner**, de *El Grupo de Perth***.

¹⁵ Reunión a la que asistí en calidad de observador. Pude así presenciar unos acuerdos históricos tomados por unanimidad que hubiesen terminado con el SIDA... si no hubiesen sido luego boicoteados por los oficialistas.

¿Círculo vicioso diabólico?

La tramposa actuación oficial es de este tipo: la PCR-TR¹⁶ usa la PCR-b-DNA como falso *gold standard*; la PCR-b-DNA usa la PCR-QC como falso *gold standard*; la PCR-QC usa la PCR normal como falso *gold standard*; la PCR normal usa los tests de anticuerpos como falsos *gold standard*; y los tests de anticuerpos se usan los unos a los otros como falsos *gold standard*.
Cómico si no...

Algunos interrogantes técnico-bio-lógicos más:

--- ¿Detectan los ‘tests’ anticuerpos ante las ‘proteínas del VIH’? Quizás, pero en tal caso, ¿ante las ‘proteínas del VIH’ obtenidas a partir de cuál supuesto ‘VIH’ de entre...

... la miríada de pretendidos ‘VIH’ que mutarían constantemente desde por lo menos 1984?

... ‘el millón de ejemplares diferentes de VIH en un mismo etiquetado seropositivo’?

... ‘los cien millones de copias distintas de VIH en un mismo supuesto caso de SIDA’?

--- Anticuerpos ¿ante cuáles de las variadísimas supuestas ‘proteínas del VIH’ que pueden ser codificadas por un pretendido ‘genoma del VIH’ que...

... ‘varía hasta en un 40% de un ejemplar a otro en la misma persona’?

... no es el mismo ‘ni en dos ejemplares, ni siquiera provenientes de la misma persona’?

Puesto que hay varias patentes de ‘tests’ en distintos países, ¿con qué criterios se decidió en cada caso cuáles eran las ‘proteínas del VIH’ a colocar en los kits de las distintas marcas patentadas de ‘tests’, y cuándo y quién lo hizo, y sobre qué bases científicas? ¿Cuál es la probabilidad de que coincidan? ¿Quién es responsable de este peligrosísimo mercadeo?

¿Cuándo el Dr. Gallo encargó la fabricación de ‘proteínas del VIH’ para sus ‘tests’?

“¡Quedé muy sorprendida al descubrir que Gallo había enviado las ‘proteínas del VIH’ necesarias para hacer este test ‘en enero y febrero de 1984... a fin de contratar con empresas terceras lo necesario para la producción a gran escala’ del test del VIH! ¡Esto era antes de que Popovic realizase los experimentos cruciales a los que ahora se da el crédito de que identificaron el VIH! En enero-febrero, Gallo sencillamente no tenía proteína alguna que se hubiese probado que fuese del VIH. Esto me sorprendió porque (...) el Informe afirmaba: ‘según el propio testimonio del Dr. Gallo, no fue hasta el 29 de febrero de 1984 cuando se realizó «la serología decisiva»’.”¹⁷

¿Se basan -todos o sólo parte de- los ‘tests’ en una estafa monumental del Dr. Gallo?

¿Cómo se obtienen las ‘proteínas del VIH’ que se dice que están en los ‘tests’?

¿Hace más exactos los ‘tests’ el que a partir de un cierto momento se fabricasen con ‘proteínas del VIH’ sintéticas, aunque ello facilite su reproducibilidad?

¿Cambia incluso el peso de las ‘proteínas del VIH’ de una marca a otra de ‘tests’?

Como máximo, ¿indica un test de anticuerpos una probabilidad estadística?

¿Por qué los oficialistas se olvidan de la campana de Gauss, que indica que siempre habrá un pequeño porcentaje de la población que dará positivo a cualquier prueba?

¹⁶ Explico algo estas variantes de PCR en II-3-7.

¹⁷ J. Roberts**, pg. 181-182, citando a la Comisión Dingell.

¿Por qué cuando dan el ‘número registrado de nuevos infectados por el VIH’ los oficialistas olvidan sistemáticamente decir cuál es el número de ‘tests’ aplicados en la misma zona durante el mismo plazo de tiempo?

¿Por qué (casi) nunca se explicita cuántos ‘tests’ y, aún menos, de qué marcas, se aplican tanto globalmente como a lo largo del tiempo, o por zonas, o por sexos, o por tramos de edad, o por razas,...?

¿Son los anticuerpos que encuentran los ‘tests’ en realidad autoanticuerpos (es decir, anticuerpos ante proteínas humanas, en particular la actina y la miosina) que todos tenemos en nuestro interior?

¿Daríamos todos positivo si los oficialistas no hiciesen, también por primera vez, el truco de diluir el plasma de la persona testada en (400 partes¹⁸ de) un diluyente antes de aplicar un ELISA, y en (50 partes de) otro diluyente antes de un WB?

¿Son los ‘tests’ cualitativos (Sí-No), como se nos dice, o cuantitativos (Más-Menos de lo mismo), como se nos esconde?

¿Existe un umbral por encima del cual el ‘test’ es leído como positivo, y por debajo del cual es considerado negativo (y alrededor, indeterminado)?

¿Quién decide dónde se sitúa este umbral? ¿Ha estado siempre fijo o ha variado a través de los tiempos? ¿Por qué se ha modificado, y quien es el responsable de los cambios? ¿Qué criterios se ha aplicado en cada momento? ¿Sobre qué fundamentos científicos?

¿Fueron los ELISA aprobados por la FDA en 1985 única y exclusivamente para el cribado de donaciones de sangre a fin de indicar SÓLO que las que diesen positivo PODÍAN estar ‘infectadas por VIH’, y entonces destruir dichas muestras por su potencial peligro?

¿Subió el Dr. Gallo el umbral de sus ‘tests’ cuando los industriales del “petróleo rojo” (la sangre) se negaron a comprárselo porque les obligaba a eliminar demasiadas muestras según sus cálculos económicos, hasta que dio positivo en un porcentaje mucho menor que sí resultase aceptable por los empresarios, quienes entonces sí lo adquirieron?

¹⁸ Dr. R. Giraldo** www.robortogiraldo.com/eng/papers/EveryoneTestsPositive.html La cantidad de partes de los diluyentes utilizados cambia de una marca a otra y ha variado a través del tiempo, pero siempre es mucho mayor a las diluciones que se hacen en algunos casos –no en todos- en que también se usa tests de anticuerpos. Y ante los comentarios no-documentados que me han llegado de que se había dejado de hacer estas diluciones, preciso: 1) El Dr. Juan Manuel Morillo, quien hace una aportación en III-5, ha revisado varios folletos de instrucciones actuales y ha encontrado que sí se sigue diluyendo (en un WB examinado, la proporción es aún mayor: de uno a cien); y 2) Suponiendo que se hubiese dejado de diluir, y puesto que no todos los testados dan positivo ahora ni ha habido un incremento notable de positivos, habría habido o un cambio compensatorio en el modo de operar (p. ej., empleando una cantidad proporcionalmente menor de muestra), o una manipulación en la fabricación de los tests que fuese igualmente compensatoria (p. ej., poniendo menor número de ejemplares de las supuestas ‘proteínas del VIH’ sintéticas, o suavizando los reactivos, o colocando menor cantidad de colorante, o subiendo el umbral de la intensidad colorimétrica por encima del cual se da por positivo, o...). Cientos de especialistas de todo tipo viven del VIH/SIDA buscando cómo disimular o camuflar cada una de las brechas que señalamos los rigurosos...

¿Remitían los laboratorios a los donantes de sangre –luego, dentro de los USA, muy mayoritariamente personas sanas y solidarias de clase media- que desde 1985 daban positivo a los ELISA a confirmar o descartar ‘infección por VIH’ a un médico que hasta el 14 de agosto de 1987 no disponía de criterio oficial alguno para poderlo hacer?

¿Cuántos miles de donantes positivos a los ELISA se habían acumulado en los USA desde 1985? ¿Significaba esto que (decenas de) miles de familias de clase media se habían convertido en bombas de relojería susceptibles de generar una "epidemia de pánico" mientras estaban a la espera de que se les dijese qué implicaba finalmente el que uno de sus miembros hubiese dado positivo a los tests de cribado de donaciones de sangre?

¿Hicieron los CDC una maniobra de alto alcance combinando dos decisiones arbitrarias dirigidas precisamente a desactivar estas peligrosas numerosas bombas de relojería?

En efecto. Ya he explicado una de estas decisiones arbitrarias al exponer en II-1 la cuarta regla oficial del montaje SIDA: que el 14 de agosto de 1987 los CDC dispusieron, sin base científica alguna, que dar positivo a los ‘tests’ debía ser interpretado -oficial pero falsamente- como ‘infección activa por VIH’, y que los CDC eran tan conscientes del engaño perpetrado que a continuación añadían explícitamente ‘aunque muchas personas infectadas pueden durante años tener poca o nula evidencia clínica de enfermedad’.

La segunda decisión arbitraria tomada por los CDC también en 1987 consistió en introducir el WB como ‘test de confirmación’. Y ello lo hicieron no para, como tramposamente dijeron, ‘confirmar infección por VIH’ a unos pocos, sino como truco tecnológico para poder liberar como ‘negativos’ a la inmensa mayoría¹⁹ de los donantes de sangre que desde 1985 habían previamente dado ‘positivo’ al ELISA? Para los oficialistas, desactivar este miedo liberando gran número de familias “normales” bien merecía el sacrificio de los relativamente pocos que siguiesen dando positivos al WB, la mayoría de los cuales, además, estaba fuera de la “normalidad”. Ya se sabe, en una operación de alto nivel siempre hay “daños colaterales”...

¿Permitió además esta “maniobra WB” aumentar la ‘correlación VIH-SIDA’ por encima del miserable treinta-y-pico por ciento de los artículos del Dr. Gallo en *Science* en 1984?

¿Por qué cuando se retira del mercado una marca de ‘test’ que deciden que ‘da falso-positivos’ (en realidad, todos los ‘positivos’ son falsos cuando son interpretados como ‘infección por VIH’), se hace sigilosamente, y no se avisa a quienes ya han dado positivo?

¿Por qué, en cambio, cuando deciden que ‘un modelo de test da falso-negativos’ lo anuncian a bombo y platillo, y convocan a decenas de miles de personas para que repitan los ‘tests’?

¿Están documentadas 67 causas de reacciones cruzadas dando falso-positivo²⁰?

Sí, con enfermedades como hemofilia, hepatitis, hiperbilirrubinemia, gripe, tuberculosis, infecciones víricas agudas, herpes simple, enfermedades autoinmunes, linfoma, mieloma múltiple, etc. O con situaciones como embarazo en mujeres multíparas; vacunarse de gripe, de hepatitis B, de tétanos; infección vírica reciente; transfusión sanguínea; recibir

¹⁹ Un ejemplo: la introducción del WB en Rusia sólo confirmó, en 1990, 112 de los casi 20.000 previamente etiquetados ‘seropositivos’ con el ELISA, y en 1991, 66 de casi 30.000.

²⁰ 66 en www.aliveandwell.org/html/questioning/66reas.html Una más por el biólogo E. Parra** (III-5).

gammaglobulinas o inmunoglobulinas; tener anticuerpos que se dan de forma natural, o antihidratos de carbono, o antinucleares, o antimitocondriales, o antimúsculos lisos, o antilinfocitos, o anticolágeno, o...; sexo anal receptivo²¹; etc. Y seguro que hay bastantes más enfermedades o situaciones, pero que no están documentadas o recopiladas. ¿Lector?

¿Puede el haber parido hacer dar positivo? Entonces, ¿es ésta una explicación parcial del 30% ó 40% ó más de supuesta ‘seropositividad’ en el África negra, donde el promedio es de más de siete hijos por mujer?

¿Hace dar positivo ‘tener hepatitis B’ o haberse ‘vacunado de hepatitis B’? ¿Puede esto explicar la famosa ‘co-infección VIH-VHB’?

¿Está documentado que una de cada 150 personas sanas; una de cada 80 con verrugas; el 75 % de las tratadas de malaria; todos los componentes de una tribu amazónica perfectamente sanos; etc., han dado positivo al WB?

¿Silencian los oficialistas que 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?

¿Por qué en los EE.UU. los ‘tests’ dan positivo 30 veces más en africanos, 20 veces más en hispanos y 15 veces más en chinos, que en blancos?

¿Es la pérdida de peso antes o al comienzo de un experimento, un buen indicador de riesgo de dar positivo a los ‘tests’ durante el mismo²²?

¿Es la hipergammaglobulinemia (tener muchos anticuerpos ante muchas cosas) el problema, y no ‘el terrible VIH’?

¿Aportan proporcionalmente (muchos) más etiquetados ‘seropositivo’ los grupos sanguíneos A, B y AB que el grupo O, aunque éste es ligeramente mayoritario, porque tienen una inmunidad más de tipo humoral, con lo que por naturaleza tienen más anticuerpos²³?

¿Influyen las vacunas en dar positivo a los ‘tests’ al producir un desequilibrio inmunitario con más Th2 y menos Th1²⁴?

¿Se informa a las personas etiquetadas de estos hechos? ¿Se les hace un buen historial médico-vital (anamnesis)?

²¹ Toda recepción de semen por vía anal genera reacción inmunitaria, con lo que aumenta la formación de anticuerpos, y esto facilita dar positivo a los ‘tests’. Además, no es nada sano recibir muchas descargas. Y estas observaciones no son en absoluto homófobas. En su libro “Filosofía del tocador”, el experimentado Marqués de Sade (1740-1814) advierte a la protagonista central: “Si te eyaculan varios en el ano, corre a lavarte muy bien ya que de lo contrario te pescarás la enfermedad del adelgazamiento”. Y recuerde, lector, que los oficialistas incluyeron precisamente el *wasting syndrome* como ‘enfermedad definitoria’ para atrapar víctimas de su montaje SIDA.

²² Moore PS, Allen S, Sowell AL, et al. *Role of nutritional status and weight loss in HIV seroconversion among Rwandan women*. *JAIDS* 1993, 6:611-616

²³ Los anticuerpos que detectan los tests del SIDA son los anticuerpos elaborados por la inmunidad humoral, basada en los linfocitos B, ante antígenos que, en el caso del montaje SIDA, el Dr. Gallo los eligió intencionadamente entre proteínas humanas de estrés. Estas proteínas humanas de estrés nada (creo) tienen que ver con las proteínas de superficie A y B (y rh) de la membrana celular de los glóbulos rojos que se utilizan para hacer la clasificación de los grupos sanguíneos.

²⁴ Explicaré en II-3-3 la importancia de la subdivisión de los linfocitos T4 en Th1 y Th2, ya apuntada en I-4.

¿Se interpretan con criterios distintos los ‘tests’ según países, instituciones, fabricantes, etc.? ¿Por qué no están estandarizados?

- ¿Ser test-positivo a un lado de la frontera y test-negativo al otro?
- ¿Dar positivo en un hospital y negativo en otro del mismo país?
- ¿Puede dar diferentes resultados distintas fracciones de la misma muestra de plasma enviadas a diversos laboratorios de referencia?
- ¿Dar positivo con una marca y negativo con otra?²⁵

¿Sería la mejor inversión en SIDA establecer un puente aéreo con Australia, donde los criterios para etiquetar ‘seropositivo’ son más restrictivos, con lo que la mayoría que fuesen ‘positivos’ regresarían ‘negativos’?

¿Por qué positivo con dos o tres o cuatro bandas en el WB, además, bandas distintas en países distintos?

Pero, además, si las diez supuestas ‘proteínas del VIH’ realmente fuesen ‘proteínas del VIH’....

- ... ¿no debería bastar una sola banda para indicar ‘infección por VIH’?
- ... si apareciese una banda, ¿no tendrían que aparecer las nueve restantes?

¿Y el silenciado submundo de los indeterminados?

¿Buscaban los CDC que las muestras indeterminadas de homosexuales, drogadictos o hemofílicos acabasen dando positivo por aumento de concentración de anticuerpos al recomendar en sus *Guidelines* que fuesen calentadas o/y incubadas durante un tiempo o/y mezcladas con productos desecantes, y luego testadas de nuevo?

¿Por qué en Italia un indeterminado era automáticamente dado por positivo si la hoja recibida con la orden de testeo tenía, en su parte inferior, el 1 ó/y el 2 rodeado/s por un círculo, pero automáticamente dado por negativo si el número englobado era el 3? ¿Adivina, lector, que significaban estos aparentemente neutros 1, 2 ó 3?

¿Por qué los oficialistas silencian la serorreversión, es decir, el pasar de seropositivo a seronegativo?

¿Qué es lo anecdótico y qué lo importante?

Si los ‘tests’ fuesen precisos, ¿podría ocurrir que...

- ... padres ambos ‘test-negativos’ tuviesen bebé ‘test-positivo’?
- ... diesen ‘positivo’ los dos miembros de matrimonios que se casaron vírgenes, nunca han estado con terceras personas, nunca se han drogado ni han recibido transfusiones de sangre, además con hijos ‘negativos’?
- ... hubiese muchos ‘test-positivos’ en tribus amazónicas u otros grupos humanos (monjas de clausura incluidas) en los que nunca nadie ha sido etiquetado ‘caso de SIDA’?

²⁵ Aunque probablemente a menor escala que en “eso” llamado ‘carga viral’ (II-3-7), también los aspectos técnicos concurren a la falsedad y manipulabilidad de los ‘tests’: errores acumulados con cada paso y subpaso del protocolo, así como en la valoración colorimétrica final; control de la cantidad y calidad de los reactivos; etc.

¿Cómo los oficialistas pueden agregar y comparar cifras de etiquetados en estas caóticas condiciones? ¿Se pueden sumar no ya peras con manzanas sino elefantes con moscas y con botones?

¿Son simples invenciones todos los ‘diagnósticos de seropositividad’?

¿Es la primera y principal práctica de riesgo en SIDA hacerse o dejarse hacer los ‘tests’?

¿A quién sirven las ONG y otros que invitan ‘¡Hazte los tests!’?

¿Sirven en realidad los ‘tests’ sólo para cazar más víctimas?

¿Han sido condenados ya en los tribunales los ‘tests’?

2,5 millones de indemnización a una mujer (Audrey Serrano) por falso diagnóstico²⁶. A resaltar que recurrió cuando ya era ‘caso de SIDA’ gracias a haber tomado los *cócteles*...

¿Sigue *Alive and Well* ofreciendo un premio de 50.000 dólares a quien presente pruebas de que los ‘tests’ son precisos²⁷?

Resumen aceptando la versión oficial:

¿Deberían ser prohibidos de inmediato unos ‘tests’ que no están concebidos ni diseñados ni patentados ni fabricados para ‘diagnosticar infección por VIH’, ni, probablemente, legalizados para ello; que no son específicos, ni están estandarizados, ni son reproducibles; que no se han validado con un *gold standard*; que no han sido contrastados con grupos de control; que tienen un montón de reacciones cruzadas; que se interpretan arbitraria y contradictoriamente; que...?

¿Debe exigirse responsabilidades civiles y penales a a quienes autorizan o toleran esta criminal mascarada etiquetadora con disfraz tecnológico?

Además, si recuperamos lo visto en capítulos anteriores:

Si no es para atrapar nuevas víctimas, ¿qué función tiene, lector, aplicar millones de ‘tests’ a personas la mayoría asintomáticas para etiquetar con “infección por un virus ficticio inventado sobre el papel (perdón, sobre los *papers*) por los Drs. Montagnier y Gallo, y reinventado luego por el Dr. Ho (ni siquiera sobre *papers*)” que causaría “algo” que “no es una enfermedad”?

PENDIENTE

- Determinar quién es responsable en cada lugar de que se apliquen estos fraudulentos ‘tests’
- Elaborar un Informe sobre las consecuencias penales del uso de ‘tests’-trampa
- Efectuar la verificación *a contrario* de la forma oficial de usar los ‘tests’
- Obtener y estudiar las patentes de los ‘tests’
- Escribir una historia de los ‘tests’
- Investigar si los oficialistas se hacen a sí mismos los ‘tests’ que aplican a los demás
- Afinar si hay otros casos en que tener anticuerpos se considera estar enfermo o infectado
- Revisar la literatura científica para actualizar la lista de causas de reacciones cruzada
- ¿Cuál es el porcentaje de indeterminados? ¿Por qué se silencia que no es nada despreciable?
- ¿Por qué callan los científicos y técnicos de laboratorio que no viven del ‘VIH/SIDA’?

²⁶ www.cbsnews.com/stories/2007/12/13/health/main3614167.shtml

²⁷ www.AliveandWell.org

II-3-2.- ¿Es el supuesto ‘VIH’ la causa del SIDA?

Rotundamente, no. Aún suponiendo por un momento que ‘el VIH existe’ y aún aceptando que ‘dar positivo a los tests indica infección por VIH’, no hay ninguna prueba científica de la afirmación oficial ‘el VIH causa el SIDA’ lanzada en 1984. El argumento decisivo: tener el supuesto ‘VIH’ no es ni necesario ni suficiente para desarrollar el SIDA. Luego ‘VIH’ y SIDA son dos “cosas” independientes (a pesar de todos los esfuerzos oficialistas por unirlos en el ‘VIH/SIDA’). Además, la mayoría de razonamientos utilizados por los oficialistas a favor de que ‘el VIH causa el SIDA’, son de tipo circular, es decir, sacan esta conclusión de unas premisas previamente construidas por ellos mismos para llegar a dicha conclusión y no a otra. En realidad, la auténtica causa del SIDA son los CDC*.

Pregunta. ¿Qué personas tienen más riesgo de desarrollar el sida?

Respuesta. 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

Entrevista al Dr. Montagnier dos días después de concederle el Premio Nobel (El País, 12-10-2008)

R: 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

P: Si se tiene un buen sistema inmunológico, entonces ¿puede el cuerpo liberarse naturalmente del VIH?

R: Sí.

P: Si se toma un africano pobre que ha sido infectado y se refuerza su sistema inmunológico, ¿es también posible que pueda eliminarlo naturalmente?

R: Yo pensaría así.

Éste es un conocimiento importante, que ha sido completamente descuidado.

La gente siempre piensa en medicamentos y vacuna.

P: No hay dinero alguno en nutrición, ¿cierto?

R: No hay ganancias, sí.

Dr. Montagnier entrevistado por Brent Leung en House of Numbers (2009)**

Preguntado acerca de sus futuros planes de investigación, el Dr. Gallo contestó que ahora estaba “interesado en los mecanismos por los que el virus causa la enfermedad”.

Esto es extraordinario, porque implica que no lo sabe (...).

Lo confirmó añadiendo que estos “mecanismos apenas empiezan a ser desvelados en estos momentos”

Declaraciones del Dr. Gallo en el Caso Parnzee, Australia, 2007¹

Para responder con todo detalle, le remito, lector, a los exhaustivos textos del Dr. Duesberg y de muchos otros. Aquí me limito a plantear algunos aspectos centrales.

¿Es el supuesto ‘VIH’ necesario para el SIDA? Es decir, ¿hay ‘casos de SIDA sin VIH’?
Que un factor A sea necesario para que ocurra el hecho B exige que siempre que suceda B debe estar presente A. Pero resulta que en los países económicamente ricos hay miles de ‘casos

¹ Declaraciones recogidas en J. Roberts**, pg. 170

de SIDA sin VIH', es decir, que han dado negativo a los 'tests del SIDA'². Y en África y resto del mal llamado Tercer Mundo, la inmensa mayoría de supuestos 'casos de SIDA' nunca han sido testados, y cuando lo han sido, más de la mitad han dado negativo³. Luego el supuesto 'VIH' no es necesario para el fenómeno SIDA.

Un artículo aparecido en 1992 en la revista *Newsweek*⁴ dio dimensión pública a que en el SIDA real había numerosos 'casos de SIDA seronegativos'. En la IX CIS* de Berlín-93 no se pudo seguir esquivando el problema, y se decidió abrir un registro internacional. En pocos meses los CDC reconocían 4.621 de estos 'casos de SIDA sin VIH'⁵, lo que constituía un contundente cuestionamiento público del 'VIH/SIDA'.

A fin de hacer adaptar la realidad a la afirmación oficialista 'sólo enferman de SIDA los que tienen el VIH', el *establishment* del SIDA recurrió a un truco más: fabricar otro nombre. Los 'casos de SIDA sin VIH' pasaron a ser considerados enfermos del nombre sacado de la manga *Síndrome de Linfocitopenia Idiopática (SLI)*, invento sobre la marcha que, traducido, significa 'conjunto de síntomas por escasez de linfocitos de causa desconocida'. Dejaron de ser 'casos de SIDA' para pasar a ser 'casos de SLI'. Inconveniente real eliminado, ficción oficial fortalecida.

¿Es el supuesto 'VIH' suficiente para el SIDA? Es decir, ¿'desarrolla el SIDA' quien está 'infectado por VIH'?

Que un factor A sea suficiente para que ocurra el hecho B exige que siempre que esté presente A debe suceder B. Pero resulta que hay en todo el mundo millones de 'casos de VIH sin SIDA', es decir, millones de personas consideradas 'infectadas por VIH'⁶ que se mantienen perfectamente sanas tras años –a veces, más de dos décadas- de ser etiquetadas. Esto demuestra que el supuesto 'VIH' no es suficiente para el SIDA.

¿Qué implica que el supuesto 'VIH' no sea ni necesario ni suficiente para el SIDA?

Si el hecho B ocurre sin que esté presente el factor A, y si la presencia del factor A no hace que ocurra el hecho B, la conclusión es que el factor A y el hecho B son dos entidades totalmente independientes una de otra.

Si lo denominado 'VIH' no es ni necesario ni suficiente para lo llamado 'SIDA', entonces no tienen nada que ver entre sí. Luego el supuesto 'VIH' no puede ser 'la causa del SIDA'.

¿Es cierto que 'sólo tienen SIDA los infectados por el VIH'?

Los oficialistas suelen repetir este pretendido argumento: 'Sólo enferman y mueren de SIDA quienes previamente están infectados por el VIH, luego el VIH es la causa del SIDA'.

Suponiendo que la primera parte fuese cierta, la conclusión no tendría porque serlo. En efecto, que 'Sólo enferman y mueren de SIDA quienes previamente están infectados por el VIH' únicamente indicaría que hay una asociación al cien por cien entre las dos expresiones 'VIH' y

² "La cantidad de 'casos de SIDA' sin 'VIH' es significativa. Hasta 1989, los CDC informaron que el cinco por ciento de todos los pacientes de SIDA de los EE.UU. a los que se había sometido a pruebas de detección del VIH, daban negativo. Desde 1989, los CDC han dejado de proporcionar cifras al respecto...". (Dr. Root-Bernstein**, *Rethinking AIDS*, vol. 1, nº 2, agosto 1992).

³ He aquí tres ejemplos en África: De 227 'casos de SIDA', 59% dieron negativo a los tests (Hishida, 1992); de 122 'enfermos de SIDA', 69 % resultaron negativo (Brindle, 1993); de 913, el 71% (Songok, 1994).

⁴ Cowley, G. "Is a new AIDS virus emerging?" *Newsweek*, 27 de julio de 1992.

⁵ www.healthtoronto.com/10reasons.html

⁶ Muchos centenares de miles (¿un par de millones?) porque efectivamente han dado positivo a los 'tests'-trampa. Y más millones porque han sido etiquetados como 'caso de SIDA' según las definiciones de Bangui u otras, y, puesto que oficialmente 'la causa del SIDA es el VIH', también oficialmente 'están infectados por el VIH'.

‘SIDA’, pero no demostraría que la primera causa la segunda, es decir, que ‘el VIH causa el SIDA’. En el apartado siguiente aludiré a que “correlación no implica causación”.

Pero resulta que la primera parte no es cierta.

Por un lado, porque ya hemos visto que la mayoría de personas que en el mundo llevan la etiqueta de ‘caso de SIDA’, han sido etiquetadas sin hacerles los ‘tests’, luego sin saber si los oficialistas podrían o no colgarles la etiqueta ‘infectado por VIH’. Luego cuando les interesa, los oficialistas se olvidan de su argumento ‘sólo enferman de SIDA los que tienen VIH’.

Y por el otro, porque en los lugares donde se aplican ‘tests’ los oficialistas han ido diseñando un funcionamiento rutinario que hace que se califique ‘caso de SIDA’ sólo y exclusivamente a un enfermo que sea considerado ‘infectado por VIH’ precisamente porque ha dado positivo a los tests. Ya vimos que ‘tuberculosis + positivo = SIDA’, pero ‘tuberculosis + negativo = tuberculosis’. Y acabamos de ver que ‘un caso de SIDA’ que dé negativo es automáticamente renombrado ‘caso de SLI’.

Luego el argumento oficialista es otro razonamiento circular o tautología, es decir, un truco consistente en decir lo mismo de dos maneras diferentes, con lo que parece que se trate de dos cosas distintas que se determinan, cuando en realidad son iguales.

En verdad, este argumento se vuelve en contra de los oficialistas puesto que tiene una lectura que desgraciadamente sí es real: “Sólo muere con la etiqueta ‘muerto de SIDA’ quien previamente ha sido etiquetado ‘infectado por VIH’”.

Correlación no implica causación⁷. Pero, además, ¿puede haber causación si ni siquiera hay correlación?

Hasta la invención del SIDA, para afirmar que un microbio M era causa de una enfermedad E, los investigadores se autoexigían demostrar primero que había una correlación del cien por cien entre “casos de dicha enfermedad E” y “presencia del microbio M en todos y cada uno de los enfermos de E”. Cumplir este 100% era la condición necesaria. Pero esto no bastaba para afirmar la responsabilidad del microbio M como causa de E. Era preciso demostrar, además, que se cumplía la condición suficiente, es decir, que “la presencia del microbio M” bastaba para que apareciese “la enfermedad E”. Sólo tras demostrar que M era condición tanto necesaria como suficiente para E, se afirmaba que “el microbio M es la causa de la enfermedad E”.

Nada de esto se ha hecho en el invento SIDA. La proclama del Dr. Gallo de que había ‘aislado la (probable) causa del SIDA’ se basaba, según su propio falsificado artículo, en encontrar el supuesto ‘virus’ en un 36% (luego no en el 64 %) de sus muestras de ‘pacientes con SIDA’.

Pero de manera sorprendente, y por razones a precisar, se le aceptó su inaudita afirmación basada en tan débil correlación. Posteriormente, los CDC ya se encargaron de dar distintos pasos artificiosos y acientíficos para ir aproximando la correlación al 100%. La manera tramposa de finalmente lograrlo fue adoptar como regla de juego lo que utilizan como argumento: ‘Para ser caso de SIDA hay que haber dado previamente positivo a los tests’. Pero aún si de esta manera lograsen imponer una forzada correlación del cien por cien, todavía quedaría pendiente demostrar que ‘el VIH es suficiente para causar el SIDA’.

⁷ Que “correlación no implica causación” es una de las primeras lecciones que se enseñan en Estadística, pero esto tan elemental es totalmente ignorado y tergiversado por los oficialistas.

¿Puede ‘el VIH ser la causa del SIDA’ cuando, a pesar de todos los trucos de los CDC, en realidad las estadísticas de ‘infectados de VIH’ y las estadísticas de ‘casos de SIDA’ no coinciden en absoluto, como ha demostrado concluyentemente el Dr. Bauer para los EE.UU.?**

¿Cómo ‘el VIH produce inmunodeficiencia’ si no puede matar célula alguna, luego tampoco puede eliminar células inmunitarias?

¿De dónde provenían las proteínas (más o menos) naturales que contenían los ‘tests del SIDA’ empleados en todo el mundo para etiquetar cada día a miles de personas como supuestamente ‘infectadas por VIH’, hasta que fueron sustituidas por supuestas ‘proteínas del VIH’ sintéticas?

Pues de laboratorios –unos, contratados por el propio Dr. Gallo⁸- que cultivaban líneas de células T4 especiales inmortales en los que supuestamente el supuesto ‘VIH’ (que, recuerde lector, oficialmente ‘mata T4’) se reproducía abundante e indefinidamente (luego sin causarles daño alguno) desde ¡enero-febrero de 1984!, según descubrió la Comisión Dingell.

Y los oficialistas pretenden que este mismo supuesto ‘VIH’ (¿o quizás alguno resultado de sus legiones de mutaciones en sus millones de variantes en una misma persona?) es capaz de ‘matar T4’ y producir destrozos letales en el interior de un ser humano complejísimo dotado de potentes sistemas de homeostasis e inmunitarios....

Entonces...

¿Cómo el supuesto ‘VIH’ mata a las personas etiquetadas?

No lo saben, pero no les importa. Sencillamente, los oficialistas afirman desde 1984 que ‘el VIH mata’, y ¡ay de quien ose cuestionarlo!

Sin embargo, tienen graves dificultades. El antiguo “modelo-Gallo-Montagnier-de-VIH” no podía ser encontrado en ‘enfermos de SIDA’ que a poco morían ‘víctimas del VIH’. El actual “modelo-Ho-de-VIH” lo encuentran abundantemente al inicio, mientras la persona está sana o quizás con desequilibrio inmunitario (II-3-3), y lo dejan de encontrar cuando ‘gracias a los tratamientos oficiales, la carga viral se vuelve indetectable’, pero es entonces cuando el ‘infectado por un VIH que (casi) no tiene’, va... y se les muere. Paradojas de la pseudociencia del ‘VIH/SIDA’.

Pero los oficialistas pueden tranquilizarse porque, como recoge la segunda cita de este capítulo, ahora el Dr. Gallo se dedicará a solucionar el enigma... y ya hemos visto lo eficiente que es.

¿Cumple el ‘VIH’ los postulados de Koch? ¿Y los sustitutivos criterios de Relman y Fredricks? ¿Y la ley de Farr? ¿Y...?

¿Qué es este invento llamado ‘periodo ventana’? ¿Y el denominado ‘periodo de latencia’? ¿Y los diez años para pasar de ‘infección por VIH’ a ‘caso de SIDA’? ¿Y...?

⁸ Incluso el Dr. Syed Salahuddin, miembro del equipo del Dr. Gallo, fue condenado por contrabandear ‘muestras del VIH’ a mil dólares el milígramo (J. Roberts, pg. 109).

¿Por qué si ‘el VIH causa el SIDA’, el SIDA no se autolimita debido a la inmunidad ‘anti-VIH’ natural? ¿Por qué si ‘el 30% ó más de infectados por el VIH no saben que están infectados’, cada año numerosos de ellos no ‘mueren de SIDA’ repentinamente al cumplirse unos diez años desde que se ‘infectaron’? ¿Por qué...?

¿Actúa ya la investigación oficial contra la versión oficial?

Un ejemplo: **“295 proteínas ayudan al sida.** Científicos del Instituto Salk de Estudios Biológicos y el Instituto Burnham de Investigaciones Médicas en La Jolla, Estados Unidos, han identificado 295 proteínas humanas que ayudan al VIH a establecerse en las células. El descubrimiento, que permitirá trabajar en nuevas terapias contra el sida, lo publica hoy la revista *Cell*”⁹.

¿Cuál es la probabilidad de que las ‘295 proteínas humanas que ayudan al VIH a establecerse en (OJO: no dice ‘matar a’) las células’ en unos cultivos celulares especialísimos, rarísimos y sobreexcitadísimos, también ayuden al supuesto ‘VIH’ dentro del complejísimo cuerpo humano? Por cierto, han detectado estas ‘295 proteínas humanas colaboradores del VIH’, ¿a que temperatura? ¿Con qué pH? ¿En presencia de qué oligoelementos, enzimas, vitaminas,...? ¿Con qué ingredientes químicos añadidos a los cultivos celulares?...?

¿Qué dice el futuro ex Nobel Dr. Montagnier acerca de que ‘VIH → SIDA’?

Su artículo de 1983 en *Science* concluía diciendo: “El papel de este virus en la etiología del SIDA, queda por determinar”, aunque su texto en absoluto demuestra que aislase virus alguno.

Que “el VIH no es capaz por sí sólo de matar célula alguna” fue la razón por la que el Dr. Montagnier formuló ya en la VI CIS* en San Francisco-1990 su “hipótesis de los co-factores” (I-2). Durante años estuvo buscando micoplasmas u otros microbios como co-factores, sin encontrarlos. Luego halló co-factores mucho más interesantes: miedo, malos hábitos,... Más recientemente: “El VIH sólo es un problema grave si el sistema inmune está deprimido”¹⁰. Y las respuestas recogidas como cita inicial. Luego ni el supuesto “padre del VIH” considera que ‘el VIH causa el SIDA’.

¿Cuál de los fundadores afirma que ‘el VIH es la causa del SIDA’?

Pues sí, lector, ese, el inefable Dr. Gallo, el tramposo manipulador inventor del ‘VIH/SIDA’.

¿Son denominar ‘VIH, el virus del SIDA’ al supuesto ‘VIH’, y repetir constantemente ‘VIH/SIDA’, los dos únicos argumentos oficiales... además de la represión, claro?

‘¿Cómo explican los disidentes que el VIH no cause el SIDA pero que, sin embargo, los fármacos diseñados para frenar el virus impidan que se desate la enfermedad?’

Pregunta lógica y legítima que formulan algunos oficialistas o/y etiquetados o/y personas que empiezan a interesarse en el tema, aunque la respuesta no es en absoluto la que ellos creen o presuponen. La contesto complementaria y sucesivamente en II-3-6 a 9.

Recordando lo tratado en capítulos anteriores:

¿Puede un no-virus ser la causa de una no-enfermedad?

PENDIENTE:

-Hacer para cada país lo que el Dr. Bauer hizo para los EE.UU.

-¿Por qué callan los especialistas en enfermedades infecciosas?

⁹ www.lostiempos.com/noticias/03-10-08/03_10_08_vyf2.php

¹⁰ *DSalud* nº 102, febrero de 2008 www.dsalud.com/numero102_1.htm

II-3-6.- ¿Envenenar, deformar, esqueletizar, matar y momificar a las personas etiquetadas con quimioterapia disfrazada como ‘antivirales’ para combatir a un (supuesto) virus?

No hay ningún fármaco directa y exclusivamente antiviral. Lo que se administra es quimioterapia hasta morir... ‘víctima del VIH’. Se está intoxicando, desfigurando, emaciando, inmolando e incluso dejando sus cadáveres incorruptibles, a los etiquetados ‘seropositivo’ o ‘caso de SIDA’. ¿Cómo? Haciéndoles ingerir unos fármacos supuestamente ‘anti-VIH’ en nombre de que supuestamente ‘disminuyen la carga viral hasta convertir el VIH en indetectable’ y, de que, además, a veces supuestamente ‘suben las defensas’. Ciencia ficción destructiva. En la práctica, los tres rasgos característicos de la administración de supuestos ‘anti-VIH’ indican que son perjudiciales. Sólo leer los prospectos ya pone los pelos de punta, aunque también aquí los fabricantes se cubren las espaldas. Asimismo, los oficialistas ocultan a los etiquetados el efecto más grave de los supuestos ‘antivirales’: dañan las mitocondrias. Lo que es común a la inmensa mayoría de personas etiquetadas hace diez o más años y que siguen vivas, es que no tomaron nunca los supuestos ‘antivirales’ o que dejaron de tomarlos. Y lo que es común a la inmensa mayoría de las que han muerto en los países económicamente desarrollados, es que sí ingirieron abundantemente los supuestos ‘antivirales’. Quienes siguen vivos tomando *cócteles* largo tiempo, están vivos a pesar de tomarlos y no, como afirman los oficialistas, gracias a ellos, y son una excepción. Y ojalá haya muchas excepciones... pero, por favor, que no sean presentadas como ejemplo ni utilizadas para publicar venenos. Hay que lograr que se prohíba la administración de los *cócteles*, y mientras, imponer una moratoria inmediata. Y ello a pesar de que hay un caso en que, por razones que nada tienen que ver con lo que dicen los oficialistas, los *cócteles* pueden ser una ayuda real aunque transitoria.

Por razones éticas,
no ha habido ningún ensayo placebo controlado a doble ciego en el HAART
***The Lancet*, 2005;366:378-84**

(...) los ajustes de proporción de riesgo para SIDA era 1.07 (95% CI 0.84-1.36) en 1995-96 y era 1.35 (1.06-1.71) en 2002-03. Las cifras correspondientes a muertes eran 0.87 (0.56-1.36) y 0.96 (0.61-1.51).

(...) Nuestros resultados deberían, por lo tanto, ser generalizables a otros escenarios
***The Lancet*¹, 5 de agosto del 2006**

(frase que a mi entender significa, mientras no me llegue una “traducción” mejor:
“en todas partes, con los cócteles el riesgo de SIDA era casi un 30 % mayor en 2002-3 que en 1995-6,
y en este tiempo, el riesgo de muerte también ha aumentado en casi un 10%”)

En la era del HAART (...) el riesgo de diversas condiciones no definitivas de SIDA,
incluido enfermedades cardiovasculares, episodios relacionados con el hígado,
enfermedad renal, y ciertas patologías no-SIDA, es mayor que el riesgo de SIDA
***NIH Treatment Guidelines*, 29 de enero de 2008, pág. 13**

Si accidentalmente uno ingiere un veneno, la muerte es un accidente.
Si se hace a propósito, es suicidio. Si uno envenena a otro a propósito, es asesinato,
a no ser que lo ordene un tribunal, en cuyo caso es ejecución. (...)
La terapia con estos fármacos es letal si el paciente no interrumpe el tratamiento.
¿Cómo se llama a esta clase de envenenamiento prescrito por el médico
y voluntariamente tomado por un paciente asustado y desinformado?
Al ser prescrito, no es un accidente. Como el paciente no desea morir, no es suicidio.
Luego, a menos que un tribunal lo haya ordenado, estas muertes me parecen asesinatos.
Todo médico debe saber que estos fármacos son, con toda evidencia, venenos mortales;
el médico que no comprenda esto es incompetente o es negligente
Dr. R. G. Murray, *Las muertes por AZT son asesinatos*²

¹ “Respuesta y Pronóstico en Europa y Norte América en la primera década de la terapia antirretroviral altamente activa (HAART): Un análisis de colaboración”, *The Lancet* 368:451-458

No cura ni previene la infección por el VIH ni el SIDA,
ni reduce el riesgo de transmisión del virus a otras personas
NIH³ (Aparece exactamente igual en la ficha de todos los presuntos ‘antivirales’)

Lector, sólo explicaré que los fármacos presentados como ‘antirretrovirales contra el VIH’ (‘ARV’ a partir de ahora) momifican a los etiquetados que los toman porque -¿le sorprenderé aún?- muchos oficialistas aceptarían que los ‘ARV’ que recetan son tóxicos-venenos que deforman-desfiguran y que esqueletizan-emacian a sus pacientes, puesto que lo ven con sus propios ojos cada día, y algunos inclusive admitirían que inmolan-matan. Pero justifican seguir administrándolos porque ‘Sería mucho peor si no atacásemos al VIH con ARV. Antes de los *cócteles*, morían más, en menos tiempo y terriblemente degenerados. Ahora pocos desarrollan la enfermedad, hemos cronificado el SIDA y morirán de viejos (*sic*). Los ARV aportan mayor cantidad y calidad de vida’.

¿Qué hay de este argumento oficial? De momento, y de inmediato:

¿A cuántos etiquetados –tratados o no tratados- han visto ‘morir de viejos’⁴?

La creencia oficialista en los supuestos efectos beneficiosos de los ‘ARV’ refleja:

A) el uso de modelos matemáticos incorrectos. La falsedad desde 1995 de que ‘los *cócteles* han cronificado el SIDA’, se basa en el modelo matemático utilizado por el Dr. Ho, que no incluía variable alguna para los efectos secundarios. Así, claro.

B) la alucinación producida por cómo los oficialistas interpretan la evolución de los dos ‘marcadores indirectos’ (el llamado ‘recuento de T4’ y “eso” denominado ‘carga viral’). Mostraré su significado bio-lógico respectivo en los dos subcapítulos siguientes.

C) un espejismo: la manera como los oficialistas explican la disminución del número de ‘enfermedades oportunistas’⁵ desde la instauración de los *cócteles*. A esta disminución llaman ‘Ahora pocos desarrollan la enfermedad’.

En esta ofuscación oficialista tienen un papel considerable los fármacos supuestamente ‘preventivos’. Pero en lo que sigue, para simplificar, detrás de ‘ARV’ no añado “y los supuestamente preventivos”. Los abordaré en II-3-9.

Y ahora, algunas consideraciones sobre los ‘ARV’⁶... y una batería de subpreguntas para su “entreno”, lector.

² www.free-news.org/rmurra01.htm#CNota%202

³ www.aidsinfo.nih.gov/DrugsNew/DrugDetailSP.aspx?int_id=285&ClassID=8&TypeID=1&Spanish=1

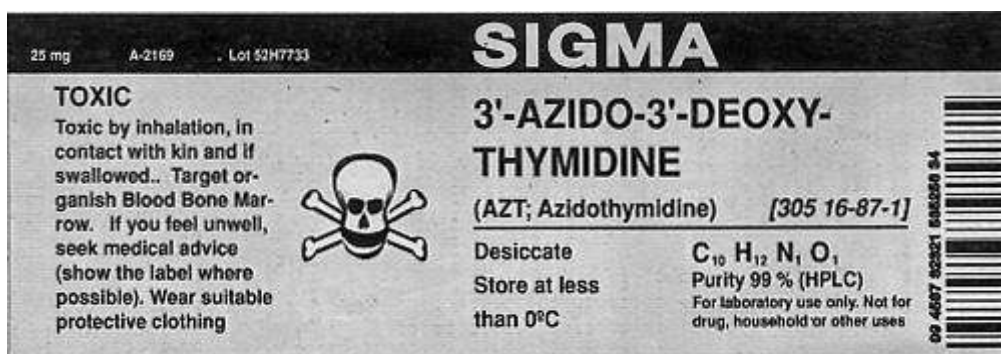
⁴ Hay un argumento sencillo que desmonta esta retórica del *establishment* del SIDA: si hubiesen visto ‘morir de viejos’ a etiquetados, ya habríamos visto antes ‘morir de viejos’ a muchos oficialistas, puesto que, en general, son mayores que la gran mayoría de sus víctimas.

⁵ Aquí avanzo ya algo que el naturismo ha dicho siempre y que la OMS* recuerda a la hora de definir qué es salud: la ausencia de enfermedad no es necesariamente prueba de salud.

⁶ Para cada ‘ARV’ hace falta una monografía. El juez sudafricano A. Brink** ha hecho dos (sobre el AZT y la Nevirapina) que demuelen sus pretendidos beneficios y documentan que sólo pueden ser perjudiciales hasta grados letales.

¿Son venenos los fármacos presentados como ‘ARV’?

Literalmente literal. Desde una veintena de años antes del invento SIDA, la multinacional estadounidense Sigma vende el AZT*, el primer fármaco aprobado como ‘anti-VIH’ en 1987, en una caja que porta la calavera y las tibias cruzadas. A la izquierda está escrito: “TÓXICO:



Tóxico por inhalación, en contacto con la piel o tragándolo. Órganos diana: Sangre y médula ósea. Si se encuentra mal, busque consejo médico (muestre la etiqueta siempre que sea posible). Use ropa protectora adecuada”. Y a la derecha: “Sólo para uso en laboratorio. No para medicación ni para el hogar ni para otros usos”.

Estas advertencias son para manipular cajas con 25 mg de polvo de más del 99% de pureza para hacer “cromatografía líquida de altas prestaciones” (HPLC). Y resulta que al inicio los oficialistas hicieron tomar 2.400 mg de AZT diarios (es decir, 96 de estos frasquitos más una importante cantidad de excipientes, conservantes, colorantes, etc.), pronto bajaron a 1.500 mg de AZT al día durante años (60 de estos frasquitos más acompañantes), y cuando actualmente entra en un *cóctel* suele ser en dosis de 300 mg diarios (lo que “sólo” significa 12 de estas botellitas con sus aditivos). Además, el AZT fue diseñado en 1961 por el Dr. Richard Beltz⁷, de los NIH*, contra la leucemia, pero los experimentos con animales demostraron tal toxicidad que fue aparcado. Luego decididamente el AZT es quimioterapia venenosa.

La *Ficha de Datos de Seguridad* de Sigma-Aldrig para el AZT con fecha de revisión 13 de enero de 2010, además de indicar que “Se sospecha que provoca cáncer”, afirma en su punto 11 dos cuestiones que me parecen sumamente alarmantes:

1) “**Toxicidad aguda:** DL50 Oral - rata - 3.084 mg/kg”. Esto significa que la dosis de AZT que, administrada en una sola toma por vía oral, hace que mueran la mitad de las ratas con las que se experimenta, es de poco más de 3 mg de AZT por kilo de rata. Como comparación, la DL50 de la aspirina es de 200 mg/Kg. Y resulta que el protocolo hospitalario vigente ordena inyectar a los bebés, desde las primeras ocho horas posparto, 2 mg/kg de AZT cada seis horas durante cuatro semanas, es decir, 8 mg/kg al día. Y que ingerir 300 mg al día de Retrovir dentro de un *cóctel* implica recibir más de 3 mg/Kg diarios de AZT si se pesa menos de 100 Kg.

2) “**Signos y Síntomas de la Exposición:** Según nuestras informaciones, creemos que no se han investigado adecuadamente las propiedades químicas, físicas y toxicológicas”.

Ocurre, pues, que los oficialistas están prescribiendo a sus víctimas más de la DL50 para ratas. ¿Es acaso una “investigación adecuada de las propiedades toxicológicas” del AZT lo que están haciendo los oficialistas utilizando como cobayas humanas a los etiquetados, en particular a los bebés, puesto que los venenos inyectados son más tóxicos que los administrados por vía oral?

De forma nada tranquilizadora, la ficha acaba: “La información indicada arriba se considera correcta pero no pretende ser exhaustiva y deberá utilizarse únicamente como orientación”.

⁷ Y no en 1964 por el Dr. Jerome Horwitz www.tig.org.za/pdf-files/inventing_azt.pdf

¿Por qué es tan importante que el AZT sea un veneno?

Porque el AZT fue convertido en el ‘fármaco anti-VIH’ de referencia. Desde entonces, siempre se compara venenos entre sí. Con ello, y pervirtiendo “las razones éticas”, los oficialistas han enterrado lo esencial de toda investigación farmacológica: la confrontación de la sustancia a probar con un placebo inocuo. Ciertamente, hay venenos menos venenosos que otros. Pero, ¿hay que agradecer ser envenenado con los menos venenosos?⁸

¿Creía Ud., lector, como yo hasta el 30 de noviembre de 2009, que el AZT era el supuesto ‘ARV’ más venenoso –que es lo que también consideran muchos oficialistas-, puesto que era el de referencia para aprobar otros?

Pues estábamos equivocados. La OMS ordenó en tal fecha la retirada de la Estavudina (ó Zerit ó d4T, de la farmacéutica Bristol-Myers Squibb), el supuesto ‘ARV’ más utilizado (en la mitad de los oficialmente cuatro millones de etiquetados que en el mundo están siendo envenenados con *cócteles*) por sus efectos “irreversibles” y “a largo plazo”: “debilidad crónica”, “desórdenes nerviosos”, “adormecimiento corporal”, “dolor ardiente en manos y pies” y “pérdida de masa corporal” aparecen en la noticia distribuida en español por Reuters y Europa Press⁹. Y prosigue: “La OMS les ha sugerido (a todos los países) que lo sustituyan por ‘alternativas menos tóxicas’ como el Zidovudina o el Tenofovir, que según la OMS ‘se trata de alternativas igual de efectivas’”.

¿Cuán efectivos son ‘el Zidovudina o el Tenofovir’... y los demás supuestos ‘ARV’?

Zidovudina es el nombre científico precisamente del AZT (y Retrovir el nombre comercial puesto por GlaxoSmithKlein), cuya ‘menor toxicidad’ acabamos de ver. Y del Tenofovir (o Viread, de Gilead), la ficha oficial dice nada menos que: ‘No cura ni previene la infección por el VIH ni el SIDA, ni reduce el riesgo de transmisión del virus a otras personas’.

Pero, como indica la cita de los NIH* arriba, esta formulación en español (y lo mismo ocurre en inglés) aparece en la *web* de los NIH* EXACTAMENTE IGUAL en TODAS las fichas de TODOS los presuntos ‘antivirales’, con lo que queda oficialmente bien precisado cuán ‘alternativa igual de efectiva’ es uno respecto de cualquier otro. ¿Atónito, lector?

Pues más: **¿Es bio-lógico que oficialmente ‘los ARV disminuyen la carga viral hasta convertirla en indetectable’ pero que suceda que, según los propios NIH, ‘no reducen el riesgo de transmisión del virus a otras personas’?**

Y otra: **¿Por qué llamarles ‘grupo placebo’ si no son grupo placebo ya que no toman placebo puesto que, ¡nada menos que ‘por razones éticas’!, ‘no ha habido ningún ensayo placebo controlado a doble ciego en el HAART’? ¿Y antes?**

Para camuflar su conducta anticientífica, los oficialistas denominan ‘grupo placebo’ al que ingiere el veneno ya aprobado.

¿Dónde están los estudios de control necesarios en toda investigación científica y, sobre todo, farmacológica?

⁸ Probablemente, los menos venenosos son los pocos que tienen una molécula de azufre, por lo que pueden actuar una vez como antioxidantes. El resultar menos dañino es lo que explicaría que, al parecer, el 3TC-Epivir-lamivudina sea uno de los ‘ARV’ más utilizados.

⁹ www.europapress.es/salud/noticia-oms-pide-retire-medicamento-mas-utilizado-contra-sida-efectos-secundarios-20091130081439.html

¿Cómo han conseguido el *establishment* y las farmacéuticas del SIDA que hayan sido aprobados como medicamentos sustancias que son venenos?

Además, en general, ¿son antivirales los fármacos llamados antivirales?

Que sepa, no hay fármaco alguno que pueda actuar única, directa y exclusivamente contra virus y, menos aún, eliminarlos. Esto es como entiendo debería esperarse que actúe un fármaco que sea llamado ‘antiviral’. En realidad, los fármacos denominados antivirales han sido diseñados para interferir en las relaciones de la célula con el virus. Luego es un engaño más la manera de designarlos utilizada por farmacéuticas y oficialistas.

En particular, ¿son ‘anti-VIH’ los fármacos presentados como ‘anti-VIH’?

Los médicos hospitalarios y todo el *establishment* del SIDA dice –en contra de lo que escribimos no sólo los críticos sino incluso los NIH y los propios fabricantes- que las sustancias que administran actúan selectiva y exclusivamente contra el supuesto ‘VIH’. Está ampliamente documentado que no es así y que en realidad actúan contra las células humanas. Pero es más: también actúan contra los microbios que están en el cuerpo de la persona tratada, y ello explica –en gran parte- la disminución e incluso desaparición de enfermedades oportunistas, con las graves consecuencias que esto tiene para la vida de los etiquetados, como veremos.

Entonces, ¿constituyen los supuestos ‘ARV’ en realidad una quimioterapia?

Esto me temo. Los *cócteles* son una suma¹⁰ de sustancias químicas que actúan dentro de la célula e interfieren en el funcionamiento normal de sus complejos procesos metabólicos, genéticos, energéticos, reproductivos, etc., por lo que acabará muriendo. Ésta es la definición de una sustancia quimioterápica¹¹. Y los quimioterápicos son llamados “venenos celulares” en Oncología. Pero, ¿por qué circunscribir esta expresión reveladora sólo al campo del cáncer?

¿Tiene algún sentido bio-lógico administrar quimioterapia permanentemente crónica?

En especial, ¿es bio-lógico administrar quimioterapia a embarazadas etiquetadas ‘seropositivas’, a sus fetos y a sus bebés?

El único beneficio, indirecto, es que ha disminuido la nefasta presión de los oficialistas sobre las embarazadas etiquetadas ‘seropositivas’ para que abortasen, a lo que prácticamente se les obligó durante los primeros lustros. Ahora se les permite tener sus hijos, aunque forzándolas a envenenarse y, lo que es aún peor, a envenenarlos durante varias semanas. Se ha documentado bebés tratados con AZT y nacidos con malformaciones... aunque, matizan los autores, “no directamente atribuibles” a dicho AZT¹². Y el que se haya reducido las dosis no elimina su toxicidad, aunque las consecuencias cuesten más de detectar porque (casi) no hay seguimientos –en particular, de los daños a las mitocondrias, de graves consecuencias- a medio plazo... y, menos aún, a largo plazo.

¹⁰ Esta suma de efectos nocivos no queda reducida porque en vez de tener lugar entre varias pastillas se efectúe dentro de una sola (lo cual facilita el envenenamiento). Sólo se reduce si se disminuyen las dosis. Y sólo deja de existir cuando se elimina totalmente la ingesta de supuestos ‘ARV’.

¹¹ Utilizo aquí una definición más restrictiva que la que podría emplear. En efecto, “La quimioterapia es, de forma general, cualquier tratamiento médico basado en la administración de sustancias químicas” (<http://es.wikipedia.org/wiki/Quimioterapia>). Luego todos los “medicamentos oficiales del SIDA”, tanto los supuestos ‘antivirales’ como los supuestos ‘preventivos’, son quimioterapia. Sirva esto de alerta.

¹² Por ejemplo, en Kumar et al, 1994, *JAIDS*, 7: 1.035-1039. Newschaffer *et al*, “Uso Prenatal de la Zidovudina y anomalías congénitas”, *JAIDS*, julio 2000.

¿A quién interesa un experimento con quimioterapia permanente¹³?

¿Son cobayas humanas las personas tratadas con ‘ARV’?

Así lo reconocen los propios fabricantes en sus prospectos.¹⁴

¿Qué dicen los fabricantes acerca de los venenos quimioterápicos que venden camuflados como ‘antivirales’?

En total coherencia y complicidad con los NIH, avisan de que ignoran si sus venenos pueden servir para algo positivo. Una muestra:

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’.

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)’.

Merck: ‘No se sabe si Crixivan prolongará su vida o reducirá sus posibilidades de contraer otras enfermedades asociadas con el VIH’.

Y más¹⁵. He aquí la astucia de las farmacéuticas del SIDA, que ganan muchísimo dinero envenenando personas atemorizadas (que no enfermas). Dejan que sean los oficialistas, especialmente médicos y ‘comités anti-SIDA’, quienes publiciten que supuestamente ‘los ARV alargan y mejoran la vida’. Y les recompensan el *marketing*...

‘Sí, ya sabemos que el AZT era muy tóxico y que entonces matamos a muchos, pero ahora es distinto’

¿Consiste la diferencia en que ahora el AZT se administra en dosis mucho menores y casi siempre combinado con otros venenos... con excepción de fetos, de recién nacidos y de sus madres, que lo reciben solo (si la embarazada no está ya recibiendo cócteles, claro)?

¿Por qué suelen recomendar los oficialistas que no se lea los prospectos de los ‘ARV’?

¿Esconden los prospectos que estos ‘ARV’ dañan las mitocondrias¹⁶?

¹³ Como mínimo, a los oncólogos... o por lo menos a algunos. Así lo manifestó claramente el Dr. Lewis Thomas, del *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* de New York, en su ponencia de apertura del Congreso de SIDA celebrado en marzo 1983 en el *New York University Medical Center*. Dijo: “(...) Lo que es necesario, *of course*, es una serie de experimentos con seres humanos planificados y llevados a cabo a fin de responder a la siguiente pregunta (...): si se eliminaran los mecanismos de la inmunidad celular en el hombre, ¿cómo influiría esto en la aparición y desarrollo del cáncer?”. A los cuatro años se aplicaba masivamente el veneno inmunosupresor AZT...

¹⁴ Y otros: “Los nuevos medicamentos contra el SIDA lograron la aprobación de la FDA tan rápidamente que los investigadores aún no los entienden bien (...) los pacientes-proteasa son, en efecto, los cobayas en uno de los experimentos médicos más amplios y costosos de nuestro tiempo”. M. Waldholz, “Algunos casos de SIDA desafían los nuevos cócteles de medicamentos”, *Wall Street Journal*, 10 de octubre de 1996. Lo mismo había ocurrido anteriormente con el AZT y demás nucleósidos análogos.

¹⁵ En la web crítica www.arv-facts.com se encuentra en inglés una quincena de párrafos semejantes. En la oficialista www.todosida.org/Farmacos+contra+el+VIH, un listado completo con información oficial en español.

¹⁶ GlaxoSmithKlein afirma: “Todo niño, incluso si VIH-negativo, expuesto en el útero a nucleósidos y nucleótidos análogos, debería tener un seguimiento clínico y analítico, y debería ser completamente investigada su posible disfuncionalidad mitocondrial en caso de signos o síntomas relevantes. **Estos hallazgos no afectan las recomendaciones actuales de uso de terapia antirretroviral en mujeres embarazadas a fin de prevenir la transmisión vertical del VIH**”. 15 de noviembre de 2007 (énfasis mío). ¿Por qué no advierten del daño mitocondrial en los prospectos de las cajas? ¿Se hacen estos seguimientos e investigaciones? ¿Qué esperan para cambiar la práctica? <http://emc.medicines.org.uk/emc/assets/c/html/displayDocPrinterFriendly.asp?documentid=10419>

¿Cómo causan inmunodeficiencia¹⁷ y matan los ‘ARV’?

Dañando las mitocondrias. Dificultando la síntesis de ADN. Oxidando los grupos sulfidrilos y agotando el pool thiol (reserva de moléculas de azufre, que tiene una función detoxificante clave). Siendo citotóxicos (es decir, matando células, como las de la médula ósea: “Órganos diana: sangre y médula ósea”, advierte Sigma). Interfiriendo en el metabolismo celular y orgánico. Generando estrés crónico por vía tóxica. ¿Más, lector?

¿Son los ‘ARV’ la causa de las infecciones bacterianas secundarias en SIDA?

¿Producen los ‘ARV’ lo que se atribuye al supuesto ‘VIH’?

Un ejemplo: ‘El riesgo de desarrollar demencia por VIH entre aquellos que informan que usan algún antirretroviral (AZT, ddI, ddC, d4T) es el 97 % más alto que entre aquellos que no usan esta terapia antirretroviral’ (Bacellar *et al.*, *Neurology*, 1994).

¿‘Aumentan la cantidad de vida los ARV’ si la mayoría de ‘muertos de SIDA’ sigue falleciendo entre 35 y 45 años, al igual que hace veinte años¹⁸? ¿Se es ‘viejo’ a los 45 años?

O, para preguntarlo de manera más abierta, ¿cómo ha evolucionado la edad media de fallecimiento con etiqueta ‘muerto de SIDA’ desde que se introdujeron los supuestamente ‘tan beneficiosos anti-VIH desde 1987’?

¿Fuerte descenso del número de ‘muertos de SIDA’ tras la aplicación de cócteles?

El que la introducción de los cócteles en 1995 no aumente la edad media de los ‘muertos de SIDA’ refleja que, como es bio-lógico, un tratamiento quimioterápico no puede ayudar y que, en consecuencia, el descenso del número de fallecimientos no puede ser atribuido a los cócteles. Tuvo que haber otros motivos, a precisar.

Avanzo los siguientes: 1) ya en 1992 o antes hubo un descenso del número de ‘enfermos de SIDA’, descenso que quedó tapado por el brusco aumento provocado por el nuevo cambio de definición de ‘caso de SIDA’ en 1993; 2) este cambio hizo que más de la mitad de ‘casos de SIDA’ estadounidenses fuese personas sanas aunque con menos de 200 T4; 3) en caliente, no todos atribuían el mérito a los cócteles: “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 4) mejores prácticas generales de salud, y 5) un tratamiento más efectivo de las enfermedades oportunistas” (*Science* Vol. 275, N° 5300, 31 enero 1997); 6) la probable previa reducción de supuestas ‘infecciones por VIH’ desde una decena de años antes; 7) la fuerte disminución de las dosis de AZT gracias al impacto de la publicación en 1994 del estudio *Concorde*; 8) un cierto aprendizaje de los oficialistas en manejar las toxicidades de sus venenos; 9) junto con los cócteles se adoptó la consigna ‘golpear

¹⁷ “Nuestros resultados demuestran que las respuestas inmunitarias son potentes en los antirretrovirales-naive pero están significativamente reducidas en pacientes tratados con HAART que tienen viremia indetectable (...) El HAART está asociado con respuestas inmunes más débiles tanto específicas como no-específicas al VIH”. Clerici M, et al, *AIDS*. 2000 Jan 28;14:109-116.

¹⁸ <http://hivskeptic.wordpress.com/2008/09/15/how-%E2%80%9Caids-deaths%E2%80%9D-and-%E2%80%9Chiv-infections%E2%80%9D-vary-with-age-and-why/>

rápido, golpear fuerte’, por lo que centenares de miles de etiquetados perfectamente sanos resistieron más tiempo los perniciosos efectos del HAART; y 10) *last but not least*: la publicitaria promoción de los *cócteles* como milagrosos redujo el miedo, para mí la primera causa de muerte. Estos factores -¿otros, lector?- explican mucho mejor el hecho de que en las estadísticas bajase proporcionalmente el número de ‘casos de SIDA’ primero, y luego el de ‘muertos de SIDA’.

¿Podían alargar la vida los ‘ARV’, estos venenos quimioterápicos?

Es bio-lógico que la respuesta sea negativa. Y varios estudios aparecidos en revistas científicas lo confirman. He aquí uno de peso, ya citado al inicio de este subcapítulo:

La *Colaboración de Cohortes sobre Tratamiento Antirretroviral* publicó el 5 de agosto del 2006 en la revista *The Lancet* un estudio firmado por unos 300 oficialistas, los principales de unos 40 estados, sobre el seguimiento de 22.217 adultos etiquetados ‘seropositivos’ que tomaron *cócteles* entre 1995 y 2003 en 12 estudios de Europa, EE.UU., Canadá y otros países. Un Editorial, titulado *La primera década de HAART*, comenta el artículo que contiene la segunda cita introductoria afirmando que ‘no hubo reducción alguna en la mortalidad por todas las causas, y (sí hubo) un significativo aumento del riesgo combinado de muerte por SIDA y relacionada con SIDA, en los años más recientes’. Y más adelante dice: ‘Un hallazgo intrigante es la reducción del tiempo medio de paso a SIDA, con la mitad de pasos a SIDA en la cohorte 2000-2003 ocurriendo en los primeros dos meses del seguimiento de doce’.

Lector, ¿también lo encuentra Ud. ‘intrigante’? Retomaré este estudio en el subcapítulo siguiente.

¿Cómo es posible que los mismos que han firmado este estudio en *Lancet*, sigan después actuando igual en sus hospitales, y aparezcan en los medios afirmando ‘tenemos tratamientos que permiten morir de viejo si se toman adecuadamente’?

¿Es no ingerirlos la forma más adecuada de tomar venenos?

¿Son ya las enfermedades correctamente atribuidas a los ‘ARV’ más que las falsamente imputadas al ficticio ‘VIH’?

El uno de diciembre de 2003 apareció un estudio¹⁹ sobre la revisión del historial de 2.947 pacientes tratados con ‘ARV’ de 1996 a 2001. Objetivo: calcular la incidencia de episodios graves o de riesgo vital (grado 4) que no fueran definitorios de SIDA, entre los pacientes tratados con HAART en el marco de cinco grandes ensayos terapéuticos multicéntricos aleatorios llevados a cabo en Estado Unidos. Encontraron que 332 pacientes sufrieron un ‘episodio de SIDA’ mientras que 675 –algo más del doble- lo sufrieron de ‘grado 4’, es decir, a causa de los ‘ARV’.

¿Muere de ‘enfermedades oportunistas’ sólo un pequeño porcentaje de los ‘muertos de SIDA’? Y el resto, ¿de qué fallecen?

A fines de 2006 se publicó²⁰ un artículo sobre 5.472 pacientes tomando HAART durante 16 meses. Puesto que los autores llevaban las gafas adecuadas para lo que buscaban, que era com-

¹⁹ Ronald B Reisler *et al.* “Grade 4 Events Are as Important as AIDS Events in the Era of HAART”, *JAIDS* 34(4):379-86

²⁰ CD4+ Count-Guided Interruption of Antiretroviral Treatment: The Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group, *NEJM*, Vol. 355:2283-2296, 2006, n° 22

parar tratamiento continuo *versus* interrumpido, escriben sin comentario alguno dos hechos muy significativos: 1) “Sólo un 8% murieron de enfermedades oportunistas”; y 2) “En nuestro estudio, las muertes representan un alto porcentaje de los episodios primarios (44.3%) y, **al igual que en otros informes**, fueron más comunes las muertes por otras causas que por las enfermedades oportunistas” (negrita mía). Y ni siquiera vieron dos resultados aún más impactantes: A) Murieron 85 pacientes: 7 de enfermedades oportunistas y 35 de episodios grado 4, o sea que los ‘ARV’ mataron exactamente cinco veces más que las proclamadas ‘enfermedades del SIDA’; y B) Por otras causas murieron 43 personas ($85 - 7 - 35 = 43$). ¿Qué puede explicar esta mitad de fallecimientos? Los autores ni comentan –porque no lo vieron, pues estaban buscando otra cosa- este importantísimo hecho del SIDA real. Por mi parte, lector, sostengo que los mataron el resto de factores de muerte que Ud. ha leído en II-2-4.

¿Mueren más los tratados que los no-tratados?

¿‘Alargan los ARV la vida’ gracias a que los etiquetados no se los toman?

Los oficialistas acaban de inventarse el nuevo término ‘los no-utilizadores’ para adaptarse al SIDA real: alrededor del 40% de los etiquetados adscritos a Programas de Asistencia de Fármacos para el SIDA (ADAP) de los USA, recogen los ‘ARV’ pero luego no los ingieren²¹.

¿‘Aumentan la calidad de vida los ARV’?

¿Es matarlos con ‘ARV’ la única manera de ‘aumentar la calidad de vida’ de los etiquetados?

Lo único que podría considerarse una triste “ventaja” de que ahora mueran por fallo hepático o renal o del corazón, y de que tengan menos ‘enfermedades oportunistas’, es que no pueden alcanzar el grado de deterioro con que durante años fallecieron muchos a causa de los fármacos hospitalarios (acumulados, en bastantes casos, a drogas ilegales y otros malos hábitos).

Pero aún más: ¿se está momificando a los etiquetados?

Esta consecuencia de los ‘ARV’ es la última que he detectado. Un amigo me explicó su conversación con un enterrador: le contó que ahora trabaja más en el cementerio porque, antes de introducir un nuevo muerto en el nicho, tienen que ir previamente, cuando aún no ha llegado la familia, para vaciarla. Antes abrían el sepulcro con la familia delante, quitaban los pocos restos que quedaban, e introducían el nuevo cadáver. Pero desde hacía un tiempo, cada vez más se encontraban con el cuerpo entero o casi aunque hubiese transcurrido bastante tiempo, y resultaba enormemente desagradable, especialmente para los allegados, romperlo a pedazos delante de todos a fin de dejar espacio al nuevo cadáver. Comenté esta información con una terapeuta experimentada que lleva muchos casos de cáncer. Me contestó que ya había detectado este nuevo “fenómeno” hace años, y que lo asociaba a que los enterrados habían sido tratados con quimioterapia. Y ya hemos visto que los ‘ARV’ son quimioterapia.

¿En qué único, exclusivo y excepcional caso pueden hoy en día los venenosos cócteles ser real pero transitoriamente beneficiosos?

En etiquetados que no han tomado antes los supuestos ‘ARV’ (lo que llaman ‘pacientes *naive*’) y que se hallan mal, incluso terminales. Unas semanas de *cócteles* pueden tener un efecto espectacular por razones totalmente distintas de las que creen y hacen creer los oficialistas. Estos

²¹ Christopher A. Keys, “The need for electronic records”, *Washington Times*, 14 de abril de 2009.

casos fueron significativamente llamados *Lázaros* en los USA²². El riesgo es que queden presos en este espejismo y que, una vez obtenido este único beneficio, real aunque transitorio, no sepan dejar los *cócteles* a tiempo...

¿Qué indica que este efecto espectacular sólo suceda en quienes no han tomado los *cócteles* supuestamente ‘anti-VIH’ pero no en quienes ya los han tomado o los están tomando? Pues precisamente que el beneficio de los *cócteles* en estos pacientes *naive* no tiene nada que ver con su oficialmente supuesta acción ‘anti-VIH’. La explicación biológica y médica es totalmente distinta. Resulta que la actividad antiinflamatoria, anticatabólica, etc., de los inhibidores de proteasa ante, por ejemplo, situaciones de *shock* séptico está documentada desde muchos años antes de la invención del SIDA y de que en 1995 fuesen introducidos, sin aval científico alguno, como ‘ARV’ en los *cócteles*. En un etiquetado en situación de deterioro grave pero que no ha sido previamente envenenado con *cócteles*, al empezar a tomarlos, los inhibidores de proteasa podrán disminuir la inflamación, frenar el proceso catabólico y activar su homeostasis, que se halla desequilibrada por los problemas de salud que tenga, pero no está ya destrozada por la previa ingesta de los supuestos ‘ARV’, y podrá recobrase, incluso espectacularmente. Pero debe dejar de ingerirlos poco después de la recuperación porque:

¿Cuántos ejemplares de los péptidos ‘inhibidores de proteasa’ contiene cada pastilla que ingiere el etiquetado? ¿Cómo son eliminados estos ‘inhibidores de proteasa’ de síntesis química? ¿Por qué su inclusión fue acompañada por el consejo de los oficialistas de beber mucha agua? ¿Qué proceso dañino ocurre a medida que con la ingesta diaria y continua va aumentando la concentración de los ‘inhibidores de proteasa’ en el organismo de la víctima?

Además de en esta situación muy concreta de los *naive* graves, ¿pueden los oficialistas proporcionar alguna otra razón biológica o bio-lógica o científica o médica o documental o estadística para prescribir ‘ARV’?

Pero, ¿dónde están las estadísticas que avalan los oficialmente tan proclamados beneficios de veinte años de ‘ARV’?

¿Cuáles fueron en realidad las tres tendencias fundamentales de la administración de ‘ARV’ desde 1987 hasta 2008?

A) reducción de dosis, B) interrupción o vacaciones de tratamiento, C) retraso en su aplicación. A mi parecer, estos tres rasgos revelan por sí solos que los ‘ARV’ son perjudiciales.

²² En el 2010, de nuevo los transitorios *Lázaros* están siendo manipulados para promocionar los venenosos ARV. Quince años después, los oficialistas repiten la misma operación de *marketing*. Pero esta vez el escenario es África, el gran mercado virtual que las farmacéuticas-del-SIDA se esmeran en convertir en real. En el superdocumental *El efecto Lázaro*, muchos famosos actúan como agentes publicitarios voluntarios. El factor de muerte número 9 (II-2-4) sigue siendo muy fuerte. Aunque cada vez dudo más de que algunos (Liz Taylor, Bono, ...) sean inocentes. Falta ver cómo reaccionan actores como Javier Bardem, Penélope Cruz, Benicio del Toro, Hugh Jackman, Naomi Watts, Orlando Bloom, Claire Danes y otros, o los adolescentes Jonas Brothers, o la fotógrafa Brigitte Lacombe, o directores como Spike Jonze y Lance Bangs, cuando descubran que las ‘dos pastillas por 40 centavos’ que promocionan ilusionadamente son veneno (eso sí, genérico) que acabará matando a quienes las tomen ‘contra el supuesto VIH’. O, por otra parte, Carla Bruni, atrapada por el fallecimiento en 2006 de su hermano Virginio con la etiqueta ‘muerto de SIDA’. ¡Ojalá cambien de rumbo y se comprometan en desmontar el SIDA!

¿Qué nueva tendencia asesina se apuntó en la CIS* de México-2008?

Se propuso aumentar la administración de ‘ARV’: 1) adelantando el momento de ingesta por parte de los etiquetados ‘seropositivos’; y 2) recomendándolos como preventivo al conjunto de la población ‘a fin de evitar infectarse con el VIH’.

¿Es casualidad que sí haya financiación para las propuestas que van en la línea de adelantar y universalizar los cócteles?²³

¿Por qué hay oficialistas que quieren volver a adelantar por tercera vez la toma de ‘ARV’, cuándo tuvieron que retractarse de los dos adelantos anteriores²⁴?

¿Se autoengañan los engañadores?

¿Destrozar con cócteles mitocondrias, hígado, riñón, corazón, nervios, cerebro, páncreas, metabolismo,..., ahora para evitar no-se-sabe-cuándo en personas sanas los supuestos efectos atribuidos al supuesto ‘VIH’ tras una supuesta ‘infección por VIH’ (además, oficialmente muy improbable según sus propias estadísticas)?

¿Por qué oficialistas, fabricantes, responsables políticos y administrativos de la Sanidad, y todo el *establishment* del SIDA no predicán con el ejemplo y se toman ellos los cócteles, aunque sólo sea por unos pocos meses, verificando en sí mismos sus supuestos beneficios, incluso preventivos?

¿Te dicen que debes seguir ingiriendo los cócteles aunque tú te sientes peor al tomarlos? Diles a tus médicos que se los tomen ellos durante un año, y que luego te cuenten.

**‘Tenemos tantos ARV que podemos hacer tratamientos personalizados. Y habrá más’
¿Es una ventaja cualitativa que los venenos sean a medida?**

“Doctor, ¿quién cree que viviría más: yo, ‘infectado por el VIH’ pero sin tomar ‘ARV’, o Ud., sin ‘estar infectado’²⁵ pero tomando ‘ARV’?”

“Dices que te han ido bien, pero: ¿cuántos quedan de los que empezaron contigo?”

¿Es cierto que para estar bien es necesario no ingerir ‘ARV’, aunque no siempre sea suficiente?

¿Cuántos han matado involuntariamente a su allegado presionándolo para que tomase ‘ARV’?

¿Por qué los oficialistas no sólo envenenan sino que además inducen el efecto nocebo?

²³ La (¿antepe?)última se llama ‘tests and treat’: “el doctor Anthony Fauci anunció (en febrero de 2010) una serie de iniciativas que incluyen estudios de ‘analizar y tratar’ en Washington, D.C. y en la ciudad de Nueva York”.

²⁴ “El uso de antivirales y de profilaxis a la PCP antes de SIDA, estuvo después asociado con una sobrevivencia de SIDA significativamente más pobre (media de 16 meses antes de morir con antirretrovirales, 25 meses sin). *AIDS* 1998 Jun 18;12(9):1039-1045. Van Benthem BHB, *et al.* Añado: todo iría mucho mejor cambiando de enfoque.

²⁵ Casi sin riesgo a equivocarse, el etiquetado podría añadir: “Aunque en realidad Ud. no sabe si está o no infectado, porque Ud. no se hace ‘estas cosas’, ¿verdad, doctor?”.

De un intercambio personal de e-mails con un etiquetado: "Doctora, ¿no ha pensado nunca que cuando me dice que me quedan tres meses de vida si no tomo los *cócteles*, me está programando para que efectivamente me muera en tres meses? ¿Y que cuando pretende aterrorizarme para que me tome su quimioterapia, me está generando inmunodeficiencia? ¿Qué porcentaje de responsabilidad cree que tendría Ud. si realmente me muriese en tres meses... cosa que no haré, claro, porque ya no confío en nada de lo que me dice?"

¿Es ser pobre una ventaja ante el ‘VIH/SIDA’?

Los propios datos oficiales indican que el porcentaje de ‘casos de SIDA’ respecto a ‘seropositivos’ es mayor en los países con más medios económicos y, por lo tanto, donde más *cócteles* se administran; y que el porcentaje de ‘muertos de SIDA’ respecto de ‘casos de SIDA’ también es mayor en estos países²⁶.

¿Recaudar 10.000 millones de dólares anuales para inundar con *cócteles* África y otras zonas donde afortunadamente no tienen dinero para pagárselos?

África: ¿Mata el ‘VIH’ o bien el hambre y las enfermedades endémicas, agravadas por los ‘ARV’ cuando llegan?

¿Son los ‘ARV’ genéricos menos venenosos que los de marca?

Una solidaridad equivocada, ¿puede perjudicar más que la indiferencia?

Si incluso oficialmente la administración de ‘ARV’ necesita ir acompañada de mejoras en la alimentación, ¿qué es lo que puede producir beneficios reales?

¿Cómo han logrado hacer creer que son maravillosos unos *cócteles* que fracasan mucho con los propios criterios oficialistas (y siempre con los bio-lógicos)?

Un ejemplo: “(...) pero el tratamiento antirretroviral tiene limitaciones: a) La erradicación del VIH no es posible, b) Un 40% de pacientes fracasan al tratamiento y tienen virus resistentes²⁷, c) Tiene efectos secundarios, especialmente metabólicos, aumentando la morbilidad (...)”²⁸.

¿Es sólo la disonancia cognitiva lo que hace que los oficialistas no se enteren de que están envenenando a sus pacientes?

¿Por qué hay muchos más artículos científicos publicados mostrando los peligros de los ‘ARV’ que sus supuestos beneficios?

¿Sería aún menor el porcentaje de estudios favorables a los ‘ARV’ si no los financiaran ni “las farmacéuticas del SIDA” ni las agencias gubernamentales de SIDA?

Por qué los únicos artículos (no muy) científicos que llegan a los Ministerios, a los hospitales y a los medios de comunicación son los pocos que son favorables a los ‘ARV’?

²⁶ Ll. Botinas, “¿Hay una ‘epidemia de SIDA’ en África?” *DSalud* nº 21, oct.2000, Madrid www.dsalud.com/numero21_5.htm

²⁷ Observe, lector, la asombrosa redacción: no es el tratamiento el que fracasa sino quienes lo toman. Y además, se les ocurre ‘tener virus resistentes’...

²⁸ Fundación Gregorio Marañón (2007, Madrid) en petición de 240.000 euros (sobre 966.000) a la Caja de Ahorros de Navarra para el proyecto *Investigación y desarrollo de vacunas en la infección por VIH/SIDA*.

¿Por qué los oficialistas no tienen interés alguno en profundizar los artículos publicados en revistas científicas que muestran que saliva, lágrimas, orina de embarazada, lectinas del plátano, moléculas con azufre, meditación, transferencia de energía, etc., tienen el ‘efecto anti-VIH’ que tanto buscan? ¿Por qué sólo les interesan los ‘ARV’ químicos?

¿Cómo saben científicamente los oficialistas que no son beneficiosos ajo, remolacha y otros alimentos por ellos ridiculizados, cuando no han hecho ningún ensayo a doble ciego demostrándolo?

¿Han sido (sólo) amonestadas las farmacéuticas por publicidad engañosa de ‘ARV’?²⁹

Además de envenenar en ambos casos, ¿estafan los médicos oficialistas en su consulta privada cuando cobran un montón de dinero por recomendar lo mismo que recetan en el hospital “sin cobrar”, o estafan en el hospital cuando ocultan a sus pacientes "gratuitos" lo "más avanzado y mejor" que administran en su consulta privada?

¿Cómo se confeccionan las *Orientaciones* para los tratamientos con ‘ARV’?

No con rigor, de acuerdo con los resultados obtenidos en estudios a doble ciego con placebo, cuidadosamente diseñados y seguidos durante un tiempo suficiente, sino basándose en decisiones tomadas por autoproclamados ‘comités de expertos’ en reuniones autoprogramadas celebradas a puerta cerrada.

¿Quiénes conforman estos ‘comités de expertos’?

Estudios de febrero del 2007³⁰ indican que de los miembros de la muy influyente *Comisión del Gobierno de los USA de Expertos en el Tratamiento del VIH/SIDA*, trece no reconocen tener intereses económicos con farmacéuticas pero veinte sí, entre ellos el Presidente, el Co-Presidente y los cuatro ‘representantes de los pacientes’. En el *Comité de la IAS (International AIDS Society) de Orientaciones del Tratamiento*, que tiene un gran peso en la nueva tendencia a aumentar la administración de ‘ARV’ apuntada en México-2008, la goleada es de uno a siete.

¿Es un éxito que se haya ‘cronificado’ la ‘enfermedad que antes mataba en poco tiempo’?
No, no es un éxito. Es un intencionado doble juego de mentiras. Era falso lo de entonces, y es falso lo de ahora. La única ventaja para las víctimas es que la segunda mentira suaviza algo el miedo.

¿‘Cronifican el SIDA los ARV’ porque la muerte es crónica?

¿Dejarían los etiquetados de tomarse las pastillas si notasen que les sientan bien?

¿Renunciarían los etiquetados a ingerir los cócteles si “sus” especialistas les dijese que les están haciendo tomar quimioterapia?

¿Por qué los especialistas hablan abiertamente de “quimioterápicos” cuando se reúnen entre ellos a puerta cerrada, pero a sus víctimas se los presentan como “antivirales”?

²⁹ Lo hizo la FDA** y lo recogió, el 12 de mayo de 2001, el *British Medical Journal* 322(7295):1143

³⁰ <http://portland.indymedia.org/en/2007/02/353341.shtml>

¿Es una mejora o es un peligro reducir tomar 20 ó 30 pastillas al día, a sólo una o dos?

¿Por qué el próximamente ex Nobel Dr. Montagnier estuvo en Madrid en diciembre de 2007 buscando antioxidantes naturales?³¹

¿Han hecho los cócteles ‘cambiar el rumbo del SIDA’?

Sí, pero no a mejor sino hacia intentar montar una ‘epidemia crónica’ momificando a las víctimas del *establishment* del SIDA.

Por cierto, ¿quiénes son los responsables máximos (políticos, administrativos, científicos, médicos,...) de que se esté envenenando a los etiquetados?

Quizás aún queda alguien que mantiene el reto apuntado en II-3-2, aquel que decía: ‘¿Cómo explican los disidentes que el VIH no cause el SIDA y que, en cambio, los fármacos diseñados para frenar el virus impidan que se desate la enfermedad?’

Entonces, lector, voy a completar la respuesta en los tres subcapítulos siguientes.

Hasta aquí he escrito como si fuese cierto que ‘el VIH existe y causa el SIDA’. Recuperando lo ya visto en los capítulos anteriores:

¿Quién dijo que los supuestos ‘ARV’ tienen graves ‘efectos secundarios’? No es cierto. Todos sus gravísimos efectos son primarios puesto que no pueden tener ‘efecto benéfico anti-VIH’ alguno

¿A quién beneficia emplear miles de millones de dólares para tratar con venenos a millones de personas contra una no-enfermedad producida por un no-virus?

PENDIENTE

- Lograr que se efectúen ensayos con grupo placebo auténtico
- Ídem para ver los efectos de ajo, remolacha y otros alimentos ridiculizados por los oficialistas
- Exigir las estadísticas oficiales de resultados de la aplicación de supuestos ‘ARV’ desde 1987
- Elaborar estudios críticos de cada ‘familia de ARV’ y de cada uno de sus componentes
- ¿Puede hacerse un *ranking* de estos venenos para confirmar si la OMS retiró en noviembre de 2009 realmente el más venenoso, que sería el Zerit-Estavudina-d4T?
- ¿Cómo es posible que GlaxoSmithKlein venda como el medicamento *Retrovir* el mismo AZT que Sigma presenta como un veneno, y viceversa? ¿Dónde hay un abogado capaz de poner una denuncia contra Sigma por vender como veneno lo que GSK presenta como un fármaco, y contra GSK por comercializar como medicamento lo que Sigma advierte que es un veneno?
- ¿Cuántos *Lázarus* siguen aún vivos tras haber sido usados para difundir publicidad engañosa?
- Incidencia de los ‘ARV’ (+ ‘preventivos’) en futuras generaciones
- Publicar los lazos de quienes deciden los criterios de aplicación de ‘ARV’, con las farmacéuticas del SIDA y con el Estado
- ¿Cómo se distribuyen ‘el mercado del SIDA’ las diferentes farmacéuticas-del-SIDA? ¿Cómo se reparten este amargo pastel?
- ¿Dónde están los farmacólogos, farmacéuticos, toxicólogos, médicos,..., no cómplices del montaje SIDA?

³¹ *DSalud*, nº 102, ya citado en II-3-2 www.dsalud.com/numero102_1.htm

II-3-7.- “Eso” llamado ‘carga viral’, ¿mide algo que tenga que ver con el supuesto ‘VIH’?

¿Es beneficioso o perjudicial lograr que ‘la carga viral es indetectable’?³²

“Eso” llamado ‘carga viral del VIH’ es el segundo ‘marcador indirecto’ usado por los oficialistas. Se trata de un artefacto tecnológico introducido en 1995 en la misma operación –de gravísimas consecuencias- que el “modelo-Ho-de-VIH”, que los fármacos supuestamente ‘anti-VIH’ denominados ‘inhibidores de proteasa’, que la confección y administración de los venenosos *cócteles*, que la criminal consigna ‘golpear rápido, golpear fuerte’, y que la falsedad ‘hemos convertido el SIDA en una enfermedad crónica’. Lo peor es que lo denominado ‘carga viral’ es utilizado para presentar como beneficiosos unos *cócteles* tendencialmente mortales a medio plazo. Y resulta que las subidas y bajadas de la supuesta ‘carga viral’ tienen un significado biológico opuesto al que le atribuyen los oficialistas. Por esto ahora se les mueren con ‘carga viral indetectable’, es decir, se les marchan víctimas de un (supuesto) ‘VIH’ que han logrado no poder ni detectar. Pírrica victoria. Además, generan en las personas afectadas una grave dependencia emocional ante ‘la evolución de mi carga viral’ que no sustituye sino que se suma a la previa grave dependencia emocional ante ‘mi recuento de T4’. Erradicar “eso” llamado ‘carga viral’ es un paso decisivo para detener la administración de los venenosos *cócteles* dentro del camino para desmontar el SIDA.

(...) la carga viral no puede predecir si la enfermedad va a progresar rápidamente.

Las guías actuales de tratamiento en el mundo desarrollado han reconocido progresivamente el limitado papel de la carga viral a la hora de tomar esta decisión (...)

After 25 Years Still a Puzzle, editorial JAMA, 27 de septiembre de 2006, Vol. 296, No. 12 1525

Considero clave entender qué es en realidad «“eso” llamado ‘carga viral del VIH’» (‘CV’ en lo sucesivo), su decisivo papel dentro de la actual versión oficial del SIDA y, por oposición, las muy positivas consecuencias que tendría lograr que se entienda ampliamente que la ‘CV’ es tan sólo un tramposo truco tecnológico de gravísimas consecuencias, por lo que debe ser abolida.

En efecto, desde 1995, la ‘CV’ juega un papel determinante en la práctica diaria de los hospitales y, como grave consecuencia, en el envenenamiento cotidiano de todos los etiquetados que siguen el camino oficial. En efecto, a pesar de que ingerirlos les sienta mal a la inmensa mayoría, debido al engaño llamado ‘carga viral’ los etiquetados se siguen tomando los venenosos *cócteles* que les regalan³³ en los hospitales. Y resulta que la ‘CV’ es tan sólo un engaño destructivo basado en el uso intencionadamente fraudulento de una sofisticada técnica relativamente reciente³⁴.

Antes de demostrarlo, quiero resaltar que la ‘CV’ juega un papel central en la silenciosa y dañina revolución ocurrida en 1995 dentro del SIDA oficial, y a la que (¿todos?) los creyentes del ‘VIH/SIDA’ se adaptaron sin siquiera percatarse de ella... o haciendo ver que no la percibían a fin de seguir montados en su *modus vivendi*.

³² También aquí agradezco encarecidamente la colaboración del Dr. Juan Manuel Morillo (III-5).

³³ Lamentablemente, los venenos son regalados a los etiquetados. Pero son cobrados por las farmacéuticas. Sepa, lector, que también Ud. ayuda a pagarlos...

³⁴ La PCR fue conceptualizada en 1983 por el Dr. Kary Mullis. Por este invento recibió un Nobel en 1993.

Ya he señalado que en una misma operación realizada en 1995:

---se instaura el “modelo-Ho-de-VIH” desplazando el “modelo-Gallo-Montagnier-de-VIH”, que había estado vigente desde 1984 (II-2-2),

---son lanzados los ‘inhibidores de proteasa’ como tóxica segunda familia de supuestos ‘anti-VIH’, y se empiezan a prescribir los venenosos *cócteles* bajo la criminal consigna ‘golpear rápido, golpear fuerte’ (II-3-6),

---se empieza a presentar el SIDA como una ‘enfermedad crónica’ (II-2)

---y también se introduce la ‘CV’. ¿Para qué?

La ‘CV’ es usada oficialmente como criterio fundamental para:

-evaluar los ensayos clínicos con ‘ARV’. Ésta es la razón por la que los fabricantes diseñan sus fármacos no para que ‘mejore la salud’ del etiquetado sino para que ‘disminuya la CV’,

-presentar como benéficos los venenosos ‘ARV’ porque, ¡oh, casualidad!, justamente ‘al to-marte quimioterapia diseñada para hacerte bajar la carga viral, resulta que tu carga viral ha disminuido’ (cómico si no...), y

-predecir la evolución de los etiquetados ya que, sin prueba alguna de ello, los oficialistas interpretan que ‘reducir la CV es garantía de alargar y mejorar la vida’. De ahí su obsesión en poder decir a sus víctimas: ‘¡Felicidades! Tu CV se ha vuelto indetectable’. Los médicos que hacen “el tratamiento en el mundo desarrollado” siguen con esta superstición a pesar, entre muchas otras razones, de lo que ya en 2006 afirmaba la recién citada editorial de *JAMA*. Y los etiquetados, confiando –por ahora- en los oficialistas, siguen sus instrucciones y se envenenan obedientemente a pesar de –en ,general- encontrarse peor.

Además, gracias a la estafa ‘CV’ y al conjunto de toda esta operación de *marketing* (incluido el -¿penalizable *a posteriori*?- uso publicitario que hicieron de los transitorios *Lázaros*), lamentablemente, etiquetados que durante años se habían salvado negándose a tomar AZT y similares, fueron voluntarios a los hospitales a envenenarse con los nuevos *cócteles*, publicitados como milagrosos por los oficialistas.

En consecuencia, lector, es muy importante desactivar la trampa mortal ‘CV’.

¿A qué llaman los oficialistas ‘CV’?

La ‘CV’ es un número que los oficialistas interpretan y presentan como ‘la cantidad de copias de ARN del VIH que el infectado tiene por mililitro de sangre’. Con esto se genera la imagen de que dividiendo este número por dos (puesto que el diseño oficial dice que ‘cada VIH tiene dos segmentos iguales de ARN’), se obtiene ‘el número de ejemplares de VIH por mililitro’.

Esta ‘cantidad de bichos que (me dicen que) tengo en mi sangre’ obsesiona al etiquetado preso en el engranaje SIDA. Y los oficialistas se obstinan en reducir esta ‘CV’ hasta volverla ‘indetectable’. En consecuencia, toda ‘subida de la CV’ enciende las alarmas, y cualquier ‘descenso de la CV’ es aplaudido... aunque el etiquetado comunique que se encuentra peor desde que toma *cócteles*. Le responden: ‘Pronto dejarás de tener molestias. Tu cuerpo se acostumbrará. Y si es preciso, te haremos cirugía estética o trasplantes o lo que haga falta. Lo importante es que tu CV ha bajado, e incluso se ha vuelto indetectable’. Pero, ¿es realmente esto lo importante?

¿Con qué se calcula la ‘CV’?

Por medio de una compleja técnica multiplicativa de ADN llamada PCR*. La PCR permite crear muchísimas copias (amplificar) de un fragmento de ADN previamente conocido³⁵ que se

³⁵ Es importante tener presente esta condición: debe ser previamente conocido el ADN que se desea multiplicar. En efecto, sólo conociendo cuál es el ADN a amplificar se puede diseñar los dos *primers* adecuados. Los *primers*

encuentre en la muestra a la que se aplica. El efecto multiplicador de la PCR consigue que, tras ser aplicada la técnica, se pueda al final estudiar un ADN que al inicio se encontraba en la muestra en una cantidad tan pequeña que ni siquiera podía ser detectada con las técnicas anteriores a la PCR.

El Dr. Kary Mullis^{**}, inventor de la PCR, afirma que su técnica es cualitativa pero que en absoluto es cuantitativa, por lo que no permite medir carga viral alguna. Y al contrario de lo que dicen los oficialistas, las variantes de PCR que se pretenden cuantitativas porque han añadido la palabra ‘Cuantitativa’ al nombre del modelo y/o porque han incorporado un sistema tecnológico que automáticamente termina ‘dando un número’, no pueden superar esta característica limitativa fundamental intrínseca de la PCR.

¿Para qué sirve la técnica PCR?

En unas condiciones muy precisas de temperatura, enzimas, reactivos, ..., la PCR permite obtener muchos miles de millones de copias fidedignas -en principio, aunque siempre debería asegurarse³⁶- de trozos conocidos de ADN, y sólo de ADN. Para lograrlo, la PCR aprovecha la capacidad natural que únicamente tiene el ADN de formar duplicados exactos de sí mismo.

¿Qué aportó de nuevo la PCR?

Para duplicar un fragmento de ADN, hay que separar sus dos hebras calentando (¿hasta 90 °C?) la disolución que lo contiene, ya que el calor rompe los enlaces que las mantenía unidas. A esta disolución se le añade letras genéticas, *primers* y enzimas adecuados, etc. Al enfriarse, por atracción entre las dos decenas de pares complementarios³⁷ que tienen, los *primers* se adhieren cada uno a su hebra correspondiente. A partir de cada *primer*, y en sentidos opuestos, por la acción de enzimas van siendo atraídas e incorporadas letras genéticas hasta formar trozos de ADN complementarios completos. Así se duplica la información genética en forma de ADN.

Antes de la PCR, en el laboratorio se podía duplicar trozos de ADN, pero sólo un par de veces en la misma operación. La idea genial (tonta, dice él) del Dr. Mullis consistió en utilizar un enzima resistente al calor. Con esto, la duplicación puede repetirse en la misma operación una cuarentena de veces en forma de sucesivos ciclos automatizados. O sea que la PCR duplica exponencialmente ADN, y aunque lo hace de manera cada vez menos eficiente a medida que va ejecutando ciclos, al final se obtiene una importante cantidad de un fragmento de ADN que inicialmente era indetectable en la solución o muestra a la que se le ha aplicado la PCR. La PCR revolucionó varios sectores de la investigación científica, en particular biológica y médica, y por esto le concedieron un Premio Nobel al Dr. Mullis.

¿Qué aportó de nuevo la PCR aplicada a la versión oficial del SIDA?

Permitió a los oficialistas implantar el nuevo “modelo de VIH” y, como consecuencia, cambiar completamente la explicación que daban sobre ‘cómo el VIH causa el SIDA’.

(o moléculas de arranque) son cortas secuencias de ADN, de unas 20 letras genéticas, que se diseñan complementarias para que se peguen cada una a uno de los dos hilos del fragmento de ADN que se quiere multiplicar.

³⁶ Y para asegurarse hay que secuenciar el ADN obtenido a fin de verificar que es realmente el ADN que se quería multiplicar. La secuenciación es una técnica que permite determinar en qué orden exacto están las letras genéticas que forman el ADN (o, en su caso, el ARN).

³⁷ Las cuatro letras genéticas, A (Adenosina), C (Citidina), G (Guanosina) y T (Timidina), sólo pueden combinarse de dos en dos: A con T y C con G. Luego ante una A sólo puede colocarse una T (A-T) y viceversa (T-A), y a una C únicamente puede unirse una G (C-G) o viceversa (G-C). Esto “garantiza” que los dos ADN resultantes (sea del cromosoma entero en la división celular, o del *primer* que se adhiere al trozo de fragmento de ADN objetivo en la PCR y que la hace arrancar duplicando repetidamente dicho fragmento) sean idénticos al de partida.

Desde 1984 y hasta la introducción de la PCR, los oficialistas utilizaban el “modelo-Gallo-Montagnier-de-VIH” y afirmaban que ‘el VIH era inicialmente muy escaso y quedaba latente durante muchos años pero finalmente se activaba, se multiplicaba muy rápidamente y entonces mataba en poco tiempo al infectado’.

Tras la introducción de la PCR en 1995, el escenario cambió radicalmente. Los oficialistas pasaron a usar el “modelo-Ho-de-VIH” y afirmaron que ‘el VIH se multiplica miles de millones de veces desde el primer día, comenzando enseguida una feroz lucha entre este VIH masivo y el sistema inmunitario, lucha renovada día tras día, en la que el VIH, tras un período de unos diez años de batallas, acaba ganando la guerra: la persona queda inmunodeficiente, desarrolla el SIDA y muere de las enfermedades oportunistas’. Pero añadieron: ‘Al administrarles los nuevos *cócteles*, les disminuimos la carga viral hasta volvérsela indetectable en muchas ocasiones, con lo que los convertimos en enfermos crónicos’ (y, lo hemos visto, completaron ‘ahora se nos mueren de viejos’). Éste es el nuevo cuento oficialista... por lo menos los días en que dan una conferencia de prensa.

La cuestión clave es que la aplicación de la PCR permitió a los oficialistas poder afirmar que ‘el VIH se multiplica miles de millones de veces desde el primer día’. Y a continuación, añadir: ‘Para demostrarlo, ahí está la carga viral, que nos indica que el infectado tiene muchos miles de ejemplares de VIH por mililitro de sangre’. Y luego añadir: ‘Pero nuestros fármacos eliminan eficazmente al VIH, como muestra el hecho de que la carga viral disminuye. Y puesto que incluso logramos que los *cócteles* vuelvan la carga viral indetectable, nuestros pacientes vivirán tanto como cualquier otra persona’.

En resumen: la PCR y su secuela, la ‘CV’, giró la tortilla, y los oficialistas aparecieron como los salvadores de las ‘víctimas del VIH’. Pero, lamentablemente para los etiquetados, esto es falso, y en realidad son ellos quienes siguen siendo las víctimas de los oficialistas. Veámoslo.

Que los árboles no impidan ver el bosque: ¿Por qué multiplicar y luego calcular de manera sumamente artificiosa, en vez de simplemente medir?

Sin necesidad de entrar en aspectos técnicos, se puede comprender lo fundamental: los oficialistas no miden directamente ‘CV’ sino que las variantes supuestamente cuantitativas de PCR la calculan de forma indirecta y muy compleja³⁸. La idea clave a retener, lector, a fin de no quedar deslumbrados por las complejas sofisticaciones tecnológicas utilizadas por los creyentes en el ‘VIH/SIDA’, es la siguiente: si realmente el etiquetado tuviese la (a menudo) alta cantidad de ejemplares del supuesto ‘VIH’ que los oficialistas le atribuyen al calcularle con la PCR por primera vez la llamada ‘CV’ antes de administrarles los *cócteles*, los oficialistas podrían actuar de una forma mucho más sencilla y económica: medir la cantidad de supuestos ‘VIH’ con las técnicas anteriores a la PCR, y no les haría falta tener que recurrir a multiplicar con la nueva llamada PCR.

Recuerde, lector, que las técnicas anteriores les permitían encontrar –según afirmaban los propios oficialistas- que ‘uno de cada diez mil T4 está infectado por el VIH’. Veremos en II-3-8 que el número de T4 por mililitro de sangre puede variar entre unos 140 y unos 5.800. Luego para sumar los 10.000 T4 entre los que encontraban ‘uno infectado por el VIH’, los oficialistas tenían que recurrir a rastrear entre unos 70 mililitros de sangre, si tomamos el umbral inferior, y casi dos mililitros, si el superior. En todo caso, lo importante para el razonamiento que sigue es que exploraban más de un mililitro de sangre. Resulta que ‘encontraban que un linfocito de

³⁸ De ahí la importancia de la precisión: la ‘CV’ no es un “parámetro biológico” sino un ‘marcador indirecto’.

entre cada diez mil estaba infectado por el VIH', pero no localizaban 'los muchos miles de VIH por mililitro de sangre' que, desde que usan la PCR, afirman que tiene el etiquetado.

Mi explicación –incluso aceptando, por necesidad del razonamiento, que 'el VIH existe' - es que no los veían porque no estaban, y que es la forma como usan la PCR lo que hace aparecerlos... debido a la interpretación que los oficialistas se han inventado. Para mí queda claro que o mentían antes o mienten ahora. O... ¿siempre?

Es más: si, tras empezar a tomar los nocivos *cócteles*, los etiquetados realmente tuviesen las cantidades relativamente importantes aunque (frecuentemente) cada vez menores, como, por ejemplo, 220.000, 90.000, 50.000, 10.000, 3.000 ó 500 (ó incluso la cantidad que ahora llaman indetectable³⁹), que los oficialistas les atribuyen en los siguientes cálculos de 'CV' cuando van cada pocos meses al hospital a renovar su cargamento de veneno psicológico y farmacológico, tampoco haría falta recurrir a la PCR y seguirían bastando las técnicas anteriores.

Parece claro que utilizan –sabiéndolo unos, y sin darse cuenta la inmensa mayoría, lo cual no les exime de responsabilidad- una trampa tecnológica que permite presentar copias de "algo" como si fuesen copias de 'ARN del VIH'. Como veremos, este "algo" tiene que ser "fragmentos inespecíficos, tanto de ADN como de ARN, resultantes del metabolismo normal de la persona", fragmentos a precisar con nuevas investigaciones meticolosas.

¿Es la supuesta 'CV' tan sólo un truco tecnológico engañoso?

Ye hemos visto que no puede ser otra cosa. Pero veámoslo de otra manera.

Hablando en general: si "una cosa", sea lo que fuere, que antes no se encontraba pasa a ser hallada en grandes cantidades, y en la búsqueda se ha introducido un aparato que tiene una mayor capacidad de detección, cualquier persona sacará como conclusión que es el avance tecnológico lo que ha permitido esta mayor cosecha, y nadie lo cuestionará. Está claro que esta mayor capacidad ha permitido encontrar lo que ya estaba pero que no se detectaba. Así, por ejemplo, las bacterias ya estaban en gran cantidad antes de que la invención del microscopio permitiese verlas. Y lo mismo ocurrió unas décadas más tarde con los virus al mejorarse la capacidad de aumento con los microscopios electrónicos.

Pero éste NO ES el caso que nos ocupa.

Aquí lo que hace la nueva tecnología incorporada es producir ella misma gran cantidad de "algo" que era escasísimo, y luego los oficialistas que utilizan la tecnología se permiten afirmar que una parte considerable de la gran cantidad aparecida al final ya estaba antes, al principio del proceso. Es decir: la aplicación masiva de la PCR a partir de 1995 es lo que permite que los oficialistas dejen de decir que 'el VIH tiene un período de latencia muy largo y es escasísimo y muy difícil de encontrar porque infecta apenas uno de cada diez mil T4' y pasen a afirmar que 'el VIH se multiplica miles de millones de veces desde el primer día y lo encontramos en grandes cantidades en todas partes'. Y se quedan tan anchos. Y están tan atareados –antes, buscando lo que no encontraban; ahora, "luchando" contra lo que dicen que encuentran; y siempre, leyendo exclusivamente lo mucho que les llega por los canales oficiales, viajando a cursos y congresos nacionales e internacionales de profundización y perfeccionamiento en la ficción 'VIH/SIDA', y atendiendo a los visitantes médicos- que no se les ocurre preguntarse que qui-

³⁹ Este razonamiento se puede aplicar incluso para la cantidad que denominan 'indetectable', pues siempre es superior a 'un VIH por ml'.

zás es la nueva tecnología incorporada la que produce un pernicioso “milagro del pan y los peces”.

Claro que esto, que cae por su propio peso cuando se expone como lo acabo de hacer, queda camuflado por (al menos) tres eslabones de la maquinaria destructiva SIDA:

-El médico del hospital no es el que hace funcionar la ‘PCR’ sino que se limita a leer el papelito que le llega del laboratorio, y probablemente no se interesa en absoluto en saber cómo han obtenido el crucial número que suelta a su víctima;

-El técnico del laboratorio está ocupadísimo aprendiendo a utilizar el sofisticado aparato que le renuevan periódicamente, y al que los fabricantes han incorporado un sistema lumínico-numérico que al final del proceso da automáticamente una cantidad que el técnico se limitará a remitir al médico para que éste se la transmita al etiquetado, y probablemente no se pregunta en absoluto acerca del rigor con que es obtenida dicha cantidad, y ni por un momento se pone en la piel del etiquetado que la escuchará;

-Tanto el médico como el técnico llevan puestas las gafas ‘VIH/SIDA’ y saben -¿consciente o subconscientemente?- que sus ingresos dependen de no sacárselas.

¿Se tragan los oficialistas de base lo que les repiten machaconamente los oficialistas que mandan?

La mayoría de oficialistas siguen la rutina y confían en los especialistas correspondientes. Así, la oficialista www.geosalud.com/sida/cargaviral.htm (revisada el 6 de abril de 2010) explica ingenuamente:

‘La prueba PCR multiplica en la muestra de sangre las copias de ARN viral una serie concreta de veces para poder medirlas más fácilmente; esto es la «reacción en cadena». La cantidad de ARN medida se divide matemáticamente por ese mismo factor para obtener el conteo viral preciso (...)’.

La pregunta que surge de inmediato es: pero, ¿por qué multiplicar “algo” por un factor para a continuación dividir el producto obtenido por este mismo factor, con lo que deberíamos obtener al regreso exactamente el mismo “algo” que teníamos a la partida?

La respuesta no-rigurosa está contenida en la propia cita: “(...) para poderlas medir más fácilmente (...)”. Estos oficialistas ingenuos explican que la PCR se usa porque este “algo” está en una cantidad tan pequeña que no se puede medir al inicio; al utilizar la multiplicadora PCR, la cantidad amplificada resultante sí se puede medir, y al ‘dividirla matemáticamente por ese mismo factor’, entonces podemos ‘obtener el conteo viral preciso’ que había al inicio. Pero este razonamiento no es riguroso porque “olvida” un hecho decisivo: que ‘el conteo viral preciso’ obtenido al final del proceso oficialista efectuado, no es pequeño sino que, por el contrario, suele ser –dicen los propios oficialistas- considerablemente grande (decenas de miles o centenares de miles), tan grande que, caso de ser real, podría –como ya he dicho- haber sido medido al inicio con las técnicas ya aplicadas anteriormente sin necesidad de tener que recurrir a multiplicar con una nueva técnica: la PCR.

Luego la realidad es distinta a lo que creen los ingenuos. Durante el viaje han ocurrido “cosas extrañas” que hacen que a la vuelta haya mucho más que lo que había a la partida, y que este aumento clandestino justifique el viaje. Los oficialistas llaman ‘CV’ a este incremento extra. Luego la ‘carga viral’ es tan solo el resultado de aplicar un truco tecnológico.

Además, cada multiplicación/división acumula errores que se añaden a los que señalo más adelante.

¿De ‘indetectable’ a ‘indetectable’ pasando por cócteles y ‘CV’?

De 1984 a 1995, el “modelo-Gallo-Montagnier-de-VIH” era difícilísimo de encontrar. Sencillemente, usando la terminología oficialista actual, era indetectable. El Dr. Ho aplica la supermulticopiadora PCR al SIDA y, de repente, desde 1995 pasa a convertirse en dogma oficial que el “modelo-Ho-de-VIH” se multiplica miles de millones de veces desde el primer día. Es imprescindible para la operación incorporar al mismo tiempo el nuevo ‘marcador indirecto’ lla-

mado ‘carga viral’. Su función va intrínsecamente unida a la consigna ‘golpear rápido, golpear fuerte’ a fin de administrar de inmediato los venenosos y caros *cócteles* con la justificación de que ‘así se consigue que la cantidad de (supuesto) VIH se reduzca hasta volverse indetectable’... como ya lo era antes, al inicio del camino seguido. Un viaje para el que no harían falta alforjas... excepto para llevar las ganancias de las farmacéuticas del SIDA... y las comisiones “a quien corresponda”... y el incremento de los dividendos del conjunto de la industria SIDA... y la mejora de la muy maltrecha imagen de los médicos hospitalarios... y la consolidación en el imaginario social del ficticio ‘VIH/SIDA’... y el reforzamiento del *establishment* del SIDA, “éxitos” todos ellos que encubren (¿y justifican?) el camuflado envenenamiento de los etiquetados.

¿Es cualitativa esta caracterización de la ‘CV’ y, por lo tanto, la descalificación de la ‘CV’ es totalmente independiente de cuál sea la PCR utilizada para obtenerla?

Así me parece. Considero que ésta es una crítica cualitativa decisiva a la ‘CV’. La ‘CV’ cumple la tramposa función que tiene y que he sacado a la luz CUALQUIERA SEA EL TIPO DE PCR CON LA QUE HAYA SIDO OBTENIDA. Es indiferente que el modelo utilizado sea uno rudimentario ya aparcado o la b-DNA PCR o la *nested* PCR o la PCR en tiempo real tan en boga o CUALQUIER OTRO MODELO mucho más sofisticado (y rápido y caro) que haya aparecido o que pueda aparecer en futuros tanto próximos como lejanos.

Además, que este engañoso número de prestidigitación haya sido introducido intencionadamente o “por casualidad”, no influye en la caracterización que acabo de hacer de la ‘CV’: es un artefacto tecnológico que sirve en la práctica hospitalaria diaria para engañar a las víctimas presentándoles como beneficiosos unos *cócteles* que en realidad las están matando. De todas formas, la paulatina construcción del engranaje SIDA está tan llena de trampas intencionadas, que debería escribir “por casualidad” con tres docenas de comillas...

¿Hace falta, lector, entrar con más detalle en los aspectos técnicos de la PCR a fin de poder rechazar aún con mayor rotundidad todo lo referente a la supuesta ‘CV’?

Durante estos tres años me he inclinado a responder afirmativamente a esta pregunta, y de hecho he dedicado varios montones de horas a redactar sucesivas veces la respuesta. Pero finalmente me parece que sería contraproducente complicar la lectura con numerosos aspectos y detalles técnicos que probablemente acabarían oscureciendo lo que acabo de explicar.

Así, pues, con dolor elimino las cinco páginas que finalmente había repulido y que literalmente he sudado. Pero confío en que pronto aparezca un estudio técnico detallado y actualizado⁴⁰ sobre lo totalmente incorrecta que es la utilización de la PCR para ‘medir la CV’.

Y ¿qué ocurre con los aspectos cuantitativos de la ‘CV’?

No quiero, sin embargo, dejar de enunciar varios aspectos cuantitativos sumamente reveladores del grado de inercia y/o ceguera y/o incompetencia y/o corrupción y/o (escriba al finalizar este capítulo, lector, el adjetivo calificativo que le parezca más adecuado) de los oficialistas. Pero aparcando también varias páginas y tablas (que seguro podrían y deberían ampliarse muchísimo), voy simplemente a enunciarlos.

⁴⁰ Sigue siendo interesante el informe *Guía de la PCR*, Ch. Johnson**, *Continuum*** vol. 4 nº 4, 1996, www.virusmyth.com/aids/continuum/v4n4.pdf

1.- ¿Multiplica la PCR también exponencialmente los errores?

En efecto, así ocurre. Todo error, por pequeño que sea, será igualmente amplificado exponencialmente con cada ciclo que ejecute la propia PCR. Y, teniendo en cuenta lo complejo que es el proceso de funcionamiento de la PCR, debe haber numerosas fuentes de error. He aquí algunas que he detectado, sucintamente enunciadas:

1-1) Preparación de las muestras tras la extracción de sangre: Pueden realizarse dentro de amplios márgenes tanto de tiempo como de temperatura. Pero, ¿qué diferencias hay, y qué consecuencias tienen, entre operar cerca del extremo superior o cerca del inferior, cuando resulta que no se puede ir media hora o medio grado más allá del límite superior de cada margen, ni media hora o medio grado más acá del respectivo umbral inferior?

1-2) Eficiencia: Cada ciclo de la PCR es más imperfecto que el anterior, lo que se reconoce explícitamente al afirmar que ‘la PCR pierde eficiencia’. La otra cara es que cada vez es mayor el error. La diferencia que haya de la eficiencia respecto de 1 (uno representaría eficiencia del cien por cien; cero, eficiencia nula) será también elevada exponencialmente. Además, ¿por qué pierde eficiencia a cada ciclo? Aclararlo haría ver más importantes fuentes de error.

1-3) Reactivos: Un modelo cuyo protocolo estudie⁴¹, usa 27. ¿Hay que tener fe en que las condiciones y actuaciones de estos 27 reactivos están perfectamente dominadas y dirigidas? No me ha tranquilizado encontrarme con que: ‘23.3 Todos los reactivos deberían ser atentamente controlados para asegurar su pureza. Descartar todo reactivo que pueda ser sospechoso’. Y ello sin especificarse dónde está la frontera entre ‘pureza’ e ‘impureza’, ni cómo decidir si un reactivo es o no ‘sospechoso’, ni qué ocurre en las dos franjas a cada lado de estas dos indeterminadas fronteras. Tampoco hay referencia alguna a cómo pesa la economía a la hora de solventar si un reactivo o varios o todos son o no ‘impuros’ y/o ‘sospechosos’...

1-4) Calibración: Dicho protocolo especifica: ‘16. Calibración: Ninguna’. ¿Cuán erróneas son las medidas obtenidas con un complejo instrumento DE MEDIDA que no se calibra pero que inevitablemente se deteriora con su uso? Ni siquiera hay referencia alguna a un patrón de calibración original o previo. Y no me ha tranquilizado en absoluto aprender que en otros campos de medición es obligatorio recalibrar cualquier aparato de medición (además de por modificaciones en la composición de la muestra, por subidas de tensión, por el uso,...) aunque sea simplemente por cambiar la empresa suministradora de reactivos. ¿Cómo está abordado y solucionado el decisivo aspecto de la calibración de las ‘PCR? ¿Puede existir y aplicarse un aparato de medición que no requiera recalibración (sobre todo si tiene consecuencias de alcance vital)?

1-5) Cuantificación final: Se basa en determinar cuál es la relación –sea al final, sea a partir de un ciclo determinado en la PCR en tiempo real- entre las ‘densidades ópticas’ emitidas por las respectivas cantidades multiplicadas de supuesto ‘ARN del VIH’ y de las llamadas ‘moléculas de control’. Esta relación obtenida se aplica al origen. El fabricante indica cuál es el número de moléculas de control iniciales que pone en su kit, y establece e incorpora una manera automática de calcular ‘la cantidad de ARN de VIH que había al principio’. Pero espero que comprenda, lector, que, contrariamente a los oficialistas, no otorgue confianza alguna a los fabricantes... mientras no se la merezcan.

1-6)...

2.- ¿Es la ‘CV’ por lo menos una cantidad reproducible?

He aquí otro aspecto cuantitativo decisivo. Resulta que esta cantidad llamada ‘CV’ a la que tanto caso hacen los oficialistas y a la que tanta dependencia han logrado generar en sus vícti-

⁴¹ AMPLICOR HIV-1 MONITOR versión 1.0, 29 de abril de 2004. El protocolo tiene 30 páginas e indica 56 pasos a dar, bastantes de ellos a su vez con varios subpasos. Me temo que cada uno de este centenar de pasos y subpasos es fuente de error involuntario... y susceptible de manipulación intencionada.

mas, puede variar enormemente para una misma muestra de plasma según tipo de PCR, fabricante del mismo tipo de PCR, laboratorio que usa la PCR,...⁴²

2-1.- ¿Se obtiene diferentes ‘CV’ de la misma muestra con diferentes tipos de PCR de empresas distintas?⁴³

2-2.- ¿Se obtiene diferentes ‘CV’ de la misma muestra con diferentes tipos de PCR de la misma empresa?⁴⁴

2-3.- Es más, ¿se obtiene diferentes ‘CV’ de la misma muestra con la misma PCR?⁴⁵

El técnico de laboratorio que escribe la ‘carga viral’ incluso con cifra de unidades, y el médico que se lo lee tal cual al etiquetado, ¿saben que toda medición debe ir seguida de un más/menos y el correspondiente margen de error, y lo silencian a fin de reforzar en el etiquetado su confianza en un número que lo está engañando, o bien la degeneración ha llegado a un grado tal que ni siquiera eso saben?

¿Es grave que el margen de error pueda ser tan grande o más que la cantidad que se da al etiquetado, y que, además, está por determinar cómo se hizo y aplicó el patrón de una calibración de fábrica tan perfecta que –en contra de lo que ocurre en todos los aparatos de medición- el protocolo de la ‘PCR’ en el marco del montaje SIDA dice que no es necesario recalibrar (recuerde, lector: ‘16. Calibración: Ninguna’)?

La suma de tantos errores cuantitativos, ¿tiene finalmente también carácter cualitativo?

Sería fantástico que “alguien” calculase el margen de error final que comportan estas fuentes (y seguramente hay más) de errores parciales. Y confirmaría que definitivamente los aspectos cuantitativos también alcanzan una importancia cualitativa. Un ex técnico químico amigo me ha escrito: “Tras leerme lo que me has enviado y lo que luego yo he buscado por Internet sobre la carga viral en el cuadro de SIDA, me parece que sólo hay una cosa que se puede decir con toda seguridad: es tan errónea que no tiene validez alguna”.

Y aún otra cuestión no ya cualitativa sino supercualitativa:

¿Cuál es el material genético que multiplica la ‘PCR’?

Hay investigadores que evitan utilizar la PCR porque consideran que es “una técnica sucia” porque ocurren “contaminaciones”, es decir, porque otra secuencia genética puede ocupar el lugar de la buscada, y en tal caso el ADN obtenido al final de aplicar la PCR no tiene nada que ver con el deseado. Un biólogo conocido que trabaja con PCR me explicó el 12 de setiembre de 2009 que en su laboratorio habían obtenido un ADN final visiblemente mayor de lo esperado; al secuenciarlo ante tal evidencia, resultó ser ADN de un microbio que habían dejado de investigar hacía unos seis años. Revela lo delicada que es esta cuestión la siguiente noticia: “Científicos que creían estar amplificando ADN de un dinosaurio fosilizado en ámbar, en realidad amplificaron el ADN del bocadillo de atún que estaba comiendo uno de ellos”⁴⁶.

⁴² Lo constató un estudio de control de calidad realizado en Australia (Best SJ, *et al.* Quality of human immunodeficiency virus viral load testing in Australia. *Journal of Clinical Microbiology* 2000; 38:4015-20). Y seguro hay más.

⁴³ Coste J, *et al.* “Effect of HIV-1 genetic diversity on HIV-1 RNA quantification in plasma: comparative evaluation of three commercial assays”. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 1997 Jun 1;15(2):174-5.

⁴⁴ *Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) Plasma Load Discrepancies between the Roche COBAS AMPLICOR HIV-1 MONITOR Version 1.5 and the Roche COBAS AmpliPrep/COBAS TaqMan HIV-1 Assays* (*Journal of Clinical Microbiology*, Oct. 2007, p. 3436–3438 Vol. 45, No. 10)

⁴⁵ Rozeza, G., *et al.*, Comparison of real-time PCR methods for measurement of HIV-1 proviral DNA. *J. Virol. Methods* (2010), doi:10.1016/j.jviromet.2009.11.031

⁴⁶ WGBH, “Jewel of Earth” episode of NOVA, Paula S Apsell, Executive Producer 14 February 06.

Con lo (relativamente poco) que he aprendido sobre cómo funciona la PCR, he llegado a la conclusión de que la secuenciación es necesaria si se quiere ser preciso y evitar situaciones mucho menos claras que las dos señaladas. Y sin embargo, me he enterado recientemente de que no se efectúa secuenciación no sólo en el caso de la 'CV' sino en ninguna de las aplicaciones clínicas de la PCR. ¿Razón? 'Porque saldría demasiado caro'. Estaría muy bien que los oficialistas explicasen a los etiquetados a los que envenenan con este truco, que no se aplica la secuenciación por dicho motivo...

Pero el hecho es que el protocolo no prescribe secuenciar. Luego los oficialistas no saben cuál es el material genético obtenido. Dar por sentado que no es otro que el deseado, exige llevar puestas las gafas 'VIH/SIDA' y saltarse todo rigor científico, y esto en aspectos tanto cualitativos como cuantitativos.

Y la secuenciación es aún más recomendable en el caso de la 'CV' porque, puesto que el presunto 'VIH' fue diseñado como un retrovirus, su supuesta información genética es de ARN. Ya que la PCR sólo puede multiplicar ADN, 'la PCR aplicada a SIDA' tiene, en primer lugar, que pasar (retrotranscribir) ARN a ADN para a continuación amplificar este ADN. Ciertamente, esto es fuente de error tanto cualitativo como cuantitativo a añadir a las ya mencionadas.

Aceptemos por un momento que por razones económicas no se secuencie el ADN resultante después de cada aplicación de la 'PCR'. Pero, ¿no debería secuenciarse de vez en cuando –por ejemplo, una de cada cien veces- para asegurarse de que lo que se ha obtenido es la amplificación del 'supuesto ADN transcrito del supuesto ARN del supuesto VIH', y no del ADN real del chorizo real del bocadillo real del técnico de laboratorio real?

¿Qué es lo que en realidad retrotranscribe la 'PCR'?

Los enzimas retrotranscriptores que "suelta" la 'PCR' pueden retrotranscribir algunos de los muchísimos fragmentos de ARN que se encuentran en la sangre -y, por lo tanto, también en el plasma- como consecuencia de la complejísima actividad biológica que he reflejado pálidamente en el I-4⁴⁷. Y cuanto más actividad biológica haya –por ejemplo, a causa de un embarazo o de una infección o de un proceso inflamatorio-, lo probable es que circulen más fragmentos de ARN sueltos, y también es probable que una mayor cantidad y diversidad de ellos sean retrotranscritos por la 'PCR' en nuevos fragmentos de ADN. Estos fragmentos de ARN retrotranscritos por la 'PCR' serán considerados por los oficialistas 'fragmentos de ADN resultantes de retrotranscribir el ARN del VIH', los cuales se añaden a los muchísimos más fragmentos de ADN que previamente ya contiene el plasma originario.

O sea que la 'PCR' pescará algunos "pececitos de ADN" de entre los muchísimos "pececitos de ADN" que ya tenía desde el principio el plasma testado, más algunos de entre los nuevos "pececitos de ADN" resultantes de la actuación de los enzimas retrotranscriptores que lleva la propia 'PCR' sobre una parte de los muchísimos "pececitos de ARN" que portaba el plasma inicial. Y lo que los oficialistas presentan como 'carga viral del VIH' es una cierta cuantificación de la multiplicación de esta doble colección de "pececitos de ADN" inespecíficos.

Y, ¿cómo influye ahí este invento oficialista de que 'el VIH muta constantemente'?

Una vez más se les vuelve en contra su invento 'el VIH es supermutante'. Un investigador que utiliza PCR en tiempo real y que no cuestiona la existencia del supuesto 'VIH', me escribió:

⁴⁷ Fragmentos de ARN de múltiples procedencias: de los mecanismos de autoreparación del ADN, del reciclaje diario del billón de células reemplazadas, en particular de sus secuencias retrovirales endógenas, etc.

“Es una técnica muy exacta y fiable cuando se trabaja con secuencias que se conocen muy bien y con muy baja o nula variabilidad, que es lo que se suele hacer en los laboratorios. No tengo tan claro que esto sea también así cuando se usa secuencias hipermutables y de alta variabilidad, como es en el caso del SIDA”. *No comment.*

¿Se puede presentar como ‘copias de ARN-VIH’ lo que es el resultado de que la ‘PCR’ pesque y multiplique: A) fragmentos de ADN no-identificados nuevos resultado de la retrotranscripción de fragmentos de ARN de orígenes diversos, y B) fragmentos de ADN, tampoco identificados y también diversos (incluidos los fragmentos que contengan secuencias retrovirales endógenas) presentes en el plasma desde un principio?

Resumen: ¿Tiene algo que ver lo que los oficialistas llaman ‘cantidad de copias de ARN de VIH’ con lo que sería la presencia real de ‘un número de ejemplares de VIH’? (incluso suponiendo por un momento que ‘el VIH existe’)

¿Puede ser exacta una “cosa” así?

Sólo pueden considerarla exacta quienes⁴⁸ han sido formados⁴⁹ en aceptarla de manera acrítica, o quienes la admiten a ciegas bien porque cuadra con lo que creen y/o bien porque confían en quienes la promueven y/o bien les permite seguir sacando beneficio de la situación⁵⁰. Los demás, muy difícilmente.

Por mi parte, invito a tomar una actitud rigurosa: que se demuestre la validez y exactitud de estos complicados procedimientos tecnológicos, y, sobre todo, lo correcto del significado biológico de los resultados obtenidos. La propia complejidad tecnológica de lo que los oficialistas utilizan, y que para quien se lo cree es garantía de exactitud, se convierte en su talón de Aquiles cuando se empieza a estudiarla con criterios exigentes.

Cuando ya se ha llegado hasta aquí, resulta difícil comprender cómo en un tema tan delicado como éste, del que depende el envenenamiento diario de tantos etiquetados, los oficialistas puedan seguir su actividad destructiva no sólo sin ver absolutamente nada de todo lo anterior sino sin tampoco responder a preguntas que aparecen en su actuación práctica en los hospitales:

¿Por qué los oficialistas descartan ‘medir la CV’ cuando el etiquetado tiene gripe u otras infecciones, o parasitosis (gusanos⁵¹,...), o...?

Porque la ‘CV’ sale muy aumentada. Cómo es posible que los oficialistas no se pregunten: si la ‘CV’ se ve aumentada por la presencia del virus de la gripe o de gusanos, ¿qué es lo que en realidad multiplica la PCR?

¿Por qué oficialmente la ‘CV sólo es válida en personas previamente diagnosticadas seropositivas’⁵²?

⁴⁸ Se ganen o no la vida con la ‘PCR’, la ‘CV’ y el tinglado SIDA.

⁴⁹ Formados generalmente por científicos, técnicos o comerciales a sueldo de los fabricantes.

⁵⁰ No está de más señalarlo: todos ellos juegan en el mismo equipo oficialista.

⁵¹ “La ‘carga de helmintos’ está correlacionada con la carga viral del VIH en plasma, y una desparasitación del gusano lleva asociado un descenso significativo de la carga viral del VIH en plasma”. “Treatment of intestinal worms is associated with decreased HIV plasma viral load”. *J.AIDS*, Septiembre 2002.

¿Cómo es que personas seronegativas pueden tener ‘CV’⁵³?

¿Cuál es la ‘CV’ de los grupos de control?

Resulta que –“salvo error u omisión”- no se han hecho NUNCA, ni siquiera por juego...

¿Permite la PCR encontrar una aguja conocida en un pajar?

Ésta es la gran ventaja de la PCR. Si se cumple la condición previa de saber cuál es la aguja que se busca, la PCR logra no sólo encontrarla sino duplicarla 30 ó 40 veces hasta obtener muchos miles de millones de agujas. Pero la PCR no puede indicar si inicialmente había una o diez o cien o mil o diez mil o cien mil o más agujas. Esta es la razón por la que el inventor de la PCR afirma que su técnica no es cuantitativa. Sólo por esto, la ‘CV’ ya es inválida.

En vez de la aguja conocida, ¿puede la PCR encontrar un alfiler, o/y un imperdible, o/y una minutería, o/y un pasador, o/y una hebilla, o/y un prendedor, o/y un broche, o/y un clip, o/y una grapa, o/y una chincheta, o/y una tachuela, o/y una púa, o/y un clavo, o/y un tornillo, o/y un trocito de alambre, o/y unas pinzas, o/y un punzón, o/y un remache, o/y un perno, o/y una moneda, o/y una chapa, o/y un berbiquí, o/y un destornillador, o/y una escarpa, o/y unos alicates, o/y unas tenazas, o/y...?

Éste es el gran inconveniente de la PCR. Su potencia es tal que puede encontrar muchísimas cosas más o menos parecidas a la que se busca. Por esto es absolutamente imprescindible efectuar una cuidadosa inspección de lo obtenido a fin de comprobar que realmente se ha logrado encontrar y multiplicar sólo la aguja que se busca, y no una o varias de entre estas otras cosas metálicas además de la aguja... o incluso en lugar de la aguja.

En el caso de “eso” llamado ‘CV’, la ‘PCR’ tiene a su alcance muchísimas informaciones genéticas. No hay diccionario en el mundo que contenga un número de palabras que se aproxime ni de lejos a la cantidad y variedad de fragmentos de ADN y de ARN que circulan por nuestra sangre. Baste recordar que cada cromosoma tiene tres mil millones de pares de letras genéticas, y que cada día reciclamos un billón de células. Y si no es lo mismo un “pesador” que un “pasador” ni unas “peonzas” que unas “pinzas”, mucho menos se debería confundir dos fragmentos de material genético que tengan una letra genética distinta... o de más... o de menos...

¿Qué es lo que en realidad puede medir la ‘CV’ y qué significado tiene?

La ‘PCR’ mide en el etiquetado “algo” que puede variar de una medición a otra. Pero, ¿qué es este “algo”? Está por precisar. Ya he mostrado, a falta de nuevos argumentos oficialistas, que el número que dan sería resultado de multiplicar fragmentos inespecíficos de ADN y de ARN que son un reflejo del dinamismo biológico de las células y de los órganos de la persona, es decir, de su actividad vital, incluidos embarazos, procesos inflamatorios, infecciones,... Para mí, esto permite explicar con criterios bio-lógicos qué significan las oscilaciones de la ‘CV’. He aquí una aproximación, a profundizar:

⁵² Es muy significativo que la ‘CV’ (casi) sólo se calcula a personas ya etiquetadas; incluso laboratorios privados se niegan a calcularla en una persona que no les demuestre antes que es ‘seropositiva’. ‘El test (de carga viral) es significativo solamente en caso de seropositividad confirmada al VIH-1’. Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia. Presidio Spedali Civili. Istituto di Microbiologia – Università di Brescia, Italia.

⁵³ “La CV de la PCR ha mostrado que da cantidades distintas de cero en personas que han dado negativo tanto al ELISA como al *Western Blot*. En algunos casos documentados, se ha medido cargas virales que superan 100.000 en personas VIH-negativas”. www.theperthgroup.com/FAQ/question8.html He conocido varias personas seronegativas que habían dado ‘CV’.

¿Por qué suele ‘bajar la CV’ cuando se empieza a tomar cócteles?

Bio-lógicamente, estos venenos producen una disminución de la actividad biológica general de la persona. Y en particular, A) en los embarazos (esto explicaría que, según las gafas oficialistas, ‘al tomar ARV, menos madres seropositivas infectan a sus bebés’); y B) en los procesos inflamatorios, pues los inhibidores de proteasa han sido utilizados como antiinflamatorios desde mucho antes de la invención SIDA. En consecuencia, tras ingerir *cócteles* circularán en sangre menos fragmentos tanto de ARN como de ADN. Por consiguiente, la ‘PCR’ transcribirá menos ARNs en ADNs, con lo que tendrá menos ADNs totales para multiplicar. Luego la próxima prueba dará una ‘CV’ menor. Y al cabo de cinco o seis, quizás dirán ‘tu VIH es indetectable’. Los médicos estarán contentos. Y sus víctimas, más cerca de la catástrofe...

¿Por qué suele ‘subir la CV’ cuando se deja de tomar cócteles?

Por el proceso contrario: al dejar de ingerir venenos, el metabolismo se reactiva. Bio-lógicamente, la sangre empezará a transportar más fragmentos diversos tanto de ARN como de ADN, una mayor parte de ellos serán pescados y multiplicados por la PCR, y la ‘CV’ aumentará. Y los médicos se alarmarán, y aterrorizarán al etiquetado para que vuelva a envenenarse. Me viene a la retina un dibujo en el que un mocetón sano y fuerte está espantadísimo porque ‘¡Tengo 500.000 bichos!’, mientras a su lado un casi esqueleto tembloroso murmura con voz inaudible, feliz aunque muriéndose: ‘¡CV indetectable!’.

¿Es por esto que los oficialistas afirman que ‘no puedes dejar de tomar los cócteles ni un sólo día, ya que sube la CV’?

¿Presentan los oficialistas como ‘beneficio del tratamiento’ lo que tan sólo es una reacción bio-lógica defensiva ante su toxicidad?

¿Por qué mueren ‘víctimas del VIH’ si fallecen con ‘CV indetectable’? ¿Cómo puede matar un virus indetectable? Entonces, ¿de qué mueren en realidad?

¿Pronostica la ‘CV’ la evolución del etiquetado?

No. Lo demuestra inequívocamente el hecho que acabo de recordar: de entre los etiquetados que fallecen, muchos (a precisar) lo hacen con ‘CV indetectable’. Pero además ha sido publicado numerosas veces. Ya poco después de su introducción: “Los estudios (...) no lograron mostrar beneficios clínicos aunque durante un año la CV bajó más con las combinaciones (...)” (*AIDS treatment update*, nº 53, mayo 1997). Y recientemente: Los cientos de autores del estudio de *Cohortes* en *Lancet* del 5 de agosto de 2006 ya mencionado en II-3-6, condensan su investigación en esta sucinta “Interpretación: La respuesta virológica (CV indetectable en seis meses hasta en un 83% de los investigados) después del inicio del HAART mejoró durante los años calendario, pero tal mejoría no se ha traducido en una disminución en la mortalidad” (interpretación que esconde -¿involuntariamente?- que en realidad la mortalidad aumentó). Y la cita inicial de este subcapítulo es muy clara.

¿A quién puede sorprender que los cócteles hagan ‘bajar la CV’ pero no alarguen la vida, si fueron concebidos, diseñados, producidos y vendidos por los fabricantes, aprobados (¿o simplemente aceptados con silencio administrativo u otras omisiones?) por las autoridades sanitarias, y administrados por los médicos oficialistas con el objetivo de ‘reducir la CV’, pero no para mejorar la salud de los etiquetados?

¿Cuál es la prepotente lógica oficialista con la ‘CV’?

Algo tan rudimentario como esto: ‘Puesto que estamos usando unas sofisticadas y caras PCR para cuantificar VIH, lo que dichas PCR miden es, y sólo puede ser, VIH. Y quien se atreva a cuestionarlo, al paredón’. Espero que pronto les falten muros. Las sutilidades las dejan para especular acerca de las indefinidas supuestas mutaciones del supuesto ‘VIH’. ¡Ah!, por cierto, he aquí OTRO ASPECTO CUALITATIVO FUNDAMENTAL:

Los ‘muy específicos primers de la PCR’, han sido diseñados ¿ante cuáles de la oficialmente reconocida miríada de supuestos ARN-VIH correspondientes a la multitud de supuestas mutaciones de los millones de hasta en un 40% distintos supuestos ‘genomas de VIH’ de entre los que no hay dos iguales ni siquiera en un mismo etiquetado?

Pero los oficialistas dicen, por ejemplo: ‘Tu CV es de 654.321 copias’. Ó 37⁵⁴

El dar “eso” llamado ‘CV’ en centenas, decenas e incluso unidades indica el esfuerzo – consciente o subconsciente, pero en todo caso ridículo- de los oficialistas por dar apariencia de rigor a lo que no tiene rigor alguno. Ya he mencionado que todo médico sabe -¿o ya ni eso los oficialistas?- que toda cifra de una analítica debería llevar un margen de error precedido de unos signos más y menos. Pero esto obligaría a reconocer públicamente un -con toda probabilidad- margen de error tan escandaloso que resultaría inaceptable...

Además, ¿cuándo encargó el Dr. Gallo los primeros primers para su ‘PCR’?

Es significativo saber que también lo hizo “en enero-febrero de 1984”⁵⁵, es decir, ANTES de que el Dr. Popovic realizase, entre finales de febrero y mediados de marzo, los experimentos considerados claves y cuyo borrador el Dr. Gallo tergiversó cualitativamente para enviar a *Science* y dar nacimiento a la ficción ‘VIH/SIDA’. Luego el Dr. Gallo estaba preparando sus trampas minuciosa y anticipadamente. ¿Y por qué podía atreverse a ello? Mi respuesta, a falta de otra mejor: porque el veterano Dr. Gallo, conocedor desde dentro de los inevitables márgenes de imprecisión de estas tecnologías, daba por contado que podría utilizar impunemente sus “logros” con los HTLV-1 y HTLV-2 para colar el ‘HTLV-3, causa del SIDA’. ¡Ventajas de estar “investigando una familia de retrovirus HLTV propia y exclusiva”! Todo ello como catapultas, previo acuerdo con la dirección de *Science*, a más fama, a más poder y a más dinero.

¿Qué tienen que ver los primers utilizados por las ‘PCR’ de distintos tipos y diferentes fabricantes con los que inventó el Dr. Gallo “en enero-febrero de 1984”?

Si son los mismos... ¡vaya! Si son distintos, ¿por qué? Y ¿cómo, con qué experimentos y criterios, y basándose en cuáles referencias científicas se fueron -¿todos juntos o cada uno por separado?- diseñando los sucesivos primers hasta llegar a los actuales?

Quien aún preguntaba lo apuntado en II-3-2: ‘¿Cómo explican los disidentes que el VIH no cause el SIDA y que, en cambio, los fármacos diseñados para frenar el virus impidan que se desate la enfermedad?’, ¿sigue formulando dicha pregunta tras comprender que ‘el descenso de la carga viral, incluso a indetectable’ no significa en absoluto, en sus palabras, ‘impedir que se desate la enfermedad’?

Además, lector, completo la respuesta en los dos subcapítulos siguientes.

⁵⁴ Mi amigo seronegativo Antonio Tagliati, mencionado en I-4 y II-3-12, recibió el 16 de diciembre de 2009 los resultados de los análisis hospitalarios de su sangre que fue a sacarse llevando el carnet de un conocido suyo etiquetado ‘seropositivo’: ‘37 copias de VIH’. Luego la PCR se activó como si Antonio estuviese ‘infectado’...

⁵⁵ Informe Dingell, *Eventos que llevaron al anuncio de abril de 1984*. J. Roberts**, pg. 182.

Hasta ahora, he preguntado y contestado aceptando que la ‘PCR’ se aplica en el marco de las afirmaciones de la versión oficial. Pero si recuperamos lo explicado en capítulos anteriores:

¿Se puede medir la carga viral de un virus fantasma?

¿Quién y cómo se inventa los ‘primers para el VIH’ que usa cada ‘PCR’?

Puesto que el supuesto ‘VIH’ no ha sido aislado, no hay forma de saber cuál es ‘su genoma’, y menos se puede diseñar los ‘primers específicos’ correspondientes para alguno de ‘sus genes o fragmentos’. Pero acabamos de ver cómo el Dr. Gallo superó estos escollos. Y los oficialistas le siguen, más o menos conscientemente, en su camino de falsificación.

¿Necesita imperativamente la PCR conocer la aguja que busca en el pajar?

Lamentablemente para los oficialistas, sí. Y sin haber aislado el supuesto ‘VIH’, no pueden cumplir esta condición *sine qua non*...

Detrás de toda técnica analítica debe haber un patrón perfectamente conocido, de características similares a la muestras que habitualmente serán analizadas, que servirá para calibrar la técnica y para conocer el grado de exactitud y el grado de precisión de la medida. ¿Cómo se ha hecho la imprescindible calibración de un sistema analítico que pretende medir con una sorprendente finura (insisto, incluso con cifra de unidades) el número de ejemplares por mililitro de sangre de un supuesto ‘VIH’ del que ningún oficialista aporta prueba científica de referencia original alguna de que haya sido aislado?

¿Dar apariencia de existencia a lo que no existe y a continuación medirlo en cientos de miles de unidades, para luego empeñarse en volverlo indetectable a costa de envenenar a los etiquetados hasta matarlos, con lo que aumenta el número de ‘víctimas del VIH’ y así se facilita pedir ‘más dinero para seguir combatiendo al SIDA cronicado aunque aún incurable’?

Viendo la nefasta función que tiene el engaño llamado ‘carga viral’ en la muerte por envenenamiento de quienes toman los cócteles hospitalarios, ¿puede haber otra posición no ya crítica sino simplemente sensata que la de exigir su inmediata prohibición?

PENDIENTE

- Lograr que se haga ‘CV’ en grupos de control
- Precisar qué fragmentos detecta la ‘PCR’ de ARN indirectamente, y de ADN directamente
- Contrastar el significado bio-lógico aquí atribuido a los cambios de la ‘CV’
- ¿Reconoció el propio Dr. Ho que hizo una trampa tecnológica en un artículo (a localizar) aparecido en el volumen 332 (enero a junio de 1995) del *New England Journal of Medicine*?
- Precisar cómo se ha convertido en rutina hospitalaria clave el uso incorrecto de la ‘PCR’
- Investigar qué indican los fabricantes de PCRs acerca de lo que venden. Y qué dicen las autoridades acerca de las ‘PCRs’ cuyo uso inadecuado permiten
- Hipótesis: “Nadie tiene ‘CV indetectable’ si no se envenena antes ingiriendo cócteles”
- Recopilar las críticas científicas y técnicas a la PCR, y los fracasos o “sorpresas” ocurridos pero silenciados
- ¿Científicos y técnicos dispuestos a desmontar los usos incorrectos de la PCR?