

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 arrastrar 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 (B justo de blot) 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 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 anticógeno, 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? ¿Adi-vina, 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