EL VIH/SIDA ES UNA FICCIÓN

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

ANEXOS

por primera vez completos en español
tres documentos que prueban -¿irrefutablemente?-
que la versión oficial 'VIH/SIDA', además de ser falsa,
se basa en un fraude científico realizado por el Dr. Gallo
en los artículos que le publicó *Science* el 4 de mayo de 1984

Lluís Botinas i Montell

Texto original definitivo

entregado al editor el 22 de julio de 2010

(pero con una segunda dedicatoria añadida el 26 de agosto
y con algunos retoques y párrafos posteriores)

a

MANUEL GABARRÓ FRAU

31 de diciembre 1958 - 6 de diciembre 2009

"Sólo cuando transgredo alguna orden
el futuro se vuelve respirable"

Mario Benedetti (1920 – 2009)

"Transgresiones", *Preguntas al azar*, 1986

RAIMON PANIKKAR i ALEMANY

18 de noviembre 1918 - 26 de agosto 2010

Presidente de Honor de *Plural-21* de 6 de octubre de 1999 a 26 de agosto de 2010

"Bienaventurados quienes no escarmientan"

Bienaventuranza transmitida a Raimon por su abuela materna

EL VIH/SIDA ES UNA FICCIÓN

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

DOS DECLARACIONES-ADVERTENCIA INICIALES QUE ENCUADRAN EL LIBRO...4

PALABRAS PARA ACOGERLE E INTERESARLE, LECTOR,… ……..6

... Y PARA INVITARLE Y DESAFIARLE A COGER EL TORO S.I.D.A. POR LOS CUERNOS ……..8

INSTRUCCIONES DE USO ……10

PRIMERA PARTE ABORDAR CRÍTICAMENTE EL SIDA……18

I-1 ¿Es el SIDA lo que se dice que es? …… 19

I-2 ¿Versión oficial, versión disidente o versión montaje?...…….. 24

I-3 ¿Separar el grano de la paja? …… 37

I-4 ¿Partir de la ficción o basarse en la vida? …….... 44

I-5 ¿Cómo concentrar más de 300.000 páginas en unas 450? …….. 60

I-6 ¿Preguntas para reforzar el 'VIH/SIDA' o preguntas para desmontar el SIDA? ……. 65

I-7 ¿Está actuando el SIDA real contra el 'VIH/SIDA' ficticio? …… 69

SEGUNDA PARTE LA VERSIÓN OFICIAL DEL SIDA ES UNA FICCIÓN……71

II-1 Las ocho reglas de juego oficiales del montaje SIDA …… 72

Para acabar con un juego, por grande y destructivo que sea, basta romper alguna de sus reglas

II-2 Cuatro preguntas claves…….83

II-2-1 ¿Es el SIDA una enfermedad? …… 84

II-2-2 ¿Existe el 'VIH'? …… 91

II-2-3 ¿Son exactos los 'tests del SIDA'? …… 105

II-2-4 ¿De qué fallecen las personas que son presentadas como 'muertas de SIDA'? ……... 118

II-3 Catorce preguntas importantes ……..124

II-3-1 ¿Ha habido o hay 'una epidemia de SIDA'? ¿Y África? ¿Y Sudáfrica? …… 125

II-3-2 ¿Es el supuesto 'VIH' la causa del SIDA? …… 128

II-3-3 ¿Por qué se da 'positivo a los tests del SIDA' o se es 'caso de SIDA'? ¿Qué significado bio-lógico real tiene?..... 133

II-3-4 ¿Puede una persona realmente inmunodeficiente dar positivo a los 'tests del SIDA'? …… 139

II-3-5 ¿Hay 'transmisión del VIH' (sexual, madre a hijo, por jeringuilla, por hemoderivados, por transplante,…)? ……. 141

II-3-6 ¿Envenenar, deformar, esqueletizar, matar y momificar a las personas etiquetadas con quimioterapia disfrazada como 'antivirales' para combatir a un supuesto 'virus' del que no hay prueba científica alguna de que exista? …… 146

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'? …… 160

II-3-8 Los T4, ¿son 'las defensas'? El llamado 'recuento de T4', ¿indica 'el estado de las defensas'? El tan deseado 'aumento de T4' tras tomar los supuestos 'antivirales', ¿es beneficioso o es perjudicial? ……... 175

II-3-9 ¿Rematar y remomificar a las personas etiquetadas para 'prevenir las llamadas enfermedades oportunistas'? …… 180

II-3-10 Y con la tan anunciada y buscada 'vacuna del SIDA', ¿qué pasa? …… 184

II-3-11 ¿Qué hacer –y qué no hacer- si a alguien le colocan la etiqueta 'seropositivo' o 'caso de SIDA' o 'terminal'? …… 187

II-3-12 ¿Cómo entender y cómo tratar bio-lógicamente las 29 enfermedades tapadas bajo la etiqueta SIDA? …… 191

II-3-13 ¿Qué tienen en común los Vencedores del SIDA? …….. 206

II-3-14 ¿Cuáles son las verdaderas prácticas de riesgo, los nuevos grupos de riesgo, y la prevención adecuada? ……. 209

II-4.- Una pregunta definitiva

¿Dónde están los tres artículos científicos de referencia originales que demuestran cada una de las aquí rechazadas afirmaciones de la versión oficial? …….. 211

II-5.- Conclusión provisional (a la espera de los artículos científicos de referencia originales solicitados):

La versión oficial del SIDA es falsa …… 214

TERCERA PARTE DESMONTAR EL SIDA……..217

III-1.- Cuatro preguntas dinamizadoras

III-1-1 ¿Cómo es posible que ocurra algo así? …… 218

III-1-2 ¿Cuáles son las ventajas y los inconvenientes de abrir un DEBATE SIDA? …….. 222

III-1-3 ¿Puede cualquier persona y/o entidad ayudar a DESMONTAR EL SIDA tras leer este libro (u otros de la Bibliog)?. 228

III-1-4 ¿Por qué en los USA se puso en marcha el SIDA en 1981? …… 240

III-2.- A la memoria de todas las víctimas mortales del engranaje SIDA… y de algunas en particular.... 245

III-3.- Nueve testimonios de Vencedores del SIDA…….. 249

III-4.- Aportaciones de seis médicos y terapeutas que tratan de otras maneras los problemas de salud que ocurren en el cuadro del SIDA …….. 257

III-5.- Contribuciones especiales de dieciséis investigadores y autores críticos....…….... 262

III-6.- Vocabulario y Siglas 277 **III-7.- Bibliografía con Webs de autores** 283 **III-8.- Webs informativas** 295

PALABRAS DE DESPEDIDA-Y-REENCUENTRO, LECTOR ……. 299

NOTA ACLARATORIA que espero no haga falta utilizar …….. 300

ANEXOS. Tres documentos clave: ¿Pruebas del fraude científico del Dr. Gallo, base del 'VIH/SIDA'?... 301

DOS DECLARACIONES-ADVERTENCIA INICIALES QUE ENCUADRAN ESTE LIBRO

LA PRIMERA, TEÓRICO-ACTITUDINAL, DIRIGIDA EN PARTICULAR A LOS CREYENTES EN EL 'VIH/SIDA'

En ningún momento ni de manera alguna digo o insinúo que 'el SIDA no existe'.
Por el contrario, afirmo rotundamente que
"El SIDA existe y constituye una realidad que mata a muchas personas cada año".
Pero inmediatamente puntualizo a continuación que
"El SIDA que existe realmente
no tiene nada que ver con el 'VIH/SIDA' oficial, que es pura ficción".

Dicho de otra manera, sostengo que
"La versión oficial del SIDA (que desde 1987 queda resumida en la expresión 'VIH/ SIDA')
con la que se nos está bombardeando desde el fraude científico del Dr. Gallo en 1984,
carece totalmente de base científica, por lo que es falsa desde la A hasta la Z".
Y a la lógica subsiguiente pregunta:
"Entonces, ¿qué es el SIDA?",
he aquí la mejor respuesta que he encontrado hasta ahora:
"El SIDA es un montaje puesto en marcha en 1981 en los USA por los CDC".

Justamente porque el 'VIH/SIDA' es una ficción pero el SIDA es una realidad,
actúo e invito a actuar para DESMONTAR EL SIDA,
lo cual sería absurdo si yo sostuviese que 'el SIDA no existe'.
Pero respecto del 'VIH/SIDA' me limito a demostrar que carecen de base científica
todos y cada uno de los puntos de la ficción 'VIH/SIDA' en los que creen los oficialistas.

Hago de entrada esta DECLARACIÓN-ADVERTENCIA FORMAL
para quitar desde el primer momento toda base a la afirmación
que muchos oficialistas hacen acerca de mis (y de otros) investigaciones y conclusiones:
'Es que ése niega la existencia del SIDA'.
Así pretenden provocar un rechazo visceral que impida seguir escuchando o interesándose.
Esta falsificación manipuladora y malintencionada descalifica a quien la haga,
cualesquiera sean sus titulaciones (¿cómo las habrá conseguido?),
sus cargos en la administración (ídem),
sus responsabilidades sanitarias (¡pobres pacientes!),
sus funciones en la enseñanza (¡pobres alumnos),
sus tareas informativas (¿o desinformativas?),
etc.

Tras este desmentido frontal y categórico,
espero y deseo que los portadores de las gafas 'VIH/SIDA',
desarmados de su negacionismo,
sean capaces de formular unas críticas
(¡escritas y con **referencias originales**, por favor!,… y, si puede ser, firmadas)
que me exijan tener que hacer esfuerzos para rebatirlas.

Tenga la amabilidad, lector,
de tomar cuidadosa nota de esta primera clarificación y delimitación de campos.

Y LA SEGUNDA, PRÁCTICO-VIVENCIAL, DIRIGIDA EN PARTICULAR A LAS VÍCTIMAS DIRECTAS DEL MONTAJE SIDA

La sola lectura de este libro tiene un alto poder desintoxicador y liberador del cuerpo y del alma,
y, en consecuencia, curativo.
Puesto que conozco (hasta un cierto punto) el enfoque del Dr. Hamer,
sé que esto PUEDE traducirse en que la persona que estaba atrapada por el engranaje SIDA,
al empezar a apartarse de él supere alguno de los conflictos biológicos
(de desvalorización, de separación sexual, de sentirse manchado o sucio, de miedo a la muerte,…)
que causa recibir tanto la etiqueta 'seropositivo' como la etiqueta 'caso de SIDA'.
Y con la superación de uno o varios de estos conflictos vividos durante mayor o menor tiempo,
PUEDEN producirse reacciones biológicas reparadoras
(respectivamente: linfoma, herpes genital, sarcoma de Kaposi, tuberculosis,…)
que llevan a recuperar la normalidad y la salud,
pero que justamente han sido puestas por los oficialistas como 'enfermedades definitorias de SIDA'.
Entonces el etiquetado que estaba comenzando a liberarse del engranaje SIDA,
se alarma, va al hospital, es aterrorizado de nuevo, teme estarse equivocando,
vuelve al camino oficial y es atrapado otra vez por la letal dinámica hospitalaria.
Y el que ya se ha distanciado definitivamente saliéndose del engranaje SIDA
porque ha llegado a una comprensión suficientemente clara,
se encuentra en una difícil situación,
con pocas claves para entenderla
y con escasos recursos para responderla.

Lector etiquetado: No crea nada de lo que va a leer… pero no lo olvide.
Contrástelo y tómese todo el tiempo necesario hasta llegar a hacerse su propia sólida opinión.
Si al leer las páginas que tiene entre sus manos
va pasando (cualquiera sea el orden)
de la desconfianza o la curiosidad
a la sorpresa a la confusión a la duda al interés a la indignación
a la ira al deseo de venganza y de justicia a la vergüenza ajena
al lloro a la compasión… por sí mismo y/o por los demás
a la agresividad
tanto si es contra los oficialistas como si es contra mí,

no se lo guarde: expréselo, háblelo, grítelo, escríbalo, llórelo, explíquelo, coméntelo, discútalo,…,
con un familiar o amigo o colega o médico-terapeuta de confianza o…
… o conmigo, si no tiene otra persona más a mano.

Y relativice lo que le está ocurriendo.
Tenga presente que aunque Ud. supere los conflictos que he mencionado –u otros-,
muchísimos etiquetados no tienen –por ahora- la suerte que Ud. está teniendo,
por lo que seguirán sufriendo –por ahora- lo que Ud. ya está empezando a vencer.
Y recuerde que mientras afortunadamente Ud. se está liberando del engranaje SIDA,
muchos millones de personas –en particular, niños-
están sufriendo guerras, penuria, hambre, supuestas enfermedades/epidemias/pandemias, etc.,
que, si se quisiese, podrían ser solucionadas casi tan fácilmente
como podría desmontarse el SIDA que aún le tiene medio atrapado.

Cuando lea el capítulo II-3-12 (y todo lo que le rodea por delante y por detrás)
entenderá mejor que de entrada le dedique esta Declaración-Advertencia
especialmente a Ud. por estar etiquetado.

Y tenga también la amabilidad, lector no-etiquetado,
de tomar cuidadosa nota de esta segunda clarificación y delimitación de campos.

PALABRAS PARA ACOGERLE E INTERESARLE, LECTOR…

"CARTA IMPUBLICABLE"… FINALMENTE PUBLICADA

Entro regularmente al *blog* de Isabel. El tres de diciembre de 2008 me encontré con una *Carta impublicable* que no llegó a enviar a los periodistas dando por sentado, con su experiencia, que ninguno se interesaría en ella. La leí, me emocionó, y pensé que parecía escrita *ex profeso* para abrir este libro. Llamé a Isabel, se lo expliqué, le envié el Índice-Resumen, le pareció bien, aceptó que la publicara tras acordar unas pocas modificaciones y… aquí está:

VIVA Y SANA

Me dirijo a Ud. como periodista con la pretensión de que se haga eco de un movimiento social, cada vez más extendido, que se opone a la corriente oficial sobre el VIH/SIDA.

Me diagnosticaron SIDA, estadio C3, hace 18 años. Sólo hace tres que dejé de tomar los fármacos antirretrovirales en contra de médicos y familiares. Desde entonces, puedo decir que he recuperado la salud. Los fármacos antirretrovirales me postraron en un sofá durante más de una década. Los efectos secundarios me impedían realizarme como persona, tener una vida normal, además de acarrear un estigma físico que padecemos la mayoría de los seropositivos en nuestros rostros, devastados no por la enfermedad sino por los efectos de la medicación, derivados del envenenamiento que producen.

Sé que mi declaración suena a herejía y a otras cosas, pero sólo yo puedo expresar acertadamente el bienestar o malestar físicos que médicos y analíticas pretenden medir.
Me dijeron que si dejaba de tomar los fármacos, no tendría muchas probabilidades de vivir. Pues bien, han transcurrido tres años y aquí sigo: sin ningún síntoma de enfermedad ni muerte, he ganado algunos kilos, mi mente funciona mejor que nunca y ya no vivo postrada en el sofá. Eso significa que tengo salud. Ud. se dirá: "¡Pobre mujer, qué engañada está: morirá cualquier día de estos!". Es posible que muera, pero no de SIDA.

No soy la única que se adhiere a este movimiento de desobediencia civil contra la farmaindustria y sus acólitos. Somos ya un ejército mundial los que negamos la teoría oficial y renegamos de un diagnóstico fatal, y preferimos vivir bien al margen del bombardeo alarmista de los medios en estos días de recuerdo de los muertos por SIDA (también son mis muertos). Somos muchos los que nos negamos a vivir prisioneros del envenenamiento cotidiano.

En todos estos años de adherencia a un tratamiento antirretroviral, a consultas médicas y a analíticas mensuales, observaba hechos, razonamientos y situaciones que no me encajaban, pero me prohibí a mi misma cualquier cuestionamiento: las cifras de muertos cantaban.

Sin embargo, sólo me hizo falta elegir la opción de no tomar los fármacos y empezar a vivir para que se abriera ante mí la verdad con todas sus tenebrosas consecuencias. Desde entonces, no he tenido ningún signo de enfermedad relacionada con el VIH/SIDA, y sí todos los síntomas de una revelación. Ahora lucho con todas mis fuerzas por difundir la verdad que a mí me negaron: los antirretrovirales provocan SIDA, la industria farmacéutica vendería a su madre con tal de ganar dinero, y el SIDA mueve mucho dinero, también en cuanto a subvenciones de los estados, en detrimento de otras enfermedades más reales, incluso el cáncer.

Por el mundo circula otra información censurada y soterrada que está realmente salvando vidas. La verdadera vacuna contra el SIDA es esta información, y gracias a Internet y a otros formatos de difusión, podemos acceder a datos y razonamientos que testimonian otra realidad antes relegada a circuitos científicos y a bibliotecas de difícil acceso para nosotros.

Surge, así, de manera aplastante, otra realidad más lógica y benigna, avalada por científicos, periodistas de investigación, afectados como yo misma, médicos que leen algo más que los temarios de oposiciones o los protocolos,... Una realidad más acorde con el mundo que vivimos, una verdad libre de intereses económicos y políticos.

Le invito a Ud. a que se siente sólo una hora ante internet y teclee las palabras mágicas: LA MENTIRA DEL SIDA, y encontrará cientos de entradas sólo en español (muchas más en inglés). Sea todo esto verdad o mentira, es su obligación como periodista discernir. Cerrar los ojos a esto que está ocurriendo es como cerrar los ojos a otras noticias de primera plana. El tema es de por sí muy interesante: no está en la categoría de OVNIS ni conspiranoias, y se expone una opción perfectamente razonada avalada por científicos de renombre mundial, incluso algún Premio Nobel.

Si profundizamos más en la historia del SIDA, es posible que nos encontremos con datos terribles que se merecen un Juicio de Nüremberg. No doy más detalles para no desvelar la intriga antes del final de la narración.

Por favor, pase y lea...

Isabel www.replantearsida.blogspot.com

… Y PARA INVITARLE Y DESAFIARLE, LECTOR, A COGER EL TORO S.I.D.A. POR LOS CUERNOS

A finales de julio de 2009 me llegó un e-mail que hacía referencia a "la reciente muerte de Isabel". Pensé que se trataba de otra mujer con el mismo nombre, pues me parecía imposible que alguien que había escrito esta carta a fines de noviembre de 2008 y que finalmente en febrero me había autorizado por teléfono a publicarla tras consensuar unos ligeros retoques, pudiese haber fallecido. Luego recordé que en las últimas ocasiones en que había entrado en su *blog*, me lo había encontrado sin cambios, cosa que atribuí a dificultades técnicas, a cercanía de las vacaciones,…; ni por un instante pensé que podía tener problemas de salud, y menos, graves. Finalmente, un amigo común me confirmó la mala noticia: Isabel había fallecido el 13 de julio.

Mi primera reacción fue defensiva: retirar su "Carta impublicable". Pensé que algunos-muchos lectores podían desanimarse y quitar credibilidad a lo que iban a leer a continuación al saber que Isabel había fallecido. Y algunos-muchos oficialistas podían usar su muerte para descalificar el libro y, sobre todo, para atacar el mensaje de esperanza y de transformación radical que porta (de por sí, y aún más completado por el conjunto de la Bibliografía, las *Webs*,…).

Pero llegó mi contra-reacción. Por un lado, los oficialistas que usasen así la muerte de Isabel se desautorizarían a sí mismos éticamente cuando el hecho real es que el 99,9 por ciento o más de todos los etiquetados 'muerto de SIDA' que han fallecido y continúan falleciendo (aunque los oficialistas –casi- no hacen públicas las estadísticas correspondientes a fin de alimentar la falsedad 'hemos convertido el SIDA en una enfermedad crónica'), se mueren siguiendo el camino oficial y, en los países acaudalados, el camino hospitalario, lo cual incluye ingerir los tan promocionados venenosos *cócteles*. Y por el otro, al saber lo ocurrido, cada lector quedaría de inmediato confrontado a la gravedad, complejidad y trascendencia del tema del que se disponía a leer un libro distinto a lo que había conocido anteriormente. Esto "garantizaría" que quien siguiese leyendo lo haría intensamente… dispuesto a llegar hasta el final… y hasta el fondo.

En conclusión, decidí mantener la carta de Isabel pero seguida de la presente aclaración, en la que resalto y desarrollo lo que ella misma escribió: "Es posible que muera, pero no de SIDA".

Entonces, ¿de qué murió Isabel? Apoyándome en lo que encontrará, lector, en el libro que se dispone a leer, avanzo una explicación que espero será completada, mejorada, matizada,...

-De la vida. En efecto, "desde hace mucho tiempo", la vida también contiene variadas causas de dolor, sufrimiento y muerte, como demuestran todos los que mueren diariamente fuera del engranaje SIDA. Y, además, desde 1981 desgraciadamente la vida incluye el asesino montaje SIDA, especialmente corrosivo y destructivo (por razones que, lo veremos, nada tienen que ver con la supuesta actuación de un supuesto 'VIH' ficticio). El invento SIDA, perjudicial para toda la humanidad, actúa especialmente concentrado contra quienes son atrapados por su engranaje, como lo fue Isabel en 1990. *No futur*, le implantaron los oficialistas en todo su ser a los 25 años. Y para ejecutar su profecía nefasta, tras haberla apuñalado anímicamente ("Desarrollarás SIDA en los próximos ocho años. Olvídate del amor. Y de tener hijos", le dijo la médica que le "atendió" días después de haber hecho la práctica de riesgo consistente en donar sangre), empezaron en seguida a envenenarla farmacológicamente.

-De la toxicidad de los supuestos 'antivirales', acumulada durante quince años, en particular contra las mitocondrias, efecto primario gravísimo sistemáticamente silenciado por los oficialistas. Encima, Isabel consideraba –como otros etiquetados generosos, que se ofrecen voluntarios como cobayas humanas gratuitas- que los ensayos que hacían con ella ayudarían a otras personas. Y confiaba en los médicos, claro está. Cuesta llegar a comprender que quienes son socialmente responsabilizados y pagados para curarte, en realidad te están matando.

-Del estrés crónico psicoemotivo extra que genera el paulatino y duro proceso de ruptura con lo oficial hasta poder escribir "Somos muchos los que nos negamos a vivir prisioneros del envenenamiento cotidiano". Isabel lo expone muy bien: "En todos estos años de adherencia a un tratamiento antirretroviral, a consultas médicas y a analíticas mensuales, observaba hechos, razonamientos y situaciones que no me encajaban, pero **me prohibí a mi misma cualquier cuestionamiento**" (negrita mía). Y explicita el chantaje que ejercen conscientemente los oficiales y subconscientemente muchos creyentes en lo oficial: "las cifras de muertos cantaban".

-Del nuevo estrés crónico psicoemotivo que significa la sobrecarga de actividad y responsabilidad (abrir y alimentar el *blog*; avanzar el documental *La ciencia del pánico*, cuyo guión escribió; asesorar a otras víctimas, a las que quieres ahorrar el calvario que tú has sufrido;…) a que conduce ser consecuente con "Ahora lucho con todas mis fuerzas por difundir la verdad que a mí me negaron". El error no es dejar los venenos supuestamente 'antivirales'. El posible "error" es querer hacer justicia rápidamente y asumir tareas excesivas para dar a conocer a los demás lo que uno ha tardado tantos años en descubrir, y desear compartirlo con quienes siguen sufriendo a causa del engranaje del que uno ya se ha apartado. Pero las propias fuerzas quizás no son muchas. Esta generosidad puede pagarse cara. Alguien que ha estado sometido durante casi dos décadas (y aunque sólo sean dos semanas) al terror generado por quienes construyeron el monstruo SIDA, muy probablemente quede fragilizado. Exige tiempo recuperar una fuerza –que, sin duda, será cualitativamente mejor- equivalente a la de quien no ha pasado por tamaña tortura.

-De no quitarse las gafas 'el SIDA es una enfermedad' (incluso cuando el etiquetado ya ha logrado librarse de las gafas 'VIH/SIDA'). Y es muy difícil hacerlo cuando se ha estado una veintena de años atrapado por el engranaje SIDA y se ha aprendido lo venenosos que son los fármacos que se ha estado ingiriendo durante tres lustros. Y cuando se sabe que sigue pendiente de solución científico-médica un problema clave: ¿cómo lograr la regeneración de unas mitocondrias que han sido dañadas por los fármacos oficiales? ¿Alguna propuesta, lector?

-Del "círculo diabólico" (ser atrapado por el engranaje SIDA al dar positivo a los 'tests' – tener un conflicto biológico generado por el etiquetaje – empezar a liberarse del engranaje - superación del conflicto biológico – respuesta biológica reparadora – los oficialistas la presentan como "enfermedad definitoria de SIDA" – se es atrapado otra vez por el engranaje oficial) que crea el invento SIDA y que el enfoque del Dr. Hamer** ha permitido por lo menos sacar a la luz, lo cual abre una puerta para lograr romperlo. Ya he avanzado este círculo al inicio de la segunda DECLARACIÓN-ADVERTENCIA. Y lo desarrollaré algo más en II-3-12.

Lo que sí es seguro en el caso de Isabel es que no renunció a nada de lo que tan duramente había aprendido. La información que contiene este libro (y otros de la Bibliografía), incluso cuando no logra salvar la vida, (casi) siempre contribuye a que la muerte sea cualitativamente mejor.

El *blog* que puso en marcha Isabel, está de nuevo activo. Cuando Ud. lea esto, ya habrá aparecido el reportaje *La ciencia del pánico*, al que tanta energía dedicó. Su madre, que la acompañó

hasta el último instante, apoya estas actividades. Luego Isabel prosigue. Sencillamente, Isabel fue y es una Vencedora del SIDA (II-3-13).

INSTRUCCIONES DE USO DE ESTE LIBRO

Cada frase que pronuncio
no debe ser entendida como una afirmación
sino como una pregunta
Niels Bohr

Lector: por recomendación, por necesidad, por intuición, por "casualidad" o por mil-y-una posibles razones, tiene Ud. en sus manos el libro más importante publicado en el mundo sobre el conjunto de lo que es el SIDA real cuando el 22 de julio de 2010 entrego el original al editor.

Se lo digo sin ningún orgullo y sin ninguna humildad, sino a modo de constatación, pues conozco directamente los libros editados en inglés, francés y alemán (además de en español y en catalán, claro), e indirectamente lo publicado en el resto de lenguas por lo que se refleja en las citadas. ¡Ojalá me demuestre que estoy equivocado porque me pueda indicar uno o varios títulos que desconozco, cualquiera sea el idioma en que estén redactados! Pues deseo-y-espero que este libro quede superado pronto porque, tras la clarificadora no-conmemoración en el 2009 de los 25 años del lanzamiento en 1984 de la ficción 'VIH/SIDA' por parte del tramposo Dr. Robert Gallo y quienes le apoyaron, aparezcan numerosos textos mejores que éste en distintos países y en diferentes lenguas. Pero hasta que me llegue constancia de ello, mirándole a los ojos le felicito por el ejemplar que ha –o que le ha- elegido…

Este libro lo aporta todo a quien aún está desinformado, es decir, a quien sólo conoce la versión oficial VIH/SIDA y todavía no sabe nada acerca de los estudios más avanzados, complejos y fructíferos sobre el SIDA real elaborados por los críticos; en el problema SIDA, ignorancia es saber solamente lo oficial. Y proporciona una explicación de conjunto completa y coherente –espero- a quien ya conoce literatura crítica.

Además, el libro que tiene en sus manos, lector, es una herramienta de doble aplicación. A escala personal, es un utensilio cuyo estudio y asimilación le puede permitir liberarse definitivamente de la preocupación que el monstruo SIDA significa para Ud. (A) como una amenaza que pende sobre su vida, en particular sexual (varias mujeres me han comentado que nunca habían tenido una relación plenamente satisfactoria porque siempre sentían pendiendo sobre su cabeza la espada SIDA), ó (B) como un engranaje que le atrapó hace más o menos tiempo porque tuvo la desgracia de dar positivo en los tests-trampa, y que le está arrastrando hacia un mal desenlace. A escala colectiva, incluso planetaria, este libro es un instrumento –el mejor que conozco hasta ahora- para "terminar con el SIDA" de la única forma en que parece posible hacerlo, es decir, desmantelándolo. Contribuir al desmontaje del SIDA es el primer objetivo de este libro.

Le pido, pues, leer atentamente estas Instrucciones de Uso. Así podrá manejar este libro con mayor eficacia.

Me ceñiré a hablar tan sólo de SIDA[1], aunque hay muchísimo que decir sobre salud-y-enfermedad, y respecto a numerosos otros aspectos de la vida-y-muerte. Algo más complejo biológico-antropológico-etc. expongo inevitablemente al proponer un enfoque o punto de partida en la I Parte, y formularé también algunas observaciones generales de tipo socio-político-etc. en III-1. Pero incluso estas consideraciones más amplias están redactadas con la intención de facilitar que se pueda

[1] Con sólo tres excepciones, y ello únicamente en esta nota. **La primera** la redacté desde el inicio, y es una referencia a la 'hepatitis C', extrapolable a las nuevas 'hepatitis' que están en proceso de construcción. Lector, le sugiero que ponga en un buscador de internet la palabra "hepatitis", le vaya añadiendo letras a partir de la "C", y que me escriba sólo si no se sorprende de hasta qué letra llega. Considero que el fin del montaje SIDA significará también el desmantelamiento del montaje 'hepatitis C', y el frenazo definitivo a la elaboración y lanzamiento de las demás supuestas "hepatitis-seguida-de-sucesivas-letras". Y ello porque la construcción de la 'hepatitis C' –un mercado mucho mayor que el del SIDA- se efectuó aplicando trucos similares a los aprendidos en la fabricación del montaje SIDA: "reagrupar síntomas y signos hasta lograr que fuese aceptada la existencia de una enfermedad vírica distinta llamada hepatitis C" (con una diferencia importante, lector, que encontrará más adelante: en el caso del SIDA lo que reagruparon no fueron "signos y síntomas" sino "un número creciente hasta la treintena de enfermedades ya previamente existentes"), "conseguir que se admita el descubrimiento de un virus nuevo (por cierto, también de ARN) responsable de la nueva entidad patológica", "utilizar tests de anticuerpos no verificados para diagnosticar", "interpretar como 'infección por el Virus de la Hepatitis C (VHC)' el dar positivo a los tests", "administrar fármacos muy tóxicos", "utilizar el descenso de 'eso llamado carga viral' para presentar como beneficiosos unos medicamentos perjudiciales", "interpretar como buenos resultados del tratamiento lo que en realidad son respuestas defensivas del cuerpo ante su toxicidad", etc. Este es el modelo que se sigue para fabricar más "hepatitis-con-nuevas-letras". Puesto en pie el engranaje, sólo falta recolectar las víctimas para que sea rentable (no sólo económicamente). Así, la persona que tiene la desgracia de dar positivo a 'los tests de la hepatitis C' es convertida en víctima cuando se la espanta y margina diciéndole 'tienes el VHC; cuídate mucho; no contagies; casi la mitad de los infectados por el VHC desarrollan cirrosis, y de estos, una tercera parte acaba con cáncer de hígado' y se le emponzoña el hígado administrándole los tóxicos interferón y ribavirina, con lo que los propios hepatólogos hacen que se cumplan sus pronósticos y así refuerzan su poder y aumentan su cotización. ¿Ciencia ficción destructiva? Antes, una hepatitis –palabra que, por cierto, indica solamente una "inflamación del hígado", no una infección- se diagnosticaba tras una temporada de cansancio persistente que culminaba en ponerse amarillo (ictericia), se trataba con una cuarentena de reposo y de dieta, y siempre acababa con la recuperación… o por lo menos mi memoria no retiene fallecimiento alguno por hepatitis entre los parientes y vecinos de mi entorno juvenil. ¿Sus recuerdos, lector? Y esta buena evolución cuadra con que el hígado es el único órgano humano que puede regenerarse al cien por cien… si se le deja recuperar, claro, en vez de intoxicarlo más (por ejemplo, con dichos fármacos químicos y otros; pero también con miedo, angustia,…). Pero actualmente (casi) nunca se comunica este hecho biológico decisivo, que daría gran confianza y esperanza al recién etiquetado. ¿Porque queda arrinconado entre tantos miles de 'artículos sobre la hepatitis C aparecidos en revistas científicas' que inundan la cabeza del especialista abnegado que quiere estar al día, o porque ya ni siquiera se enseña en las Facultades? Me parece claro que quienes actualmente 'fallecen de hepatitis y sus complicaciones', son sencillamente víctimas de los actuales tratamientos –tanto emocional y social como farmacológico- oficiales. Y es que, como dice la copla, "la ciencia avanza que es una barbaridad"… o, mejor, una civilizacionalidad. **La segunda excepción** la he incorporado en los últimos meses y se refiere a la supuesta pandemia de supuesta 'Gripe A o mexicana o porcina o H1N1'. Afortunadamente, este nuevo montaje de las autoridades políticas y sanitarias -bajo presión, con toda seguridad, de multinacionales farmacéuticas, y, probablemente, de servicios secretos- casi les ha estallado en las narices. Para desgracia de los montadores de "El camelo de la gripe A" (www.elmundo.es/suplementos/cronica/2010/745/1264287607.html), incluso el clima se ha confabulado contra ellos, y se puede decir que no sólo no ha habido 'gripe A' sino que ni siquiera ha habido gripe normal. Muchas personas se han dado cuenta de este montaje. Y confío en que ello facilite que se abran a considerar –y a estudiar rigurosamente- la posibilidad de que también el drama SIDA sea todo él una perversa construcción, como argumento a lo largo del libro. De hecho, para mí el montaje SIDA ha sido el modelo seguido en una serie de posteriores montajes, empezando por la "hepatitis C". La 'terrible pandemia de terrible gripe A' era una copia más que, afortunadamente, ha salido lo suficientemente mal como para poner en alerta a millones de personas (confío que, por lo menos, a tantas como habían predicho que serían sus víctimas… incluso mortales). Y **la tercera excepción**, la escribo en las últimas semanas: la aparición de documentación ocultada que cuestiona el proceso de configuración de la versión oficial (con Al Gore -y su correspondiente Premio Nobel, éste de la Paz, de 2007- como figura estelar) de la nueva "Industria del Cambio Climático hacia el Calentamiento Prolongado", ya criticada desde hace lustros por importantes científicos censurados.

comprender mejor –desde mis planteamientos, claro está- el montaje SIDA, y no pretenden buscar apoyo en otras temáticas ni abrir otros frentes.

Este libro es una aproximación a una manera radical y globalmente distinta de entender el SIDA, de la que deriva la posibilidad de su rápida superación… desmantelándolo. Considero que es una aproximación sólida, pero que debe ser profundizada y fortalecida no sólo por mí (en este sentido, estoy redactando una Tesis Doctoral) sino por muchos más. Y para ello, tiene que ser contrastada abierta y duramente con la versión oficial. Por esto, el segundo objetivo central de este texto es lograr que se realice un Debate SIDA con los oficialistas. Desde ahora le invito, lector, a ser muy crítico con lo que lea y, al mismo tiempo, a tener presente que lo que tiene entre sus manos forma parte del camino "Desmontar el SIDA", que le invito a ir abriendo juntos –"Caminante, no hay camino. Se hace camino al andar"- por encima de los desacuerdos, mientras los vamos discutiendo y clarificando.

Oficial, oficialista. He usado estos dos adjetivos anteriormente, y aparecerán con frecuencia a lo largo de todo el libro. Considero que **oficial** es el calificativo que mejor caracteriza a lo que es la versión -por ahora- dominante del montaje SIDA, resumida en la manipuladora fórmula 'VIH/SIDA'. Es oficial porque es la versión que –de manera increíble desde el momento en que se empieza a tener información seria sobre el tema SIDA- aún está siendo respaldada públicamente por instituciones científicas y médicas, organismos internacionales, gobiernos, medios masivos, ONGs,…, e incluso por la gran mayoría de las propias víctimas del invento SIDA. Descarto otros adjetivos, como "académica" o "alopática", porque, afortunadamente, hay muchos científicos académicos y numerosos médicos alópatas que también rechazan –algunos abiertamente, y muchos más en silencio… por ahora- la versión 'VIH/SIDA'. **Oficialista** es todo responsable, repetidor o aplicador de la versión oficial, aunque en ocasiones la utilizo por extensión a toda persona que simplemente la da por cierta. La mayoría de oficialistas son crédulos creyentes seguidores de lo oficial, pero una minoría son conscientes manipuladores, constructores (no sólo ni siempre por razones económicas) de un "SIDA oficial" que les beneficia. Y una parte de ellos (algunos incluso con *webs* y *blogs*) se consideran nada menos que "escépticos" aunque no dudan ni desconfían ni cuestionan nada que provenga del poder oficial, pero, eso sí, rechazan, ridiculizan y "critican" automáticamente lo que emane de otras fuentes.

***Establishment* del SIDA.** Conjunto -internacional aunque con su núcleo decisivo en los EE.UU. y tentáculos en cada país- de instituciones, grupos y personas, unas públicas y otras detrás de las bambalinas, que han dirigido la construcción, desarrollo y mantenimiento del montaje SIDA[2]. Considero que conservarlo en inglés remarca su peso, cosa que intencionadamente quiero hacer, pues su posible equivalente en castellano, "el poder establecido", no tiene la misma fuerza. Además, así resalto el origen del montaje.

Lo de la versión oficial 'VIH/SIDA' no son ni hipótesis ni teorías, sino tan sólo afirmaciones o proclamas o admoniciones. Razón: los oficialistas no se esfuerzan en demostrarlas, que es lo que haría cualquier científico auténtico. Es más, ni siquiera las defienden cuando las cuestionamos, ni aceptan debatirlas.

Lector. Aunque en mis escritos pongo sistemáticamente * ó @ ó /-a para englobar tanto el masculino como el femenino, en este libro al final he decidido –a pesar de las fuertes protestas de mi amigo y colaborador Daniel- usar "lector" en vez de "lector/a". Puesto que me dirijo frecuentemente al "lector", me temo que poner cada vez "lector/a" aún sobrecargaría más la lectura. Y otra razón de peso es que la gran mayoría de personas situadas en los centros de poder desde donde

[2] No descarto que alguna fracción de dicho *establishment* esté impulsando que el SIDA sea desmantelado de la manera más controlada, discreta y silenciosa posible.

tuvo que lanzarse el invento SIDA, y también de los que lo hicieron crecer y lo mantienen en marcha, son hombres (aunque algunas mujeres hayan jugado tristes papeles). Confío en que las personas sensibilizadas por este aspecto sepan disculpar mi decisión y se sientan suficientemente satisfechas con las disculpas que aquí les presento…

Se me hizo necesario elaborar una manera totalmente distinta de entender el SIDA al ir constatando, paso a paso y golpe a golpe, que la versión oficial es insostenible. No es fácil soportar que se te vayan hundiendo todas y cada una de las afirmaciones en que se basa la versión oficial del SIDA y que habías dado por válidas durante una década… en mi caso; probablemente más tiempo en el suyo, lector. Y asumir que tienes que aceptar el reto de llenar el vacío que va quedando. Afortunadamente, descubres que hay investigadores, científicos, médicos, víctimas, asociaciones, etc., que han empezado ya antes a andar este nuevo camino. Y ante el alcance y la gravedad de lo que vas descubriendo, quieres socializarlo, compartiéndolo en particular con las personas diagnosticadas por si puede serles de utilidad.

"Etiquetados" en vez de 'diagnosticados'. La línea anterior es la primera y única vez en que hablo de "diagnóstico" o de "personas diagnosticadas" en relación con el engaño SIDA, y la palabra "diagnóstico" sólo aparecerá en boca de terceros. Esto es debido a que, como explicaré, los dos oficialmente considerados diagnósticos (1) 'seropositividad o infección por VIH', y (2) 'enfermo o caso de SIDA', son puras invenciones pues carecen de toda base científica y biológica. Desde un punto de vista crítico, son unas etiquetas que se le colocan a alguien como consecuencia de las -por ahora- imperantes reglas de juego oficiales del montaje SIDA. A partir de ahora hablaré de "etiquetados", pues lo que hacen los oficialistas es colocarles unas etiquetas arbitrarias que tienen consecuencias muy perniciosas. Y extenderé este concepto de "etiqueta" también a (3) 'terminal de SIDA' y a (4) 'muerto de SIDA'.

'Tests'. Designo sencillamente como 'tests' a los tests que son utilizados en el marco del montaje SIDA y a los que tendenciosamente se ha enseñado denominarles 'tests del SIDA' o 'tests del VIH'. La explicación es muy sencilla. Estos tests son tests, pero no son ni 'tests del SIDA' ni 'tests del VIH'. Son unos trucos con apariencia tecnológica utilizados por el *establishment* del SIDA a fin de atrapar nuevas víctimas para su invento, y fueron definidos e introducidos con la intención de justificar la falsa afirmación 'el VIH causa el SIDA'. La manera crítica de referirse a ellos debería ser "tests utilizados por los oficialistas como trampa para reforzar el engranaje SIDA y lograr que arrastre a más víctimas". Para simplificar: 'tests'.

Equilibrio entre lo mayoritariamente entendible y lo suficientemente argumentado. He buscado un balance adecuado entre una redacción relativamente sencilla, que permita que sea entendido en lo sustancial por la persona "de la calle" que se interese o sea atraída por alguna de entre las muchas razones posibles, y un peso técnico y documental suficiente para que cualquier investigador, científico, profesor, médico, etiquetado 'seropositivo' o 'caso de SIDA' o 'terminal de SIDA', allegado, etc., que quiera entrar a fondo, perciba que detrás de lo aquí escrito hay un conocimiento científico colectivo crítico en el que se apoya todo lo que digo o apunto. Espero haberlo logrado.

No concedo espacio alguno a los oficialistas, excepto al formular sus afirmaciones centrales, o al citar alguno de sus argumentos, o al poner alguna referencia bibliográfica al final del capítulo correspondiente, aunque en absoluto en la **Bibliografía**, que está exclusivamente reservada a las obras críticas. La razón es muy sencilla: los oficialistas ya tienen todo el espacio del mundo. Pero están tan acostumbrados a ser privilegiados, que igual algún oficialista, para descalificar lo aquí expuesto, utiliza como argumento que 'no están recogidas las posiciones oficiales'.

En realidad, sí que aparecen pero es en forma de afirmaciones que son rebatidas. Además, considero que es plenamente coherente no concederles lugar alguno aquí y al mismo tiempo proponerles un Debate SIDA a fondo. Porque el espacio del debate no-puede-ni-quiere ser este libro sino que hay que crearlo conjuntamente, así como habrá que establecer las condiciones, formas, ritmos, orden de los temas a abordar, interlocutores, etc. Este mi primer libro está cien por cien dedicado, lector, a interesarle en que la versión oficial es falsa e incluso fraudulenta, a avanzarle una explicación global crítica, a invitarlo a estudiar para poder hacerse su propia opinión, y a que se implique en desmontar el SIDA (no sólo solicitando que se abra el Debate SIDA). Y me falta muchísimo espacio simplemente para esto…

Mencionaré muy pocos nombres de oficialistas y no haré críticas personales o *ad hominem*. Y ello porque considero que lo importante, aquí y ahora, es comprender lo esencial de la trama SIDA. Luego ya se irá concretando, mundialmente y en cada continente, país, región, ciudad, barrio, hospital, facultad, comité, etc., quiénes y cómo han actuado para que se fuese instaurando el montaje SIDA, quiénes se empeñan en mantenerlo y perpetuarlo, y quiénes deciden contribuir a desmontarlo. Y cada palo aguantará su vela.

Única excepción: el Dr. Gallo. Sólo hay una excepción a la norma del párrafo anterior: el Dr. Robert Gallo (con quien, por cierto, he tenido dos eventos personales ilustrativos, que explicaré brevemente en su momento). Considero que el Dr. Gallo es un gánster científico (más que un científico gánster, que también) que manipuló y engañó consciente e intencionadamente para su beneficio propio y al coste que fuese, cayera quien cayera… y muchos ya han caído o están cayendo. Habría que retirarle todos los Doctorados *Honoris Causa*, Premios (como el *Príncipe de Asturias de Investigación* 2000 ó el *World Health Award* 2001) y demás galardones que se le han concedido… o que ha comprado a cambio de millonarios acuerdos de colaboración. Me gustaría contribuir a lograr que el dinero que gana con la ficción 'VIH/SIDA' que tan decisivamente contribuyó a lanzar –en particular, los *royalties* de los tan destructivos 'tests' que patentó tramposamente en 1984-, tuviese que emplearlo en pagar indemnizaciones a sus víctimas. Y a que sea juzgado por un Tribunal Penal, al que escapó por los pelos en los Estados Unidos en 1994. Habría que reabrir el caso "Dr. Gallo: ¿criminal?".

También mencionaré relativamente pocos nombres de críticos. En este caso, la razón es muy distinta: protegerlos. Al inicio de implicarme en este drama, conocí a un Doctor en Medicina auténtico –es decir, no sólo un Licenciado- que llevaba, con un tratamiento que él mismo había confeccionado, dos docenas de etiquetados. Un día me dijo literalmente: "Mi nombre, en ninguna parte", y, gráficamente, añadió: "No quiero que los perros me salten al cuello". Entonces no lo entendí, pero con mi implicación cada vez mayor, comprendí lo acertado de su precaución. ¡Lástima que le perdiese la pista! Los nombres que aparecen, son de personas que o ya se han comprometido por sí mismas públicamente, o que han firmado sus contribuciones a este libro. Confío en que comprenda, lector, que los testimonios aparezcan con pseudónimo. Estas razones de "tranquilidad" también explican la ausencia de "agradecimientos".

Comillas. Usaré **comillas simples** para 'VIH' y 'VIH/SIDA' a fin de indicar cada vez que, a mi entender, no hay prueba alguna de que existan, luego son fantasmas reiterativos. Y lo mismo para todas las afirmaciones ('el VIH causa el SIDA',…) o expresiones ('fármacos anti-VIH', 'carga viral',…) de la versión oficial, así como para citas de artículos o libros que van en dirección oficialista. Usaré **comillas dobles** de la manera que suelen utilizarse, es decir: citas de los demás artículos o libros, expresiones -mías o de otros- que quiero resaltar,… Y también llevarán comillas dobles mis formulaciones rechazando la versión oficial ("el VIH no causa el SIDA",…) al igual que citas de artículos aparecidos en revistas científicas y que cuestionan

implícitamente la versión oficial, con la intención de resaltarlo. Me temo que esto de poner una o dos comillas pueda resultar algo engorroso, pero espero que facilite una comprensión más precisa y coherente de lo aquí expuesto.

En este libro hay poco acerca de la potente economía y del solventísimo mercado del SIDA. En parte, porque doy por sentado que ya sabe, lector, que los intereses económicos impregnan la sociedad dominante en que vivimos-morimos en Occidente, y que, por lo tanto, es lógico –y lamentable, por sus gravísimas consecuencias- que también exista una industria SIDA[3]. Pero sobre todo porque considero que las motivaciones económicas no están en el inicio del montaje SIDA… aunque, una vez puesto en marcha, casi todos quienes han podido montar su negocio, lo han hecho, prescindiendo de lo manchados que estén los dividendos obtenidos.

Cada elemento o dato que utilizo, tiene su referencia, sea la fuente un documento -escrito (libro, texto científico, artículo periodístico,….) o audiovisual (vídeos o cintas de cursos o con entrevistas)-, sea una vivencia (encuentro, pregunta, conversación, confidencia,…). Ya sé que mi experiencia personal no es directamente científica, pero sí puede ser objeto de estudio científico; y en parte ya lo está siendo, pues el 18 de abril de 2008 fue defendida en Madrid una Tesis Doctoral que me considera uno de los actores de la "controversia del SIDA" en España[4]. Pero poner cada una de estas referencias es prácticamente imposible, entre otras razones porque mucho de lo leído o vivido lo fue cuando ni me había planteado la posibilidad de utilizarlo en un libro o en una Tesis Doctoral, por lo que no lo tengo archivado o anotado. Y también porque mucho de lo que en su momento archivé o anoté, no he podido encontrarlo en el momento adecuado durante esta larga redacción…

No tengo ninguna actitud anti Estados Unidos de América. De ello se me ha acusado en alguna ocasión al oír mi hipótesis dura sobre el origen del montaje SIDA (III-1-4). Si con nueva información llegase a la conclusión de que el invento SIDA partió de Rusia o de China o de determinada multinacional o de un organismo internacional o de otro lugar, o bien que tuviese cualquier otro origen, por extravagante que pareciese, así lo diría.

"**La mayoría de…**". Pido colocar mentalmente esta precisión delante de los nombres de los colectivos de investigadores, científicos, médicos, periodistas, políticos, comités, ONGs, etiquetados, allegados, etc. cuando los mencione en el texto. No voy a ponerla cada vez para no recargar aún más la lectura, pues bastante insisto en repetir previos como "supuesto" o "llamado", y en poner juegos de comillas simples o de comillas dobles. Pero en todos los colectivos mencionados hay excepciones. Claro está, los disidentes de ayer y críticos de ahora y siempre, fuimos anteayer, en los inicios de la era SIDA, seguidores de la versión oficial… hasta que se nos abrió una brecha y nos atrevimos a investigarla. De hecho, me apoyo precisamente en muchas de estas excepciones.

SIDA lo escribiré intencionadamente con mayúsculas, excepto cuando aparezca en citas de terceros. Ya sé que lo políticamente correcto en España y en muchos países hispanoparlantes es utilizar las minúsculas a fin, se dijo, de suavizar el impacto discriminatorio del tema. Por mi parte, y precisamente para llamar más la atención hacia la gravedad del montaje, uso las mayúsculas, y pongo puntos, S.I.D.A., cuando la frase ya es en mayúsculas. Y puesto que el SIDA sí es una realidad -aunque muy distinta de la que oficialmente nos cuentan-, no le pondré comillas alguna, ni tampoco a las expresiones derivadas, como montaje SIDA, víctimas del SIDA, drama SIDA, era SIDA, etc.

[3] A partir de estadísticas publicadas, el disidente Dr. David Rasnick estima en casi 300 mil millones de dólares el dinero (¿sólo público?) invertido en los USA entre 1981 y 2010 (http://aras.ab.ca/articles/USAIDSFunding2010.pdf). Sólo los NIH* financiaron en el 2008 en los USA 6.297 proyectos de investigación de equipos de universidades y hospitales por un total de 2.620.555.583 dólares (http://report.nih.gov/rcdc/categories/ProjectSearch.aspx?FY=2008&DCat=HIV/AIDS)

[4] Dra. S. Giménez**

Vocabulario y Siglas. El asterisco * después de una palabra o de unas siglas no explicitadas de inmediato, remite al capítulo III-6, donde se encuentra su explicación… lógicamente, formulada desde el contenido que desarrollo. Así, por ejemplo, las siglas '**VIH'** no aparecen significando '**V**irus de la **I**nmunodeficiencia **H**umana' sino que quedan ya explicadas aquí por:

'VIH': La fantasmagórica ficción de supuesto virus diseñada por los Doctores Montagnier en 1983 y Gallo en 1984 como falsa causa del supuesto SIDA, y totalmente remodelada por el Doctor Ho en 1995 y que sigue vigente. El propio nombre ideado indica que se trata de una maniobra tramposa, ya que usar la denominación '**V**irus de la **I**nmunodeficiencia **H**umana' da a entender que está demostrado que el supuesto 'VIH' existe y que además está comprobado que causa inmunodeficiencia en los seres humanos, cuando en realidad no hay prueba científica alguna ni de que exista ni, suponiendo que exista, de que cause nada. Pero bautizarlo así fue una maniobra intencionada por parte del *establishment* del SIDA para introducir machaconamente en la cabeza de cada persona y en toda la sociedad que la entelequia 'VIH' existe y que es cierto que 'el VIH causa el SIDA'. Lo llamado 'VIH' no solo no es un virus sino que no es una cosa ni es nada. Sencillamente, no es. Se trata de un contundente ejemplo de reificación (cosificación) inducida intencionadamente. Su única realidad está en la cabeza de quienes aún creen en el 'VIH/SIDA'. Lo peligroso es que, desde esta interiorización, la ficción 'VIH' puede extenderse a corazón, sexo, cerebro, relaciones, medios, sociedad, etc., y así genera el grave riesgo de enfermar y de llegar a morir.

Bibliografía con *Webs* de autores. El doble asterisco ** detrás de un nombre o de la palabra "libro" remite al capítulo III-7. Es una manera de ahorrar espacio, aunque por adelantado pido disculpas por posibles inconvenientes.

Errores míos. Claro está, no puedo descartar que haya cometido alguna equivocación a lo largo de estas 450-y-pico páginas. Lo que sí puedo asegurarle, lector, es mi esfuerzo constante por ser lo más riguroso posible. Luego le agradezco por adelantado que me señale cualquier error que encuentre, y, una vez verificado, rectificaré lo antes posible, y lo más públicamente que pueda. Esto también forma parte del aprendizaje personal y colectivo. Y preciso algo más: aunque hubiese cometido algún error gravísimo en alguno de los numerosos aspectos que abordo –no conozco ningún otro libro que relacione tantos-, ello no descalificaría el resto. Simplemente, corregiría este error puntual a fin de que el conjunto saliese aún más reforzado. Próximas ediciones serán aún mejores.

Matices y excepciones. Puede ser que en algunos aspectos –aunque espero que en ninguno importante- sea preciso que tenga que matizar o señalar excepciones o... Mi disposición a hacerlo queda demostrada por el apartado anterior y, aún más, al pedir un Debate SIDA.

Necesidad de continuar investigando. Son necesarios muchos más libros y muchas más Tesinas y Tesis Doctorales para profundizar preguntas y subpreguntas, aspectos, cuestiones, puntos, etc., que aquí sólo comienzo a abordar, o que simplemente menciono, o que dejo PENDIENTE o que ni siquiera aparecen. Explicitar esta necesidad aquí me ahorra señalarla repetidamente a lo largo del libro. Pero lo resalto como muestra de mi propia insatisfacción por lo mucho que falta. Luego creo comprender la que Ud. pueda sentir, lector.

PENDIENTE: Al final de cada pregunta enunciaré algunas –seguro que hay muchas más- cuestiones a responder, o experimentos e investigaciones a realizar, u otras actuaciones que considero permitirían ir aclarando cuestiones que faciliten avanzar y precisar. Es una manera de invitar a profundizar la investigación, de sumar fuerzas para ello, y, sobre todo, de no aparecer como si "el caso estuviese cerrado". Y puede ocurrir –y espero que suceda muchas veces- que algo que para mí es desconocido, un lector me lo pueda responder rápidamente porque forma parte de sus conocimientos "de siempre". O también que pase a ser investigado por alguien o entre varios. O……

Finalmente, pero no por ello menos importante:

Presunto, presuntamente: Por consejo de un abogado, le pido, lector, que coloque uno de estos vocablos delante de toda palabra o expresión que pueda herir la susceptibilidad de los oficialistas o del poderoso *establishment* del SIDA. Yo no lo pongo por no sobrecargar más la lectura del libro… y porque no quiero suavizar -más allá de lo estrictamente indispensable- lo que considero verdadero. Así, lector, le invito a que una frase como "los venenosos supuestos 'antivirales'" la lea así: "los presuntos venenosos…". Igualmente, por ejemplo, a que expresiones del tipo "la conducta criminal del Dr. Gallo" las traduzca como "la conducta presuntamente criminal del Dr. Gallo". Y así cada vez que sea adecuado. ¡Ojalá pronto haya Tribunales Científicos y Penales imparciales que permitan dejar de tomar semejante precaución! Gracias mil por este esfuerzo complementario.

Le invito, lector, a que observe estas Instrucciones con el rabillo del ojo mientras se adentra en los intrincados pero vitales vericuetos del entramado SIDA.

PRIMERA PARTE

ABORDAR CRÍTICAMENTE EL SIDA

‘Contra el SIDA, información’, se repite con frecuencia.
La cuestión, lector, es: ¿qué información?

Este libro aporta algunos –de entre muchísimos más que hay-
datos, argumentos, análisis, documentos, etc.,
desconocidos por la inmensa mayoría de la población mundial,
en particular por las personas atrapadas por el engranaje SIDA.

Y, sobre todo, ofrece un enfoque general
que significa un cambio radical:
la versión oficial del SIDA es oficial, claro está,
pero no es ni científica ni biológica ni bio-lógica ni real ni...
El ‘VIH/SIDA’ oficial, desde la A hasta la Z,
es una ficción que carece de toda base científica, biológica, bio-lógica, real,…

Voy a compartir el resultado de 20 años de duro camino:
partiendo en 1990 del oficial ‘VIH/SIDA’ ficticio, he llegado al montaje SIDA real.
Y esto me permite exponer los mecanismos del SIDA
de manera que pueda ser desmantelado.
Si este libro consigue un amplio eco
y se pone en marcha un fuerte movimiento DESMONTANDO EL SIDA,
muchas personas se liberarán de la pesadilla
del etiquetaje con una no-enfermedad
cuyo tratamiento social, farmacológico y mediático las mata más o menos rápidamente.
Y la humanidad se emancipará del primer dogma mundial de terror
inventado por núcleos de poder estadounidenses.
Para ello explicaré en las Partes II y III mis respuestas
a tres grupos de preguntas que considero las más pertinentes, y a una pregunta definitiva.

En esta I Parte sitúo el proceso que lleva desde creer en la insostenible versión oficial
a elaborar una explicación rigurosa del SIDA real.
Dedico el capítulo I-4, el más extenso del libro,
a resaltar la maravillosa complejidad y potencia del ser humano
como partícipe de las mucho mayores que tienen el Planeta, el Cosmos y el Universo.
Esto permite encuadrar el tema SIDA en un paradigma de fuerza, confianza y vida,
aparcando el modelo oficial de miedo, envenenamiento y muerte.

I-1.- ¿ES EL SIDA LO QUE SE DICE QUE ES?

Un pilar del SIDA, resquebrajado: las tramposas estadísticas oficiales
A fines de noviembre de 2007 se redujo en más de seis millones (de 39,5 a 33,2) el número de 'personas viviendo con VIH/SIDA' en el mundo. Las autoridades sanitarias internacionales OMS* y ONUSIDA* reconocieron que las cifras dadas hasta entonces, estaban sobreestimadas en casi un veinte por ciento (aunque hicieron una corrección no reconocida de casi el 45%[1]).

Desde que se empezó a celebrar en 1988 el llamado 'Día mundial del SIDA'[2] el uno de diciembre de cada año, justo unas jornadas antes, a fin de caldear el ambiente para multiplicar el impacto que tienen las informaciones y actividades alarmistas oficialmente organizadas, OMS y ONUSIDA habían estado dando cifras hinchadísimas, según ahora reconocen.

Queda así seriamente dañado uno de los principales pilares de la industria SIDA: la divulgación de cifras aterrorizadoras para incrementar el miedo y lograr que cada año afluyan más miles de millones de dólares a fin de, según dicen, 'combatir la epidemia mundial de SIDA'. En efecto, el miedo es el combustible que hace funcionar la máquina destructiva SIDA. Si se redujera el número de millones de etiquetados, también se suavizaría el miedo y probablemente disminuiría la afluencia de dinero. Y esto, aunque sería una buena noticia para la humanidad, resultaría malísimo para el poderoso *establishment* del SIDA.

Este reconocimiento parcial[3] explícito por parte de 'los organismos responsables del SIDA', deja aún más al descubierto que no se han cumplido las predicciones catastrofistas lanzadas desde los primeros años de la era SIDA.

De manera sistemática, se hicieron proclamas vaticinando hecatombes para Europa y para el resto de países económicamente desarrollados, tales como: 'En pocos años, el SIDA matará en los países del occidente industrializado a más personas que todas las demás enfermedades e infecciones juntas' (*Der Spiegel*, nº 39, 23 de setiembre de 1985). Y aún más para África, en particular la central, sobre la que se afirmaba que 'La mortal enfermedad SIDA está ahora tan fuera de todo control en el África negra que naciones enteras están condenadas, dejando dentro de los próximos diez años vastas áreas de tierra ahora pobladas sin una sola persona viviente' (*Sunday Express*, 23 de noviembre de 1986).

Al cabo de una docena de años, y ante la evidencia de lo que realmente había ocurrido, se dejó de anunciar mortandades para los países ricos, pero se mantuvieron para África, aunque desplazando el epicentro hacia el Sur[4]. Eso sí, los pronosticadores no reconocieron lo equivocado

[1] Con un mínimo de coherencia, tendrían que haber reconocido que (no digo "en realidad" porque verá, lector, que la realidad es totalmente distinta, y que no hay nadie 'viviendo con VIH/SIDA', aunque sí hay personas sufriendo el montaje SIDA) casi habían doblado el número. En efecto, desde 2003 repitieron cada año, sorprendentemente, las mismas cifras: 39,5 millones de 'personas viviendo con VIH/SIDA', 'cinco millones de nuevos infectados' y 'tres millones de muertos de SIDA'. Según esto, cada año debería haber habido dos millones más de 'personas viviendo con VIH/SIDA'. Es decir, 41,5 en 2004; 43,5 en 2005; 45,5 en 2006, y tendrían que haber dicho 47,5 en 2007. Luego la exageración a reconocer respecto a los 33,2 millones afirmados para 2007, ascendía a 47,5 - 33,2 = 14,3 millones, cifra que representa el 43% de dichos 33,2 millones. Y también sorprendentemente, desde 2007 repiten cada año la cifra '33 millones' aunque dicen que 'la epidemia sigue extendiéndose, sobre todo en África'.
[2] Al que sería más preciso denominar 'Día para la extensión mundial del SIDA'.
[3] Probablemente estas cifras oficiales serán oficialmente reducidas mucho más. En realidad, deberían ser anuladas.
[4] Así, por ejemplo, en Alemania los 'muertos de SIDA' representan menos del 0,2% de todos los fallecimientos. Pero para África, el anuncio de catástrofe se ha mantenido ("UNICEF advierte de que el sida convertirá África en

de sus augurios anteriores ni buscaron las causas de sus errores, sino que se limitaron a focalizar las nuevas predicciones catastrofistas sobre todo en Sudáfrica, a fin de conquistar el mayor posible mercado de toda África.

Y, ¿qué ocurre con los demás pilares del SIDA?
No se trata sólo de que en realidad no estamos delante de ninguna 'terrible epidemia de SIDA'. Desarrollaré en este libro que los distintos aspectos de la versión oficial del SIDA también son, todos y cada uno de ellos, insostenibles. Aunque antes habría que contestar a:

Pero, ¿y si el SIDA sí fuese lo que se dice que es?
Entonces, lector, lo razonable sería que un supuesto flagelo tan destructivo bien mereciese sumar fuerzas y esfuerzos para neutralizarlo y vencerlo. Si realmente la 'amenaza del SIDA' fuese tan grave como oficialmente se ha venido insistiendo desde hace más de un cuarto de siglo, la actitud lógica de los poderes responsables de atajarla debería haber sido la de sumar todas las capacidades posibles.

Lamentable e incomprensiblemente (¿o no?), no ha sido esta actitud constructiva la que ha prevalecido, ni antes ni ahora.

En efecto, más de dos mil setecientos investigadores –entre científicos, médicos, profesionales titulados diversos, etc.- somos marginados[5] de este esfuerzo. Nuestro delito es haber cuestionado, de una forma u otra, la versión oficial. En www.aras.ab.ca/rethinkers.php se encuentra una lista actualizada que permite aproximarse al número y a la calidad intelectual, académica, social y humana de las personas que hemos tenido tamaña osadía. El día 12 de julio de 2010 contiene 2.710 nombres[6].

El listado va cambiando no sólo porque aparecen nuevas personas cualificadas, sino debido a que, como explica la introducción: "Algunos nombres de esta *web* han sido quitados porque, al parecer, la industria SIDA se siente amenazada porque se exponga de manera pública la fuerza de la disidencia a su muy rentable teoría VIH/SIDA, por lo que contacta a las personas y las presiona para que retiren su nombre de esta página. Estos nombres están cubiertos con un trazo negro". Y abre la puerta a más cambios concluyendo la breve presentación así: "Si Ud. quiere aparecer en esta página *web* (o si quiere ser quitado de ella), por favor, envíe un e-mail a aras@aras.ab.ca".

Inclusive algunos de los críticos más activos e influyentes están siendo censurados[7], amenazados[8], represaliados[9] o empujados a situaciones literalmente invivibles[10], y hasta en alguna ocasión han aparecido misteriosamente muertos[11] o han fallecido en sospechosos accidentes[12].

'un campo de exterminio'", *El Periódico*, España, 16 de setiembre de 1999), y prosigue ("El sida continúa devastando el continente africano", *Unión Radio*, Venezuela, 19 de noviembre de 2006).

[5] Los oficialistas utilizan expresiones del tipo: 'unos peligrosos bichos raros científicos' (*Nature*, 16 de marzo de 2000), 'una pequeña pandilla de científicos' (International Press Service, 5 de abril de 2002), 'un rebaño de gente que dice no' (Seth C. Kalichman, *Denying AIDS*, Springer, 2009).

[6] Claro está, en esta *web* aparecemos sólo quienes los recopiladores han encontrado de entre los que hemos hecho público nuestro desacuerdo con la versión oficial del SIDA. Seguro que hay más que también lo han manifestado abiertamente pero que no han sido localizados e incluidos en esta lista, por ejemplo, por problemas de idioma: mi participación en la Conferencia Internacional de Ekaterinburg (Rusia) de mayo del 2008 me permitió conocer dos médicos rusos autores de tres libros** que no son conocidos fuera porque sólo escriben en su lengua. Y muchísimos más no han osado exteriorizar sus desacuerdos por su lógico temor a ser represaliados.

[7] Quizás la censura más descarada fue la que el Dr. John Maddox proclamó el 3 de mayo de 1993 desde un Editorial de *Nature*, que por entonces dirigía, justificando explícitamente que en su revista no aparecería nada escrito por el Dr. Duesberg**, el disidente mundialmente más conocido.

Y si, como oficialmente se dice, en verdad fuese África 'el epicentro de la epidemia mundial de SIDA' y estuviese siendo diezmada, ¿qué puede explicar que el 30 de abril de 2000 el Gobierno de los Estados Unidos de América declarase el SIDA en África una 'amenaza a la seguridad nacional de los USA', convirtiéndolo más en un problema a resolver por servicios secretos y por militares que por científicos, médicos, asociaciones, etc.?[13]

Entonces, ¿qué ocurre con el SIDA?
¿Es una espantosa epidemia mundial a superar con el esfuerzo conjunto de todos quienes tengamos propuestas para aportar?

¿O es el coto exclusivo de unos especialistas oficiales del 'VIH/SIDA' al servicio de unos intereses -no sólo económicos- que, al parecer, presiden toda esta macabra operación?

¿O es el SIDA asunto de servicios de seguridad estadounidenses[14]?

¿O, en realidad, es el SIDA otra cosa que nada tiene que ver con lo que se nos ha dicho que es?

Esta cuarta posibilidad –que excluye a la primera pero no a las otras dos- es la que voy a desarrollar a lo largo de este libro. Para empezar:

¿Es decisivo distinguir entre 'VIH/SIDA' y SIDA?

Los oficialistas han hecho una trampa a la hora de nombrar aquello en lo que se presentan como especialistas. La trampa queda al descubierto cuando uno se pregunta:

¿Por qué oficialmente al SIDA se lo llama 'VIH/SIDA' y no simplemente SIDA?

---

[8] Por ejemplo, repetidas amenazas recibidas tras la publicación en 1993 de su primer libro, obligaron al médico Enric Costa** a cerrar su consulta y a tomarse un largo retiro sabático.
[9] Media docena de casos son explicados en "Muzzling and destroying AIDS dissenters: The McCarthy Inquisition's latest phase", *Rethinking AIDS*, vol. 1, nº 5, enero de 1994. Sería interesante actualizar el listado.
[10] Fueron los casos del inmunólogo suizo Dr. Alfred Hässig** (1921-1999) y del nefrólogo argentino Dr. Eduardo Verzini (fallecido en 1998), ambos asesores científicos de *Plural-21*, que murieron víctimas de la persecución –mediática y, en particular, judicial- con que los castigaron por sus posiciones disidentes, acusándolos de ser responsables de 'contagiar el VIH' (el Dr. Hässig en muestras de sangre de las que era responsable, y el Dr. Verzini en la clínica renal que regentaba)… cuando ambos sabían que nadie ha demostrado que el 'VIH' exista.
[11] Es el caso del médico norteamericano Dr. Robert Willner**, quien falleció el 15 de abril de 1995 de un ataque al corazón. Apareció muerto en su coche perfectamente estacionado. Al parecer, su familia se negó a que se le hiciese la autopsia. El Dr. Willner era conocido porque en diversas ocasiones, y delante de cámaras de televisión, extrajo sangre de etiquetados 'seropositivos' y se la inyectó en vena. Fue su forma de llamar la atención acerca de que el SIDA no es contagioso y de que "el VIH no causa el SIDA".
[12] El médico sudafricano Dr. Sam Mhlongo falleció en el acto el 6 de octubre de 2006 cuando un camión chocó contra el automóvil que conducía desde su lugar de trabajo, el Hospital de MEDUNSA, del que era director, a su hogar. El Dr. Mhlongo era el principal apoyo del entonces Presidente de Sudáfrica, Thabo Mbeki**, de quien había sido su médico particular durante el exilio de ambos en Londres.
[13] Es ilustrativo conocer algunos antecedentes de esta decisión. Desde octubre de 1999, Mbeki impulsó un debate internacional sobre las causas y los tratamientos del SIDA (más detalles en la contribución de A. Brink** en III-5). El 3 de abril de 2000, Mbeki envió una *Carta a los principales dirigentes políticos mundiales* (www.virusmyth.com/aids/news/lettermbeki.htm), entre ellos Kofi Annan, Bill Clinton, Toni Blair y Gerhard Schröeder, entonces respectivamente presidentes de la Organización de Naciones Unidas, Estados Unidos, Gran Bretaña y Alemania. Poco después, Mbeki inició una gira por estos países, a fin de hablar personalmente con tan altos mandatarios. La respuesta de Clinton fue la mencionada declaración. ¿Por qué?
[14] A última hora, Clinton pidió a Mbeki que incluyese como invitados a la primera sesión de su *Panel***, celebrada en mayo de 2000 en Pretoria, a cuatro "enviados personales especiales" que sólo abrieron la boca para comer.

Parece lógico que algo que desde 1982 acabó siendo oficialmente llamado SIDA, siguiese luego denominándose SIDA. Pero a fines de los ochenta se impuso el uso de la expresión 'VIH/SIDA'. ¿Por qué? ¿Oficialistas? ¿Lector?

Mi respuesta es porque a partir de 1987 se fue consolidando una corriente cualitativamente importante de científicos, médicos, investigadores, asociaciones, etiquetados e interesados en la problemática, que rechazamos la afirmación 'el VIH causa el SIDA', e incluso cuestionamos la existencia misma no sólo de la ficción 'VIH' sino de la supuesta 'enfermedad SIDA'. Entonces y ahora, el marketing que acompaña desde sus inicios el tema SIDA procura siempre fortalecer la versión oficial. Una forma sencilla -y me temo que muy eficaz- de hacerlo fue crear una expresión que asocia constantemente SIDA con el supuesto 'VIH', y así surgió la fórmula 'VIH/SIDA'. De esta manera cada vez que se suelta 'VIH/SIDA' se recalcan conscientemente y se refuerza subconscientemente tres falsedades: que 'es real una enfermedad llamada SIDA', que 'existe un virus denominado VIH', y que 'el supuesto VIH es la causa del pretendido SIDA'. Y en paralelo se potencia la moda aparentemente científica y la valoración políticamente correcta de que el gran enemigo a batir es el supuesto 'VIH' por ser la supuesta causa de la supuesta 'enfermedad SIDA', superstición que interesa al *establishment* del SIDA.

Hasta aquellos años, a nadie con suficiente poder dentro del mundo científico-médico se le había ocurrido -o quizás no había tenido la necesidad de hacerlo- asociar el nombre de una enfermedad con su supuesto agente causal. Esto es una moda relativamente reciente. Hasta entonces, la alopatía designaba a las enfermedades por el nombre de su descubridor (sarcoma de Kaposi) o de la zona afectada u considerada originaria (gripe española), y a los que considera sus agentes causales por el nombre del descubridor (bacilo de Koch).

Pero ya había sido tendencioso que, previamente, al supuesto agente causante de lo entonces ya llamado Síndrome de InmunoDeficiencia Adquirida (SIDA) se le acabase denominando, a partir de un momento determinado, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Así se nombra al supuesto agente causante justamente con el nombre de la supuesta enfermedad que supuestamente ocasiona. Éste es el primer ejemplo del tramposo razonamiento circular (intencionadamente, se nombra a la causa con el efecto, y al efecto con la causa, para así poder afirmar que este truco "demuestra" que el efecto es producido por lo que se propone como causa) que impregna la versión oficial del SIDA.

'VIH/SIDA': ¿una ficción sin base real alguna?
Pues bien, voy a ir argumentando a lo largo del libro que nada de lo que oficialmente se incluye en el 'VIH/SIDA' está científicamente demostrado, por lo que, a falta de nuevas pruebas, lo considero ficticio.

SIDA: ¿una enfermedad a curar o un montaje a destruir?
Pero que el 'VIH/SIDA' sea una ficción, no implica que no exista el SIDA. Sí, el SIDA está ahí y tiene una realidad que mata, pero no es lo que nos han dicho que es… y que, lector, quizás había Usted aceptado hasta hoy. Como veremos en II-3-2, la explicación del SIDA por el 'VIH' es insostenible (incluso aceptando imaginativamente por un momento que el supuesto 'VIH' fuese real), luego no existe el SIDA vírico, y ni siquiera el SIDA como enfermedad (II-2-1).

Pero el fenómeno SIDA sí es real, aunque no como entidad biológico-patológica sino como montaje. Que no sea de origen vírico, no le quita precisamente virulencia. El SIDA es un invento destructivo, un engranaje que resulta fatal para quien es atrapado por él… si no se sale a

tiempo. Pero el SIDA real tiene otras explicaciones y otros motivos desencadenantes[15]. Considero que lo único coherente que corresponde hacer con el SIDA es… desmontarlo.

¿Por qué los oficialistas convierten "Rechazar el 'VIH/SIDA'" en 'Negar el SIDA'?
Distinguir la ficción 'VIH/SIDA' de lo que es el SIDA real, permite mostrar cuán tendenciosas son las pocas críticas que los oficialistas nos dirigen. El 20 febrero de 2009 apareció el primer –y, por ahora, que yo sepa, único- libro (o librito: 205 páginas) dirigido a combatirnos. Saludo el relativo coraje[16] de su autor, Seth C. Kalichman, Catedrático del Departamento de Psicología de la *University of Connecticut*. No lo he comprado porque el autor promociona su mortífera solidaridad anunciando que *'Los derechos de autor de la venta de Denying AIDS son donados para la compra de tratamientos del VIH para África'*, y no quiero contribuir a envenenar a nadie, y menos a los africanos que tienen la suerte de no disponer de dinero para comprar los venenos quimioterápicos supuestamente 'anti-VIH'. Pero circuló por Internet.

Ya el título es revelador: *Denying AIDS*. ¿Por qué cuestionar la versión oficial 'VIH/SIDA' es transformado en *Negar el SIDA*? Ayuda a responder el subtítulo: *Conspiracy Theories, PseudoScience, and Human Tragedy*. Indica que el autor no busca un debate sino sólo reforzar a los oficialistas estigmatizándonos. En una etapa en la que ya no pueden seguir silenciando nuestra existencia, se trata de condenarnos (llamándonos 'negacionistas' y 'conspiranoicos', con lo que se pretende colocarnos entre cuestionadores de temas totalmente distintos), descalificarnos (situándonos fuera del campo científico), y convertirnos en objeto de más ataques al criminalizarnos (culpándonos de supuestamente negar una tragedia humana).

Que el Dr. Kalichman sea psicólogo y que no pertenezca al núcleo duro-aunque-deleznable del 'VIH/SIDA' (retrovirólogos, inmunólogos, biólogos moleculares,…), no era ningún buen augurio. Que en vez de tomar contacto abiertamente con los críticos más representativos para aclarar de frente las cuestiones más conflictivas, lo hiciese disfrazándose de estudiante o de disidente, incluso asistiendo a encuentros de disidentes y tomándose fotos abrazado a algunos, refleja que se montó una película de *Agente 007* infiltrado en las filas del enemigo, malvados asesinos… aunque con el atenuante de considerarnos enfermos mentales. Que no aborde ningún aspecto científico con una cierta profundidad y que en cambio utilice frecuentes ataques *ad hominem* (que no *ad homonym*, como escribe dicho autor), confirma los malos auspicios. Que este libro sea alabado por alguno de los oficialistas más prominentes, como la Dra. Helene D. Gayle (durante años responsable de SIDA en los CDC* y ahora en la Fundación Gates) y James Curran (directivo del EIS* cuando se inventó el SIDA), expresa las dificultades en encontrar alguien cualificado dispuesto a tomar por los cuernos el toro de los críticos[17].

En todo caso, parece claro que el objetivo del Dr. Kalichman es totalmente distinto al del libro que tiene en sus manos, lector: no busca terminar con el SIDA real, sino acabar con quienes cuestionamos el ficticio 'VIH/SIDA', y así reforzar el *establishment* del SIDA y su 'epidemia crónica' de miedo, intoxicación anímica y envenenamiento físico. Los oficialistas sienten amenazado el tinglado que unos pocos han construido intencionadamente y en el que muchos están confortablemente instalados.

[15] Formulo en III-1-4 la hipótesis que considero más verosímil sobre porqué se inventó el SIDA en los EE.UU. en 1981. Es una contribución al Debate SIDA que solicito en III-1-2, y que este libro busca impulsar, no concluir.
[16] "Relativo coraje" porque arriesga poquísimo en comparación a lo que se expone cada uno de quienes han escrito los más de 250 libros que recojo en III-7, bastantes de ellos con doble o triple o más número de páginas.
[17] Otro ejemplo de estas dificultades: *Dissecting a Discovery* (2007), el único libro no escrito por el propio Dr. Gallo que narra 'su heroica actuación para demostrar que el VIH causa el SIDA', es de Nikolas Kontaratos, guardia privado no-armado de seguridad que sólo logró ser aceptado unas pocas semanas en la policía de Los Angeles.

I-2.- ¿VERSIÓN OFICIAL, VERSIÓN DISIDENTE O VERSIÓN MONTAJE?

¡Cómo! ¿Resulta que hay tres formas distintas de entender el SIDA?
Sí, lector, de entrada se puede decir que existen dos grandes bloques:

-El bloque de los defensores de las afirmaciones oficial e institucionalmente dadas por ciertas y que, nacidas en los USA, son en todo el mundo aceptadas por los gobiernos, aplicadas por los responsables sanitarios, enseñadas en las Universidades y difundidas acríticamente por los medios de alcance masivo, y que reciben abundantísima financiación. Con ligeros matices, considero que las posiciones oficiales quedan adecuadamente resumidas así:

> En 1981 irrumpe una epidemia de una nueva enfermedad llamada SIDA. En África y otras partes del Tercer Mundo, esta epidemia sigue creciendo. Pero la epidemia de SIDA ha sido detenida en los países económicamente desarrollados gracias a las campañas de prevención y a los tratamientos antivirales y preventivos.
> En 1984 se demuestra que la causa del SIDA es el virus VIH. El VIH se transmite a través de relaciones sexuales sin preservativo, de madre a hijo, y/o por sangre (uso compartido de agujas inyectables, transfusiones, hemoderivados, trasplantes).
> Desde 1985, unos tests altamente fiables indican de manera segura si se está o no infectado por el VIH. Dar positivo a los tests del SIDA significa tener inmunodeficiencia.
> El recuento de linfocitos T4 indica la situación de las defensas de la persona, y la técnica PCR mide la carga viral. Ambas cantidades son indicadores de la evolución de la persona infectada.
> Los tratamientos anti-VIH administrados desde 1987 alargan la vida de los infectados. Desde 1995 los *cócteles*, con la ayuda de los tratamientos preventivos, han convertido el SIDA en una enfermedad crónica.

-Y el bloque discrepante formado por distintos conjuntos que cuestionamos uno, varios o todos los puntos de la versión oficial. Estas posiciones críticas son censuradas por los medios de comunicación cuantitativamente importantes, no reciben apoyo institucional ni económico alguno, son marginadas, ridiculizadas e incluso represaliadas, y, en consecuencia, son desconocidas por la inmensa mayoría de la población, empezando por los propios etiquetados.

¿Quiénes somos los discrepantes?

Antes he mencionado que más de 2.700 firmantes aparecemos en la *web* de la *Alberta Reapprasing AIDS Society*. Y en la III Parte están referenciados más de 230 libros y listadas más de 140 *Web*s que dan a conocer enfoques e informaciones críticas… y seguro que hay más.

Ahora bien, me parece útil e ilustrativo explicar que en el bloque discrepante hay (por lo menos) cuatro distintos conjuntos internacionales de críticos. Se trata de:

DISCREPANTES DEL TRATAMIENTO. Este conjunto, el menos rupturista, está constituido por personas (fundamentalmente médicos, pero también otros profesionales sanitarios y etiquetados) que rechazan los tratamientos supuestamente 'antivirales' hospitalarios por considerarlos excesivamente tóxicos, pero que aceptan el resto de las posiciones oficiales (incluido, en muchas ocasiones, los peligrosos tratamientos supuestamente 'preventivos'). El nombre

público[1] más conocido es el Dr. Donald I. Abrams, el único, que yo sepa, que ha logrado dinero para aplicar tratamientos alternativos en un hospital (el General de San Francisco) desde los inicios del SIDA. Numerosos investigadores y médicos fueron marginados por elaborar sustancias biológicas propias[2] que no lograron que fuesen puestas a prueba para, en caso de resultar beneficiosas, ser reconocidas y administradas. De hecho, el futuro ex Premio Nobel Dr. Montagnier –ex porque confío en que le sea retirado el Premio Nobel durante el proceso de desmontaje del SIDA- podría ser incluido en este grupo puesto que desde mediados de los noventa recomienda el uso de antioxidantes y pone el acento en llevar una vida sana, reduciendo el uso de los supuestos 'antivirales' a unos pocos meses…

DISCREPANTES DE QUE 'EL VIH ES LA CAUSA DEL SIDA' (y de los supuestos 'antirretrovirales'). Este conjunto está constituido por quienes rechazan la afirmación 'el VIH causa el SIDA'. Aceptan que 'el VIH ha sido aislado' y que, por lo tanto, existe y se transmite, y que los 'tests' sirven para detectarlo indirectamente, pero consideran que es un virus pasajero inofensivo. En consecuencia, al igual que el primer conjunto, rechazan los supuestos 'tratamientos anti-VIH'. Pero además de por tóxicos, por innecesarios. Sostienen que el AZT* primero y después los *cócteles** son en realidad causantes de inmunodepresión real y de muerte, y que deben ser prohibidos inmediatamente. Su representante más conocido es el Dr. Peter Duesberg**, miembro de la Academia Americana de Ciencias[3], quien ha producido desde 1987 una enorme documentación científica. En numerosas ocasiones el Dr. Duesberg ha manifestado su deseo de que alguna multinacional farmacéutica se querelle contra él por afirmar que los medicamentos supuestamente 'anti-VIH' generan SIDA, pues así muchos etiquetados se enterarían de que están envenenándose sin justificación alguna con los tratamientos hospitalarios. Este grupo es el más reconocido por los oficialistas, probablemente porque tiene posiciones más débiles que los dos siguientes y, en consecuencia, argumentos más rebatibles y, hasta cierto punto, rebatidos. Y de nuevo, también puedo incluir al Dr. Montagnier en este grupo ya que en la VI CIS* celebrada en San Francisco-1990 lanzó su "hipótesis de los cofactores": puesto que el VIH no es capaz por sí sólo de matar T4 alguno, es necesario que sobre la misma célula actúe al mismo tiempo otro factor. Tras una docena de años buscando micoplasmas u otros cofactores microbianos, últimamente apunta cofactores mucho más interesantes: miedo, angustia, estrés crónico, malos hábitos de vida, etc.

DISCREPANTES DE LA EXISTENCIA DEL SUPUESTO 'VIH' (y de casi todo). El tercer conjunto rechaza que haya prueba científica alguna de que el presunto 'VIH' haya sido aislado y caracterizado ni una sola vez, por lo que nadie debería afirmar que existe y menos aún que cause problema alguno de salud. Su componente más conocido y de mayor peso internacional es la científica Eleni Papadopulos-Eleopulos* y su equipo, denominado *El Grupo de Perth** por el nombre de la ciudad australiana donde reside el núcleo central. Formado el mismo año 1981, desde 1988 han publicado numerosa documentación de altísima calidad científica que se ha centrado sobre todo en demostrar exhaustivamente que el supuesto 'VIH' nunca ha sido aislado, aunque también han explicado que los 'tests' no son válidos, que el estrés oxi-

[1] Muchos más médicos descartan en su práctica -sobre todo privada, pues tienen mayor libertad- la administración de los supuestos 'antivirales'.

[2] Al inicio de mi periplo SIDA, conocí de cerca al biólogo Dr. Mirko Beljanski (serbio afincado en Francia, fallecido en 1998), en cuyo apoyo se formó la asociación C.O.B.R.A., que presento más adelante.

[3] Que sepa, hay otro miembro crítico vivo perteneciente a la Academia Americana de Ciencias. Se trata del Dr. Harry Rubin, catedrático de Biología Celular y Molecular. Un tercero, el Dr. Serge Lang**, falleció recientemente (1927-2005). Era un matemático de renombre mundial en tanto que matemático, y también por sus *dossiers* de denuncia del fraude científico. Varios de estos *dossiers* están recogidos en un libro** que dedica dos capítulos al tema SIDA centrados, uno, en la mala conducta científica del Dr. Gallo -¡y eso que el Dr. Lang no llegó a conocer el fraude cometido por el Dr. Gallo en 1984!- , y el otro en la falta de pruebas de que 'el VIH causa el SIDA'.

dante[4] es el principal factor explicativo de lo que ocurre en el cuadro del SIDA real, que el AZT no puede cumplir la función que sus fabricantes le atribuyen (porque apenas es trifosforilizado, por lo que no puede actuar como nucleósido análogo y bloquear el supuesto 'ADN-proviral'), que no hay prueba alguna de 'transmisión vertical o madre-feto', y muchos otras afirmaciones oficiales. Que la exhaustiva argumentación de *El Grupo de Perth* esté centrada en una cuestión tan decisiva como que "el VIH nunca ha sido aislado", hace que muy pocos oficialistas lo mencionen y que aún menos se atrevan a criticarlos. De hecho, a menudo hay oficialistas que intentan descalificar a *El Grupo de Perth* diciendo que 'cuestiona la existencia del VIH cuando incluso el conocido disidente Dr. Duesberg la afirma'.

DISCREPANTES DE TODO (partiendo de rechazar que 'el SIDA es una enfermedad'). Y en los últimos tiempos está incubándose la constitución de un cuarto conjunto, que confío se vea considerablemente reforzado por el libro que tiene en sus manos, lector. Es el inicialmente formado por activistas voluntarios que, sin las trabas formales –y laborales- que impone tener que actuar como científico o como médico, hemos llegado a la conclusión de que "El SIDA no es una enfermedad a tratar –ni siquiera alternativamente- sino un engranaje *made in USA* a desmantelar"[5]. Éste es nuestro punto de partida. Así podemos comprender que la primera invención en 1981 del SIDA como una falsa-enfermedad, necesariamente requería (mencionando sólo los sucesivos engaños más importantes): la segunda invención en 1982 de una falsa-epidemia-de-SIDA para fortalecer al falso-SIDA-enfermedad, así como la decisión tomada por el Director de los CDC en verano (fecha a precisar) de que la causa era vírica; en consecuencia, la tercera invención en 1983-1984 del supuesto 'VIH' como una falsa-causa-vírica-con-apariencia-científica; la cuarta invención en 1985-87 de los denominados 'tests-VIH' como un falso-diagnóstico-con-apariencia-tecnológica; la quinta invención en 1987 de supuestos 'fármacos anti-VIH' como un falso-tratamiento-con-apariencia-farmacológica; la sexta invención en 1995 de "eso" llamado 'carga viral' como un artefacto tecnológico que permite presentar como beneficiosos unos tratamientos quimioterápicos venenosos tendencialmente[6] mortales a medio plazo. Todo ello además de las previas invenciones del 'recuento-de-T4-igual-a-defensas' y también de la supuesta 'constante-capacidad-de-mutación-del-VIH' como una falsa-explicación-comodín; de la relativamente reciente invención del Síndrome de Reconstitución Inmunológica (SRI*) para justificar que los tratados con *cócteles* empeoren, y de tantas futuras invenciones como sean necesarias en tanto que falsos argumentos para meter parches destinados a tapar brechas recientes, a disimular la primera y decisiva invención… y a esconder y proteger a sus verdaderos inventores. En este enfoque, "la causa del SIDA son los CDC", y el único posible "tratamiento del SIDA" adecuado es dar a conocer a los etiquetados que en realidad son víctimas de un montaje puesto en marcha en 1981 en los USA por los CDC, montaje cuya primera pieza fue hacer creer y aceptar la aparición de una terrible enfermedad contagiosa e inevitablemente mortal que acabó siendo denominada SIDA. Pero también explicaremos a sus víctimas que si tienen problemas REALES de salud, deben tratárselos –de la manera menos agresiva que conozcan- apartándose del engranaje SIDA, es decir, completamente al margen de la parafernalia del 'VIH/SIDA'. Considero cualitativamente distinto actuar para "Desmontar el SIDA" que para "Repensar ó Replantear ó Reevaluar el SIDA" (y aún muchísimo más que para "Humanizar y Cronificar el SIDA", como dicen los oficialistas, o incluso que para "Curar el SIDA", con que sueñan los más bienintencionados). Corresponderá a quie-

[4] Utilizo "oxidante" en vez del comúnmente empleado "oxidativo" por ser éste un anglicismo (*oxidative*).
[5] Éste es precisamente el subtítulo del libro mío de 259 páginas publicado en mayo del 2011 con el título: "DESMONTAR EL SIDA". Se puede bajar gratuitamente de la web de la editorial: www.cauac.org/desmontarelsida
[6] Pongo a menudo el matiz "tendencialmente" para dejar abierta la posibilidad de que haya etiquetados sobrevivientes a los venenosos *cócteles*. Igualmente ocurre a menudo que, en experimentos con lotes de animales sometidos a dosis letales de radiaciones, alguno sobrevive aunque los investigadores no sepan explicarlo.

nes hagan suya la orientación DESMONTAR EL SIDA precisar estas diferencias cualitativas, y elaborar una estrategia y unas tareas adecuadas. Y propongo considerarnos desde el primer momento "los desmontadores del SIDA", dejando a los críticos que lo deseen seguir aceptando ser llamados 'disidentes' (o, quien sabe, alguno incluso dejarse difamar como 'negacionista').

Mención especial merecen dos médicos alemanes que, aunque se conocen desde hace décadas, han seguido caminos independientes. Considero que los resultados distintos a que han llegado podrían y deberían imbricarse profundamente. Me refiero a los médicos Doctores Heinrich Kremer y Ryke Geerd Hamer.

El **Dr. Kremer** ha hecho una revisión exhaustiva de la literatura científica publicada en el siglo XX. Entre otros resultados, ha recuperado las investigaciones clave del Dr. Otto Warburg en los años treinta sobre la falta de formación de energía en la célula como origen del cáncer, y las ha ampliado incorporando el decisivo papel de las mitocondrias como bacterias endosimbióticas que elaboran dicha energía. Al integrar, además, otros hallazgos de la Biología de la Evolución, puede entender cómo se llegan a reproducir en el cuerpo humano las condiciones de etapas anteriores que permiten que puedan proliferar en él los distintos tipos de microorganismos considerados causantes de las llamadas Enfermedades Oportunistas*. Todo ello abre vías a nuevos tratamientos bioregeneradores eficaces, no-tóxicos y relativamente económicos para muchas enfermedades distintas. Su libro** merecería un Nobel… si este Premio se otorgase con unos criterios cualitativos en vez de estar sometido a intereses políticos y crematísticos, como demuestra el de Medicina 2008. Aportes del Dr. Kremer impregnan el capítulo I-4, y en ellos me baso para desarrollar en particular II-3-3 y II-3-4.

Por su parte, el **Dr. Hamer** vuelve a poner el cerebro en el puesto de mando del funcionamiento de toda la persona, y ello por ser el lugar de encuentro de nuestro mundo físico con nuestro mundo anímico. Esto le ha permitido hacer, con la ayuda tecnológica del *scanner* cerebral, una especie de mapa del alma. En efecto, cada conflicto biológico o situación de emergencia (emocional, familiar, laboral, amenaza, accidente peligroso, etc.) puede –luego no es un determinismo- vivirse de forma tal que produzca un impacto en un lugar u otro del cerebro (foco de Hamer). Y desde donde haya tenido lugar el impacto, el cerebro emitirá instrucciones a la parte correspondiente del cuerpo con unas consecuencias que son entendidas como "enfermedades a combatir" cuando en realidad tienen un sentido vital profundo pues son expresión de programas biológicos y bio-lógicos que tenemos insertos en tanto que somos parte de un todo complejo y armonioso, y que nos permiten responder a situaciones de emergencia o especiales que vivimos. El Dr. Hamer tiene muy claro desde mediados de los ochenta que el SIDA no tiene significado biológico puesto que no es una enfermedad. Las cinco Leyes Biológicas que ha encontrado el Dr. Hamer cuestionan totalmente los fundamentos de una medicina alopática basada en la fragmentación del ser humano y en numerosísimas hipótesis no demostradas, y convierte no sólo en innecesaria sino en perjudicial (casi) toda la industria farmacéutica. El enfoque del Dr. Hamer también influye en I-4 y es el que inspira II-3-12.

Sin duda hay muchos otros investigadores que merecerían ser nombrados, y lamento no poder hacerlo. No sólo por falta de espacio –sería revelador e impactante un libro que presentarsecon detalle la obra de todos los críticos del SIDA- sino porque o los conozco menos o sencillamente ni sé de su existencia. Afortunadamente, el movimiento, aunque no está estructurado, es amplio y creciente. Y va recibiendo la incorporación de nuevos –aunque algunos, veteranos- miembros que refuerzan a quienes ya llevamos dos décadas de actividad contra la corriente.

Menciono a cinco autores cuya obra he conocido durante la escritura de este libro:

- El **Dr. James Chin**** es epidemiólogo de salud pública desde hace casi medio siglo. Como responsable del seguimiento y prevención de enfermedades infecciosas en California, se vio implicado en el fenómeno SIDA desde sus inicios. En 1987 se traslada a Ginebra para encargarse en la OMS* de desarrollar métodos y criterios para el seguimiento, tanto global como regional, del 'VIH/SIDA'. En 1992 dimitió y regresó desempleado a California. Desde entonces "ha trabajado como asesor independiente de diversas agencias internacionales de evaluación de las características y prevalencia del VIH en países en desarrollo, principalmente de África y Asia". En el 2007 publicó un libro** (del que saco la cita precedente) donde argumenta demoledoramente que ONUSIDA* y los activistas del 'VIH/SIDA' han multiplicado las cifras de 'personas viviendo con VIH/SIDA' a fin de mantener el mito –así lo llama el propio Dr. Chin- del alto riesgo que oficialmente se afirma existe de que la supuesta 'epidemia de SIDA' se extienda heterosexualmente y alcance a toda la población. El Dr. Chin se desmarca de los que llama disidentes, y centra su crítica exclusivamente en los aspectos epidemiológicos. Pero probablemente estas denuncias del Dr. Chin son las que mayor peso han tenido en la reducción que he mencionado al comienzo de esta I Parte.

- El **Dr. Henry H. Bauer**** es catedrático y decano emérito de la *Virginia Polytechnic Institute & State University*. En su investigación toma, por un lado, los datos oficiales de los CDC* sobre los 'diagnósticos de seropositividad' y, por otro lado, los datos también oficiales de los mismos CDC sobre los 'diagnósticos de casos de SIDA' en los Estados Unidos, y los superpone. Concluye que la distribución de los etiquetados 'seropositivos' y la de los etiquetados 'casos de SIDA' no coincide ni geográfica ni cronológicamente, ni tampoco por tramos de edad ni por sexos ni por razas. Además, también llega a la conclusión de que "el VIH no se transmite sexualmente ni de ninguna otra forma puesto que su prevalencia o impacto en la población estadounidense no ha aumentado desde 1984" (año en que el Dr. Gallo lanza la ficción 'VIH/SIDA'). La suma de estas conclusiones parciales le lleva -¿de forma irrebatible?- a una conclusión final definitiva: "el VIH no es la causa del SIDA", que desarrolla en un importante libro**. Su *blog*** es el más recomendable que conozco en la actualidad.

- La joven **Dra. Rebecca V. Culshaw**** es una matemática aplicada a la biología que estuvo trabajando con modelos matemáticos de la 'infección por VIH' durante casi diez años. Obtuvo su doctorado (en Matemáticas con especialización en Matemática biológica) en el 2002 en la *Dalhousie University* de Canadá precisamente investigando con modelos matemáticos del 'VIH/SIDA'[7]. En marzo de 2006 dio a conocer la declaración *¿Por qué dejo el VIH?*, haciendo pública su ruptura definitiva con la afirmación 'el VIH causa el SIDA' por su total inadecuación a la realidad del SIDA. Menos de un año más tarde publicó un breve pero muy sustancioso libro** donde lleva sus desacuerdos a prácticamente todo el conjunto del 'VIH/SIDA'. En la actualidad la Dra. Culshaw es Profesora de Matemáticas en la *University of Texas at Tyler*.

- En su libro** aparecido el 30 de junio del 2008, la veterana periodista **Janine Roberts** hizo públicos por primera vez tres documentos que demuestran -¿de manera irrefutable?- que el Dr. Gallo cometió fraude científico. El artículo central de los cuatro aparecidos en *Science* el 4 de mayo de 1984 y que significaron el lanzamiento mundial del 'VIH/SIDA', fue falsificado de su puño y letra por el Dr. Gallo. Cambió cualitativamente el contenido del borrador que había redactado el Dr. Mika Popovic, quien realizó los experimentos que la historia oficial del SIDA considera que llevaron a 'aislar el VIH y probar que es la causa del SIDA'. El Dr. Gallo actuó conscientemente de esta manera abominable para ganar dinero, fama y poder con la "guerra del

[7] El título de la Tesis Doctoral de R. Culshaw fue *Immune Response Models of HIV Infection and Treatment*.

SIDA" tras haber perdido la "guerra del cáncer". Janine se interesó en 1996 en "investigar las vías a través de las cuales se propagaba el VIH"[8]. A raíz de estudiarlas, empezó a cuestionar la versión oficial del SIDA. En III-5 explica como descubrió las trampas del Dr. Gallo. Su libro documenta que no sólo el 'VIH' sino varios otros supuestos virus carecen igualmente de credenciales científicas. De hecho, aborda la crisis de la Virología moderna y sus graves consecuencias para la salud mundial. Es, pues, una investigación punta sumamente interesante que amplia enormemente el potencial crítico. En Anexos reproduzco estos tres documentos clave.

- La quinta novedad es el Informe *Gallo's Egg***. Hecho público el 20 de julio de 2008, aporta un ángulo de abordaje inédito pero decisivo: el delictivo. Cedo la palabra a su autor: "Mi nombre es **Clark Baker****. Soy detective, con licencia en California. He sido detective durante 28 años, tanto privado como en el Departamento de Policía de Los Ángeles (1980-2000). (…) he recibido más de 80 condecoraciones militares y civiles por mis servicios como sargento de *marines* de los USA y como oficial de policía. (…) Soy afortunado por tener el tiempo, la energía y los recursos para ayudar *pro bono* a que buenas personas puedan salir de apuros inmerecidos. (…) Jamás he escrito sobre algo más importante. Esta historia ha cambiado mi vida, y si Ud. se toma el tiempo y la paciencia para comprender lo que he redactado, también puede cambiar la suya. (…) No se precisa de formación médica alguna para investigar conductas fraudulentas o criminales, así como la financiación utilizada. (…) No se requiere un cerebro de neurocirujano para ver que ningún científico ha demostrado nunca que el VIH: 1) exista; 2) ataque células; y 3) cause el SIDA. Argumentar contra las montañas de minucias del VIH/SIDA, que son interdependientes y que se apoyan las unas a las otras, requeriría terabytes de capacidad computacional, así como una tenacidad de fanático. La clave de todo este enorme entramado no se encuentra en las construcciones de cartón-piedra, ni en los peones, ni en los corre-ve-y-diles, sino en la declaración original misma del propio Dr. Gallo sobre el VIH. (…) Tras haber investigado miles de crímenes y haber arrestado cientos de miembros de bandas criminales y otros depredadores, reconozco un asunto criminal en cuanto lo huelo. (…) Mi intención es continuar implicado en este tema hasta que los tribunales y/o los legisladores hayan terminado con esta empresa criminal llamada SIDA"[9]. ¿Impactado, lector? Es clarificador que lo primero que le llamó la atención y que le hizo ver en seguida quienes eran los criminales, fue la significativa conducta de los oficialistas[10]: tras despotricar contra los disidentes y hacerles responsables de la muerte de millones de personas, le recomendaron: '¡No vaya a hablar con ellos!' en vez de animarle a perseguirlos en tanto que representante de la ley. Clark concluyó inmediatamente: "¡Está claro que los criminales son los oficialistas!".

***House of Numbers*: ¿dan los oficialistas más importantes argumentos a los críticos?**

La última -por ahora- novedad que los oficialistas no han logrado silenciar es el documental *Castillo de números*[11]*. Un mundo sin SIDA puede estar más cerca de lo que Ud. cree (La historia del VIH/SIDA se está reescribiendo).* Presentado en sesión especial en abril de 2009, el *establishment* del SIDA parece conmocionado por este video confeccionado por el joven realizador canadiense Brent Leung. Aún no he podido ver este reportaje, pero sí algunos trozos que circulan y que también están, junto con más elementos, en su web *www.houseofnumbers.com*

[8] e-mail personal, 24 de marzo de 2008.

[9] Para ello Clark Baker** ha constituido la *Office of Medical and Scientific Justice* (OMSJ).

[10] Esto en sus primeros contactos. Luego los oficialistas ya fueron a por él presionando para que se le retirase la licencia, bloqueando su ordenador, calumniándolo, etc.

[11] "Castillo de naipes" se traduce en inglés como "House of cards". Brent Leung usa la metáfora del "castillo de números" para indicar que el SIDA oficial ha hinchado tanto las cifras que es como un "castillo de naipes": puede derrumbarse al menor soplo o golpe, por lo que su final puede estar cercano...

La mayoría de entrevistados son oficialistas, aunque también aparecen discrepantes pertenecientes a los tres primeros conjuntos que he mencionado. El director no planteó abiertamente el reportaje como un debate, pues en tal caso los oficialistas no lo habrían recibido, sino que invito a cada cual a decir lo que quisiera. La importante contribución de este documental es que son los propios oficialistas de más renombre quienes, confiados en su poder e influencia, hacen unas declaraciones prepotentes en las que, paradójicamente, muestran las debilidades y contradicciones de la versión oficial del SIDA, con lo que ellos mismos refuerzan parte de lo que decimos los críticos. Esto ha puesto muy nerviosos a los oficialistas, que usan toda su fuerza para presionar a quienes se muestran dispuestos a proyectarla, e impedir que *House of Numbers*[12] pueda distribuirse comercialmente y así ser ampliamente difundida, conocida… y discutida.

¿Es *House of Numbers* un ejemplo a seguir?
Lograr que los oficialistas se explayasen a sus anchas y hablasen entre sí durante mucho tiempo, sería una fuente inagotable de argumentos a favor de los críticos.

¿Discrepantes pero exigentes, o discrepantes por ser exigentes?
He aquí una cuestión clave. Nadie nace crítico ni disidente ni –menos aún- "desmontador del SIDA", sino que inicialmente acepta lo que le enseñan. Su actitud exigente es la que le hace ver puntos oscuros, plantearse interrogantes, cuestionar lo establecido, buscar respuestas de otros, ir elaborando las propias, plantear nuevas hipótesis, construir otras vías, etc.

El proceso que lleva de ser un creyente seguidor de lo dominante hasta atreverse a hacer públicos los desacuerdos e incluso posteriormente llegar a formular explicaciones alternativas enfrentadas a lo imperante, es lento y duro. Y quiero subrayar que sólo quien es muy exigente se atreve a seguir un camino de este tipo, pues sabe que tener esta actitud y andar tal vía le va a crear numerosos y graves problemas en todos los ámbitos de su actividad: profesional, laboral, familiar, social, económica, etc.

Con ello deseo precisar que no es que se sea exigente a pesar de ser discrepante, sino que es el hecho de ser exigente lo que lleva a discrepar…. y a complicarse la vida. Quien da este paso ha estudiado una y otra vez lo oficial, lo ha mirado del derecho y del revés, ha buscado aclaraciones en la literatura científica publicada, ha preguntado a los oficialistas, ha sopesado los pros y los contras, se ha dado tiempos de pausa y de reflexión, hasta finalmente llegar a la conclusión de que tiene que levantar la voz o la pluma o el ratón para, respetuosamente, atreverse a decir: "Disculpen, pero me parece que…" sabiendo que ello va a desencadenar una tormenta.

Nadie se sitúa a contracorriente por simple intuición –lo cual no significa que la intuición no juegue un papel- sino después de un arduo proceso racional que lleva –por imperativo categórico, por compromiso social, por amor a la verdad o a la justicia, o por otras razones en general nobles- a dar el paso al frente.

Mi máximo respeto a quienes así han actuado… y siguen actuando, y ello por encima de los desacuerdos que pueda haber entre nosotros.

[12] Una observación: durante los dos años que ha tomado hacer *House of Numbers*, han fallecido tres activistas entrevistados: dos partidarios de la versión oficial del SIDA (Martin Delaney y Hank Wilson), y una crítica (Christine Maggiore, de quien publico un testimonio en III-3 seguido de dos comentarios acerca de su fallecimiento). Es un ejemplo de la complejidad del tema SIDA, y de lo difícil que puede ser escaparse a su engranaje triturador…

¿Qué puntos tienen en común los discrepantes-por-exigentes?
Algunos, oficialistas, se alegran de que no haya uniformidad entre quienes ellos antes bautizaron como 'disidentes' y que ahora llaman, despectiva y calumniadoramente, 'negacionistas'. Y otros, críticos, lo lamentan por otras razones.

Quiero señalar tres cosas al respecto:
1) Que las capacidades y esfuerzos de los numerosos discrepantes-por-exigentes, al incluir A) el segundo conjunto los logros del primero, B) el tercer conjunto además lo que de conquistas tiene el segundo, y C) el cuarto lo que de rechazo riguroso de diversos aspectos de la versión oficial aportan los otros tres, constituyen un enorme estudio exhaustivo que cubre todos y cada uno de los aspectos de la versión oficial y del fenómeno SIDA en toda su complejidad.

2) Que observo una serie de puntos de acuerdo cualitativos de gran peso entre todos los discrepantes-por-exigentes. Como mínimo, son:
- refutar, en grados distintos, la versión oficial
- tener la honestidad y la valentía de ir públicamente contra corriente
- atreverse a dar la cara para cambiar la situación en bien de la sociedad y, en particular, de los etiquetados
- arriesgarse a represalias (el potente *establishment* del SIDA quiere que su invento prosiga… eso sí, 'humanizado' y 'cronificado')
- rechazar los perniciosos tratamientos oficiales supuestamente 'antivirales'

3) Que considero imposible la unificación de los cuatro conjuntos[13], pero ello no me preocupa porque tampoco la considero necesaria. Lo importante es delimitar lo mejor posible las posiciones constitutivas de cada conjunto –estos cuatro y otros que puedan constituirse- y que, por encima de las diferencias -sin esconderlas, delimitándolas e incluso debatiéndolas-, pueda generarse una dinámica de acuerdos de colaboración puntuales entre varios o todos ellos[14]. Y, lógicamente, los dos primeros puntos de la alianza deberían ser: 1) Respeto mutuo (lo cual excluye la censura), y 2) apoyo mutuo incondicional ante cada caso que personifique la marginación y la represión que persistentemente aplican el *establishment* del SIDA y sus secuaces.

Quien quiera poner el acento en que no hay acuerdo total, que lo haga. Pero se pierde la fuerza enorme que significa el que pueda establecerse una compleja y flexible suma de esfuerzos parciales que, en muchos casos, pueden ser complementarios por encima de los desacuerdos. En efecto, entre los discrepantes-por-exigentes hay especialistas de todo tipo, y su imbricación reforzaría el resultado final. No me atrevería a escribir lo que estoy redactando sin contar con el gran potencial que tiene la suma de los mencionados cuatro conjuntos tanto de elaboraciones teóricas como de experiencias críticas.

[13] No se trata de unificarse en una sola corriente, pues esto obligaría a renunciar a muchos de los avances y precisiones logradas para quedar reducido a un vaporoso "rechazamos la versión oficial del SIDA". Aunque esto sea un avance importante para quien aún acepta el 'VIH/SIDA' ficticio, significaría un gran retroceso para quienes han ido más lejos… tanto, que algunos queremos acabar definitivamente con el SIDA… desmontándolo.

[14] Esto permitiría por fin organizar una *Conferencia Internacional ACABAR CON EL SIDA* donde debatir a fondo las diferencias entre los distintos conjuntos de discrepantes y adoptar un Plan Conjunto ACABAR CON EL SIDA. Y evitaría también la lamentable y desmoralizadora actuación de los organizadores de los "Encuentros disidentes" de Oakland (6 a 8 de noviembre de 2009) y Viena (16 y 17 de julio de 2010). Disidentes… dentro de un orden: el suyo, claro. En ambos se censuró el importante tema *¿Se ha aislado el VIH?*, con lo que excluyeron al *The Perth Group*. En el segundo, además, censuraron el decisivo tema *¿Es el SIDA una enfermedad?*, rechazando mi ponencia *Reappraising AIDS or Dismantling AIDS?* Además, ya previamente habían prohibido mencionar al Dr. Hamer. Paradójicamente, los impulsores del encuentro de Viena constituyeron una entidad organizadora a la que pusieron el premonitorio nombre *Association for Unbiased Research* (*Asociación por una investigación no-sesgada)*. Me viene a la memoria la antigua locución latina *Excusatio non pedita, acusatio manifesta*. Para carcajearse si no…

¿Que 'los disidentes sólo leen a los disidentes'?
Ya se sabe: "Dime de qué me acusas, y sabré de qué pecas". Precisamente son los oficialistas los que no conocen prácticamente nada de los críticos. E incluso lo tienen racionalizado: 'No vamos a perder el tiempo con ellos; los enfermos nos necesitan', 'Si les replicamos, les reconocemos ante la población y les damos credibilidad', 'Sería una irresponsabilidad, pues son un peligro público', etc. Luego los oficialistas nos descalifican sin conocernos.

Pero la cosa es sencilla: si no estudiásemos cuidadosamente a los oficialistas, entonces:
- ¿cómo conoceríamos las posiciones oficiales, a menudo mejor que los propios oficialistas?
- ¿cómo podríamos desmontar las afirmaciones oficiales?
- ¿cómo nos arriesgaríamos a nadar contra la poderosísima corriente?
- ¿cómo nos atreveríamos a pedir un Debate SIDA, así como la constitución de Tribunales Científicos y de otros tipos, con lo cual ponemos de manifiesto no sólo que las hemos estudiado sino que estamos dispuestos a profundizarlas?
- ¿cómo estaríamos buscando A) que se precise quien es responsable de cada paso de la indefendible versión oficial, y B) la manera de llevarle a los tribunales?
-…

Todo ello me lleva a poder afirmar con tranquilidad que, por ahora, la inmensa mayoría de oficialistas son oscurantistas. En sus manos está cambiar…

¿Sólo dos maneras de comprender y de abordar el SIDA, aunque haya tres versiones acerca de qué es "eso" llamado SIDA?

Lector: aunque quizás hasta comenzar a leer este libro Ud. sólo había conocido la versión oficial, es importante que sepa: 1º) que de "eso" llamado SIDA hay tres versiones: la oficial y dos más, la disidente y la montaje, y 2º) pero que sólo hay dos maneras de concebirlo o de entenderlo. O, dicho de otra forma, aunque hay tres versiones del SIDA, sólo hay dos modelos o dos enfoques o dos paradigmas o dos abordajes: SIDA-enfermedad o SIDA-montaje.

A falta de que los defensores de la versión oficial presenten las pruebas científicas que les pedimos y/o de que aporten nuevos argumentos en el Debate que los disidentes solicitan por lo menos desde 1987, y tras mi camino personal -que incluye diez años (1981-1991) creyendo la versión oficial y luego 18 años (1991-2009) compartiendo posiciones disidentes-, considero que la pregunta clave es la que preside este apartado.

Hay la versión oficial, que queda sintetizada en la manipuladora expresión 'VIH/SIDA'. Esta versión oficial es la única que se enseña en las Universidades bajo pena de marginación (¿y el contraste de hipótesis?, ¿y la libertad de investigación?, ¿y la de cátedra?), la que promueven exclusivamente los organismos gubernamentales (¿y quién se responsabiliza de ello?) y hospitalarios (¿y el consentimiento informado?), la que repiten acríticamente los medios de comunicación de masas (¿y las libertades de expresión y de información?), y, lógicamente, la que en consecuencia acepta como verdadera la inmensa mayoría de la población, y la que padecen confiadamente (casi) todos los etiquetados. Pero veremos que esta versión oficial no sólo no está demostrada en ninguno de sus puntos, sino que además se basa en un fraude científico; por todo ello, la denomino ficticia.

Hay la versión disidente formada por varias corrientes que rechazan en menor o mayor parte la versión oficial. No obstante, la versión disidente coincide con la versión oficial en la cuestión decisiva, ya que fue el punto de arranque de la construcción del SIDA a partir de 1981: que el SIDA es una enfermedad. Los disidentes rechazan que 'el VIH causa el SIDA' y también que

'los cócteles son un buen tratamiento del SIDA'. Sin embargo, refuerzan la mentira inicial al proponer causas alternativas y tratamientos alternativos para 'la enfermedad SIDA'.

Y hay la versión montaje, que considero que es la que mejor explica la realidad de "eso" llamado SIDA: "el SIDA no es una enfermedad a tratar –ni siquera alternativamente- sino un engranaje *made in USA* a desmantelar". Es la que preside este libro.

Con el libro que tiene en sus manos está Ud., lector, comenzando a acceder tanto a la versión disidente como a la versión montaje. Y espero que al terminarlo se sienta contento por ello. Y, además, confío en que considere que la versión montaje que impulso es la más completa, coherente, consecuente,… y fructífera.

Entonces, ¿el SIDA no es lo que se dice que es?
Justamente "¿Es el SIDA lo que se cree que es?" encabeza la Tesis Doctoral que he dejado aparcada para escribir este libro. Porque aquí (y en la Bibliografía), lector, encontrará los argumentos cualitativos (y una pequeña parte de los cuantitativos) que permiten llegar a la siguiente conclusión: no hay prueba científica alguna de que el SIDA sea lo que, desde hace demasiados años, cada día se nos dice que es.

Pero, ¡esto es increíble! ¡No todos los científicos pueden estar equivocados!
Aparece como increíble para quien hasta hoy sólo conoce la versión oficial. Cuando se estudia los argumentos de los críticos del SIDA, lo que, por el contrario, va pasando a ser increíble es que algo tan incoherente, tan insostenible, tan carente de toda base científica y de cualquier realidad biológica como la versión oficial 'VIH/SIDA', se haya convertido en una verdad mundial incuestionable.

Y, efectivamente, no todos están equivocados. Por ahora, sólo la inmensa mayoría. Precisando más: los profesionales oficialistas que viven de la ficción 'VIH/SIDA'… y todos quienes en ellos siguen depositando su confianza… por ahora.

Como muy inteligentemente formula *El Grupo de Perth*: «"¿Cómo puede estar equivocado el 99,99% de los científicos del mundo?". Esta pregunta, que parece decisiva, tiene una respuesta que también parece decisiva: "¿Por qué no?"». Y prosigue: «La historia de la ciencia está repleta de ejemplos en los que se ha demostrado que la mayoría de científicos estaban equivocados. Especialmente en Medicina."»[15]. Y siguen varios ejemplos, pero corto aquí la cita para seguir la primera de las *Instrucciones de uso*: "Me ceñiré a hablar tan sólo de SIDA".

Quiero aprovechar "esta pregunta que parece decisiva" para reforzar la argumentación que utilicé en el apartado anterior acerca de la solidez de los científicos discrepantes: según la lógica de esta pregunta, los críticos, es decir, el 0,01%, tienen que hacer sus artículos científicos con el máximo rigor, pues serán minuciosamente escrutados por el 99,99% restante y opuesto, y serían desarbolados –y aún más represaliados- si cometiesen errores.

Le entiendo, lector: coincide con mi propia experiencia
Comprendo muy bien la sorpresa que estos preámbulos pueden generarle. Es lo que me ocurrió a mí, y puede ser interesante, a fin de crear puentes de comunicación, que brevemente le explique mi propio camino, hasta hoy, respecto del montaje SIDA.

[15] http://www.theperthgroup.com/FAQ/question1.html

El 29 de junio de 1990 me impliqué en el tema SIDA al tomar contacto[16] con la asociación *C.O.B.R.A.*[17]. Desde la puesta en marcha del SIDA en 1981 hasta aquella fecha, yo sólo había conocido la versión oficial. Con *C.O.B.R.A.* me enteré de que el AZT*-Retrovir*-Zidovudina* es un veneno tendencialmente mortal a medio plazo, y tenemos el mérito de haber advertido de ello en la medida de nuestras posibilidades (y así haber salvado algunas -¿cuántas?- vidas), y también aprendí que existían tratamientos concebidos contra el supuesto 'VIH' mucho más eficaces y nada tóxicos, pero que eran marginados por razones de poder, prestigio, dinero,... Por lo demás, en aquellos tiempos *C.O.B.R.A.* aceptaba la explicación oficial del SIDA. Pero que hubiese posibles buenos tratamientos 'anti-'VIH' silenciados cuando lo mejor que incluso oficialmente se decía del AZT es que 'alarga algo la vida de los enfermos' y finalmente (casi) todos los tratados acababan muriendo 'víctimas del VIH', me pareció suficiente como para implicarme con dicha asociación. Es decir, comencé como discrepante del tratamiento.

La propia experiencia nos hizo poner el primer interrogante sobre la explicación oficial. A los pocos meses empezamos a comentar en la Asociación: "¡Qué raro! En la mayoría de parejas estables que vienen a consultarnos, tanto heterosexuales con hijos de varios años como homosexuales con pareja fija desde hace mucho tiempo, un miembro es seropositivo pero el otro, no. Usan preservativo desde que uno de ellos dio positivo a los 'tests' hace unos meses, pero antes han tenido relaciones 'no protegidas' durante años. ¡Extraña enfermedad de transmisión sexual si puedes tener gran cantidad de relaciones con la misma pareja sin contagiarla!".

El siguiente interrogante importante tardó más de un año en aparecer. Se refería a la supuesta 'epidemia de SIDA'. Partiendo de contrastar los datos oficiales con el número de muertos de cáncer, de corazón, de hígado, en accidentes de tráfico,..., paulatinamente fuimos dándonos cuenta de lo comparativamente reducidas que son las cifras del SIDA (incluso aceptando por un momento las 'estadísticas' oficiales) y descubriendo los trucos empleados por los oficialistas para fabricar una pretendida 'terrible epidemia de SIDA' (II-1 y II-3-1).

Luego los cuestionamientos se fueron acelerando al tomar contacto con las corrientes formadas entonces por apenas quinientos investigadores críticos. Resumidamente, en 1993 cuestionamos que 'el VIH causa el SIDA' (II-3-2). El siguiente interrogante se situó en 1994 sobre la fiabilidad de los 'tests' (II-2-3). Poco después cayó el penúltimo reducto: 'El VIH ha sido aislado, luego existe' (II-2-2). Redactando este libro hemos culminado lo que parece ser el paso cualitativo definitivo: dejar de ser 'disidentes' para convertirnos en "desmontadores del SIDA" al acabar de comprender que el SIDA no es una enfermedad a tratar –ni siquiera alternativamente- sino un invento *made in USA* a desmontar. Todo ello transitado lenta y duramente, paso a paso y golpe a golpe, y dejando amigos y amigas, y conocidos y conocidas, por el camino.

Pero a pesar de que estaba desde el inicio en una dinámica crítica, recuerdo muy bien lo que me costó leerme el primer artículo que me llegó del Dr. Duesberg titulado *¿Es el virus del SIDA la causa del SIDA?* Tardé once semanas en leerme sus once páginas. Ojeaba unos párrafos y escondía el texto pensando: "¡No puede ser! ¡Este tío está loco!". Tras unos días, reflexiona-

[16] A través del periodista independiente Andreas Faber-Kaiser (1944–1994), a quien se debió la constitución de la Organización No Gubernamental y No Lucrativa *C.O.B.R.A.* En efecto, Andreas fue quien informó de la existencia en Francia de dicha asociación, primero, a Kim Mititieri, que fue el promotor y presidente de *C.O.B.R.A.-España* durante toda su existencia (1990-99) y unos meses más tarde, a mí, que pronto me vi convertido en el impulsor.
[17] Siglas que primero significaron *Centro Oncológico y Biológico de Investigación (Recherche, Recerca, Ricerca) Aplicada* y, posteriormente, *Centro Orientativo de Bio-Regeneración Aplicada*. Se presentó en público el 29 de junio de 1990 y dejó de existir el 6 de octubre de 1999. En esta misma Asamblea General de Socios se constituyó *PLURAL-21, Asociación para el cuidado de la vida en un planeta vivo*, la cual retomó la información y la experiencia de C.O.B.R.A. aunque situándolas en otro paradigma y en otra dinámica.

ba "Lluís, tienes que hacerte tu propia opinión", leía un poco más y volvía a ocultarlo para continuar más tarde. Cuando por fin acabé, me quedé anonadado. Un científico con un currículo de primera, argumentaba, de manera sólida, variada y documentada que yo era incapaz de rebatir, que "el VIH no puede ser la causa del SIDA", en contra de lo que también yo me había creído desde 1984 y que, hasta once semanas antes, ignoraba que hubiese alguien en el mundo que lo cuestionase. ¿Qué hice? Pues lo lógico, y lo que en particular debería hacer cualquier científico o médico: buscar contracríticas oficialistas a las críticas del Dr. Duesberg. Me encontré con que casi siempre o se le ignoraba o se le ridiculizaba o se le descalificaba. Y las poquísimas réplicas que hallé, incluso entonces a mí me parecieron superficiales y que contestaban sólo a alguno de los numerosos y variados argumentos del Dr. Duesberg. Claro está, cada vez me interesé más en obtener documentación crítica. Y aquí estoy, redactando mi contribución…

Lector: le pido que no me crea. Pero sí me gustaría que estudie lo que sigue, y que lo contraste con lo que hasta hoy conocía. Y que indague

Así suelo empezar mis conferencias y cursos. Lo hago por rigor, pero también por razones prácticas, de supervivencia. En efecto, si alguien me creyese tras oírme un par de horas, o aunque fuese tras dos días seguidos, cuando posteriormente se encontrase ante una autoridad oficial o, en caso de un etiquetado 'seropositivo', si le apareciese un problema de salud atribuible oficial pero erróneamente al supuesto 'VIH', lo probable es que le entrase miedo, fuese al hospital y le aterrorizasen, y que de nuevo regresase a la senda oficial. Mi fuerza, como la de todos los críticos, no radica en el poder del cargo ni del título ni de la función ni de la institución ni de la empresa ni del dinero ni de la prensa ni de la inercia… sino en la solidez de nuestra argumentación y en la lógica biológica de lo que explicamos. Llegar ahí exige tiempo, estudio y experiencias. Y preguntar a unos y otros hasta, también, hacerse su propia opinión.

Un consejo doctoral

Un profesor de mis ya lejanos cursos de Doctorado en Sociología nos dijo: "Cuando quieran conocer un tema cualquiera, busquen a los disidentes. Los disidentes conocen la versión oficial, no les convence, desarrollan críticas y tienen que elaborar elementos de una explicación alternativa. Entonces Uds., contrastando, y sin necesidad de convertirse en expertos del tema en cuestión, podrán hacerse su propia y suficientemente bien basada opinión".

En mi caso, esta recomendación cayó en terreno abonado puesto que llevaba tiempo practicándola. Durante años encabecé muchos de mis artículos con esta cita y poniendo el nombre del catedrático en debido homenaje a su enseñanza[18].

Y le transmito el consejo, lector, aunque con un cambio: en el caso del SIDA, en vez de "los disidentes", considero que lo adecuado es emplear "los desmontadores", es decir, "Si quiere conocer el tema SIDA, busque a sus desmontadores". En cualquier caso, interésese por las críticas, los argumentos, los datos, las hipótesis alternativas, y, sobre todo, por el enfoque que aquí encuentra. Pero no acepte nada de lo que escribo. Contrástelo. Pregunte a los oficialistas, pídales pruebas (documentadas y, siempre que sea adecuado, exíjales las referencias originales, por favor; no se contente con afirmaciones verbales, por aparentemente seguras y tajantes que sean, o por pomposas que suenen, ni se dé por satisfecho con la paja que tanto abunda), pregúnteles cuáles son sus contraargumentos,… Haga lo mismo con quienes no aceptamos la versión oficial. Solicite que se abra un Debate SIDA. Ayude a profundizar y a aclarar al máximo tanto los aspectos generales como los puntos particulares. Y, si le parecen correctas, apoye nuestras propuestas para ACABAR CON EL SIDA… DESMONTÁNDOLO.

[18] Años después me lo encontré y se lo dije. Me contestó que no recordaba haber dado tal consejo. Por esto ahora no menciono su nombre.

Le invito a que vaya elaborando su propia respuesta
Para ello, en primer lugar sugiero que se pregunte porqué, hasta leer este libro, probablemente no conocía nada de este tipo de información, cuya abundancia y variedad le sorprenderá si se decide a profundizar. Y si sabía algo, (casi) seguro que no le llegó por los medios de comunicación más influyentes, los que se supone tienen la tarea de informar al conjunto de la población. Es decir, si algo había leído, oído o visto al respecto, habrá sido, con escasas excepciones[19], a través o de medios de comunicación pequeños, o de Internet. Y en segundo lugar, le animo a que, en la elaboración de su propia respuesta a las preguntas que iré abordando, incluya desde ahora sus conocimientos y sus experiencias.

Por ejemplo:
¿Se ha encontrado Ud. alguna vez contracorriente?
En caso afirmativo, probablemente le será más fácil situarse en nuestra piel. Ello le permitirá leer y valorar lo que aquí expongo sin que interfieran miedos o prejuicios, y podrá llegar más fácilmente a ubicarse.

En caso negativo, le sugiero que dedique unos minutos a imaginarse una situación como, por ejemplo, la siguiente: tras un cierto tiempo de realizar una determinada actividad laboral, Usted detecta que algo no es adecuado en la forma como está organizada, y, tras pensar largo tiempo en ello, finalmente se le ocurre cómo podría mejorarse. Pues bien, ¿cómo actuaría?, ¿cómo se prepararía para proceder? ¿O quizás decidiría no complicarse la vida y, en consecuencia, no hacer nada y dejar que todo siguiese como estaba?

Probablemente, lector, primero se demandaría muchas veces: ¿Cómo es posible que nadie más se dé cuenta de ello[20]? Luego quizás pensaría que sí, que otras personas lo han notado también, pero que no dicen nada. Quizás tantearía a sus compañeros de actividad para confirmarlo y ver de inducir la complicidad de alguno. Y pensaría cómo interesarlos. Y a sus jefes. Y a los jefes de sus jefes. Y a las autoridades de su ramo. Y a las de su región o país, si la cuestión fuese de suficiente alcance (¡y el tema SIDA es de alcance planetario!). Probablemente procuraría prever qué consecuencias tendría para Ud., para su familia y para los demás el hecho de que le hiciesen caso… o, por el contrario, el que no le prestaran atención alguna… o que incluso alguien en situación más poderosa se sintiese atacado por sus observaciones… o… Y quizás en este proceso entienda las razones de quienes han decidido callar sus críticas o simples observaciones. Pero a lo mejor Ud. acaba considerando que la cosa es suficientemente importante como para arriesgarse a comunicarlo… ¿a quién, en primer lugar? ¿Seguirá el camino jerárquico o buscará un atajo a alguien de mayor responsabilidad que le parezca más receptivo? ¿Cómo lo abordará? En todo caso, ¿qué argumentos, ejemplos, datos,… utilizará? Y una vocecilla le dice: "¿Vale la pena que te arriesgues a que te miren mal… o/y a que te discriminen… o/y a que te echen del trabajo… o/y a que pueda perjudicarte hacer lo que nadie te pide que hagas… o/y que ataquen a tu familia… o/y…?"[21]. Complejo, ¿no? ¿Qué acabaría Ud. decidiendo?

Aunque con variantes, por situaciones similares hemos pasado todos y cada uno de quienes consideramos que conocemos "el tema SIDA" mejor que los oficialistas, partiendo de cuestionar tímidamente algo que nos llamó la atención y que, tiempo ha, nos pareció incorrecto a partir de un momento dado.

Por todo esto -y por mucho más-, le sugiero que se anime a hacer sus propias observaciones, críticas, aportaciones, etc., y que así llegue, sin prisas, y con las pausas que le hagan falta, a configurarse su propia opinión.

---

[19] Excepciones como los artículos del periodista inglés Neville Hodgkinson** en el *Sunday Times* londinense y los reportajes en video de su colega Joan Shenton** para *Channel Four* a mediados de los noventa. O la serie *Debate SIDA* que me publicó *Diario-16*, de Madrid, en 1997 (http://www.free-news.org/index01_noticias.htm). O los programas de Ricardo Rocha en *TV Azteca*, de México, en 2006-7. Y, me temo, pocos más. ¿Lector?
[20] "¡Creía que estaba loco!", me han comentado varios pioneros en sus respectivos países. Y cada uno añadía: "Pensaba que era el único en el mundo que se daba cuenta de que la versión oficial es falsa". Esta durísima situación jamás ha sido vivida por un oficialista. Sencillamente, no puede ni imaginarse algo semejante.
[21] Lector: sepa que vocecillas así también resuenan a menudo en mi cabeza mientras elaboro este libro. Y le aseguro que han aumentado de volumen a medida que se acerca el momento de terminarlo y de remitirlo al editor…

I-3.- ¿SEPARAR EL GRANO DE LA PAJA?

Pero… ¡el SIDA es un tema demasiado complejo como para que yo pueda hacerme mi propia opinión!
Ciertamente, el SIDA es algo grande y complicado. Pero no hay porqué deducir que toda persona que dedique un cierto tiempo a estudiarlo, no pueda hacerse su propia sólida opinión.

Además, lector, me temo que ya tiene una opinión, aunque no sea propia. Me refiero a que, sin ser consciente de ello, lo muy probable y lógico es que haya hecho suya la versión oficial. Pues bien, le invito a que la confirme… o la cambie. Y, claro, para ello tiene que profundizar en el tema.

Pero le puedo garantizar que, si lo hace, aprenderá muchas cosas importantes para Usted y para su familia, y también para cualquier colectivo más amplio que considere, llegando a su sociedad e incluso a toda la humanidad. Así de vital es la cuestión…

En efecto, ésta es una magnífica oportunidad para conocer una parte de lo más avanzado –con sentido bio-lógico, claro- de las investigaciones científicas críticas y de las propuestas de solución al tema SIDA (y que Ud. mismo podrá extrapolar a otros temas). Como verá, integro importantes logros que, desgraciadamente, no han sido incorporados por la versión oficial. Y ello dentro de un amplio encuadre general que permite avanzar en comprender el significado de cada parte dentro del todo, unidad que da realmente sentido a todas y cada una de las partes.

¿Hay que separar el grano de la paja?
Es imprescindible hacerlo. Si no, quedaríamos desbordados, y correríamos el riesgo de perecer asfixiados bajo una montaña de papel. Hay que tener en cuenta que sólo la oficialista *International AIDS Society* afirma tener más de 10.000 miembros. Y más decenas de miles de personas, organismos, entidades, comités,…, viven del montaje SIDA. Cada día tienen que actuar y que escribir para justificar sus sueldos, privilegios, poderes, subvenciones, congresos, viajes, etc. Además, tienen que hacerlo de una manera cada vez más rápida, mastodóntica, incomprensible e incontrolable. ¿Quién podría supervisar lo que hacen y producen, teniendo en cuenta además todo el peso económico, institucional y mediático que mueven? ¿Cómo replicar a su avalancha de artículos, conferencias, entrevistas, reportajes, actos, exposiciones, festivales,…, que ponen en circulación masiva sin contradictores ni debate, y que les permite martillear permanentemente con su 'VIH/SIDA', por ficticio que sea?

Es literalmente vital aprender a distinguir entre lo importante y lo accesorio, entre lo significativo y lo insignificante, entre lo fundamental y lo secundario.

Y, por si puede serle útil, expondré unos criterios que he ido aprendiendo con los lustros y que me resultan eficaces. Primero abordaré una cuestión previa decisiva: a los oficialistas es a quienes corresponde aportar las pruebas científicas de lo que afirman; luego daré unas pautas para comenzar a distinguir qué puede ser considerado científico y qué no; y, finalmente, expondré una propuesta de enfoque general con el que mirar hacia la salud-y-enfermedad.

¿Recae el peso de la prueba en los oficialistas?

En todo juicio es fundamental determinar cuál de los contendientes debe aportar los documentos, testimonios, etc., que demuestren que detenta la razón. En este caso, parece claro que es a

los oficialistas a quienes corresponde aportar las pruebas científicas de que es correcta la versión del SIDA que han impuesto[1]. Y que en mí recaería el peso de la prueba en III-1-4… si pretendiese darlo por demostrado en vez de formularlo como una hipótesis, que es lo que haré.

Esto es de gran importancia porque la mayoría de científicos, médicos, periodistas,…, e incluso de etiquetados, a quienes les llega información de los discrepantes-por-exigentes, reacciona ordenando: '¡Demuestra lo que dices!'. Tienen, pues, una reacción automática que lleva a exigirnos, a quienes rechazamos la versión oficial, que demostremos la corrección de nuestra negación, cuando en realidad corresponde a los oficialistas demostrar la validez de su afirmación.

Así, por ejemplo, presentar las pruebas de la afirmación 'el VIH existe' recae en quienes sostienen su existencia. A los oficialistas corresponde aportar la documentación científica que demuestre que efectivamente han aislado y caracterizado al supuesto 'VIH', aunque sólo fuese una vez. A quienes nos hemos vuelto críticos por ser exigentes, nos corresponde valorar si las pruebas aducidas son o no correctas. Además, me parece que sería imposible demostrar que "el VIH no existe" pues no se me ocurre cómo argumentar que algo no existe, más allá de verificar la falta de pruebas de que efectivamente existe…

Y no es una cuestión sólo de virólogos decidir si las pruebas aportadas son concluyentes o no, sino de contrastación entre quienes, de un lado y de otro, nos esforzamos en conocer lo fundamental del tema y en aproximarnos lo más posible a la verdad.

A quien me acusase de que no soy virólogo y sostuviese que por esta razón no puedo llegar a una conclusión sobre la existencia o no del supuesto 'VIH', le contestaría:
- En primer lugar, que tampoco son virólogos la inmensísima mayoría de los creyentes –sean científicos o no- en la ficción 'VIH/SIDA', y que, muy probablemente, han dedicado muchísimas menos horas que yo, y que cualquiera de los críticos, a estudiar esta cuestión.
- En segundo lugar, que ni siquiera la mayoría de virólogos afirman que 'el VIH existe', sino solamente la mayoría –supongo, pues ni siquiera de esto estoy seguro- de un reducido subgrupo de virólogos denominados retrovirólogos[2]. Incluso es muy probable que el número de científicos dispuestos a argumentar técnicamente y en público que 'el VIH ha sido aislado', sea menor que el de los científicos que sostienen abiertamente que "el VIH no ha sido aislado".
- Y en tercer lugar, y más en general, recordaría lo que declaró el Presidente Mbeki en un momento dado: "No me imagino que Jefes de Estado puedan decir que, puesto que no soy economista, no puedo tomar decisiones en materia de economía; puesto que no soy militar, no puedo tomar decisiones en materia de defensa; puesto que no soy profesor, no puedo tomar decisiones en materia de educación. No veo porqué en particular la salud debería ser tratada como una cosa de especialistas, y que el Presidente de un país no pudiese tomar decisiones al respecto. Sería una dejación de deberes si abandonásemos en manos de médicos y de científicos lo que se refiere a cuestiones que afectan a la salud"[3]. Y lo refuerzo llamando la atención sobre el hecho revelador de que, en cambio, no se pide que sean especialistas a los demás Jefes de Estado ni a los Primeros Ministros ni a los Ministros de Sanidad ni a ninguno de los muchos cargos cuya responsabilidad lamentablemente afecta la salud de millones de personas… siempre que se limiten a aplaudir servilmente la versión oficial del SIDA.

[1] Así lo explica el artículo *VIH y SIDA: Los mitos, el virus y el peso de la prueba*, Kevin Hopkins y Kim Wyness, noviembre de 2000, revista *De Rebus*, portavoz de la *Sociedad Jurídica* de Sudáfrica.
[2] Desgraciadamente, por ahora la mayoría de virólogos se mantiene al margen de este conflicto… mientras se les deje esquivarlo.
[3] Entrevista de J. Shenton** a Mbeki emitida para 40 países africanos el 16 de abril de 2000 por el canal *M-Net* de Sudáfrica en su programa *Carte Blanche*.

Que el peso de la prueba recae del lado oficialista es especialmente importante teniendo en cuenta que, a partir de la versión oficial, se está tratando farmacológicamente algo que no es una enfermedad, y para ello se envenena a los etiquetados con la mayor batería de fármacos quimioterápicos jamás utilizados en contra de un ser humano (II-3-6 a II-3-9).

Ahora, algunos criterios para separar el grano de la paja en el campo de la ciencia

- ¿Avanza la ciencia contrastando hipótesis distintas?
Esto se suele afirmar el primer día de clase en todas las Facultades de Ciencias, y es presentado como un principio fundamental para que la ciencia adelante. Pero el segundo día ya se olvida. A partir del tercero, y salvo honrosas excepciones, los profesores exponen "verdades incuestionables" que hay que reproducir lo más literalmente posible si se pretende aprobar su asignatura. Esto ocurre especialmente en el tema SIDA.

Ante una crítica a la versión oficial del SIDA, la actitud de un científico debería ser del tipo: "Me sorprendes pero me interesa. ¿Cuáles son tus argumentos? Vamos a confrontarlos con los míos. E iremos a las referencias respectivas. Y si hace falta, recurriremos a nuestros profesores. Y organizaremos debates y foros, pues lo que está en juego es muy importante".

Pero la actitud de los oficialistas es de tipo pseudoreligioso: '¿Cómo te atreves a cuestionar lo que está establecido como verdad oficial? ¡Lo que afirmamos está científicamente reconocido por todo el mundo! ¡Sois un peligro público! ¡Habría que encerraros! ¡*Vade retro*, Satanás!'.

Así, ¿puede avanzar la ciencia oficial del SIDA, cuando está actuando como una creencia que no admite críticas y, en consecuencia, se niega a clarificarlas?

Sin embargo, recuperar la actitud científica sería beneficioso para (casi) todos, empezando por la inmensa mayoría de etiquetados.

- En ciencia, ¿tiene razón la mayoría?
La frase 'la inmensa mayoría de científicos considera en todo el mundo que el VIH existe y es la causa del SIDA', aparece en boca de los oficialistas en cuanto oyen que alguien osa cuestionar estos dos pilares de la versión oficial. Sin embargo, en ciencia el argumento de ser mayoría no tiene validez alguna, y un científico no debería siquiera pensar en ello como posible argumento. En realidad, todo descubridor, inventor o innovador ha estado en minoría (incluso minoría de uno) durante plazos más o menos largos hasta conseguir el reconocimiento general… cuando lo ha conseguido, pues desgraciadamente no es cierto lo que repiten personas de buena voluntad: "La verdad siempre triunfa".

- "Científicamente reconocido", ¿significa "científicamente demostrado"?
Lo "científicamente demostrado" es aquello que la acumulación a lo largo de mucho tiempo de argumentos, experimentos, documentación, resultados, controversias,..., ha llevado a la unanimidad entre los implicados, y también en el conjunto de la sociedad. Podría decirse que lo "científicamente demostrado" es aquello tan sólidamente establecido que es incuestionable... si no fuese porque el verdadero espíritu científico no deja de cuestionarlo todo constantemente, y si no entra en investigarlo personalmente es tan sólo por falta de tiempo.

Pero si el interrogante es planteado por otras personas que sí han dedicado tiempo al tema hasta entonces incuestionado, el verdadero científico se interesará todo lo que le sea posible en la

nueva situación surgida. Y, en consecuencia, como mínimo pedirá, y apoyará que se pida, una contrastación entre las distintas posiciones surgidas. Aunque pueda sorprender, la realidad es que en la medicina alopática hay muy pocas cosas que estén "científicamente demostradas", por lo que la mayoría de actuaciones médicas oficiales están basadas en suposiciones no demostradas sino solamente "reconocidas".

Sin embargo, lo "científicamente reconocido" es algo cualitativamente distinto a lo "científicamente demostrado". Lo "científicamente reconocido" es aquella formulación científica que en un momento determinado está aceptada como cierta, pero esto puede ser cuestión de corrientes de pensamiento, poder, intereses, grupos de presión, influencias, modas, relaciones públicas, política,... Que algo esté "científicamente reconocido" tan sólo indica que hay una aceptación por parte de la llamada comunidad científica e incluso de la sociedad, pero esto no implica que realmente esté demostrado ni, menos aún, significa su validez y su corrección, ni teóricas ni prácticas. Además, esta aceptación casi siempre es implícita, pasiva, por omisión. Y cuando se hace explícita puede ser fruto de una maniobra al máximo nivel[4].

- ¿"Es científico lo que la comunidad científica mundial reconoce como tal"?
Esta pregunta está estrechamente ligada a la anterior, y ayuda a precisar cómo se establece lo que está "científicamente reconocido".

Ante todo, considero que no existe la tan mencionada abstracción llamada "comunidad científica", y menos "mundial". Lo que sí existe en la realidad de cada país y del mundo es una cantidad creciente de científicos que están relacionados por una compleja red de intereses –no sólo económicos- según campo de estudio, especializaciones, proyectos interdisciplinares, empresas o instituciones para las que trabajan, fuentes de financiación, mecanismos de poder, corrientes de pensamiento científico o de métodos de investigación, etc. De las distintas agrupaciones de científicos, unas son mucho más potentes e influyentes que otras, tienen mejores relaciones con autoridades, administraciones y organismos nacionales e internacionales, reciben mayor cantidad de dinero, aparecen más en los medios de comunicación, etc. Dentro de cada agrupación, unos individuos tienen más poder interior, otros poseen una mayor capacidad de incidencia exterior. Unos grupos o algunas personalidades controlan o tienen fácil acceso a determinadas "revistas científicas de prestigio mundial" y a los círculos de poder político, económico, mediático,…. El intercambio de zonas de influencia o de favores también tiene su peso. Además, las colaboraciones y las alianzas se pueden establecer a todos los niveles, desde el más local al planetario. Etc.

Algunos especialistas oficiales del SIDA me han replicado que 'es científico aquello que la comunidad científica reconoce como tal' como argumento en defensa de la versión oficial del SIDA. En realidad, una afirmación así[5] tan sólo refleja que hay un *establishment* del SIDA que tiene el peso suficiente para haber logrado que los grupos de científicos que controlan los distintos estamentos nacionales e internacionales de la "comunidad científica" que dicta e impone lo que está "científicamente reconocido", apoyen -por ahora- la versión oficial del SIDA.

- ¿Puede haber investigación científica sin hacer experimentos de control?
En todas las Facultades de Ciencias se explica que el rigor exige efectuar experimentos de control. Dicho de una manera general, ello significa que, paralelamente a la experiencia principal que se realiza para estudiar una determinada variable, debe ejecutarse la misma experiencia en exactamente las mismas condiciones –tiempo, temperatura, ingredientes, concentraciones, etc.- pero sin la va-

[4] Éste fue el caso de la famosa *Declaración de Durban*, recolección de unas 5.000 firmas de científicos de cualquier especialidad impulsada por oficialistas para tapar a escala mundial el temido impacto del discurso de Mbeki en la inauguración de la XIII CIS* Durban-2000. Para una refutación: www.healtoronto.com/durban
[5] Lector, ¿no le parece que cualquier otro grupo que decidiese que "Es verdad lo que nuestra comunidad reconoce como tal" correría un altísimo riesgo de ser acusado de secta?

riable cuyo papel quiere determinarse, y a continuación comparar los dos resultados obtenidos. Ello debe hacerse varias veces a fin de asegurarse de que no ha habido, por un lado, contaminaciones u otra clase de problemas tecnológicos, ni, por otro, sesgos o desviaciones u otro tipo de errores.

Pues bien, un aspecto metodológico de primer orden que destaca en la 'investigación oficial del SIDA' es la ausencia (prácticamente) total de experimentos de control… o su perversión en los pocos casos en que se habla de 'grupos de control', como veremos ocurre en los ensayos clínicos con los venenosos fármacos presentados como 'anti-VIH'. Ésta es una constante que estará implícita en cada tema que aborde… incluso si no la menciono explícitamente.

- ¿Es cada vez más in-significante y rápidamente obsoleta la ciencia oficial?
Muy gráficamente, el mencionado Dr. Hässig gustaba decir: "Cada vez sabemos más y más de menos y menos; y si seguimos por este camino, pronto lo sabremos todo de nada". Es difícil evidenciar en menos palabras y de manera más clara uno de los principales límites de la ciencia oficial. Se está convirtiendo en el imperio de lo no-significativo y efímero.

Millones de datos que carecen de significado, que son falsos[6] o que no sirven para nada práctico excepto para la carrera de quienes los elaboran, para aparecer en los grandes medios de comunicación, y para proporcionar dinero y poder a terceros. Cientos de miles de artículos publicados en revistas científicas sobre un 'VIH/SIDA' ficticio. Decenas de miles de científicos y médicos 'especialistas oficiales del SIDA', abnegadamente desbordados para estar al día en lo publicado por autores y revistas que marcan el ritmo de un baile que carece de sentido. Establecido el prejuicio de que lo último es lo mejor, frenesí por citar artículos recientes antes de que pasen a ser inútiles por cambio de "modelo de VIH" o de moda oficial o, sencillamente, por envejecer unos meses y convertirse en obsoletos. ¿Es ciencia la acumulación de billones de detalles y de datos no-significativos? Como para hacer chistes y caricaturas… si muchas personas no siguiesen atrapadas por el engranaje SIDA.

- ¿Puede la búsqueda del beneficio económico presidir la investigación científica?
Durante siglos, se consideró que los frutos de la investigación científica eran patrimonio de la humanidad. Pero el 16 de junio de 1980 el Tribunal Supremo de los EE.UU. dictó una sentencia permitiendo por primera vez patentar un organismo vivo manipulado[7]. Proliferó el registro de patentes de segmentos de ADN o ARN, de proteínas, etc. pues para obtenerlos hay que manipular el organismo vivo del que forman parte. Dicha sentencia trastocó la investigación, y ha jugado un papel importante en la, a mi entender, penosa situación científico-médica actual. Lo retomaré en III-1-1.

Un ejemplo práctico: Antes de la adopción de esta nueva ley también *made in USA*, los artículos científicos explicaban con todo detalle las condiciones técnicas en que se había realizado el experimento cuyos resultados recogían. Se buscaba así que otros equipos científicos pudiesen a su vez reproducir los mismos experimentos y comprobar si se llegaba a los mismos resultados, con lo cual se verificaba la corrección de lo hecho. Por el contrario, los cuatro artículos fraudulentos del Dr. Gallo publicados en *Science* el 4 de mayo de 1984, que son oficialmente presentados –cuando muestran algo- como prueba de que 'aisló el VIH y probó que causa el SIDA', no permiten reproducir qué es lo que en realidad pergeñaron. Es más, el Dr. Gallo envió a colegas muestras de sus cultivos celulares con la condición expresa de que

[6] John P. A. Ioannidis, "Why Most Published Research Findings Are False", *PLoS Medicine* 30 de agosto de 2005. Ramal Moonesinghe, Muin J. Khoury, A. Cecile J. W. Janssens, "Most Published Research Findings Are False", *PLoS Medicine* 27 de febrero de 2007. El caso del Dr. Gallo es especialmente escandaloso, como veremos.
[7] http://web.mit.edu/invent/iow/chakrabarty.html

no intentasen rehacer sus experimentos[8]. ¿Increíble, lector? Pues más le sorprenderá aún leer en II-2-2 cómo el Dr. Gallo cambió los resultados de sus experimentos, falsificándolos para que dijesen lo que él quería vender. Corolario: los experimentos que hizo el Dr. Gallo no se han reproducido jamás, luego no fueron ni son ciencia[9]. Pero esto no ha sido obstáculo para que la paulatina instauración de las ocho reglas de juego oficiales del SIDA (II-1) se haya concretado en particular en la confección de unos protocolos que se repiten en los laboratorios y que los científicos que los aplican interpretan –equivocadamente, pero así se les ha enseñado- como que 'aislamos el VIH'.

- ¿Puede haber acumulación de conocimiento científico verdadero sin artículos de referencia originales, es decir, sin una base sólida sobre la que acumular?
No, no puede. A ello dedico II-4. La falta de los artículos de referencia pioneros impide construir nada científicamente sólido, pues sin cimientos no puede levantarse edificio alguno bien construido. Pero no sólo no puede evitar sino que facilita que se fabrique monstruos.

- ¿Están convirtiendo los oficialistas la ciencia dominante en ciencia-ficción?
Lamentablemente, eso me temo… mientras se les permita seguir actuando impunemente.

- ¿Puede ser ciencia algo que sólo 'tiene una validez de tres meses'?
La presentación de la revista, en cuatro colores y papel cuché, ***Lo+Positivo**, Publicación gratuita sobre la infección por VIH*, del ***Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH*** (gTt, www.gtt-vih.org, nº 42, primavera 2009), tras poner redactores, direcciones, etc., indica: '**CON EL PATROCINIO DE**: Laboratorios Abbot, Boehringer, Ingelheim, Gilead Sciences, GlaxoSmithKlein, Janssen-Cilag, Merck Sharp & Dohme, Pfizer, Productos Roche, Schering-Plough. **CON LA COLABORACIÓN DE**: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, Ministerio de Sanidad y Consumo, Àrees de Salut Pública i Consum i Benestar Social de la Diputació de Barcelona. **LO+POSITIVO** no necesariamente comparte el contenido de los artículos firmados'. Y concluye: **'La información científica tiene una validez de tres meses'.** (Negritas en el original).

Me parece revelador de cómo funcionan la industria del SIDA y los comités promotores de la ficción 'VIH/SIDA' y de los venenosos *cócteles*. Y expresa su miopía que osen trasladar a toda "información científica" el límite de validez que las necesidades del *marketing* del SIDA atribuye a la pseudociencia del 'VIH/SIDA'.

- La no validez de una 'hipótesis oficial', ¿implica la validez de otra hipótesis alternativa?
No, en absoluto. Que las afirmaciones oficiales queden descalificadas no da automáticamente validez alguna a hipótesis que puedan formularse como explicación alternativa. Pero el fracaso de las afirmaciones oficiales pone sobre la mesa la necesidad de un esfuerzo conjunto para proponer hipótesis alternativas y para verificar su validez.

- ¿Cómo demostrar la validez de una hipótesis alternativa?

[8] Una de las conclusiones a que llegó la primera Comisión oficial que investigó a inicios de los noventa los experimentos del Dr. Gallo, afirma: "violando todos los protocolos de investigación, (Gallo) impidió a los científicos que deseaban supervisar su investigación (que pudiesen hacerlo) (…) impuso a los demás la condición de que no intentasen repetir su trabajo".
[9] Los responsables actuales de *Science* deberían retirar ahora los cuatro artículos del Dr. Gallo que publicaron en 1984. El uno de diciembre de 2008, 37 Doctores e investigadores sénior de catorce países entregaron una carta a los editores de *Science* pidiendo la retirada de estos textos una vez demostrado que son fraudulentos http://rethinkingaids.com/Content/QA/tabid/146/Default.aspx (Ver Janine Roberts, III-5).

Con los mismos métodos que debería demostrarse la validez de cualquier hipótesis, independientemente de dónde provenga y de quién la formule. El mismo rigor que debe exigirse para demostrar una afirmación oficial, tiene que pedirse a una hipótesis alternativa.

De todas formas, dos precisiones:
--- Los medios económicos, tecnológicos y de todo tipo de que disponen los oficialistas son inmensamente mayores que los nuestros, luego las facilidades que tienen para demostrar sus afirmaciones son muchísimo mayores. Por esto es aún más significativo que no las intenten probar y que, salvo honrosas y puntuales excepciones, ni siquiera las defiendan.
--- Los oficialistas tienen la necesidad de hacer creer que está demostrado lo que en realidad no lo está, porque viven de ello. Nosotros podemos dejar formuladas hipótesis pendientes de demostrar, ya que no comemos de ello ni tenemos que justificar a instituciones públicas o a empresas privadas unas financiaciones que no recibimos… Así, puedo permitirme el inmenso lujo de dejar simplemente como hipótesis la que formulo en III-1-4. Es el lujo de la independencia. Ningún poder económico ni de otro tipo está esperando que sea demostrada. Aunque algunos puedan temerlo…

- ¿Hay que entrar en los detalles tecnológicos?
Aunque a veces pueda resultar engorroso, es muy conveniente hacerlo si se quiere llegar al corazón de los distintos aspectos que abordaremos.

La Ciencia y la Medicina Oficiales se han ido tecnologizando cada vez más, incorporando unos aparatos, unas tecnologías y unas pruebas cada vez más numerosos, complicados y costosos. Para entender con rigor qué está ocurriendo en el campo del SIDA, conviene penetrar en su dimensión tecnológica. Es preciso entrar hasta cierto punto en los detalles importantes de las sofisticadas técnicas de cultivo, aislamiento, secuenciación, clonación, hibridación, PCR, tests de anticuerpos, etc., utilizadas siguiendo las normas que indican los fabricantes de aparatos o los 'manuales de retrovirología' académicos, la mayoría estadounidenses en ambos casos.

Estas tecnologías son sofisticadas y son caras, pero ello no significa que sean precisas. Tienen unas importantes limitaciones intrínsecas que es necesario conocer para no equivocarse y para situar los límites justos de sus prestaciones. Además, pueden ser utilizadas de manera interesada para obtener determinados resultados y no otros, con la diferencia de fama, de poder y de dinero que ello comporta. Asimismo, los resultados pueden ser muy desorientadores si se analizan con presupuestos erróneos. E incluso se pueden manipular con toda nocturnidad y alevosía, como hizo el Dr. Gallo.

Entraré en los aspectos tecnológicos en los capítulos correspondientes, pero sólo hasta un cierto punto. Por dos razones: por las características de este libro, y también por mis propias limitaciones. Pero lo que me da fuerza y confianza plenas es que me apoyo en científicos que conocen a fondo estas técnicas, y que incluso en algunos casos han sido pioneros, y en uno (la PCR usada para medir "eso" llamado 'carga viral'), el propio inventor. Y todos están ansiosos de que por fin empiece un bien organizado Debate SIDA…

Humilde petición de ayuda: formar equipos para profundizar
Que lo que voy a exponer esté sólidamente experimentado y documentado no implica que considere que estén resueltos todos los aspectos del complejo tema SIDA. Un objetivo de este libro es facilitar la formación de equipos independientes de investigación, nacionales e internacionales, para abordarlos. Supongo que no hace falta que explicite que, en este caso, no hay remuneración económica alguna…

I-4.- ¿PARTIR DE LA FICCIÓN O BASARSE EN LA VIDA?[1]

¿Qué punto de partida tomar? Una propuesta de encuadre
Quien quiera ordenar en torno al irreal 'VIH' lo que de real tiene el SIDA, compartiendo así la ficción 'VIH/SIDA', que lo haga. Aunque este enfoque es el oficial y casi obligatorio, hasta cierto punto también es una elección.

Pero me parece mucho más sugerente y prometedor ordenar a partir de la vida, y ésta es mi propuesta, lector. No se trata de nada desconocido. Consiste tan sólo en recuperar lo que se sabe de siempre pero que al parecer la mayoría ha olvidado en los países pudientes. Y, sobre esta base, añadir lo nuevo porque aporte algo valioso, no simplemente porque sea nuevo, o por "estar a la moda", o por "la gran cantidad de veces que ha sido citado", o por "el mercado que abre", o porque "es lo último", o por...

He aquí una forma –hay otras, claro- de concretar esta elección por la vida. Como cualquier otra, es una simplificación… pero hay simplificaciones mejores que otras porque eligen aspectos más fundamentales. Confío en que éste sea el caso.

¿Formamos cada uno parte de un todo muchísimo más amplio?
Como veremos, es maravillosa la complejidad del cuerpo humano y, aún más, la de todo el ser humano. Ésta, a su vez, forma parte de, y al mismo tiempo refleja, la complejidad de la red de la vida en el planeta Tierra, que a su nivel expresa y se integra en la complejidad de nuestro Cosmos, incluida a su turno en la de todo el Universo. Ni más ni menos. O, mejor dicho, no menos aunque probablemente mucho más.

Y resulta que este todo muchísimo mayor tiene unos ritmos, unos equilibrios-desequilibrios-y-reequilibrios, unas pulsaciones, unas leyes, una armonía, una belleza, una fluidez, una grandeza, etc., que es el origen de todo lo vivo, incluido el ser humano. Formamos parte y somos una unidad con este todo. Y podemos o no considerarnos parte integrante suya de manera coherente. Pero, con toda probabilidad, cómo nos situemos –o nos dejemos situar- influirá en nuestra salud tanto física como anímica. Por cierto, se llama homeostasis al conjunto de fenómenos de autorregulación que mantienen equilibrado al ser humano. Pero normalmente en esta palabra sólo se incluyen aspectos fisiológicos, mientras que aquí la abro a todos los niveles.

¿Dirige el cerebro el conjunto de nuestro cuerpo y de nuestra actividad?
Casi nadie niega la función rectora y coordinadora del cerebro. Pero, entonces, ¿por qué, tras un diagnóstico, inmediatamente se margina al cerebro, y sólo se busca microbios, mutaciones genéticas, proteínas locas o moléculas raras a las que atacar con agresivos fármacos de síntesis química que, por definición, deben tener efectos secundarios?

Probablemente tampoco nadie negaría que el cerebro puede cumplir este papel central porque es el lugar de encuentro y de comunicación entre nuestro complejo mundo corpóreo y nuestro aún más complejo mundo anímico. Pero, entonces, ¿por qué se ignora todo lo que no sea 'tests

[1] Debo lo que haya de correcto en este capítulo a lo que he entendido de las complejas investigaciones del Dr. Kremer; los posibles errores y limitaciones que pueda contener son de mi exclusiva responsabilidad. Y agradezco las aportaciones de su –en cierta forma- discípulo, el investigador autodidacta italiano Antonio Tagliati, que me ha ayudado incluso en la redacción.

de anticuerpos', 'recuento de T4s', 'cálculo de cargas virales', análisis, TACs, PETs, *scanners*, resonancias y otras tecnologías insensibles y ciegas?

¿Partir de la enfermedad o partir de la vida, que también incluye a la enfermedad?
En general, si la atención se focaliza en la enfermedad, la respuesta es combatirla, y para ello hay que encontrar un supuesto agente causante a quien culpar, y luego aplicarle la manera más contundente de aniquilarlo. La enfermedad se ve convertida, por esta manera de verla, en algo negativo y perjudicial contra la que luchar con el arsenal más potente y destructivo posible. Y los microbios se ven convertidos en los malos de la película, y cuanto más diminutos, peor.

Pero con una comprensión que parta de la globalidad y que descienda de lo más complejo a lo más simple, que vaya desde el conjunto de la vida a cada una de sus partes, la enfermedad pasa a tener otro significado. Fundamentalmente, puede afirmarse que la enfermedad forma parte de la vida al mismo título que la salud (por esto a menudo escribo salud-y-enfermedad), y, por ejemplo, pocas veces se puede vivir tan intensa y fructíferamente como cuando se está gravemente enfermo. Además, la aparición de una enfermedad puede salvar la vida del enfermo, ya que le proporciona la posibilidad de cambiarla puesto que la dolencia aparece cuando se ha perdido el flujo de la vida, e invita a reconsiderar la actitud que se tiene hacia ella. Y probablemente puede llegar a precisarse el significado bio-lógico de cada enfermedad, es decir, el sentido vital –real, intrínseco, concreto, práctico, útil, etc.- que tiene a nuestro servicio. Para ello es necesario cambiar la manera de situarnos y de mirar[2].

¿Poseemos un tesoro… aunque no tengamos dinero?
Cada uno de nosotros somos de una complejidad maravillosa y tenemos unas facultades y una potencia increíbles. Pero, contradictoriamente, nos hemos dejado convencer por unos especialistas diplomadísimos de que somos enormemente frágiles y de que estamos a merced de cualquier bichito… si no nos tomamos unos medicamentos tóxicos superpotentes recetados precisamente por alguno de estos mismos expertos tituladísimos.

A continuación, algunos elementos de la exquisita obra de arte que somos, seleccionados para facilitar la comprensión posterior de qué ocurre en el cuadro de "esto" llamado SIDA. Aclaro que soy consciente de que lo que sigue es tan sólo un pálido reflejo de lo que es.

- ¿Tengo un-uno-con-catorce-ceros-detrás de células complejísimas?
Nuestro cuerpo está formado por unos cien billones de células[3]. Cada una de estas células es todo un mundo que ni el laboratorio más potente ni el ordenador más secreto pueden copiar o reproducir ni, en absoluto, fabricar.

Entre otros componentes y actividades, una célula tiene:

- más de veinte mil proteínas, de las cuales unas dos mil son enzimas que catalizan unas diez mil reacciones bioquímicas que están constantemente en marcha y que se influyen todas entre sí. Es decir, en nuestro cuerpo y a cada instante, dos cientos mil billones de enzimas catalizan un millón de billones de reacciones bioquímicas interdependientes.

[2] Un terapeuta ha sustituido la palabra "enfermedad" por la expresión "ATS: alteración transitoria de salud". Me parece una sencilla pero cualitativamente importante aportación a cambiar la forma de mirar…
[3] He encontrado un abanico de cifras para indicar el número de células del cuerpo humano. Uso la de cien billones. Pero, en todo caso, el número es enorme, y elegir otro menor no significaría una variación sustancial.

- 23 pares de cromosomas que contienen la información genética conocida como ADN-nuclear. Cada uno de estos 46 cromosomas es un doble filamento finísimo, constituido por unos tres mil millones de pares de letras genéticas, que, al ser desplegado, alcanza unos cuatro centímetros de longitud. Luego poniendo uno tras otro todos los cromosomas de nuestras células, se podría ir y volver a la Luna varias veces…

- además del retículo endoplasmático y de un aparato de Golgi, numerosos ejemplares de cada uno de los diferentes tipos de orgánulos: ribosomas, lisosomas, centriolos, etc., que se hallan en el citoplasma celular. Para comprender qué ocurre realmente en el SIDA, juega un papel muy importante lo que hasta fines de los años ochenta se creía que eran unos orgánulo más: las mitocondrias.

- ¿Tan importantes son mis mitocondrias, sobre todo si soy mujer?
Desde mediados del siglo XX se sabe que las mitocondrias son las encargadas de formar el ATP, molécula energética fundamental para el ser humano. En efecto, casi el 95 % de nuestra energía es en forma de ATP, cada día necesitamos nuestro propio peso en ATP para poder vivir, y las moléculas de ATP casi no se pueden acumular, por lo que debe estarse generando ATP constantemente. Bio-lógicamente, a mayor energía necesitada por una célula para funcionar, más mitocondrias posee; luego las que tienen más son las hepáticas, seguidas de las nerviosas y de las musculares. Esto apunta una explicación bio-lógica a porqué actualmente la mayoría de 'muertos de SIDA' fallecen por fallo hepático y/o fallo renal, y/o por problemas del corazón, con sus potentes músculos.

A inicios de los ochenta se formula la hipótesis de que en realidad las mitocondrias son bacterias que están viviendo simbióticamente dentro de nuestras células. Esta endosimbiosis es clave para nuestra existencia, ya que dichas bacterias desarrollan su vital servicio de manera constante. Las mitocondrias tienen su propia información genética en forma de ADN, lo que se llama el ADN mitocondrial. O sea que tenemos dos ADNs: el ADN nuclear (ADN-n), y el ADN mitocondrial (ADN-mt). Académicamente se considera que el ADN-mt contiene casi 40 genes[4], de los que dependen un millar de proteínas que se interrelacionan con el núcleo celular, por lo que la perturbación de las mitocondrias incidirá negativamente en el núcleo.

Resulta que –aún en mayor grado si son bacterias- las mitocondrias y su ADN-mt son dañadas tanto por los fármacos supuestamente 'antivirales' como por los supuestamente 'preventivos' (particularmente, por antibióticos) oficialmente administrados. Con un agravante: al contrario que el ADN-n, el ADN-mt no tiene mecanismos de autoreparación[5], por lo que las mutaciones sufridas no podrán ser reparadas y, en consecuencia, serán transmitidas vía materna a los hijos, con consecuencias imprevisibles. En efecto, resulta que las mitocondrias se transmiten exclusivamente por la madre[6], y cada uno de los en torno a 400.000 óvulos que lleva la mujer cuando

[4] Es importante saber que el concepto mismo de "gen" está siendo cada vez más cuestionado por la rigidez que implica en contraste con las pruebas cada vez mayores de la flexibilidad del ADN, y de la dificultad de localizar un gen. Lo llamado "Genoma Humano" es pura ficción pseudobiológica pero fuertísima manipulación ideológica e inversión económica.

[5] Los mecanismos de autoreparación del ADN-nuclear emplean mucho ARN que es trascrito en ADN. Esta retrotranscripción es, pues, un mecanismo curativo previsto por la Naturaleza. Como veremos en II-2-2, esto es importante en relación al supuesto aislamiento del supuesto 'VIH', ya que la detección de retrotranscripción fue interpretada como 'aislamiento de un nuevo retrovirus'. Y que mucho ARN del que está circulando en sangre sea utilizado en la autoreparación del ADN-n (dañado, entre otras cosas, por los venenos celulares hospitalarios ingeridos como 'anti-VIH'), ayuda a comprender porqué baja "eso" llamado 'carga viral' cuando se toma *cócteles.*

[6] Que las mitocondrias se transmitan únicamente por línea materna tiene por lo menos tres corolarios: 1) El espermatozoide suelta sus mitocondrias al penetrar en el óvulo, y es importante señalar que el veneno AZT fue obtenido del esperma del salmón, y su función es activar el desprendimiento de las mitocondrias; por esto el AZT, entre

llega a la edad fértil, tiene miles de mitocondrias. En resumen, parece clave para la salud, no sólo del individuo sino de la especie, que todos –y en especial las mujeres- cuidemos nuestras mitocondrias.

Lo hasta aquí escrito expresa algunas características fisiológicas de una célula de entre los cien billones que constituyen nuestro cuerpo.

Ampliemos el campo de visión

- ¿Tiene cada una de nuestras células que estar en contacto con la matriz extracelular para recibir el oxígeno y los nutrientes que necesita para estar sana?

A mi pregunta

> "¿Puede afirmarse que dos células no se tocan entre sí sino que se comunican, intercambian, etc., a través de la matriz extracelular que las rodea y empapa?",

un corresponsal patólogo que se define como "alópata crítico, pero alópata al fin y al cabo", y no implicado en el tema SIDA, me contestó:

> «Depende de qué células estemos hablando. Las del tejido conjuntivo o conectivo (…), definitivamente no se contactan entre sí y tienen abundante sustancia intercelular (la matriz) entre ellas. Las células epiteliales, en cambio, están mucho más próximas, aunque tampoco se contactan directamente, excepto a nivel de las uniones intercelulares (…). Las células nerviosas se contactan a nivel de sus prolongaciones mediante las sinapsis, aunque hay abundantes células de neuroglia interpuestas entre ellas; pero no matriz, hasta donde yo sé. Las células musculares están envueltas en una fina capa de matriz, aunque las del músculo cardíaco también se comunican entre sí mediante uniones de nexo.
>
> Decir que "las células no se tocan entre sí", es erróneo, excepto para las del tejido conjuntivo».

Pero poco después recibí lo siguiente:

> «Me quedé pensando en la respuesta que te envié días pasados sobre el contacto entre las células, y creo que debo matizarla un poco. Es cierto que las células epiteliales se contactan y comunican entre ellas, pero también es cierto que siempre están en íntima relación (al menos por una de sus caras) con el tejido conjuntivo pues a partir de él les llegan el oxígeno y los nutrientes. Lo mismo vale para el tejido muscular y el nervioso. Aunque a este nivel, el papel del tejido conjuntivo lo desempeña el sistema glial, hasta donde sabemos. Claro que todo lo que te digo pertenece a la ciencia oficial y por lo tanto no es absolutamente confiable. Pero en fin, habría que tener buenos fundamentos para afirmar otra cosa».

Cito literalmente esta correspondencia porque me parece, a pequeña escala, un buen ejemplo de lo fructífero y positivo que, a gran escala, podría ser el Debate SIDA que solicito.

Sobre el tema que consultaba a este profesor, y por lo que sé hasta ahora, no se trata de "afirmar otra cosa" sino de avanzar juntos en comprender mejor cómo funciona nuestro cuerpo. Y para hacerlo puede bastar modificar algo la forma de ver lo mismo. Mi corresponsal ha dado el

---

otras cosas graves, puede generar esterilidad sexual masculina; 2) El daño a las mitocondrias producido por antibióticos, 'antivirales' y otros fármacos y factores, puede explicar nuevas enfermedades infantiles detectadas por los pediatras; y 3) El tratamiento supuestamente 'anti-VIH' administrado a las seropositivas embarazadas con la absurda pero peligrosa pretensión oficial de evitar una 'transmisión vertical del VIH' de la que no hay prueba científica alguna, daña las mitocondrias maternas, que son las que hereda la criatura; mal comienzo…

visto bueno a la manera siguiente de condensar sus dos respuestas cambiando el enfoque sobre si las células están o no separadas, por el de cómo llega a las células su alimento:

> «Todas las células, para ser bien oxigenadas y nutridas, deben estar necesariamente en contacto directo, a través de una parte mayor o menor de su membrana, con la matriz extracelular, sea ésta en forma de tejido conjuntivo o de sistema glial u otra».

La matriz extracelular (o "tejido activo de regulación fundamental", que denomina el Dr. Kremer, o el oficialmente desconocido "sistema de Pischinger"[7]) constituye aproximadamente el 80 % del peso de nuestro cuerpo desecado[8].

La función de la matriz extracelular es conservar las buenas condiciones de nuestro medio interno, que es análogo al agua de mar. La regulación de este enorme complejo también dependerá de la homeostasis. Si la matriz extracelular se mantiene en buenas condiciones, las células orgánicas estarán bien alimentadas –en sentido amplio, pues, como veremos, en el sistema de Pischinger también inciden sentimientos y otros aspectos anímicos- y oxigenadas, y permanecerán sanas. Y la persona, también.

La matriz extracelular está constituida básicamente por fibras producidas constantemente por los fibroblastos, y a cada poco volumen de matriz le afluye un capilar sanguíneo arterial; le sale otro capilar venoso; le llegan dos terminaciones nerviosas, una excitante y otra relajante (sistema simpático-parasimpático, que también transmite los impulsos generados por la vida intelectual, emocional, sutil, etc.), cuya alternancia explica el bombeo que induce la circulación de los fluidos (sangre, linfa); le comienza un conductillo linfático cuya función es drenar el exceso de linfa; la habitan numerosas y variadas células inmunitarias, entre ellas los famosos T4; etc.

- ¿Cuán importante es la esponja que alimenta a nuestras células?
Muchísimo. Tanto que si puede mantenerse la homeostasis en la matriz extracelular, la persona se conservará en buena forma.

Si, por el contrario, las terminaciones nerviosas transmiten impulsos perjudiciales provocados por situaciones de estrés crónico, miedo, disgusto, angustia, tensión,…; si la sangre que llega está sucia de alimentos débiles, desmineralizados, desvitaminizados, inadecuados o muertos –carentes, en especial, de ácidos grasos poliinsaturados, imprescindibles para la flexibilidad y el buen funcionamiento de las membranas tanto celulares como mitocondriales-, y cargada de otras moléculas dañinas procedentes de productos de las industrias alimentaria, química, petrolera, atómica, tabacalera, etc., y si transporta poco oxígeno debido a respirar normalmente, es decir, de forma incorrecta e insuficiente[9]; si falta agua; si inciden ondas electromagnéticas, microondas, radiaciones,…; etc. [10], la matriz extracelular va perdiendo flexibilidad y volumen,

---

[7] Alfred Pischinger (1899-1982), patólogo austriaco. Desde los años treinta fue sentando los fundamentos de su "Sistema de Regulación de Base", que, entre otras cosas, se encarga automáticamente de mantener constante la homeostasis.

[8] Aunque cambiando con la edad, el cuerpo humano tiene un 70% de agua (en realidad, agua de mar). Del 30% que queda, en torno al 80% corresponde al sistema de Pischinger. Y sólo el restante 20% del 30%, es decir, el 6% de nuestro peso, corresponde a células.

[9] Otro patólogo me contó que cuando abría la parte baja de los pulmones de un cadáver, casi siempre salía un hedor putrefacto debido a que la mala respiración hace que se renueve poco aire y que, en consecuencia, una cantidad importante se deposite en la parte inferior de los pulmones, se descomponga y apeste.

[10] Sólo mencionar que, encima, lo que comemos, bebemos, respiramos, oímos, vemos, tocamos, vestimos, habitamos, etc., está cada vez más contaminado de factores insalubres múltiples, incluidos los iones positivos. Resaltar en particular que "agua potable" no significa en absoluto "agua saludable".

y se endurece y esclerotiza. En consecuencia, habrá dificultades para que le afluyan el oxígeno y los nutrientes que deben pasar a través de las membranas de las células orgánicas y luego, en particular, a través de las membranas de sus mitocondrias. Bio-lógicamente, la persona tendrá cada vez más problemas de salud. Una mayor cantidad de estas dificultades serán diagnosticadas, y al mismo tiempo pronosticadas, como enfermedades difíciles y peligrosas. Y tratadas con medicamentos tóxicos que, sumados al grave efecto nocebo de tales diagnosis-y-prognosis, deteriorarán aún más la matriz y harán que en muchos casos se cumpla el erróneo anuncio.

Luego el equilibrio del sistema de Pischinger determina el equilibrio de las células. Una alteración celular siempre es consecuencia de una alteración previa de la matriz extracelular. Por lo tanto, regenerar la matriz extracelular es una necesidad terapéutica imprescindible para tratar adecuadamente cualquier enfermedad.

- ¿Se concentra todo en las tripas? Disbiosis intestinal y más

El flujo vital de sangre y linfa que pasa por la matriz extracelular y la mantiene en buenas condiciones permitiendo la correcta alimentación de las células, a su vez se nutre y enriquece en los intestinos, y pasa por el hígado, que es el cerebro de la parte biológica del ser humano, y precisa de mucha energía.

Diversos investigadores han llegado, por caminos distintos, a la importancia de la ruptura de la simbiosis intestinal provocada por estrés crónico, fármacos, vacunas, mala respiración, sedentarismo,… Y ello porque la disminución de las bacterias de la flora intestinal: A) facilita la multiplicación de hongos, en particular candidas, y otros microbios que pueden llegar a ser patógenos; B) crea carencia de vitaminas indispensables para el hígado; C) dificulta la maduración del 80 % de la células inmunitarias, que tiene lugar en los intestinos (un medio ácido ya la altera);…

El cerebro coordina varias agrupaciones nerviosas que están distribuidas en distintas partes del cuerpo[11]. En particular, en el intestino, las placas de Peyer constituyen un importante centro de coordinación de funciones nerviosas básicas no controladas por el consciente. Son las relaciones y reacciones viscerales con el ambiente. Una alteración emocional repercute inmediatamente en los intestinos alterando su peristalsia. La disminución de la pulsación intestinal provoca una irritación subcrónica por fermentación de los alimentos no digeridos que eleva la temperatura a 38ºC, lo cual incrementa la fermentación, aumenta la irritación, activa las candidas que, creciendo, crean grietas en la pared intestinal (que sólo tiene unas micras de espesor puesto que está formada por una única capa de células), penetrando entonces proteínas largas no digeridas, toxinas, microbios no simbióticos, etc., que normalmente no pasan a la sangre. Estos elementos extraños se acumulan en la matriz extracelular, produciendo una irritación constante que disminuye la vitalidad, ocasiona reacciones antigénicas, etc.

Lo grave no son solamente las secuelas de la alteración de la flora que caracteriza la disbiosis intestinal sino también la permeabilidad intestinal, las consecuentes alergias e intolerancias alimentarias, pérdida de metales y otros componente, asentamiento de parásitos, exacerbación inmunitaria, estrés crónico, pésima nutrición por sana que sea la comida ingerida, etc., que la acompañan. Además, se acumula la incidencia directa en intestino de la inflamación producida por la somatización de la solución de conflicto de mala jugada (veremos en II-3-12 el papel de los conflictos biológicos en el SIDA real).

[11] La placa nerviosa sinoaortoventricular del corazón tiene una potencia electromagnética 5.000 veces más potente que el cerebro; bio-lógicamente, "se me partió (o "se me detuvo") el corazón" tendrá su incidencia en el cerebro.

Los higienistas desde hace casi doscientos años, y las Medicinas Tradicionales (China, Ayurveda, Tibetana, etc.) desde hace miles, han resaltado la importancia de las funciones intestinales y han propuesto formas de regenerarlas. Relajarse, practicar respiración abdominal, ingerir probióticos y fermentos intestinales, eliminar alimentos intolerados y alérgicos, evitar incompatibilidades en lo que comemos, masticar muy bien, etc., son algunos aspectos sencillos pero importantes a tener en cuenta.

Lector, sigamos ampliando nuestra visión:

- ¿Y los aspectos bioenergéticos de nuestro funcionamiento vital?
Además, una célula sana tiene un alto nivel energético[12] expresado en potencial redox, el cual indica la cantidad de electrones que son cedidos (oxidación) por una molécula y adquiridos (reducción) por otra. Un alto potencial redox equivale a un fuerte flujo de electrones. Cuanto más complejo es el organismo, más alto es dicho potencial y su correspondiente flujo. Una célula del cuerpo humano mantiene en cada instante de 10.000 a 100.000 reacciones de este tipo. Este flujo constante de electrones es fundamental en cualquier proceso tanto físico o químico, como, aún más, biofísico o bioquímico, como, más generalmente, biológico y vital.

Se puede decir que la nutrición consiste esencialmente en recibir electrones que son absorbidos por las macromoléculas (proteínas, ácidos nucleicos, glúcidos, lípidos,…). Éstas, al llenarse de electrones, rebosan y los intercambian con otras macromoléculas, creando así en particular una cascada de electrones (absorbida finalmente por el oxígeno) que constituye la corriente eléctrica de la vida. Esta cascada de electrones es activada por las porfirinas –que son el equivalente humano de la clorofila en las plantas; generadas por las mitocondrias, se hallan en la sangre circulante-, que absorben los biofotones –fotones transmitidos a través del agua del cuerpo- y transfieren su energía a los electrones, acelerándolos. Esto confirma la importancia de una buena hidratación.

La fuente principal de electrones en la alimentación de la célula, es la respiración. En un día ingerimos aproximadamente un kilo de comida y bebemos un litro y medio de líquidos, pero respiramos unos 13.000 litros de aire. Y por el corazón fluyen unos 7.000 litros de sangre que se alimenta en especial recogiendo en los pulmones los electrones transportados por el aire, y los distribuye por todo el cuerpo. Cada célula recibe su potencial correcto de electrones a través de fluidos que circulan por la matriz extracelular, la cual también late creando un flujo de alimentación de manera que toda célula reciba la energía suficiente.

El sistema corazón-pulmón es la puerta que relaciona lo interior con lo exterior. Del corazón sale un doble tronco que se abre en las ramas de la circulación pulmonar. La tráquea y los bronquios constituyen un árbol invertido del anterior por el que entra el aire. Las copas de los dos árboles se encuentran en los alvéolos pulmonares, donde los iones del aire aportan los electrones a la sangre, que vuelve al corazón para ser transportada al cuerpo. La matriz extracelular tiene que estar expandida hacia la recepción de este flujo. La tensión a alimentarse con la energía llegada de arriba compensa la fuerza de la gravedad, con lo que puede decirse que las células flotan en la matriz extracelular, y que en el flujo suelto y dinámico pueden darse plenamen-

[12] El nivel energético de cada célula está sumergido en el campo energético terráqueo y éste en el cósmico. Consecuencia de ello, la diferencia de potencial entre la cabeza y los pies de una persona es de unos 220 voltios, ya que es aproximadamente de 1,5 voltios por cm. Experimentos hechos con plantas y animales -¡pobres¡- en un ambiente sin campos eléctricos, mostraron que las plantas no se desarrollaban y que los animales morían en poco tiempo.

te los procesos redox. Esta unión arriba-abajo es la característica fundamental de la vida terrestre.

Una célula humana sana expresa su potencial redox de transmisión de electrones en una corriente eléctrica de 75 milivoltios de carga negativa interior. Ello genera un campo electromagnético y también un sonido particular de cada célula, estableciéndose una resonancia célula a célula y una vibración singular y también de conjunto. Un microbio que no esté cumpliendo una función simbiótica, no puede vivir inmerso en un contexto humano sano de esta complejidad y potencia, y sencillamente se deshace. Dicho más en general: todo antígeno tiene su nivel redox, y se descompone si se ve sumergido en un campo redox más elevado. Y resulta que cuanto más complejo es un organismo, mayor es su potencial redox.

Luego la proliferación de antígenos o la colonización de células, tejidos u órganos por parte de microbios, es consecuencia de un anterior debilitamiento energético o una previa pérdida del nivel redox correcto (es decir, el nivel que corresponde a una situación de salud). Pero no es peligrosa una pérdida momentánea, cosa que es normal dentro de la compleja actividad del ser humano, sino una pérdida persistente. O sea que toda llamada "infección crónica o subcrónica" es consecuencia de una previa reducción permanente del nivel de potencial redox.

- ¿Genera una persona sana cada día un billón de nuevas células?
Efectivamente. Éste es un ejemplo más de la enorme fuerza de la vida. Es un hecho biológico decisivo que no ha sido incorporado a la (in)comprensión oficial de la vida ni al disfraz pseudocientífico del 'VIH/SIDA'[13]. Sin embargo, tiene muy importantes consecuencias.

Este "billón de células nuevas formadas cada día" presenta dos caras:

--- Primera cara: ¿Qué exige el elaborar un billón de células nuevas diariamente?
Bio-lógicamente, las nuevas células se forman por mitosis (división) celular, y esto ocurre sobre todo mientras dormimos. Ello exige gran cantidad de energía, además de descansar adecuadamente y de que la nutrición proporcione los elementos necesarios para que puedan constituirse las nuevas macromoléculas, mitocondrias, orgánulos y todos los demás componentes necesarios para el billón de nuevas células. La energía necesaria debe ser proporcionada en casi su totalidad por las mitocondrias ya existentes. Para ello, tienen que estar bien alimentadas, lo cual requiere en particular que las membranas mitocondriales estén flexibles para que dejen penetrar nutrientes y oxígeno desde la célula que las cobija, y que a su vez esté flexible y bien alimentada la esponja (matriz extracelular) que nutre a dicha célula.

Si a los factores recién apuntados que esclerotizan dicha matriz se añade el estar ingiriendo cada día varios supuestos 'antivirales' y también antibióticos, ambos dañinos para sus mitocondrias, la persona etiquetada 'seropositiva' o 'caso de SIDA' no dispondrá de la energía necesaria. Sus mitocondrias, aún más debilitadas por estos fármacos, no podrán suministrarle la energía que precisa para formar nuevas células sanas y potentes. Si se persiste por este camino, irá perdiendo masa muscular y acabará falleciendo esquelética. Es decir, fenecerá con el aspecto físico que oficialmente se presentaba hasta 1995 como característico del 'enfermo de SIDA que, a pesar de los eficaces medicamentos nucleósidos análogos que le hemos administrado y de todos nuestros esfuerzos, acaba muriendo víctima del VIH', como describían entonces los

[13] Resulta que las células inmunitarias son de las que se multiplican a ritmo más rápido, por lo que precisan de mayor cantidad de energía. Al dañar a las mitocondrias, los numerosos 'antivirales' y antibióticos recetados por protocolo en el cuadro del SIDA están en particular debilitando la inmunidad de personas que son oficialmente consideradas como inmunodeficientes.

médicos hospitalarios. Con la reducción de dosis, con la llegada de los 'inhibidores de la proteasa' (utilizados desde lustros antes de la invención del SIDA para superar shocks sépticos, según nos enseñó el Dr. Hässig**), con su combinación con los 'nucleósidos análogos' en los famosos *cócteles*, y con el manejo por los especialistas de sus respectivas toxicidades, la persistente acción de los supuestos 'antivirales' (y de los supuestos 'preventivos') ha evolucionado no hacia una falsa 'cronificación del SIDA' sino hacia una real esterilización del medio interno de las personas tratadas, lo cual contribuye a debilitarlas, a matarlas y a momificarlas.

--- Segunda cara: ¿Qué consecuencias tiene la formación de un billón de células nuevas cada día?

Esta otra cara, bio-lógicamente consecuencia y complemento de la anterior, parece ser aún más desconocida por los oficialistas. Pero formular la pregunta despierta la necesidad de responderla. He aquí un avance.

Si cada noche una persona sana duplica un billón de células, entonces o bien engordará casi un kilo diario, cosa que no ocurre, o bien tiene que haber un proceso por el que un billón de las células ya existentes sean desplazadas y finalmente recicladas y eliminadas. Bio-lógicamente, este segundo camino es el recorrido. ¿Cómo? He aquí algunos elementos explicativos[14].

------- ¿Qué células son recicladas en una persona sana?

A medida que nuestras células van envejeciendo, se modifica su potencial redox y la frecuencia de vibración asociada, apartándose de los umbrales correspondientes a una situación de buen funcionamiento. A partir de un cierto momento, estas células desvitalizadas entran en apoptosis. La apoptosis dirige de manera controlada la muerte de una célula. Esta muerte celular genéticamente programada es parte integral del desarrollo y renovación celular de los tejidos, por lo que no provoca la respuesta inflamatoria que caracteriza a la necrosis, que veremos a continuación. En proceso de apoptosis, las células y sus núcleos se encogen y se fragmentan, disgregándose en microvesículas que serán fagocitadas por los macrófagos –con quienes interaccionan los famosos linfocitos T4- sin mayor repercusión para el tejido en cuestión. Sus componentes son reutilizados por los macrófagos y por las células del tejido adyacente.

Si la persona está sana, las células nuevas que forme estarán al cien por cien de vitalidad. Las células antiguas se morirán y serán recicladas a partir de una cierta pérdida de este nivel de vigor, supongamos que por debajo del umbral del sesenta por ciento. O sea que los cien billones de las células de una persona sana se encontrarán entre el sesenta y el cien por cien de su vitalidad óptima.

------- ¿Y si la persona enferma?

Pero si la persona empieza a tener dificultades diversas persistentes[15], su matriz extracelular se deteriorará y, entre otras cosas, las mitocondrias dejarán de estar correctamente alimentadas, por lo que a su vez no podrán aportar la energía necesaria para formar el billón diario de células nuevas sanas, y muchas de las que se lleguen a constituir ya nacerán debilitadas. Habrá un descenso del umbral de reciclaje. Las células antiguas que eran eliminadas por estar un poco por debajo del sesenta por ciento de la vitalidad óptima, ahora seguirán siendo necesarias, y el

[14] Los inmunólogos oficiales declaran que apenas saben un diez por ciento de cómo funciona lo que llaman 'sistema inmunitario'. Luego probablemente saben aún menos de lo que aquí abordo. Y si sí lo saben e incluso dominan y me lo hacen llegar, me darán una gran alegría. Y les invitaré a que me ayuden a hacérselo conocer a los oficialistas a fin de que lo incorporen a una manera no-venenosa de tratar a sus víctimas.

[15] Dificultades del tipo que sea, pues, como se ve, en este enfoque pueden influir tanto las emociones y sentimientos como la alimentación o las poluciones o el descanso, pasando por las aventuras y desventuras amorosas o laborales o hipotecarias, o cualesquiera otros factores.

umbral bajará, por ejemplo, al cincuenta por ciento, y sólo serán recicladas las de vitalidad inferior a este nuevo nivel inferior.

Si las dificultades de la persona desaparecen, tendrá lugar un reequilibrio y una recuperación, y todo regresará a su funcionamiento óptimo.

Pero si las dificultades persisten, la situación se deteriorará, y el umbral disminuirá, por ejemplo, al cuarenta por ciento. Y si las dificultades aumentan -debido, quizás, a recibir un diagnóstico que le impacte o a ingerir fármacos tóxicos-, todo empeorará, y el límite seguirá descendiendo. Más lo hará si el especialista de turno le administra una fuerte dosis de nocebo comunicándole que tiene una enfermedad crónica o, peor, degenerativa, o, peor aún, incurable[16]. Si encima le aumenta el número de fármacos a ingerir o sus dosis…. y le desanima con el resultado de los análisis… y además le envía a otro especialista porque le han aparecido unos hongos o una infección bacteriana o unos parásitos o acumulaciones de grasa o…, muy probablemente el tono vital de la persona irá descendiendo. Y si no hay cambio radical del sentido de la marcha, llegará un momento en que el reciclaje irá dejando de funcionar. Y cesará la formación de nuevas células. Y se acelerará la pérdida de células.

Las células se necrosarán. La necrosis es la muerte de una célula al tener una rápida bajada energética que se da como culminación de un proceso de deterioro previo de la matriz extracelular al alcanzar un punto crítico (equivalente a la gota que hace desbordar el vaso). La célula revienta y vierte su contenido en el espacio intercelular, y esto activa un proceso inflamatorio. Los restos celulares devienen antígenos desparramados por la matriz extracelular, generando también la formación de anticuerpos que en realidad serán autoanticuerpos[17] por tratarse de anticuerpos frente a proteínas y otros restos propios.

La persona morirá…y será oficialmente presentada como víctima de tal o cual enfermedad provocada por tal o cual germen, o por tal o cual mutación genética, o de cáncer, o de una enfermedad degenerativa, o de fallo hepático o renal, o, simplemente, de paro cardiorrespiratorio, que sigue apareciendo en los certificados de defunción aunque no signifique nada ya que, finalmente, a toda persona se le detienen el corazón y la respiración…

------- ¿Cómo se efectúa el reciclaje del billón de células que reemplazamos diariamente?
En la apoptosis juegan un papel fundamental los radicales de oxígeno que normalmente se forman en la síntesis del ATP. Una célula sana produce en sus mitocondrias la correcta cantidad de ATP y unos pocos radicales libres. En cambio, una célula con mitocondrias dañadas o que contiene antígenos o microbios, produce menos ATP y más radicales libres. A partir de un determinado momento de deterioro de las mitocondrias y de exceso de radicales libres, las membranas mitocondriales se abren y los radicales libres de oxígeno participan en el proceso de apoptosis.

En este complejo proceso, en el que intervienen muchos factores todavía desconocidos, y que puede ser activado tanto desde el interior de la célula (por las mitocondrias) como desde el exterior (por los linfocitos T4 en función tipo 1 ó Th1, macrófagos, células dendríticas,…),

[16] Por cierto, los conceptos de "enfermedad crónica", de "enfermedad degenerativa" y de "enfermedad incurable" sólo existen en la medicina moderna imperante en los países económicamente desarrollados y en sus zonas de influencia.
[17] Estos autoanticuerpos son los que hacen dar positivo a los 'tests' (II-3-3).

también participa otro radical de un gas llamado óxido nítrico[18] (cuya fórmula, ON, emplearé en lo sucesivo). En 1987 se descubre[19] que determinadas células humanas (en particular los linfocitos Th1, subpoblación de los T4) también pueden elaborar este gas. En pequeñas cantidades, el ON juega un papel regulador en muchos órganos diferentes[20], incluido en el cerebro para activar la memoria. En mayores dosis, el ON es citotóxico puesto que tiene un fuerte poder oxidante que sirve para romper las membranas de las células propias que deben ser recicladas, oxidando sus lípidos. El ON tiene un importante papel tanto en la necrosis como en la apoptosis de nuestras células.

Si el ON alcanza una excesiva actividad citotóxica, se pone en marcha una contraregulación biológica: cuando las glándulas suprarrenales detectan demasiado ON, activan la formación de la hormona cortisol, que a su vez actúa inhibiendo la producción de dicho ON.

Los radicales de oxígeno (ROS) y de nitrógeno (RNS) sobrantes tras realizar su función, son reabsorbido por moléculas de azufre, en particular por el glutatión, que se halla tanto en la matriz extracelular como, sobre todo, dentro de las propias células[21].

Si se agota el azufre por demasiada oxidación, el exceso de ROS y de RNS producirá una oxidación no controlada (estrés oxidante y estrés nitrosante) que es peligrosa para todo el sistema biológico de la persona.

Pero si entonces hay una hiperestimulación continua de ON (por ejemplo, debido a infecciones repetidas o a un estado de estrés crónico psicoemotivo), la contraregulación activada por el cortisol se hace constante. Entonces se acaba fijando la inhibición de la formación de ON. Como consecuencia, el cuerpo no podrá eliminar los microbios que están en el interior de sus células –virus, hongos, micobacterias y parásitos intracelulares-, con lo que queda en un estado subcrónico o crónico. Al verse obligado a renunciar a eliminar dichos microbios intracelulares, aumentará la formación de anticuerpos en el matriz extracelular de manera que cuando salgan estos microbios de la célula puedan ser –dentro de lo posible[22]- inmediatamente neutralizados en dicha matriz…

Todo esto implica un mantenimiento precario de la actividad vital de la persona, que puede aguantar así durante mucho tiempo mientras no le ocurra nada que aumente el estrés celular por alguna de las cinco grandes vías de estrés crónico: tóxica, psicoemotiva, infecciosa, nutricional o traumática. Pero si sí le ocurre, puede bloquearse todo el metabolismo en pocos días y provocar una situación muy grave que aparece como repentina pero que es consecuencia de largo tiempo de lenta pérdida de homeostasis. Sería la gota que derrama el vaso. La misma gota en un vaso vacío, simplemente humedecería el fondo del recipiente y se evaporaría en

[18] La escasez de ON juega un papel decisivo –al parecer, desconocido por los oficialistas- en que una persona dé positivo en los 'tests' y en que le aparezcan las 'enfermedades oportunistas' (II-3-3).
[19] En investigaciones independientes de los Doctores Louis J. Ignarro, Robert F. Fourchgott y Ferid Murad, por las que se les concedió el Nobel de Medicina en 1998.
[20] Por ejemplo, el ON producido por células endoteliales regula la presión sanguínea al intervenir en la relajación de la musculatura lisa vascular. Un exceso de ON (p. ej., debido a consumo de *poppers*) puede generar sarcoma de Kaposi.
[21] En la sangre sana que nutre la matriz extracelular, se puede medir la relación entre glutation oxidado y glutation reducido, y resulta ser de uno a cuatro, mientras que dentro de las células sanas tiene que ser de uno a 400. Si el glutation oxidado no puede ser reducido de nuevo por falta de electrones, la proporción disminuirá y es indicio de peligro.
[22] El no poder neutralizar los microbios intracelulares juega un papel clave en la aparición de las 'enfermedades oportunistas' y el consiguiente riesgo de ser etiquetado 'caso de SIDA' (II-3-3).

poco tiempo; y si el vaso estuviese a medio llenar, casi no se notaría… aunque aumentaría la acumulación e iría acercándola al desborde.

Además, entre otras consecuencias, la falta de ON implica que las células antiguas no podrán ser correctamente recicladas. Con ello: 1) aumentará la producción de anticuerpos en la matriz a fin de neutralizar la formación continua de antígenos propios; luego en realidad estos anticuerpos son autoanticuerpos, es decir, anticuerpos ante proteínas humanas. Y 2) el no reciclaje de las células que debían ser eliminadas se traducirá en la acumulación dentro del cuerpo de materia orgánica muerta sobre la que, a fin de descomponerla, proliferarán hongos. Esto facilita entender porqué pueden aparecer determinadas 'enfermedades oportunistas'*[23].

En esta situación, una persona es mucho más frágil a cualquier alteración, sea por estrés persistente o por algún desequilibrio puntual biológico o metabólico. Y se genera sensibilidad a enfermedades que serían inocuas en una persona sana.

En el cuadro de la versión oficial del SIDA, no existe nada de lo aquí resumido… ni de más que incluiré… ni de mucho más que se podría incluir. Y, según los oficialistas, todo esto –y prácticamente cualquier incidencia- se explica por el supuesto 'VIH'. Como para burlarse de los oficialistas si no fuese porque imponen su poder cegato.

- ¿Y nuestras funciones inmunitarias?

Como vimos, cuando una célula sana ya ha desactivado a un microbio u otro antígeno, expulsa sus restos al exterior de su membrana celular. Allí, en la matriz extracelular, los anticuerpos neutralizan estos restos-antígeno, y macrófagos, células dendríticas, linfocitos, etc., proceden al reciclaje de lo aprovechable y eliminan lo no-utilizable. En realidad, a esto es a lo que oficialmente se llama "sistema[24] inmunitario". Tan usado nombre no indica, pues, un proceso autónomo o especial de "destrucción por nuestras defensas de gérmenes invasores", como oficialmente se presenta, sino tan solo la última fase -limpieza de los restos- de un proceso efectuado en lo decisivo por el fuerte potencial redox de toda célula sana.

Además, el Dr. Hässig** (e. p. d.) nos enseñó que el mantenimiento de la identidad (*self*) entraña no sólo la constante detección y eliminación de lo exterior extraño (*not self*) sino, sobre todo -ya que es mucho más importante a la vez cualitativa y cuantitativamente-, de lo nuestro propio interior que se deteriora o envejece (*altered self*). Esta segunda función es la que corresponde al reciclaje del billón de células que deben ser eliminadas, como acabamos de ver, para dejar paso a las nuevas células que forma cada día una persona sana. Y que este proceso se efectúe adecuadamente es clave para que siga saludable.

De hecho, tan sólo el 3-5% de las células inmunitarias se encarga de eventuales microbios o antígenos exteriores (lo *not self*), mientras que el 97-95% restante se encarga del reciclaje de lo procedente del interior (lo *altered self*). Resumiendo, resulta que la principal actividad que realiza lo que se suele denominar sistema inmunitario es el reciclaje diario de un billón de nuestras células más impotentes o deterioradas o débiles o envejecidas o enfermas. Parece que los oficialistas desconocen esta función[25].

[23] Lector, ¿le suena la famosa candidiasis o, aún más, la neumonia por Pneumocystis Carinni, la PCP sobre la que empezó a construirse exteriormente el montaje SIDA? Pues bien, resulta que ambos son hongos.

[24] "Sistema" es la suma de acciones de células, tejidos y órganos distintos que concurren a una tarea determinada.

[25] Aplicando esta caracterización de "sistema", sería mucho más correcto decir que la conjunción de actividades de células inmunitarias (tanto de los linfocitos B con anticuerpos, como del subgrupo de los linfocitos T4 –los Th1-

¿Podríamos seguir ampliando el campo de visión?
Sin duda, muchos elementos más deberían ser efectivamente incorporados a la explicación global de los fenómenos que ocurren en el marco del SIDA real.

Algunos son cuestiones relativas al nivel fisiológico, como, por ejemplo, el complejo equilibrio que hay en el cuerpo entre proteasas, y activadores de proteasas e inhibidores de proteasas que, respectivamente, las ponen en marcha o las frenan[26].

Otros componentes estarían relacionados con los frutos de una cada vez más compleja y prometedora investigación de tipo interdisciplinar. Me refiero a la que amplió primero la inmunología a psicoinmunología, luego a psiconeuroinmunología y ya está por lo menos en la psiconeuroendocrinoinmunología. Y confío siga ampliándose, aunque nombrarla se convierta en un trabalenguas. Cada vez más investigadores comprenden que la inmunidad depende de un creciente número de factores de diverso tipo que la influyen. Parece que la única excepción sean los oficialistas, tan obsesionados en su 'VIH' fantasmagórico que ni siquiera pueden tolerar que alguien plantee que otros factores puedan explicar lo que llaman 'bajada de las defensas'[27].

Pero debemos entrenarnos en abordar incluso estos aspectos desde la perspectiva que aporta el punto de partida adoptado al inicio de este capítulo. Así, por ejemplo, la concepción de redes epigenéticas permite establecer –tanto para deterioro como para regeneración- una doble compleja-y-flexible vía de comunicación constante entre núcleo-citoplasma-membrana-matriz-piel-exterior-familia-vivienda-vecinos-barrio-trabajo-contexto·hasta·cualquier·distancia, y viceversa[28]. Con esto quedan englobados tanto el mencionado equilibrio proteasas-inhibidores-activadores, como los apuntados factores psico-neuro-endocrinos-inmunitarios, sean de ida o de vuelta. Y también las conexiones entre lo microcósmico y lo macrocósmico. Así, las antes mencionadas porfirinas nos permiten incorporar los inagotables y gratuitos fotones de la luz proveniente del espacio, y no sólo alimentarnos de ellos sino dejar que nos curen. O las redes trabeculares[29], que constituyen tanto la estructura interna de las células[30] y de la matriz extrace-

---

que produce el ON al igual que los macrófagos y otras), de la matriz extracelular, de las cápsulas suprarrenales que forman el cortisol, etc., constituyen un sistema. Pero no sería un "sistema inmunitario" sino un "sistema de reciclaje" o, de manera más completa y clara, un "sistema de mantenimiento activo de la identidad vital".

[26] Las proteasas son enzimas cuya función es dividir otras proteínas, por lo que se las llama tijeras enzimáticas. Los inhibidores de proteasas son unos péptidos –es decir, proteínas muy cortas, de menos de diez aminoácidos- que se colocan entre las hojas de las tijeras y la detienen. Los activadores de proteasas quitan a los inhibidores para que las tijeras enzimáticas funcionen de nuevo. Este complejo equilibrio a tres bandas es muy importante para entender el funcionamiento real de los 'inhibidores de proteasa' químicos, el segundo componente de los *cócteles*.

[27] "La depresión provoca una pérdida de un 34% anual de linfocitos CD4". Entrevista al Prof. T. de Flores, del Departamento de Psiquiatría y Psicobiología del Hospital Clínico de Barcelona (*Diario Médico*, 9 de octubre de 1995).

[28] Probablemente ahí podrían incluirse el conjunto de las redes humanas: familiares, escolares, vecinales, laborales, sociales, económicas, crisis, etc., que quizás aportan una sólida explicación a que el etiquetaje oficial 'seropositivo' o 'caso de SIDA' ocasione un bloqueo de la interacción social de una persona que, por efecto cascada, llega a incidir en la bajada de su redox hasta en el núcleo celular. La importancia de la alimentación (en todo caso, mejor alcalinizante) tan resaltada por algunos, queda para mí relativizada al situarla en estos contextos más amplios.

[29] En general, todo fenómeno biológico es la materialización de una preexistente red energética. También los trabéculos se integran en esta red. Por esto ante una situación de frío, las redes microtrabeculares de la célula adoptan una forma esférica, que permite preservar al máximo su temperatura; y cuando vuelve el calor, se despliegan de nuevo y se recomponen. Y cuando se toma un antibiótico, estas redes microtrabeculares se rompen, y van reconstituyéndose a medida que el antibiótico es eliminado.

[30] Se ha descubierto recientemente que las mitocondrias se distribuyen dentro de las células formando una estructura presentada como que "se superpone con los microtrabéculos". En realidad, y bio-lógicamente, no es que se superpongan sino que se integran en la red trabecular cósmica.

lular como una estructura análoga del cosmos[31], por lo que conforman un único *continuum* de comunicación, potencia y fluidez.

Desde el momento en que, por ejemplo, el entorno social lleva a alguien a encerrarse en sí mismo dando la espalda a esta multiplicidad-y-unidad englobadora que es su auténtica fuente de alimentación y vida, entra en una desnutrición donde prevalece la oxidación. Esto no puede ser compensado por fármacos tóxicos, y menos aún si son ingeridos con la losa de tener una supuesta 'enfermedad crónica' y un real estigma (que a menudo se extiende a toda la familia, y que no siempre se extingue cuando muere el etiquetado). Es muchísimo más curativa una conversación en la que poder abrirse, o un abrazo en el que abandonarse, o lograr dormir quince horas seguidas, o sentarse erguido y caminar con la espalda recta y el pecho empujando hacia adelante, o distenderse o relajarse o meditar unos minutos diarios, o unas series de respiraciones lentas y profundas, o provocarse una insalivación abundante (poniéndose en la boca un hueso de fruta o de aceituna, o una piedra, o aprendiendo una técnica de sofrología u otra), o sentir un rato el sol sobre la piel, o beber más agua saludable (una parte, agua de mar o, si falta, con sal marina) regularmente, o un montón de cosas más, casi todas ellas sencillas, gratuitas y agradables. Pero, un especialista ¿ha pagado y cursado esforzadamente sus estudios (universitarios o extrauniversitarios) durante una docena o más de años con los que hacer carrera y dinero, para luego recetar estos "primitivos y rudimentarios" tratamientos, aunque sean eficaces?

Habría que abordar e incluir todos estos aspectos y los avances científicos para lograr el mantenimiento y la recuperación del equilibrio personal y colectivo. Pero parece que los núcleos de poder y, a su sombra, la mayoría de habitantes de las sociedades económicamente ricas no quieren o no se atreven a atender estas razones. Sin embargo, la ruptura de la homeostasis individual y la ruptura de la homeostasis social están estrechamente ligadas. Y también su recuperación, para la que hay que tener en cuenta las diversas pulsaciones: fisiológica, personal, colectiva, societal, planetaria, cósmica, universal,...

¿Cuán importante es pulsar y fluir, o, mejor, fluir pulsando?

Las aguas estancadas, se corrompen. Lo que sólo se expande, acaba estallando. Si algo asciende constantemente, saldrá de cualquier órbita.

Por el contrario, en una situación normal, al día le sigue la noche; a la inspiración, la expiración; a la sístole, la diástole; a la tensión, la distensión; a la luz, la oscuridad;… Y viceversa.

La vida se basa en alternancias en la respiración, en la circulación, en el movimiento, en las regulaciones y contrarregulaciones biológicas, en la simpaticotonía y la vagotonía, en los ritmos circadianos y biológicos,..., enmarcadas en otras alternancias más amplias: noche y día, luna creciente y menguante, estaciones del año, precesión de los equinoccios, ciclos cósmicos, etc.[32]

[31] Ahí habría que incluir también los diversos tipos de influencias medioambientales: geopatías, poluciones diversas, cambios climáticos,… O la incidencia, tanto en la microecología de las células como en la macroecología de Gaia y su galaxia, de los inventos generados por los países económicamente desarrollados y sus aplicaciones en las industrias química, farmacéutica, petrolera, armamentística, atómica, telecomunicaciones (en especial, microondas de móviles, inalámbricos, wi-fi,…), climatización (¡ojo con los iones positivos!), etc. O la pérdida o falta de referentes verticales, sagrados, espirituales,… Y cómo todo esto incide en la vida del ciudadano moderno: angustia, miedo, prisa, ruido, gravísima tecnologización de un embarazo-y-parto convertido en tortura de la madre y del bebé, separación nietos-abuelos, competitividad en los estudios y en el trabajo y sus derivados *bullying* y *mobbing*, y otros factores estresantes permanentes (ver R. Giraldo**) puestos en marcha por la modernidad, y cada vez más acelerados tras la II Guerra Mundial. Ilustra esta situación que la población occidental masculina actual tenga menos de la mitad de espermatozoides que hace cincuenta años.

[32] Wilhelm Reich es un autor fundamental para profundizar en las relaciones micro y macro cósmicas. Propuso la fórmula básica del funcionamiento de lo vivo basada en la pulsión: Tensión-Carga-Descarga-Relajación, reguladora de la energía orgónica (energía de la vida). Ver Jesús García Blanca**.

Y también la superación, que suele tomar tiempo, de cualquier enfermedad. No debería pretenderse solucionar en semanas o días o incluso en horas lo que probablemente ha tardado meses o años e incluso lustros en irse deteriorando. Los parámetros alterados a nivel molecular son la expresión final de desequilibrios profundos y persistentes. ¿Tiene más sentido bio-lógico actuar sobre lo final o sobre lo inicial, sobre los efectos o sobre las causas?

Pero a menudo no se trata tanto de actuar como de dejar de actuar[33], y así no interferir o no bloquear lo que ocurriría si no lo impidiésemos, aunque sea con la mejor de las buenas intenciones. Es muy importante ser capaces de observar, de sentir-y-sentirnos, de permitir que actúe la fuerza de cohesión por la que yo-y-todo existimos.

¿Tenemos un sistema autocurativo?

Este increíble ser humano que somos proviene de un óvulo que fue fecundado por un espermatozoide constituyendo un cigoto, y por un proceso bastante conocido de multiplicación y diferenciación celular[34] se va gestando el cuerpo del ser humano. La formación de los componentes no materiales, no corpóreos, sutiles, de este mismo ser humano es mucho menos conocida[35], pero tiene que ser aún más compleja.

Y todo esto ocurre con una eficacia maravillosa. Si las condiciones son mínimamente adecuadas, en la inmensa mayoría de ocasiones este proceso culmina en la constitución de un individuo sano y con enormes posibilidades delante de él[36]. Que la Ciencia Moderna (casi) no sepa ni investigue qué dirige este extraordinario proceso, refleja algunos de sus profundos límites intrínsecos. Algo -llámesele Infinito, Absoluto, Principio, Âtma, Alá, Dios, Buda, Gran Arquitecto o Geómetra o Relojero, Vida, Naturaleza, fuerza vital,…- orienta el proceso hacia la vida y, en consecuencia, también hacia la muerte; y hacia la salud y también hacia la enfermedad, que, como he dicho, no deja de ser una expresión de la vida.

Esto está afortunadamente llevando a que algunos científicos y médicos[37] hablen, de una u otra forma, de que, así como tenemos un sistema circulatorio u otro respiratorio, tenemos también un sistema autocurativo. Este sistema funciona automáticamente… siempre que se le deje, claro. Basta recordar cómo se nos curaron los rasguños y las heridas que nos hicimos de niños, o bien observar cómo crece un feto o un bebé, para sentir la inmensa fuerza vital que está en nosotros, preside nuestra existencia y dirige este oficialmente también desconocido sistema.

---

[33] Por lo menos, en general. Con este matiz dejo espacio para incluir que, en una situación bien precisa de emergencia o de deterioro, sea imprescindible una intervención, y, además, urgente. Una inyección masiva de antibióticos o de glutation o de inmunoglobulinas o de agua de mar o de determinada sustancia o medicamento, puede salvar una vida… Y, claro está, todas estas intervenciones posibles, deben ser incluidas entre los recursos disponibles. Pero esta "medicina de emergencia" no debería enturbiar una visión más profunda, global y serena.

[34] Es sugestivo y significativo que cuando la división del cigoto alcanza las cuatro células (blastómeros), tres darán origen respectivamente a las tres capas embrionarias, que están estrechamente ligadas al significado bio-lógico de las enfermedades (II-3-12). El cuarto blastómero conformará las células sexuales para que la vida prosiga.

[35] Así, casi cualquiera sabe y acepta que madre y padre aportan algo físico, incluido el demasiado célebre respectivo ADN nuclear. Pero, ¿quién puede hablar con algún rigor acerca de cómo se efectúa la transmisión por parte de cada progenitor al cigoto-bebé de alguno de sus imprescindibles elementos psicológicos y anímicos sutiles? Y no digamos ya sobre saber de dónde proviene el ser antes de la vida, y a dónde va tras la muerte.

[36] Que, con el llamado desarrollo, cada vez nazcan menos bebés, y que de ellos cada vez más –a pesar de los 'abortos preventivos'- tengan malformaciones, enfermedades congénitas y conductas agresivas y desequilibradas desconocidas hace pocos años, indica por sí sólo el contenido destructivo del desarrollo que tiene lugar en los países económicamente ricos y que, por desgracia, se pretende exportar por todo el planeta.

[37] Además de los ya mencionados, estarían Vernon Coleman, Andrew Weil, Steven Locke, Douglas Colligan, Bernard Siegel, Dean Ornish, Larry Dossey, Norman Cousins, Louis Kevran, Máximo Sandín, Enric Costa**,… Se acercan así a los enfoques de las Medicinas Tradicionales.

Sólo hace falta una actitud abierta hacia la vida, y lo demás viene por añadidura. Por el contrario, una emoción negativa[38] produce, a través del sistema neuroendocrino, un bloqueo en la circulación correcta de fluidos y de la respiración, y crea una insuficiencia en todo el cuerpo y especialmente en algunas zonas concretas. La localización de estas zonas dependerá del tipo de emoción, la cual repercute en un lugar del cerebro que a su vez se encuentra conectado a una parte específica del cuerpo.

Considero que esta capacidad autocurativa funciona siempre, incluso cuando alguien está terminal… sólo que en este caso está ya muy debilitada y no tiene capacidad para revertir la situación (especialmente si se sigue intoxicando química y anímicamente al enfermo). La actuación de un buen médico o terapeuta debería consistir precisamente en contribuir a que este sistema autocurativo se recupere hasta donde en cada caso sea posible.

Para restablecer la salud (el flujo), se necesita un proceso de curación. Este proceso implica aumentar la circulación (introducción-expulsión) y restablecer la correcta disponibilidad de electrones para que el flujo redox esté pletórico. Para ello conviene aumentar sobre todo la respiración.

Al mismo tiempo, es muy importante relajar el cuerpo para que la circulación de fluidos llegue a toda célula. Para esto es imprescindible el des-canso, o sea, dejar-de-cansarse. Descansar exige parar la alteración, es decir, la acción del miedo, de la preocupación o del conflicto, que actúan en el cuerpo a través del sistema neuroendocrino. Implica saber que el curativo proceso de regulación es espontáneo y libre, y que no debe ser obstaculizado. Lo primero es "no dañar". Lo segundo, dejar fluir la vida[39].

¿'Combatir el VIH/SIDA' o "Integrarse en la vida"?

Esta es la disyuntiva a la que lleva respectivamente el doble posible enfoque señalado al inicio de este capítulo. El que he adoptado y presentado conduce a responder positivamente a la pregunta: "¿Y si el mejor médico, la mejor farmacia, el mejor laboratorio y todo lo mejor de lo mejor estuviese dentro de la unidad homeostática que somos cada uno de nosotros en la medida en que formamos parte del todo universal?".

Lógicamente, no pretendo que nadie que no estuviese ya cerca de este enfoque, lo haga suyo sólo con la lectura de este libro. Pero me parece importante ponerlo encima de la mesa. Confío en que sea sugerente y estimulante. ¡Y ojalá pueda abrirse una amplia contrastación, tanto individual como social e internacional!

En cualquier caso, lector, recomiendo tener presente que "No importa lo que te pase. Lo realmente importante es lo que hagas tú al respecto"[40].

[38] Una emoción negativa es en realidad ausencia de una emoción afirmativa que exprese el impulso vital que se dirige hacia el exterior porque de ahí nos llega una energía inagotable y gratuita que lo impregna todo. La desesperación es des-esperación, o sea, dejar de esperar algo de la vida. Esto cierra la piel, que deja de ser membrana transparente al mundo y a la energía, y se genera un estado de desnutrición energética. Un gesto que dé esperanza es lo más importante para salir de esta situación enferma.

[39] Esta clave curativa se puede expresar como la necesidad de tonificar lo que está laxo, y de relajar lo que está tenso.

[40] Estas palabras constituyen la primera página del sitio de la asociación CANVI (Cáncer y Vida, www.canvi.org), de Barcelona, formada por personas que han superado un cáncer o que conviven con él.

I-5.- ¿CÓMO CONCENTRAR MÁS DE 300.000 PÁGINAS EN MENOS DE 500?

Éste es mi problema tras haber separado el grano de la paja, y teniendo el grano ya recogido. 300.000 es tan sólo un cálculo aproximado de la cantidad de hojas que ocuparía la documentación que hemos elaborado los críticos, en distintos países y en diferentes lenguas, durante casi cinco lustros. O aunque fuese la mitad… o la mitad de la mitad… aunque probablemente sea muchísimo más[1]. Son estudios detallados que rebaten todos y cada uno de los débiles argumentos esgrimidos por los oficialistas.

¿Que hay seis millones de páginas oficialistas? ¿Y qué?
Y aunque fuesen el doble. Ya se sabe que siempre hay más paja que grano. Pero grano y paja son de cualidades y calidades totalmente distintas.

Lo mismo ocurre comparando los artículos críticos con los artículos oficialistas: son de cualidad y calidad muy diferentes. La razón es sencilla. Casi cualquier cosa puede ser publicada a favor de la corriente. Pero contracorriente, debe ser algo muy-muy-muy preciso, ya que, si no, el texto será desmontado y el autor, descalificado e incluso represaliado… además de marginado, riesgos que un crítico que escribe oponiéndose a lo establecido da por descontado. Es la lógica que desgraciadamente impera desde hace tiempo en la ciencia y en la medicina dominantes.

Hay cientos de miles (¿cuántos?) de artículos sobre el 'VIH/SIDA' publicados en revistas científicas, y, además, cada día aparecen en el mundo varias decenas más (¿cuántas?). Es lógico, pues decenas de miles (¿cuántas?) de científicos, investigadores, médicos, personal sanitario, asistentes sociales, periodistas, directivos de 'comités anti-SIDA', etc., trabajan dentro del enorme engranaje SIDA[2], y tienen que justificar su salario, entre otras cosas, publicando artículos sobre el 'VIH/SIDA'.

¿Requiere un artículo oficialista menos preparación y exigencia que un artículo crítico?
Sin duda. Y es algo que me gustaría lograr transmitirle, lector. Quisiera conseguir que valore la calidad no sólo científico-técnica sino también intelectual-humana de los críticos. Es totalmente distinto escribir a favor de la corriente que en contra.

A favor, bastan unas cuantas observaciones, o algunos datos, o un par de estadísticas, o un refrito, o la formulación de alguna hipótesis o subhipótesis, o una propuesta de investigación que pueda ayudar a rellenar algunos de los numerosos agujeros de la versión oficial, o… O senci-

[1] Sólo la *Immunity Resource Foundation*, de Londres, dirigida por J. Shenton**, dispone de "120.000 documentos de investigación de la productora Meditel, más el archivo de ocho años de aparición de la revista *Continuum*, además de más de 100 programas y de cientos de horas de filmaciones no editadas de Meditel, y de una colección de grabaciones hechas en los USA y en Europa filmando los argumentos disidentes referidos a la hipótesis vírica". Es decir, probablemente sólo la transcripción de los archivos de la *IRS* ya ocuparía más de 300.000 páginas…

[2] Una forma más clara sería decir que 'viven del VIH/SIDA', pues su sueldo es pagado por algún componente del complejo *establishment* del SIDA. Tras una discusión, acalorado, un médico oficialista me espetó: "¿Qué quieres que haga? El pan de mis hijos depende de mi trabajo". Le contesté: "La vida de tus pacientes depende de lo que hagas". En este caso, como en la mayoría, eligió el pan de sus hijos.

llamente “algo” que anuncie el principio de un atisbo del inicio del comienzo de, quizás, una vía de exploración de un eventual camino que, quién sabe, lleve a la posibilidad de un nuevo ‘anti-VIH’ o, no digamos, una potencial vacuna, todo ello para dentro de tropecientos años... Fíjese a partir de ahora, lector, y vea cuántos artículos oficialistas puede meter en este saco.

En contra, exige un rigor y una coherencia mucho mayores. Pero, a pesar de ello, pocos artículos aparecerán en las revistas científicas si están escritos de manera abiertamente crítica, por precisos que sean y por documentados que estén.

¿Es más difícil que se publique en una revista científica un artículo crítico sobre el SIDA que uno oficialista?
Muchísimo más difícil. Paradójicamente (si no demagógicamente), uno de los argumentos más utilizados por los oficialistas es que ‘los artículos de los disidentes son tan poco serios que no aparecen publicados en revistas científicas de prestigio’.

Si lo dicen de buena fe, quienes esto afirman no son conscientes de que las condiciones son totalmente distintas para unos que para otros. Hablan como si el sistema de *peer review* que está establecido en las revistas científicas para decidir qué artículos se publican y cuáles no, fuese neutral acerca de los contenidos, y sólo tuviese en cuenta la coherencia teórica y el rigor en los aspectos metodológicos y formales. Pero no es así.

¿Quién revisa a los revisores?
Por un lado, y estrictamente desde el ángulo de los contenidos, los *referees* o expertos encargados de filtrar lo que se publica en las revistas científicas, leen los artículos recibidos llevando las ‘gafas VIH/SIDA’ de la versión oficial. Este hecho les empujará a rechazar de manera casi automática aquellos planteamientos que la cuestionen. Y aunque esta compulsión quizás subconsciente no ocurra sólo tratándose del SIDA, probablemente sea mayor en este tema por su alta carga emotivo-psicológico-socio-económico-política-etc.

Pero, por otro lado, la ciencia –y muy especialmente la relacionada con la Medicina- es cada vez más objeto de influencias de tipo económico y político. Luego no es de extrañar que hace pocos años, una de las revistas científicas más influyentes hiciese público que había detectado que más de la mitad de sus *peer reviewers* tenían relaciones no declaradas con farmacéuticas. Ni que los directores de varias de las revistas científicas más importantes firmasen unos acuerdos destinados a frenar la presión de las farmacéuticas para lograr publicar lo beneficioso para sus acciones… en bolsa, claro. O que los responsables durante lustros de dos de las “revistas científicas de mayor prestigio” hayan publicado recientemente sendos libros denunciando la actuación de la industria farmacéutica[3].

[3] Marcia Angell (2004) *The truth about the drug companies. How they deceive us and what to do about it*, New York:Random Hause; estuvo durante dos décadas en *The New England Journal of Medicine*, del que se retiró siendo editora en jefe. Desde esta experiencia escribe (pg. xviii) que la industria farmacéutica ha cooptado “cada institución que pudiese cruzarse en su camino, incluido el Congreso de los USA, la FDA*, los centros académicos médicos, y la propia profesión médica”. El segundo es Richard Smith (2006) *The Trouble with Medical Journals*, Royal Society of Medicine Press:London; trabajó de 1979 a 2004 en el *British Medical Journal*, los últimos trece años como su editor.

¿Y quién revisa la 'Evidencia de que el VIH causa el SIDA' del NIAID?
Resulta que el documento más utilizado por los oficialistas en apoyo de la afirmación central del 'VIH/SIDA' y que lleva dicho título, es anónimo y está colgado en la *web*[4] del muy influyente NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas, uno de los NIH*), dirigido por el Dr. Anthony S. Fauci, Número Uno mundial del *establishment* del SIDA[5].

Es ilustrativo que su primera versión apareciese en noviembre de 1994. Por consiguiente, hasta más de una década después de que el Dr. Gallo engañase al mundo afirmando que había encontrado y demostrado que 'el VIH causa del SIDA', los oficialistas no disponían de un documento institucional que intentase demostrarlo. Y, además, este texto da por sentado lo que es la condición previa *sine qua non*: que 'el VIH existe porque ha sido aislado', punto decisivo en el que ni entra, lo cual me parece enormemente significativo. Permítame, lector, conjeturar que la razón de que se elaborase este documento fue la creciente presencia de los críticos a partir de 1987. Sin ella, probablemente no existiría en la actualidad ningún documento oficial esforzándose –bastante penosamente, la verdad- en demostrar que 'el VIH causa el SIDA'. ¿Para qué argumentar lo que todo el mundo se habría tragado sin necesidad de prueba alguna?

Pero aún es más ilustrativo saber que este documento, máxima referencia oficial sobre 'VIH=SIDA', no cumple las más elementales reglas de la ciencia moderna, como cualquiera puede verificar entrando en su *web*.

Una refutación[6] de dicho texto empieza explicando que

"Normalmente la ciencia avanza mediante publicaciones que
- están firmadas por sus autores,
- incluyen citas de orientación variada,
- tienen los datos para contactar por lo menos con uno de sus autores,
- sólo son modificables mediante publicaciones adicionales (incluyendo erratas),
- están abiertas a refutación mediante cartas publicadas en la misma revista,
- han sido *peer reviewed* (es decir, revisadas por el equipo de *referees* designados por la revista editora),
- se sustentan ampliamente en otra literatura *peer reviewed* que respalda sus afirmaciones.".

Y prosigue dando a conocer que:

"El texto de la *web* del NIAID no cumple ninguna de estas características. Por el contrario:
- es anónimo,
- las citas están restringidas a las posiciones propias,
- cambia de vez en cuando sin aviso ni explicación alguna,
- no tiene espacio alguno para que pueda responder quien esté en desacuerdo,
- no da información alguna acerca del proceso de *peer review* utilizado, si es que se ha usado alguno, para validarlo,
- prejuzga el resultado etiquetando las posiciones disidentes como 'mitos' y las propias como 'hechos',
- no presenta las posiciones disidentes con el mismo cuidado que las propias".

[4] www3.niaid.nih.gov/topics/HIVAIDS/Understanding/howHIVCausesAIDS/
[5] El Dr. Fauci ha repartido muchísimo dinero para la investigación: más de 50 millones de dólares al Dr. Gallo, casi 35 al Dr. Moore, etc. (www.omsj.org/corruption/hiv-researchers-still-digging). Y como que "la caridad bien entendida empieza por uno mismo", se atribuyó a sí mismo 36 de 81 proyectos por un monto 'no especificado'… por ahora (http://exlibhollywood.blogspot.com/2010/01/tony-faucis-bankroll.html).
[6] http://healtoronto.com/nih/main.html

Sin comentarios.

¿Hay censura en el campo de la 'ciencia del SIDA'?
Sí, la hay, y muy dura.

En algún caso es explícita, como la ya mencionada al Dr. Duesberg.

Pero normalmente las cosas no son tan claras, ni las actuaciones tienen un responsable que por lo menos dé la cara. Nadie la da a pesar de que están actuando a favor de la corriente, por lo que es difícil que pueda traerles complicaciones. De nuevo, el contraste con la situación de un crítico-por-exigente es total, pues éste tiene que firmar responsabilizándose de lo que sostiene, y sabe desde el primer momento que arriesga muchas cosas al hacer públicos sus desacuerdos.

En este sentido, son de agradecer las claras posiciones (públicamente no compartidas por otros oficialistas):

- del estadounidense Dr. John P. Moore, profesor de Microbiología e Inmunología del *Weill Medical College of Cornell University*. Un *The Moore Manifesto* que circula por Internet[7] afirma, entre otras perlas:
  - 'El VIH causa el SIDA. Esto no es una afirmación que pueda ser controvertida sino un hecho establecido, basado en más de 20 años de sólida ciencia. Cuestionarlo es ridículo. Los negacionistas del SIDA, matan'
  - 'Todo científico que mantenga que el VIH no causa el SIDA, simplemente no tiene credibilidad alguna por definición. No se les puede aplicar las reglas normales entre científicos'
  - 'El concepto de un "debate honesto" con ellos, es un oxímoron. No son lo suficientemente honestos intelectualmente como para debatir con ellos. Se les debe tratar con el absoluto desprecio que merecen, y presentarlos como los charlatanes que son'
  - 'Hay que demandar a las autoridades académicas porqué permiten que algunos de ellos trabajen en universidades, e incluso den clases a estudiantes. Y hablar con los comités de redacción para que no sean publicados'

--- o del canadiense Dr. Mark A. Wainberg, Director del *McGill AIDS Centre* de Montreal, quien varias veces ha pedido abiertamente la represión contra los disidentes, afirmando cosas como que 'Si tuviésemos éxito y encerrásemos a un par de estos tipos, garantizo que el movimiento de negadores del VIH moriría rápidamente'[8].

Pero la censura no es sólo contra aquellos a quienes los oficialistas llaman disidentes. También abarca a cualquier resultado o noticia que cuestione los intereses del *establishment* del SIDA. Así, por ejemplo, a inicios de los noventa la hoy GlaxoSmithKlein frenó todo lo posible las conclusiones del estudio *Concorde*, que demostró que el AZT* resulta perjudicial. O las farmacéuticas suelen incluir, en los contratos de las investigaciones que pagan, cláusulas que prohíben publicar los resultados si son contrarios a lo buscado[9]. O bien la condición impuesta por los oficialistas (por cierto, presentes en número doble al de críticos) para participar en el *Presidential AIDS Advisory Panel*** impulsado el año 2000 en Sudáfrica por el entonces pre-

[7] http://barnesworld.blogs.com/barnes_world/2006/11/the_moore_manif.html
[8] *The Globe and Mail* (Canadá), 1 de mayo de 2000.
[9] En general, no son publicados el 22% de los ensayos clínicos pagados por las farmacéuticas; en el caso de los considerados antidepresivos, alcanza el 40% (The Depressing News About Antidepressants, *Newsweek*, 8 de febrero de 2010, www.newsweek.com/id/232781). ¿Datos en el caso del 'VIH/SIDA'?

sidente Mbeki: la no presencia de medios de comunicación. Y el propio futuro ex Nobel Dr. Montagnier es marginado por muchos oficialistas porque lo consideran un disidente disfrazado.

En consecuencia, no es de extrañar que en repetidas ocasiones haya empleado, en declaraciones y en manifestaciones, el lema: "Con censura, SIDA. Sin censura, vida".

Lector, ¿ha estado alguna vez viendo un partido de su deporte favorito en el campo del eterno rival?
En caso afirmativo, ¿ha apoyado a su equipo con la misma fuerza y tranquilidad con que lo hace en campo propio? ¿Ha considerado que corría un cierto riesgo si expresaba lo que sentía?

Otra manera de resumir las diferencias es preguntar
¿Medrar de ser oficialista o sufrir por ser crítico?

¿No es todo esto contradictorio con que haya bastantes artículos publicados en revistas científicas que cuestionan uno o varios componentes de la versión oficial del SIDA?
No, no lo es por tres razones:
- La mayoría de estas críticas están sumergidas entre inicios y finales llenos de frases hueras que aplauden los 'grandes logros de la investigación científica realizada para combatir el VIH' y que repiten como un sonsonete no sólo las afirmaciones fundamentales oficiales ('el VIH, virus responsable del SIDA') sino también los eslóganes de las farmacéuticas ('gracias a los *cócteles*, el SIDA es hoy una enfermedad crónica'). Recurrir a esta estratagema facilita a veces pasar los filtros.
- Las revistas científicas que publican estos artículos disimuladamente críticos, suelen ser de segunda categoría. Las más influyentes rechazan incluso estas críticas encubiertas y parciales. A pesar de esto, lector, encontrará en las *web*s de los científicos críticos algunos artículos y cartas que finalmente han sido publicados en revistas importantes. Pero la mayoría han sido rechazados, muchas veces sin explicación alguna. Y seguro que no ha sido por motivos metodológicos o técnicos o estadísticos, pues, como he señalado, un crítico no puede permitirse debilidades o errores de este tipo.
- La que quizás ya es la razón de más peso: el despliegue del SIDA real obliga cada vez más a los propios defensores del 'VIH/SIDA' ficticio a firmar artículos escritos para revistas importantes que desmienten sus afirmaciones verbales. Pero no por ello cambian ni estas aseveraciones ni, lo que es aún peor, las tóxicas prácticas hospitalarias que han quedado cuestionadas por lo que han firmado. Un ejemplo clamoroso es el artículo publicado el 5 de agosto de 2006 en la influyente revista *The Lancet* acerca de que la administración de *cócteles* causa un "significativo aumento del riesgo combinado de muerte por SIDA y relacionada con SIDA" (II-3-6).

¿Somos los mejores conocedores del SIDA real?
E incluso del 'VIH/SIDA' ficticio. Como ya he señalado, para poder desmontar el SIDA hay que conocer al dedillo su versión oficial. Esto facilita asumir la responsabilidad de terminar lo antes posible con el invento SIDA a escala mundial… desmantelándolo.

I-6.- ¿PREGUNTAS PARA REFORZAR EL 'VIH/SIDA' O PREGUNTAS PARA DESMONTAR EL SIDA?

Quiero resaltar que fueron oficialistas quienes indirectamente me indujeron a emplear el sistema de preguntas-y-respuestas que utilizo en este libro. ¡Gracias!

La revista *Science* dedicó en 1993 más de 40 páginas y la editorial a abordar el tema central *SIDA: Las preguntas no contestadas*[1]. El editor científico del *New York Times* publicó en el 2001 un artículo de fondo con el título *Las preguntas del SIDA que persisten*[2]. Estas fueron las dos series de preguntas que me inspiraron. Un amigo les ha escrito por e-mail a ambos en mi nombre los días 28 de enero, 22 de febrero, 7 de marzo y 6 de octubre de 2008, y 28 de diciembre de 2009 (día de los Santos Inocentes), pidiéndoles si consideraban sus preguntas contestadas y si tenían nuevas cuestiones a formular. Por ahora, no ha habido otra respuesta que las automáticas.

La diferencia, sustancial, consiste en que sus preguntas estaban hechas desde dentro del montaje SIDA y buscaban reforzar el 'VIH/SIDA' al mostrar a los oficialistas algunos puntos débiles a fin de que se esmeren en rellenar sus lagunas. En cambio, para mí, y una vez llegado a las dos conclusiones provisionales[3] fundamentales: A) la versión oficial del SIDA es falsa, y B) el SIDA es un montaje, se trata de encontrar métodos para lograr abrir un mayor espacio social a la orientación que surge: desmontar el SIDA. Un método es aplicar lo que se afirma que es la base del avance de la ciencia, a saber, contrastar hipótesis distintas. Y ello para todos y cada uno de los aspectos cruciales tanto del 'VIH/SIDA' ficticio como del SIDA real.

Por esto decidí formular una serie de preguntas ordenadas en tres grupos escalonados -claves, importantes y dinamizadoras- que giran en torno a una pregunta decisiva -¿dónde están los artículos científicos de referencia originales?-, todo ello con el objetivo declarado de desmontar el SIDA.

Mis preguntas. Mis respuestas

Ha sido una tarea ardua seleccionar las preguntas que aborda este libro, de entre las muchas más que puede haber en un tema tan complejo[4]. Y tampoco ha sido fácil darles un orden de aparición en escena adecuado, de entre las diferentes concatenaciones que podría establecerse. Como no puede ser de otra manera, lo he hecho desde mis conclusiones, es decir, desde mis respuestas.

Tras formular la pregunta explico en un recuadro el resumen de mi contestación correspondiente. Dicha réplica no es sólo el resultado de lo que aparece a continuación, sino de muchos más ele-

[1] *Science*, 28 de mayo de 1993, pg. 1253 a 1293.

[2] Dr. Lawrence K. Altman, *The AIDS Questions That Linger*, NYT, 30 de enero de 2001. El propio Dr. Altman escribe: "muchas de estas preguntas existen desde el inicio de la epidemia", luego no fueron contestadas en dos décadas de la oficialmente presentada como 'la mejor investigación científica jamás realizada'. Y hoy en día, transcurrida casi otra década, siguen sin ser respondidas… por los oficialistas, claro. Sencillamente porque varias de ellas cuestionan todo el 'VIH/SIDA'.

[3] Aclaro que mis conclusiones y respuestas son provisionales, independientes y no-remuneradas. No tengo límites impuestos desde el exterior (laborales, institucionales, jerárquicos,…). Los únicos límites que tengo son los míos propios: de inteligencia, de comprensión, de infraestructura, de documentación, de medios, de idiomas, etc. Puedo cambiar mis conclusiones y respuestas si aparecen nuevas pruebas, argumentaciones, etc.

[4] Otros rigurosos han usado también un sistema de preguntas: Dr. Andrew Maniotis, Dr. Darin Brown,…

mentos (en particular, cantidad de experiencias vividas y de acciones realizadas en diversos países, y que no pueden ser recogidas en el texto que finalmente aparece impreso) que no podré y no sabré transmitir. Cada respuesta deriva de dos décadas de estar sumergido –con mis límites y con mis capacidades… como cada cual, por cierto- en el tema. El complejísimo camino que me ha llevado a cada respuesta quedará pálidamente reflejado en las subpreguntas y subsiguientes explicaciones que vaya formulando. Y esto es una invitación, lector, a que Ud. profundice, contraste con lo oficial y elabore sus propias contestaciones.

El recuadro deja claro mí punto de partida. Y lo lógico es que Ud. tenga otro, con lo que queda abierta la posibilidad de su interacción con lo aquí escrito. Y, quien sabe, quizás también puede generarse un intercambio mutuo posterior por otros medios (e-mail, documentos, encuentros, cursos, conferencias, acciones, etc.)

Una doble invitación importante: A quitarse las gafas 'VIH/SIDA' para empezar a ver la realidad y a ser críticos…

Considero que la pretendida objetividad o neutralidad científica no existe. Las gafas que se lleva puestas seleccionan lo que se ve y lo que no se ve, filtran los datos disponibles y ordenan los seleccionados y, además, configuran y colorean lo que sí permiten ver.

Si se porta gafas de sol, todo se ve más oscuro; pero la oscuridad no está fuera, en la realidad circundante, sino en las gafas que se lleva puestas. Utilizar gafas 'VIH/SIDA' hace que se interprete unos trucos tecnológicos ('tests', 'recuento de T4', 'carga viral',…) y en ocasiones –no siempre, ni mucho menos- problemas de salud realmente existentes –hepatitis, tuberculosis, malaria, candidiasis, malas condiciones de vida, desnutrición y malnutrición, estrés crónico, inmunodesequilibrio,…- como una inexistente 'espantosa epidemia de SIDA provocada por el terrible VIH', lo cual agrava la situación. Y también hace que se generen problemas de salud donde no los había. Éste es uno de los principales peligros con 'los expertos del SIDA': por donde van, crean 'epidemia de VIH/SIDA'[5]. Y el peligro inmediato es que, además de generar pánico y repudio social, se esfuerzan, incluso abnegadamente, en conseguir que se administren venenos presentados como 'antivirales' o como 'preventivos'…

Por mi parte, me quité las gafas 'VIH/SIDA' hacia 1993. Esto facilita descubrir la realidad.

… y a quitarse las gafas 'el SIDA es una enfermedad' para ser mucho más rigurosos…

Pero tres lustros después de quitarme las gafas 'VIH/SIDA', me di cuenta de que debajo llevaba otros lentes colocados anteriormente y ya tan incrustados que ni me daba cuenta de su presencia: las gafas 'SIDA = enfermedad'. Y escribiendo este libro acabé de comprender que, en tanto que disidente de la versión oficial 'VIH/SIDA', al seguir con gafas 'el SIDA es una enfermedad' había contribuido a camuflar el montaje SIDA. Al proponer "causas alternativas del SIDA" (tras descartar al ficticio 'VIH') y al buscar "otros tratamientos no-agresivos del SIDA" (una vez re-

[5] He aquí un testimonio que le solicité por escrito tras escuchárselo de palabra: "Yo, Peter Hoffmann, de Berlín, trabajé como homeópata en Coroatá, en el estado federal brasileño de Maranhao, desde 1989 hasta 1995. Dirigí la Clínica Esperanza aplicando fundamentalmente medicina natural. El 60 % de los niños que llegaron a la clínica estaban malnutridos. Los tres rasgos de enfermedad más importantes eran diarrea, enfermedades pulmonares y huesos frágiles. Estos síntomas han existido allí desde siempre, ya que son síntomas de malnutrición. En 1993 llegó un miembro de *Médicos Sin Fronteras* a la clínica. Declaró que todos estos síntomas indicaban "SIDA" y se indignó con nuestro tratamiento porque en la clínica tratábamos exclusivamente con medicina tradicional y con homeopatía. Tenía razón en que todos estos síntomas son síntomas de carencia inmunológica, pero la causa era la malnutrición. Nuestros clientes con estos síntomas se curaron todos, con excepción de dos, que se marcharon y que fueron tratados con medicamentos del SIDA. Oímos más tarde que habían muerto".

chazados los supuestos 'antivirales' venenosos), seguía alimentando el engaño primero y principal: 'en 1981 apareció en los USA una nueva enfermedad que acabó siendo llamada SIDA'.

… y llegar así a poder preguntarse "Pero, entonces, en verdad… ¿qué es el SIDA?"
Liberado de ambos juegos de gafas, la realidad debe ser explicada de otra manera. Y la pregunta decisiva que surge es: "Si el SIDA no es nada de lo que nos dicen que es, entonces, ¿qué sí es el SIDA?". Me parece que la única respuesta posible (pero estoy abierto a otras propuestas) es: el SIDA tiene que ser una "cosa" (una construcción, un engranaje, un invento, un diseño, un montaje, una maquinaria,…) que no hay que tratar sino desmantelar. En III-1-4 formulo una hipótesis sobre por qué considero que en 1981 los CDC pusieron en marcha el SIDA en los USA.

Esta cuestión clave, y otras derivadas en distintas direcciones, deben ser planteadas y contestadas. Para ello pretendo ser lo más preciso posible, y en ello me esfuerzo y esforzaré. Y le agradezco por adelantado, lector, que me señale los fallos que al respecto encuentre en este libro…

Algunas ventajas a mi favor para llegar a ser desmontador
Como he explicado, cuando en 1990 empecé a implicarme en el 'tema SIDA' aceptaba toda la versión oficial, desde la A hasta la Z…. excepto el venenoso AZT. Aceptaba como 'científicamente demostrado' lo que luego fui descubriendo que tan sólo era 'científicamente reconocido'. Tuve que ir poniendo interrogantes uno tras otro, y ello golpe a golpe, como he descrito.

Para este largo y lento proceso de ruptura, ha sido muy fructífero el hecho de estar en contacto con todos los grupos de actores del drama, y no pertenecer a uno solo de ellos, como suele ocurrir. En efecto, en grados muy diversos, y con relaciones de distinto tipo, he tenido encuentros con etiquetados, con familiares y amigos, con médicos y terapeutas, con asociaciones llamadas 'anti-SIDA', con investigadores, con laboratorios de diagnóstico, con medios de comunicación, con autoridades sanitarias y políticas, con empresas farmacéuticas, con miembros de diversas profesiones relacionados con el tema SIDA, etc. Esto me ha permitido ir configurando una visión caleidoscópica cada vez más compleja y potente.

Aclaro que nadie me paga por defender lo que expongo… excepto, claro está, los derechos de autor de este libro, que falta me hacen. He ido cambiando constantemente a medida que hacía camino. Luego puedo volver a cambiar, a rectificar en caso necesario, si apareciesen las pruebas que pido y que concretaré en II-4.

Afortunadamente, he conocido –personalmente o a través de sus obras- y me apoyo en numerosos científicos, médicos, profesores eméritos, profesionales de distintos campos, etc., que han dedicado toda su vida a la investigación y a la salud, y que no sólo no cobran sino que se han arriesgado haciendo público lo que muchos colegas piensan en privado. Y también a etiquetados que han roto con la versión oficial, que se han dedicado a difundir lo que vivieron y aprendieron, y que, en algunos casos, incluso han pagado su solidaridad y su abnegación con su propia vida.

Además, tengo 67 años y no pretendo hacer carrera ni profesional ni académica ni económica alguna… aunque sí deseo compartir al máximo posible lo que he aprendido y descubierto.

Y, *last but not least*, me estoy entrenando en adoptar el punto de vista tradicional, que implica hacer aquello que uno considera que debe hacer, y, además, hacerlo independientemente de los resultados que obtenga.

¿Quién asume responsabilidades?

Una de las ventajas de los críticos es que venimos de donde los oficialistas están. Ninguno de nosotros nació rechazando la versión oficial del SIDA. Como he expuesto, por caminos largos y múltiples -y siempre dolorosos-, fuimos cuestionando las afirmaciones oficiales. Y nos vimos convertidos en disidentes por los oficialistas, y nos llamaron locos, ignorantes, peligros públicos, estafadores, asesinos, sectarios, fascistas (Dr. Gallo *dixit*[6]), negacionistas, etc. Mientras, aparentemente los oficialistas no ven nada de lo que a nosotros nos hizo despertar.

La responsabilidad de los oficialistas es enorme. No debe olvidarse ni un solo instante que la inmensa mayoría de personas que fallecen con la etiqueta 'muerto de SIDA', lo hacen siguiendo el camino que los oficialistas no sólo han marcado sino que imponen recurriendo al miedo, a presiones y a todo tipo de amenazas. Si tenemos razón, la conducta científico-médico-terapéutica de los oficialistas es no sólo radicalmente errónea sino muy perjudicial. Y cuanto más tiempo pase, peor, pues más vidas están siendo innecesariamente sacrificadas al *establishment* del SIDA, a la pseudociencia del 'VIH/SIDA', a tapar las razones de que se montase el SIDA, a los dividendos de los grandes laboratorios y otros, a la comodidad de los responsables políticos y mediáticos, etc. Por el contrario, cuanto antes tengan el valor intelectual-y-humano de interrogarse acerca de lo que hacen, antes podrán sumarse al esfuerzo para acabar con el SIDA real. Es éste un objetivo con el que públicamente nadie está en contra. Aunque siempre cabe preguntarse: ¿de qué serán especialistas los especialistas del 'VIH/SIDA' al día siguiente de desmontar el SIDA?

La responsabilidad de los críticos es asimismo enorme.

Pero nuestra responsabilidad no es la que a veces nos cargan algunos oficialistas y también algunas personas de buena voluntad cuando afirman: 'Aquellos diagnosticados que os escuchen, arriesgan sus vidas porque no se beneficiarán de los tratamientos hospitalarios y morirán antes de tiempo'. En II-3-6 a II-3-9 argumento y demuestro que no existe tal beneficio.

Me estimula que haya habido etiquetados que, en su momento, asumieron la responsabilidad de responder al etiquetaje recibido escuchando, en distintas proporciones en cada caso, la información crítica que pusimos a su alcance. Estas personas ejercieron su libertad a decidir, incluso asumiendo el riesgo de equivocarse. Y no se equivocaron en lo que a la falsedad de la versión oficial se refiere… a pesar de que algunas de ellas también hayan fallecido (III-3) pues los factores que llevan a fallecer con la etiqueta 'muerto de SIDA' son múltiples y potentes (II-2-4 y III-2), aunque completamente al margen del ficticio 'VIH'.

De todas formas, me siento responsable de estas muertes en el sentido de animarme a actuar para mejorar cada vez más, en cada momento, nuestra información crítica y el abanico de recursos disponibles. Y llegar a ser capaces de explicar y solucionar con el mayor rigor todos y cada uno de los aspectos del SIDA real, incluidos sus resortes más recónditos. Así asumimos la responsabilidad social de desmontar el engranaje SIDA cuanto antes. A pesar de los graves inconvenientes y peligros que implica el ir contracorriente, tenemos el deber de persistir. Como mínimo hasta que todos los etiquetados conozcan la información que contiene este libro (y otros de la Bibliografía), y puedan elegir, en igualdad de condiciones, cuál es el camino que libremente prefieren seguir. Y como máximo… hasta desmontar el SIDA.

[6] *El Periódico de Catalunya*, 17 de abril de 1997.

I-7.- ¿ESTÁ ACTUANDO EL SIDA REAL CONTRA EL 'VIH/SIDA' FICTICIO?

¿David ante Goliat?

Sea consciente, lector, de que éste es un proceso vivo en marcha en la que se confrontan dos explicaciones (y las sendas actitudes correspondientes) cualitativamente distintas de qué es efectivamente "eso" llamado SIDA, con gran desigualdad de medios de todo tipo entre ambas partes. La versión oficial es financiada con miles de millones de dólares al año y dispone de amplios equipos tanto de personas como tecnológicos, se proclama en las universidades, tiene las revistas científicas a sus órdenes, grandes patrocinadores, medios de comunicación potentes que multiplican su voz, el respaldo de las autoridades, etc., con lo que nada plenamente a favor de la corriente. Y van construyendo el montaje, actualizándolo y adaptándolo, refabricando cada día el 'VIH/SIDA'. Incluso se autoconcede un Premio Nobel… aunque confío en que la maniobra se le vuelva en contra. Por ahora, la versión oficial es aún fuerte… pero es falsa.

La parte crítica-por-exigente tiene que autofinanciarse sus actividades, es marginada y censurada, debe soportar la presión oficialista constante[1], recibe descalificaciones y represalias,…, todo ello navegando contra el viento.

Pero confío en que Ud. llegue a la conclusión de que los especialistas críticos-por-exigentes, sin medios, hemos avanzado muchísimo más que los especialistas oficiales, y que lo hemos hecho por el camino correcto. Por esto buscamos una confrontación de posiciones que, a pesar de ser cuantitativamente tan favorable a los oficialistas, considero que está cualitativamente de nuestra parte. Es más: por esto propongo que la tarea más consecuente y coherente que se puede asumir es la de desmantelar el montaje SIDA. Y aunque no digo que este objetivo sea fácil, tampoco nadie puede afirmar que sea muy difícil o imposible. Se hace camino al andar…

La honda de los desmontadores:
El proceso concreto que sigue el SIDA real cuestiona el 'VIH/SIDA' ficticio

Resulta que, a favor de David, el principal enemigo que tiene el Goliat oficial es el propio SIDA real. Éste es un hecho que quienes diseñaron el 'VIH/SIDA' no pudieron prever primero ni controlar después, a pesar de sus esfuerzos –incluso represivos- por hacerlo.

Ocurre que el camino –lleno de sufrimientos y de tumbas totalmente innecesarios- que ha tomado el SIDA concreto de cada día desde su puesta en marcha en 1981, cada vez ha ido apartándose más de la ruta que marcaba la versión 'VIH/SIDA'. El proceso de desarrollo concreto del SIDA real ha ido descalificando el 'VIH/SIDA' oficial, desvelándolo como la ficción que es. Tanto que le recuerdo, lector, que el Dr. Bauer** ha podido demostrar de manera irrefutable que "el VIH no puede ser la causa del SIDA" simplemente comparando los datos oficiales de

[1] Presión casi siempre silenciosa a fin de aislar o marginar al crítico. Los oficialistas aplican la regla de la callada por respuesta. Es ilustrativo lo que ocurrió con el *Debate SIDA* que he mencionado en I-2, nota 10. Tres editoriales, premio del propio *Diario-16* -convocado en una página interior entera y en contraportada a color- a quien presentase las pruebas científicas de la existencia del supuesto 'VIH', diecisiete capítulos míos de dos páginas enteras aparecidos semana tras semana en un diario editado en Madrid, no recibieron respuesta alguna. Luego no pudo haber debate.

los CDC* de ‘diagnósticos de seropositividad’ con los datos igualmente oficiales de los mismos CDC de ‘diagnósticos de casos de SIDA’.

El ‘VIH/SIDA’ es des-velado por el SIDA real como un monstruo frankensteiniano que sólo se sustenta por el gran número de reparadores que tiene y por los enormes poderes que mueve[2]… empezando por el océano de miedo que genera y que empuja a una conducta irracional a quienes se ven sumergidos en él, por lo que –por ahora- la mayoría acaba ahogándose.

Se ve así que el ficticio ‘VIH/SIDA’ únicamente existe en tanto que pieza del engranaje SIDA real. El ‘VIH/SIDA’ oficial es una ficción que sólo tiene una cierta realidad al ser asumido como verdad dentro de las reglas de juego del montaje SIDA. En efecto, el ‘VIH/SIDA’ mata actuando como un componente de la máquina destructiva SIDA. Análogamente, el ‘VIH’ no tiene existencia propia, ni científica, ni bio-lógica, ni bio-patológica, alguna. Pero está y actúa como pieza clave del montaje SIDA al ser interiorizado como un virus real y mortífero por todos los componentes del drama SIDA, en particular por los propios etiquetados.

Es suficiente empezar a desmontar el SIDA real para que la ficción ‘VIH/SIDA’ se disuelva como un azucarillo. Por ejemplo, al romper alguna de las ocho reglas de juego oficiales del SIDA con las que a continuación empiezo la II Parte, la enorme pompa de jabón ‘VIH/SIDA’ estallará…

PENDIENTE
-Una recopilación documental completa de las investigaciones y experiencias de los críticos, así como de sus canales de divulgación
---En particular, confeccionar una lista de médicos que rechazan los supuestos ‘antivirales’. Por ahora, deberá ser clandestina, pero en algún momento se les podrá homenajear por las numerosas vidas de etiquetados que están salvando
-Hacer la traducción al español, para que esta documentación sea más accesible
---Fundar un Centro Mundial de Traducciones que permita disponer de material crítico en cualquier lengua
-Completar y desarrollar una comprensión bio-lógica de la vida y del ser humano
-Concretar la psiconeuroendocrinoinmunología al montaje SIDA
-Analizar las causas profundas de los graves acontecimientos y procesos aquí señalados

[2] El contraparalelismo con Franskenstein es sugerente. El Dr. Victor Frankenstein literario sólo contaba con su ayudante para hacer su creativa y peligrosa obra. El resto de personas y de fuerzas actuaban contra el mal uso que hacía de sus conocimientos. E incluso el bien general acaba ayudando a la creación-víctima, y solidarizándose con ella frente al creador. Pero el frankensteiniano ‘VIH/SIDA’ fue inventado por importantes fuerzas, y ha concitado la actividad parcheadora de decenas de miles de científicos, médicos, políticos, periodistas, comités, personas de buena voluntad, etc., que viven de él o por él, y que diariamente se esfuerzan en remendarlo y mantenerlo en pie.

SEGUNDA PARTE

LA VERSIÓN OFICIAL DEL SIDA ES UNA FICCIÓN

He aquí la parte más extensa del libro.

Tiene la función de dar elementos fundamentales para que Ud., lector,
pueda situarse en condiciones de empezar a compartir –o no-
mi conclusión sobre la falsedad de la versión 'VIH/SIDA'.

Me parece que la distribución de capítulos y preguntas
es suficientemente clara como para no requerir más explicaciones.

Constituye la parte fundamental del Debate SIDA pedido desde hace tiempo,
en el que tendrá su influencia la manera de situarse y abordarlo (I Parte),
así como el estar dispuesto a buscar sus raíces, sacar lecciones y actuar (III Parte)
Establece también la base para que las víctimas (y/o sus familiares y amigos)
se den cuenta de que son (o han sido) sacrificadas al montaje SIDA,
y puedan decidir llevar a juicio, en la sociedad y en los tribunales,
a los responsables de tal monstruosidad.

II-1.- LAS OCHO REGLAS DE JUEGO OFICIALES DEL DRAMA SIDA[1]

El 'VIH/SIDA' se basa en medio centenar de afirmaciones nunca demostradas. Pero decenas de miles de investigadores, científicos, médicos, catedráticos, políticos, asesores, comités, periodistas, publicitarios, artistas, intelectuales, voluntarios, etc., que apoyan la versión oficial han ido creando –dirigidos o supervisados directa o indirectamente por los CDC- una compleja y densa telaraña donde están presas directamente las personas etiquetadas 'infectado por VIH' o 'caso de SIDA', e indirectamente, toda la humanidad. Es importante entender cómo se articula el circulo vicioso del SIDA a fin de poderlo romper quien llegue a la conclusión de que quiere-y-puede hacerlo. Aquí hay una somera presentación de las ocho reglas de juego del SIDA, cuyos componentes serán profundizados a lo largo del libro.

Para estar plenamente cómodo en una esfera cerrada,
cualquiera que sea,
es menester no concebir que pueda haber algo más allá
René Guénon

Mi presentación de la versión oficial del SIDA

El fenómeno SIDA es complejísimo y a escala mundial. Día a día, con el paso de los años y con los aportes "creativos y probablemente bienintencionados" de muchos miles de participantes en el gigante SIDA, se ha ido implantando una manera oficial de funcionar. Poco a poco[2], y bajo la batuta de los CDC*, se fueron estableciendo unas reglas de juego que primero fueron aleccionadas por los agentes de los propios CDC en sus instalaciones y en las de entidades colaboradoras. Luego se fueron paulatinamente implantando desde los Gobiernos y Organismos Internacionales e impartiendo en las Facultades y demás centros de enseñanza. En paralelo, se transmitieron por los media a toda la población, y se impusieron y aplicaron a las víctimas en los hospitales y centros sanitarios de todo el mundo.

Quiero llamar su atención, lector, sobre el hecho de que la rutina con que hoy los oficialistas aplican el montaje SIDA tardó mucho tiempo en irse elaborando e implementando, y exigió la conjunción de los esfuerzos de muchos especialistas. Así, me parece aleccionador recordar ahora que durante tres años (1981-84) la joven maquinaria SIDA funcionó sin haberse aún inventado el supuesto 'VIH'. A lo largo de seis años (81-87), los 'enfermos de SIDA' fueron diagnosticados exclusivamente por razones clínicas. Pasaron tres años y medio desde que el Dr. Gallo encargase en enero-febrero de 1984 fabricar supuestas 'proteínas del VIH' para su 'test del SIDA', hasta que el 14 agosto de 1987 los CDC decidieron -sin base científica alguna- que 'dar positivo al test significa infección por VIH'. Poderosas farmacéuticas tardaron: cinco años (82-87) en lograr fraudulentamente que se aprobase el primer supuesto 'anti-VIH'; once (82-93) en conseguir que se reconociesen más quimioterápicos de la misma familia; trece años (82-95) en los de una segunda familia; cuatro lustros en facilitar el envenenamiento reduciendo –desgraciadamente- el número de pastillas a tomar a sólo una o dos. Etc. Y a pesar de tanto esfuerzo, la brea del tiempo y de la inercia no logra tapar las vías de agua del barco SIDA…

[1] Cada una de estas ocho reglas de juego tiene sus subreglas propias. Y muchas de estas subreglas funcionan a su vez con sus subsubreglas. Y algunas de estas subsubreglas poseen sus… Todo ello constituye una intrincada y compleja red que le da apariencia de rigor y de realidad, pero que puede descomponerse a partir de la rotura incluso de alguna de las reglas secundarias…

[2] Aunque intercalando a veces cambios bruscos y casi repentinos. Veremos, por ejemplo, las sucesivas modificaciones en la 'definición de SIDA'. O la revolución en 1995 en la forma oficial de explicar el 'VIH/SIDA', que incluyó el clandestino cambio del 'modelo de VIH' utilizado.

El estar metido hasta el cuello en este tema desde 1990, me ha ayudado a detectar y a ir formulando las siguientes ocho reglas de juego. Considero que muestran bien cómo funciona la versión oficial del SIDA. Y conforman un ciclo en el que se va enlazando una regla con la siguiente hasta constituir un círculo infernal. Quien entra en él, difícilmente podrá salir de otra forma que con la etiqueta de 'muerto de SIDA, víctima del VIH'… si no consigue una información semejante a la contenida en este libro.

Como es lógico, esta presentación de la versión oficial del SIDA es mi presentación, y puede haber otras. Tras el enunciado de cada regla, indico entre paréntesis el año en que fue incorporada al triste juego. Rebatiré estas reglas en los capítulos correspondientes.

Primera regla… y primera falsedad:
Los CDC inventan una (supuesta) 'enfermedad' finalmente llamada SIDA (1981)
A mediados de 1981 la revista-boletín de los CDC empieza a hablar de la aparición de una supuesta 'nueva enfermedad entre homosexuales previamente sanos' que acabará siendo llamada SIDA. Sin base científica alguna, en seguida se empieza a aterrorizar a los homosexuales afirmando que 'se contagia sexualmente' y que 'es inevitablemente mortal'. Se caracterizaría porque los 'infectados' tendrían 'deficiencia inmunitaria'. Por esto ya el primer nombre que se le pone incluye este rasgo: GRID*. La supuesta inmunodeficiencia quedará definitivamente incorporada al tramposo nombre finalmente adoptado: SIDA*.

Segunda regla… y segunda falsedad:
Para reforzar la falsedad de que ha irrumpido una 'nueva enfermedad', los CDC intentan construir una (supuesta) 'epidemia mundial' recurriendo a varios trucos: Empezar a hablar de 'epidemia' a los pocos meses magnificando las cifras e impregnándolas de miedo y de morbo. Sumar sucesivamente (dos en 1981, diez en 1983, seis en 1985, ocho en 1987 y tres en 1993) hasta un total de 29 enfermedades[3]… y una condición: tener menos de 200 T4. Incorporar más 'grupos de riesgo' (1982). Inventar una definición especial de 'caso de SIDA' para África (1985) y luego otras dos (CDC y PAHO u Oficina Panamericana de la Salud) aplicables al resto del mal llamado Tercer Mundo. Introducir a los heterosexuales como gran 'grupo de riesgo' (1987). Considerar a etiquetados 'seropositivo' absolutamente asintomáticos como 'caso de SIDA condenado a muerte' por tener menos de 200 T4 (1993). Utilizar cifras acumuladas en vez de cifras anuales. Y cifras de casos estimados en vez de cifras de casos registrados. Y calcular cantidades terroristas con modelos matemáticos tendenciosos. Y…
Más componentes de esta regla, en II-3-1. Pero ahora señalo algunos elementos. Por ejemplo, que por primera vez en la Historia de la Medicina, se modifica el significado que siempre había tenido "síndrome" como "conjunto de signos o síntomas" para pasar a indicar "conjunto de enfermedades previamente existentes".

Además, en sucesivas ocasiones se aumentó el número de enfermedades incluidas en el conjunto. Luego también por primera vez en la Historia se cambia varias veces la definición de una supuesta enfermedad. Cada ampliación hacía aumentar automática y repentinamente el número de 'casos de SIDA'. Desde la interpretación de los 'tests' como 'positivo = infección por VIH' en 1987, en Occidente un 'caso de SIDA' se define combinando el resultado positivo a los 'tests' con alguna de las 29 enfermedades artificialmente consideradas 'definitorias de SIDA'.

[3] A lo largo de todo el libro usaré 29 para indicar el número de enfermedades que están englobadas bajo la etiqueta SIDA. Pero en realidad el número cambia de un lugar a otro o de una institución a otra, y oscila por lo menos entre 26 y 30. Y, lector, la inclusión o no de una determinada enfermedad significa que, por definición, muchos miles de personas se vean o no automáticamente convertidas en 'caso de SIDA', con todo lo que ello implica. Este hecho es por sí solo un claro ejemplo de la confusión, manipulación y arbitrariedad que impera en la trama SIDA.

Sin embargo, en África y en el mal llamado Tercer Mundo, lo rutinario es utilizar una definición totalmente distinta de 'caso de SIDA'. Fue adoptada en octubre de 1985 en la reunión (de la OMS* pero organizada por el Dr. Joseph B. McCormick, de los CDC* y probablemente del IES*) celebrada en Bangui, capital de la República Centro Africana. Es lo que desde entonces se llama 'definición de Bangui', basada en una serie de signos (fiebre, pérdida de peso, tos,…) divididos en mayores y menores. Pero hay dos redefiniciones posteriores continentales más, hechas por los CDC y por la PAHO.

Resulta, pues, que en las estadísticas internacionales todas las cifras nacionales de 'personas con SIDA' son metidas en la misma cuenta sin especificar cómo han sido obtenidas, a pesar de que sus números están basados en las diversas definiciones existentes, por lo que en realidad no son comparables entre sí. Oficialmente se suma y se presentan -incorrecta e impunemente- como homogéneas magnitudes que son heterogéneas. Magnitudes tan dispares que si un médico etiquetase 'caso de SIDA' en Occidente de igual manera a como se etiqueta 'caso de SIDA' en la mayor parte del resto del mundo, sería inhabilitado.

También ha habido una ampliación de los sectores sociales susceptibles de ser víctimas de la 'terrible nueva enfermedad': de homosexuales a heroinómanos y a hemofílicos (tras dejar por el camino a haitianos y a hetairas –prostitutas-). Y en 1987, de manera totalmente intencionada, manipulada y tramposa, a heterosexuales. Así se convertía a toda la humanidad en objetivo del 'VIH' y posible 'víctima del SIDA', es decir, en un único 'grupo de riesgo' gigantesco. Por fin empezaron a llover los miles de millones de dólares a la industria del SIDA[4]. Y, lógicamente, muchas más personas sanas, atemorizadas por las 'campañas de prevención', se hicieron o se dejaron hacer los 'tests'-trampa[5], dando inevitablemente una parte de ellas positivo…

Un factor más de inflación de las 'cifras del SIDA' es el utilizar cifras estimadas en vez de casos efectivamente registrados, y no explicitarlo. E igualmente se silencia que dichas cifras estimadas son obtenidas por modelos matemáticos que las exageran, lo cual va bien para generar miedo e incrementar la correspondiente llegada de dinero… mientras los oficialistas no sean obligados a corregir sus estadísticas a la baja, como he recogido al inicio de la I Parte.

Otra novedad en la Historia de la Medicina aportada por el SIDA es la de presentar las cifras estimadas de etiquetados 'seropositivo' o 'caso de SIDA' de manera acumulada, es decir, añadiendo los nuevos etiquetados estimados en el último año a todos los etiquetados estimados en los años anteriores desde los 'primeros tiempos del SIDA'. Así, aunque haya pocos nuevos etiquetajes, la curva siempre crece, dando la falsa imagen de que 'la epidemia sigue avanzando'[6]. La imagen sería totalmente distinta si los puntos de la curva indicasen simplemente los nuevos 'casos de SIDA' realmente registrados cada año, pues entonces se vería claramente que la curva desciende como mínimo desde 1993, lo que es incompatible con hablar de epidemia.

[4] La reacción fue inmediata. En los Estados Unidos, la financiación federal para la investigación médica relacionada con el SIDA subió de 341 millones de dólares en 1987 a 655 millones en 1988. Y los dólares para prevención de los CDC ascendieron de 136 millones en 1987 a 304 en 1988.

[5] En 1994, 2,4 millones de tests fueron administrados con fondos gubernamentales estadounidenses, más de diez veces la cantidad de 1985. Sólo el 13 % de estos tests fueron hechos a homosexuales o bisexuales o a drogadictos intravenosos.

[6] "Presentar los 'casos de SIDA' de manera acumulativa es una práctica excepcional en medicina. A nadie se le ocurre sumar las cifras de casos de paperas, de tuberculosis o de escarlatina desde el día en que se aprobó la ley sobre epidemias (…) Grandes cifras atraen grandes cantidades de dinero público". *Confusión acumulativa*, *Deutsches Ärzteblatt*, 1989, 86, vol. 17.

Y aún más inconciliable con una epidemia resulta la curva clave: la del ritmo de crecimiento, formada por los puntos que indican el porcentaje de aumento de nuevos 'casos de SIDA' registrados en un año respecto a los nuevos 'casos de SIDA' habidos en el año anterior. Claro está, el primer punto que se puede calcular corresponde a 1982, y ocurre que, excepto una pequeña subida en 1985, la curva desciende constantemente, y ya en 1994 corta el eje horizontal de abscisas, volviéndose negativa.

Tercera regla… y tercera falsedad:
Haber inventado una supuesta enfermedad epidémica exigía ingeniarle una causa, que los CDC decidieron que debía ser vírica. Luego sólo era cuestión de tiempo afirmar que 'se ha aislado un virus en un enfermo de SIDA' (1983), y que 'un virus causa el SIDA' (1984)

Una vez inventada y aceptada la existencia de una pretendida 'epidemia de una nueva enfermedad infecciosa inevitablemente mortal', empezaba la frenética carrera por encontrar algo que pudiese ser presentado como su causa, condición previa para luego establecer un método de etiquetaje y buscar un nuevo tratamiento contra esta supuesta causa. Sin prueba alguna de ello, desde el primer instante los CDC apuntaron a un agente infeccioso transmitido sexualmente, con lo que fueron estos CDC quienes descartaron totalmente la vía tóxica a pesar de que las personas utilizadas para montar el SIDA usaban y abusaban de drogas, excitantes y fármacos de distintos tipos. En un país desarrollado y a inicios de los ochenta, el agente infeccioso debía ser un virus, y así lo decidió el Director de los CDC al anunciar en verano de 1982 (fecha a precisar) que la causa del SIDA era vírica y que todos los fondos irían a financiar exclusivamente esta línea de investigación. Y acabó siendo diseñado el supuesto "modelo-Gallo-Montagnier-de-VIH". El Dr. Luc Montagnier publicó el 20 de mayo de 1983 en la revista *Science* un artículo afirmando (falsamente) que había aislado un virus en un 'enfermo de SIDA'. Y el Dr. Robert Gallo presentó al mundo en la famosa rueda de prensa del 23 de abril de 1984 'el virus probable causa del SIDA' no sólo sin prueba científica alguna de ello sino falsificando con toda intencionalidad las conclusiones de los experimentos que había realizado, a fin de publicarlas a bombo y platillo en *Science* (Anexos), donde aparecieron el 4 de mayo, once días más tarde.

Paradójicamente, este virus ficticio se vio convertido en un destructivo y mortífero supervirus sin parangón: superdestructivo, supermutante, superastuto, super-lo-que-haga-falta. Pero tiene lógica, ya que a un virus no-real, fantasma, se le pueden atribuir todas las propiedades y características que necesiten achacarle los superespecialistas que hacen carrera con él (y los poderes -políticos y otros- que están detrás). En efecto, sin prueba científica alguna se le ha imputado, por un lado, una enorme potencia patógena en general y citotóxica en particular[7]. Y, por otro lado, se le ha otorgado la capacidad de mutar constantemente, con lo que lograría escapar tanto a los fármacos llamados 'anti-VIH' convirtiéndose en resistente, como a todos los esfuerzos por lograr una vacuna. En consecuencia, se le considera poseedor, a pesar de su reducida información genética, de una astucia que tiene en jaque a una miríada de sesudos investigadores[8].

[7] En efecto, todo lo que de malo en su salud le ocurría a la persona considerada 'infectada por el VIH', tenía por culpable a dicho supuesto virus. Se tardó bastantes años en irle descargando de algunas acusaciones, como ser causante del Sarcoma de Kaposi. Pero sigue siendo el ficticio chivo expiatorio del montaje SIDA.

[8] En cualquier caso, los oficialistas manifiestan que 'el VIH es el microbio mejor estudiado' y que 'el SIDA es la enfermedad más investigada de la Historia de la Medicina'. Quizá por esto, ya en 1989 el historiador del SIDA francés de origen croata Mirko Grmek (1924-2000) escribía (en un lenguaje sorprendentemente… ¿psicodélico?): "Gracias a los trabajos de (…), se ha comenzado a comprender el funcionamiento extremadamente refinado de la maquinaria de este virus, principalmente el papel muy particular del gen *tat* que activa la expresión de los genes de estructura. Se trata de un sistema de bucles cibernéticos que permiten al virus adaptarse a las circunstancias diversas, y modular su ciclo vital (¡*sic*!) según la naturaleza y el estado funcional de la célula infectada. Nada de seme-

Cuarta regla… y cuarta falsedad:
Haber inventado una enfermedad vírica exigía idearle una forma de diagnóstico con apariencia tecnológica. Se empiezan a aplicar (1985) unos tests que, a partir de una fecha determinada (exactamente el 14 de agosto de 1987) y por instrucciones de los CDC, supuestamente indican -con una fiabilidad del 99,9 %- si se está o no 'infectado por VIH'
Hasta 1987, los 'casos de SIDA' eran etiquetados exclusivamente por razones clínicas, por lo que todos estaban seriamente enfermos. En 1985 ascendían a unos pocos miles en todo el mundo (unos 15.000; ¿dónde estaba la epidemia?). Pero en dicho año se aprueban unos 'tests' exclusivamente para cribado (*screening*) de muestras de sangre a fin de destruir las que diesen positivo. Y se empieza a aplicar millones de estos nunca validados 'tests'. Muchos miles de personas tienen la desgracia de dar positivo, lo cual, a partir de un momento determinado[9], los CDC ordenan, sin base científica alguna, que debe ser interpretado oficial y tramposamente como 'estar infectado por VIH'. Los médicos daban poquísimo tiempo de vida a quien resultaba positivo, lo cual pesaba como una gigantesca losa aplastante.

Estos 'tests' siguen siendo empleados -alegal sino ilegalmente- para, en caso de dar positivo a ellos, etiquetar bien 'seropositividad' entendida intencionadamente como 'infección por VIH' si la persona está asintomática, o bien directamente 'caso de SIDA' si la persona padece alguna de las 29 enfermedades[10] consideradas 'definitorias de SIDA'.

No es de extrañar que con la aplicación de los 'tests', las cifras del SIDA se disparasen en los países pudientes, ya que muchas personas totalmente asintomáticas son etiquetadas como 'infectadas por VIH' al interpretarse arbitrariamente así el que su plasma sanguíneo reaccione en dichos 'tests'. Y se suman a los millones tramposamente etiquetadas en los países económicamente débiles utilizando la 'definición de Bangui' y similares.

Quinta regla… y, por fin, la primera realidad:
Se ha ido generando un trato social que margina y que por sí sólo puede inmunodeprimir e incluso matar a las personas después de que hayan sido artificiosamente 'etiquetadas seropositivas o, en su caso, enfermas de SIDA' (desde los primeros momentos). Y la (posterior) solidaridad para acompañarles a morir, ha empeorado la situación
El SIDA fue presentado desde los comienzos como una condena a muerte. Y no a una muerte cualquiera sino pasando, antes del oficialmente inevitable desenlace, por marginación, numerosas enfermedades, extremo deterioro físico y anímico, y otros procesos negativos. El mayoritario maltrato social asociado al SIDA es grave, ya que todo miembro de los llamados grupos de

---

jante era conocido hasta entonces en ninguno de los parásitos intracelulares" (*Histoire du sida*, 1989, Éditions Payot:Paris, pág. 128). Probablemente, en cualquier otro 'parásito intracelular' en el que se invirtiesen cantidades de dinero semejantes, los investigadores también encontrarían varias propiedades asombrosas y exclusivas, ya que harían con esmero su trabajo de invención en las actuales condiciones de 'ciencia ficción'…

[9] El 14 de agosto de 1987 los CDC publican unas *Orientaciones (Guidelines)* donde, por primera vez, y sin referencia nueva alguna que lo avale, afirman que 'La presencia de anticuerpos indica infección activa por VIH', añadiendo a continuación esta justificación de la trampa que acaban de montar conscientemente: 'aunque muchas personas infectadas pueden durante años tener poca o nula evidencia clínica de enfermedad' (Dr. R. Richards**).

[10] También puede ocurrir que personas que tienen problemas de salud no incluidos dentro de dichas 29 enfermedades, se vean arrastradas al campo del SIDA. En efecto, así pasa si finalmente el equipo médico, en búsqueda de las causas de los males que tiene un enfermo, decide hacerle los 'tests'-trampa y dan positivo. Eso sucede de manera bastante frecuente. Sobre todo en lo que se denomina 'SIDA geriátrico', es decir, en personas mayores. Y probablemente ello aclara la observación a menudo hecha por los oficialistas de que 'el SIDA geriátrico avanza más rápido que el SIDA en adultos'. La explicación es bio-lógica: en estas personas de edad, el etiquetaje se efectúa debido a que ya tienen problemas de salud a los que no se halla otra explicación que la falsa que surge al tener la desgracia de dar positivo a los 'tests'. Este etiquetaje agrava enormemente la situación mórbida preexistente y acelera un desenlace fatal, facilitado por los venenosos tratamientos hospitalarios.

riesgo está sometido a su presión destructiva desde 1981. Constituye un importante factor de desequilibrio no sólo personal sino también colectivo, con la grave repercusión que todo lo social tiene en cada individuo.

La reacción de una minoría que se solidarizó con los etiquetados buscando 'humanizar el SIDA', acabó de cerrar una trampa letal. No por ser más sutil esta regla de juego tiene un efecto destructivo menos importante que las demás. Y sólo la séptima es probablemente aún más perversa, aunque allí con unos actores principales totalmente distintos: los médicos y los técnicos. Aquí los actores son la minoría creciente de personas y de organizaciones que han reaccionado superando de una u otra forma el miedo al 'VIH/SIDA' y solidarizándose con los etiquetados. La perversión radica en que, puesto que aceptan la versión oficial del SIDA, su solidaridad ha estado dirigida, antes, a acompañarlos a morir innecesariamente, y ahora, a escoltarlos en su ilusoria 'enfermedad crónica'. Y, tras el triunfo del marketing de los *cócteles,* con su mejor buena voluntad se dedican a presionar a organismos internacionales, a gobiernos y a empresas y fundaciones potentes para que den dinero a fin de que la ONU recoja diez mil millones de dólares anuales que permitan comprar pretendidos 'antirretrovirales' que envenenen el mal llamado Tercer Mundo, especialmente África. Además, puesto que son solidarias y humanitarias, también actúan presionando a las farmacéuticas del SIDA para que abaraten sus letales productos, así como a los gobiernos y organismos internacionales para que se facilite el acceso de los etiquetados a los medicamentos genéricos, más baratos pero igualmente dañinos. O sea que no sólo acompañan en la muerte[11] sino que contribuyen a acelerarla, es decir, refuerzan la sexta regla.

Sexta regla… y quinta falsedad:
Se van aprobando arteramente unos tratamientos supuestamente 'anti-VIH' (desde 1987) y otros supuestamente 'preventivos' (desde casi los inicios) presentados como beneficiosos… cuando en realidad cada grupo de ellos es tendencialmente mortal a medio plazo
La peor consecuencia de que en 1984 se impusiese que 'el VIH causa el SIDA', fue que todos los fondos y esfuerzos se volcaron en la búsqueda de pretendidos 'fármacos anti-VIH'.

Instrumentalizando el miedo de los oficialmente 'condenados a morir de SIDA', y a través de procedimientos atípicos, demagógicos, tramposos, etc., y en tiempos récord por su brevedad, fueron puestos en el mercado dos grandes familias de fármacos promocionados como 'antirretrovirales': los llamados 'nucleósidos análogos inhibidores de la transcriptasa inversa' a partir de 1987, y los denominados 'inhibidores de la proteasa' desde 1995. Apareció en 1996 otra familia más reducida: los 'inhibidores de la transcriptasa no-nucleósidos análogos'. Una nueva familia se estrenó en el 2003: los 'inhibidores de la fusión'. Una quinta irrumpió en el 2007: los 'inhibidores de la integrasa'. Y buscan 'nuevas dianas del VIH' a las que 'atacar con nuevos antivirales'. Por algo el mercado SIDA es el más solvente que nunca se ha ofrecido a la industria farmacéutica.

Las combinaciones de estas familias de fármacos –en particular los llamados *cócteles,* formados normalmente por dos 'nucleósidos análogos' y un 'inhibidor de la proteasa'- son presentados por los oficialista y por los 'comités anti-SIDA' como muy beneficiosas, por no decir milagrosas. Según ellos, han reducido el número de 'personas infectadas por el VIH', así como la cantidad de 'enfermedades oportunistas'* y, en consecuencia, de 'casos de SIDA' y de 'muertos de SIDA', y 'han alargado la cantidad y calidad de vida', llegando a 'convertir el SIDA en una enfermedad crónica'.

[11] Lo cual estaría muy bien si efectivamente tuviesen que morir. Sólo que éste no tiene porque ser en absoluto el desenlace, a condición (necesaria, aunque no siempre suficiente) de romper con la versión oficial del SIDA y, en particular, de no envenenarse con los fármacos administrados por los hospitales..

Son falsas todas y cada una de estas afirmaciones (II-3-6). Pero lamentablemente llevan a defender el peligroso 'acceso universal a los antirretrovirales', y a actuar como he indicado en el último párrafo de la quinta regla.

La amenaza mortal que significa la administración de los tratamientos supuestamente 'antivirales' se refuerza con las perjudiciales consecuencias de los tratamientos supuestamente 'preventivos' (en especial, antibióticos dados abundantemente, particularmente el Septrin) que aplican los hospitales 'a fin de evitar la aparición de enfermedades oportunistas'.

Entre otras cosas, ambos grupos de fármacos dañan las mitocondrias y dificultan la formación de nuevo ADN. Y unas de las células que resultan más afectadas por este doble ataque son las inmunitarias, ya que tienen un ritmo de división más rápido que las demás, por lo que precisan de más energía y también de más ADN. Luego los tratamientos hospitalarios son doblemente inmunosupresores.

Parece, pues, bio-lógico plantearse que los 'tratamientos antirretrovirales' y los 'tratamientos preventivos', cada uno por separado, son tendencialmente mortales a medio plazo, por lo que lo probable es que su combinación sea aún más mortífera. Y que en este camino hacia la muerte producen inmunosupresión, es decir, provocan lo que oficialmente se pretende combatir. Por esto los llamo venenos. Pero estas realidades letales desaparecen de la escena gracias a la séptima regla de juego del SIDA.

Séptima regla… y sexta falsedad:
Se diseña un 'marcador indirecto' denominado 'carga viral' (1995) que sirve para presentar como beneficiosos unos *cócteles* que en realidad envenenan
Para hacer tanto el etiquetaje como el tratamiento y seguimiento de los etiquetados, los oficialistas usaron desde el principio la falsedad 'recuento de T4 = defensas'. En 1995 incorporan "algo" designado como 'carga viral'. Ambos son 'marcadores indirectos' y no "parámetros biológicos"[12], y los dos vienen dados por un 'número de ejemplares por mililitro de sangre', respectivamente, de linfocitos T4 o de supuestas 'copias de ARN del VIH'.

Así, desde 1981 el 'recuento de T4' ha sido hasta tal punto interpretado como indicador de la situación de la inmunidad del etiquetado, que los médicos –y detrás, lógicamente, sus víctimas- lo han convertido en 'las defensas'. Oficial aunque erróneamente, se da por sentado que la cifra 'recuento de T4' indica 'las defensas', y que estas 'defensas' y su evolución anuncian el camino que seguirá el etiquetado: a menor 'recuento de T4', peor pronóstico, y a mayor, mejor. Y esto hace vivir obsesionado por el 'recuento de T4' y sus cambios.

En 1995, la introducción masiva de los fármacos llamados 'inhibidores de la proteasa' en la XI CIS* de Vancouver bajo el criminal eslogan 'golpear rápido, golpear fuerte'[13], fue acompañada por la adopción de un segundo 'marcador indirecto', denominado 'carga viral'. Es interpretado, oficial pero tramposamente, como indicador del 'número de copias de ARN del VIH por mililí-

[12] Como el propio nombre indica, un 'marcador indirecto' no mide o señala directamente una característica fisiológica o biológica de la persona, como sí hace un "parámetro biológico". Un 'marcador indirecto' es el resultado de una serie de procedimientos y cálculos que finalmente da un número que no puede ser simplemente leído sino que debe ser interpretado.
[13] 'Desde el momento en que Ud. tema haberse infectado (golpear rápido), ingiera grandes dosis de antivirales (golpear fuerte)'. Ya en febrero de 2001 se retiró 'golpear rápido', aunque sin explicar que era debido a que se hacía demasiado evidente que los cócteles están matando a los etiquetados. Lamentablemente, han vuelto a surgir propuestas de reinstaurarlo. Es que la memoria es corta. Y las maniobras para aumentar las ventas, múltiples.

tro de sangre' y de la evolución del etiquetado: a mayor 'carga viral', peor pronóstico, y a menor, mejor. Y esto hace vivir obsesionado, además, por la 'carga viral' y sus cambios.

La lógica interna a la presentación e interpretación oficiales de estos dos 'marcadores indirectos', induce a suponer que la evolución de ambos debería ser paralela e inversa: a más 'defensas', menos 'carga viral', y viceversa. Luego 'carga viral indetectable' debería corresponderse con 'defensas altas', y ello sería indicativo de una buena situación de salud, permitiendo pronosticar ausencia de peligro y larga vida. Pero ocurre que no hay tal correlación. Ya antes se había observado que un 'alto número de T4' no evitaba que hubiese caídas en picado, y ahora se constata que bastantes fallecen con 'carga viral indetectable'. Si, según el enfoque oficial, 'número de T4 alto' significa 'buenas defensas', y 'carga viral indetectable' indica 'ausencia prácticamente total de VIH', ¿qué explica que personas con 'recuento de T4 alto' y/o con 'carga viral indetectable', fallezcan oficialmente de 'infección por VIH' y vayan a engrosar las estadísticas oficiales de 'muertos de SIDA'?

La administración de *cócteles* suele ir acompañada –por razones que absolutamente nada tienen que ver con su pretendida actuación contra un 'VIH' ficticio- de lo que los oficialistas llaman 'respuesta inmunológica' ('subida de T4') y de 'respuesta virológica' ('bajada de la carga viral'). Y ambas respuestas al tratamiento son consideradas muy positivas (aunque en realidad no lo son) por los oficialistas y, en consecuencia, por sus víctimas.

La mala evolución de los 'marcadores indirectos' predispone a morir, y así ocurrirá si no hay cambio de rumbo y la persona, atemorizada, sigue envenenándose; pero cuanto menos el etiquetado puede prepararse para el tránsito. La buena evolución, anima a vivir. Pero la buena evolución de los 'marcadores indirectos' no evita la muerte del etiquetado. Sólo la camufla. Y muchos, ilusionados con los buenos resultados oficiales, no se dan cuenta de que en realidad sufren un espejismo, y ni siquiera tienen la posibilidad de poder prepararse para morir. Son víctimas de la séptima regla de juego. Y así refuerzan la octava.

Octava regla… y segunda triste realidad:
Los oficialmente tratados se mueren, con lo que 'queda demostrado que los especialistas oficiales tienen razón al afirmar que el SIDA sigue siendo incurable', lo cual refuerza su poder y sus demandas de mayores presupuestos
Quien es atrapado por las anteriores siete reglas de juego y no se aparta a tiempo, acaba cumpliendo la octava, es decir, fallece. Y es falsamente presentado como 'muerto de SIDA por causa del VIH'.

La concatenación de estas reglas constituye un peligroso engranaje. Lo que sigue es un esquema de cómo funciona el circuito destructivo en que se entra:

En Occidente y desde 1987, dar positivo a los 'tests' es la forma de ser atrapado por el engranaje SIDA al interpretarse –oficial pero malintencionadamente- como 'estar infectado por VIH'. Considerarse 'infectado por VIH' normalmente implica verse a sí mismo llevando dentro una enorme cantidad de bombas de relojería (de 'bichos', en versión popular) cuya programación se desconoce. Esto se traduce en "cosas" tales como depresión, hundimiento psicológico, cerrazón emotiva, dificultad para relacionarse (no sólo sexualmente), parálisis, marginación social, pérdida de las ganas de vivir, falta de expectativas, mayores dificultades de comunicación y de convivencia, estancamiento a todos los niveles, y mucho más. En particular, suele significar empezar a frecuentar el hospital, resultando cada visita un *shock* al ver el estado de muchas de las personas anteriormente-etiquetadas-y-ya-medicadas que concurren al mismo

Departamento. Afecta especialmente dejar de ver a etiquetados con los que se ha coincidido en varias ocasiones y con los que se había empezado a intercambiar unas palabras. Toda noticia acerca de la pretendida 'terrible epidemia de SIDA' es un nuevo mazazo. Cada 'avance científico en la lucha contra el SIDA' es una lucecita contrarrestada por cada crisis o malestar o enfermedad propia o ajena, o por la supuesta 'muerte por SIDA' de un conocido. Es casi inevitable volverse hipocondríaco pues autoauscultarse se convierte en un *modus vivendi*. La angustia ante cada visita al hospital sólo es superada por la angustia ante qué resultados dará el próximo análisis[14]. Sea con confianza o sea con reticencia, si no se tiene una información que casi no circula, se acaba tomando supuestos 'antivirales' y/o 'preventivos', si es que no se ha empezado ingiriéndolos. Y ya he indicado que estos fármacos son venenos que llevan a la muerte a medio plazo aunque los 'marcadores indirectos' indiquen oficialmente lo contrario.

Los propios especialistas de SIDA oficiales se encargan de recordar periódicamente que 'el SIDA no tiene cura, aunque se haya cronificado', lo cual es una falsedad afortunadamente menos grave que la anterior: 'el SIDA mata inevitablemente y te quedan unos pocos años de vida', que repitieron irresponsable e impunemente durante demasiado tiempo. Y la triste realidad es que las personas etiquetadas que siguen los caminos establecidos, acaban falleciendo, eso sí, 'víctimas del VIH'. La condición necesaria[15] para evitar este desenlace es apartarse a tiempo del engranaje oficial. Así lo atestigua la experiencia, pues (casi[16]) todos los que siguen vivos tras lustros de etiquetaje o bien ya no entraron o bien se salieron del destructivo ciclo oficial.

Es especialmente dramático que, por lo menos hasta ahora, la muerte de quienes siguen el camino oficial sirva para reforzar las erróneas concepciones y prácticas oficialistas. En efecto, los fallecidos son utilizados para confirmar que 'lamentablemente, el SIDA es una terrible enfermedad que, a pesar de nuestros enormes esfuerzos y de los espectaculares avances logrados, sigue siendo mortal', aunque la muerte llegue al final de un supuesto 'SIDA cronificado'. Por ahora, esto sirve a los especialistas oficiales del SIDA para obtener más dinero y poder, ya que a continuación añaden: 'Hay que conseguir más medios para redoblar las investigaciones y los ensayos en la lucha contra esta terrible epidemia, flagelo de la humanidad'. Y así refuerzan las reglas del lúgubre juego establecido. Y así preparan las condiciones para que haya más víctimas. Y así podrán pedir más medios y poder. Y así…

Inventando unas reglas de juego, se construye una nueva realidad social…

Elaborando, redactando y sistematizando un conjunto de reglas de juego, se inventa un nuevo juego. Un nuevo juego ya es una pequeña nueva realidad social. Y fomentando adecuadamente este nuevo juego, la pequeña nueva realidad social puede crecer y llegar a tener un gran alcance. Probablemente, quienes diseñaron hace siglo y pico las reglas de un nuevo juego de equipo al que llamaron "foot-ball", poco podían prever el alcance mundial que iba a tener.

En una sociedad económicamente desarrollada, donde lo que casi determina la realidad y sus cambios es la búsqueda de rentabilidad económica, unos inversores potentes podrían decidir cambiar la realidad mundial inventando un nuevo juego. Sólo tendrían que pagar sustanciosamente mes tras mes a unos especialistas hasta que elaborasen un conjunto de reglas bien traba-

[14] Quiero subrayar que absolutamente nada de todo esto, tan importante para la salud, y capaz por sí solo de inmunodeprimir y de matar a una persona, existe para los oficialistas, que reducen el mundo y la vida al supuesto 'VIH', extrapolando una ficción que sólo es imprescindible para ellos y para su carrera.

[15] Aunque no siempre condición suficiente. También han muerto algunos que se salieron del camino oficial (II-3-13 y III-2).

[16] Casi, puesto que, como he dicho, puede haber excepciones en el campo oficial. Y ojalá haya muchas.

das, encontrar luego los primeros practicantes profesionales, engrasar adecuadamente los medios de comunicación, obtener el respaldo de algunas autoridades, captar a un número creciente de aficionados y potenciar el impacto social planetario de toda la operación[17].

… y, viceversa, se puede acabar con un juego real, por grande que sea su peso social, rompiendo alguna de sus reglas

El "ejemplo fútbol" puede servir también para ilustrar esta posibilidad[18]. Una de las reglas establecidas es que únicamente el portero puede tocar el balón con las manos (además, claro está, de cualquier jugador de campo para sacar los fueras de banda), y ello incluso con determinadas condiciones. Pues bien, el fútbol, con lo gigantesco que es todo lo que se ha construido a su alrededor, se acabaría en pocas semanas si en cada partido todos los jugadores tocasen una docena de veces el balón con la mano durante el encuentro. Pero sería difícil lograr que se generalizase esta infracción porque ninguno de los actores del fútbol, ni los "activos" ni los "pasivos", tienen interés alguno en acabar con la industria del fútbol.

Se acabaría con el monstruo SIDA si se dejase de aplicar alguna de sus ocho reglas de juego. Por ejemplo, si se generalizase la comprensión de que el SIDA no es una enfermedad sino un montaje. O si se lograse hacer reconocer que el supuesto 'VIH' jamás ha sido aislado. O si nadie más se hiciese o se dejase hacer los 'tests'. O si los etiquetados se negasen públicamente a envenenarse con los *cócteles*. O… cualquiera de las restantes

Para lograr esto, hay una diferencia cualitativa con el caso fútbol: en el trágico "juego SIDA" sí hay unos actores directos que están interesados en infringir alguna de sus reglas… aunque -por ahora- aún no saben que pueden hacerlo. Me refiero a los etiquetados 'seropositivo', 'caso de SIDA' o incluso 'terminal'; estos tres subgrupos de actores directos podrían tener un peso humano y social decisivo. Y también podrían tenerlo sus allegados o los de quienes, desgraciadamente, ya han fallecido con la etiqueta 'muerto de SIDA'.

El resto de actores directos están decididamente interesados en perpetuar el montaje SIDA, y para ello inventan el 'SIDA cronificado'. Es el caso de los especialistas oficiales, de las farmacéuticas del SIDA, de los llamados 'comités anti-SIDA', de los periodistas 'especializados en el SIDA', etc.

Pero hay muchos actores indirectos que también podrían decidirse a contribuir a que se quiebren las reglas del SIDA. Me refiero a científicos, investigadores, médicos, personal sanitario, terapeutas, periodistas, abogados, intelectuales, artistas, voluntarios,… que no viven del monta-

[17] Si se extiende el significado de "juego" más allá de "deporte", estos mecanismos pueden aplicarse a cualquier ámbito. Y, lector, operaciones a gran escala de este tipo están siendo llevadas a cabo muy a menudo en los países económicamente ricos precisamente en el campo de la-salud-y-la-enfermedad. Varios libros han sido publicados en español al respecto en los últimos años: Kart Langbein y Bert Ehgartner, *Contra Hipócrates. El cártel médico* (2004), Robinbook; Philippe Pignarre, *El gran secreto de la industria farmacéutica* (2005), Gedisa; Jörg Bleck, *Los inventores de enfermedades. Cómo la industria farmacéutica nos convierte en enfermos* (2005), y *Medicina enferma* (2006), ambos en Editorial Destino; Miguel Jara, *Traficantes de salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad* (2007), Icaria, y *La salud que viene: nuevas enfermedades y el marketing del miedo* (2009), Península, y junto con Joaquín Vidal y Rafael Carrasco, *Conspiraciones tóxicas: cómo atentan contra nuestra salud y el medio ambiente los grupos empresariales* (2007), Martínez Roca; Carlos de Prada, *S.Q.M. El riesgo tóxico diario. La Sensibilidad Química Múltiple y otras enfermedades que la química produce en cientos de miles de españoles* (2009), Fundación Alborada; etc.

[18] Lector: si no le interesa el futbol, puede realizar una exposición análoga para cualquier otro juego: ajedrez, dominó, juegos de cartas, carreras de todo tipo, natación, etc. O extrapolarlo al mundo de las finanzas u otros.

je SIDA, y que, a partir de un momento determinado, pueden entender que sería muy beneficioso para casi todos terminar con el SIDA rompiendo con su funcionamiento establecido.

También las reglas de juego del SIDA tienen distinto peso, y probablemente su importancia global[19] puede ser la siguiente:

En los más de tres años de esfuerzos por escribir este libro, he llegado a la conclusión –provisional, aunque ya intuida desde 1996- de que la cuestión clave es que el SIDA no es una enfermedad a tratar (ni siquiera alternativamente) sino un montaje a desmantelar. Fue la invención por los CDC en 1981 de la primera regla de juego lo que les obligó a ir inventando las restantes.

Desde 1984, el invento SIDA funciona sobre la base de que el (igualmente inventado en 1983) 'VIH' es 'la causa del SIDA'. Todo el enorme, costosísimo y muy dañino edificio SIDA se derrumbaría si se llegase a saber ampliamente que nadie ha demostrado científicamente la existencia del supuesto 'VIH'. Y considero muy importante dar a conocer mundialmente que la afirmación 'el VIH causa el SIDA' se funda en la criminal actuación del Dr. Gallo amañando, fraudulentamente y con toda intencionalidad, los artículos que publicó *Science* el 4 de mayo de 1984 y que son la base de toda la ficción 'VIH/SIDA' (II-2-2 y Anexos).

Pero desde 1985 también es decisivo pedir una moratoria en la aplicación de los 'tests' mientras se demuestre su validez, además de su legalidad. En efecto, si nadie se los hiciese o se los dejase hacer, cesaría de haber nuevos 'casos de SIDA'. Estos 'tests' no tienen validez alguna sino que son unos 'tests'-trampa (II-2-3). También aquí el Dr. Gallo manipuló para patentar anticipadamente su 'test'-atrapa-víctimas y cobrar por ello.

Y una brecha difícil de tapar sería que la mayoría de víctimas se negasen abiertamente a ingerir los venenosos *cócteles*. Clandestinamente, en los EE.UU. ya lo hace casi un 40% (II-3-7). Si lo dijesen públicamente, podrían cambiar las cosas… pero perderían los 'derechos sociales' con que han buscado comprarlos… y con los que muchos se han dejado comprar.

Espero, lector, que al terminar esta II Parte esté en condiciones de romper personalmente con cualquiera de las ocho reglas oficiales del SIDA. Y la generalización de rupturas llevaría a desmontar el SIDA.

PENDIENTE
-Determinar el peso que cada regla de juego ha tenido en la construcción del SIDA
-Aplicar la investigación anterior a precisar una estrategia de prioridades en la ruptura de las reglas de juego del SIDA a fin de desmantelarlo
-Ver si han sido propuestas otras reglas de juego

[19] La importancia individual de cada regla puede ser muy distinta. Para quien está ingiriendo *cócteles,* puede que lo prioritario sea plantearse seria e informadamente si continúa o no tomándolos… aunque, lamentablemente, los oficialistas estén simplificando la ingesta de los venenos a tragar una sola superpastilla al día, lo cual facilita que sus víctimas sigan envenenándose.

II-2.- CUATRO PREGUNTAS CLAVES

En la I Parte del libro he explicado en particular que
el SIDA no es lo que se dice que es,
y he invitado especialmente a distinguir totalmente
entre el montaje SIDA real
y la ficción 'VIH/SIDA' o versión oficial del SIDA.

Para separar de manera más concreta el grano de la paja,
tras ver en el capítulo anterior cuáles son a mi entender
las ocho reglas de juego oficiales del SIDA,
voy a abordar los que considero son
los cuatro pilares fundamentales del montaje SIDA.

En efecto, **si**
A) el SIDA no es una enfermedad;
y/o B) no hay prueba alguna de que el supuesto 'VIH' exista;
y/o C) los tests utilizados para etiquetar 'infección por VIH'
carecen de toda exactitud y deberían ser prohibidos;
y/o D) las personas que son presentadas como
'muertas de SIDA víctimas del VIH' en realidad han fallecido
por causas que nada tienen que ver con el presunto 'VIH',
entonces el edificio SIDA debe ser derribado inmediatamente.

La pesadilla del SIDA dejará de existir,
y millones de personas volverán a dormir plácidamente…
… aunque algunas otras –muy pocas, en comparación- perderán el sueño.

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 muchos 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 suyo[1] 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 descubría 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 suerte[4] 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 recensión 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 médica[5].

- ¿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 Oranization*). 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 construidos 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 benigno[6].

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 enfermedad[7]. 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 dos cientos 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 morirse 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 aíslo el VIH en mi laboratorio'… aunque nunca especifican cuál de los dos contradictorios modelos "aíslan". 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. Montagnier[1]

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 aproximaciones[2] 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 Tahi** *Continuum*, vol. 5, nº 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 dificilísimo 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 dificilísimo 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 irrepetidos experimentos cuyos resultados manipuló, se lo había robado[4] 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 retiren[6] 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 equipo[8]. 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 fotos[10]. ¿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 Popovic[12], 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 nivel[13]. 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 meses[14] 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 silencio[15].

Dos actuaciones más[16] del Dr. Montagnier:

- "¿Cómo que nunca se ha micrografiado 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 reunión[17] 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.bmjjournals.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 electrónico[26]. 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 retrovirólogos 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 enseñaba[27] 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) Micrógrafos 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 inversa[28] 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 varios enzimas y no sólo por la transcriptasa inversa. Luego ya en 1983-84 debería haberse enterrado una hipótesis descartada que incomprensiblemente 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 explicó[29] 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 ocho[30]. 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 endógena[31]. 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 nucléicos, 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 'aíslan 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 'aíslan 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 'aíslan el VIH'… y, por lo menos yo, cambiaré mi posición al respecto[33].

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 vez[34]?

¿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 micrógrafo 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 micrógrafos 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 celulares[35] -¿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 micrógrafos 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 oficial[36].

[35] Dos artículos aparecidos en la revista *Virology* nº 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 cronificada', 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 'aíslan el VIH'
-¿Por qué callan los microbiólogos, virólogos, retrovirólogos, microscopìstas,…, no implicados en la ficción 'VIH'?

II-2-3 ¿Son exactos[1] 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 Grial[2]
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 suficientes[4], suelen darse estos pasos: al plasma[5] 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 prevalencia[7] 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 oficial[12].

[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 temperatura[13]? ¿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 hehco 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 2000[15]?**

¿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*?

---

siguiese estando, y MENOS que la persona tuviese que desarrollar la enfermedad M, sino que, al contario, 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-TR[16] 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 partes[18] 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.robertogiraldo.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 mayoría[19] 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-positivo[20]?
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 receptivo[21]; 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 mismo[22]?

¿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 anticuerpos[23]?

¿Influyen las vacunas en dar positivo a los 'tests' al producir un desequilibrio inmunitario con más Th2 y menos Th1[24]?

¿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 subdivision 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 diagnóstico[26]. 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 precisos[27]?

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-2-4 ¿De qué fallecen las personas que son presentadas como 'muertas de SIDA'?

De la combinación, en proporciones distintas para cada caso, de estos once factores de muerte: 1) Miedo; 2) Problemas psicológicos, emotivos, sociales, laborales, etc.; 3) Morirse como último acto de servicio a los propios allegados; 4) Los tratamientos hospitalarios supuestamente 'anti-VIH'; 5) Los tratamientos hospitalarios supuestamente 'preventivos'; 6) Las 29 enfermedades que están ocultadas bajo el nombre SIDA; 7) Los malos hábitos de vida; 8) Ser hemofílico o tener que recibir transfusiones de sangre o trasplantes de órganos; 9) Las ayudas bienintencionadas pero equivocadas ;10) La losa colectiva que significa el miedo y el rechazo de la sociedad; y 11) La última pero principal: la actuación anti-deontológica de los especialistas oficiales del SIDA. En resumen: son víctimas de los distintos ámbitos de repercusión y actuación del montaje SIDA, agravando en algunos casos los factores de estrés crónico preexistentes. ¿Lector?

Crónica de una muerte anunciada
Título de un libro del Premio Nobel de Literatura Gabriel García Márquez

Oficialmente se dice que 'desde 1981 el VIH/SIDA ha matado más de veinte millones de personas'[1]. Si se aclara de forma convincente de qué mueren en realidad quienes los oficialistas presentan como 'victimas del VIH', el SIDA real terminará de existir en poco tiempo porque ni siquiera le quedarán las víctimas anteriormente provocadas, cuya memoria el *establishment* del SIDA manipula para reforzarse.

Además, que los familiares y amigos comprendan de qué han muerto realmente sus seres queridos, reforzará la necesidad de abrir el debate para aclarar lo ocurrido, multiplicará las denuncias judiciales, y liberará fuerzas consagradas a terminar con el montaje SIDA.

"Pero, ciertamente hay personas que mueren de SIDA. Si no las mata el VIH, ¿de qué mueren?"
He aquí una pregunta plenamente legítima que surge cuando se empieza a conocer la invalidez de las afirmaciones oficiales. Es un hecho innegable que el engranaje SIDA ha matado a muchos, aunque afortunadamente a bastantes menos que los que nos dicen. Pero la cuestión es:

¿'Morir de SIDA' o fallecer con la etiqueta 'muerto de SIDA'?
La etiqueta 'muerto de SIDA' se pone a personas que fallecen de las causas que veremos a continuación, pero que en cambio son presentadas como 'víctimas del VIH'. Así, el 'VIH/SIDA' ficticio se convierte en la máscara que adopta la fuerza destructora del engranaje SIDA, y entonces los oficialistas que viven de él pueden pedir más poder, influencia y dinero.

[1] Afortunadamente, está hinchadísima la cifra de personas presentadas con la etiqueta 'muerto de SIDA'. En I-1 vimos que el *establishment* del SIDA tuvo que reducir drásticamente las estadísticas de 'personas con VIH/SIDA'. Ojalá pronto se vea obligado a rebajar las de 'muertos de SIDA'… y también las restantes… antes de tener que anularlas todas por ser engañosas emanaciones del montaje SIDA.

Con este enfoque, la pregunta queda reformulada así:

¿De qué fallecen en realidad quienes son presentados con la etiqueta 'muerto de SIDA'?

Golpe a golpe, con la experiencia acumulada desde 1990 sobre el montaje SIDA, en particular relacionándome con bastantes cientos de victimas y con sus allegados, he ido elaborando que mueren de una combinación de los once factores de muerte siguientes:

Factor de muerte número 1: El miedo
Excepto los médicos hospitalarios especialistas del 'VIH/SIDA' y demás oficialistas, todo el mundo sabe que el miedo llega a matar. Probablemente en todas las lenguas del mundo existe la expresión "Muerto de miedo". Condensa la experiencia de toda colectividad humana al respecto. Que cada cual se imagine cómo reaccionaría si le dijesen: 'Estás infectado por el VIH'[2]. Quien se ha visto –o simplemente haya temido verse- en esta situación, sabe de qué hablo. Y el que en algún momento ha visto amenazada seriamente su vida por cualquier peligro, también puede hacerse una idea, aunque todo lo relacionado con el SIDA tiene desde 1981 algo aterrador especial que me parece que actualmente nada más posee.

Decenas de personas me han contado: "Estaba perfectamente bien hasta el día en que me enteré que alguien del grupo había sido internado en el hospital con SIDA. Aquella noche tuve sudores, mareos, vómitos, diarrea, etc.", es decir, lo que interesadamente algunos oficialistas presentan como 'primeros síntomas de la infección por VIH'. Estas reacciones fisiológicas reales no son las primeras consecuencias de la actuación de un supuesto 'VIH' que nadie ha demostrado que exista. Mucho más sencilla y profundamente, es "cagarse de miedo" como consecuencia del impacto psicoemotivo de pensar: "Si hoy han ingresado con SIDA a mi amigo, mañana me internarán a mí". Esto rompe el equilibrio psicosomático y provoca los primeros trastrocamientos fisiológicos y anímicos. Se empieza a deslizar por una pendiente que es (casi) imposible remontar sin romper con la versión oficial.

Factor de muerte número 2: Problemas psicológicos, emocionales, sociales, laborales,…
Los problemas psicológicos (sentimiento de culpa, de autorechazo, de indignidad, de autodestrucción, de suciedad, de suicidio,...), emotivos (miedo a contagiar, miedo a ser rechazado, no contárselo a nadie durante años, ruptura de parejas, de familias, de amistades,...), sociales (marginación, discriminación, vejaciones, ridiculizaciones,...), laborales (ser despedido, no ser contratado, miedo a ser "descubierto",…), etc., conforman un importante factor de muerte.

Todos estos problemas (así como el miedo) se ponen en marcha no ya el día en que a alguien le colocan alguna de las etiquetas del SIDA sino el día en que alguien comienza a temer que se la pueden poner. Este temor, fruto a menudo de formar parte de los 'grupos de riesgo' o de haber ejecutado alguna de las falsas 'prácticas de riesgo' oficiales, frecuentemente se traduce o en la grave práctica de riesgo real consistente en hacerse cada cierto tiempo los 'tests', o en tener

[2] A pesar de haber disminuido desde 1995 con el marketing de los *cócteles*, el miedo al SIDA sigue jugando un papel importante, y el etiquetaje 'seropositivo' o 'caso de SIDA' sigue marcando un antes y un después en la vida del etiquetado. Si tose alguien no-etiquetado, piensa tranquilamente "Quizás he cogido la gripe"; pero si está etiquetado 'seropositivo', su reacción es otra muy distinta: '¡Una neumonía o la tuberculosis! ¡Estoy entrando en fase SIDA!', y se desborda el miedo apenas contenido. Si en el trabajo un colega se cruza y le mira con frialdad, el no-etiquetado se preguntará: "¿Qué le pasa hoy a éste?", pero el etiquetado reaccionará con un '¡Ya se han enterado! ¡Van a despedirme!'. Todo cambia para mal el día en que a alguien le colocan la etiqueta. O incluso desde el día en que empieza a temer que se la pueden poner. Por cierto, que se haya reducido el miedo al SIDA es el único beneficio real permanente ocasionado por (el *marketing* de) los *cócteles*.

pánico a hacérselos[3]. Ambas situaciones implican un estrés crónico de tipo psicoemotivo que puede llevar a que los 'tests' den positivo (II-3-3). Esta fragilización anímica –agravada con dependencias del llamado 'recuento de T4' o de "eso" denominado 'carga viral', o con fantasmas como el "¡Pero algo hay!"- repercute negativamente en el funcionamiento de la persona.

Factor de muerte número 3: Morirse como último acto de servicio a los propios allegados
Es una de las últimas razones que he incluido en la explicación, pero considero que se merece el tercer lugar por el peso que tiene en muchos casos, y ello aunque afortunadamente se va suavizando en paralelo con el miedo al SIDA.

En efecto, en muchos situaciones morir es la única salida que le queda al etiquetado. En la mayoría de casos (no en todos, afortunadamente) hay rechazo de los allegados[4], que se añade a la marginación social. La familia está deseando que se muera de una vez el etiquetado que perturba su funcionamiento social. ¿Qué salida queda en semejante situación sino morirse? La muerte social y familiar implica la parálisis anímica y obliga a la muerte física. Además, en esta situación morirse es el postrer acto de amor por los tuyos: desaparecer para que puedan proseguir su vida lo más normalmente posible.

Factor de muerte número 4: Los tratamientos supuestamente 'anti-VIH' y en realidad quimioterapia permanente
Como he empezado a explicar en la sexta regla de II-1 y desarrollaré en II-3-6, los fármacos oficialmente administrados como 'anti-VIH' son venenos tendencialmente mortales a medio plazo. Los oficialistas no lo niegan pero lo justifican diciendo que los efectos secundarios son menores que los beneficios obtenidos, presentando como tal especialmente la disminución de "eso" denominado 'carga viral' (II-3-7). Visto que no hay prueba científica alguna de la existencia del supuesto 'VIH', lo único que queda como efecto primario real de los llamados 'antirretrovirales' es su toxicidad. Luego hay que prohibirlos.

Factor de muerte número 5: Los tratamientos supuestamente 'preventivos' y en realidad también quimioterápicos en su gran mayoría
Administrar antibióticos -en especial, excepto en Inglaterra, Septrin- de manera permanente y ello, además, por protocolo, es otra "primera vez" de la era SIDA. Y abundantes ansiolíticos, antidepresivos, corticoesteroides,... Se está haciendo tomar día tras día, semana tras semana, mes tras mes y año tras año -aunque, bio-lógica y desgraciadamente, así no se puede vivir mucho tiempo- varias pastillas diarias de potentes fármacos "para prevenir". Estos medicamentos son inmunosupresores… y una gran parte –todos en sentido amplio- quimioterápicos. También son tendencialmente mortales a medio plazo (II-3-9). E igualmente deben ser prohibidos.

[3] En las dos décadas que llevo en el tema SIDA, sólo una vez he recomendado hacerse los 'tests'. Tras meses recibiendo llamadas de un joven homosexual, acabé diciéndole: "Hazte los tests. Tienes tanto miedo, que dar positivo no puede ser peor. Por lo menos cambiará la situación". Aunque entonces –debió ser en 1993- sabía mucho menos, no me extrañó que saliese positivo; intuí que era debido al calvario que estaba viviendo.
[4] Además, un alto porcentaje de etiquetajes corresponde a drogadictos, y la relación familiar ya era difícil. A menudo le ponen la etiqueta cuando el drogadicto va a un centro de desintoxicación. A la familia se le hunde el mundo: "Ahora que pensábamos que se libraría de las drogas, ¡el SIDA!".

Factor de muerte número 6: Las 29 enfermedades que están tapadas bajo el nombre SIDA

Estas enfermedades existían todas antes de 1981 y ya a veces mataban. Pero en el marco del engranaje SIDA, si quien fallece de una de estas 29 enfermedades es una persona que ha tenido la mala suerte de haber dado positivo en los 'tests'-trampa, será considerada como fallecida a consecuencia de estar 'infectada por VIH' e irá a engrosar las cifras de 'muertos de SIDA'. Además, la situación mórbida que pudiese tener la persona, se agrava al ser traumáticamente sumergida en el pantano SIDA.

Factor de muerte número 7: Los malos hábitos de vida, que acaban matando si se persiste en ellos

Ya se sabe que comer mal, dormir poco, consumir drogas, metadona, *poppers* y otros excitantes químicos, o medicamentos de síntesis química, etc., acaban matando. Si la persona que muere ha tenido la desgracia de dar positivo a los 'tests'-estafa, es presentada como 'muerto de SIDA'. Así, un médico veterano me contó que él había visto en los años sesenta y setenta morir en los hospitales personas con el mismo deteriorado aspecto que a partir de 1981 se consideró, primero oficialmente y luego socialmente, característico de los 'muertos de SIDA'. Se trataba de drogadictos.

Factor de muerte número 8: Ser hemofílico o tener que recibir transfusiones de sangre o trasplantes de órganos

Los hemofílicos hasta ahora han tenido una esperanza de vida menor que los no hemofílicos (aunque el Dr. Duesberg dio el dato de que los hemofílicos test-positivos supuestamente 'infectados por el VIH' están viviendo más cuando se les administra factor VIII depurado). Y un hemofílico que muere de hemofilia pero que haya dado positivo en los 'tests'-trampa (lo que habrá agravado su situación con el etiquetaje y con los tratamientos llamados 'anti-VIH' y con los denominados 'preventivos'), es convertido en un 'muerto de SIDA'. Por otro lado, recibir transfusiones de sangre o trasplantes de órganos son peligrosos actos médicos que sólo se realizan si el enfermo ya está muy delicado o ha sufrido algún grave accidente. Por ejemplo, el tenista estadounidense Arthur Ashe fue utilizado como 'víctima del VIH' silenciando que sufrió varias operaciones a corazón abierto.

Factor de muerte número 9: Las ayudas bienintencionadas pero erróneas, que refuerzan el 'VIH/SIDA'

Numerosas veces me he encontrado con que la peor presión es la de familiares y amigos, quienes, víctimas indirectas del *establishment* del SIDA, se empeñan en "ayudar" al etiquetado empujándolo o incluso obligándolo a que regrese a la trituradora oficial. Tras una conferencia, unos padres me comentaron apesadumbrados: "Ahora entendemos que nuestro hijo díscolo siga vivo, y que enterrásemos hace un año al que nos hacía caso y tomaba puntualmente los fármacos del hospital".

No niego las buenas intenciones de la mayoría de entidades y personas que dedican voluntariamente su tiempo y sus fuerzas a acompañar 'enfermos de SIDA' o a actos diversos de solidaridad o a colectas o…, aunque sí les pido que recapaciten acerca de quiénes se benefician de sus acciones Mis dudas son mucho mayores respecto de los que se han convertido en profesionales de esta movida. Y la prueba de cuáles son las verdaderas intenciones de unos y de otros

es la reacción que tengan cuando reciban este libro, que habría que lograr que les llegue… mejor en mano.

Si el SIDA fuese el 'VIH/SIDA' tal y como cuentan los oficialistas, todo esto podría tener sentido. Pero si el 'VIH/SIDA' es una entelequia, y si el SIDA es la realidad que aquí expongo, estos esfuerzos sirven para reforzar a la ficción 'VIH/SIDA' y aumentan el número de víctimas de la trituradora SIDA.

Ya se sabe, "el infierno está empedrado de buenas intenciones". Y esté seguro, lector, que también a mí me aplico esta señal de alerta.

Factor de muerte número 10: La losa colectiva que significan el miedo y el rechazo de la sociedad. Es el nocebo a escala planetaria

Desde hace décadas, están documentadas las mejoras ocasionadas, incluso a distancia considerable, por sesiones de meditación o de oración o de emisión de sentimientos constructivos o de transferencia de energía. Desde hace lustros, las fotos de Masaru Emoto muestran de manera impactante como simplemente escribir en cualquier idioma "Amor" u "Odio" debajo de dos muestras de agua, hace que la primera cristalice con formas hermosísimas mientras que la segunda queda informe y repelente.

Considero que la actitud de rechazo y los sentimientos de desprecio generados por la inmensa mayoría de la población mundial ante el terror con que el engendro SIDA fue rodeado por sus constructores desde el primer instante, constituye una pesada losa contra sus víctimas. No por ser sutil deja de ser efectivo este factor de muerte. Que probablemente sea el más difícil de cuantificar, no le quita importancia letal.

Factor de muerte número 11, el último pero no por ello el menos importante sino todo lo contrario porque es el de consecuencias más perjudiciales: La actuación anti-deontológica de los médicos especialistas oficiales del SIDA, quienes han aceptado desde los primeros momentos hacer su triste carrera con la lamentable función de quitar esperanzas y de aplicar los factores de muerte a los etiquetados hasta que fallecen 'víctimas del VIH'. Es el nocebo concentrado y personalizado

Los médicos del SIDA, en vez de cumplir su Juramento Hipocrático de dar esperanza, la han estado quitando sistemáticamente pues, sin prueba alguna, desde 1981 a 1995 dictaron plazos para morir, y desde 1995 condenan "sólo" a ser 'enfermo crónico'. Los oficialistas han sido garantía de muerte a plazo menos o más largo A) generando pánico y amenazando de enfermedades, ceguera y muerte a todo aquel que quiere salirse de su trampa; B) aplicando en cada momento las últimas modas "explicativas" y los nuevos experimentos farmacológicos que se derivaban, usando una creciente panoplia de fármacos inhibidores de vida, y C) descalificando y atacando a quienes nos esforzamos justamente en dar esperanza.

Han aceptado hacer carrera todos, y poder y dinero bastantes, como especialistas de la primera supuesta enfermedad que por definición no puede curarse. O han asumido conscientemente esta triste función, o ni siquiera se han enterado de que la cumplen.

Además, se han especializado en aplicar el terror y el chantaje: 'Si no tomas lo que te prescribo, te vas a morir', permitiéndose a menudo la prepotencia destructiva de vaticinar de qué y cuándo. Quizás se rían del efecto placebo, pero aplican abundantemente el efecto nocebo. Y si dije-

sen: 'Te morirás el día tal del mes cual a la hora pascual', la mayoría de los así sentenciados se morirían con las campanadas de la hora pascual del día tal del mes cual porque, una vez aceptada la sentencia, el potencial enorme de que disponemos, en particular en nuestro subconsciente, se ordena para cumplir con toda puntualidad la instrucción recibida.

En cambio, una intervención terapéutica adecuada o un radical cambio de actitud del etiquetado, pueden dinamizar el sistema autocurativo y desencadenar recuperaciones espectaculares. Pero lo primero es casi imposible de esperar en un especialista que lleva puestas las gafas 'VIH/SIDA' y que ahí tiene su *modus vivendi*. Y en el cuadro del SIDA, lo segundo exige una intuición, una elaboración, una valentía, una decisión y un enfrentamiento a los oficialistas probablemente superiores a las necesarias en cualquier otra situación clínica.

Sepa, lector, que ha habido casos en que la decisión de la familia de llevarse el terminal a morir a casa, se ha traducido en su recuperación al dejar de ser envenenado y al encontrarse entre los suyos, reactivándose así su sistema autocurativo. Lo trágico es que, en bastantes de estas ocasiones, luego el recuperado regresa al hospital y vuelve a dejarse arrastrar por el engranaje SIDA y acaba siendo triturado.

¿Conoce, lector, algún fallecimiento que considere que no queda explicado con estos once factores? Dígamelo, por favor

¿De qué murieron Rock Hudson, Freddy Mercury, Anthony Perkins, Rudolf Nureyev, Arthur Ashe y otros ricos y famosos presentados como 'muertos de SIDA'?
En realidad, de años, de tomar drogas, de enfermedades reales, de medicamentados, de mala vida desde el punto de vista de la salud,..., y de tener dinero para conseguir prioritariamente el AZT o, antes, caros tratamientos especiales[5]. Pero el "*marketing* del SIDA" los presentó de manera interesada como víctimas de un 'VIH' ficticio…

¿Cómo evitar que nadie más siga falleciendo con la etiqueta 'muerto de SIDA'?

PENDIENTE
-¿Cómo se elaboran las estadísticas oficiales de 'muertos de SIDA'?
-Acercarse a la cifra real de personas fallecidas con la etiqueta 'muerto de SIDA'
-¿Por qué callan los estadísticos, médicos, patólogos, psicoterapeutas, etc., no implicados en el 'VIH/SIDA'?

[5] Así, la muerte de Rock Hudson ocurrió en 1985, es decir, antes del AZT. Él y otros acomodados, se sometieron, p. ej., a grandes dosis de los tóxicos inhibidores de enzimas. El revelador libro de Randy Shilts** explica: "En aquellos tempos, el *Institute Pasteur* tenía dos regímenes para el tratamiento de pacientes de SIDA: uno en el que se les administraba grandes dosis de HPA-2 durante varias semanas, y otro en el que al paciente se le daban dosis más bajas del producto durante un periodo más extenso. Hudson se había comprometió a regresar a los Estados Unidos para aparecer en la serie televisiva *Dinastía*, por lo que optó por el régimen corto".

II-3.- CATORCE PREGUNTAS IMPORTANTES

En este capítulo voy a dar más elementos para seguir mostrando
que la versión 'VIH/SIDA' carece de todo tipo de base, y que, por el contrario,
hay formas mucho más precisas de entender lo que ocurre
en el cuadro del SIDA, y, en consecuencia, de tratar las enfermedades que
el *establishment* del SIDA ha ido incluyendo tramposamente en su invento.

Las catorce preguntas que siguen son importantes,
y hay una cantidad enorme de documentación crítica para casi todas ellas.
Pero las desarrollaré en poco espacio y básicamente por medio de subpreguntas
con breves comentarios que contribuyan, lector, a que vea,
por un lado, el alcance que tienen, y, por el otro,
la inconsistencia, nimiedad e inverisimilitud de lo que afirman los oficialistas.
El restringido espacio de todo libro, impone límites drásticos en este caso.
Pero confío se le abran las ganas de profundizar.

Quiero agradecer sus esfuerzos a los pocos oficialistas
que han intentado rebatir a los críticos.
Probablemente el disidente más atacado ha sido el Dr. Duesberg
por haber, desde 1987, cuestionado –y, a mi parecer, desmontado-
la afirmación oficial 'el VIH causa el SIDA'.

Pero observe, lector, que este tema, sin duda el más debatido hasta ahora,
y que ha implicado fuerte represión y ostracismo contra el Dr. Duesberg y otros,
en este libro es un tema menor.

En efecto, la importancia de 'VIH → SIDA' queda muy reducida
desde el momento en que ya he contestado las cuatro preguntas claves.
Que la mayoría de la exigua minoría que defiende públicamente el 'VIH/SIDA'
–actitud, insisto, muy meritoria- ignore a los críticos
que vamos más allá de esta limitada cuestión, refleja… ¿qué?

Note también que no aparecen las preguntas "¿Qué causa entonces el SIDA?"
ni "¿Cómo tratar el SIDA de manera alternativa?",
ya que darían a entender que existe una enfermedad real llamada SIDA
a la que encontrarle otra causa y a la que aplicarle otro tratamiento.
En cambio, sí aparece en este capítulo la explicación de cómo
a alguien le pueden etiquetar 'seropositivo' y 'caso de SIDA'.
Entenderlo aún hace más necesario y urgente desmontar el SIDA.

II-3-1.- ¿Ha habido o hay una 'epidemia de SIDA'? ¿Y África? ¿Y Sudáfrica?

No, no hay y nunca ha habido una 'epidemia de SIDA' en ningún lugar. Y menos aún en África, que no ha visto frenado el rápido ritmo de crecimiento de su población, en parte gracias a que su pobreza económica le ha ahorrado las muertes provocadas por los fármacos oficiales. Y Sudáfrica, además, ha sido un obstáculo en los planes de las farmacéuticas. Los diversos trucos oficialmente empleados, como añadir al 'VIH/SIDA' cada vez más enfermedades; utilizar definiciones diferentes y laxas de 'caso de SIDA'; sumar magnitudes heterogéneas; dar cifras acumuladas; extrapolar lo inextrapolable; usar factores multiplicativos cada vez mayores en las cifras estimadas; etc., no han logrado fabricar una 'epidemia de SIDA'. Y es sorprendente que los oficialistas digan simultáneamente que 'hay una epidemia de SIDA' y que 'hemos cronificado el SIDA'. ¿Acaso pretenden inventar el sueño dorado de los especialistas y de las farmacéuticas: una intrínsecamente imposible 'epidemia crónica'?

Desde 1981 hasta el 22 de noviembre de 2002
se registraron 1.111.663 'casos de SIDA' para toda África (incluida la no subsahariana),
y 2.822.111 'casos de SIDA' para todo el mundo
WER* de la OMS*, 6 de diciembre de 2002
Situación global de la pandemia SIDA, fines de 2002. Cifras acumuladas a 22 de noviembre de 2002

¿Qué debería entenderse por epidemia?
He mirado cinco diccionarios que cubren un periodo de 35 años, y le invito, lector, a que aporte los resultados de su propia búsqueda. Probablemente ratificará que para que una verdadera enfermedad pueda ser considerada epidemia, debe cumplir dos requisitos: A) uno, cuantitativo, que aparece clara y uniformemente expresado: debe afectar a "un gran número de personas"; y B) otro, temporal, que aparece formulado heterogéneamente pero con un mismo significado: una epidemia tiene una duración limitada y relativamente breve.

Este excurso etimológico permite vislumbrar que "no hay epidemia alguna de SIDA" porque ante A) el SIDA es en realidad una rareza médica, y ante B) el SIDA pretende ser perpetuo.

¿Qué entiende actualmente por epidemia el *establishment* científico-institucional?
Confío en que se comprenda que, a estas alturas del libro, me atreva a proponer esta formulación: "Es epidemia aquello que los CDC* y su EIS*, con la OMS a remolque, contando con las serviles aportaciones de epidemiólogos y de otros especialistas que viven de ello, logran que política y socialmente sea reconocido como epidemia". El SIDA es un ejemplo muy ilustrativo.

¿Puede ser crónica una epidemia?
Uno de los subinventos más ambiciosos dentro del invento SIDA es la falsa pretensión de los oficialistas de haber 'cronificado el SIDA'. Y puesto que para ellos 'el SIDA es una terrible epidemia', están diseñando delante de nuestros ojos la primera supuesta 'epidemia crónica'.

Las dos mayores epidemias que me suenan son la "peste negra" y la "gripe española". Introduje ambas expresiones en un buscador de Internet y confirmé lo que presuponía con la perspectiva bio-lógica en que me entreno. Me encontré con frases del tipo:

> "Conocemos con el nombre de Peste Negra a la gran epidemia que desde 1347 a 1350 azotó a casi todo el continente europeo. (…) Aproximadamente 25 millones de muertes tuvieron lugar sólo en Europa, junto a muchas otras en África y Asia"[1].
>
> "(…) la mal llamada "gripe española", que en los años 1918 y 1919 mató 40 millones de personas. Aquella enfermedad era fulminante. Muchos pacientes enfermaban y morían en menos de 48 horas (…). Y después, misteriosamente, la epidemia se hizo más débil y desapareció"[2].

[1] www.escalofrio.com/n/Catastrofes/La_Peste_Negra/La_Peste_Negra.php
[2] http://historias-de-la-ciencia.bloc.cat/post/1052/48999

Dejando abierta la posibilidad de que estas someras descripciones no sean correctas, y afirmando que el Debate SIDA debe incluir también el aspecto "epidemia", resumo: Peste Negra: en apenas cuatro años, unos 25 millones de muertos sólo en Europa, y muchos otros allende. Gripe española: en dos años mató unos 40 millones. Ambas actuaron rápida y contundentemente, y desaparecieron pronto y definitivamente.

SIDA: cumplido el cuarto de siglo, unos 20 millones de fallecidos (oficialmente, es decir, cifras muy hinchadas), actúa lentamente (según los oficialistas, sin los supuestos 'ARV' toma un promedio de diez años ampliar la etiqueta 'seropositivo' con la de 'caso de SIDA'), y pretende perpetuarse. ¿Es "eso" una epidemia? Y al respecto conviene tener presente que la población mundial era muchísimo menor a mitad del siglo XIV, y mucho menor a inicios del XX.

¿Sería el SIDA la primera epidemia sin la curva en pico característica de las epidemias?
Una verdadera epidemia aumenta rápida y exponencialmente hasta alcanzar su zénit, y luego, "misteriosamente", disminuye rápida y exponencialmente hasta desaparecer.

Aclarar este "misteriosamente" equivale a responder a ¿por qué la primera epidemia no acabó con la humanidad? Y, complementaria y aclaratoriamente, ¿por qué sobrevivieron más que los que murieron? A responder, sobre todo, por quienes aplican los actuales fármacos venenosos y hacen depender adictivamente de ellos a sus víctimas.

Es más, ¿sería 'la infección por VIH' la primera epidemia con curva recta?
Resulta, lector, que la 'prevalencia del VIH' en los USA es una línea recta. Y el desacuerdo entre la curva recta de 'infectados por VIH' y la curva acumulativa constantemente creciente de 'casos de SIDA', muestra no sólo de que no hay 'epidemia de SIDA', sino, además, que es falso que 'el VIH causa el SIDA'.

¿Es la 'test-positividad' endémica, y no epidémica?

¿Será la primera vez en que unos oficialistas tengan el poder de convertir en crónica la supuesta epidemia de una supuesta enfermedad que, caso de existir, ya habría desaparecido por sí sola hace más de veinte años?

¿Es una de las razones –no la única ni la más importante cualitativamente- para pretender crear una 'epidemia crónica de SIDA' que el dinero presupuestado por los NIH* para la investigación por cada fallecido con la etiqueta 'muerto de SIDA' representa unos 225.000 dólares, mientras que para muertos por causas ciertas, como derrame cerebral o ataque al corazón, es de unos 2.500 dólares? ¿Y que a cada etiquetado vivo le dedica 3.032 dólares mientras que a un diabético le corresponden 46 dólares, y 26 dólares a alguien con problemas cardiovasculares?[3]

¿Han recurrido los oficialistas para construir una 'epidemia mundial de SIDA' a…
… los trucos enunciados en el recuadro, y en parte explicados en la segunda regla de juego en II-1, así como a…
… anunciar catástrofes y epidemias regionales que no se han cumplido?
… seguir anunciando más catástrofes y más epidemias en otras zonas sin argumento alguno que permita suponer que ahora sí se cumplirán?
… esforzarse en provocar dichas catástrofes envenenando incluso a asintomáticos?
… dejar de publicar los datos más fiables, los del WER*, quizás porque claramente desmentían que haya epidemia alguna?
… seguir sacando sus estadísticas terroristas a fines de noviembre para calentar los 'Día Mundial del SIDA', y así atrapar a más cándidos con los 'tests'-trampa y atraer más fondos?
… ¿lector?

[3] http://www.fairfoundation.org/news_letter/2010/02june/000newsletter.htm

¿Quién necesita de una supuesta 'terrible epidemia de SIDA en África'?

¿Es el secreto de la supuesta 'terrible epidemia de SIDA en África' que los negros que siguen muriendo de malaria, tuberculosis, tifus, hepatitis, diarrea o hambre, ahora son contados y presentados como 'muertos de SIDA'?

Si 'el SIDA devasta África' desde 1981 y 'la epidemia avanza en África', ¿cómo es que
-"La población africana se dobló de 400 a 800 millones durante la era del VIH/SIDA"[4]?
-hay una explosión demográfica[5]?
-en particular, hay un *baby boom*[6]?
-en 2008 el Banco Mundial previó que "La población de África se duplicará antes de 2036"[7]?

¿Hasta cuándo se seguirá manipulando los supuestos 'huérfanos del SIDA'[8]?

¿Y qué ocurre en Sudáfrica?
Los oficialistas afirman que entre 2000 y 2005 hubo 1.800.000 'muertos de SIDA', y que 300.000 fallecieron por culpa del Presidente Mbeki. Pero la gubernamental *Statistics of South Africa* estima en 10.000 los fallecidos cada año con la etiqueta 'muerto de SIDA', y que la población de Sudáfrica creció tres millones, de 44,5 millones en 2000 a 47,5 millones en 2005. ¿Lector?

¿Cuál es el verdadero drama de Sudáfrica?
Que el Presidente Mbeki y su Gobierno, elegidos por amplísima mayoría, se vieron obligados a empezar a administrar, en contra de su voluntad, los venenos oficiales a su población etiquetada, casi toda negra. Y que el nuevo Presidente Zuma se haya postrado ante el *establishment* del SIDA.

"¿De dónde provienen estas cifras? ¿Lo sabe usted? ¡Yo no lo sé!"
Así contestó Mbeki a un periodista que le recriminaba 'perder el tiempo impulsando un debate sobre las causas del SIDA mientras el VIH infecta 1.500 sudafricanos cada día y mata a 400.000 al año'. El periodista se giró y se fue. Es la pregunta que habría que hacer a cualquier oficialista cuando lanza sus cifras apocalípticas.

¿Es el SIDA más bien una rareza médica que una epidemia?
La mayoría de médicos nunca han conocido personalmente un 'caso de SIDA'; los han visto en la TV, como la generalidad de ciudadanos. El Dr. Kremer considera que "El SIDA (…) es una enfermedad rara en Occidente: afecta anualmente del 0,001 al 0,002 % de la población[9]".

Recordando lo anteriormente explicado:
¿Puede haber una 'epidemia de SIDA' si el SIDA no es una enfermedad, y si no hay prueba alguna –ni científica ni de otro tipo- de que exista el supuesto agente causal?

PENDIENTE
-Comparar las distintas estadísticas, pues tienen varios millones de diferencia
-Listado de distintos modelos matemáticos utilizados para estimar las diversas cifras oficialistas
-¿Por qué callan los epidemiólogos no implicados en el montaje SIDA?

[4] Título de la ponencia presentada por el Dr. Duesberg el 17 de julio de 2010 en la Conferencia disidente de Viena.
[5] www.mcclatchydc.com/homepage/story/80336.html
[6] www.mcclatchydc.com/227/story/80331.html?story_link=email_msg
[7] http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/AFRICAINSPANISHEXT/0,,contentMDK:21715076~pagePK:146736~piPK:226340~theSitePK:489678,00.html
[8] "(...) la OMS define un huérfano como un niño que ha perdido ambos padres o sólo la madre". Lo importante es que "perdido" no significa "muerto", y menos aún "muerto de SIDA", sino simplemente "ausente". Por esto un informe de la OMS apunta "Uno de los aspectos embarazosos es el grado en que la ausencia de un padre es la norma en una determinada sociedad". Dr. Christian Fiala.
[9] *Answers to the questions of President Mbeki* (septiembre 2000) www.virusmyth.com/aids/data/hkmbeki2.htm

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 unirlas 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 Parenzee, Australia, 2007[1]

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 negativo[3]. 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.healtoronto.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 causación[7]. 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. Gallo[8]- 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-3-3.- ¿Por qué se da 'positivo a los tests del SIDA' o se es 'caso de SIDA'? ¿Qué significado bio-lógico real tiene?

Al ser los 'tests' cuantitativos, una situación de estrés crónico que provoque un aumento de la actividad de la inmunidad humoral puede hacer que la persona genere la importante cantidad de anticuerpos necesaria para superar el arbitrario umbral establecido en los 'tests', que serán leídos como 'positivos' e intencionadamente interpretados como 'infección por VIH'. Y si la correspondiente menor actividad de su inmunidad celular facilita que aparezca alguna de las llamadas 'enfermedades oportunistas', será oficialmente etiquetada además como 'caso de SIDA'. En realidad y en general, 'dar positivo a los tests' no indica una inmunodeficiencia sino, como máximo, un inmunodesequilibrio que es fácilmente superable en poco tiempo… siempre que la víctima no se deje atrapar por el engranaje oficial.

(…) considero que, en general, lo que estos tests están midiendo
es una condición llamada hipergammaglobulinemia.
Sé que es una palabra impresionante,
pero lo que significa es demasiados anticuerpos ante demasiadas cosas
Entrevista con el Dr. Rodney Richards, *Zenger's Newsmagazine*, octubre 2001

¿Qué razones bio-lógicas pueden hacer que los 'tests' den positivo?
Señalé en II-2-3 que ser de grupo sanguíneo A, B ó AB facilita que haya reacción en los 'tests' porque su inmunidad con anticuerpos es más potente que en el grupo O. Además, dentro de la enorme complejidad del ser humano, es muy probable que ciertas características congénitas, o tener un metabolismo algo distinto, o una serie de factores puntuales, pueda hacer que una persona dé positivo a los 'tests'.

Pero ahora voy a resumir una explicación bio-lógica sistemática global[1]:

¿Qué lleva a una persona a elaborar más anticuerpos?
Esta es la pregunta fundamental cuando se ha comprendido que lo decisivo para dar positivo a los cuantitativos 'tests' es tener una cantidad elevada de anticuerpos (además, claro está, de haber cometido el grave error de hacérselos). He aquí una explicación de qué dinámica vital puede hacer que una persona pase a producir más anticuerpos:

Los anticuerpos son elaborados por los linfocitos B[2]. Los linfocitos B son activados o desactivados por la mayor o menor presencia de linfocitos Th2, que son una subclase de los famosos linfocitos T4 (siendo la otra subclase, los Th1, pieza clave de la inmunidad celular puesto que tienen la capacidad de elaborar el gas óxido nítrico, ON). La adecuada maduración y diferenciación de los linfocitos T4 en Th1 y Th2 es decisiva para tener un buen equilibrio inmunitario. Una situación de estrés crónico[3] desequilibra la maduración de T4 aumentando el número de

[1] Me apoyo en el Dr. H. Kremer**.
[2] Puede simplificarse la complejidad de nuestra inmunidad diciendo que tiene dos brazos: la inmunidad humoral, que está basada en los linfocitos B encargados de generar anticuerpos, y la inmunidad celular, que tiene su principal actor en los linfocitos T. Como veremos, desde inicios de los noventa este equilibrio inmunitario "linfocitos B – linfocitos T" puede sustituirse por otro equivalente pero más fino y preciso: "linfocitos Th2 – linfocitos Th1".
[3] El problema no es el estrés, del que tanto se habla, pues sin estrés no podríamos sobrevivir, sobre todo en la cambiante realidad de los países llamados desarrollados. El problema es el estrés crónico, y aparece si la situación causante del estrés se prolonga. Por sí sola, la falsedad oficialista 'el SIDA es una enfermedad crónica' convierte el estrés del etiquetado en permanente …

Th2 y, lógicamente, disminuyendo el de Th1. La presencia de más linfocitos Th2 activa a los linfocitos B, que formarán más anticuerpos. Si el número de Th2 se mantiene alto, seguirá la elaboración incrementada de anticuerpos y, por consiguiente, aumentará su concentración. A partir de un momento determinado, el nivel de anticuerpos de la persona será lo suficientemente elevado como para que, si es sometida a los 'tests', tenga, a pesar de las consabidas diluciones, la desgracia de reaccionar, por lo que será etiquetada 'seropositiva' y oficialmente considerada como 'infectada por el VIH'.

La cuestión central es, pues, el estrés crónico.

¿Cuáles son las principales fuentes generadoras de estrés crónico?
El Dr. Hässig** (e.p.d.) nos transmitió que pueden resumirse en estas cinco: psicoemotiva (y, ¿qué componente de los grupos de riesgo no la padece desde la invención del SIDA?), tóxica (drogas ilegales, drogas legales, metadona, *poppers*, medicamentos de síntesis química,...), infecciosa (ir a un hospital y promiscuidad sexual son probablemente las dos principales causas de infecciones), nutritiva (malos hábitos de vida suelen ir ligados –sobre todo en varones- a una alimentación deficiente, y también la pobreza económica) y traumática (grandes quemaduras, operaciones múltiples, accidente grave, shock psíquico,…). Si uno o varios de estos factores se prolongan durante un cierto tiempo, la persona entrará en una situación de estrés persistente. En el cuadro SIDA, una subfuente (¿de la fuente tóxica o de la infecciosa?) de estrés crónico a destacar es la afluencia de proteínas humanas (transfusiones de sangre y de hemoderivados -factor VIII, gammaglobulinas,...-; intercambio de jeringuillas; coito anal receptivo;....) y/u otras proteínas (vacunas,...).

¿Cómo repercute el estrés crónico?
La inmunidad está integrada en el mecanismo de dirección neuroendocrina del cuerpo. Por esto una situación de estrés puntual ayuda a nuestra sobrevivencia, por ejemplo, descargando la adrenalina necesaria para superar un peligro. Pero una situación de estrés crónico: *rompe el equilibrio homeostático induciendo un cambio catabólico: se pasa a consumir más energía que la que se es capaz de generar; *activa la formación de radicales libres de oxígeno y de óxido nítrico: este estrés nitro-oxidante induce una inflamación crónica de todo el cuerpo; *desestabiliza las funciones inmunitarias en un doble sentido: A) inhibe la inmunidad celular, luego en particular no se podrá reciclar el billón de células muertas y se irá acumulando materia orgánica propia muerta (sobre la que pueden proliferar los hongos: Pneumocystis Carinii, Candidas y varias más de las 29), liberándose proteínas celulares cuya concentración irá aumentando; y B) activa la inmunidad humoral, por lo que los linfocitos B generarán más anticuerpos, originándose procesos autoinmunes en particular contra las propias proteínas convertidas en peligrosas a partir de un cierto grado de concentración, por lo que cada vez habrá mas autoanticuerpos. La persona pasa a tener una gran cantidad de anticuerpos (en particular, autoanticuerpos ante proteínas propias), situación conocida como hipergammaglobulinemia.

Estas consecuencias del estrés crónico son todas y cada una peligrosas, y pueden llevar a la muerte. En particular, "pueden llevar a la muerte" mediante el atajo de hacer que la persona dé positivo a los 'tests', sea etiquetada 'seropositiva' y machacada por el montaje SIDA.

¿Cuál es el significado bio-lógico de 'dar positivo a los tests'?
Como explicaré a continuación, en la inmensa mayoría de casos, el dar positivo simplemente refleja el funcionamiento biológico normal propio de una persona asintomática, y no significa

peligro alguno… siempre que, tras el etiquetaje, la persona no se deje arrastrar por el engranaje SIDA, es decir, no permita que los oficialistas le hundan psicoemotivamente, ni le marginen socialmente, ni le envenenen farmacológicamente[4].

En la mayoría de los pocos casos restantes, lo peor que puede indicar[5] es encontrarse en una situación transitoria de desequilibrio inmunitario (que no de deficiencia inmunitaria) en el que hay predominio de linfocitos Th2 sobre los Th1 como consecuencia del estrés crónico[6]. Normalmente, y a condición de no dejarse atrapar por la maquinaria SIDA, este inmunodesequilibrio se puede reequilibrar en pocas semanas de manera relativamente sencilla y económica.

Y sólo en la minoría de la minoría, el dar positivo a los tests indica una situación delicada que exige cuidados de por vida, **cuidados que serían igualmente necesarios aunque no hubiese dado positivo a los tests.**

Veámoslo con más detalle. Para ello es preciso desbrozar el camino abordando previamente:

Dar positivo a los tests, ¿indica inmunodeficiencia?
La respuesta es: "Rotundamente no". ¿Por qué? Sencillamente porque dar positivo a los test indica tener una gran cantidad de anticuerpos y, bio-lógicamente, ello exige tener la capacidad de generarlos, lo cual a su vez requiere una fuerte inmunidad humoral, con lo que queda totalmente descartada una inmunodeficiencia[7].

La situación de abundancia de anticuerpos necesaria para que los tests sean dados como 'positivos', puede ser debida a tres condiciones:

-I) el funcionamiento normal y sano de la persona le conlleva tener esta gran cantidad de anticuerpos debido a su metabolismo específico. Aquí es muy importante tener presente que los grupo sanguíneo A, B ó AB tienen, por naturaleza, una inmunidad más de tipo humoral, por lo que generan más anticuerpos y por ello tienen mayor probabilidad de dar positivo a los 'tests'. Además, sería interesante tener estadísticas sobre los síntomas de las personas que han tenido la desgracia de dar dado positivo desde la aplicación de los tests en 1987 para diagnosticar supuesta 'infección por VIH'. Mi hipótesis es que la gran mayoría eran asintomáticas. Su inmunidad, en principio, estaría equilibrada.

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

[4] Esta actitud defensiva ante la dinámica destructiva oficial es necesaria pero no siempre es suficiente. Es preciso, además, en positivo, que la persona refuerce sus ganas de vivir, cuya escasez a menudo está en la raíz del estrés crónico que lleva a dar positivo a los 'tests'.
[5] "Lo peor que puede indicar", puesto que la alta cantidad de anticuerpos ahora detectado simplemente puede reflejar una situación transitoria del pasado que ya esté superada.
[6] La maduración de los linfocitos T4 en los Th1 y los Th2 puede desequilibrarse en un sentido u otro en función, sobre todo, de la situación de la reserva de moléculas de azufre –especialmente, el glutation reducido- encargadas de la detoxificación del cuerpo, en particular del hígado. Si la reserva es excesiva, el equilibrio se rompe a favor de los Th1; si se reduce demasiado, se rompe a favor de los Th2. En una situación de estrés crónico, el 'pool tiol' llega a agotarse, y la maduración de los linfocitos T4 se desequilibra a favor de más formación de linfocitos Th2.
[7] Conviene tener presente que una verdadera inmunodeficiencia implica tener debilitados tanto el brazo de la inmunidad celular (luego escasa capacidad de formar óxido nítrico) como el brazo de la inmunidad humoral (luego incapacidad de formar anticuerpos, por lo que no se puede dar positivo a un test de anticuerpos, y menos al del 'SIDA', por la fuerte dilución a que excepcionalmente en este caso se somete el plasma a testar).

-y III) la persona está en una situación de estrés crónico generado por alguna de las cinco grandes vías posibles: psicoemotiva, tóxica (que incluye drogas legales, metadona y fármacos químicos), infecciosa, nutritiva y traumática. Una situación de estrés crónico desequilibra la maduración de los linfocitos T4 aumentando el número de linfocitos Th2 y, lógicamente, disminuyendo el de Th1. La presencia de más Th2 activa a los linfocitos B, los cuales formarán más anticuerpos. Si el número de Th2 se mantiene alto, seguirá la elaboración incrementada de anticuerpos y, por consiguiente, aumentará su concentración. A partir de un momento determinado, el nivel de anticuerpos de la persona será lo suficientemente elevado como para que, a pesar de la dilución previa, si es sometida a los 'tests del SIDA' tenga la desgracia de reaccionar, por lo que será etiquetada 'seropositiva' y oficialmente considerada como 'infectada por el VIH'. Es decir, en este caso la inmunidad humoral está más fuerte de lo normal, por lo que la persona tiene la desgracia de dar positivo.

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

Dar positivo a los 'tests', ¿implica tener que cuidarse de por vida?
(lo cual constituiría un grave estrés crónico de fuente psicoemotiva, variante preventiva)
Desde el punto de vista de la salud, considero, lector, que lo decisivo para el futuro de toda persona recién etiquetada es evitar que el engranaje SIDA le arrastre. El mayor peligro radica en creer (incluso parcialmente) en la versión oficial y, en consecuencia, en dejarse hundir anímicamente, marginar socialmente y envenenar farmacológicamente. He aquí la batalla clave a ganar: romper totalmente con el VIH/SIDA, empezando por el engaño original: el SIDA es una enfermedad (a tratar o a prevenir).

Los componentes de los dos primeros conjuntos que no sigan las pautas oficialistas, no deben temer complicaciones en su salud. Y, como he indicado, ello aún menos si son de grupo sanguíneo A, B ó AB.

Los restantes etiquetados, es decir, los componentes del tercer conjunto (con desequilibrio inmunitario) deben imperativamente eliminar los factores de estrés crónico que les han hecho dar positivo en los tests. Y, bio-lógicamente, su evolución dependerá de lo deteriorados o incluso enfermos que estuviesen en el momento del etiquetaje. Se han ido configurando conjuntos de parámetros biológicos que realmente reflejan el estado de salud (cosa que en absoluto hacen los 'marcadores indirectos' tramposamente utilizados por los oficialistas: el 'recuento de T4' identificado a 'defensas, y "eso" llamado 'carga viral'), por lo que ayudan a conocer esta tercera situación. Así, por ejemplo, el médico alemán Dr. Heinrich Kremer considera que los parámetros biológicos a controlar serían todos o una parte de los siguientes (las flechas indican lo aumentado ↑ o disminuido ↓ que suele estar cada parámetro en etiquetados de este tercer conjunto): A) Análisis intracelular: glutation reducido ↓↓. B) Análisis en plasma: glutation reducido en linfocitos T4 u otras células periféricas ↓↓; cisteína, glutamina, arginina ↓↓; glutamato, lactato, glucosa, insulina, triglicéridos ↑↑; prostaglandina PGE2, β-2 microglobulina, neopterina, biopterina ↑↑; L-carnitina, coenzima Q-10, DHEA-S ↓↓; cortisol ↑; ratio cortisol/DHEA-S ↑↑; Mg, Se, Zn, Fe ↓; Cu ↑; ferritina ↑↑; niacina, triptófano ↑; piridoxina, ácido fólico, vitaminas B12, C y E ↓.

Dentro del tercer conjunto hay un subconjunto especialmente delicado: el constituido por personas que, por debilidad congénita, han recibido desde su nacimiento muchos fármacos o transfusiones de sangre; estos tratamientos de años agudizan una desviación en favor de los Th2 ya previamente producida por las vacunas[8]. Sólo los componentes de este subconjunto pueden tener que cuidarse de por vida, pero no por el hecho de 'haber dado positivo en los tests del SIDA' sino por las causas congénitas y medicamentosas del desequilibrio inmunitario que en su caso particular les hace dar positivo. El resto de miembros del tercer conjunto pueden requerir un tratamiento intenso y regular, y un seguimiento frecuente. Pero deben saber (incluso quienes estén etiquetados 'terminal de SIDA') que, apartados del engranaje SIDA y abandonados los factores de estrés crónico, la mayoría puede recuperar su equilibrio inmunitario y vital, y regresar a una vida normal.

Serorreversión: un gravísimo problema… para los oficialistas, claro

Como he señalado en II-2-1, la literatura oficialista habla a menudo de 'seroconversión', término que refuerza la versión oficial porque así nombran el que una persona que ha dado negativo pase en un posterior test a dar positivo. Pero esconde todo lo posible que han tenido que inventarse otra palabra para el proceso inverso, palabra y proceso que procuran silenciar y reducir porque cuestiona radicalmente el VIH/SIDA: la 'serorreversión'.

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

Considero que el hecho de que estén ocurriendo serorreversiones a pesar de que los oficialistas actúan conscientemente para evitarlo, es un argumento pragmático definitivo contra la creencia (sea dentro del agresivo marco oficialista, sea dentro del menos agresivo marco disidente) de que dar positivo en los 'tests del SIDA' significa tenerse que cuidar de por vida. Esto no es así para la gran mayoría de personas que han dado positivo. En vez de atemorizarlas diciendo de forma generalizada que 'deben cuidarse de por vida' (se sobreentiende que "más de lo que debe cuidarse cualquier otra persona"), recomiendo actuar facilitando la información adecuada y necesaria para que, si así lo deciden, puedan situarse fuera del engranaje SIDA. Entre quienes lo hagan, sólo una pequeña parte -perteneciente en su totalidad al tercer conjunto, y en su mayoría al subconjunto de los congénitamente débiles- tendrá que actuar de la misma manera que si hubiese dado negativo: tomando medidas estrictas, tratamientos intensos y seguimientos sistemáticos hasta lograr reequilibrar su inmunidad y recuperar la salud. Pero no creo que ningún médico o terapeuta –sea oficialista o sea disidente- tenga el conocimiento suficiente para poder diagnosticar que un determinado etiquetado de este conjunto tendrá que tratarse de por vida ni que ha alcanzado el punto de no retorno, y considero incorrecto que use su influencia para generar efecto nocebo pronosticando cronicidad, incura-

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

bilidad y fallecimiento. La historia de la Medicina en general y del montaje SIDA en particular está llena de recuperaciones espectaculares que algunos llegarían a calificar de milagrosas.

RESUMIENDO MUY CONCENTRADAMENTE

¿CUÁL ES LA CAUSA DEL SIDA?
---Según los oficialistas: el VIH
---Según los disidentes: estrés oxidante, estrés crónico,…; consumo de drogas, de *poppers*,…; disbiosis intestinal; multifactorial;…
---Según los desmontadores: los CDC[9]. Y aclaro que los factores que los disidentes presentan como 'causa del SIDA', en realidad son "causa de dar positivo a los tests del SIDA", cosa cualitativamente distinta. En efecto, 'dar positivo a los tests del SIDA' sólo es 'causa de SIDA' dentro de las reglas de juego oficiales establecidas por los CDC, es decir, sólo si la persona recién etiquetada se deja arrastrar por el engranaje SIDA. De ahí que sea decisivo salirse fuera de sus mecanismos, y para ello comprender que "eso llamado SIDA" es un montaje y no una enfermedad. Los disidentes refuerzan la falsedad 'el SIDA es una enfermedad' cuando sostienen que "el SIDA tiene una causa distinta al VIH" supuesto.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO ADECUADO DEL SIDA?
---Según los oficialistas: los cócteles 'anti-VIH', varias vacunas y numerosos 'preventivos'
---Según los disidentes: un montón de pastillas (32 conté una vez) de antioxidantes, vitaminas, oligoelementos, omega-3,…; buena alimentación y respiración; relajación; meditación;…
---Según los desmontadores: acabar con el SIDA. O, más concretamente, quitarse la(s) etiqueta(s) personalmente y ayudar a desmantelar el SIDA colectivamente. Y aclaro que los productos y técnicas que los disidentes ofrecen son adecuados para tratar la treintena de enfermedades que están englobadas por el artificio SIDA. Pero proponerlos para 'tratar el SIDA' refuerza el primer engaño origen de todos los posteriores: que 'el SIDA es una enfermedad', creencia que lamentablemente contribuye a que las víctimas sigan atrapadas por el montaje SIDA. Insisto: es fundamental que los problemas reales de salud (y quede claro que el VIH/SIDA no lo es) que pueda tener la persona, sean abordados y solucionados de la manera menos agresiva que se conozca pero totalmente al margen de toda la historia y de toda la histeria del SIDA.

Entonces, ¿qué significa bio-lógicamente el acrónimo SIDA?
En este enfoque, SIDA significa **Signo de InmunoDesequilibrio Acumulado**: **Signo** de que el dar positivo indique la posibilidad (que no la seguridad) de un **InmunoDesequilibrio** en favor de los Th2 **Acumulado** por una situación de estrés crónico.

¿Son los oficialistas el factor Número Uno de estrés crónico y, por lo tanto, los principales responsables de que se dé positivo a los 'tests' y de perpetuar la ficción 'VIH/SIDA' de la que viven, y, encima, de envenenar sistemáticamente el alma y el cuerpo de sus víctimas?

PENDIENTE
-¿Por qué los oficialistas no distinguen algo tan básico e importante (y decisivo en el drama SIDA) como inmunidad humoral e inmunidad celular?
-Investigar qué características congénitas, o metabolismos algo distinto, u otros factores puntuales, puede llevar a dar positivo a los 'tests'. En particular: 'Test positivo' y grupo sanguíneo
-Afinar qué tipo de autoanticuerpos detectan los 'tests'

[9] Lógica y jerárquicamente, los CDC o bien cumplieron órdenes o bien recibieron luz verde por parte de –fracciones de- los máximos responsables políticos, administrativos, científicos, de seguridad,…, de los EE. UU.

II-3-4.- ¿Puede una persona realmente inmunodeficiente dar positivo a los 'tests del SIDA'?

No. Si se entiende cómo funciona nuestra inmunidad, y si se la relaciona con la manera cómo se efectúa el etiquetaje 'seropositivo', se llega a la conclusión de que es imposible que una persona verdaderamente inmunodeficiente dé positivo a los 'tests'. Dos razones principales: 1) Dar positivo a los 'tests' exige tener una gran cantidad de anticuerpos que una persona realmente inmunodeprimida no puede generar; y 2) En el SIDA no hay infecciones bacterianas primarias. La inmunodeficiencia real, y con ella la aparición de infecciones bacterianas secundarias, es consecuencia de los tratamientos hospitalarios oficiales. Paradójicamente, los CDC* avalan esta segunda razón. Resulta que los únicos que no pueden morir con la etiqueta 'muerto de SIDA' son las personas verdaderamente inmunodeficientes. ¡Ironías del SIDA real!

Los CDC, en el apartado 'enfermedades indicadoras de SIDA',
después de 'infecciones bacterianas frecuentes o repetidas'
afirman explícitamente
'no aplicable como indicador de SIDA en adultos/adolescentes'
***HIV/AIDS surveillance report*. CDC, febrero 1993:16**

¿Tiene una importancia crucial esta pregunta?
Éste es el capítulo más corto puesto que, aunque me apoyo en el Dr. Kremer, no conozco ningún artículo que lo aborde explícitamente, e invito a desarrollarlo a quien se sienta concernido. Sin embargo, tiene una importancia capital.

Por un lado, acaba de quitar definitivamente algo que ha rodeado al montaje SIDA desde el primer momento de su lanzamiento público: el halo, a la par amenazador y misterioso, de una supuesta inmunodeficiencia, permanente y peligrosísima, que se hallaría presente desde el inicio hasta el final de cualquier andadura dentro del mundo SIDA. Los oficialistas, con su espejismo 'VIH', y la mayoría de alternativos, formulando hipótesis sobre "entonces, ¿cuál es la verdadera causa del SIDA?", refuerzan la concepción falsa de que 'el SIDA es una enfermedad'. Y tanto unos como otros coinciden en considerar a los etiquetados como enfermos a tratar, aunque diverjan sobre cómo combatir una inmunodeficiencia que, en realidad y de hecho, inicialmente no existe.

Por otro lado, darse cuenta de que es erróneo igualar las siglas ID de SIDA con 'InmunoDeficiencia', y de que como máximo indican "InmunoDesequilibrio", lleva a preguntarse porqué se ha insistido tanto en la pretendida inmunodeficiencia. A su vez, esto conduce directamente a interrogarse sobre el origen del montaje SIDA. Formulo una respuesta hipotética en III-1-4…. y le invito, lector, a que vaya madurando la suya.

¿Qué sucede con las personas realmente inmunodeprimidas?
Son víctimas de frecuentes y repetidas infecciones bacterianas, y muchas veces sucumben a ellas. En los pacientes que están en cuidados intensivos, la mortalidad debida a infecciones típicas bacterianas es muy alta.

Este hecho refleja que estas personas tienen pocos anticuerpos, lo cual indica que el brazo de la inmunidad humoral está débil. Es bio-lógico: al tratarse de personas inmunodeprimidas, los dos brazos de su inmunidad están hundidos. Pero en el capítulo anterior hemos visto que quien da positivo a los 'tests' tiene precisamente su inmunidad humoral más fuerte de lo normal.

¿Reconocen los propios CDC que no hay infecciones bacterianas primarias en el SIDA?
Así lo deja claro la cita inicial. Ello exige responder a porqué tienen esta contradicción que resulta tan clara… una vez se cae en ella: los CDC han dirigido desde el principio la operación Síndrome de **Inmunodeficiencia** Adquirida, pero marcan unas orientaciones que en la definición de SIDA **precisamente excluyen** de manera **explícita la inmunodeficiencia**.

¿Cómo reaccionó el Dr. Anthony Fauci cuándo el Dr. Heinrich Kremer le preguntó por qué en el SIDA no hay infecciones bacterianas primarias?
El Dr. Kremer participó en la XII CIS* de Ginebra-98 portando el distintivo PRENSA. Se encontró en un pasillo con el Número Uno Mundial del SIDA, le abordó y le preguntó: "Dr. Fauci, ¿por qué en el SIDA no hay infecciones bacterianas primarias?". Tras mirar su credencial, el Dr. Fauci le contestó: "Está Ud. equivocado: en el SIDA hay muchas infecciones bacterianas". El "periodista Kremer" replicó: "Sí, Dr. Fauci, en el SIDA hay muchas infecciones bacterianas pero son secundarias, como consecuencia de los tratamientos que Uds. administran. Le pregunto por qué en el SIDA no hay infecciones bacterianas primarias, al comienzo, antes de tratar a los seropositivos". El Dr. Fauci, tras mirar a derecha e izquierda para asegurarse de que la escena no estaba siendo filmada, giró y se marchó sin decir palabra.

¿Es el tratamiento hospitalario el que genera inmunodeficiencia, y con ello las infecciones bacterianas secundarias?
El propio Dr. Fauci así lo reconoció implícitamente al huir. Además, ver II-3-6 y II-3-9.

¿Qué significa que las infecciones bacterianas estén oficialmente excluidas como definitorias de SIDA?
Que, según los propios criterios oficiales, cuando una persona da positivo a los 'tests' no está inmunodeprimida.

¿Puede alguien verdaderamente inmunodeprimido dar positivo a los 'tests'?
Con el -¿preocupante?- respaldo de los CDC, me parece claro que la respuesta es "No". Ello es biológicamente coherente: para dar positivo a los 'tests' hay que generar la abundante cantidad de anticuerpos necesaria para, a pesar de la importante dilución del plasma hecha antes de aplicarle los 'tests', superar el umbral establecido. Al tener también débil el brazo de la inmunidad humoral, la persona realmente inmunodeprimida no podrá generar tantos anticuerpos, luego no dará positivo. Y, *a contrario*, dar positivo a los 'tests' no indica inmunodeficiencia, al revés de lo que automáticamente afirman tanto oficialistas como (la mayoría de) alternativos.

¿Puede alguien verdaderamente inmunodeprimido 'morir de SIDA'?
No, porque al no poder ser etiquetado 'seropositivo', según las reglas vigentes establecidas por los oficialistas tampoco podrá ser nunca etiquetado 'caso de SIDA' y, menos aún, 'muerto de SIDA'. Resulta, pues, que los CDC fueron instituyendo unas reglas de juego según las cuales en realidad los únicos que no pueden ser víctimas del montaje llamado Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida son… ¡los verdaderos inmunodeficientes!

PENDIENTE
-Hacer los 'tests' a verdaderos ID: niños burbuja, grandes quemados,…
-Precisar el aspecto 'dilución del plasma antes de aplicar los tests' según marcas y épocas, vista su importancia en dar o no positivo a los 'tests'

II-3-5 ¿Hay 'transmisión del VIH' (sexual, madre a hijo, por jeringuilla, por hemoderivados, por transplante,…)?

Rotundamente no. No hay 'transmisión del VIH' (aún suponiendo, para proseguir la argumentación, que existiera el supuesto 'VIH'). Y no hay 'transmisión del VIH' por ninguna de las tres supuestas 'vías de infección' oficiales. Razón principal: porque lo que se llama 'transmisión del VIH' es tan sólo una interpretación malintencionada y tautológica del encadenamiento de un acto tecnológico: la aplicación sucesiva de dos 'tests'. Y en segundo lugar, porque no hay pruebas científicas publicadas de que realmente funcione ninguna de las llamadas 'vías de transmisión del VIH'. La realidad confirma esta respuesta. Pero para el *establishment* del SIDA, si la realidad niega su versión oficial, hay que esconder la realidad.

(…) el secado de la sangre (…) infectada por VIH (…)
reduce teóricamente el riesgo de transmisión (…) esencialmente a cero
CDC* *Fact sheet on HIV transmission*, enero 1994

El Debate que pido abordará todos los aspectos de la supuesta 'transmisión del VIH'. De entrada, esta cita de los propios CDC entierra definitivamente la supuesta 'trasmisión del VIH' por hemoderivados a hemofílicos, que ha sido el grupo humano proporcionalmente más destrozado por el montaje SIDA, así como por transfusión de sangre a operados o a trasplantados u otros. Y hay documentación que cuestiona con detalle cualquiera de las vías por las que los oficialistas decidieron proclamar que 'se transmite el VIH'.

Pero para poder separar definitivamente el grano de la paja en este tema, desarrollaré el *quid* de la cuestión:

¿Cuál es la clave para entender la falsedad oficial llamada 'transmisión del VIH'?
La aplicación de los 'tests'-trampa interpretando intencionadamente como 'infección por VIH' el que 'den positivo', es decir, que reaccionen. Esta aplicación puede ser puntual seguida de interrogatorio, o sucesiva seguida de interpretación tendenciosa. Vale la pena ver con un cierto detalle un ejemplo real para comprender mejor cómo los oficialistas crean el 'VIH/SIDA'.

¿Cómo funciona la "aplicación puntual de los tests seguida de interrogatorio"?
A mediados de los noventa, el Sr. Z, adulto sano y altruista de 47 años, decidió dar sangre, cosa que el engranaje SIDA ha convertido en una práctica de riesgo. Los oficialistas aplicaron rutinariamente los 'tests' a la sangre extraída. El Sr. Z recibió a los pocos días una carta convocándole a una urgente entrevista. Dos oficialistas le comunicaron que 'ha dado positivo a los tests del SIDA y, por lo tanto, está Ud. infectado por el VIH'. Y empezó el interrogatorio. Descartaron sucesivamente que fuese homosexual, que se inyectase drogas, que hubiese sido transfundido o transplantado, y, por su edad, que hubiese recibido el supuesto 'VIH' a través de su madre. Aplicando el esquema oficial, ya sólo quedaba 'relaciones heterosexuales'. Los oficialistas pusieron una X en la casilla correspondiente, satisfechos de confirmar la tendencia que en aquellos momentos estaban "descubriendo", y que es tan sólo un artefacto estadístico: 'aumen-

ta la transmisión entre heterosexuales'. Y le recomendaron al Sr. Z que hiciese un repaso exhaustivo de las relaciones sexuales que había tenido, y que actuase 'en conciencia'.

Hasta aquí lo que me contó el Sr. Z. No sé qué le ocurrió luego, pues no volví a verle. Lo que sigue es, pues, una suposición… aunque bastante plausible. Me figuraré, optimísticamente, que, con la información redcibida, el Sr. Z decidió no tomarse los venenos hospitalarios (fuera estrés crónico tóxico) pero siguió creyendo en 'los tests del SIDA'.

¿Cómo funciona la "aplicación sucesiva de los tests seguida de interpretación tendenciosa"?

El Sr. Z, espantado (fuente de estrés crónico psicoemotivo), siguió el consejo recibido y confeccionó una lista de las relaciones tenidas, seleccionó las dos -para simplificar- mujeres con las que había tenido relaciones sexuales 'no protegidas', y habló por separado con ellas (doble fuente de más estrés crónico psicoemotivo). A su vez atemorizadas (puesta en marcha de dos nuevas manantiales de estrés crónico psicoemotivo), una y otra fueron a hacerse los 'tests'. Entiendo que se abren tres posibilidades, a las que tiene sentido que añada luego una cuarta:

A) que, afortunadamente para ellas, ambas diesen negativo, con lo que les regresó la tranquilidad (fin del estrés). En este caso, el Sr. Z verá doblado su desasosiego (y su estrés crónico psicoemotivo): a la preocupación por su conducta en el futuro con su *status* de supuesto 'portador', se le añade la preocupación por el pasado: sigue sin saber quién le 'contagió el VIH'. El lector puede relevarme e imaginarse algunas de las tribulaciones que estresarán permanentemente la vida del Sr. Z como consecuencia de haber realizado, lleno de buenas intenciones, la acción de dar sangre…

B) que una diese negativo (¡felicidades!) y la otra, positivo (¡lo siento!). La primera queda liberada del círculo infernal. El Sr. Z aceptará que fue la segunda la que le 'transmitió el VIH', y quedará relativamente tranquilizado por este frente. Por el lado del Sr. Z, la situación queda controlada. La caja de los truenos se ha destapado ahora para la mujer que ha tenido la desgracia de dar positivo ya que, si no tiene acceso a libros como éste, se espantará, y a su vez generará la aplicación sucesiva de más 'tests' en búsqueda de quién le 'transmitió el VIH' a ella. Y la telaraña de ficticias 'transmisiones del VIH', y con ellas de ramificaciones del 'VIH/SIDA' y de estrés crónicos psicoemotivos y tóxicos y…, puede extenderse indefinidamente…

C) que las dos diesen positivo. En este caso, se duplica el *via crucis* personal y también las telarañas y las ramificaciones colectivas. En efecto, cada una empezará a su vez a querer detectar quién supuestamente le 'transmitió el VIH', iniciando de esta forma dos cascadas de búsquedas, localizaciones y posibles etiquetajes, así como un doble movimiento de fuentes de estrés crónico hacia el pasado y hacia el futuro. Además, este doble resultado positivo puede complicar aún más la vida al Sr. Z: descartado que estuviese con las dos al mismo tiempo, tuvo que transcurrir un cierto lapso entre la primera y la segunda. Pues bien, al Sr. Z puede quizás aparecerle el (crónicamente estresante) sentimiento de culpa de que fue él quien 'contagió el VIH' a la segunda tras haber aceptado que 'recibió el VIH' de la primera.

D) con el tiempo que a estas alturas ya lleva metido el Sr. Z en el embrollo SIDA, ha aprendido lo suficiente como para que, además, se le plantee una nueva fuente de estrés crónico psicoemotivo: puesto que el Sr. Z es (perdón, era) una persona sana y de conducta "normal", no se había hecho los 'tests' antes, y en realidad nunca se le hubiese ocurrido hacérselos si no hubiese tenido la solidaria -pero que el montaje SIDA ha convertido en peligrosa- idea de dar sangre.

Luego cabe la posibilidad de que el Sr. Z ya fuera 'portador sin etiquetar' antes de que estuviese con la primera de las dos. Y en este caso… quizás fue él quien las infectó a ellas dos… ¿y a otras?... generándosele los respectivos sentimientos de culpabilidad… lo que le incrementa sus sentimientos psiconeuroendocrinoinmunosupresores… cuyos efectos serán atribuidos al supuesto 'VIH'… que le contagió… ¿quién?... y que a su vez él quizás transmitió a… ¿cuántas?

Lector, ¿recuerda el cuento del cesto de cerezas?

Me parece remarcable, e incluso muestra de una afortunada incompetencia, que ni así los oficialistas hayan logrado crear una 'epidemia de SIDA'. Parece que el SIDA real no lo está permitiendo, aunque, en este caso, le confieso que no acabo de comprender las razones…

¿Hay 'transmisión del VIH'?

No. Resumiendo, lo que ocurre es que se interpreta como 'transmisión del VIH' el que haya reacción colorimétrica en la aplicación sucesiva de dos (o más) ejemplares de unos 'tests' que deberían ser proscritos.

Si al aplicar consecutivamente los 'tests' a dos personas (pareja estable, ex pareja, relación ocasional, madre-hijo, usuarios de la misma aguja, donante-receptor, dentista-cliente,…) ocurre la desgracia de que ambos sean leídos como 'positivo', se interpretará oficialmente, primero, como que las dos están 'infectadas por el VIH', y, segundo, como que ha habido 'transmisión del VIH' de una persona a otra, con el orden cronológico adecuado a cada caso.

Quiero resaltar que la pretendida 'prueba de que la persona tal ha transmitido el VIH a la persona cual' es que ocurra el maldito azar de que dos 'tests'-trampa den positivo sucesivamente. Y con "pruebas" de este tipo hay personas encerradas en la cárcel por bastantes años –o ya muertas- acusadas de haber supuestamente 'contagiado el VIH'.

También es significativo lo complementario, aunque oficialmente no exista: si no ocurre que dé positivo el segundo test cuando debería darlo según la versión establecida porque el primero sí dio 'positivo', los oficialistas no cuestionan su versión sino que aplican la censura. De nuevo, si la realidad refuta la versión oficial del SIDA, hay que negar la realidad para preservar lo oficialmente establecido. Al respecto, recuerdo (I-2) que el primer interrogante me surgió al constatar que en la mayoría de parejas estables con un miembro etiquetado 'seropositivo', el otro no lo es. Este hecho, muy generalizado, no plantea interrogantes a los oficialistas acerca de su versión. Más bien, al contrario, permite que algunos reciban dinero para 'investigar qué (supuesta) mutación genética ha (supuestamente) protegido a quien tendría que estar infectado pero no lo está'. Así aparecerán aún más artículos de la pseudociencia del 'VIH/SIDA'. Y la bola de nieve SIDA seguirá engrosando…

¿Hay 'transmisión sexual', o 'de madre a feto', o 'por amamantamiento', o 'por jeringuilla', o 'por hemoderivado', o 'por transplante', o 'por…' del 'VIH'? ¿Hay 'transmisión del VIH' en las cárceles, o por accidentes laborales en los hospitales, o en la consulta de los dentistas, o por ayudar a un herido en la carretera, o…?

Lector: tan sólo tiene que formularse la pregunta adaptada a cada una de estas situaciones o a cualquier otra que se le presente… o que imagine. Como que ya sabe cuál es el truco oficial para fabricar 'infectados por VIH', probablemente estará en condiciones de responder por sí solo negativamente a cada pregunta y a todas ellas.

A modo de entreno y de ejemplos clarificadores, voy a contestar a dos situaciones extremas:

¿Hay 'transmisión del VIH' por mirada pecaminosa?
Oficialmente, no. Sin embargo, ¿por qué no? Mi hipótesis es que podría ocurrir o, es más, que lo probable es que suceda. Sólo se trata de responder a la pregunta adecuada: ¿cuándo se dirá que ha tenido lugar una 'transmisión del VIH por mirada pecaminosa'? Ya conoce la respuesta, lector: cuando la persona pecaminosamente observada dé positivo a los 'tests', siempre que la persona que observa pecaminosamente ya estuviese previamente etiquetada.

Pero para contestarla de forma irrebatible, debería hacerse una investigación científica. La única dificultad podría ser lograr financiación, pero tratándose de una inversión que redundaría en el fortalecimiento del conjunto del montaje SIDA, no resultaría difícil obtenerla. La investigación podría programarse en dos etapas.

En la primera, un interdisciplinar grupo de 'investigadores-detective especialistas del VIH/SIDA' controlarían, mejor por parejas[1], camufladamente la vida diaria de cada componente de una muy bien determinada cohorte de etiquetados 'seropositivos'. Y en cuanto observasen que uno de ellos ha lanzado a alguien una mirada suficientemente impregnada de cualquiera de los siete pecado capitales, tomarían los datos de este alguien y, transcurrido el llamado 'periodo ventana', le aplicarían –forzadamente, si fuese preciso- los 'tests'. En caso de que diesen positivo, quedaría 'científicamente demostrado según la ciencia oficial del SIDA' que 'la persona previamente seropositiva ha transmitido el VIH con su mirada pecaminosa a la persona capital-pecaminosamente mirada'.

En la segunda etapa, naturalmente con aún más dinero, con especialistas aún más cualificados, con aparatos de seguimiento aún más sofisticados y con programas informáticos aún más potentes, se profundizaría el estudio aplicándolo a los pecados veniales.

Esta línea de investigación podría ser un importante filón para los oficialistas. Por ejemplo, podrían llegar a establecer una gradación de 'transmisión del VIH' según cuál sea el pecado capital. Y si logran despertar interés por lograrla en los veniales, tendrán trabajo crónico.

Y así llegamos a la situación límite *non plus ultra*:

¿Hay 'transmisión del VIH' leyendo este libro?
Oficialmente, no. Pero quizás ya ha llegado Ud. a la conclusión de que ni en esto debería creer a los oficialistas sin antes pedirles las pruebas científicas de referencia originales. Y, por el contrario, mi hipótesis es que la lectura de mi libro sí puede producir 'infección por VIH'. Estoy plenamente convencido de que una fracción de los lectores que, antes de leer este libro, hayan cometido el grave error de hacerse los 'tests' pero que han tenido la gran suerte de haber dado negativo (por lo que forman parte de los muchos "Escapados del SIDA"*), resultarían positivo a los 'tests' si se los hiciesen tras leerlo, y ello incluso sin esperar el susodicho 'perio-

[1] Ahí aparecen posibles variantes según combinaciones de sexo y de tendencia sexual. Habría que investigar en un tercer momento si ello influye en los resultados obtenidos, y qué desviaciones ocurren, y por qué mecanismos, y cómo se pueden cuantificar, y qué modelo matemático es el más adecuado, y… ¡Pobres oficialistas, que no dan abasto y, encima, les amenazan con recortar los presupuestos!

do ventana'. Quedaría, pues, 'científicamente demostrado según las normas establecidas por la ciencia oficial del SIDA' que la lectura de mi libro les ha producido 'infección por VIH'.

Aquí, la segunda parte de la investigación podría consistir en profundizar todo lo necesario hasta llegar a precisar qué capítulo -y, claro está que con aún más recursos y con personal aún más superespecializado, qué página, qué párrafo o incluso qué línea- es el que más 'infecciones por VIH' ocasiona. ¡Otro filón!

Sí, lector, oigo su crítica "¡Te has pasado de la raya, Lluís! Para ser precisos, y aplicando lo que llevo leído, para poder afirmar que ha habido 'transmisión del VIH desde el libro al lector', habría que demostrar previamente que el libro 'está infectado', ¡y eso…!". Pero no se precipite ni cante victoria antes de tiempo, lector, pues su objeción no es tan insuperable como piensa. Resulta que una de las muchas razones de 'falso positivo del test del VIH' es… "Proteínas en el papel de filtro"[2]. Luego no habría que descartar que mi libro tuviese "proteínas en sus 500-y-pico de páginas o/y en la tinta o/y en las tapas o/y en la encuadernación o/y a consecuencia de haber sido manipulado por un operario y/o…" que hiciesen que también diese positivo a los 'tests', con lo que los oficialistas automáticamente etiquetarían este libro como 'infectado por VIH'. Y entonces la 'demostración científica por medio de las reglas de juego establecidas por los oficialistas con los tests' de que mi libro ha infectado a los lectores que den positivo, sería oficialmente impecable, irrefutable y definitiva, ¿no?

Y, para terminar este capítulo, retomo aquí algo de lo ya visto en anteriores capítulos. Ello me permite reformular la pregunta de manera que se contesta sola:

¿Puede haber 'transmisión del VIH' si nadie ha demostrado que 'el VIH existe'?

PENDIENTE
-¿Dónde están las pruebas científicas de que hay 'transmisión del VIH' por las supuestas vías oficiales de transmisión?
-¿Por qué los oficialistas decidieron reconocer tres vías de 'transmisión del VIH' y descartar otras posibles e incluso bio-lógicas?
-¿Cómo es que los oficialistas no han logrado crear una 'epidemia de SIDA' real?
-¿Por qué callan hematólogos, cirujanos, odontólogos, sexólogos, pediatras, expertos en drogas, funcionarios de prisiones, técnicos de laboratorio,…, que no viven del 'VIH/SIDA'?

[2] Cordes R., Ryan M. 1995. "Pittalls in HIV testing". *Postgraduate Medicine*. 98:177.

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 esclusivamente 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 publicitar 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 definitorias 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
NIH[3] (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

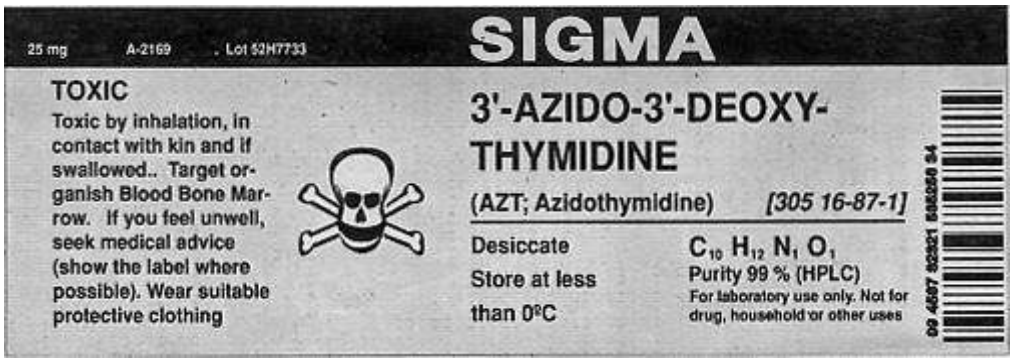
[3] www.aidsinfo.nih.gov/DrugsNew/DrugDetailSP.aspx?int_id=285&ClassID=8&TypeID=1&Spanish=1

[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 Beltz[7], 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 Press[9]. 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 suma[10] 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 quimioterápica[11]. 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 AZT[12]. 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 permanente[13]?

¿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 más[15]. 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 mitocondrias[16]?

---

[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 inmunodeficiencia[17] y matan los 'ARV'?
Dañando las mitocondrias. Dificultando la síntesis de ADN. Oxidando los grupos sulfidrilo 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 años[18]? ¿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 mas efectivo de las enfermedades oportunistas" (*Science* Vol. 275, Nº 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 estudio[19] 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 publicó[20] 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, nº 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 ingieren[21].

¿'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 USA[22]. 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 recobrarse, 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 acompaña 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 anteriores[24]**?**

¿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 predican 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 <u>no</u> 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 países[26].

¿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 resistentes[27], 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 financiasen 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 2007[30] 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 dijesen 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 da 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 *Lázaros* 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 regalan[33] 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 reciente[34].

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 tomarte 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 conocido[35] 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 asegurarse[36]- 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 ºC?) 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 complementarios[37] 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 hilitos 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 compleja[38]. 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 administrarle 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 indetectable[39]), 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 meticulosas.

¿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 visitadores 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 obtenido 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 (revisitada 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 dificilísimo de encontrar. Sencillamente, 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 actualizado[40] 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 estudié[41], 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] Rozera, 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-4[47]. Y cuanta 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 retrotrascribir 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 quienes[48] han sido formados[49] 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 situación[50]. 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 (gusanos[51],…), 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 minutera, 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 Civilie 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 37[54]
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 probabili dad- 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 catapulta, 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 cronificado 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?

II-3-8.- Los T4, ¿son 'las defensas'?

El llamado 'recuento de T4', ¿indica 'el estado de las defensas'?

El tan deseado 'aumento de T4', ¿es beneficioso o es perjudicial?

Los T4 no son 'las defensas' sino tan sólo un componente de lo que los oficialistas llaman 'las defensas'. El 'recuento de T4' no es un recuento sino un cálculo: es un artificioso 'marcador indirecto' y no un parámetro biológico. El 'recuento de T4' de una persona está de alguna forma relacionado con el estado de su inmunidad, pero de una manera que debe ser mucho mejor precisada (¡ayuda!). La relación directa y determinante que los especialistas oficiales del SIDA diseñaron en 1981, es falsa, y ha creado una peligrosa e inmunosupresora dependencia de los etiquetados 'seropositivo' o 'caso de SIDA' respecto de 'mi recuento de T4'. Los oficialistas: A) esconden aquellos hechos reales que cuestionan su interpretación del 'recuento de T4', y B) mantienen esta relación mecanicista, errónea e inmunodepresora a pesar de cuestionamientos surgidos incluso desde sus propias filas y publicados en revistas científicas. Es más, en realidad el 'aumento de T4' puede expresar una amenaza para la salud.

(El 'recuento de T4' es) tan poco informativo como echar una moneda al aire...
Los efectos sobre este marcador
no predicen la verdadera influencia clínica de las intervenciones...
Tres... ensayos, incluido el *Concorde*, han demostrado una relación inversa
entre la supervivencia y la mejoría en el recuento de células CD4
Fleming y DeMets *Marcadores de evaluación para ensayos clínicos: ¿vamos en dirección errónea? Annals of Internal Medicine* 125;7:605-13, 1996

Cada día… se puede ver pacientes
que tienen una carga viral baja y una avanzada disminución de T4,
y se puede ver lo opuesto
Declaración del Dr. Martyn French en el Juicio Parenzee, Adelaida, Australia, 2007

Muchas promociones de médicos hemos ejercido nuestra profesión
sabiendo que si una persona estuviera perfectamente sana
y aislada de contactos con gérmenes y antígenos,
debiera tener un conteo de T4 en sangre muy bajo,
y que, por lo contrario, una persona con altos niveles de T4 en sangre
está muy contaminada e "infectada".
Pero de repente llegaron los especialistas del SIDA afirmando lo contrario.
E incomprensiblemente,
se les ha permitido que maltraten a millones de personas con tamaña aberración
Jaime Fiol, médico retirado e investigador independiente, República Argentina, 31 de octubre 2008

Mucho hablar de 'recuento de T4', pero ¿cómo se calcula?
Lector, por favor, transmítame su experiencia preguntando a oficialistas, que tanto lo usan.

Una respuesta es la siguiente[1]: Es el resultado de multiplicar tres factores que son proporcionados por los análisis de sangre:

F1: Total de glóbulos blancos por mililitro de sangre. Se considera que los límites inferior y superior entre los que se encuentra la "normalidad" son, respectivamente, 5.000 y 10.000 leucocitos/ml.

F2: Porcentaje de linfocitos entre todos los leucocitos. Límites: el 20% y el 50%. Luego el factor por el que multiplicar se situará entre el 0,2 y el 0,5.

F3: Porcentaje de linfocitos T4 entre todos los linfocitos. Límites: entre el 28% y el 58%. El factor estará entre el 0,28 y el 0,58.

El 'recuento de T4' será: nº T4/ml. = F1 x F2 x F3 El número resultante se encontrará entre el límite inferior, es decir, 5.000 x 0,2 x 0,28 = 280, y el superior: 10.000 x 0,5 x 0,58 = 2.900. Luego los límites de la "normalidad del recuento de T4" son 280 y 2.900. Además, el error relativo de este tipo de datos estadísticos se sitúa entre el 30% y el 50%, con lo que el abanico se abre hasta entre 140 y 5.800.

¡Como para hacer depender "diagnóstico" y "pronóstico" alguno de este tipo de cálculos!

¿'Recuento' o "cálculo"?
Llamarle 'recuento' da a entender que se cuenta directamente, y esto le hace aparecer más real y biológico. Sólo con que los oficialistas le llamasen "cálculo", que es lo que hacen, este otro emperadorzuelo también comenzaría a mostrarse desnudo.

¿Cuál era el conocimiento científico ortodoxo sobre los leucocitos, aceptado antes de la invención del SIDA?
El que expresa la tercera cita inicial.

¿Cómo lograron los oficialistas que algo considerado como una señal de peligro, pasase a ser visto como un objetivo beneficioso, a lograr envenenando con fármacos?

¿Están ligados 'recuento de T4' y SIDA por un azar tecnológico?
Sí. En 1981 los inmunólogos investigaban la subdivisión de los linfocitos T en T4, T8, NK, etc. Se acababa de diseñar un aparato para 'recontar' el número de ejemplares de cada subgrupo. El Dr. Mitchell Gottlieb ha pasado a la Historia de la Medicina como 'el descubridor del SIDA' porque localizó en tres hospitales generales de Los Ángeles, entre octubre de 1980 y mayo de 1981, cinco adultos jóvenes homosexuales activos que habían desarrollado una PCP. Se encontró con que dos de ellos habían fallecido a pesar de administrarles todos los antibióticos disponibles, y con uno de esos aparatos calculó que tres tenían baja inmunidad celular. Escribió el artículo de algo más de una página *Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles* cuya publicación fue rechazada por varias revistas científicas. Finalmente, la *MMWR (Morbility and Mortality Weekly Report, Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad),* boletín de los CDC*, lo difundió el 5 de junio de 1981. Curiosamente (¿o no?) lo sacó acompañado por una *Nota Editorial* casi tan larga como el artículo donde se apuntaba en estos 'cinco homosexuales previamente sanos' (aunque el texto explica que todos tomaban drogas inhaladas, y uno además drogas por vía parenteral; que uno había padecido "la enfermedad de Hodgkin" tres años atrás, y que todos tenían fiebre y/o citomegalovirus y/o candidas desde meses antes) la posibilidad de 'una

[1] Me baso en una nota confeccionada por el Dr. Kremer**, por lo que los valores aquí usados son los de Alemania. A comprobar si hay diferencias con los utilizados en cada país. Parece que en los USA el límite inferior de T4 es 14%, por lo que el umbral inferior sería 140; incluido el margen de error, descendería a 70 T4. Y resulta que en los EE.UU., desde 1993 un etiquetado 'seropositivo' que dé menos de 200 T4 es considerado 'caso de SIDA'…

enfermedad adquirida por contacto sexual' (cuando el artículo explicita que 'Los pacientes no se conocían entre sí ni tenían ningún contacto común conocido ni parejas sexuales reconocidas que hubiesen tenido enfermedades similares'). Ahí empezó a rodar la bola de nieve destructiva llamada SIDA. Y desde entonces el 'recuento de T4' ha sido figura estelar de este drama.

¿Cuál es el 'recuento de T4' de los grupos de control? ¿Y el de los enfermos 'seronegativos' de 'las 29 enfermedades definitorias de SIDA'?

¿Qué han dicho los oficialistas sobre los T4 y su 'recuento'?
- *'*Los T4 son las defensas*'*
- 'Los T4 son los generales que organizan las defensas'
- *'*El VIH es tan peligroso porque mata los T4*'*
- *'*El VIH infecta a uno de cada 10.000 T4*'* (hasta 1995 con el "modelo-Gallo-Montagnier-de-VIH")
- 'El VIH infecta a miles de millones de T4 desde el primer día' (a partir de cambiar al "modelo-Ho-de-VIH")
- *'*Una vez han bajado los T4, ya no vuelven a subir por sí solos. Hace falta ARV*'*
- *'*Por debajo de 500 T4, alerta roja*'*
- *'*Por debajo de 200 T4, peligro inminente*'*
- En los USA desde 1993: *'*Si seropositivo, por debajo de 200 T4 automáticamente debe ser considerado caso de SIDA aunque esté asintomático'

¿Hay algo cierto en todo esto?
Lamentablemente, lo último: más del 50% de los 'casos de SIDA' de los USA lo son por este criterio que, afortunadamente, no es aplicado en Europa.

¿Por qué silencian los oficialistas que...
… normalmente en sangre sólo hay una pequeña parte (¿el 2-3%?) de los T4 y que la gran mayoría (¿el 98-97%?) están en médula ósea, ganglios, matriz extracelular, etc.?
… en una situación de estrés, incluso este 2-3% se retira de la sangre?[2]
… corredores de Maratón etiquetados 'seropositivos' pasarían en los EE.UU. a ser etiquetados 'casos de SIDA' tras el estrés de una carrera?
… los T4 que están replegados salen al torrente sanguíneo en caso de infección, intoxicación, etc., para ayudar a neutralizarlas?
… se puede vivir mucho tiempo –si no siempre, a investigar- con poquísimos (20, 10, 5, 4, 3, 2, 1 ó incluso 0) T4, hecho que daría mucha tranquilidad a quienes hacen estar pendientes de su 'recuento de T4'?
… por el contrario, están muriendo personas, etiquetadas o no, que tienen 100, 200, 500, 700, 1.000 ó más T4?
… los T4 siguen un ritmo circadiano, por lo que si extrajesen la sangre por la noche en vez de por la mañana, podrían por fin los etiquetados recibir la buena noticia 'has doblado tus T4'?
… las 'subidas de T4' logradas con 'ARV' no suelen ir acompañadas de mejoras clínicas o visibles, y que, si las hubiese, no duran mucho?
… ¿lector?

¿Por qué tuvieron que inventar el cada vez más famoso SRI (Síndrome de Reconstitución Inmunológica)?
Los *cócteles* se empezaron a administrar masivamente en 1996. Ya en 1999 se describió este SRI que, traducido, significa: 'signos y síntomas dañinos resultado del fortalecimiento de la inmunidad

[2] ¿Por qué el Dr. Fauci, Número Uno del SIDA en el mundo, se olvidó en los años ochenta de los artículos científicos que publicó en los setenta sobre estos dos aspectos claves?

gracias a ingerir *cócteles*'. Los oficialistas fueron detectando que, a pesar de que tras la ingesta de *cócteles* 'aumente el recuento de T4', cosa que los oficialistas interpretan heterodoxamente como 'restauración de la inmunidad', las personas tratadas desarrollan enfermedades tanto de la lista asociada al SIDA como otras. En vez de cuestionar su interpretación del 'recuento de T4' como indicativo del estado de la inmunidad, y, en consecuencia, dejar de dar *cócteles* buscando 'subir los T4', prosiguen su carrera subvencionada investigando la hipótesis que han sacado sobre una presunta 'mejora en la cantidad de células CD4 pero no en su función', que justifique esta –para ellos- incongruencia clínica.

¿'Paradoja inmunológica' o coherencia bio-lógica?

A señalar que los oficialistas constructores del 'recuento de T4', también se creen a la inversa la mistificación que han inventado:

¿Se está "fuerte como un toro" si el 'recuento de T4' es alto?

Sería cómico de nuevo si no… De un testimonio en Internet[3]: "Tenía fiebre crónica, problemas respiratorios, infecciones fúngicas, neumonía recurrente, náusea, diarrea, emaciación, de todo. Lo divertido es que mi médico insistía en que estaba sano como un caballo (…) me decía: '¿Qué enfermedad? Tu cuenta de CD4 estaba por encima de 1.400 antes de medicarte, y desde que empezaste a tomar los ARV has superado los 1.700. A este ritmo, nunca enfermarás y ciertamente no pasarás a SIDA'. (…) Transcurrieron dos años hasta que tuve que ir a emergencias con una 'neumonía relacionada con SIDA', y finalmente mi médico se vio obligada a salir de su fortín negador, y me remitió a un especialista (…)".

Vale la pena seguir un poco más este largo testimonio –y le aseguro, lector, que encontrará muchos por el estilo- porque permite entender mejor qué es "eso" llamado SIDA: "(…) a un alergólogo, quien encontró que mi enfermedad estaba causada por unas fuertes alergias (…) Desde que dejé los antivirales y empecé a tratar mis alergias, tengo una salud mucho mejor y el peso de mi cuerpo ha aumentado en un 50%".

'Recuento de T4': ¿Dos caras erróneas de una misma moneda falsa?

¿Se está en riesgo de caer enfermo si 'el recuento de T4' es bajo?

¿Se está sano si 'el recuento de T4' es alto?

¿Es la 'subida de T4' al ingerir 'ARV' un buen síntoma?

¿Interpretan (otra vez) los oficialistas como signo beneficioso del tratamiento lo que tan sólo es una respuesta bio-lógica defensiva del cuerpo ante su toxicidad?

¿Cuánto tiempo tarda en agotarse un cuerpo obligado a sacar leucocitos extra a la sangre, y a mantenerlos en circulación ante venenos que son renovados día tras día?

¿Qué peligrosas consecuencias tienen estas 'subidas de T4' logradas con venenos?

¿Sirve 'el VIH ha mutado' para justificar que el etiquetado persistentemente envenenado caiga en picado tras un cierto tiempo de 'defensas subidas' con 'ARV'?

¿Es la 'bajada de T4' un mal síntoma?

'Cuando primero observamos en estos monos el espectacular descenso de CD4 en todos los tejidos que examinamos, nos preocupamos de que pronto podían empezar a exhibir signos clínicos de SI-

[3] Comentario 104 a C. Baker**

DA. Pero tras más de seis años, estamos seguros de que el hundimiento de T4 por sí solo no resulta necesariamente en una progresión a SIDA'[4].

¿Podría algún oficialista argumentar en un texto elaborado y relativamente extenso en qué bases científicas se apoya su práctica con los 'recuentos de T4', y no limitarse a repetir un par de afirmaciones incuestionables… que probablemente cambiarán o incluso invertirán en poco tiempo?

'Hay dos tipos de células T que son rutinariamente medidas en el SIDA, los «T-ayudantes» (T4) y los «T-supresores» (T8), y se encuentran normalmente en una proporción alrededor de dos a uno. En la sangre de los pacientes de SIDA, en lugar de tener dos ayudantes por cada supresor, la proporción es la contraria. Esto pronto fue captado y designado como el sello de la enfermedad. Sin embargo, aunque la elevación de los T8 era considerada como una mala noticia, hoy la teoría en sí misma se ha dado la vuelta a medida que los investigadores encuentran muchos supervivientes a largo plazo con niveles de T8 altos. «*No comprendo cómo se llegó a esa noción de que los niveles altos de T8 eran malos*», dice la Dra. Pamela Jo Harris, del Centro de Investigación Clínica del SIDA en Washington, D.C. «*Desde el principio observamos que las personas con altos niveles de T8 estaban muy bien. Hoy los investigadores especulan con la idea de que las células T8 pueden estar haciendo el trabajo de los T4 perdidos*'[5].

¿Hay que preocuparse por el 'recuento de T4'?

Por lo que sé hasta ahora, y a falta de textos como el que acabo de solicitar, la respuesta es negativa. Y obsesionarse, que es lo que los oficialistas han inculcado a los etiquetados, es aún peor, como claramente enseña la psiconeuroendocrinoinmunología.

¿Qué mecanismos verdaderamente inmunosupresores se ponen en marcha el día en que a un etiquetado le dicen 'Te han bajado tus T4', aunque sólo haya sido en cuatro T4?

¿Por qué los oficialistas sólo 'recuentan T4' en sangre, y, además, persisten en ignorar que lo importante es la subdivisión de los T4 en Th1 y Th2?

¿Cuál es la destructiva función del uso oficial del 'marcador indirecto recuento de T4'?

¿Hay relación directa o inversa entre 'recuento de T4' y pervivencia?

Quien aún recuerde 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?', ¿lo sigue haciendo tras comprender que 'el aumento del recuento de T4' no significa en absoluto 'impedir que se desate la enfermedad'?

Y, lector, finalizo esta respuesta en el subcapítulo siguiente.

Para cerrar este capítulo, y recuperando algo de lo ya visto:

¿Puede la ficción 'VIH' 'matar T4', 'bajar los T4', 'hundir las defensas', 'provocar inmunodeficiencia', 'causar el SIDA' y acabar 'matando de SIDA' al etiquetado?

PENDIENTE

-Comparar 'recuentos de T4' entre enfermos 'test-negativos' y 'test-positivos' de 'las 29 enfermedades definitorias de SIDA'

-Consecuencias de tener que mantener circulando continuamente un número de T4 mayor al normal a fin de protegerse de los venenosos *cócteles*

[4] Jeffrey Milush et al. "Virally Induced $CD4^+$ T Cell Depletion Is Not Sufficient to Induce AIDS in a Natural Host" *The Journal of Immunology*, 2007, 179: 3047-3056.

[5] *¿Sirven para algo los recuentos de CD4?* C. Farber**, *SPIN*, Nueva York, primavera 1994.

II-3-9 ¿Rematar y remomificar a las personas etiquetadas para 'prevenir las enfermedades oportunistas'*?

Efectivamente, los tratamientos hospitalarios administrados como supuestos 'preventivos' contribuyen a matar y a momificar a quienes los toman. Sumados a los tratamientos supuestamente 'antivirales', convierten el cuerpo de las personas tratadas en tan estériles que ni los microbios pueden vivir en ellos, ni los gusanos en sus cadáveres. Por esto no pueden tener 'enfermedades oportunistas' de vivos, ni descomponerse sus cuerpos una vez muertos. Y por esto ahora a los oficialistas se les mueren con 'carga viral indetectable' y 'sin enfermedades oportunistas'… y momificados. Otra pírrica victoria. Un punto crucial es que también los antibióticos dañan a las mitocondrias.

En cualquier forma de tratamiento,
lo que le importa al paciente es su calidad de vida
y una posible reducción de la mortalidad, cualquiera sea su causa:
no significa beneficio alguno si se muere en el mismo plazo o incluso antes
de los fármacos que de la dolencia.
Desafortunadamente, no es en absoluto habitual que en los ensayos clínicos
se informe de la mortalidad por todas las causas (…)
Dr. Henry Bauer, *Antiretroviral treatment benefits?*[1]

A 12 de diciembre de 2009, la FDA tenía reconocidos 30 fármacos para utilizar ante 'enfermedades oportunistas y otras', y tres 'en fase de investigación clínica'[2]. También es necesario que "alguien" escriba un libro sobre cada uno de ellos. O que abra una *web*, como la que he localizado en inglés, *Bactrim: una epidemia secreta*[3], sobre la peligrosidad del antibiótico probablemente más utilizado, también llamado *Septrin* ó *TMP-SMZ* u otros nombres.

Manejando las dosis a fin de evitar daños aún mayores, los oficialistas administran antibióticos, corticoesteroides, antifúngicos y otros fármacos con la intención, afirman, de 'prevenir la aparición de las enfermedades oportunistas'. Frecuentemente, tras dar la bienvenida con un combinado de media docena de 'vacunas preventivas'[4], por protocolo los hacen tomar constantemente hasta que el etiquetado muere… eso sí, 'víctima del VIH'.

¿Prevención? Quizás. Veremos en II-3-14 cuál y a qué coste. Para empezar:

¿Prevención natural o prevención farmacológica?

¿Factores de salud o tóxicos de síntesis química?
Una de las limitaciones de los oficialistas es que desconocen cuáles son los factores de salud: actitud anímica, respiración, movimiento aeróbico[5], posición, estiramientos, alimentación, agua, agua

[1] http://hivskeptic.wordpress.com/2008/07/18/antiretroviral-treatment-benefits-from-3-million-to-12-million-to-%e2%80%a6/
[2]http://www.aidsinfo.nih.gov/DrugsNew/SearchResultsSP.aspx?MenuItem=Drugs&DrugName=&DrugClass=Todas&DrugType=Todas
[3] *Bactrim: a secret epidemic*, http://briandeer.com/bactrim-septra.htm, de Brian Deer, periodista de investigación del *Sunday Times*, Londres.
[4] El Dr. Andrew Moulden (www.brainguardmd.com/) ha hecho una aportación nueva -y considero que definitiva- para demostrar que toda vacuna es perjudicial: ha logrado elaborar tecnología que muestra que toda vacuna provoca isquemia (falta de suministro de oxígeno) y derrames microvasculares cuyas consecuencias pueden ir desde pasar desapercibidas hasta provocar muerte súbita. Pero que pasen desapercibidas ahora no significa que no tengan consecuencias a las horas o días o semanas o meses o años o lustros o décadas o… en la descendencia.
[5] El movimiento es aeróbico mientras hay suficiente suministro de oxígeno, lo cual ocurre si las pulsaciones se mantienen por debajo de 140 por minuto.

de mar, sol, aire, tierra,…, por lo que no pueden recomendarlos a los demás ni practicarlos. Parece que lo único que han retenido de sus largos y duros estudios es la aplicación de fármacos químicos.

¿Es lo mismo "mantener la salud" que 'prevenir enfermedades'? ¿Y "estar sano" que 'no tener enfermedades'?

Los experimentos sin grupo placebo que el *establishment* del SIDA está practicando a escala mundial con 'ARV' y con 'preventivos' desde hace cinco (¿o siete?) lustros con cobayas humanas, permite aprender la importante lección de distinguir entre 'prevenir para no tener enfermedades', de un lado, y "mantener la salud para seguir sano", del otro.

El mayor uso intensivo que jamás se haya hecho de medicamentos de síntesis química, enseña que la administración de muchos fármacos y el uso de 'marcadores indirectos' para evaluarlos, no aumenta la salud sino la muerte, aunque reduzca 'las enfermedades oportunistas'.

Hemos visto que 'la mejoría inmunológica aumentando los T4' se tradujo en que los oficialistas tuviesen que inventar el SRI* para tapar su fracaso clínico, y que 'la buena respuesta virológica reduciendo la carga viral incluso a indetectable' no alarga sino que complica y reduce la vida. Además, la oficial 'buena evolución de ambos marcadores indirectos' se puede traducir en la reducción de 'enfermedades infecciosas definitorias de SIDA' pero no en el alargamiento de la vida sino en el aumento de otras enfermedades no-infecciosas (fallo hepático o renal, cardiovasculares, lipodistrofia, nerviosas, musculares, etc.) y de "muertos por todas las causas".

¿Cuán peligrosos son los fármacos llamados 'preventivos'?

Mucho… a precisar. Lector: ayude a hacer un libro o una *web* para cada uno de ellos. Este esfuerzo independiente hace falta, y beneficiaría a muchísimas más personas que a las atrapadas por el engranaje SIDA.

La *web* que he mencionado sobre el *Septrin* también pone los pelos de punta. Este caso es doblemente ilustrativo.

Los informes de Brian Deer sobre la peligrosidad del *Septrin* lograron por fin sacar a la luz datos escondidos durante décadas, y condujeron a que las autoridades sanitarias de Gran Bretaña dictasen en 1995 unas medidas restrictivas draconianas que hicieron que allí el número de sus prescripciones disminuyese espectacularmente. Pero este mismo tóxico se sigue administrando muy abundantemente, incluso a muchos niños, en el resto de países, empezando por los que alardean de buena información, investigación, comunicación, riqueza económica, Sistema Sanitario, etc. ¿Qué primer aspecto ilustra el que los responsables de la Sanidad del resto de Estados pudientes no se hayan interesado en la importante medida de salud pública que adoptaron hace más de tres lustros sus colegas británicos?

¿Y qué segundo aspecto ilustra que estas mismas autoridades británicas decidiesen que este fármaco 'debía quedar restringido al SIDA y a situaciones especiales'? ¿Ayuda esto a entender por qué se inventó el SIDA? Para mí, sí (III-1-4, "Hipótesis dura").

¿Tomar antibióticos permanentemente?[6]
En la práctica, los médicos no implicados en el montaje SIDA prescriben un antibiótico durante una semana o diez días, y lo retiran tanto si funciona como si no, pues saben que es perjudicial continuar administrándolo. En el cuadro del SIDA, y también por primera vez, está protocolizado administrar uno o varios antibióticos por tiempo indefinido.

Pero los antibióticos están concebidos para matar bacterias. Luego lo bio-lógico es que generen disbiosis intestinal y que dañen a las mitocondrias (¿documentado desde 1982?), y ambos efectos tienen graves consecuencias. Éstos son dos aspectos claves que los oficialistas no abordan.

Además, algunos antibióticos interfieren en la formación de ADN. En particular, el *Septrin* inhibe doblemente la síntesis de ácido fólico, imprescindible para que se elabore nuevo ADN. Y, más ampliamente: 'Las reacciones adversas al TMP-SMZ están asociadas con una progresión más rápida a SIDA y a muerte'[7]. Y reforzando lo que he dicho sobre los 'ARV', este artículo afirma más adelante: '(…) el uso de agentes antirretrovirales antes de iniciar la profilaxis también está estadísticamente asociado con una progresión más rápida a SIDA y a muerte'.

¿Son los antibióticos también quimioterapia?
Todos, con la definición amplia que he recogido en II-3-6, nota 7. Muchos (¿la inmensa mayoría?) con el significado más estricto de interferir en los procesos celulares. Y recordando que los anti-bióticos están concebidos para matar bacterias y que las mitocondrias son bacterias endosimbióticas, probablemente todos de nuevo…

¿Agravan los 'preventivos' el estrés crónico tóxico?

¿Qué base biológica, científica y real tiene la peligrosa idea de que se puede mantener la salud del etiquetado atiborrándolo de sustancias agresivas, casi todas quimioterápicas?

¿Tiene sentido bio-lógico prevenir A provocando B?

Es más, ¿tiene sentido bio-lógico prevenir A provocando la recurrencia de A? ¿Y, por ejemplo, prevenir neumonías provocando neumonías?

¿De qué previenen los fármacos administrados como 'preventivos'?
Como máximo, de enfermedades infecciosas[8]. E incluso en este caso, a costa de provocar otro tipo de enfermedades y probablemente de acortar la vida. Así, p. ej.: 'La profilaxis de la PCP redujo significativamente los episodios de PCP y las muertes por PCP, pero no hubo reducción significativa alguna de la mortalidad total entre los pacientes que recibieron profilaxis'[9].

[6] Abordaré algo los antibióticos. El Dr. Al-Bayati** ha alertado ante otros 'preventivos', en especial los corticoesteroides
[7] Veenstra J, *et al*, *Clin Infect Dis*. 1997 May;24(5):936-41
[8] Pero incluso puede ser que la aplicación de antibióticos en la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas facilite su aparición y recidiva. Ésta sería la explicación de que en 1993 los CDC introdujesen la "neumonía recurrente" como enfermedad definitoria de SIDA: constataron y reconocieron que a la "prevención y tratamiento" de la PCP con Septrim, Dacortin,…, le sucedía la aparición de una nueva PCP… ¡y se la atribuyeron al supuesto 'VIH', que nunca protesta!
[9] Ioannidis JP *et al*, A metaanalysis of the relative efficacy and toxicity of PCP prophylactic regimens. *Archives of Internal Medicine*; 156 (1996) 177–88

¿Pan hoy, hambre mañana, y entierro pasado mañana?

¿Se está demostrando que la 'prevención' oficial aumenta la morbilidad y la mortalidad?

Para prevenir que el paciente se enferme, ¿es necesario matarlo?

¿Pueden estar orgullosos los oficialistas de ser pioneros en la catastrófica práctica de que a mayor cantidad de fármacos, mayor prevención… de vivir?

¿Se está rematando y remomificando con los supuestos 'preventivos'?
También dañan las mitocondrias de los microbios, que tampoco pueden proliferar. Luego a los efectos venenosos y momificantes de los 'ARV' se suman los efectos tóxicos y momificantes de los antibióticos y otros 'preventivos'.

¿Beneficia a alguien que en los hospitales se esté momificando a los etiquetados?
A quienes les permite -por ahora- presentar como beneficiosos unos tratamientos que en realidad matan. Y a quienes los fabrican y venden. Y a quienes reciben prebendas por promocionarlos. Y a intermediarios y comisionistas en lugares de poder. Y… en resumen, a pocos… comparativamente con los que resultan dañados y muertos (¿o asesinados?).

¿En qué razón biológica, científica, médica o documental se basan los oficialistas para prescribir los fármacos supuestamente 'preventivos'?

¿Conlleva no tomar supuestos 'preventivos' una peor evolución?
¿Existen estudios a doble ciego al respecto? Serían los estudios con grupos de control que ya tendrían que estar realizados… si los oficialistas hubiesen actuado científicamente.

De nuevo: ¿Por qué el Dr. Montagnier busca antioxidantes naturales?

¿Es practicar los factores de salud la única prevención eficaz?

¿Queda aún algo del 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?', si resulta que los oficialistas, además de usar tramposamente dos 'marcadores indirectos' para hacer creer que los venenos que administran son beneficiosos, impiden doblemente que 'se desate la enfermedad' porque logran nada más ni nada menos que matar a sus víctimas de manera que fallezcan aparentemente sanas?

PENDIENTE:
-¿Cuáles son los 'preventivos' más administrados, y cuáles las consecuencias perniciosas de cada uno de ellos?
-Confeccionar un libro y/o una *web* de cada uno
-Mercado y reparto del pastel 'prevención del SIDA' entre las farmacéuticas implicadas
-De nuevo, ¿dónde están los farmacólogos, farmacéuticos, toxicólogos, médicos,…, no…?

II-3-10.- Y con la tan anunciada y buscada ‘vacuna del SIDA’, ¿qué pasa?

¿Puede obtenerse una vacuna ante un virus fantasma del que hay dos modelos totalmente contradictorios, del que oficialmente se afirma repetida y públicamente que muta constantemente, y del que, también oficialmente, se sabe pero se silencia que se encuentran hasta cien millones de ejemplares del supuesto ‘VIH’ distintos en un mismo ‘caso de SIDA’, y que la información genética varía de un ejemplar a otro de supuesto ‘VIH’ hasta en un cuarenta por ciento, sin que haya dos genomas iguales ni siquiera en el mismo etiquetado? No hay que precipitarse siendo bio-lógico y contestando que no. Me temo que sí puede obtenerse. Todo depende de si un laboratorio –o una coalición, pues el mercado mundial potencial para una supuesta ‘vacuna del SIDA’ bien se lo merece- logra un engaño suficientemente sofisticado y tiene influencia bastante en la administración USA como para lograr su aprobación. Sobre todo si recibe luz verde desde las alturas de importantes poderes (a precisar) a fin de intentar desactivar la bomba SIDA antes de que estalle con consecuencias impredecibles.

(…) llegaron a la conclusión de que conviene cambiar de dirección
y dejar las costosísimas pruebas clínicas
para concentrar los esfuerzos en la investigación fundamental.
Se trata de llegar a comprender la biología básica del virus
y sus efectos sobre el sistema inmunológico del individuo
Reunión de destacados investigadores de la ‘vacuna del SIDA’ convocada por el Dr. Fauci en Bethesda (Maryland) el 25 de marzo de 2008[1]

-El principal objetivo de mis investigaciones es (…) una vacuna terapéutica.
Se trata de estimular el sistema inmunitario de la persona infectada para controlar el virus
-¿Y la vacuna preventiva?
-Eso no funciona
-¿Por qué?
-Por muchas razones
Entrevista al Dr. Montagnier a fines de 2007[2]

¿Indica el oficial fracaso en ‘la vacuna del SIDA’ que la degeneración de la Virología se ha vuelto contra los virólogos que se aprovecharon de ella?

El de la ‘vacuna del SIDA’ (‘vacuna’ en lo sucesivo) es un aspecto especialmente sorprendente para los oficialistas, ilustrador para los críticos, y confío en que revelador para Ud., lector,… eso sí, pendientes todos de que una -parece que actualmente improbable- gran trampa haga aprobar una ‘vacuna’ y trastoque la situación[3].

La implantación del ficticio ‘VIH/SIDA’ fue posible por la acelerada degeneración de la Virología a partir de 1980. Hasta entonces habría sido imposible que se aceptase la existencia de un virus permanentemente cambiante, sin ningún elemento constituyente propio y sin ni siquiera micrografiarlo. Ni se habría admitido que producía una enfermedad sin demostrarse no sólo la necesaria correlación del cien por cien, sino la suficiente causalidad.

Pero ahora los oficialistas diseñadores de vacunas se encuentran con que la permisividad y las prestidigitaciones anteriores les dificultan responder, además de a los problemas de fondo que plantean las dos citas, a lo que es la otra cara de la decisiva pregunta del recuadro:

[1] http://actualidad.terra.es/ciencia/articulo/cunde_pesimismo_cientificos_busqueda_vacuna_2422564.htm
[2] www.ideal.es/granada/20071108/sociedad/sido-gran-error-transmitir-20071108.html
[3] Así como la trampa de usar “eso” llamado ‘carga viral’ para presentar como maravillosos unos *cócteles* venenosos, trastocó a alguno. Al parecer, esto hizo que el Dr. Walter Gilbert, Premio Nobel, dejase de ser disidente.

¿Con qué "modelo de VIH" y con cuál(es) de la miríada de mutaciones de los millones de supuestos ejemplares distintos de supuesto 'VIH', hace cada equipo investigador –en pugna con los demás equipos- los cultivos celulares superestimulados en los que investiga/manipula para obtener la 'vacuna'?

¿Es la función de una vacuna forzar la formación de anticuerpos?

¿Debe una 'vacuna' hacer que la persona genere 'anticuerpos al VIH'?

¿Es deseable una 'vacuna' que condenaría "sólo" a 'enfermo crónico' a quien la recibiese, pues generaría 'anticuerpos al VIH' que probablemente darían positivo en los 'tests'?

¿Es por esto que los fabricantes de tests se descargan de responsabilidad –una vez más- con frases del tipo: 'Si una persona tiene anticuerpos al VIH-1, se presume (¡vaya!, otro escaqueo) **que está infectada por el virus, excepto una persona que ha participado en un estudio de vacuna para el VIH, pues puede desarrollar anticuerpos a la vacuna, y puede o no estar infectada con VIH'[4]?**

¿Cómo la 'vacuna' va a ser tan astuta que provoque la formación de 'anticuerpos-sí-protectores' en vez de 'anticuerpos-no-protectores'? (otra "sutileza" oficialista)

¿Y esto de la 'vacuna terapéutica'?
Otra primicia del invento SIDA: Una contradicción en sus propios términos, pues ortodoxamente una vacuna es para prevenir una enfermedad y no para curarla, y un producto que trata una supuesta infección es un medicamento y no una vacuna.

¿Habría levantado ampollas antes de la era SIDA la simple formula 'vacuna terapéutica'?

¿Qué maniobra esconde eso de llamar 'vacuna terapéutica' a lo que siempre se ha denominado "medicamento"?

¿Cuáles son las 'muchas razones' que tiene el próximo ex Nobel Dr. Montagnier para afirmar tan rotundamente que 'Eso (la vacuna preventiva) no funciona'?

¿Son dos mercados (prevención y tratamiento) mejor que uno (sólo prevención)?

¿Es más fácil de colar la 'vacuna terapéutica' que la 'preventiva'?

¿Puede "hacer maravillas" el mayor mercado que las farmacéuticas han tenido nunca delante suyo?

¿Se puede descartar una enorme manipulación que lleve a que oficialmente se apruebe una 'vacuna'… o dos, una 'vacuna preventiva' y otra 'vacuna terapéutica'?

Es más: ¿puede la aprobación de una 'vacuna' (o dos) ser el medio oficialmente utilizado para desactivar el montaje SIDA antes de que les estalle entre las manos?

[4] HIVAB HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA. Abbott Laboratories. 2004. Por cierto, lector, ¿a cuántos oficialistas calcula que pueda dar trabajo crónico el investigar a quienes tienen 'anticuerpos al VIH' por haber estado en un 'ensayo de vacunación' hasta llegar a establecer reglas de juego para determinar si están o no 'infectados por el VIH'?

¿Qué le había contado el Dr. Gallo a la Ministra Heckler cuando lo respaldó en la Conferencia de Prensa de 1984 y predijo que en dos años habría una 'vacuna'?

¿Es de admirar la capacidad de maniobra de los oficialistas especializados en la 'vacuna' para seguir pidiendo más millones tras fracasarles más de 60 ensayos en fase IV?

¿Es posible que los especialistas de la 'vacuna', tras 25 años de malgastar muchísimos millones de dólares, estén totalmente a oscuras?
Así lo reconoce su propio jefe, el Dr. Fauci, cuando declara el 10 de julio de 2010 a la importante Agencia France Press: 'Hasta hace pocos años, a pesar de llevar buscando una vacuna durante un par de décadas sin éxito, no teníamos ni la más mínima idea de si estábamos en la dirección correcta'[5]. El Dr. Fauci afirma 'pocos años' cuando debería dejarlo en 'un año', pues los supuestos 'dos avances significativos' que menciona son el tergiversado 'ensayo clínico que se llevó el año pasado en Tailandia sobre un grupo de 16.000 personas', y el ejercicio de ciencia ficción 'la semana pasada cuando científicos del NIAID* publicaron un artículo en la revista *Science* sobre investigaciones que contribuyeron a identificar anticuerpos en un individuo infectado por el sida que fueron utilizados para bloquear la enfermedad'. ¡Lástima que los periodistas no exigen al Dr. Fauci que argumente sus afirmaciones!

¿Cómo van 'los grandes esfuerzos para desarrollar animales transgénicos capaces de permitir que el VIH se replique y poder comprobar rápidamente los efectos de las vacunas'? ¿Sería así más fácil dirigir los experimentos y manipular los resultados?

¿Usarán de nuevo el truco (ya practicado con los supuestos 'ARV') de 'acortar por razones éticas la duración de la fase IV si hay buenos resultados'?

¿Se trata de interpretar mal una prueba[6]?

¿Es la fórmula del éxito: (artefacto Gallo-Montagnier o artefacto Ho) + (supuesta inactivación u otra manipulación) + (ensayos tramposos) + (informatización tendenciosa) + (poderosas influencias en FDA y CDC) + (respaldo desde altas esferas) + (rueda de prensa internacional sin ningún artículo científico que la avale) = 'vacuna'?

Hasta aquí, aceptando la versión oficial. Sin hacerlo:

El fracaso oficialmente reconocido de la 'vacuna', ¿confirma desde otro ángulo que lo que hace dar positivo a los 'tests' no tiene nada que ver con un supuesto virus?

¿Es posible una vacuna ante un virus del que no hay prueba alguna de que exista?

¿Es la mejor "vacuna para el SIDA" perder el miedo a la ficción 'VIH/SIDA' contribuyendo a desmontar el SIDA?

PENDIENTE
-Precisar más las razones por las que el *establishment* del SIDA no ha logrado implantar unas subreglas de juego que hayan llevado a la aprobación de una vacuna… o dos
-Hacer listado de los ensayos hechos y estimar sus costes y sus beneficiarios… y sus víctimas
-¿Dónde están los virólogos, inmunólogos, vacunólogos,…, no implicados en el 'VIH/SIDA'?

[5] www.diariocolatino.com/es/2402/internacionales/82206
[6] En un informe sobre el fracaso de una vacuna, la Dra. Birx, del *Institute Walter Reed* del Ejercito USA, explica que el diseño original del estudio sólo incluía los T4 como criterio de evaluación, pero que por exigencia de los NIH se añadió la evolución clínica. Y comenta: *'*Menos mal que lo hicimos así, porque aunque hubo en recuentos de T4 lo que algunos considerarían cambios estadísticos favorables, ninguno se tradujo en una alteración positiva en el progreso de la enfermedad. Si hubiéramos proseguido tan sólo con criterios indirectos, podríamos haber interpretado mal la prueba*'* (*Lancet*, 347, 27 de abril de 1996).

II-3-11 ¿Qué hacer y qué no hacer si a alguien le colocan la etiqueta 'seropositivo'? ¿Y si 'caso de SIDA'? ¿Y si 'terminal'?

Con la etiqueta 'seropositivo': puesto que "lo primero, no dañar", he aquí LO QUE NO HACER si los 'tests' han reaccionado: lo decisivo es no dejarse arrastrar por el engranaje SIDA y, para evitarlo, no entrar en pánico, no dejarse marginar y no permitir ser envenenado, es decir, no aceptar la versión oficial ni, en consecuencia, tomarse los tratamientos hospitalarios. A continuación, LO QUE SÍ HACER: estudiar este libro y comprender que el único riesgo que se corre es el de ser atrapado por un montaje *made in USA*. Analizar en particular el II.3.3 y ver a cuál de los dos conjuntos se pertenece: si al primero, arrancarse la etiqueta 'seropositivo', quemarla y seguir viviendo (lo cual se valorará mucho más tras la experiencia sufrida); si al segundo conjunto, eliminar los factores de estrés crónico que han hecho dar positivo a los 'tests', y reequilibrar inmunidad y parámetros biológicos. **Con la etiqueta 'caso de SIDA'**: tratarse el problema real de salud que se tenga al margen de toda la historia y de toda la histeria del SIDA, y de la forma menos agresiva posible que se pueda. **Con la etiqueta 'terminal de SIDA'**: cambiar radicalmente de actitud y de rumbo; y si no se está reaccionando con tratamientos no-agresivos y si nunca se ha tomado los supuestos 'ARV', ingerir *cócteles* por un breve periodo de tiempo. En todos los casos: no volver a efectuar jamás la práctica de riesgo de hacerse los 'tests', y quitarse completamente tanto las gafas 'VIH/SIDA' como las aún más incrustadas gafas 'el SIDA es una enfermedad'. Y, con tranquilidad, ayudar a desmontar el SIDA.

¿Sólo tienes SIDA? Pues yo tengo
una hipoteca, lumbalgia, un callo, problemas con el trabajo y, además, me he separado.
Es mucho más grave lo mío real
que lo ficticio que te han dicho que tienes.
Pero si te crees sus falsedades
y si te dejas tratar por ellos,
irás por muy mal camino
Un médico anónimo desmontador a un etiquetado que lo consulta por primera vez

¿Qué es lo más vital para alguien que le dicen que está etiquetado?
No dejarse arrebatar la esperanza que le están quitando, y asumir uno mismo la responsabilidad del camino a seguir. Los oficialistas recomiendan ser optimista porque 'El SIDA ya sólo es una enfermedad crónica', pero es difícil estar animado con tamaña desinformación.

¿Es un libro como éste el mejor "tratamiento del SIDA"?
Con toda seguridad. La mejor receta es un cambio radical de actitud ante la etiqueta recibida. Y esto pasa por estudiar esta información y contrastarla con la oficial, que es generadora de miedo y muerte.

¿Qué información es la peligrosa?
No resulta fácil llegar a una conclusión, y menos si debe adoptarse bajo la presión oficialista. Sólo el propio etiquetado debe decidir. En este sentido, tengo la suerte de no ostentar poder alguno para influir. Así la decisión que cada cual finalmente tome, será mucho más sólida.

¿La salud y la vida de uno, o la carrera y la cartera de otro?

¿Tienen en común las cuatro 'etiquetas del SIDA' que son falsas?
Lector, no voy a añadir nada más sobre la falsedad de las etiquetas 'seropositivo', 'caso de SIDA' y 'muerto de SIDA'. Respecto a la cuarta, 'terminal de SIDA': nadie sabe si un enfermo calificado como terminal va a fallecer o no de la enfermedad real que tiene. Lo máximo que un médico -oficial o alternativo- podría decir con rigor es: "Con lo que conozco, no tengo nada más a proponerle, y los que no prueban otros planteamientos, se me mueren en X meses". ¿Es pedir peras al olmo solicitarle que añada: "Pero hay muchas más vías que desconozco y que quizás puedan ayudarle. Busque, y si halla algo que le vaya bien, comuníquemelo, por favor"?

¿Qué hacer ante el etiquetaje 'seropositivo'?
Si ya se conoce lo aquí explicado y uno se siente suficientemente fuerte, reírse en la cara del oficialista, explicarle pacientemente que "todo seropositivo es víctima de un test-trampa", y recomendarle que busque trabajo en otra especialidad antes de que el engaño SIDA estalle y se le pidan responsabilidades. Y que, anónimamente si quiere, nos envíe información a los "desmontadores del SIDA" sobre las irregularidades, contradicciones, inconsecuencias, calamidades, abusos, maltratos, mangoneos, trampas, subnegocios sucios, etc., que ha visto.

Si aún no se conoce lo anterior (o si a pesar de conocerlo uno no se siente suficientemente fuerte; en este caso, reírse sólo por dentro), tener claro que 'ser seropositivo' no significa ni 'estar enfermo' (cosa que ya explican la mayoría de los oficialistas) ni 'ser inmunodeficiente' (cosa que siguen creyendo e inculcando los oficialistas… y muchos alternativos), y que en absoluto implica que se vaya alguna vez a ser un 'caso de SIDA' (a condición de no caer en la trampa SIDA) . Los oficialistas siguen alimentando el miedo al mantener que 'en un promedio de diez años se pasa a fase SIDA', aunque, afortunadamente, lo han suavizado al inventarse la mentira de que han 'cronificado el SIDA'.

Cuando ya se conoce o se pasa a conocer lo anterior, y si a pesar de ello se sigue preocupado: 1) ante todo, tomar conciencia de que no se tiene nada grave y de que se está siendo víctima de un montaje político-socio-económico-…., y distanciarse al máximo posible. Ésta es la mejor fuente de salud anímica. Y 2) desde un punto de vista fisiológico, ayuda a elegir el camino saber a cuál de los dos conjunto (II-3-3) se pertenece. Para ello, averiguar el grupo sanguíneo. Si A, B ó AB y si esto es suficiente para tranquilizarse, "se acabó". Si no es suficiente o si grupo O, hacerse un análisis para saber cómo están los parámetros biológicos del II-3-3. Si están bien, "se acabó". Si alguno(s) está(n) mal, reequilibrarlo(s) bebiendo de las fuentes de salud abundantes y gratuitas señaladas en I-4 y II-3-12, y normalmente en pocas semanas "se acabó". La minoría que siga estando intranquila o/y con algún(os) parámetro(s) biológico(s) desequilibrado(s), que recurra al profesional que sepa los recursos menos agresivos posibles, y que se los aplique hasta alcanzar el "se acabó".

En efecto, lo decisivo es llegar al "se acabó", es decir, a entender el SIDA real lo suficientemente bien como para atreverse a coger la etiqueta 'seropositivo', arrancársela, romperla a trocitos, quemarla, respirar profundamente y vivir como cualquier otra persona… o mucho mejor cualitativamente con lo que ha tenido la suerte de poder aprender. Ayudar a quienes sufren el calvario etiquetaje. Y contribuir a desmontar el SIDA, en particular difundiendo que el 'VIH/SIDA' es una ficción y que el SIDA real es un montaje.

¿Qué hacer ante el etiquetaje 'caso de SIDA'?
Todo lo del punto anterior completado con el tratamiento menos agresivo posible de la enfermedad real que se tenga[1] de entre las 29 oficiales. La recuperación tomará probablemente más tiempo, pero lo importante es que puede ser total y definitiva, y llegar también al "se acabó". Y entonces quemar juntas las etiquetas 'seropositivo' y 'caso de SIDA'.

¿Qué hacer ante el etiquetaje 'terminal de SIDA'?
No aceptar el pronóstico, tener presente lo que he escrito tres subpreguntas antes y recordar que terminales no medicados previamente (*naive*) se han recuperado transitoriamente con *cócteles*. Probablemente más, y seguro que de forma más duradera, se han curado con otros tratamientos, hubiesen o no sido anteriormente envenenados. Y también le ayudarán las dos subpreguntas anteriores. Alcanzado el "se acabó", quemar las tres etiquetas a la vez.

Sobre el delicado punto de los supuestos 'ARV', repasar II-3-6. Si se están tomando, recabar la información necesaria y, cuando se esté seguro de lo correcto de la decisión, dejar de envenenarse; esto forma parte del cambio de rumbo y de asumir la responsabilidad sobre la propia vida. Y si no se han tomado, y si no se está reaccionando con otros tratamientos no-agresivos, probar los *cócteles* durante unas pocas semanas; si hay buena evolución, cambiar de tren. Respecto a los supuestos 'preventivos': releer II-3-9.

Tras la recuperación, y como forma de acelerarla: quemar las tres etiquetas y los venenos.

¿Cuándo se podría decir que "Fulanito se ha curado de SIDA"?
No es casualidad que lo CDC hayan definido la supuesta enfermedad SIDA como incurable. Y es coherente desde el enfoque de este libro que yo pueda proponer que cualquier persona que se quite las gafas "el SIDA es una enfermedad", queda automáticamente liberada del engranaje SIDA y, en consecuencia, podría decirse que "se ha curado del SIDA" (si, por razones argumentativas, por un instante aceptase que 'el SIDA es una enfermedad').

¿Es un riesgo tomar "tratamientos alternativos del SIDA"?
Sí, porque indica que se sigue portando las gafas 'el SIDA es una enfermedad', con lo que aún se continúa preso del engranaje SIDA incluso si ya se eliminaron las gafas 'VIH/SIDA'. Lo peligroso es que la persona sigue considerándose a sí misma etiquetada bien 'caso de SIDA' que tiene que 'combatir el SIDA' con tratamientos alternativos, o bien 'seropositiva' que tiene que ingerir tratamientos alternativos como 'preventivo de desarrollar el SIDA más o menos tarde'.

20 pastillas de vitaminas, antioxidantes, omega 3, etc., pueden ser casi tan peligrosas como 20 pastillas (¡o una o dos!) de supuestos 'ARV'. Y si el etiquetado se ve a sí mismo como enfermo o en riesgo de estarlo, y toma tratamientos alternativos aunque sea preventivamente, está cultivando la enfermedad… y lo bio-lógico es que acabe enfermo e incluso puede terminar 'muriendo de SIDA'. En efecto, el estar buscando o/y tomando tratamientos alternativos por si…[2]

[1] Aquí no pongo plural porque pasar a tener varias enfermedades simultáneas es, normalmente, otra de las consecuencias del profundo desequilibrio de la homeostasis provocada por el etiquetaje y por los tratamientos hospitalarios (que, en bastantes casos, se acumulan al estrés crónico intenso vivido antes del etiquetaje).
[2] Refleja un desequilibrio interior con el que es difícil que las cosas vayan bien. Además, muchos médicos y terapeutas alternativos tienen las mismas deformaciones (hacer tomar medicamentos, clientelismo, crear dependen-

es también una fuente de estrés crónico psicoemotivo[3] (aunque no lo sea de estrés crónico tóxico, como sí lo son los tratamientos oficiales).

Los disidentes en general, y los médicos y terapeutas alternativos en particular, aunque rechacen el 'VIH/SIDA', en la medida en que sigan considerando que 'el SIDA es una enfermedad', alimentan el engaño primero y tienen una importante responsabilidad en prolongar la delicada situación creada por los oficialistas.

¿Se puede caer en un "estrés crónico persiguiendo-la-curación-o-la-prevención-alternativa" también muy peligroso?

¿Envenenarse con los fármacos hospitalarios o buscar ansiosamente tratamientos alternativos no-agresivos, o bien, por el contrario, confiar en sí mismo como parte del todo, aprender y practicar los factores de salud, y formarse en comprender y desmontar el SIDA real?

PENDIENTE
-Organizar lugares donde los etiquetados puedan encontrarse y entrenarse en tomar sus propias decisiones tras recibir información plural

cia,…) e intereses económicos (visitas innecesarias, comisiones,…), sólo que con productos –en general y afortunadamente- menos tóxicos. Además, la mayoría de alternativos también creen la versión oficial, con lo cual ir a su consulta refuerza la segunda práctica de riesgo y constituye la quinta (II-3-14).

[3] "Cuando me fui al grupo disidente (...) me dieron más medicinas naturales que no tienes idea: tenía que tomar un total de nueve pastillas diarias más unos preparados de uña de gato mezclada con otros productos naturales. ¡Dios mío!, era todo un tratamiento que asustaba, y yo estoy sano. Me cambiaron totalmente la dieta: nada de carne, nada de cítricos,… Realmente me asusté. ¿No se supone que estoy sano? Entonces, ¿por qué me mandan un tratamiento para un desahuciado? Además, el tratamiento y las consultas eran caras, y yo no podía afrontar este gasto". (e-mail personal, 14 de febrero de 2010).

II-3-12 ¿Cómo entender y cómo tratar bio-lógicamente las 29 enfermedades tapadas bajo la etiqueta SIDA?[1]

Toda enfermedad tiene un sentido bio-lógico. El SIDA no tiene sentido bio-lógico puesto que no es una enfermedad. Pero sí lo tiene cada una de las 29 enfermedades cubiertas bajo el nombre de SIDA. Es una tarea muy importante y apasionante aclarar cuál es dicho sentido bio-lógico, y pido ayuda para precisarlo. Aquí expongo un avance, a profundizar. Cuando se entiende que estas 29 enfermedades fundamentalmente están relacionadas con los conflictos vividos (miedo a la muerte, o desvalorización, o separación, o rechazo, o repugnancia, o mancillamiento, u otros) generados por el propio 'diagnóstico' y por lo que el etiquetado vive personal y socialmente antes y después del etiquetaje, muchas cosas comienzan a tomar sentido. Y su tratamiento no-agresivo adecuado, también. Empezando con que el 85 por ciento o más de un buen tratamiento de cualquier enfermedad real consiste en cambiar de actitud, en comprender el sentido bio-lógico de lo que se tiene, y en respirar mejor, hacer más movimiento aeróbico, dormir bien, insalivar abundantemente,... En resumen, la clave es retomar el ritmo y la fluidez de la vida, y situarlos en el centro de nuestro día a día. ¿Demasiado sencillo y barato?

Sólo el pez muerto
sigue la corriente

¿Se pone Ud. involuntariamente a sudar, lector, a partir de un determinado aumento de la temperatura? ¿Y a tiritar tras un cierto descenso?
Estas sencillas experiencias muestran que tenemos incorporados unos programas biológicos que se ponen en marcha automáticamente, sin que ni nuestra voluntad ni nuestra consciencia intervengan en ello.

¿Tenemos integrados en nosotros muchos más programas biológicos que pueden activarse con los acontecimientos que vivimos, y que funcionan aunque los oficialistas los ignoren?
Muy probablemente. Incluso así lo indica la experiencia acumulada en expresiones como "el susto me quitó la respiración", o "del disgusto perdí el apetito", o "no lo podía tragar", o "se me revolvieron las tripas", o "me cagué de miedo", o "sentí que me moría", y muchas otras, así como la práctica de un número creciente de médicos y terapeutas que ven a la persona como un todo que engloba sus partes y que está más allá de las analíticas.

Lo que sigue se basa en el proscrito, represaliado e incomunicado Dr. Hamer**, quien, claro está, no tiene responsabilidad alguna en las posibles insuficiencias de lo aquí escrito.

¿Se sabe de los microbios algo más interesante y real que la imagen oficialista según la cual nos acechan permanentemente para infectarnos a fin de provocarnos enfermedades e incluso matarnos?
Lector, le ruego retome la breve presentación que he hecho del Dr. Hamer en I-2. La bio-lógica correlación vivencia-cerebro-cuerpo que allí he enunciado en general, puede ir concretándose hasta una enorme y compleja exactitud en la que no podré entrar, pero de la que sí espero dejar algunas pistas que le inviten a profundizar.

[1] Agradezco especialmente la paciente colaboración del amigo Antonio Tagliati** (y de una terapeuta que prefiere no ser mencionada, y del Dr. Fernando Callejón**) en la elaboración de este importante capítulo.

Una primera aproximación: mientras el conflicto o la emergencia están activos, su significado o bien aumenta o bien reduce la función biológica del órgano afectado, según cuál sea la capa embrionaria de procedencia. Inversamente, cuando se soluciona la situación vivida, el órgano vuelve a su funcionamiento normal, y ahí los microbios juegan un papel clave para que los tejidos de los órganos afectados recuperen la regularidad.

Así, por ejemplo, un conflicto de miedo a la muerte (como pueden provocar[2] las etiquetas del SIDA), produce una multiplicación de alveolos pulmonares que aumenta la capacidad respiratoria para que la persona pueda captar más energía a fin de responder a la peligrosa situación. Si la persona deja de tener miedo a morirse, los alveolos que se han formado en exceso deben ser eliminados, y una micobacteria es la encargada de hacer la limpieza. Robert Koch, buscando intencionadamente gérmenes, la encontró haciendo esta tarea, la bautizó con su nombre, interpretó presencia como causalidad, su "error" se institucionalizó, y desde entonces alopáticamente 'el bacilo de Koch es la causa de la tuberculosis'.

¿Cómo reaccionamos ante una amenaza o un conflicto?
En general, hay dos tipos básicos de reacciones:

1.- Luchar o huir o adaptarse. Esto puede solucionar la situación estresante. Este tipo de reacción hiperactiva los órganos relacionados, creando así un aumento de prestaciones que permite responder a la situación e incluso salvar la vida. La persona está simpaticotónica, muy activa, tiene poco apetito y sueño, boca seca, ritmo acelerado, pupila dilatada, etc.; cuerpo y psique están pendientes de resolver la circunstancia que se valora como amenaza directa o indirecta a la supervivencia. La naturaleza da fuerza extra para superar la situación. Cuando el problema queda resuelto, todo va volviendo a la normalidad.

Bio-lógicamente, durante la hiperactividad se producen cambios morfológicos en los órganos a fin de potenciar sus funciones. Los órganos provenientes del:
A) endodermo (prácticamente todo el sistema digestivo –parte del esófago, parte del estómago, intestinos, hígado,…- o derivados –alveolos pulmonares-), se agrandan (asintomáticamente, excepto cuando hay obstrucción de conductos) a fin de, por ejemplo, aumentar –en cada caso, lo que corresponda- la capacidad respiratoria o la producción de ácidos para acelerar una digestión (por ejemplo, de un hueso que se ha tragado un animal, o de su equivalente simbólico en un humano, como no poder digerir que se aloje una temporada en casa la madre de la esposa o un amigo del marido)[3];
B) ectodermo (todos los órganos huecos o tubos: venas, bronquios, ganglios linfáticos,…), se ensanchan a fin de que circule más sangre, linfa, aire,.... Su piel se extiende por medio de estrías o de microulceraciones, que son asintomáticas, a fin de aumentar el contacto.

2.- Replegarse. Cuando la persona no puede luchar ni huir ni adaptarse, no se soluciona el conflicto y se mantiene el estrés. Se produce una retención vital, una desvalorización por la constatación de la incapacidad de salir de la situación, y ello crea un encogimiento que se somatiza en el mesodermo, el cual codifica la solidez de la estructura física y psicológica de la persona. Hay una reducción de la capacidad del órgano. Bio-lógicamente habrá un descenso, tampoco percibido, de la función (necrosis de huesos –incluida anemia-, ganglios, músculos, tendones) en

[2] No digo "provocan" sino "pueden provocar". El Dr. Hamer no es determinista. Pero ha encontrado cinco leyes biológicas que pide sean verificadas con todo rigor, cosa que podría hacerse en pocos días y sin gasto alguno.
[3] Otra situación totalmente distinta es la que se enseña en las facultades bajo la expresión "*fight or fly*", juego de palabras que desaparece al traducirlo: "lucha o huye". Aquí el conflicto no es el de "no poder digerir algo o una situación" sino el de "miedo a una amenaza o a la muerte", por lo que bio-lógicamente el estómago se encoge…

fase activa, y un relanzamiento de la función en la solución (respectivamente: callo óseo –incluida leucemia-, inflamación ganglionar, reconstrucción de tejido muscular, y de tendones).

En ambos tipos de reacciones, los síntomas correspondientes a la fase de solución, que sí se perciben, serán proporcionales a la duración y a la intensidad que haya tenido el conflicto. En retención vital, se mantiene baja la intensidad a fin de poder sobrevivir, y el conflicto permanece latente hasta que una nueva situación permita superar la dificultad. Cuando por fin hay solución, ocurre que los síntomas son considerados negativos, y ello causa una nueva desvalorización y pérdida de esperanza, que reactivan de nuevo el conflicto. Esta situación se resume en la expresión "estar en balance", hace estar especialmente vulnerable a una situación que se manifiesta en nuestras vidas de forma recurrente sin haber transcendido definitivamente nuestro temor, y es frecuente en el contexto SIDA. Si persiste, habrá un bloqueo vital cada vez mayor y se consume más energía que la que se produce, llevando a lo que en el cuadro oficial del SIDA constituye el *wasting syndrome* o consunción o emaciación

¿Cómo actúan los microbios al terminar la emergencia?
Cuando se supera el conflicto (y la persona no tiene porqué necesariamente ser consciente de ello), se edematiza (acumulación de líquido) tanto la parte del cerebro impactada como el órgano correspondiente, y en esta fase actúan los microbios.

Mientras estamos en nuestro hábitat[4], los distintos tipos de microbios no provienen del exterior y menos aún "nos atacan", sino que están siempre presentes, y se activan y desactivan en función del desarrollo del conflicto hasta su solución[5]. La actuación de los microbios es consustancial a reacciones inflamatorias, fiebre, cansancio, dolor, derrames (pleuritis, ascitis,…), pérdidas, etc., y al regreso de apetito y sueño. La persona entra en vagotonía. La naturaleza indica que ahora toca descansar y recuperarse. Pero desgraciadamente, alarmada, la persona va al hospital, donde interpretarán negativamente estos síntomas de recuperación. Y empieza el auténtico calvario.

Al final de la edematización hay expulsión del líquido por medio de unos espasmos locales (crisis epileptoide), cambia el medio bajando la temperatura y la concentración de agua, con lo que los microbios se quedan sin el ambiente adecuado y vuelven a la inactividad[6]. Empieza la cicatrización en el cerebro y en el órgano correspondiente, que al final retorna a la situación normal, con pulsación simpático-vagotónica alternada[7].

En particular, los tejidos deben volver a su tamaño anterior, y esto se realiza con la colaboración de microbios que actúan: 1) solamente en la fase de curación; 2) cada tipo únicamente en los tejidos alterados –no en los normales- de los órganos según la capa embrionaria de la que proceden; y 3) controlados por el cerebro. He aquí un resumen:

[4] Hoy se hacen desplazamientos con gran rapidez y a lugares de climas muy diferentes, por lo que el organismo desconoce los microorganismos con los que entra en contacto. El cerebro no los tiene codificados y no puede controlarlos. Lo mismo ocurre con microbios extraños traídos por los flujos migratorios.
[5] O no. No siempre la persona logra solucionar el conflicto, en cuyo caso acabará muriendo.
[6] El Dr. Hamer especifica que el efecto antibacteriano en el cuerpo de los antibióticos se debe más a su repercusión simpaticotónica sobre el cerebro, que entonces provoca la retirada del edema y en consecuencia se elimina el espacio y las condiciones de proliferación de los microbios, que a su acción tóxica.
[7] Si no se logra la correcta alternancia tensión-relajación debido a una reincidencia del conflicto, o por falta de descanso, no habrá flujo vital, y se instaurará una congestión que irá paralizando lentamente toda la actividad biológica y puede llevar a la muerte. Esto puede ocurrir a las víctimas del engranaje SIDA tras el etiquetaje.

En los conflictos que generan activación vital, ahora habrá que A) eliminar los tumores o proliferaciones celulares formadas en órganos endodérmicos dirigidos por el tronco cerebral, y de ello se encargan hongos y micobaterias, que se multiplican durante la fase simpaticotónica proporcionalmente a la proliferación de las células del tejido y se quedan inactivos hasta que las condiciones de humedad y de calor de la fase vagotónica permiten su actuación para caseificar y descomponer el exceso de células; o B) rellenar las estrías y microulceraciones habidas en órganos ectodérmicos dirigidos por la corteza cerebral, y para ello los virus se multiplican en la fase activa, con lo que habrá tantos virus como requiera la recuperación del tejido dañado, y actuarán en la fase de curación aportando material genético reparador.

En los conflictos que generan retención vital: en los órganos mesodérmicos dirigidos por la médula cerebral hay reducción (necrosis, osteolisis) mientras el conflicto está activo, y multiplicación celular reparadora en fase de curación. Las bacterias sólo actuarán si están presentes en el tejido; si no, quedará una cicatriz compacta. Ejemplo: el callo óseo del hueso tras una fractura o tras una grave desvalorización.

Culminada la recuperación en cualquiera de estos supuestos, los microbios quedan de nuevo inactivos. ¿Peligrosos los microbios? Algunos microbiólogos responderían no sólo que no sino que explicarían que son imprescindibles para la vida, pero la inmensa mayoría de virólogos, que sí-sí-sí. ¿Y Ud., lector? Aunque, claro está, sea preciso afinar más, ¿no aprecia estas breves consideraciones como bio-lógicas, sugerentes y prometedoras? ¿No merece este enfoque ser tenido en cuenta e investigado?

¿Cómo podrían –ni eso hacen- clasificar los oficialistas sus '29 enfermedades del SIDA'?
En 23 consideradas 'infecciosas' y seis no-infecciosas: cuatro, cánceres, y dos… otras.

Claro está, culpan de las 23 primeras a la acción de microbios: ocho a hongos (PCP, candidiasis pulmonar, candidiasis esofágica, aspergilosis, criptococosis pulmonar, criptococosis extrapulmonar, histoplasmosis y coccidiomicosis), seis a virus (CMV –citomegalovirus-, enfermedades por CMV, herpes simple, retinitis, leucoencefalopatía y cáncer de cérvix[8]), tres a micobacterias (MAC o mycobacterium avium, tuberculosis pulmonar y tuberculosis extrapulmonar), tres a parásitos intracelulares (toxoplasmosis, isosporidiasis y criptosporidiasis), dos a bacterias (septicemia por Salmonella y neumonía recurrente) y una a parásito extracelular (estrongiloidiasis). ¿Qué es lo más que los oficialistas pueden decir al respecto? Bien 'Evita infectarte', o bien 'Estás infectado: tómate este antifúngico… o/y este antiviral… o/y este antibiótico… o/y…'. Pero eso tan rudimentario lo formulan de mil formas distintas y con centenares de palabras que nadie entiende, por lo que parece muy sofisticado aunque en realidad sea huero.

Algo semejante ocurre con las seis enfermedades "no-infecciosas". Para las cuatro consideradas cáncer (sarcoma de Kaposi[9], linfoma de cerebro, linfoma inmunoblástico y linfoma de Burkitt) prescriben "Quimioterapia a muerte"… y suelen acertar. Las dos restantes son la encefalopatía, alopáticamente relacionada a menudo con trastornos metabólicos hepáticos, y la emaciación (*wasting syndrome*), referida a que 'disminuye el aprovechamiento de los nutrientes' y hay 'un aumento en el gasto energético', siendo ambas tratadas con aún más fármacos de síntesis química… y sin que se les ocurra preguntarse por qué ambas aparecen casi exclusivamente en etiquetados que han ingerido abundantes 'ARV'.

[8] Infeccioso sólo porque oficialmente se considera 'causado por el VPH ó Virus del Papiloma Humano'.
[9] El sarcoma de Kaposi fue inicialmente considerado una 'neoplasia producida por el VIH', para luego ser estimado 'una hiperplasia por consumo de *poppers*', aunque siguen tratándolo con destructiva quimioterapia oncológica.

¿Puede haber una reclasificación bio-lógica de 'las 29 enfermedades del SIDA'?
Hacia ello le invito a avanzar, lector. He aquí algunos elementos:

¿Indican las enfermedades con microbios que el etiquetado ha superado un conflicto?
Así es, pues acabamos de ver que los microbios actúan sólo cuando ya se ha salido de la vivencia desencadenante, y lo hacen a nuestro servicio y para culminar la curación. Pero hay que separar de las 23 "infecciosas" aquellas dos que los oficialistas consideran aún más erróneamente provocadas por microbios. La primera, el cáncer de cérvix porque el 'VPH', en todo caso, sería consecuencia y no causa. La segunda, la 'leucoencefalopatia vírica'. Apunto más adelante una explicación bio-lógica de ambas. Lector: la forma de vivir el SIDA real cambiaría completamente sabiendo que, en general, la presencia de microbios indica proceso de curación.

¿Qué ocurre en los pulmones?
Teniendo presente la importancia de la PCP en el origen del montaje SIDA, y también que de las 28 restantes 'enfermedades definitorias de SIDA', media docena están situadas en los pulmones, vale la pena dedicarles un subapartado. Cabe distinguir en los pulmones tres componentes, de los que señalo su capa embrionaria de origen, el microbio que le corresponde, el tipo de conflicto que le impacta, y la 'infección' o 'inflamación' que aparece en fase de curación:
-Bronquios (ectodermo, virus y, en algunas ocasiones, bacterias): Amenaza en el territorio (miedo a "perderé mi trabajo por tener SIDA" o a "mi pareja me dejará"). Bronquitis viral.
-Alveolos (endodermo, hongo o micobacteria). Miedo a la muerte ("me voy a morir de SIDA") que lleva a querer inhalar más aire a fin de alargar el tiempo de vida. Tuberculosis (ya hemos conocido al famoso 'bacilo de Koch').
-Pleura (mesodermo arcaico, micobacteria): Amenaza en el tórax ("tengo tos, ya he cogido una pulmonía", 'si no tomas ARV y preventivos, tendrás neumonía recurrente'). Con edema: pleuritis o derrame pleural[10].

Dos observaciones:
-Neumonía (o pulmonía) es inflamación pulmonar y, como toda inflamación, indica fase de solución. Como hemos visto, si el conflicto es de territorio, tomará la forma de bronquitis; si de miedo a morir, de tuberculosis. Pero la resolución depende de la disponibilidad de microbios, cada vez más difícil por la obsesión esterilizadora dominante. De ahí el aumento de las denominadas "pulmonías atípicas".
-La abundancia en el 'VIH/SIDA' de hongos en pulmones (PCP, candidiasis, aspergilosis, criptococosis, histoplasmosis y coccidiomicosis) es debida a que, cuando se ha superado el miedo a morir, para reparar los alveolos aparece uno u otro hongo según cuál sea el que "esté a mano".

¿Qué consecuencias puede tener en los pulmones de un etiquetado el nunca argumentado pronóstico según el cual 'sin ARV, los etiquetados desarrollan SIDA en un promedio de diez años'?
Dependerá de cómo el etiquetado viva la predicción.
---Si no se entera o si bien se olvida de dicho pronóstico, no le afectará que la década se acerque a su fin ni que sea superada.
---Si interpreta que a los diez años empezarán unos problemas de salud que le llevarán a 'morir de SIDA', programa un reloj biológico y al cumplirse la década empezará a somatizar un cre-

[10] Si el líquido no es excesivo, se reabsorberá solo; si el derrame es importante, debe drenarse muy despacito. Mejor evitar el talcaje (pegar las pleuras) por el dolor persistente que deja durante mucho tiempo y que puede desencadenar otros conflictos añadidos; el talcaje es práctico para el hospital pues el paciente no hará más exudado, pero esto le perjudica.

cimiento de alveolos para respirar más y así conseguir más fuerza y alargar la vida. Caso de que sea detectado, le diagnosticarán tumor pulmonar, con lo que aumentará su miedo a morir y crecerán aún más sus alveolos, lo que interpretarán como que 'el cáncer avanza', le administrarán más quimioterapia, y probablemente eso acelere su muerte. Pero si no le detectan la multiplicación alveolar, y van pasando las semanas y acaba superando este conflicto de miedo a la muerte, puede ocurrirle lo que explico a continuación.

---Si considera que si pasa diez años sin problemas de salud ya habrá superado la amenaza de 'desarrollar el SIDA', al caducar el plazo solucionará el conflicto de miedo a la muerte, que había provocado un crecimiento de alveolos. Al cesar el miedo, empieza la eliminación de los alveolos ya que han dejado de ser necesarios. Se encargan los microbios de la "limpieza": bacilos de Koch (tuberculosis) u hongos (PCP, candidiasis,…). Cuando los alveolos son eliminados, los capilares que los envolvían quedan expuestos y se producirá pequeñas hemorragias. Si son pocas, no se notará. Pero si llega a escupir sangre, la alarma llevará a un diagnóstico de tuberculosis. Es decir, justo cuando el etiquetado empieza a pensar "me he librado del SIDA sin tomar ARV", le aparecerá una 'enfermedad definitoria de SIDA' producida por lo que los propios oficialistas anuncian sin base alguna (¿o acaso el fundamento de su pronóstico son los casos como éste que han provocado los propios oficialistas?), empezará a envenenarse y será definitivamente triturado por el engranaje SIDA[11].

Por cierto, ¿dónde repercute el miedo?

El montaje SIDA es el primer dogma mundial de terror. Desde el primer momento, el miedo jugó un papel decisivo en imponer todo lo relacionado con el 'VIH/SIDA'. Dónde repercuta el miedo depende de cómo se viva y respecto a qué o a quién se sienta. Además de las acabadas de ver, he aquí algunas localizaciones del miedo: frontal a la enfermedad: mediastino; a lo desconocido, a lo que está fuera de mi vista: retina; a no poder alimentar a mis hijos: hígado; al aislamiento y rechazo: piel; a estar manchado (a causa del diagnóstico): melanoma.

Y, ¿qué ocurre en el cerebro?

De la simplificada exposición que he hecho, se deduce que hay dos aspectos a tener en cuenta:

-El edema que se forma al superar el conflicto. Puede ocasionar confusión o dolor de cabeza persistente, o comprimir determinados puntos o centros del cerebro produciendo fiebre, descoordinación, pérdida de fuerza o de visión o del habla o del equilibrio,…; estos edemas pueden traer graves complicaciones cuando tocan centros vitales del cerebro. Sabiéndolo, no hay que alarmarse[12] sino descansar, poner frío en la cabeza y calor en los pies, tomar sustancias drenantes (como ortiga, cola de caballo, milenrama, alcachofa, homeopatía,…) o que activen el cortisol natural (como el grosellero negro en yemoterapia)[13], o recurrir a la cortisona si lo anterior no basta. Este edema es a menudo oficialmente diagnosticado como 'toxoplasmosis producida por un protozoo' sólo por tratarse de un etiquetado, con lo que automáticamente se interpreta dar positivo al 'test de toxoplasma' como que la presencia de anticuerpos indica la del microbio cuando resulta que más de la mitad de la población sana tiene dichos anticuerpos. Si el test da negativo, entonces probablemente el diagnóstico será 'leucoencefalopatía'…

-La cicatriz que finalmente queda de cada edema. Si es suficientemente grande o si se repite, puede implicar pérdida de elasticidad del tejido cerebral y merma –a menudo transitoria- de

[11] Ejemplo: considero que esta explicación es la que mejor cuadra con la evolución y muerte de la activista negra Catherine Phiri, una enfermera de Malawi, según recoge el subvencionado (y oficialista) reportaje *Eyes wide open*.

[12] Y menos ir al hospital, con grave riesgo de que erróneamente diagnostiquen 'cáncer de cerebro' y rápidamente extirpen e irradien, con dramáticas consecuencias.

[13] Si se conoce a alguien que pueda interpretarlo con los criterios del Dr. Hamer, puede ser de gran ayuda hacerse un TAC. Lo que los oficialistas dictaminan 'cáncer de cerebro' sin serlo, da en cambio pistas de enorme importancia curativa… si se saben leer.

capacidad intelectual y cognitiva. Si ha habido varios focos, se suman cicatrices y los oficialistas pueden diagnosticar 'leucoencefalopatía vírica' o 'encefalopatía' o 'demencia asociada a VIH'.

¿Se puede correlacionar cada una de 'las 29' con un conflicto o emergencia determinado?
A esto me gustaría llegar. En lo anterior, ya he dado pistas sobre varias. Ahora:

A modo de ejemplo: ¿Qué indica un herpes (genital)?
En general, un herpes aparece tras solucionar un conflicto de separación con desvalorización en el área correspondiente. Cuando es genital, la separación se ha vivido sobre todo en el ámbito sexual ("no puedo tener relaciones sexuales para no contagiar").

Explicación fisiológica: Mientras el conflicto de separación está activo, se hacen unas microulceraciones subcutáneas, que no tienen ningún síntoma, en la zona donde más se resiente la separación. Cuando por fin se puede superar el conflicto -¡felicidades!-, comienzan a repararse estas pequeñas heriditas. En la inflamación restauradora, las ampollitas contienen virus que aportan material genético y proteínas, y luego desaparecerán. Cuanto más intensamente se sufrió el conflicto de separación, más fuertes fueron las microulceraciones y, bio-lógicamente, más intenso será el herpes.

Además, la duración será proporcional al tiempo transcurrido sufriendo la separación. Se soluciona solo. En este momento es muy importante que la sangre esté lo más limpia posible (igualmente que un corte en un dedo cicatriza peor cuanto más sucia está la sangre). La esencia de aceite de eucaliptus ayuda mucho a suavizar este proceso de recuperación final, y hay cremas homeopáticas calmantes. También se sabe que la falta de ciertos aminoácidos, como la lisina, empeora el proceso. En general, un terreno en malas condiciones complicará mucho la fase de curación con posibles secuelas dolorosas, que en muchos casos se deben a deficiencias en complejo vitamínico B, escaso desde que la modernidad refina los cereales.

Además, puede activarse "el raíl", aspecto que abordo más adelante y que tiene un gran peso en todo lo relacionado con el engranaje SIDA. Pero ya avanzo que la idea es que el herpes puede reaparecer si, por ejemplo, frío, viento helado, pelo de gato,…, me recuerdan las circunstancias de aquella noche en que mi pareja me abandonó. El virus está latente, se activa y reaparecerá a los pocos días de que me haya incidido uno de estos raíles… mientras no tenga bien integrada aquella experiencia en el conjunto de mi vida.

¿Y el sarcoma de Kaposi?
Es la fase activa de un conflicto de mancha o mancillamiento. Hay una reacción hiperplásica (células mayores) en los capilares de la dermis para hacer una coraza de protección. Tras la solución, se inflama y las lesiones desaparecen, brotando piel rosada y limpia.

La misma hiperplasia puede ser provocada por el consumo de *poppers*. En este caso, la alteración es química y no psicobiológica. Pero la inflamación reparadora será análoga y culminará a condición de que cese la causa de la alteración. Si continúa, se entrará en una situación de balance donde se superponen las dos fases: de alteración y de reparación. Este balance puede complicarse ulteriormente si las manchas resultado del *popper* a su vez provocan un conflicto de mancillamiento.

Recuerdo en especial un etiquetado que tenía un sarcoma de Kaposi en ambas piernas de un grosor tal que parecían de elefante. Los oficialistas, prácticos y lúcidos ellos, decidieron ampu-

társelas. Afortunadamente, los cirujanos hicieron una exploración previa y constataron que, debajo de una corteza de varios centímetros, la circulación era normal y que estaban formándose nuevos tejidos sonrosados. Pero el etiquetado murió víctima de la concatenación de otros tres errores hospitalarios consecutivos que no pudieron evitarse y que quedaron impunes (como casi siempre, por ahora).

¿Son peligrosos ganglios inflamados, linfomas, leucemias o sarcomas óseos?
¿Es malo el callo óseo que se forma tras una fractura? ¿Es perjudicial la inflamación que ocurre tras recibir un golpe? No, ya que se trata de algo naturalmente necesario para regenerar el tejido dañado y fortalecerlo.

De igual modo, estas cuatro 'enfermedades' indican regeneración por revalorización, es decir, recuperación de confianza en sí mismo y en la vida tras superar un conflicto de desvalorización sufrido, por ejemplo, por no ser amamantado, o por sentirse abandonado en la guardería, o por suspender un examen en la escuela, o porque no te muestra interés alguno la persona que te gusta, o… por un diagnóstico médico, en particular por los aterrorizadores falsos etiquetajes del SIDA. La curación adopta una u otra forma según la intensidad y duración con que se ha vivido la desvalorización. Las cuatro corresponden, gradual y respectivamente, a la recuperación tras una necrosis ganglionar, una necrosis nodular, una anemia o una descalcificación ósea, que cursan sin síntomas…. afortunadamente, pues la intervención oficialista interferiría con el proceso natural. Es oportuno recordar aquí que "ganglios inflamados" es algo frecuentísimo en el cuadro SIDA y que hay linfomas considerados 'definitorios de SIDA'.

¿Se puede dar una pista importante en pocas palabras?
-'Descenso de T4' (cuando no refleja simplemente una situación transitoria de estrés; II-3-8): médula ósea debilitada por erosiones o úlceras debidas a conflicto de desvalorización grave por el etiquetaje y todo lo que conlleva (rechazo, soledad,…).
-Candidas esofágica (cuando no son debidas a haber ingerido antibióticos): solución de conflicto de "no poder tragar la presa" (situaciones indeseables, la decepción que produce la reacción negativa del entorno ante el etiquetaje,…)
-Cáncer de cérvix: solución de conflicto de falta de contacto o de comunicación afectiva con la pareja (volver a tener relaciones sexuales tras el etiquetaje)
- Lo recurrente o persistente indica estar en balance, y ello es válido tanto para las típicas febrícula (solución de conflictos diversos) y diarrea (solución de conflicto de mala jugada), como para la oficialmente incluida 'neumonía recurrente' (solución de amenazas sucesivas al territorio -familia, trabajo, posición social,…, en el hombre; identidad o pertenencia en la mujer-, o a la vida)
-Parásitos intra o extracelulares: según el Dr. Hamer, no tienen función dirigida por el cerebro, y su aparición refleja que la pulsación vital está debilitándose por debajo de un umbral peligroso, en lo que pesa la intoxicación por fármacos, drogas, comida desnaturalizada, vacunas,…

¿Podrían aportar muchos ejemplos ilustrativos los etiquetados con su propia experiencia vital?

¿Sería incluso divertido? Además de autoconocerse mejor, también permitiría reírse de los miedos y prejuicios propios… y de los de los oficialistas… y de los de muchos alternativos

Para 'tener SIDA', ¿hay que saber previamente que 'se es seropositivo' o temer serlo?

¿Constituye el SIDA un círculo vicioso?
Un grave problema en el SIDA es que muchas veces las situaciones de amenaza no tienen solución (por ej., hay que regresar al hospital cada tres meses cuando allí está una fuente de problemas). Los conflictos se amontonan; se superponen las fases de solución de uno y de activación de otro; la aparición de inflamaciones (fase exudativa, cuando los microbios pueden actuar) al resolverse un conflicto, no es entendida como favorable y causa miedo que desencadena otro conflicto. En el cerebro se forman diversos edemas que aparecen y desaparecen a ritmos diferentes, con las correspondientes somatizaciones y con un debilitamiento general que puede llevar a la caquexia.

El peligro real más importante es justamente la formación de este círculo vicioso, lo que ocurre en muchos casos: se tiene que seguir viviendo en las mismas situaciones (alojamiento, relaciones, trabajo,…) que crearon los conflictos, o incluso en condiciones peores si se pierde el trabajo, o si se tiene que volver a vivir con los padres, o si se es abandonado por la pareja o por los amigos, o si hay que hacerse analíticas regularmente, o…. Las sucesivas y sobrepuestas soluciones y activaciones de estas situaciones conflictivas crean "infecciones" crónicas, subcrónicas o recurrentes que a la larga minan la salud de la persona.

He aquí una posibilidad concreta de complicación: cuando el etiquetado empieza a somatizar en fase de solución y tiene inflamaciones con síntomas evidentes, es posible que haga "un conflicto de prófugo" y se sienta como "pez fuera del agua" debido a situaciones bien de tipo físico (como estar ingresado en un hospital, con lo que pierde la intimidad de la propia casa), bien de tipo anímico-mental (como dudar entre los médicos hospitalarios, que te están amenazando con que te vas a morir, y lo que ya habías aceptado de los críticos). Con este nuevo conflicto en fase activa, los tubos colectores del riñón se cierran como reflejo del pez para retener el líquido cuando es echado fuera del agua, y entonces la persona se queda bloqueada en la primera fase de curación: los edemas no se van, se mantiene la fiebre y siguen actuando los microbios. Esto facilita al hospital subir las dosis de supuestos ARV, introducir más antibióticos,…, y aumentar su control sobre la víctima.

Y es lógico que con el uso de antibióticos y *cócteles* desaparezcan muchas de las 'enfermedades oportunistas' debido, por un lado, al efecto tóxico sobre los microbios, y, por otro y sobre todo, a que tanto los antibióticos como la quimioterapia son simpaticotónicos, por lo que devuelven el cerebro a la primera fase, en la que hay ausencia de microbios. Por esto lo probable es que al dejar la medicación, los microbios reaparezcan para terminar su tarea bio-lógica.

Para salir del círculo vicioso se necesita una toma de conciencia que implique: 1) a menudo, modificar cualitativamente la situación personal, y 2) siempre, lograr la fuerza interior necesaria para romper la telaraña SIDA que atrapa al etiquetado. No es fácil. De ahí que el tratamiento venenoso oficial sea en muchos casos el único viable… mientras no se dé la mencionada toma de conciencia.

¿Aparecen muchas de 'las 29' justo cuando se supera el conflicto o la emergencia?
Así lo estamos viendo. Y con esto se refuerza aún más el círculo infernal. Pero sabiéndolo, todo puede ir mejor…

¿Es el SIDA real más grave de lo que podían prever quienes montaron el SIDA?
Efectivamente, ya que el desconocimiento que también los inventores tenían (y tienen) del significado bio-lógico de las enfermedades, no les permitía saber que lo que ponían en marcha era causa de múltiples enfermedades por vía anímica, es decir, por los conflictos provocados por etiquetas, conducta de los oficialistas, condicionamientos sociales, etc. Es decir, las graves consecuencias psíco-físicas de los etiquetajes se añaden a las peligrosas repercusiones físico-psíquicas de los dos tipos de venenos farmacológicos administrados, y, en muchos casos, de las drogas y demás factores de estrés crónico en que ya antes se hallaban los etiquetados por múltiples y diversos motivos.

Una observación especial sobre muchas de las personas atrapadas por el engranaje SIDA
Por su diseño y funcionamiento, los 'tests' reaccionan y dan positivo con mucha mayor probabilidad en los 'grupos de riesgo'[14] por vivir con una o varias fuentes de estrés crónico (que recuerdo son: psicoemotivo, tóxico, infeccioso, nutritivo y/o traumático), lo cual produce un inmunodesequilibrio con aumento de Th2 que genera más anticuerpos, y ello facilita dar positivo. En estos casos hay un grave deterioro del medio interno, que obstaculiza el funcionamiento de los programas biológicos. Además, si se mantiene las malas condiciones de vida, el etiquetaje multiplica el número de conflictos y facilita el mencionado "estar en balance".

En consecuencia, es aún más decisiva la reducción y eliminación de las fuentes de estrés crónico. Caso contrario, la proliferación de los microbios –que le recuerdo, lector, sólo actúan en tejidos alterados- pone la vida en peligro y puede matar. Y la superposición de conflictos puede ser tal que sea mejor mantenerlos que desactivarlos, porque la suma de edemas cerebrales simultáneos puede provocar la muerte. De ahí también el riesgo de soluciones rápidas, especialmente si son vividas con afán de protagonismo o de victoria o de revancha o de venganza o… Lector, así de complejo y delicado es todo lo que se mueve en el equilibrio psicosomático de la víctima del engranaje SIDA, y que los oficialistas reducen simplonamente al supuesto 'VIH'.

¿Por qué me alegro de no ser médico?
Porque los etiquetados que reciben mi información no le dan la importancia que le darían si yo fuese médico, con lo que no se soluciona(n) su(s) conflicto(s) repentinamente y no les sobreviene(n) "la(s) enfermedad(es) de curación". Un par de veces he observado la irrupción de 'toxoplasmosis' (en realidad, formación de edema cerebral) en el etiquetado pocas horas después de visitar a un médico que le dio información crítica… ¡Tan increíble es nuestra naturaleza, para bien… y para mal (en la medida en que se desconoce)!

Esto me recuerda que el importante terapeuta japonés Haruchika Noguchi (1912-1976) decía que si se localiza a un naufrago después de varios días de estar en la mar donde peligró seriamente su vida, no hay que ser amable (ni darle bebida y comida abundantes) porque puede morir. Si se quiere salvarlo, hay que maltratarle… sin pasarse, claro. Probablemente mejor, pues, que sea duro y lento el proceso que viva el etiquetado tras conocer lo aquí explicado.

[14] Ésta es la otra cara de la advertencia de los fabricantes de 'tests' y de algunas autoridades y centros sanitarios: 'los tests dan muchos falso-positivos en la población general'. Queda de nuevo resaltado que el peligro de las 'prácticas de riesgo' (realizadas profusamente en los 'grupos de riesgo') es que facilitan dar positivo a los 'tests' (y que nada tiene que ver con la imposible supuesta 'transmisión' del supuesto 'VIH' ni con que 'causen el SIDA').

¿Pueden los oficialistas imaginarse qué sentirían si fuesen ellos los etiquetados?
Un etiquetado me explicó que su especialista, al hacerle esta pregunta, le soltó indignado '¡Yo no me hago "eso"!' (es decir, los 'tests'). Esta reacción despectiva evita al oficialista el riesgo de ser atrapado por el engranaje SIDA mientras empuja a los demás a dicho peligro letal...

¿Obtendrían los oficialistas mejores resultados si simplemente tratasen 'las 29' en diferentes Departamentos hospitalarios, y no en el de 'VIH/SIDA'?

¿Están relacionadas 'las 29' con la construcción y el tratamiento oficial del SIDA?
De cuatro maneras, a profundizar:
1.- Con la voluntad de los CDC de construir su anunciada epidemia a base de sumar enfermos de un número creciente de enfermedades previamente existentes
2.- Con los conflictos provocados por la dinámica oficial (los ya vistos… y más)
3.- Con la toxicidad de los tratamientos hospitalarios aplicados: El ingerir venenos A) 'ARV': con encefalopatía o demencia 'relacionadas con el VIH', síndrome de consunción, leucoencefalopatía, linfomas, cáncer de cérvix, herpes, etc., y B) 'preventivos': con las candidiasis, neumonía recurrente, emaciación,… En realidad, los oficialistas no tienen interés alguno en hacer un seguimiento y así detectar las consecuencias dañinas, tanto físicas como psíquicas (depresión, tendencias suicidas,…) que el persistente envenenamiento que administran provoca en los etiquetados y su descendencia, y tienden a esconderlas detrás del supuesto 'VIH' y de la imaginada grandísima 'capacidad de mutación' que le atribuyen… Y menos aún les interesa investigar las dificultades para desintoxicarse de sus venenos, puesto que los prescriben hasta que el etiquetado muere... eso sí, presentándolo como 'víctima del VIH'… aunque silenciando que 'hemos hecho que el VIH sea indetectable'.
4.- Con esfuerzos oficialistas para ajustar el SIDA real al 'VIH/SIDA' ficción. A esta intención corresponde la sucesiva inclusión de las consecuencias de los tratamientos en la lista de 'enfermedades definitorias de SIDA'. Y la del cáncer de cérvix, a fin de aumentar el número de mujeres etiquetadas y acercarse así un poquito a que 'el SIDA es una enfermedad de transmisión sexual'.

¿Fue de manera plenamente consciente y maquiavélica, o fue tan sólo yendo a remolque de lo que encontraba en su práctica -pero en ambos casos intentando adaptar la ficción VIH/SIDA al SIDA real-, que el *establishment* del SIDA incorporó sucesivamente como 'enfermedades definitorias de SIDA' las enfermedades causadas por los etiquetajes 'seropositivo' y 'caso de SIDA', y por sus tratamientos hospitalarios doblemente venenosos?

¿Cuál es el primer y gratuito tratamiento?
La información contenida en este libro o similares.

¿Qué hacer ante cualquier verdadera enfermedad?
-El 70% o más de un buen tratamiento consiste en cambiar de actitud: dejar de lamentarse, pasar de ser espectador a ser actor e incluso autor, asumir la responsabilidad del camino a seguir (incluido el riesgo de equivocarse: atreverse a aceptar que "prefiero ser víctima de mis errores que víctima de los errores de los demás"). Para esto, partir de que "afortunadamente, si estoy enfermo es porque estoy vivo", y empezar a entender cómo funciona nuestro cuerpo y nuestro ser, sus códigos biológicos, su coherencia en relación a las prioridades de vida y supervivencia. Así se puede saber el significado bio-lógico de la enfermedad, en qué momento del proceso se está, confiar en la fuerza de la naturaleza y de la vida, y actuar adecuadamente.

-El 15 % o más, en cosas (casi) gratuitas que han ido apareciendo a lo largo del libro, tales como: mejorar la respiración, aumentar el movimiento aeróbico (uso prolongado de la respiración), hacer meditación, dormir bien, reír, tomar el sol unos minutos, beber agua en proporción al peso (una parte, agua de mar; y si falta, agua con sal marina) y bien distribuida a lo largo del día, cuidar la postura, hacer estiramientos, desintoxicarse (p. ej., ayunar un día a la semana), masticar e insalivar muy bien lo que se coma y se beba, etc.
-El 15 % restante o menos, en la alimentación y en los medicamentos que se ingieren, procurando, en la medida de lo posible, que sean naturales y evitar los de síntesis química. Esto no es óbice para tener muy presente que, en determinadas situaciones puntuales, la administración de un fármaco, a veces a grandes dosis, puede salvar la vida al enfermo (un ejemplo muy apropiado es lo que he explicado en II-3-6 con los venenosos *cócteles* aplicados por poco tiempo en terminales *naive*). Pero, en general, los factores pro-salud tienen muchísima más importancia que los medícamentos anti-enfermedad**.**

¿Puede un tratamiento adecuado prescindir de hacer un buen historial no sólo clínico?

¿Juega un papel el temperamento?
El temperamento es un importante aspecto del "terreno". Se ha constatado que el bilioso (colérico) es más vulnerable a conflictos de contrariedad; el linfático, de desvalorización; el sanguíneo, de penuria; y el nervioso, de separación. Esto es una orientación general, pues, por ejemplo, un linfático puede tener conflictos de contrariedad; pero en ese caso puede ser una contrariedad inmensa que lo subyuga por completo, ya que no es capaz de exteriorizarla como hace el colérico, que salta en seguida y se desahoga.

¿Y el efecto "raíl"?
Cuando se vive una situación de amenaza directa o indirecta a nuestra supervivencia, nuestro psiquismo graba en su memoria las circunstancias acompañantes: humedad del ambiente, polen de una flor, determinado alimento, música, sonido, etc., es decir, algo que ha entrado por alguno de nuestros cinco sentidos. Después, cada vez que vivimos dicha circunstancia o una similar, se puede disparar la alarma, entrar de nuevo en simpaticotonía y, en el mismo momento o después, empezar de nuevo los síntomas de la enfermedad. Entramos más fácilmente en el "raíl" cuanto más debilitados estamos.

Los raíles son un aspecto muy importante del círculo diabólico llamado SIDA. Evaluar los raíles forma parte de una buena terapia. Y, ¿qué etiquetado no puede llenar una hoja con los posibles raíles que se han podido instaurar debido a las intensas y diversas vivencias que ha tenido con el invento SIDA desde cuando empezó a temer que algún día pudiese sufrirlo?

¿Explican los varios conflictos biológicos simultáneos o en balance (raíl incluido) que pueden ser generados por la suma "miedo + diagnóstico + tratamiento social + tratamiento farmacológico", que a menudo los etiquetados 'casos de SIDA' presenten juntas varias de las 29 enfermedades, cosa que empuja a algunos médicos a aceptar que 'el SIDA es una enfermedad' porque empezaron a observar dicha (¿novedosa?) simultaneidad 'tras la aparición de la epidemia SIDA'?
Los CDC, centralizando todo lo referente al mecanismo SIDA que ellos mismos habían puesto en marcha, fueron detectando las enfermedades que la propia maquinaria engendraba, las atribuyeron al supuesto 'VIH' y las fueron añadiendo a las sucesivas definiciones de SIDA. Los CDC, sin conocer el enfoque del Dr. Hamer, fueron recopilando las enfermedades que le dan la razón. Con esto los CDC se encargaron de hacer cumplir sus propias profecías. Y los médicos

que aceptan que 'el SIDA es una enfermedad', son al mismo tiempo víctimas y cómplices de los CDC…

Por el contrario, ¿hay algún impacto en el cerebro (foco de Hamer) específico para el SIDA?
No, no hay ninguno. En cambio, sí los hay para las numerosas enfermedades incluidas bajo la etiqueta SIDA. Este hecho refleja y pone de manifiesto (de manera contrastable con la técnica *scanner*) que tampoco en el enfoque del Dr. Hamer el SIDA es una enfermedad. Y confirma mi posición "el SIDA no es una enfermedad a tratar –ni siquiera alternativamente- sino un montaje a desmantelar".

¿Podemos construir un círculo virtuoso?
Esta pregunta estuvo sin responder hasta pocos días antes de entregar el libro. Pero hablando con Antonio Tagliati fue cristalizando la posible ruptura del círculo vicioso oficialista gracias al establecimiento de una dinámica vital basada en el movimiento espontáneo o automático. Y me parece que ésta es la mejor forma de cerrar este capítulo…

Parece claro que no hay que empeñarse en solucionar el o los conflictos, y menos si se hace en búsqueda desesperada de una salvación personal, y aún menos deseando que todo vaya de manera rápida. En efecto, en este caso pueden activarse los programas biológicos detectados por el Dr. Hamer y aparecer una o varias de las reacciones que los oficialistas fueron introduciendo como 'enfermedades definitorias de SIDA' porque se encontraban con ellas a menudo en el seguimiento de sus víctimas, le cargaron las culpas al supuesto 'VIH', y las usaron en sus (fracasados) esfuerzos para construir una supuesta 'epidemia de SIDA' y para dar visos de realidad a la ficción 'VIH/SIDA'.

En cambio, lo que sí puede ser la base para establecer un círculo virtuoso es aprender a enraizar la existencia diaria en el movimiento generador de la vida impulsado por el sistema nervioso espontáneo o autónomo o vegetativo o neurovegetativo o visceral (sistema que incluye tanto el simpático como el parasimpático)[15]. O, en el enfoque *seitai* (http://seitai-cvp.com) del recién mencionado Dr. Noguchi, sentir y activar el hilo vital cráneo-vértebras-pelvis que nos sustenta.

Profundizar esta propuesta pasa por responder a:

¿Basta la comprensión mental o intelectual de la información crítica (e incluso de la desmontadora) para poderse arrancar las etiquetas del montaje SIDA?
No siempre, ni mucho menos. El monstruo SIDA se construyó a partir de instaurar un fortísimo terror irracional que carecía de base real y que inicialmente sus autores ni siquiera pretendieron explicar o justificar sino tan sólo imponer. Por ello, en muchos casos, la profunda impronta psico-emotiva destructiva de miedo y muerte que acompañó desde sus primeros momentos el lanzamiento del invento SIDA (y lamentablemente alimentada día a día por los médicos, comités y demás comparsas oficialistas), no puede ser superada sólo con argumentos racionales y científicos como los aportados en este libro (y en los recogidos en III-7 y III-8). A menudo esta comprensión, aunque suele ser[16] necesaria, no es suficiente.

[15] Es "el otro sistema" respecto del sistema nervioso voluntario o somático o consciente.
[16] Digo "suele ser" porque en ocasiones más escasas resulta suficiente sin llegar a ser necesaria porque el etiquetado (y, más a menudo, la etiquetada, pues son mujeres la mayoría de quienes así actúan) reacciona sintonizándose intuitivamente (¿"intuición femenina"?) con la actividad vital básica.

Recordemos (I-4) que desde un punto de visto biofísico, la principal alimentación de las células son los electrones, acelerados por los fotones. La respiración absorbe iones negativos de la atmosfera y oxigeno, y una buena circulación los distribuye hasta cada célula. La alimentación celular consiste en la entrada al inspirar de estos iones que serán después adsorbidos por el oxigeno y eliminados como CO_2 con la expiración. Cada célula mantiene un tráfico de entre 10.000 y 100.000 electrones en cada instante. Esta es la principal fuente de energía del cuerpo, y está garantizada por unos 13.000 litros de aire que tendrían que pasar por los pulmones (la superficie total de los alveolos pulmonares es más o menos de 70 m^2) y que se transfieren a los 7.000 litros de sangre que tendrían que circular cada día por el sistema corazón-pulmón. Hay que poner la atención en el ritmo vital y ser consciente de su importancia.

Pero, ¿qué significa poner la atención en el ritmo vital? ¿Dónde está? Como enseñó el Dr. Noguchi, para entender algo, conviene mirar su historia. La historia de cada cuerpo humano empieza con un óvulo fecundado que se divide en 16 partes constituyendo la mórula, que se abre y se distiende en un hilo que será el sistema cráneo-vertebras-pelvis. De ahí, radialmente, se construye el cuerpo. Desde el hilo vital cráneo-vertebras-pelvis se creó el feto y desde él se sigue renovando diariamente el billón de nuevas células. Se puede afirmar que la fuerza vital reside en este eje y de ahí se expande pulsando hacia la periferia del cuerpo, enlazándose con el entorno de la persona en sus relaciones con los demás y con el ambiente. Las experiencias de la vida moldean el gesto del cuerpo. Si las experiencias son negativas, el gesto se retiene, se contrae y, en consecuencia, también el cuerpo se moldea en forma rígida. La intensidad de la rigidez, multiplicada por el tiempo en la que se mantiene, determina la intensidad de la alteración del flujo biológico de respiración y de circulación, fuentes de alimentación de las células.

No por casualidad, en la medicina coreana el 80% de un buen tratamiento es respiración y movimiento suficientes. Pero no tiene porqué consistir en cursos de yoga ni en deportes especiales, sino en actividades como estiramientos y andar y trotar, o como limpiar la casa o lo equivalente en cada lugar a lo que antes era cortar la leña u ordenar el desván.

En un estudio para entender por qué unos se curan y otros no de una misma enfermedad, el análisis de las características de los enfermos llevó a establecer dos grupos: “aguas corrientes” y “aguas estancadas”. El Dr. Guglielmo Campione, psiconeuroinmunólogo del S.E.R.T. (Oficina de control de la drogadicción) de Milán, explica que la aparición de enfermedades en sus pacientes etiquetados ‘seropositivos’ dependía no tanto de sus parámetros biológicos como de su actitud psicológica tras dar positivo. Define tres tipos de reacciones: 1) estilo negativo (hacen como si nada, y ni se atreven a hablar de lo ocurrido): son los primeros en somatizar; 2) estilo activo-cognitivo (leen todo, están al tanto de las novedades): mejor, pero con riesgo de obsesiones mentales; y 3) estilo activo-comportamental (se informan pero también actúan, en particular ayudando a otros e implicándose socialmente): son los que se mantienen asintomáticos. Otra vez aparece como factor determinante el estado de rigidez o de fluidez.

El origen de los problemas somáticos es la rigidez del cuerpo, provocada por los miedos.
El cuerpo reduce la actividad biológica del ritmo vital (respiración y movimiento) en modo proporcional a la rigidez, y los síntomas no pueden remitir, la mente se hiperactiva para buscar una solución, y se repite el esquema. La mente no se puede parar, y al tratar de influenciar el proceso a través de pensamientos voluntarios, se aumenta la tensión generada por el bloqueo del ritmo vital. Dado que es muy difícil trabajar en la mente, se puede-y-debe actuar a través de los procesos espontáneos o automáticos del cuerpo y flexibilizar el mencionado hilo vital. La clave es poder así superar el bloqueo psicofísico causado por el etiquetaje y por el miedo que impregna el montaje SIDA desde su puesta en marcha..

Esto sirve en particular para poder contestar a:

¿Por qué hay algunos etiquetados que quieren abandonar los *cócteles* pero tienen que volver a tomarlos debido a que al dejarlos les aparecen problemas de salud que no logran superar con tratamientos alternativos?
Decidir dejar los fármacos implica a menudo solucionar conflictos: de condena a muerte, de separación, etc. A nivel físico, esta solución implica dejar de estar en simpaticotonía y entrar en vagotonía, con los consiguientes edemas, inflamaciones, fiebres más o menos importantes, etc. Si el etiquetado no es sólido o lo es únicamente a nivel mental, estos síntomas producen miedo y pueden reactivarse los conflictos, con lo que los síntomas de nueva fase activa se superponen a los de solución y se hacen constantes, no se da la cicatrización, las fiebres se mantienen,…

Es normal que ocurra esto si la situación se enfoca desde el punto de vista "Yo soy el protagonista de mi vida", pues cuanto más voluntarismo se pone en querer resolver la situación, más se corre el riesgo de que aumente la masa conflictual, entrando en otro círculo vicioso. Y esta actitud también es fuente de estrés crónico psicoemotivo.

La forma de romper esta situación, que tiende a empantanarse y que puede acabar tragándose al etiquetado, es potenciar la dinámica de salud en vez de seguir obsesionándose en combatir las dolencias (aunque ya se tenga claro que "el SIDA no es una enfermedad", y que simplemente se trate de temperatura o diarrea persistentes). En vez de seguir dando vueltas a una mente y a unas emociones atenazadas por el miedo, se trata de actuar en el cuerpo. Dejar de "luchar contra la enfermedad", lo cual aumenta la tensión, y, en cambio, mejorar la dinámica vital, con lo que los síntomas van desapareciendo, la mente se relaja (deja de estar hiperactiva), el círculo vicioso se interrumpe por sí solo y se crea un círculo virtuoso.

Es ilustrativa la experiencia de la Dra. Ileana Duce, del Hospital Umberto I de Roma. Estudió psiconeuroinmunología y aplicó un programa a doce etiquetados, seis sintomáticos y seis asintomáticos, consistente, como único tratamiento, en hacer una hora a la semana de relajación profunda con técnica de dinámica mental, e invitación a hacerla también en casa. A los cuatro años, los que tenían buena salud continuaban sanos, y los que al comienzo estaban enfermos, se habían recuperado plenamente, y, además, todos mantenían buenas relaciones con la familia y en el lugar de trabajo. Sin duda ayudó a estos buenos resultados la seguridad que daba el que este protocolo se aplicase en el interior del propio hospital.

PENDIENTE
-Sistematizar para todas las 'enfermedades del SIDA' el enfoque aquí iniciado
-Profundizar la relación entre este enfoque bio-lógico y las lecciones y observaciones correctas de la medicina alopática
-Hacer listado de recursos para desintoxicar, recuperar y potenciar las mitocondrias
-Disidentes del tratamiento: ¿qué resultados han obtenidos?
-¿Por qué los microbiólogos permiten que los virólogos impongan a la sociedad sus obsesiones personales y sus intereses profesionales?
-¿Por qué callan los investigadores, médicos, embriólogos, psicólogos, psiquiatras, antropólogos, terapeutas, etc., no cómplices de la versión oficial?

II-3-13.- ¿Qué tienen en común los Vencedores del SIDA?

Hay Vencedores del SIDA, aunque normalmente sólo se habla de los vencidos. Suele ser común a los Vencedores: 1) No haber tomado nunca los supuestos 'antivirales', o haberlos dejado de tomar; 2) Casi igual con los supuestos 'preventivos'; 3) Haber ido cuestionando la autoridad de los 'especialistas oficiales del SIDA' y también su versión; 4) Encontrar el propio camino a la salud y a la vida; 5) Contar con el apoyo de familiares y/o de amigos con quienes poder hablar con toda tranquilidad; 6) En la mayoría de casos, ayudar a terceras personas; y 7) En bastantes, no querer demostrar nada a nadie sino hacer su propia vía. Pero también considero Vencedor del SIDA a todo etiquetado que se considere a sí mismo como tal aunque acepte la versión oficial y lleve años tomando 'antivirales' y todo lo que le quieran dar. Porque ser Vencedor del SIDA tiene mucho de actitud adoptada (y, en este sentido, es secundario si la persona está realmente enferma e incluso si acaba muriendo). Igualmente entrarían parte de los que los oficialistas llamaron durante años 'sobrevivientes de larga duración' y ahora denominan 'no-progresadores a largo plazo' y 'controladores de élite'. Cada Vencedor del SIDA puede aportar una fuerza cualitativamente decisiva para la tarea colectiva de Desmontar el SIDA.

Los no-progresadores a largo plazo (NPLP) son unos pocos individuos
que están infectados con el VIH pero cuya infección progresa a SIDA
sólo muy lentamente, después de un largo plazo, o nada en absoluto.
Algunos han sido VIH-positivos durante 30 años sin desarrollar los síntomas clínicos del SIDA
a pesar de que nunca han sido tratados con HAART. (…).
Muchos NPLP tienen niveles de virus ("carga viral" o "viremia")
similar a la encontrada en la mayoría de gente infectada por el VIH ("progresadores"),
quienes suelen desarrollar los síntomas del SIDA en diez o menos años tras la infección.
Dos subconjuntos de los NPLP tienen cargas virales más bajas.
Los controladores de la viremia tienen cargas virales bajas pero fácilmente medibles.
Los controladores de élite suprimen el VIH a niveles extremadamente bajos,
medibles sólo por medio de técnicas de laboratorio muy sensibles.
Se estima que una de cada cien personas con VIH son no-progresadores a largo plazo,
y que una de cada 300 son controladores de elite
http://en.wikipedia.org/wiki/Long-term_nonprogressors
(visitada el 25 de febrero de 2010)

¿Hay Vencedores del SIDA?
Llamo Vencedor del SIDA ("VS" a continuación) a toda persona que lleva muchos años (¿diez o más?) etiquetada 'seropositiva' o 'caso de SIDA', y que sigue viva a pesar de ello.

¿Conocen en los Hospitales a los "VS"?
Probablemente, no. O como mínimo, cara a sus pacientes es como si no existieran, pues nunca hablan de ellos. Puede ser debido a que llevar gafas 'VIH/SIDA' les impide verlos, aunque también es cierto que la mayoría de "VS" no van a los hospitales ya que su experiencia les ha enseñado que "ir a un hospital es una grave práctica de riesgo".

¿Hay varios grupos de "VS"?
He "localizado" nueve grupos que predominan en los países acaudalados:
1) Etiquetados 'terminal de SIDA' a los que hace años se les dio días de vida y que están plenamente recuperados (claro está, cambiando de rumbo)

2) Etiquetados ‘caso de SIDA’ que han logrado arrancarse esta etiqueta con tratamientos no-agresivos, y que hace años que están sanos, a pesar de continuar siendo oficialmente ‘enfermo de SIDA’
3) Etiquetados ‘seropositivo’ hace diez, quince, veinte o más años, que no toman los venenos hospitalarios y que se encuentran bien
4) Embarazadas que dieron positivo, se negaron a abortar, se negaron a tomar AZT, se negaron a que se diese AZT a sus bebés, y ahora tienen hijos de una docena o más de años, estando ambos sanos y salvos. Y, claro está, las embarazadas que siguieron y siguen estos pasos en la época de los *cócteles*
5) Mujeres etiquetadas ‘seropositivas’ que buscaron el embarazo por su cuenta, han dado a luz y tanto ellas como sus hijos están bien
6) Las dos terceras partes de los bebés etiquetados ‘seropositivos’ al nacer, que han serorevertido espontáneamente dentro de los primeros dieciocho meses
7) Enfermos *naive* graves o incluso terminales que se han recuperado con los *cócteles*, y que se consideren a sí mismos “VS” (y a los que recuerdo que esta mejoría es transitoria si siguen ingiriéndolos)
8) Los oficialmente llamados ‘progresadores lentos’ y ‘controladores de élite’, que por definición nunca han recibido tratamiento hospitalario, y que, a pesar de seguir aceptando la versión oficial, se consideren “VS”; y
9) Etiquetados que siguen la versión y el tratamiento oficiales pero que se consideren a sí mismos “VS”

Un décimo gran grupo es exclusivo del mal llamado Tercer Mundo: los millones considerados ‘infectados por VIH’ y que no reciben fármacos oficiales porque afortunadamente no hay dinero para comprarlos. El riesgo aquí es que los empiecen a envenenar en cuanto llegue la ‘solidaridad’.

¿Por qué los oficialistas usan otros nombres en vez de “VS”?
Están voluntariamente presos de una definición oficial que impide que nadie pueda curarse y, en consecuencia, descartan que nadie pueda vencer el SIDA.

¿Surge la diferencia entre ‘progresadores’ y ‘no-progresadores a largo plazo’ de que los primeros son envenenados con los *cócteles* mientras que los segundos no los ingieren?

¿Habría un sólo ‘no-progresador a largo plazo’ (y no digamos ‘controlador de élite’) si a todos, siempre y en todas partes se hubiese administrado inmediatamente los supuestos ‘ARV’, como lamentablemente se hizo entre 1995 y 2001 con la tramposa irrupción de los *cócteles* (además de entre 1989 y 1993, con el AZT)?

¿Existirían muchísimos (¿el 90% o más de los etiquetados?) ‘no-progresadores a largo plazo’ (y serían la mayor parte de ellos ‘controladores de élite’) si nunca y en ninguna parte se hubiese administrado los supuestos ‘ARV’?

¿Cómo han logrado escaquearse del engranaje destructivo oficialista tantos etiquetados sin tomarse los venenosos ‘ARV’ como para que, desde hace bastantes lustros, los oficialistas hayan tenido que reconocer la existencia (según su terminología actual) de ‘no-progresadores a largo plazo’ y de ‘controladores de élite’?

¿Qué tienen en común los “VS”?
Los siete puntos señalados en el recuadro. Además, el no obsesionarse en seronegativizar.

¿Ayuda el creer en algo superior?
Mis observaciones me hacen responder afirmativamente. Y ello incluso si este algo superior es tan sólo la Naturaleza o la Vida.

¿Es importante escribir un testimonio como "VS"?
Mucho. Para uno mismo y para los demás.

¿Puede morir un Vencedor del SIDA[1]?
Pues sí, incluso si es uno de los que más lejos han llegado en la comprensión de que el SIDA es un montaje. Sólo que, de poder hablar, probablemente estaría de acuerdo en no considerarse un 'muerto de SIDA' sino una "víctima de la vida", como ocurre con cualquier otra persona que fallece fuera del invento SIDA. La vida, que incluye las enfermedades reales y también el destructivo invento SIDA, mata. Por esto en *III-2.- Algunos testimonios de Vencedores del SIDA* mantengo, añadiendo un comentario, el de Christine Maggiore, que falleció el 27 de diciembre de 2008. Y al inicio de este libro, el de Isabel.

¿Expulsan la vida quienes creen en el 'VIH/SIDA'?
Una de las consecuencias más perversas de la versión oficial del SIDA es que quienes la hacen suya, dejan de tener presente la complejidad de la vida.

Cualquier persona sabe que "hay amores que matan" o que "lo ocurrido me sentó como una patada al hígado". Las compañías de seguros han aprendido que las dos razones principales de riesgo son la muerte del cónyuge y la ruptura con la pareja. Cualquier otro médico tiene en cuenta factores como las muchas o pocas ganas de vivir o incluso el deseo de morir; o la soledad; o el estrés, el *burn-out* y el *mobbing*; o el no tener trabajo o las condiciones laborales; o las enfermedades y tratamientos anteriores; o la alimentación;... Pero para los oficialistas sólo existe el supuesto 'VIH'. Lo peor es que logran trasmitir su visión estéril y esterilizadora a los etiquetados y a todo creyente en la versión oficial.

Me gustaría que quienes han fallecido hubiesen podido ellos mismos elegir previamente la presentación de su muerte. Este libro (como los demás de la Bibliografía) contribuye a que, afortunadamente, los que siguen vivos sí puedan decidir qué camino quieren seguir. Y vivir.

Vencedores del SIDA: ¿Ha llegado la hora de salir del gueto y de obligar a ver a los oficialistas -¡y a las autoridades y jueces!- lo que se empeñan en no ver y procuran impedir?

PENDIENTE
-Hacer recopilaciones de testimonios de Vencedores del SIDA[2] y difundirlas
-Profundizar, desde el enfoque dado a 'las 29' del capítulo anterior, la explicación de la muerte de quienes han fallecido (en particular, la de los críticos)

[1] Algunos oficialistas se refocilan cuando muere un 'disidente', e incluso hacen un listado como argumento contra nosotros y como advertencia a quien se atreva a escucharnos. En www.aidstruth.org/aids-denialists-who-have-died.php (visitada el 28 de marzo de 2010), aparecen 24 nombres con una cierta presentación de cada uno. Por mi parte, lector, le aseguro que ninguno de los críticos muertos que he conocido personalmente, incluidos cuatro cuyo nombre aparece en esta lista, renunció a lo que tan duramente había aprendido. Pero entendería perfectamente que alguno lo hubiese hecho, tal es la capacidad destructiva del montaje, y tan grandes las dificultades para contrarrestarlo. Por cierto, ¿cómo alguien podría hacer la lista de los millones que han fallecido siguiendo la versión oficial?
[2] El Dr. R. Giraldo** está preparando un libro de testimonios. Ver su *web*.

II-3-14.- ¿Cuáles son las verdaderas prácticas de riesgo, los nuevos grupos de riesgo, y la prevención adecuada?

Las verdaderas prácticas de riesgo: 1.- Hacerse o dejarse hacer los 'tests'; 2.- Si dan positivo, creerse la versión oficial y asesorarse con médicos hospitalarios, 'comités anti-SIDA' y demás oficialistas; 3.- Tomarse los supuestos 'antivirales' y los supuestos 'preventivos'; 4.- Continuar viviendo con estrés crónico y con los factores de muerte explicados en II-2-4; y 5.- Ir a médicos o terapeutas alternativos que continúan aceptando la mentira fundacional 'el SIDA es una enfermedad', con lo que contribuyen a que las víctimas del engranaje SIDA sigan atrapadas en él (aunque sí sea beneficioso que les desaconsejen los venenosos *cócteles*). **Los nuevos grupos de riesgo creados por los oficialistas**: mujeres embarazadas y bebés recién nacidos; donantes de sangre, de semen y de órganos; personas que se van a operar; jóvenes; ancianos; inmigrantes; buscadores de empleo; desnutridos y malnutridos; personas equivocadamente responsables que van a hacerse los tests "por si…". **La prevención adecuada**: Evitar el estrés crónico, aprender y compartir que todo lo relacionado con el 'VIH/SIDA' es ficticio (luego, en especial, dar a conocer que los 'tests' son una trampa para apresar víctimas), y ayudar a desmontar el SIDA real. Y no callar sino comunicar en seguida a una o más personas aquellas vivencias que sorprenden, impactan, desconciertan, perturban, asustan, espantan, paralizan,…

La estrategia promovida por las principales organizaciones del SIDA
para la prevención universal de la enfermedad
quizás ha estado mal dirigida
***The Independent*, 8 de junio de 2008**

Riesgo… ¿de qué?
En SIDA, ignorancia es conocer tan sólo la versión oficial. Y se trata de una ignorancia muy peligrosa.

¿Riesgo? Sí, pero no de 'infectarse con un VIH' que nadie ha demostrado que exista. Esto es sencillamente imposible.

¿Cuáles son las verdaderas prácticas de riesgo?
Las cinco enunciadas en el recuadro. La base común a todas ellas es dar por buena, aunque en grados distintos, la insostenible versión oficial del SIDA.

¿Por qué los oficialistas añadieron 'grupos de riesgo' hasta alcanzar a todos?
Para extender el primer dogma mundial de terror a toda la humanidad, convertirla en un gran 'grupo de riesgo' para el experimento SIDA, y en potencial cliente y víctima de su industria.

¿Qué nuevos grupos de riesgo reales ha creado el *establishment* del SIDA?
He puesto en el recuadro los que he detectado. Lector, indíqueme alguno más que Ud. haya localizado. Y confío en que avise a quien tenga a su alcance para que no caiga en la principal práctica de riesgo: hacerse los 'tests'.

¿Cuál es la mayor amenaza en SIDA?
Los esfuerzos del *establishment* del SIDA para imponer los 'tests'. Así, las *Orientaciones para la aplicación de los tests* que los CDC sacaron en junio de 2006, recomiendan que se los haga toda la población entre los 13 y los 65 años. El Estado de New Jersey ha sido el primero en

imponer el 27 de diciembre de 2007 'pruebas prenatales rutinarias para detectar el VIH'. Una ley californiana de agosto de 2008 exige 'testarse' para hacerse un seguro. En febrero del 2009, empezaron a ofrecerse 'tests-en-15-minutos' en farmacias y Centros de Atención Primaria de España[1].

¿Sirven de algo las 'campañas de prevención' oficiales excepto para…
… extender el 'VIH/SIDA', en particular en torno al bien llamado 'Día Mundial del SIDA'?
… ayudar a conservar malos hábitos de vida? Así, "¿Ud. se agota sexualmente y para mantener su ritmo alocado no duerme, come mal y tiene que recurrir a drogas y a excitantes químicos (*poppers*,…)? Siga haciéndolo pero, eso sí, sea consciente, no se arriesgue… ¡y use preservativo!". O bien "¿Ud. se pincha droga en vena? Continúe con ello, pero, por favor, sea responsable y… ¡emplee aguja nueva cada vez!".
… que más especialistas, relaciones públicas, diseñadores, publicistas, impresores, y todos los impulsores del 'VIH/SIDA' ficticio, vivan del SIDA real?
… que algunos practiquen una peligrosa 'solidaridad'?
… y que otros (artistas, intelectuales, gente famosa, primeras damas, voluntarios, etc.) sean manipulados y convertidos en impulsores del 'VIH/SIDA'?

En resumen: Campañas oficiales, las hay, pero… ¿de prevención, o bien de captación de fondos, de reclutamiento de altavoces y de captura de víctimas?

¿Tiene más facetas peligrosas la prevención oficial?
- ¿Es sano abortar innecesariamente como 'prevención'?
- ¿A quién ayuda no amamantar a fin de 'prevenir', cuando hay estudios que indican que el porcentaje de 'bebés seropositivos' disminuye si sus 'mamás seropositivas' los amamantan[2]?
- ¿Puede ser saludable recibir media docena de vacunas como 'preventivo'?
-…

¿Por qué en los países ricos 'desciende el número de seropositivos y de casos y muertos de SIDA' si, además de aumentar los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, se ha incluido nuevos 'grupos de riesgo' y son erróneas las 'campañas de prevención'?
Para elaborar una respuesta precisa, pido ayuda a Ud., lector, a los críticos y también a los oficialistas. Me parece clave conseguir la evolución de la cantidad y tipo de 'tests' utilizados desde 1985, precisando dónde se ha fijado en cada momento el linde entre 'positivo' y 'negativo', e iluminando la oscura zona de los indeterminados. Y, claro, verificar las estadísticas.

¿Cuál es la prevención adecuada en SIDA?
La enunciada en el recuadro. Esta prevención, además de ser terapéutica, permite aprender muchísimo sobre salud-y-enfermedad y vida-y-muerte reales.

PENDIENTE
-Ver qué rentabilidades sacan de las 'campañas de prevención' las entidades promotoras
-Hacer un estudio sobre cuántos donantes de sangre han sido víctimas de su solidaridad
-Aplicar la curva de Gauss a todos los aspectos del 'VIH/SIDA' ficticio y del drama SIDA real

[1] "El test del SIDA llega a las farmacias", 25 de enero de 2009, *La Razón*, Madrid.
[2] http://hivskeptic.wordpress.com/2007/11/21/more-hiv-less-infection-the-breastfeeding-conundrum/

UNA PREGUNTA DEFINITIVA

II-4.- ¿Dónde están los tres artículos científicos de referencia originales que demuestran cada una de las aquí rechazadas afirmaciones de la versión oficial?[1]

Los artículos científicos de referencia originales son los primeros, los pioneros, aquellos que los investigadores posteriores citan porque en dichos artículos está demostrado lo que sirve de base a los nuevos avances y desarrollos. Pues bien, al parecer los artículos científicos de referencia originales de las distintas afirmaciones del 'VIH/SIDA' están… en ninguna parte. Hasta ahora, la búsqueda ha sido infructuosa. Y han quedado sin respuesta las peticiones hechas a las autoridades sanitarias y a los especialistas oficiales del 'VIH/SIDA' (en particular, al Dr. Gallo… lo cual es lógico cuando ya es público que falsificó sus artículos), e incluso al Premio Príncipe de Asturias o al Nobel[2]. Y si no hay artículos científicos de referencia originales que demuestren un aspecto X determinado, no tienen validez alguna los miles de artículos posteriores aparecidos en revistas científicas que pretenden profundizar este aspecto X. Por influyentes que sean las revistas, por prestigiosos que sean los autores, por sofisticados que sean los experimentos realizados, por complejo que sea el aparato estadístico utilizado, por muchas imágenes –incluso si no son computarizadas- que contengan, si no hay artículos de referencia originales, sólo se trata de ciencia ficción.

Las referencias sirven para muchos propósitos en un artículo científico.
Reconocen el trabajo de otros científicos,
dirigen al lector hacia fuentes adicionales de información,
reconocen conflictos con otros resultados,
y proporcionan apoyo para las opiniones expresadas en el artículo.
Más en general, las referencias colocan el artículo en su contexto científico,
relacionándolo con el estado actual del conocimiento científico
Ser un científico: Conducta responsable en investigación
National Academy Press, 1995

¿Por qué pedir los artículos de referencia originales?
A falta de una propuesta mejor, entiendo que es lo más adecuado para saber en qué se sustenta la versión oficial. Los oficialistas deberían proporcionar las pruebas científicas primeras o fundadoras (de referencia originales) de lo que afirman. Ello evita ser inundados por montañas de artículos posteriores que no tienen base científica alguna.

¿A quién o a dónde pedirlos?
A autoridades científicas y médicas. A centros de investigación. A Universidades. A Ministerios. A responsables de la administración. A medios de comunicación. A quien se le ocurra, lector. Y puede pedirlos a partir del eslabón de la cadena que tenga más a mano, como el médico de cabecera o el director del colegio -o los médicos del hospital que le corresponde, si está Ud. etiquetado, lector-, pues ya se encargarán ellos de solicitarlos a escalones superiores…

[1] Una pregunta equivalente podría ser: "¿Pueden enviarme documentos que especifiquen cómo investigadores independientes pueden reproducir los experimentos realizados para aislar el VIH y para demostrar que el VIH mata células, en particular los linfocitos T4, y causa el SIDA?".
[2] www.rethinkingaids.com/Content/AboutRA/tabid/140/Default.aspx

siempre que Ud. no permita que se escaqueen. Y los que se sientan arriba de la pirámide en cada país, ya los pedirán a los responsables en los EE.UU. que han dirigido la operación SIDA.
Si recibe alguna respuesta, por favor, envíeme una fotocopia, y elaboraremos una respuesta. ¡Ojalá contribuya Ud. a establecer el diálogo que pedimos desde 1996 aquí y como mínimo desde 1987 en Alemania, Suiza, Australia y USA, que yo sepa!

¿Sobre qué puntos?
Aquel o aquellos que más le preocupen. O el que considere decisivo. O todos los que se le ocurran…

¿Por qué tres artículos de referencia originales?
O dos. O cuatro. O uno. O cinco. O diez. La cuestión es poner un límite para evitar el riesgo de asfixia por paja.

¿Cómo el futuro ex Premio Nobel Dr. Montagnier ayudó al Premio Nobel Dr. Mullis a romper con la versión oficial del SIDA?
Vale la pena conocerlo con detalle porque es muy esclarecedor. El Dr. Mullis lo cuenta así[3]:

> «En 1988 trabajaba como consultor en *Specialty Labs*, en Santa Mónica, realizando análisis del VIH. Sabía bastante de análisis de cualquier cosa con ácido nucléico porque había inventado la PCR. Por eso me contrataron.
>
> Por otra parte, el SIDA era algo de lo que no sabía demasiado. De este modo, cuando me encontré escribiendo un informe sobre nuestros progresos y objetivos para el proyecto patrocinado por los NIH, me di cuenta de que no conocía la referencia científica para apoyar la declaración que acababa de escribir: "El VIH es la probable causa del SIDA".
>
> Así que me volví al virólogo de la mesa de al lado, un tipo serio y competente, y le pregunté por esa referencia. Dijo que no necesitaba ninguna. Yo no estuve de acuerdo. Pese a que es verdad que ciertos descubrimientos o técnicas científicas están tan bien establecidos que sus fuentes ya no se aluden en la literatura contemporánea, ese no parecía ser el caso de la conexión VIH-SIDA. Para mí era totalmente notable que el individuo que había descubierto la causa de una enfermedad mortal y hasta ahora incurable, no fuese continuamente aludido en las publicaciones científicas hasta que la enfermedad estuviese curada y olvidada. Pero, como pronto aprendería, el nombre del individuo -que sería seguro materia de Premio Nobel- no estaba en boca de nadie.
>
> Por supuesto, esta simple referencia debía estar en alguna parte ahí fuera. De lo contrario, decenas de miles de servidores públicos y reconocidos científicos de diversas procedencias, tratando de aclarar las trágicas muertes de un considerable número de homosexuales y/o consumidores de drogas intravenosas de edades comprendidas entre los 25 y 40 años, no habrían permitido que su investigación se estableciese en una estrecha vía de estudio. No todo el mundo pescaría en la misma charca a menos que estuviese bien establecido que el resto de charcas están vacías. Tenía que haber un informe publicado, o quizás varios, que juntos indicasen que el VIH es la posible causa del SIDA. Tenía que haberlo.
>
> Hice indagaciones con el ordenador, pero no encontré nada. Por supuesto, puedes perderte información importante con las búsquedas por ordenador sólo con no introducir las palabras clave. Para estar seguro de una conclusión científica, lo mejor es preguntar a otros científicos directamente. Esa es una de las cosas para las que sirven esas conferencias científicas en lugares lejanos con bonitas playas.
>
> Como parte de mi trabajo, iba a muchos encuentros y conferencias. Adquirí el hábito de acercarme a cualquiera que diese una charla sobre SIDA y preguntarle qué referencias debería citar para esa creciente polémica declaración: "el VIH es la probable causa del SIDA".

[3] De su *Prefacio* al libro del Dr. Duesberg**

Después de diez ó quince encuentros en un par de años, empecé a preocuparme cuando vi que nadie podía citarme la referencia. No me gustaba la fea conclusión que se estaba formando en mi mente: La campaña entera contra una enfermedad considerada con creces como la peste negra del siglo XX, estaba basada en una hipótesis cuyos orígenes nadie podía recordar. Eso desafiaba tanto al sentido científico como al común.

Finalmente, tuve la oportunidad de interrogar a uno de los gigantes de la investigación del VIH y el SIDA, el Dr. Luc Montagnier, cuando dio una charla en San Diego. Sería la última vez que he sido capaz de realizar mi preguntita sin mostrar cólera. Me figuré que Montagnier conocería la respuesta. Así que se lo pregunté.

Con una mirada de perplejidad condescendiente, Montagnier dijo: "¿Por qué no cita el informe de los CDC?".

Contesté: "No se refiere realmente al tema de si el VIH es o no la probable causa del SIDA, ¿o sí lo hace?".

"No", admitió, sin duda preguntándose cuánto tardaría en marcharme. Buscó ayuda en el pequeño círculo de personas a su alrededor, pero todos estaban, como yo, esperando una respuesta más concluyente.

"¿Por qué no cita el trabajo sobre el Virus de Inmunodeficiencia Simia?", ofreció el buen doctor.

"También he leído eso, Dr. Montagnier", contesté. "Lo que les pasó a esos monos no me recuerda al SIDA. Además, ese informe fue publicado sólo hace un par de meses. Estoy buscando el informe *original* en el que alguien demostró que el VIH causa el SIDA".

Esta vez, como respuesta el doctor Montagnier se dirigió hacia el otro lado de la habitación para saludar a un conocido».

¿Lector? Sí, de acuerdo, habría sido aún más interesante que el Dr. Mullis le hubiese pedido las referencias sobre el "aislamiento del VIH". Pero no olvide que el Dr. Mullis "En 1988 trabajaba (...) realizando análisis del VIH"…

¿Hay alguna experiencia más al respecto?

Varias. Conozco de primerísima mano tres en España. Helas aquí muy condensadas. La primera la protagonizó en 1997 el periodista José Antonio Campoy, entonces director de la revista *MÁS ALLÁ de la ciencia* (y hoy, de *DSalud*[4]), pidiendo a varias instituciones las pruebas científicas de que 'el VIH existe y es la causa del SIDA'. La segunda, yo mismo en el 2000 como coordinador entonces de *Plural-21* y con motivo de la concesión del Premio Príncipe de Asturias de Investigación a los Doctores Gallo y Montagnier. En ambos casos, y ascendiendo por todos los escalones protocolarios establecidos, llegamos a la Corona. En la primera petición, por cuatro veces el Rey solicitó que el entonces Ministro de Sanidad Romay Beccaria enviase al Sr. Campoy la documentación científica solicitada[5]. En la segunda, la Casa Real requirió a la Fundación Príncipe de Asturias que nos remitiese lo que pedíamos: la documentación científica en que se había basado la concesión del Premio. Pues ni con estas monárquicas intercesiones hubo respuesta ni -menos aún, claro- documentación alguna. Y la tercera, Jesús García Blanca**, quien el 1 de febrero de 2010 pidió al Plan Nacional del SIDA "los criterios y documentación que sirven de base a las políticas sobre SIDA en el Estado Español", y obtuvo el mismo resultado que en 1997: silencio primero y, tras insistir, paja bibliográfica sin artículo científico de referencia alguno[6].

¿Se anima a probar, lector, a título individual o por medio de alguna entidad o asociación o medio de comunicación o bufete de abogados o…?

PENDIENTE

-Compilar y divulgar las experiencias habidas en otros países

[4] Como director de *DSalud*, el Sr. Campoy empezó de nuevo el 19 de abril de 2010 a pedir repetidamente al Ministerio de Sanidad español una imagen por microscopio electrónico –no una recreación virtual- del supuesto 'VIH'. A la entrega del original de este libro casi tres meses después, aún no ha recibido respuesta alguna…

[5] Ver el inicio de esta demanda en "El SIDA y la desidia del gobierno", *MÁS ALLÁ*, nº 105, noviembre 1997.

[6] http://saludypoder.blogspot.com/2010/07/documento-el-plan-nacional-del-sida-no.html

II-5.- CONCLUSIÓN PROVISIONAL a la espera de los artículos científicos de referencia originales solicitados:

LA VERSIÓN OFICIAL DEL SIDA ES FALSA

Me parece que he dado elementos suficientes como para que pueda aceptar, lector, que afirme que cada aspecto de la versión oficial del SIDA está pendiente de demostración. Si ello es así, resulta que el 'VIH/SIDA' tan sólo es una colección de afirmaciones no probadas. Y entonces se caen argumentos usados por algunos oficialistas del tipo 'No hay un único artículo científico que pruebe toda la afirmación Z. Pero sí hay numerosos artículos científicos que contienen cada uno de ellos una parte de la demostración, y la suma de todas estas evidencias parciales constituye la prueba concluyente de que la afirmación Z está demostrada'. Pero, por un lado, vistos uno a uno, los 'indicios' o las 'evidencias' aportados por cada uno de estos artículos pueden ser interpretados de modo muy diferente al oficial. Y por otro lado, vistos en conjunto, la cuestión es exactamente al contrario: cuantos más pasos improbables tienen que satisfacerse para que una afirmación se cumpla, cada vez es menor la probabilidad de que dicha afirmación sea verdadera. Luego la probabilidad de que la versión oficial del SIDA sea cierta es prácticamente nula. Es decir, el 'VIH/SIDA' es una ficción.

Partiendo en 1990 de aceptar plenamente la versión oficial del SIDA, he llegado a la conclusión, a la vez firme y provisional, de que toda ella es falsa.

Firme, puesto que la considero muchísimo mejor argumentada de lo que yo he podido reflejar en este libro. Provisional, porque sólo la mantendré mientras no se me demuestre que estoy equivocado.

Parece que no debería ser difícil convencerme, pues no solicito nada que no deba ya haberse elaborado a mediados de los años ochenta. Para cubrir mis demandas sólo hace falta que dichos documentos existan.

Decenas de miles de oficialistas actúan cada día como si poseyesen todas las pruebas necesarias y más. Encima, se permiten descalificar a cualquier persona -por cualificada que esté- que cuestione aunque sólo sea un aspecto parcial de su versión.

Pero por mi parte, a falta de nuevas pruebas, considero que no sólo es posible y que no sólo es probable que la versión oficial del SIDA sea falsa, sino que es (prácticamente) seguro.

La clave radica en lo que he resaltado en el recuadro anterior: La probabilidad de que algo ocurra es menor cuantos más pasos improbables exija su realización.

Relacionando entre sí muchos de los elementos que he dado en esta II Parte, la conclusión puede formularse de la siguiente manera[1], ensayando un orden distinto del que he empleado antes:

A falta de recibir los artículos científicos de referencia primeros que demuestren la corrección de las afirmaciones de la versión oficial del SIDA, resumo la situación actual así:

1.- Probablemente[2], el supuesto 'VIH' nunca ha sido aislado ni caracterizado, por lo que nadie puede afirmar que existe.

2.- Pero aceptemos que el VIH sí ha sido aislado y caracterizado, y que, por lo tanto, existe.
En este caso, probablemente el VIH sería un retrovirus endógeno o un exosoma, luego no provendría del exterior y, en consecuencia, no podría contagiarse.

3.- Pero aceptemos que el VIH existe y que es un retrovirus exógeno.
En este caso, probablemente el VIH no se contagia (ni sexualmente, ni por jeringuilla, ni de madre a feto, ni por vía alguna).

4.- Pero aceptemos que el VIH existe, que es exógeno, y que se contagia.
En este caso, probablemente los 'tests del SIDA' no tienen exactitud alguna para diagnosticar 'infección por VIH'.

5.- Pero aceptemos que el VIH existe, que es exógeno, que se contagia, y que los tests tienen exactitud.
En este caso, probablemente el VIH no puede 'matar linfocitos T4 ni ningún otro tipo de célula'.

6.- Pero aceptemos que el VIH existe, que es exógeno, que se contagia, que los tests son válidos, y que mata células.
En este caso, probablemente el VIH no es 'la causa del SIDA' y simplemente sería un virus poco o nada peligroso.

7.- Pero aceptemos que el VIH existe, que es exógeno, que se contagia, que los tests son válidos, que mata células, y que es la causa del SIDA.
En este caso, probablemente los marcadores indirectos 'recuento de T4' y 'carga viral' no son adecuados para hacer el seguimiento de los etiquetados, ni para decidir su tratamiento, ni para valorar los efectos de los fármacos administrados, ni para predecir su evolución.

8.- Pero aceptemos que el VIH existe, que es exógeno, que se contagia, que los tests son válidos, que mata células, que es la causa del SIDA, y que los marcadores indirectos son adecuados.
En este caso, probablemente los fármacos administrados son tendencialmente mortales a medio plazo.

9.- Pero aceptemos que el VIH existe, que es exógeno, que se contagia, que los tests son válidos, que mata células, que es la causa del SIDA, que los marcadores indirectos son adecuados, y que los fármacos administrados son beneficiosos.
En este caso, probablemente el SIDA no tiene entidad biológico-patológica propia. Luego probablemente no hay enfermedad alguna a tratar.

[1] Sin duda, la conclusión podría formularse de otras maneras. Le invito, lector, a que elabore la suya…
[2] Escribo "probablemente" para no negarlo rotunda y sencillamente.

10.- Pero aceptemos que el 'VIH' existe, que es exógeno, que se contagia, que los tests son válidos, que mata células, que es la causa del SIDA, que los marcadores indirectos son adecuados, que los fármacos administrados son beneficiosos, y que el SIDA es una enfermedad.
En este caso, probablemente no hay 'epidemia de SIDA', ni en África ni en ninguna otra parte. Luego los esfuerzos internacionales para 'combatir la epidemia de SIDA' carecen de sentido.

Justamente todo el drama del SIDA empezó a partir de que los CDC afirmasen en 1981 que habían descubierto 'una nueva enfermedad mortal' que rápidamente se convirtió oficialmente en 'una terrible epidemia mundial de SIDA'. Y descubierta una supuesta 'nueva epidemia' de una supuesta 'nueva enfermedad', había que encontrarles una supuesta "causa", un supuesto "diagnóstico", un supuesto "tratamiento" y unos supuestos "criterios de seguimiento".

A inicios de los ochenta y en el mundo económicamente desarrollado: la causa tenía que ser infecciosa; el agente, un virus; el modo de detección, con tests de anticuerpos; el tratamiento, a base de fármacos quimioterápicos presentados como 'antivirales'; la forma de seguimiento, con artefactos tecnológicos; la manera de extenderse, por el sistema sanitario, las farmacéuticas y los medios de comunicación; los criterios dominantes, su uso político, la investigación estratégica y la rentabilidad económica; las consecuencias sociales, reforzamiento del poder, miedo para todos y muerte para algunos. Así se fue configurando la versión oficial del SIDA.

Pero la probabilidad de que la versión oficial del SIDA sea verdadera es una cierta combinación (a precisar) de las probabilidades de que cada uno de sus pasos o componentes sea verdadero. Puesto que -repito: a falta de que se presenten las pruebas científicas de referencia fundacionales pedidas- la probabilidad de que sea verdadero cada uno de estos pasos es muy reducida (por no decir nula), resulta que la probabilidad de que sea verdadera la versión oficial del SIDA en su conjunto es aún muchísimo más reducida (por no decir rotundamente cero). Luego el 'VIH/SIDA' es una ficción.

Considero que he ido argumentando, capítulo a capítulo y en la medida del espacio disponible, la nula probabilidad de cada uno de estos diez pasos. Pero seguramente basta con que sólo uno de estos diez eslabones no exista, para que la cadena final tampoco pueda existir.

Claro está, esto tiene importantes consecuencias prácticas. Algunas parciales (dejar de aplicar 'tests' atrapa-nuevas-víctimas, prohibir la administración de los venenos hospitalarios, indemnizar a las víctimas o a sus allegados,…) he formulado como conclusión de capítulos ya vistos. La conclusión de conjunto es que la tarea consiste en acabar con el engranaje SIDA desmontándolo. En la III Parte doy elementos y hago propuestas dirigidas a lograrlo.

TERCERA PARTE

DESMONTAR EL SIDA

Llegamos a la parte final, lector.

Mi objetivo ahora es sugerirle herramientas para que se decida
a contribuir a desmontar el SIDA.

Herramientas de comprensión global
del cómo y del porqué del montaje que está descubriendo.
Y herramientas de actuación para que las utilice
cuando se decida a pasar a la acción regeneradora.

Siempre agradeceré el coraje que tuvieron hace veinte-y-pico de años
los pioneros en cuestionar y rechazar la versión oficial del SIDA.
Honor en particular a quienes dejaron su vida en el esfuerzo.

Ahora es más fácil.
El enorme edificio de la construcción SIDA
muestra grietas por todas partes.
Somos muchas más las "termitas" críticas.
E incluso una fracción del *establishment* del SIDA
puede estar interesada en desmontarlo ordenadamente…
… a fin de evitar que se les hunda estrepitosamente.

Encontrará, lector, 33 testimonios y contribuciones en cuatro capítulos.
Obtener cada testimonio o aportación ha tenido su propia intensa historia,
que no puede aparecer pero que probablemente le emocionaría conocer.

Finalmente, le informo que la falta de espacio me ha obligado a…
… dejar fuera bastantes aportaciones, en particular de testimonios,
… eliminar el capítulo de asociaciones, poniendo sólo *web*s,
… reducir los Anexos a los que muestran el fraude científico del Dr. Gallo.

¡Bienvenido a la apasionante y regeneradora tarea de DESMONTAR EL SIDA!

III-1-1.- ¿Cómo es posible que ocurra algo así?[1]

También esta pregunta se merece un gran debate de fondo. Avanzo: Por concebir un ser humano troceado y apartado de los demás y de lo demás. Por la creciente especialización y tecnologización, que lleva a ignorar cada vez más la complejidad y potencia reales del ser humano como parte de un todo. Por la aceleración de la necesidad de publicar artículos en revistas científicas –aunque sean mayoritariamente falsos-, que lleva a acumular millones de datos insignificantes. Por la supeditación casi total de la investigación y de la información científico-médica a la industria farmacéutica. Por la confianza en que los demás científicos hacen un trabajo perfecto, aunque cada cual sabe que el suyo tiene numerosas imperfecciones. Por la comodidad e inercia de no complicarse la vida metiéndose en problemas. Por la creciente irresponsabilidad imperante a todos los niveles. Por la cada vez mayor supeditación de los gobiernos a las farmacéuticas. Por la delegación de la salud pública y de la propia en unos especialistas que, en su mayoría, están cualquier cosa menos equilibrados y sanos. Por unos medios de comunicación que cada vez desinforman más. Por la creciente atonía social producida por el desarrollo económico. Por haber olvidado que hay una verticalidad (lo sagrado) que preside lo horizontal (lo profano). Y por… ¿qué explicación más propone, lector?

La fe en los tests rápidos condujo a una epidemia que no era
Ni uno sólo de los casos de tos ferina fueron confirmados con el test definitivo:
el crecimiento de la bacteria *Bordetella pertussis* en el laboratorio.
Demasiada fe en un test molecular rápido y altamente sensitivo, llevó a un extravío
***New York Times*, 22 de enero de 2007**

Existen conflictos de intereses y sesgos (*biases*) en casi todos los campos de la medicina,
particularmente en aquellos más estrechamente relacionados con fármacos y tecnología.
Simplemente no es posible seguir creyendo
en la mayoría de la investigación clínica que se publica,
ni confiar en el juicio de médicos renombrados
ni en las orientaciones médicas de las autoridades.
No me produce placer alguno esta conclusión, a la que llegué lentamente y a mi pesar
a lo largo de mis dos décadas como editora del *The New England Journal of Medicine*
Marcia Angell "Drug companies & doctors: a story of corruption",
***New York Review of Books*, 56 #1, 15 de enero de 2009**

Le invito a responder por su cuenta esta pregunta también decisiva. Y así ayudarme a contestarla, pues su experiencia en otros campos puede enriquecer la mía en éste. En todo caso, confío en que mi avance de respuesta resulte por lo menos atractivo a las personas que me han comentado: "Si esto que dices del SIDA fuese cierto, ya se sabría, pues es imposible que un engaño tan grande no haya sido descubierto, ni que en particular los médicos sean tan ciegos".

El recuadro apunta una docena de importantes factores explicativos que no puedo desarrollar. Confío en que se despierte el interés y la abnegación precisos para profundizarlos.

[1] El recién aparecido libro de Jesús García Blanca** contiene muchos elementos y argumentos para avanzar en una buena respuesta a esta pregunta.

Aquí enuncio unas rúbricas que sintetizan numerosos componentes que he ido detectando con los años en relación al funcionamiento del SIDA real. Pero antes veamos con un cierto detalle:

¿Cuán decisiva fue la sentencia de 16 de junio de 1980 del Tribunal Supremo de los Estados Unidos permitiendo patentar organismos vivos manipulados?
Este dictamen legal significó una ruptura con el espíritu que había presidido la investigación científica hasta entonces: sólo se podía patentar cosas inventadas, pero no partes de la naturaleza. Ilustra esta quiebra que cuando al veterano Dr. Jonas Salk le preguntaron si patentaría "su descubrimiento del poliovirus", replicase. "¿Acaso puede uno patentar el sol?".

Lo cierto es que el fallo del Tribunal Supremo «desencadenó una avalancha de peticiones de patentes de recientemente analizadas partes de células, partes de virus e incluso partes de genes humanos, y para los tests respectivos para cada una de ellas. Cuando en 1983 se descubrió el procedimiento PCR, ello hizo posible que se aislasen y patentasen miles de fragmentos de ADN natural. Puesto que cada fragmento estaba legalmente en un estado "nuevo" ya que se le había aislado del resto de ADN, los inversores podían legalmente "poseerlo" si contaban a la Oficina de Patentes que tenían una vaga posibilidad de utilizarlo. Todo ello tuvo un fuerte impacto en la Virología, cambiando el foco de la investigación desde virus completos a simples fragmentos patentables de proteínas o a cortas secuencias del código genético". Y este impacto se transmitió al conjunto de la investigación, especialmente en la aplicable en medicina, entrando en una rápida degeneración. Así, "un colega de Gallo, William Heseltine, de Harvard, le habló de que había llegado el momento de poder ganar fortunas… e, igualmente importante, fondos para la investigación. (…) En aquellos tiempos, Heseltine aplicó derechos de patente sobre más de 10.000 partes de vida. (…) Patentando, explicaba, "Eres premiado por aciertos inteligentes y correctos… La Oficina de Patentes no premia transpiraciones. No les interesa si uno ha empleado veinte años o veinte minutos para inventar algo". Pronto estableció una lucrativa colaboración con GlaxoWellcome. Otros se centraron en patentar partes de plantas. Entonces se construyó una bio-industria que hoy está valorada en varios billones de dólares»[2].

He aquí las rúbricas anunciadas:

1.- El nuevo marco legal para la investigación científica facilitó que se elaborase, aceptase, promocionase y financiase una cascada de falsedades científico-médicas en relación al SIDA. Para imponerlas, desde el primer momento se manipuló conscientemente el miedo

2.- Se ha formado y pagado a unos 'especialistas del SIDA' que, olvidando su Juramento Hipocrático, han aplicado a rajatabla –por ahora- dichas falsedades científico-médicas, con efectos mortales

3.- Por ahora, los científicos y los médicos no implicados en el montaje SIDA dejan – por confianza, pero también por comodidad y/o por miedo- las manos libres a los oficialistas

4.- Se ha marginado, censurado y represaliado a los críticos de la versión oficial del SIDA, y se sigue haciendo… por ahora

[2] También debo esta información, tras la que andaba desde hace tiempo, a J. Roberts**, pg. 100-102.

5.- Se ha comprado e integrado –por ahora- a las víctimas del engranaje SIDA (que se han dejado comprar e integrar). En particular, a los inmolados en mayor número: los homosexuales. ¿La astucia de convertir a las víctimas en cómplices e incluso en protagonistas?

6.- Se ha manipulado y corrompido –por ahora- la solidaridad con las víctimas por parte de voluntarios, de intelectuales y artistas, de Primeras damas de África y de Latinoamérica (y, recientemente, de Francia), etc. (que se han dejado manipular… ¿y corromper?)
6.1.- En particular, muchas Fundaciones y ONGs han encontrado su *modus vivendi* apoyando el montaje SIDA con excusas humanitarias, y correrían peligro de perder sus prebendas caso de interesarse en los Vencedores del SIDA y en los planteamientos críticos

Para llevar a cabo esta gran maniobra en estos múltiples frentes,
se ha dispuesto de:

A.- Enorme peso político a escala mundial
A partir de las autoridades estadounidenses, el SIDA es la primera supuesta 'enfermedad' a la que se le da protagonismo político global. Lo retomaré en III-1-4.

B.- Muchísimo dinero
Aunque, claro está, los oficialistas siempre piden más fondos a fin de profundizar aún más sus ya muy profundas investigaciones. Además, todo proyecto de investigación que indique que puede aplicarse al 'VIH/SIDA', tiene más probabilidades de conseguir financiación; los investigadores en otros campos lo saben y utilizan conscientemente este truco, y al *establishment* del SIDA le va bien porque ayuda a reforzar el ficticio 'VIH/SIDA'.

C.- La eclosión (¿del negocio?) de las revistas científicas
"Desde el siglo XVIII hasta nuestros días el número de revistas científicas en el mundo se ha multiplicado por 10 cada cincuenta años. De las diez revistas científicas existentes en el siglo de la Ilustración se ha pasado a las más de doscientas mil actuales (…) El crecimiento actual de la producción científica supera el 25 % anual acumulativo, lo que provoca que la información sobre ella se duplique cada tres años"[3]. La mayoría de estas revistas, sobre todo las más importantes, están muy influidas por las farmacéuticas, por lo que "la producción científica" que publican es la que las favorece.

D.- La colaboración de los MM.CC.
Tanto promocionando la insostenible versión oficial como censurando a los críticos (¿a cambio de publicidad?), hasta el extremo de cancelar debates con el argumento de que los oficialistas se negaban a discutir con nosotros. ¿Es lógico que los oficialistas hagan censurar a los críticos sólo con no defender lo que ellos aplican diariamente a miles de víctimas inocentes?

Además, y como personalmente me dijo la directora de un programa de radio de gran audiencia en España, 'sólo damos información filtrada, es decir, aquella que los expertos nos confirman que es adecuada'. Pero, ¿por qué sólo los expertos oficialistas? Adecuada, ¿a los intereses de quién? ¿Hasta cuando la funesta censura sobre el invento destructivo SIDA?

E.- Cortinas de humo en forma de pugnas científicas o jurídicas
La disputa por la 'paternidad del VIH' entre Dr. Montagnier-Institute-Pasteur-Gobierno-Francés por un lado y Dr. Gallo-NIH-Gobierno-USA por el otro, ayudó a hacer creer que

[3] *El impacto de Internet en la sociedad*, Centro virtual Cervantes, Anuario 1999.

‘realmente se aisló un virus, causa del SIDA’, falsedad que la concesión del Nobel al Dr. Montagnier pretende reforzar. O las condenas a instituciones oficiales a pagar indemnizaciones ‘por contagio del VIH’ o ‘por errores en el diagnóstico’ u otras razones, refuerzan la engañosa imagen de que hay unos procedimientos oficiales que son precisos pero que a veces se infringen o fallan, cuando en realidad todas las reglas de juego SIDA carecen de base científica y han sido tramposamente construidas. O los amarillos juicios con personas encarceladas ‘por esconder su condición de infectado y haber contagiado sexualmente a terceros’, que sirve para reforzar la creencia en que ‘el SIDA es una enfermedad de transmisión sexual’. O…

¿Quién es este “Se” que acabo de utilizar repetidas veces?
Equivale a preguntarse: ¿Dónde radica el núcleo motriz de la inmensa operación SIDA? Ver III-1-4.

Negocio, racismo, homofobia, eliminar marginales, genocidio, disminución de la natalidad, cambio de hábitos, control de conductas,… ¿Causas o subproductos?
Con el enfoque que propugno, estos factores quedan en segundo lugar. No quiero decir que no jueguen un papel, sino que este papel no es decisivo en general, aunque pueda serlo en un lugar o sector o grupo o momento determinados. Estos factores y otros han sido utilizados, pero no son el motor. El alcance de la operación SIDA va más allá de estos componentes…

Lo fundamental:
¿Es la invención del SIDA un reflejo de las tendencias dominantes en la medicina, la ciencia y la sociedad económicamente desarrolladas?

PENDIENTE
-Resaltar que el SIDA es la primera operación de terrorismo anímico a escala planetaria
-Precisar como facilita el éxito de la falsa versión oficial el que sea tan sencilla e invisible
-Desentrañar la estafa humanitaria que se está realizando con el montaje SIDA
-Analizar en particular cómo ha influido en la integración de las víctimas la concesión de compensaciones económicas, invalideces parciales o totales, apoyos sociales, actos solidarios, etc.

III-1-2.- ¿Cuáles son las ventajas y los inconvenientes de abrir un DEBATE SIDA?

Sólo veo que pueden tener inconvenientes serios quienes quieran seguir viviendo del 'VIH/SIDA', e inconvenientes menos graves quienes han permitido e incluso reforzado el montaje SIDA, a veces con la mejor buena intención posible. Ante la objeción oficialista: 'Sería una irresponsabilidad y un peligro abrir este debate', si ha llegado hasta aquí, lector, probablemente podrá responder por sí solo. Y veo ventajas para el resto de la población mundial, empezando, claro está, por los etiquetados y sus allegados. Además, considero que un amplio DEBATE SIDA sería muy beneficioso para frenar la degeneración de la medicina y la ciencia modernas, así como de la propia población y vida de las sociedades económicamente desarrolladas. Y debilitaría un grave engranaje de destrucción de las demás civilizaciones que afortunadamente existen sobre el planeta.

El asunto SIDA consta de dos componentes:
1) La opinión original de Gallo, y
2) Millones de páginas de investigación que se basan en ella
y que son utilizadas para reforzar la opinión original de Gallo.
Si bien ningún investigador ordinario puede cuestionar competentemente
millones de páginas de investigación sobre el VIH/SIDA,
sería igualmente incorrecto que un científico defienda una investigación
que se base en la opinión de Gallo
sin demostrar que el VIH
a) realmente existe,
b) mata los T4, y
c) causa el SIDA.
Un consenso basado en rumores no demostrados, no es una prueba
Clark Baker, *Gallo's Egg***

Los investigadores tienen que replantearlo todo
Dr. Anthony Fauci, *Wall Street Journal*, 8 de noviembre de 2007

Lector, si ha llegado hasta aquí, y si se ha aproximado a la conclusión "La versión oficial del SIDA es falsa" que he desarrollado en la II Parte, puede ya ver necesario que se realice el Debate que pedimos. En efecto, resumiendo parcialmente:

Oficialmente dicen que:
- no hay cura para el SIDA crónico
- la epidemia sigue avanzando en el mundo
- el número de huérfanos del SIDA va creciendo
- fracasa la búsqueda de la vacuna
- los tratamientos provocan graves efectos secundarios
- cuestan carísimo tanto los tratamientos como el seguimiento
- hay rebrotes en países pudientes
- sigue el riesgo de epidemia heterosexual en los países ricos
- deben intensificarse las campañas de prevención
- continua habiendo discriminación contra los etiquetados
-…
- y se pide muchísimo más dinero para poder responder a todo esto.

Luego a pesar de los supuestos 'importantísimos avances en la lucha contra el SIDA', oficialmente el panorama sigue siendo sombrío.

Oficialmente no dicen (aunque haya aparecido en revistas científicas punta) **que:**
- la reducción de "eso" llamado 'carga viral' no indica mejoría
- la supuesta 'subida de defensas' ('aumento del recuento de T4'), tampoco
- luego los tratamientos aplicados, justificados como beneficiosos porque 'reducen la carga viral' y/o 'aumentan las defensas', en realidad no significan mejora alguna, y no sólo no alargan la vida de las personas tratadas sino que la acortan
- se sigue 'muriendo de SIDA' (aunque, supuestamente 'con la enfermedad cronificada' y, al mismo tiempo –curioso, ¿no?- 'sin desarrollar la enfermedad')
- por lo que 'los investigadores tienen que replantearlo todo' y 'concentrar los esfuerzos en la investigación fundamental', que es como reconocer que no saben nada
-…

Parece, pues, que los esfuerzos basados en las afirmaciones oficiales no han permitido avanzar mucho en 'solucionar el problema SIDA'.

¿Hay entonces que plantear el problema SIDA de otra manera, y así podrán aparecer soluciones nuevas?
Por esto considero que el momento está maduro para un Debate SIDA.

¿Tienen los enfoques alternativos ya también experiencia que aportar al contraste?
Efectivamente. En contra de las acusaciones de 'no tocar de pies al suelo', lo cierto es que sólo una experiencia muy enraizada en la realidad –lo cual incluye en particular la relación directa con etiquetados y sus allegados- nos ha permitido llegar a ser críticos.

¿Cuáles serían las ventajas del Debate?
- Profundizar mediante un contraste entre los representantes más cualificados
- Intercambiar no sólo hipótesis y argumentaciones sino propuestas concretas y experiencias, con un enorme aumento de recursos informativos y terapéuticos inmediatamente disponibles para los etiquetados
- Que se sepa que hay pluralidad de caminos a seguir… y que, quien lo desee, pueda elegir libremente
- Ir aclarando los distintos puntos de desacuerdo y, ojalá, avanzar considerablemente hacia terminar con el SIDA, objetivo al que ningún oficialista se opone[1]
- Aire fresco en Facultades, Centros de Investigación, Hospitales, comités, medios,…
- Educación científica y social… y más… del conjunto de la población
- …

¿Y cuáles serían los inconvenientes?
Yo no encuentro ninguno (salvo que se convirtiese en una treta para retardar el desmontaje del SIDA; III-1-3). Habrá que escuchar los argumentos que aleguen los oficialistas para negarse a debatir.

[1] Por lo menos en público. Pero es imposible actuar para acabar con el SIDA cuando lo que en realidad se pretende es perpetuarlo –y perpetuarse como 'especialista'- convirtiéndolo en una supuesta 'epidemia crónica'.

¿Cuál debería ser la actitud científica de un oficialista ante alguien -sea científico o no, más joven o más viejo, mayoritario o minoritario, con título o autodidacta, haya dedicado 29 años o dos meses a estudiar el tema SIDA- que le cuestiona sus posiciones?
Preguntar, responder, contrastar, debatir, argumentar, precisar,…, hasta separar el grano de la paja. Hay que exigir a los oficialistas –responsables de tantísimas personas, etiquetadas o no, que confían en ellos- que o tengan esta actitud investigativa o se jubilen prematuramente.

¿Existen puntos de posible acuerdo práctico con los oficialistas por los que iniciar el Debate?
Por mi parte, me parecen sensatos los siguientes, que formulo según la terminología oficial:
1.- El SIDA no significa en absoluto una condena a muerte
2.- No hay que desesperarse porque los tests den positivo
3.- Ser seropositivo no es una enfermedad
4.- Se puede ser seropositivo y no llegar a estar nunca enfermo de SIDA
5.- Los 'tests' dan muchos falso-positivos en la población de no-riesgo
6.- No hay más 'vías de contagio del VIH' que las tres oficiales
7.- La transmisión sexual es más difícil de lo que se supone
8.- No hay que recomendar a las seropositivas embarazadas que aborten
9.- Hay que ser muy cuidadosos con los 'ARV'
10.- Igualmente con los 'preventivos'
11.- Incluso terminales se han recuperado, luego nunca hay que tirar la toalla

No está mal, ¿no? Debatidos estos puntos y acordada una redacción común sobre ellos (y sobre otros puntos que los oficialistas puedan proponer … o que surjan en el calor del debate), habría que consensuar una programación de temas y la organización del contraste de todo lo demás.

¿Es mejor mantener la aparentemente monolítica falsedad oficial, de graves consecuencias, que generar la clarificadora 'confusión pública' con que los oficialistas amenazan que se produciría caso de abrirse un Debate SIDA?

Para negarse al Debate SIDA, ¿son aceptables argumentos que me han dicho del tipo 'El pan de mis hijos depende de mi trabajo', '¿Quieres que me echen, como a…'?, 'En este medio (¡de comunicación!) **nunca diremos nada sobre vuestras posiciones', etc.?**

¿Sabe el Dr. Gallo que, con él o sin él, inevitablemente el Debate SIDA acabará contra él?

¿Cuántos influyentes "doctores Gallo" hay en cada país?

¿Cómo encontrar revistas científicas que impulsen el Debate SIDA?

¿Es proponer un debate lo mismo que buscar un consenso?

¿Es defender a los críticos pedir que los oficialistas acepten el Debate SIDA?
No. Sólo significa que quien lo solicita 1) Se ha enterado de que existen distintas posiciones; 2) Desea que se aclaren al máximo; 3) Considera que la mejor forma de hacerlo es que se confronten sus representantes mejor preparados.

¿Sería una pérdida de tiempo cara a los etiquetados efectuar el Debate SIDA que pido?
Por el contrario, sería crear las condiciones para que, entre otras cosas, pasen rápidamente a disponer de muchísimos más recursos para solucionar la situación concreta que cada uno vive.

¿Es callar 'para no confundir a la opinión pública y para no perjudicar a los enfermos' lo máximo que pueden argüir los oficialistas para defender sus posiciones?

¿Por qué la censura mundial a toda concepción del SIDA distinta del 'VIH/SIDA'?

¿Es ser crítico la condición necesaria y suficiente para que –por ahora- un científico sea excluido de la llamada 'comunidad científica mundial' por presiones del *establishment* del SIDA?

¿No es contradictorio que la enorme y fuerte mayoría oficialista afirme que su versión del SIDA está plena, absoluta e incontestablemente demostrada, pero que se niegue a toda confrontación con la (relativamente) pequeña y débil minoría crítica?

¿Se puede tener la fuerza pero no la razón?

¿Se puede tener la razón pero no la fuerza necesaria para lograr que se abra camino?

"¿Qué se puede hacer con científicos e intelectuales que no leen?" (Mbeki)

¿Son los disidentes quienes son ortodoxos (es decir, preservan el conocimiento científico anterior acumulado), y, por el contrario, los oficialistas quienes son heterodoxos (es decir, niegan lo sabido y van innovando, precipitada y fantasiosamente, en función de necesidades y emergencias coyunturales… y de sus intereses crónicos)?

¿A quién perjudica la búsqueda de la verdad?

¿Tenemos los críticos la responsabilidad de crear las condiciones generales que fuercen a efectuar el debate?
Está claro que –por ahora- los oficialistas no tienen interés alguno. ¿Cómo inducírselo?

A) Con la presión de etiquetados y allegados, y de sectores crecientes de la sociedad.
Para ello,
-Hacer **circular profusamente esta información**. Para facilitarlo, ¿constituir un Centro Internacional para Recopilar-Traducir-Informar-Formar-Difundir-y-Compartir la documentación y la experiencia críticas? ¿Confeccionar una **página *web* central** en varias lenguas? ¿Se podría ya de inmediato **inundar Internet con breves vídeos** conteniendo "las 300.000 páginas" (I-5), aunque sea grabando su lectura en pequeñas dosis y en distintos idiomas, empezando por las instrucciones de los 'test'-trampa y por los prospectos de los dobles venenos hospitalarios?
-**Fundar Asociaciones** constituidas y dirigidas exclusivamente por Personas Etiquetadas

sobre unas bases de ruptura con la versión oficial del SIDA, y en las que haya miembros dispuestos a dar la cara públicamente. Claro está, pueden tener marcos de reagrupamiento de personas no-etiquetadas que quieran apoyar
-**Reforzar, de una manera u otra, a quienes damos la cara**. Una forma muy concreta es haciéndose socio de *Plural-21* ó de otras organizaciones. O constituirlas donde no haya
-**Pedir (por burofax, que tiene valor legal) las pruebas científicas de referencia originales de la versión oficial** (II-5). Y animar a entidades, personalidades, medios,…, a solicitarlas
-Recopilar ***Firmas de Intelectuales y Artistas por un Debate SIDA***
-**Recogida centralizada de firmas**, como la mencionada en la I Parte en www.aras.ab.ca
-Mientras el montaje SIDA dure, potenciar cada 23 de abril, aniversario de la tramposa rueda de prensa del Dr. Gallo en 1984, el ***Día Mundial para Repensar el SIDA***, instaurado por el grupo *Rethinking AIDS***. Aunque *Repensar el SIDA* pertenece básicamente al segundo conjunto (I-2), considero que ésta es una de las iniciativas que debe apoyar todo cuestionador de la versión oficial puesto que cada cual puede desarrollarla desde sus propias posiciones. Y también se les puede proponer que cambien a ***Día Mundial para Desmontar el SIDA***…
-"Mientras el montaje SIDA dure" (y puede no ser mucho), **participar tanto dentro como fuera de cada *Conferencia Internacional de SIDA***** (la XVIII CIS se celebrará en Viena del 18 al 23 de julio de 2010; la XIX, en Washington del 22 al 27 de julio de 2012; más no están previstas… e invito a actuar para que no lleguen a realizarse)
-Extender y coordinar internacionalmente los **Premios *Encontrar el VIH*** y ***Probar la validez de los tests del SIDA*** ya mencionados (en II-2-2 y II-2-3, respectivamente)
-Instaurar unos nuevos Premios simbólicos, como el ***Nariz de Pinocho*** a la mayor mentira o manipulación del año, y el ***Impulso Vital*** a la investigación más esclarecedora. Y quizás un ***Premio Noble*** que relegue el *Premio Nobel*
-Lograr que **artistas de todo tipo empiecen a hacer obras** de su arte apoyando el objetivo DESMONTAR EL SIDA.
-…

B) **Despertando interés entre los oficialistas**
-Puesto que está claro que no los buscan por rigor científico ni por curiosidad intelectual ni por sensibilidad humana, nos corresponde a nosotros **hacer llegar a los oficialistas** (tanto a médicos como a ONGs, a investigadores como a técnicos de laboratorio, a las autoridades como a los medios,…) no sólo los textos y propuestas de los críticos (tanto los mejores antiguos como los nuevos) sino también los avances aparecidos en revistas científicas que reflejan que el SIDA real cuestiona el 'VIH/SIDA', pero que no circulan porque detrás no hay farmacéuticas. Que no puedan alegar desconocimiento. Para ello:
-**Ejercer el derecho al Consentimiento Informado**, lo cual implica pedirles y recibir una información completa, tanto en pro como en contra, de cada acto médico que prescriben (en especial, sobre la aplicación de los 'tests'-trampa y sobre la administración de los fármacos-veneno) (III-1-3).
-**Constituir, de manera discreta pero sólida, una Red de Médicos y Terapeutas** para demostrar que otros tratamientos dan mejores resultados (tratamientos que, en mi enfoque, no serían "del SIDA" sino "de las 29 enfermedades tapadas bajo el rótulo SIDA")
-Lograr que se **formen Tribunales Científicos, Médicos, Jurídicos, de Derechos Humanos, etc., imparciales**, constituidos por conocidos especialistas en cada ámbito reconocidos también por su honestidad y rigor intelectual, y pedirles que arbitren (vaya, lo opuesto a la manipuladora *Declaración de Durban* del 2000)
-…

¿Retomar y ejecutar los experimentos aprobados por unanimidad el 4 de julio del 2000 en Sudáfrica al final de la II Reunión del *Presidential AIDS Advisory Panel*, ya que fueron resultado del debate cara a cara[2] más intenso hasta ahora realizado[3]?**

Para conseguir abrir el DEBATE SIDA, ¿es necesario crear unas nuevas condiciones sociales en las que…
… los numerosos **Vencedores del SIDA puedan dar testimonio público** de lo que han vivido y están viviendo sin miedo a presiones, marginaciones, etc.
… los **médicos y terapeutas -titulados o no- puedan explicar**, sin temor a represalias, los métodos que desde hace años están aplicando a los etiquetados 'seropositivos' o 'SIDA' con resultados mejores que los hospitalarios
… los **científicos críticos puedan exponer** sus investigaciones sin sanciones, ostracismo,…
… **desaparezca la censura** que reprime todo abordaje no-oficial del tema SIDA (Silencio = Sufrimiento, Censura = Muerte)
… y, en especial, **los oficialistas no puedan seguir negándose** a justificar los infundados actos médicos que desgraciadamente aplican cada día a sus víctimas?

En resumen, ¿se trata solamente de que puedan practicarse las tan nombradas libertades de expresión, de investigación, de elección, de conciencia,…?

¿Por qué los oficialistas renuncian a convencernos con argumentos y pruebas científicas, y, por el contrario, recurren al silencio, a la censura, a la marginación, al ostracismo, a la descalificación, al desprestigio, a los ataques *ad hominem*, a la calumnia, a las amenazas, a la represión, a presiones sociales y mediáticas, etc., etc., etc.?

PENDIENTE
-¿Hay instituciones de peso, imparciales y en cualquier ámbito, que puedan intervenir obligando a los oficialistas a entrar en el Debate SIDA?
-Analizar a fondo el *Panel*** de Mbeki, el debate en el *BMJ.online* y otras experiencias
-Tesis Doctoral sobre el papel de las revistas científicas en el mundo: poder, influencia, financiación, rentabilidad,…

[2] Por internet, la experiencia más avanzada fue el debate en *BMJ.com* mencionado en II-2-2.
[3] Subrayo que, tras días de intensa convivencia conflictiva, varios oficialistas comentaron por los pasillos que lo planteado por los rigurosos permitiría profundizar el conocimiento del SIDA. Pero al acabarse la experiencia, volvieron a encerrarse en sus torres de marfil.

III-1-3.-¿Puede toda persona o entidad ayudar a DESMONTAR EL SIDA tras leer este libro (u otros de la Bibliografía)?

Sin duda. Hay muchas cosas a hacer. Ya he señalado (II-1) que la clave para terminar con el montaje SIDA es lograr romper sus reglas oficiales de juego. En la II Parte he dado algunos elementos científico-técnico-documental-informativos para ello. Aquí avanzo componentes de una estrategia sobre cómo DESMONTAR EL SIDA. Me parece decisivo concretar la tan vaporosa cuestión de las distintas responsabilidades (políticas, administrativas, médicas, científicas, empresariales, universitarias, mediáticas,…) del drama que está ocurriendo: primero, obligar a que asuma responsabilidades quien corresponda, y a continuación, que tenga que rendir cuentas por ellas. Y para lograrlo, cada vez parece más determinante llevar a componentes de los distintos eslabones del *establishment* del SIDA ante los tribunales, puesto que antiguos documentos y nuevos hechos están situando la tarea de DESMONTAR EL SIDA directamente en el campo de la lucha contra el delito y el crimen. Confío en que este libro (y otros de la Bibliografía) sirva de inspiración. Primer paso: actuar para que se retiren los artículos fraudulentos del Dr. Gallo en *Science*-1984… y el Premio Nobel de Medicina-2008 al Dr. Montagnier.

La industria mundial del VIH es demasiado grande y está fuera de control.
Hemos creado un monstruo con demasiados conflictos de intereses y reputaciones en juego
(…) Ya no es una herejía subrayar que se gasta demasiado para el VIH
(…) Tendría que cerrarse ONUSIDA rápidamente[1]
Roger England, Presidente de *Health Systems Workshop*, Grenada

Éste fue mi primer objetivo cuando empecé este trabajo:
que (el SIDA) fuese incluido en la agenda política.
Esto no es un asunto científico; esto es una cuestión política
Dr. Peter Piot, Director de ONUSIDA desde1995 a 2008 y Vice-secretario General de la ONU
House of Numbers (2009)**

Todo lo que no se legisla explícita y taxativamente a favor del más débil
queda implícitamente legislado a favor del más fuerte
Raúl Scalabrini Ortiz (1898-1959), intelectual argentino

Mientras daba de comer a los pobres, me llamaban santo.
Cuando empecé a preguntar porqué la gente era pobre, me llamaron revolucionario
Helder Camara (1909-1999), obispo brasileño

Lector: he aquí el último capítulo que estoy redactando y que ya reescribo por cuarta vez, incluso retrasando la entrega del libro al editor (¡lo siento mucho!). Pero ocurre que con la evolución que yo mismo he tenido en los más de tres años que llevo confeccionando lo que ahora tiene entre sus manos, cada vez ha ido tomando más cuerpo en mí que, en realidad, éste es el capítulo más importante. ¿Explicación? Pues que la aparición de nuevos elementos me han llevado a entender que un libro inicialmente situado en el terreno de la contrastación científico-médica debía resituarlo finalmente en el campo de la actuación contra el engaño, la negación de derechos, la tortura,…, y el asesinato que en realidad es el montaje SIDA. Es decir, en el campo de las acciones para desmantelar el engranaje SIDA en tanto que actividad delictivo-criminal. Ahí encuentran su sentido final y práctico los demás capítulos.

[1] "The writing is on the wall for UNAIDS", *British Medical Journal*, 10 de mayo de 2008.

Me he dado cuenta de que incluso el Debate SIDA, que he pedido de nuevo en el anterior capítulo, aunque conveniente, puede convertirse en una trampa en la que sigan presas las personas etiquetadas. A estas alturas, me parece claro que los oficialistas de más peso son muy conscientes de que perderían el DEBATE SIDA. Por esto lo han negado sistemáticamente y, por el contrario, han actuado con *marketing* de lo suyo, y con marginación, desprecio, ridiculización y represión contra lo nuestro. Y si finalmente los oficialistas se ven forzados a entrar en el DEBATE SIDA, son tantos, disponen de tantos medios e influencias, y han demostrado ser tan… astutos, que probablemente lo puedan alargar, manipular, instrumentalizar, tergiversar, mediatizar y todos los adjetivos malévolos que se le ocurran, lector, durante… mucho tiempo. Demasiado, puesto que, mientras tanto, la trituradora SIDA continuaría causando miedo, angustia, dolor, sufrimiento, castración, envenenamiento,…, y defunción (eso sí, produciendo "muertos de SIDA con carga viral indetectable, sin desarrollar la enfermedad y desaparecidos de las noticias"). Y, encima, seguiría atrapando nuevas víctimas cada día.

El DEBATE SIDA es necesario pero no puede ir solo. La confrontación de los científicos, médicos y personas más cualificadas de cada lado, no puede dejar a etiquetados, allegados, activistas, demás científicos y médicos, y "sociedad civil" en general, paralizados y como simples espectadores (además, mal informados). El DEBATE SIDA debe ser precedido, flanqueado, acelerado y, quien sabe, quizás terminado por la actividad para DESMONTAR EL SIDA.

Luego lo más urgente es ¿cómo ir frenando la maquinaria SIDA hasta detenerla y desmontarla?
Que sepa, jamás se había planteado un objetivo de tales dimensiones y consecuencias mundiales, por lo que nos corresponde a toda persona, grupo, entidad,…, que hagamos nuestra la tarea DESMONTAR EL SIDA, el elaborar una estrategia adecuada para lograrlo, así como el concretar las formas y el conseguir los medios necesarios para tirarla adelante, y también el atraer los colaboradores y aliados, declarados o anónimos, que ayuden a hacerlo. Pero puesto que probablemente le lleve, lector, un cierto adelanto en esta orientación, me corresponde avanzar algunas propuestas o ideas[2].

De entrada, aclaro que considero que toda iniciativa o acción, tanto "teórica" como "práctica", orientada abiertamente hacia DESMONTAR EL SIDA, tendrá un impacto social cualitativo desde su concepción, y esto es importante cualquiera sea la huella cuantitativa que deje.

Teniendo en cuenta las especificidades político-jurídico-administrativas de cada país,
¿podemos establecer un círculo virtuoso "responsabilidades – acciones jurídicas – decisiones políticas", alimentado constantemente por la difusión de los estudios críticos, por la presión "desde abajo" y por el debate con los oficialistas, que lleve a DESMONTAR EL SIDA?

¿Se ha extendido ya el PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD surgido[3] hacia 1995 en el marco de la ecología a la que debería ser una de sus partes constituyentes claves: la microecología que representa la salud de cada ser humano?

[2] Ver lo adelantado en este sentido en las últimas de las 120 rigurosas páginas que el libro de Jesús García Blanca** dedica al SIDA como ejemplo de "mecanismos de poder en el terreno de la salud y la enfermedad".
[3] Mejor que "surgido", "recuperado", pues parece que ya en el Derecho Romano se hallaban antecedentes…

"Los servidores públicos están limitados en sus actuaciones al cumplimiento de la constitución, la ley y las normas reglamentarias. Responden por acción, omisión y extralimitación de funciones. El cumplimiento de los fines estatales exige los máximos niveles de responsabilidad, pues los servidores públicos disponen de los recursos de la comunidad. Hay unos principios éticos, temporales, que por ser propios de las actuaciones administrativas, deben ser adoptados por los servidores públicos. Respeto y defensa del patrimonio del estado; nobleza y lealtad en el cuidado de los intereses generales; tolerancia e imparcialidad frente a los administrados; capacidad de sacrifico y entrega por el bienestar social."[4].

¿Hemos de apoyarnos y desarrollar los Principios de responsabilidad judicial, responsabilidad ascendente, responsabilidad retroactiva, prevención de la indefensión, garantía de reparación (estado subsidiario), etc.?

¿Es clave actuar para que se asuma responsabilidades y se rinda cuentas por ellas?
Mientras escribo y reescribo este capítulo, voy llegando a la conclusión (¿provisional?) de que el punto de partida y desencadenante del círculo virtuoso para DESMONTAR EL SIDA es el difuminado pero espinoso y explosivo tema de las responsabilidades, que ha surgido varias veces a lo largo del libro.

En efecto, ¿quién es responsable -entre otros aspectos- de que…
… en 1981 se afirmase la aparición de una 'enfermedad mortal infecciosa de transmisión sexual', y en 1982 se le rebautizase SIDA, se insistiese en que se había convertido en una 'terrible epidemia' y se le atribuyese 'origen vírico'?
… en 1983-84 se permitiese que unos artículos en *Science* que ni demuestran haber 'aislado un virus' y que ni siquiera afirman 'haber encontrado la causa del SIDA', sean convertidos en ruedas de prensa, en medios de comunicación, en reuniones político-administrativas y, finalmente, en encuentros científico-médicos en 'la base científica de que el VIH existe y es la causa del SIDA'?
… en 1985-87 se convirtiese unos 'tests' que habían sido concebidos, diseñados, producidos y aprobados EXCLUSIVAMENTE para hacer *screening* (cribado) de muestras de sangre a fin de destruir las que diesen positivo como simple medida de precaución, en 'tests para diagnosticar infección por VIH' y, con esto, en puerta de entrada al infierno SIDA?
… en 1985 se fabrique una 'definición de caso de SIDA' totalmente distinta para África y el mal llamado Tercer Mundo, definición que permite convertir en víctima del engranaje SIDA a todo enfermo de cualquier dolencia endémica e incluso a cualquier niño abandonado?
… en 1987 se apruebe sin un sólo artículo científico que lo avale y, por el contrario, con numerosas pruebas de deficiencias, presiones, manipulaciones y trampas de todo tipo, el veneno AZT* para ser administrado inicialmente a dosis de 2.400 mg, es decir, 96 veces mayores que los 25 mg que van acompañados con una calavera y unas tibias cruzadas?
… en 1981-1995 se empezase a matar a los etiquetados pronosticándoles, sin razón alguna para ello, que sólo les quedaban unos meses o, luego, unos pocos años de vida?
… desde 1995 se esté fabricando 'enfermos de por vida' adoctrinando a los etiquetados con la doble mentira 'el SIDA es una enfermedad crónica'?
… desde 1981 se haga obsesionar a los etiquetados en su supuesto 'recuento de T4' imbuyéndoles la falsa idea de que son 'sus defensas'?
… desde 1995 se engañe a los etiquetados haciéndoles creer que el artefacto tecnológico llamado 'carga viral' indica 'la cantidad de bichos que tienes por mililitro de sangre', con lo que, a pesar de los graves secuelas que sufren, aceptan seguir envenenándose porque 'gracias a los *cócteles* el VIH se ha vuelto indetectable'?

[4] http://co.vlex.com/vid/principio-responsabilidad-42309262#freetrial#ixzz0hUrMBd4G

…en 1993 se inventase el SLI* para los 'casos de SIDA sin VIH' y así reforzar que supuestamente 'el VIH causa el SIDA'?
… en 1999 saliese de alguna chistera el SRI* a fin de extender un manto pseudocientífico por encima de algunos de los perniciosos efectos de los *cócteles*?
… etc., etc., etc.

Y, aún más escandaloso y grave e inmediato, ¿quién es responsable de que…
… desde 1985 se apliquen diariamente miles (¿cuántos y cuáles?, ¿por qué se silencia estos datos clave?) de 'tests' con el fin de 'diagnosticar infección por VIH' a pesar de que los propios fabricantes explicitan claramente que los tests que venden no pueden usarse con tal objetivo? En particular: ¿quién es responsable de que nunca más se vuelvan a hacer los 'tests del SIDA' mientras que a cada visita se hacen los tramposos 'recuento de T4' y 'carga viral'?
… estén aprobándose leyes con la finalidad de obligar a que determinados grupos primero, y finalmente todas las personas, realicen la práctica de riesgo consistente en dejarse aplicar los 'tests del SIDA'?
… desde 1987 se administre quimioterapia permanente a millones de etiquetados para 'combatir al terrible VIH' cuando los fabricantes afirman explícitamente que no se sabe si sus fármacos sirven para esto, y los organismos oficiales aseveran que 'No cura ni previene la infección por el VIH ni el SIDA, ni reduce el riesgo de transmisión del virus a otras personas'?
… desde 2008 se esté proponiendo de nuevo relanzar el criminal 'golpear rápido' que tuvieron que enterrar en el 2001, e incluso se presione para que estos venenos sean 'administrados como preventivo general' nada menos que a toda la población?
… desde los primeros tiempos del invento SIDA por protocolo se estén administrando indefinidamente numerosos fármacos muy agresivos presentados como 'preventivos'?
… de la castración sexual que ha significado para las personas nacidas bajo el terror SIDA?
… de los incontables abortos ordenados o inducidos por los especialistas durante lustros?
… etc., etc., etc.

¿Quién es responsable de los padeceres de quienes escriben así:
"Sufrí durante quince años creyendo que el VIH era un virus mortal y soporté gran sufrimiento a causa de unos 'medicamentos contra el VIH' que nunca necesité haber tomado. Tenía ataques, neuropatía, diarrea diaria, náuseas, erupciones cutáneas, perturbaciones psicológicas y emocionales, confusión mental, ostracismo, depresión, pérdida de empleos, relaciones arruinadas,.... He asistido funeral tras funeral viendo morir a los amigos que continuaron tomando los fármacos del VIH. ¡Ha sido todo tan doloroso! Ahora rememoro escenas retrospectivas cuando pienso en cómo he estado traumatizado durante tantos años. He creado el canal *www.youtube.com/hivquestions* para ayudar a otros en cualquier parte del mundo. Propongo que abramos algún Centro de Curación para ayudar a los sobrevivientes del trauma con tratamientos bien enfocados"[5]?

O así:
"(…) a los pocos días de comenzar con el AZT, yo era verde. El cuarto de baño de mi casa se convirtió en mi lugar de retiro, y la taza del inodoro, en mi sillón necesario. Si, además, alguien pudiera devolverme los minutos que he permanecido agarrada al lavabo vomitando, seguro tendría un par de años extras de vida. (…) La segunda "generación" de pastillas era, según ellos, menos agresiva y más efectiva. Bueno… debo reconocer que sí. El verde intenso de mi piel pasó a verde clarito; ya no vomitaba todos los días tres veces, sólo una; y conseguí reducir los tiempos de visita al inodoro, aunque la urgencia con la que debía hacerlo era tanta, que en ocasiones no llegaba al baño. Era vergonzoso. Se me comenzaron a dormir los brazos de una

[5] Parte de un post enviado por *obmode* a http://fearoftheinvisible.disqus.com/evidence_of_hiv_fraud_36/

forma preocupante. De noche, incluso me despertaba por el intenso dolor que sentía en ellos. Debía levantarme, estirarlos y, cuando se me pasaba, volver a la cama a seguir desesperándome. Mi cuerpo empezó a cambiar. Primero desaparecieron mis piernas, después mis brazos, mi trasero, mi cara… Cada vez que me miraba al espejo, me reconocía menos. Eso sí, aumenté dos tallas de sujetador; pero la cinturilla de los pantalones, esa que siempre me había sobrado, ahora me faltaba. Mi vientre se abultaba, mis caderas se estrechaban. Me daba vergüenza verme desnuda en el espejo, y me lo negué a mi misma y, por supuesto, a mi marido. (…) Estaba desganada y ausente, apática, deprimida a veces, enfurecida otras, asustada siempre… Pero viva… seguía viva, convencida de que todo lo que me estaba pasando eran síntomas producidos por una medicación que me estaba salvando la vida (…) Llevo casi cinco meses sin envenenarme. A la medicación ahora la llamo "matación". Comencé a sentirme mejor desde el primer momento. Dormí toda la noche, tranquila, sin pesadillas y me desperté pletórica, decidida a seguir informándome para tener un conocimiento completo de todo. Esa primera mañana sin "matación", ya no necesité visitar el baño con tanta urgencia. En una semana, mi intestino estaba completamente regulado, de forma natural. No volví a sentir náuseas. Los calambres y hormigueo de brazos y piernas desaparecieron progresivamente pero para siempre. Me costó un poco más regular mi sueño, pero lo conseguí con paciencia. En definitiva, todos los efectos de la "matación", fueron siendo eliminados de mi vida: dolores, apatía, cansancio, hemorragias menstruales… miedos… bueno, algunos miedos… otros quedan, pero serán vencidos el día ese en el que, sentada delante del médico, mirándole fijamente a los ojos, le pregunte: "TÚ, ¿QUÉ SABES DEL SIDA?"[6].

Y ¿quién es responsable de los muchísimos más que no han tenido la suerte de cambiar de camino a tiempo y poderlo contar, y continuaron hasta el fatídico precipicio (¿matadero?) construido por los oficialistas?

Pero, "pedir responsabilidades"…

-**¿Quién?** Etiquetados y allegados poseen una capacidad de impacto social e institucional que no tenemos los demás; pero -por ahora- la inmensa mayoría están muy presos aún por el miedo a, y/o la confianza en, y/o la dependencia de, lo oficial, y, en consecuencia, siguen siendo arrastrados por el engranaje SIDA. Por lo tanto la iniciativa queda en manos de quienes –etiquetados o no- asumamos libremente como tarea propia DESMONTAR EL SIDA a partir de nuestras capacidades-y-límites en cada respectiva situación concreta. Además, estaría muy bien que actuasen quienes –personas o instituciones- tienen la función social de velar por el respeto a la salud y a la vida y a los derechos que las protegen, por la buena praxis médica, por el rigor científico, por la verdad, por la justicia,…; pero -salvo excepciones que cuanto antes se expresen, mejor-, me parece que sólo actuarán cuando reciban mucha presión "desde abajo".

-**¿A quién?** Me parece que lo más fácil y también eficaz para las víctimas directas de a pie, que pueden ver disminuida la presión que sufren en cada visita, es a los especialistas hospitalarios del 'VIH/SIDA'. Puesto que son médicos que A) tienen que atender cara a cara y cuya tarea debiera ser curar, y no suelen ser científicos que investiguen, y B) están en el último eslabón de la cadena, su reacción –si no se les deja escaquearse- será trasladar la presión que reciban hacia eslabones superiores, presionándolos a su vez. Y así sucesivamente hasta… ¿quién ordenó a los CDC que montasen lo que acabó llamándose SIDA?

-**¿Qué?** TODO, pues -como he expuesto y, espero, demostrado- en el 'VIH/SIDA' todo es falso. Concreto iniciativas más adelante.

¿Se establecerán cascadas invertidas de responsabilidades?

Me parece lo más probable. Cuanto mayor sea la presión en la primera línea, más diversificada será la ramificación que adopte hacia arriba, por sectores, y hacia los lados, por conexiones geográficas.

[6] Extractos de un mensaje personal vía e-mail de una mujer etiquetada 'seropositiva' en 1990.

¿Es la revista *Science* el eslabón débil de la cadena de todas las responsabilidades?
Probablemente. *Science* publicó los artículos del Dr. Gallo con gran rapidez, sin hacer una revisión crítica a fondo y no reaccionando desmarcándose ante la rueda de prensa realizada once días antes de aparecer la revista, donde la Ministra de Sanidad y el Dr. Gallo anunciaron al mundo lo que los artículos editados en absoluto demostraban. En lugar de actuar frenando la publicación, los responsables de *Science* aceptaron la gran publicidad gratuita que les habían hecho y que se multiplicaba con cada eco del falso "notición"…

No tengo razones hasta ahora para acusar a la entonces dirección de *Science* de nada más que de haber sido negligente y oportunista, anteponiendo el éxito de apuntarse el tanto de tener la prioridad de los artículos del Dr. Gallo que 'abrían la solución al SIDA, vacuna incluida anunciada para los dos años', al rigor científico. De nada más… y de nada menos, viendo las terribles consecuencias que dichos artículos fraudulentos tuvieron al dar nacimiento a la ficción 'VIH/SIDA'.

Science tuvo la responsabilidad de publicar y dar pie a la versión oficial del SIDA, que carece de toda base (científica u otra, como he explicado). Durante dos décadas largas, *Science* gozó del prestigio internacional de haber publicado 'los cuatro artículos científicos de referencia originales que demuestran que el VIH causa el SIDA'. Pero justo tras la aparición en junio de 2008 en *Fear of the invisible*** de los tres documentos que ya he mencionado y que, lector, encuentra íntegros en Anexos, y del envío el 1 de diciembre siguiente de la carta de 37 investigadores *senior* de 14 países exigiendo la retirada de los artículos del Dr. Gallo, *Science* no dice una sola palabra conmemorativa a los 25 años de su lamentable 'gran éxito editorial'. Los directivos de *Science*, como todos los oficialistas, buscan escaquearse… si se les deja. Si reciben un alud de cartas provenientes de todos los países, tendrán que romper su silencio.

Si retiran los artículos del Dr. Gallo, se abrirá una importante -¿definitiva?- vena de agua bajo la línea de flotación de un buque SIDA que ya presenta señales de haberse comenzado a hundir[7]. Si no los retiran pero tienen que contestar, entonces deberán argumentar por qué los mantienen. Y, quien sabe, quizás inesperadamente por ahí arranque el DEBATE SIDA…

En consecuencia, le invito, lector, a escribir -y a invitar a escribir- a *Science*. Y ello se tenga o no título académico, se sea o no etiquetado, se pueda o no redactar en inglés. Una cuestión de forma no debería impedir que la dirección de *Science* se entere de que Ud. también desea –si éste es el caso, claro- que sea retirado **"Dr. Gallo 1984"**… expresión que debe escribirse igual en muchos idiomas. Al fin y al cabo, además de por rigor científico, me parece una oportunidad brindada a *Science* para que contribuya ahora a desmontar lo que tiene la responsabilidad de haber desgraciadamente ayudado a montar en 1984.

[7] Además de la drástica reducción en más de seis millones de 'personas viviendo con VIH/SIDA' mencionada al inicio, y de otros golpes dados por el SIDA real al 'VIH/SIDA' señalados a lo largo del libro, he aquí algunos otros: la farmacéutica Roche "ha anunciado la decisión de suspender toda investigación sobre nuevos medicamentos contra el VIH" (*Financial Times*, 11 de julio de 2008); una semana después el Dr. Fauci decidió interrumpir todos los ensayos clínicos de vacunas anti-VIH (*New York Times*, 18 de julio de 2008) y diez meses antes, la farmacéutica Merck & Co ya había anunciado "la decisión de abandonar sus ensayos clínicos sobre una vacuna contra el VIH"; "La OMS ha aceptado el hecho de que la amenaza de une epidemia heterosexual mundial de SIDA ha desaparecido" (Dr. Kevin de Cock, director del departamento de VIH/SIDA en la OMS, *The Independent*, 8 de junio de 2008); el Dr. Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA desde su fundación en 1995, tomó la decisión de no solicitar la renovación de su mandato;…. Y ¿cómo explicar la parálisis que invadió en el 2009 a todos los importantes y bien informados a la hora de conmemorar los 25 años del lanzamiento de la ficción 'VIH/SIDA'?

¿Puede la retirada de *Science* tener un efecto dominó?
Un corolario casi inmediato es la retirada del Premio Nobel al Dr. Montagnier… y también a la Dra. Barre-Sinoussi. Que les concediesen el Nobel de Medicina de 2008 fue motivado porque el supuesto virus que supuestamente 'aislaron' en 1983 era 'la causa del SIDA, según demostró un año más tarde el Dr. Gallo en la revista *Science'*. Luego si *Science*…, este Premio Nobel también…

Pero no se detendría ahí el derrumbe. (Supongo que) Todas las revistas científicas han publicado textos basados en 'los artículos de referencia del Dr. Gallo en *Science*-1984'. No puede ser casualidad que como mínimo *Nature, The Lancet, JAMA, BMJ, NEJM* y *PNAS* también se hayan olvidado –"salvo error u omisión"- de mencionar los 25 años 1984-2009, que pueden convertirse en el 25 aniversario más famoso… a pesar de haber sido el menos celebrado. Todos estos artículos deberán ser reevaluados y entonces decidirse si también son arrastrados –o no- por la caída de los cuatro del Dr. Gallo en 1984. Y por la retirada del Nobel de Medicina de 2008. Y por los que vayan siendo aparcados y que a su vez hayan sido citados…

Y más: habrá que actuar en cada país para que se anulen los *Honoris Causa* y otros Premios concedidos al Dr. Gallo. Y también al ex Nobel Dr. Montagnier. Y los concedidos simultáneamente a ambos[8] tras el acuerdo de "alta política sucia" consistente en presentarlos como co-descubridores[9]…. Y los otorgados a otros oficialistas homenajeados por sus elucubraciones basadas en las fantasmagorías de los Drs. Gallo y Montagnier. Y…

Pero confío en que, logradas las primeras retiradas, no tendremos que esforzarnos mucho: a partir de un cierto momento, serán los propios concesionarios los más interesados en limpiarse tomando la iniciativa de retirar lo que concedieron. Y quizás incluso pueda pensarse en un eximente para los oficialistas que acepten redimirse participando en el Debate SIDA…

Lector: con esta perspectiva –que ojalá no quede en un "cuento de la lechera"- bien vale la pena escribir a *Science*... incluso repetidas veces, hasta que tenga que contestar.

¿Qué hacer para precisar quién tiene qué responsabilidades a asumir?
Se sea etiquetado o no: aclararse, situarse uno mismo y decidir si se quiere actuar –cada cual desde su posición- para DESMONTAR EL SIDA. A partir de ahí, por iniciativa personal o coordinadamente con otros, hacer que fluya la fuerza de la razón: hacer circular información crítica, preguntar, escribir, entrevistarse, pedir, exigir, emplazar, denunciar, demandar, querellarse,… Con esto se generará un doble movimiento: cada oficialista mirará de pasar sus responsabilidades a sus jefes dentro de su esfera, y cada esfera buscará remitirlas o a esferas superiores a la propia en las que descargar las responsabilidades, o a subesferas más especializadas en las que cargarlas. Hay que estar atentos a qué movimientos y cuáles reacciones se producen. E ir detectando qué vacíos de responsabilidad quedan, y quién y en qué cargo asume alguna.

[8] Esto ocurrió, por ejemplo, con el Premio Príncipe de Asturias de Investigación del 2000.
[9] Y repartirse los gobiernos de EE.UU. y Francia los royalties de los 'tests del SIDA', que, según el *New York Times* de 31 de diciembre de 1992, sumaron unos 50 millones de dólares entre 1985 y 1992, y de los que el Dr. Gallo recibiría unos 100.000 dólares cada año hasta el 2002 (al igual que los Drs. Popovic y Sarngadharan, cuyos nombres también constan en el registro de la patente del 'test'). Estos acuerdos se tomaron en una reunión entre el Presidente estadounidense Ronald Reagan y el Primer Ministro francés Jacques Chirac celebrada el 31 de marzo de 1987 en la Casa Blanca a fin de cortar las denuncias del Instituto Pasteur y del Dr. Montagnier contra los NIH** y el Dr. Gallo por robo de su supuesto 'virus', y así evitar el peligro de que la disputa permitiese sacar a luz que en realidad no había virus alguno del que disputarse la paternidad.

¿Hay que llevar a los tribunales a los responsables localizados… y a los responsables de los no-localizados, vacíos de los que también "alguien" debe ser garante?
Así me parece. El montaje SIDA es especialmente aterrorizador y destructivo, pero es un gigante con pies de barro. Es una enorme construcción artificiosamente ensamblada con pseudociencia y además basada en un fraude científico, y ha atraído muchísimo dinero corruptor utilizando engaños para aumentar el miedo y exagerar el número de sus víctimas, a las que primero paraliza robándoles la ilusión, la esperanza y el futuro, y luego tortura psicológicamente mientras las envenena con quimioterapia. En la medida en que más personas se atrevan a mirar el monstruo de frente, más claramente se verá el carácter delictivo de la conducta de sus promotores y mantenedores. ¿Por qué no podría verlo así también un juez o un tribunal, sobre todo con la prueba acusatoria viviente que es el calvario que ha sufrido cada una de las víctimas del 'VIH/SIDA'?

Y muchas más pruebas podrán recogerse con la documentación y con los silencios recopilados a partir de:

¿Qué acciones concretas puede hacer un etiquetado… mejor con apoyo de sus allegados?
---Llevar hasta sus últimas consecuencias la denuncia legal de la actual violación del derecho al consentimiento informado. El consentimiento informado debería ser abiertamente reconocido como un derecho humano fundamental con carácter de requisito previo de legitimación de la intervención facultativa. Los oficialistas lo vulneran constantemente al actuar rutinariamente contra una persona paralizada por el miedo que ha creado el propio *establishment* del SIDA, al dar -cuando la dan- una información parcial y sesgada sobre las consecuencias de lo que hacen, y al esconder que hay otras vías posibles de entender y de abordar todos los aspectos del drama SIDA, como pone de manifiesto el hecho de que silencien totalmente no sólo la existencia de los críticos sino la numerosa literatura (una parte, citada en este libro) que cuestiona las distintas facetas de la ficción 'VIH/SIDA' y que ha aparecido publicada en revistas científicas. "Todo ser humano adulto y racional tiene el derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo". Pero no puede tomarse una decisión consciente si el oficialista no provee toda la información importante, si el etiquetado no llega a comprender el alcance de lo que le hacen y le suministran (en particular, se le esconde el carácter venenoso de los *cócteles* y sus mortales efectos contra las mitocondrias de la célula), y menos aún si median coacciones y chantajes (del tipo, literalmente, 'morirás si no…' o 'perderás dos meses de vida por cada pastilla de ARV que dejes de tomar'). Como medio para desmontar el SIDA, hay que estudiar la "(…) responsabilidad por falta de consentimiento informado como la obligación de indemnizar al paciente por la lesión del derecho de autodeterminación derivada de la omisión total o parcial de la información o de la falta de solicitud de su consentimiento a una intervención médica, haya sido ésta realizada o no conforme a la *lex artis*".[10]
-Hacer que **todo oficialista se responsabilice de lo que hace y prescribe** firmando un documento de aceptación de las responsabilidades civiles y penales que se derivan de sus actos médicos, actos que hay que solicitarle que documente científicamente.
-Exigir una **moratoria en la aplicación de los supuestos 'antivirales'**. Su imperiosa necesidad ha quedado expuesta a la luz del día por la propia OMS** cuando el 30 de noviembre de 2009 ordenó la retirada del supuesto 'antiviral' denominado Zerit-d4T-Estavudina por los graves efectos de su toxicidad. Resulta que el fármaco más administrado como 'anti-VIH' en el mundo tras ser aprobado (ya sabe, lector, que 'no para curar ni prevenir el VIH ni el SIDA, ni para disminuir el riesgo de infección a otra persona' sino para… ¿qué?) por la FDA el 24 de junio de 1994, tiene que dejar de ser utilizado quince años después en beneficio de otros 'me-

[10]Además, el consentimiento informado debe ser continuado y revocable. *Autonomía del paciente y libertad terapéutica*, Sara López-Chapa, Editorial Bosch, Barcelona, 2007.

nos tóxicos' que el retirado, y pone como ejemplo de 'menos tóxico'… el reconocido veneno Retrovir-AZT-Zidovudina. Me parece claro que todos ellos serán 'menos tóxicos' cuanto menor sea la dosis que se tome. Entonces, ¿por qué no reducirla a cero? Probablemente ahí debe haber base para lograr la retirada de todos los supuestos 'anti-VIH'. Mientras, por lo menos una moratoria en su aplicación.

-"Doctor: quiero que me vuelva a hacer los tests del SIDA". ¿Cómo recopilar las caras de sorpresa y/o de espanto que pondrán los oficialistas, así como las razones que farfullarán para negarse? Recuerde, lector etiquetado, la serorreversión (II-2-1) y pídale al oficialista documentación al respecto. Y para animarle, además infórmele de que así quizás ocurra con Ud. lo que sucedió con la Sra. Audrey Serrano[11], de 45 años, que fue indemnizada en diciembre de 2007 por un Tribunal de Chicago con 2,5 millones de dólares por haber sido tratada con *cócteles* que le produjeron inmunodeficiencia cuando su administración no tenía ni siquiera justificación oficial puesto que, al hacerle de nuevo los 'tests' y dar negativo, resultó que en su historial no había constancia alguna de que antes hubiese sido etiquetada 'seropositiva'. Mientras logramos la prohibición definitiva de la aplicación de los 'tests'-trampa, hay que conseguir una moratoria inmediata.

-…

¿Qué acciones concretas más pueden hacerse por parte de alguien no etiquetado?
(y que jamás lo será tras leer este libro u otros de la Bibliografía)

- Emplazar a las autoridades a que se responsabilicen de lo que está ocurriendo porque ellas lo han o bien autorizado o bien tolerado… hasta ahora
- Denunciar a los fabricantes tanto de 'tests' como de supuestos 'ARV' ante los Fiscales Generales, y toda esta situación ante los Defensores del Pueblo o similares[12]
- Denunciar violación de Derechos Humanos en todas partes posibles. El Artículo 5 de la *Declaración Universal* establece que "Nadie debe ser sometido a un tratamiento o pena en forma inhumana, cruel o con tortura". Luego nadie tiene derecho a someter a los etiquetados a las torturas anímicas y farmacológicas oficiales aunque se pretenda hacerlo "por su propio bien". Las posibilidades de demandar indemnizaciones son cada vez más claras. Y las posibilidades de obtener sentencias favorables aumentarán en la medida en que se incremente la documentación crítica y la presión.

-…

¿Y entre todos?

-Abrir demandas de indemnizaciones para todas las personas etiquetadas como 'infectadas por VIH' y para todas las envenenadas con los fármacos oficiales, incluso para los familiares de las ya fallecidas

-Presentar querellas por robo de vida, por castración y ablación generalizadas, por envenenamiento, por intento de asesinato,…

-Lograr que se lleve a juicio, directamente o a través de quienes lo están aplicando día a día, a los que montaron el SIDA

-Presionar a los militantes, asociaciones, partidos, gobiernos y reagrupamientos internacionales (como el ALBA[13]) de izquierdas, que se consideran antiimperialistas, para que ayuden a desmontar el SIDA, este invento destructivo *made in USA*

-Presionar a los militantes, asociaciones, partidos, gobiernos y reagrupamientos internacionales de derechas, que consideran que actúan por el bienestar de los ciudadanos, a que contribuyan a

[11] www.cbsnews.com/stories/2007/12/13/health/main3614167.shtml

[12] Denuncias de este tipo han sido realizadas por lo menos por Jesús García Blanca** primero en Andalucía y luego en toda España, y por el abogado Luis Antonio Franco Orozco** en Venezuela, sin resultado… por ahora.

[13] www.kaosenlared.net/noticia/desafio-gobiernos-antiimperialistas-ante-montaje-vihsida

desmantelar el SIDA, este engaño a todos los niveles que empeora a toda la humanidad y que tortura y asesina a quienes atrapa directamente
-Presionar a las personas, agrupaciones, colectivos, ateneos, foros locales y mundiales, etc., que se sitúan por encima de la división izquierda-derecha, para que hagan suyo un objetivo tan a favor de la vida como desmontar el SIDA
-Llevar estas presiones, demandas, denuncias, querellas, etc., hasta implicar a los organismos internacionales (ONUSIDA, OMS,…) y, finalmente, a los CDC y fracciones de organismos, entidades, servicios, etc., de rango superior que decidieron poner en marcha lo que acabó siendo el monstruo SIDA actual.
-…

¿Habrá "acciones legales colectivas"?

En caso de duda, ¿sentencia a favor del más débil?
No tengo las referencias, pero leí que un abogado ganó un juicio por un caso de supuesta 'sangre contaminada' simplemente llamando a varios oficialistas y formulándoles las mismas preguntas uno tras otro. Cuando se retiró el último, se dirigió al tribunal y valoró: "Ustedes han visto cómo se han contradicho entre sí. En caso de duda, sentencia a favor del mas débil". Habría que lograr generalizar este criterio a favor de las víctimas del *establishment* del SIDA.

¿Habría que lograr la revisión de numerosas sentencias judiciales de casos de distinto tipo?
Tomar contacto con las personas o familias, o con sus abogados. Hacer listados de quienes, en cualquier país, están en prisión o en procesos judiciales en relación a diferentes consecuencias del montaje SIDA, e interesarlos en reabrir su caso. Hay A) Mujeres embarazadas que son presionadas por no querer tomar ellas ni que se administre a sus bebés venenos como el AZT y la Nevirapina; B) Padres, en particular madres solas, a las que se les quita –momentánea o indefinidamente- la patria potestad de sus hijos por negarse a que sean envenenados (Valeria Emerson y sus hijos Tia y Nikolas[14]); C) Personas en prisión por haber supuestamente 'infectado con el VIH' a sus parejas o a relaciones ocasionales (Eneydi Torres[15]); D) Científicos y médicos D-1) fallecidos en el transcurso de procesos que se les han abierto a causa de su discrepancia con el engranaje SIDA (Dr. Verzini, Dr. Hässig**), o D-2) aparecidos muertos en extrañas circunstancias (Dr. Willner**); E)…

La OMSJ (*Office of Medical and Scientific Justice*), formada en el 2009 por Clark Baker**, está asesorando actualmente la defensa de una treintena de víctimas del engranaje SIDA en USA y Canadá.

¿Es un ejemplo a seguir la demanda puesta en Grecia por la periodista Maria Papagiannidou contra el Gobierno (y contra el Ministro de Sanidad, el Centro Responsable de SIDA, la Organización Nacional de Medicina y el hospital que la llevó)?
Maria Papagiannidou** (III-3 y III-5), tras no recibir respuesta a sus cartas de 1 de noviembre de 2007 al Centro Responsable de SIDA y de 25 de noviembre de 2008 al Ministerio pidiendo las pruebas científicas del 'VIH/SIDA', presentó la demanda el 8 de julio de 2009 en Atenas. Debía ser considerada el 11 de junio de 2010, pero fue pospuesta al 29 de octubre.

Maria acusa al Gobierno griego de ser el responsable máximo de los daños que sufrió durante 22 años como etiquetada debido "al fracaso de los organismos del Gobierno y por falta de lega-

[14] www.nytimes.com/1998/09/20/us/boy-is-healthy-without-drug-for-hiv-mother-says.html?pagewanted=1
[15] www.omsj.org/corruption/hiv-defendant-prevails-over-pharma-propaganda

lidad en la implementación de su plan de acción". Denuncia malpraxis médica por las orientaciones inadecuadas que se da a los 'médicos del SIDA', y acompaña documentación exhaustiva demostrando que "el virus nunca ha sido aislado, que los tests no detectan lo que se afirma y que los fármacos no curan". Por todo ello, Maria pide una indemnización de seis millones de euros más sanciones para los responsables de lo ocurrido.

¡Ojalá la iniciativa de Maria inspire muchas más!

¿Es lo necesario y suficiente para conseguir DESMONTAR EL SIDA crear unas nuevas condiciones sociales en las que…
… abogados, jueces, fiscales, detectives, inspectores,…, investiguen los numerosos aspectos delictivos y penales del montaje criminal SIDA, que notarios den fe de cada paso efectuado a fin de que quede constancia legal de todo ello, y que se celebren con todo rigor y a la luz del día los juicios pertinentes?

¿Tiene sentido el activismo para dar a conocer la realidad del montaje SIDA?
Lo considero clave. No veo razones de peso para que toda persona, grupo, asociación, fundación, corriente de pensamiento, sindicato, partido,…, que desee un individuo, una sociedad y un mundo mejores[16], no pueda hacer suyo el objetivo de terminar con el SIDA desmontándolo.

Pero sí veo que para ello será necesario superar la fe en la ciencia oficial dominante que aún tiene la sociedad occidental moderna y sus zonas de influencia, pues se ha convertido en una pseudoreligión incuestionable. Esto explica la conducta integrista y negacionista que tiene –por ahora- la mayoría de científicos, médicos y demás creyentes en el 'VIH/SIDA'.

¿Un movimiento específico para DESMONTAR EL SIDA?
Protegido y reforzado por este activismo más general, se constituirá una fuerza social que actúe conscientemente con el objetivo explícito de Desmontar el SIDA. Puede:
-Formarse una Red Internacional de Voluntarios para Desmontar el SIDA (¿qué mejor "Olimpiada" humano- político-social-etc.?)
-Concentraciones, Huelgas de Hambre (aún mejores que las de las CIS* Ginebra-98 y Durban-2000) y otras formas de atraer la atención
-Organizar grupos que en varios hospitales y centros privados de diferentes ciudades y países, se hagan 'tests', 'carga viral' y 'recuento T4', exigiendo previamente la documentación científica en que debe basarse todo Acto Médico
-Internet y medios de comunicación pequeños ahora, y medios de masas a partir de un momento determinado
-Potenciar y coordinar internacionalmente el nuevo Premio DESMONTAR EL SIDA
-Atraer la Solidaridad hacia los Vencedores del SIDA, reorientando la actual, dirigida a sacrificar víctimas del 'VIH/SIDA' a mayor gloria del *establishment* del SIDA
-…

¿Tendrá un peso decisivo la recogida centralizada de testimonios de Vencedores del SIDA en cualquier parte del mundo?
OJO: Habrá que ser muy cuidadoso con el control de las probables trampas efectuadas por oficialistas para desprestigiar una iniciativa así, y también para presionar y atacar a los etiquetados que

[16] Entiéndase por "mejor" cualquier cosa distinta al imperio de la mentira, el miedo, la censura, la corrupción, la mutilación, la tortura, el asesinato, la rentabilidad, el dominio de las farmacéuticas,…, todo ello ejecutado "en nombre de la salud y la ciencia".

aporten su testimonio (y a los que habrá que proteger). Y asimismo, filtrar a no-etiquetados pero desequilibrados, que también pueden aparecer.

¿Está desmantelar el SIDA en poco tiempo al alcance de cualquier sociedad –local, nacional, internacional o mundial- que lo decida?

¿Bastaría un 1% (uno por ciento) del presupuesto anual empleado en supuestamente 'combatir el SIDA' para conseguir DESMONTAR EL SIDA definitivamente?

¿Es un objetivo verdaderamente justo y solidario lograr ser el primer Centro de Enseñanza o Cultural o Social, o Facultad u Hospital, o barrio o ciudad o región o país LIBRE DEL MONTAJE SIDA[17]? A medida que más entidades, grupos, zonas, etc., se proclamen TERRITORIO LIBRE DEL MONTAJE SIDA, el 'VIH/SIDA' se irá disipando en paralelo…

¿Hay que "predicar con el ejemplo" y proclamar a los cuatro vientos que "Plural-21 es la primera asociación LIBRE DEL MONTAJE SIDA en el mundo", e invitar a que cada cual tome iniciativas por el estilo en todos los lugares, entidades y ocasiones donde sea posible?

¿Sería la constitución local e internacional de "REDES DE ENTIDADES LIBRES DEL MONTAJE SIDA" un poderoso instrumento para liberar a la humanidad del monstruo SIDA?

¿Hay personas situadas en posiciones de poder importantes –e incluso en el propio *establishment* del SIDA- que están preocupadas ante el proceso que sigue el SIDA real, dándose cuenta de que choca cada vez más con el 'VIH/SIDA' oficial? ¿Cómo lograr que dichas personas contribuyan a desmantelar el montaje SIDA?

¿Puede instituirse la figura del "especialista del VIH/SIDA arrepentido", dándole inmunidad e incluso una nueva identidad a cambio de que colabore en desmontar el SIDA?

PENDIENTE

-Prioritario: Sacar un libro sobre cómo Desmontar el SIDA redactado por los voluntarios y los grupos y entidades que lo deseen. En particular, hacer un estudio técnico monográfico sobre sus aspectos jurídico-legales

-Hacer listados de las personas que, en cualquier país, están en prisión o en procesos judiciales en relación a diferentes consecuencias del montaje SIDA

-Establecer una cronología delictivo-criminal del Dr. Gallo. Y de los CDC.

-¿Prescribe un delito si no han terminado sus consecuencias, y si cada día nuevas personas actúan ejecutándolo y así incrementan el número de quienes sufren y mueren víctimas del delito?

-¿Dónde están los abogados, fiscales, jueces, notarios, catedráticos y profesores de Derecho, procuradores, oficiales y otros profesionales del ámbito de la justicia, no implicados en el montaje SIDA y que no quieran colaborar con él por omisión? ¿Y los Jefes de Estado y Primeros Ministros, y Ministros de Sanidad y demás responsables sanitarios, y políticos en general?

[17] El 23 de abril de 2010 fue emitido por el Canal Uno de Rusia en su programa *Gordon-Kihot* (es decir, *Quijote*) un duro "debate SIDA" de 63 minutos de duración al que contribuí vía satélite. Aunque me sacaron algo más de cuatro minutos (www.1tv.ru/sprojects_edition/si=5746&fi=4032) de los nueve que me grabaron, lamentablemente no recogieron mi propuesta de actuar a fin de conseguir una "Rusia, primer país en el mundo libre de SIDA".

III-1-4.- ¿Por qué en los USA se puso en marcha el SIDA en 1981?

Hipótesis suave: A partir de la aplicación en 1981 en Los Angeles de un avance científico (la subdivisión de los linfocitos T en T4, T8, etc.) con su correspondiente adelanto tecnológico (aparato para el 'recuento de T4'), empezaron a funcionar unos mecanismos establecidos en las sociedades económicamente desarrolladas que hicieron que, de manera automática e involuntaria, se fuera construyendo el monstruo SIDA. **Hipótesis dura**: Los CDC de los EE.UU. pusieron en marcha (¿hacia 1973?) un experimento con homosexuales cuyas primeras víctimas mortales se detectaron a mediados de 1981. Para tapar estos fallecimientos y los miles más que inevitablemente iban a ocurrir en las metrópolis occidentales como resultado de dicho experimento, los CDC inventaron que 'en los homosexuales ha aparecido una nueva enfermedad inmunosupresora, infecciosa, sexual e inevitablemente mortal' que acabó siendo llamada SIDA. Luego, paso a paso, los CDC fueron montando el resto de la ficción 'VIH/SIDA'. Gracias a estas astucias, el experimento, ahora con muchas más cobayas humanas voluntarias y gratuitas, prosigue a la luz del día. Así, pues, la "causa del SIDA" serían los CDC. **En ambas hipótesis**, el único "tratamiento del SIDA" adecuado es desmontarlo. ¿**Otras hipótesis, lector?**

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
***Comisión Dingell*, 1994**

Lector, confío en que considere que en la II Parte he dado suficientes argumentos para, como mínimo, poner en entredicho la versión oficial del SIDA.

Surge entonces la pregunta: "Si el SIDA no es lo que se dice que es, entonces, ¿qué es realmente el SIDA?". Le invito a que ayude a responderla. Y avanzo elementos de una posible respuesta.

Antes, una observación metodológica: La invalidez de la explicación oficial del SIDA no depende de la validez de lo que sigue. Me explico: aunque lo que a continuación escribo fuese totalmente absurdo, ello no haría resucitar las afirmaciones oficiales que he enterrado. Lo que sigue es un esfuerzo precisamente para llenar el vacío que deja el desvanecimiento del 'VIH/SIDA'.

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

HIPÓTESIS SUAVE

En los países económicamente desarrollados es lógico que:
- todo investigador (como el Dr. Gottlieb) busque encontrar (en esta ocasión, homosexuales con PCP que mueren en hospitales de Los Angeles) y luego quiera dar a conocer su hallazgo (redacte un artículo científico para publicar);
- los CDC*, cuya tarea es prevenir, detectar y solucionar problemas de salud pública, sacasen el artículo en su revista *MMWR* para justificar su existencia y pedir mayor presupuesto;

- microbiólogos del Comité de Redacción de *MMWR* escribiesen una notas apuntando tendenciosamente hacia su especialidad sacándose de la manga una posible causa infecciosa;
- atrajese múltiples atenciones un tema en el que se mezcla sexo, homosexualidad, drogas, sangre, enfermedad, entes microscópicos invisibles, muerte, etc.;
- algunos medios buscasen aumentar sus ventas aireando escandalosamente dicho tema;
- reprimidos sexuales lo usasen para atacar conductas menos estrictas;
- algunos predicadores barriesen hacia su púlpito;
- investigadores, veteranos o recién licenciados, aprovechasen para hacer carrera;
- determinadas industrias, farmacéuticas en particular, vislumbrasen nuevos mercados y mayores dividendos;
- voluntarios y asociaciones viesen cómo incrementar su satisfacción desinteresada o sus proyectos subvencionados;
- políticos y administradores y gestores y otros profesionales intuyesen réditos diversos;
- artistas, intelectuales, etc., pusiesen sus habilidades a disposición solidaria de las víctimas;
- ¿más componentes, lector?

Una vez la bola de nieve en marcha, la inercia de muchos mecanismos e intereses establecidos en la sociedad occidental moderna contribuyeron a que siguiese girando, fuese creciendo y aumentasen los destrozos causados. Y ahí sigue -por ahora- el engranaje SIDA, triturando a quien no se aparta a tiempo.

En este caso, los responsables de la construcción del SIDA serían algunos puñados de oportunistas que aprovecharon la ocasión, se montaron en el tren vacío que se ponía en marcha, y siguen ocupando la máquina y los mejores asientos.

Esta hipótesis, aunque suave en comparación con la que sigue, no por ello deja de ser impactante. Afirma que "simplemente" los mecanismos sociales, mediáticos, etc., más los intereses económicos y de poder imperantes en las sociedades económicamente desarrolladas, bastan para explicar la implantación a escala mundial de un monstruo llamado SIDA que carece de toda base. ¡No está mal!

HIPÓTESIS DURA[18]

¿Por qué los CDC iniciaron en 1981, y siguen dirigiendo hoy, la Operación SIDA?

Ha visto, lector, la presencia permanente de los CDC a lo largo de la historia del SIDA, desde que lo puso en marcha en su *MMWR* del 5 de junio de 1981. La explicación me parece clara: son los propios CDC los responsables de la construcción del SIDA y de dirigir todo el proceso. Y, según mi hipótesis, lo hicieron actuando por objetivos patrióticos, es decir, cumpliendo con su institucionalmente declarada función de prevenir, detectar y solucionar problemas de salud pública (¿y contribuir a que el gobierno USA del que dependen domine el mundo?).

¿Cuál es el problema cuantitativo más importante que tiene la Medicina Oficial?

Seguramente la resistencia microbiana a los medicamentos. Cada año mueren muchísimos miles de personas por infecciones que cogen en un hospital[19]. Lógicamente, este problema nació en los EE.UU. porque fueron los pioneros en el uso masivo de fármacos de síntesis química en general y de antibióticos en particular.

[18] Escuché un primer esbozo de esta hipótesis al Dr. S. Lanka** en uno de los cursos que le organicé en 1996 desde C.O.B.R.A. en Barcelona.

[19] En Alemania, oficialmente se reconocieron 400.000 muertos por infecciones atrapadas en los hospitales entre 1985 y 1995; en el mismo periodo se contabilizaron 7.250 etiquetados 'muerto de SIDA'.

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

¿Por qué razón en homosexuales?
Porque desde el punto de vista patriótico de los CDC, los homosexuales tienen la gran ventaja de no reproducirse, con lo que las consecuencias perniciosas del ensayo no se extenderían al conjunto de la población estadounidense ni afectarían a futuras generaciones de compatriotas.

¿En qué consistió el experimento?
En inducir la ingesta de muchos antibióticos en poco tiempo para ver qué ocurría. Por primera vez en la historia de la Medicina, se recomendó (A) tomar antibióticos –en especial el Septrin-Bactrim- como profiláctico: antes de ir a la sauna o a la discoteca o de ligue, dosis de antibiótico para prevenir enfermedades de transmisión sexual, y (B) ingerirlos frecuente y abundantemente.

¿Cómo se indujo el experimento?
Agentes de los CDC (en particular, del EIS) visitaron a médicos homosexuales que llevaban pacientes homosexuales activos en los ambientes del Movimiento de Liberación Gay, y les convencieron de que, por el bien de sus clientes, recomendasen antibióticos preventivamente.

¿Disparó la alarma en los CDC el artículo del Dr. Gottlieb?
En efecto, al detectar las primeras víctimas del experimento. Para (algunos de) los redactores de *MMWR*, la detección por el Dr. Gottlieb de dos homosexuales muertos por PCP en hospitales fue el aviso de que empezarían a caer miles de homosexuales en las metrópolis occidentales víctimas del experimento. Publicaron el artículo que habían rechazado otras revistas científicas, y redactaron una Nota Editorial que marcaba la línea a seguir: aparición de una nueva peligrosa enfermedad infectocontagiosa entre homosexuales.

¿Cómo tapar los homosexuales muertos?
Inventándose una enfermedad específica de homosexuales que fuese inevitablemente mortal. Y puesto que la causa de la muerte son los antibióticos, y los antibióticos son inmunosupresores, 'la nueva enfermedad mortal' debía caracterizarse por una inmunodeficiencia. Estos rasgos definitorios quedan claramente recogidos en el primer nombre acuñado: GRID*.

¿Difuminar las fronteras del experimento?
Tras lograr cubrir las muertes producidas por el experimento, era necesario tapar la existencia del propio experimento. Los CDC tenían una doble tarea: construir una nueva 'enfermedad-tapadera-con-las-características-adecuadas' y, al mismo tiempo, difuminar sus límites para evitar la detección del experimento subyacente y el subsiguiente escándalo.

Para ello combinaron incluir nuevos grupos sociales supuestamente afectados, con ampliar el número de enfermos englobando un creciente número de enfermedades preexistentes. El primer movimiento extendió el aún GRID desde homosexuales a heroinómanos y a hemofílicos (y a haitianos y a hetairas, pero tuvieron que retirar estos dos subgrupso) y, posteriormente, a heterosexuales, con lo que abarcaron a toda la humanidad. El segundo movimiento metió en la trampa SIDA a aquejados de 29 enfermedades.

¿Continúan hoy los CDC con su experimento?
Así parece… por ahora. Gracias a la invención primero del 'SIDA, enfermedad infecciosa inevitablemente mortal', y luego a la invención de los sucesivos eslabones del 'VIH/SIDA' como su explicación pseudocientífica, los CDC no sólo lograron proteger los inicios de su experimento sino proseguirlo a la luz del día y a escala mundial camuflado bajo la versión oficial del SIDA, ahora 'enfermedad inevitablemente crónica'. Cientos de miles –si no millones- de personas en todo el mundo están dispuestas, de por vida, al instante, voluntaria y gratuitamente -¡el sueño de todo laboratorio farmacéutico, y de algunos investigadores y políticos!-, a ser pioneras en la ingesta de cualquier 'fármaco para combatir el VIH/SIDA', por tóxico que sea.

¿Hacen mis propias gafas que me monte mi película?
Es posible. Pero por experiencia propia –y viendo cómo actúan los oficialistas- sé que funcionan mecanismos como "se encuentra lo que se busca", o "se puede hacer cuadrar muchas piezas", o "los deseos pueden hacer confundir las realidades". Soy consciente de estos riesgos, y le agradeceré, lector, que me señale errores u otras caídas que yo tenga; confío en no llevar gafas algunas, pero verificaré todo indicio que me llegue o detecte.

Mientras, a la espera del *feed-back* crítico que necesito, la hipótesis dura que he formulado me resulta la más plausible y también la más explicativa. Por ejemplo, permite entender:
--- los esfuerzos de los CDC para montar el SIDA y para darle una cierta coherencia pseudocientífica con el 'VIH/SIDA';
--- que las primeras víctimas se detectasen por sus resistencias microbianas en 1981, y formasen parte de la minoría promiscua entre los homosexuales de EE.UU. y, en seguida, de las metrópolis occidentales, con algunos miles de víctimas (aunque sin epidemia alguna);
--- que se afirmase en seguida que la 'nueva enfermedad es inmunosupresora, infecciosa e inevitablemente mortal', y que fuese definida como incurable;
--- que el engranaje SIDA sea tantas veces "primera vez" en la historia de la ciencia y de la medicina, lo que, a mi parecer, convierte en imposible que el SIDA no sea una construcción;
--- que por protocolo se supermedicalice a los etiquetados, en particular con quimioterápicos y antibióticos (incluido el *Septrim* en Gran Bretaña, a pesar de haber sido casi erradicado allí);
--- la enorme cantidad de dinero derrochado; es significativo que se haya gastado más fondos en 'la lucha contra el SIDA' en menos de 30 años que contra el cáncer en toda su historia;
---…
--- y lo probablemente más revelador: la dimensión política mundial de 'la lucha contra el SIDA' a partir de la profunda implicación del Gobierno estadounidense. Esto bien merece un apartado especial:

¿Por qué está la administración USA tan comprometida en el tema SIDA?
Para explicarlo, pongo sobre la mesa que la autorización última para que los CDC ejecutasen el experimento con homosexuales, tuvo que ser tomada por (una parte de) los máximos responsables políticos, administrativos, científicos y de seguridad de los EE. UU.

Esto puede ayudar a entender que:
- los EE.UU. buscasen la complicidad de todos los gobiernos dando alcance político mundial a 'la lucha contra el VIH/SIDA'. Por ejemplo, 1) la I CIS* se celebró en Atlanta-1985, sede de los CDC; la II, en París-1986; la III, en Washington-1987; la IV en Estocolmo-1988; la V en Montreal-1989; y así fueron utilizadas para extender el montaje SIDA por los cinco continentes; 2) el SIDA fue la primera "no-enfermedad" abordada en una Asamblea General de las Na-

ciones Unidas (1987); 3) se celebró una Cumbre Mundial sobre SIDA de Ministros de Salud (Londres, 1988); 4) seis organismos internacionales (OMS, Banco Mundial,…) patrocinaron la constitución de ONUSIDA (1995); 5) el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, bajo presidencia de los EE.UU., declaró que la epidemia de SIDA es "cuestión de seguridad global" (2000); 6) se convocó una Asamblea General especial sobre SIDA de la ONU (2001);…
- se hiciesen las sucesivas comisiones de investigación al máximo nivel (incluido, recuerde, lector, nada menos que el *Secret Service* presidencial) sobre el Dr. Gallo, y que luego, a pesar de que llegaron a conclusiones demoledoras (que contienen frases como la recogida al inicio de este capítulo) demostrando que no aisló nada sino que lo falsificó todo, lo más importante fuese arrinconado; todo se redujo a dar prioridad al Dr. Montagnier 'en el aislamiento del VIH', lo cual sirvió de cortina de humo para seguir escondiendo que nunca hubo virus alguno
- la respuesta de Clinton a la Carta de Mbeki de 3 de abril del 2000, fuese declarar el 30 del mismo mes que "el SIDA en África es una amenaza a la seguridad nacional de los USA"

¿Es exagerado decir que el SIDA fue "*made in USA*"?
Pienso que es la única posibilidad. Lo que sí puede variar es de dónde partió exactamente la iniciativa, la dinámica concreta de su construcción y quienes fueron sus responsables, aspectos que hay que precisar mucho más.

¿Y otras hipótesis planteadas acerca de que "el SIDA proviene de Estados Unidos"?
Varios científicos, médicos, investigadores, personas etiquetadas,..., atribuyen al SIDA orígenes distintos al oficial. También son ignorados o atacados. Se esfuerzan, van contra la corriente y corren riesgos. Mi máxima solidaridad.

Pero también con ellos el mismo rigor que con los oficialistas y que conmigo. Además, la mayoría comparten muchas afirmaciones oficiales ('el SIDA es una enfermedad', 'hay una epidemia de SIDA', 'hay inmunodeficiencia inicial', 'el VIH existe', e incluso que 'el VIH causa el SIDA'), pero atribuyen al supuesto 'VIH' un origen distinto[20]. Les solicito igualmente las pruebas científicas de que 'el VIH existe', sin las cuales no tiene sentido preguntarse de dónde procede. Y asimismo, que demuestren las demás afirmaciones oficialistas que aceptan.

Que naden contracorriente, y en la medida en que se afanen sinceramente en "encontrar la verdad", puede permitirnos actuar conjuntamente a fin de desmontar el monstruo SIDA.

PENDIENTE
-Averiguar si se ha usado la etiqueta SIDA para tapar muertos de otros experimentos (por ejemplo, en cáncer; ver nota 13 de II-3-6)
-Investigar cómo se ha utilizado el engranaje SIDA para atacar a sectores sociales "molestos", para potenciar campañas antidemográficas (abortos, esterilización,…), etc.
-Precisar si la investigación sobre el cáncer también influyó, y a partir de cuándo, en el montaje SIDA
-Determinar cuál ha sido la participación de las distintas instituciones responsables de la sanidad en los EE.UU., y la de sus superiores a todos los niveles y ámbitos

[20] Sostienen que el supuesto 'VIH' sería resultado de "guerra biológica", de "experimentos especiales que se escaparon de las manos", de "la mezcla o recombinación –intencionada o no- de retrovirus previamente existentes", de "campañas de vacunación", o incluso que proviene de "otros planos o dimensiones o…".

III-2.- A LA MEMORIA DE TODAS LAS VÍCTIMAS MORTALES DEL ENGRANAJE SIDA… Y DE ALGUNAS EN PARTICULAR

El montaje SIDA ha matado a muchas personas, aunque, afortunada y lógicamente, muchísimas menos que las que se nos dice oficialmente. Este libro es un homenaje a todas ellas. Recojo dos contribuciones de familiares de víctimas del montaje SIDA. Y menciono siete que he conocido (uno, Carlos, a distancia) y que mucho me han enseñado. ¡Descansad en paz! Y que vuestro recuerdo ayude a evitar más sufrimientos y muertes totalmente innecesarias atribuidas a un ficticio 'virus'. ¡Qué supuesta causa más insignificante para un monstruo tan grande! Estos testimonios son los más difíciles de obtener, pero su importancia es enorme… también para llegar a desmontar el SIDA. Invito a los familiares y allegados a que reevalúen la muerte de sus seres queridos a la luz de este libro (y de otros de la Bibliografía). ¡Ojalá muchos se atrevan a abrir procesos judiciales que permitan, por un lado, lavar la memoria de las víctimas del estigma que acompaña al montaje SIDA desde el primer momento, y, por otro, exigir responsabilidades a los culpables de haberlo implantado en cada país y de estarlo aplicando cada día. Pondré en el *blog* del libro todos los testimonios y comentarios que me lleguen.

ELISA mató a Ruth

Mi hija Ruth fue captada en febrero del 88 al hacer una donación de sangre. Trabajaba como auxiliar administrativa en un hospital realizando una sustitución a una joven mamá. En ese momento, a los empleados del hospital se les animó a realizar donación de sangre. Ruth estudiaba Pedagogía. Vivía con su pareja y por falta de dinero tuvo que irse a vivir a casa de los padres de él. Llevaba una vida estresada, comía mal y fue una niña enfermiza y medicada desde su nacimiento. El test ELISA se informó positivo. Este acontecimiento marcó su vida, y desde ese momento se empezó a morir, medicándose más y más, hasta que en enero del 92 descubrió el libro del matrimonio Beljanski**. Este libro se acababa de imprimir, y en una ojeada pudo ver la primera crítica al entramado sanitario. Ruth ya estaba deshecha por el efecto de las medicaciones, el paro, el estigma, el oscurantismo y las claras connotaciones económicas que adornan el SIDA, por lo que apartó el libro de su vista. La asociación *COBRA* había traducido dicho libro y nos acogió un par de meses antes de morir Ruth. Mi marido conoció así el enfoque del Dr. Beljanski, y quisimos probar sus sustancias a sabiendas de que nada podíamos hacer a esas alturas. Ruth, para complacernos y colaborar con esa ciencia que era atacada y despreciada, tomó unas cuantas cápsulas, empezándolas dos días antes de ingresar en el hospital para morir.

Así fue como conocimos este reducto de honestidad y afán por descubrir errores y salvar vidas yendo contra corriente que era *C.O.B.R.A.* y ahora es *Plural-21*.

Mis 25 años trabajando en la Sanidad, mis estudios tardíos de Sociología y, sobretodo, la fuerza y tesón que dan la vivencia de la eliminación de un hijo de forma tan sibilina, me han hecho seguir tanto la información oficial como la que da a conocer *Plural-21*, y me han permitido elaborar el libro de 600 páginas pendiente de editor titulado *ELISA mató a Ruth*.

Carmen Torres

La búsqueda de la convivencia con el SIDA

Justo después del nacimiento de mi primer hijo, me catalogaron como portadora de un virus mortal. También mi hijo era portador, igual que mi marido. Era 1985 y no había prácti-

camente información. Pero la medicina se encargó de meternos el miedo en el cuerpo con la amenaza de una muerte inminente.

Mi marido empezó a estar muy enfermo. Médicamente aún no sé bien qué tenía; lo que sí sé es que a partir de la fatídica noticia, entró en una espiral depresiva de la que no pudo salir. Murió tres años después. Según el certificado de defunción, a causa de un «paro cardiorrespiratorio SIDA».

En 1990 me junté con otro hombre, también portador, que estaba muy pendiente de analíticas y revisiones médicas. Los médicos, sin dudarlo ni un segundo, y dado el resultado de los análisis, nos comunicaron que la única solución para alargar nuestra vida era tomar AZT. Yo, a partir de un convencimiento intuitivo, decidí que no tomaría aquel fármaco. Era como si nos quisieran convencer de la existencia de una enfermedad que supuestamente teníamos pero que yo no sentía ni física ni mentalmente. El lo tomó; yo, no. Y él se murió.

La diferencia que hay entre vivir o morir, en esos momentos de duda, está en hacerse o no un replanteamiento total de la vida, un análisis profundo de lo que hemos hecho y de cuáles son las motivaciones que nos han llevado hasta allí, y, dado que hemos decidido vivir, cambiar todos nuestros patrones de comportamiento.

Tras mirar una analítica del año 1996, «el experto en SIDA», sin dudarlo un momento ni fijarse en mi estado de salud, que era formidable, me sentenció: si no me tomaba los *cócteles*, que en ese momento eran el último grito, moriría a lo sumo en dos años. **¡¡¡Y esto es muy grave!!!** Yo me sentía bien, no tenía ninguna molestia. Entonces, ¿por qué intentaban convencerme de que era una enferma crónica que debía tomar una medicación altamente tóxica, con unos efectos secundarios terribles? Todo ello era «imprescindible» para curar no sé muy bien qué.

En aquellos momentos, con una fuerza interior que no sé de dónde salía, me dediqué a recoger información, libros, prensa, asociaciones diversas, etc. Fui a visitar a diversos médicos y me daba perfecta cuenta de la dificultad que les representaba responder a mis preguntas.

Tengo que agradecer a la medicina buenas dosis de depresión, de hundimiento y de dudas. Malestar, inseguridad, tristeza,... que muy posiblemente influyeron en la pérdida de las tan apreciadas defensas que ellos, en una heroica cruzada, intentan defender ante un pobre contrincante fantasma.

Ahora, al reflexionar sobre la muerte de mis dos compañeros, he llegado a la convicción de que estaban cansados de vivir, y era su derecho. Luchar por la vida no era su objetivo. Yo no comparto esa postura. Siento que vale la pena vivir y que cada día es una nueva experiencia que merece no perderse.

A inicios del 2006, ante un estrés causado por el inicio frustrado de un potente negocio, la presión de los bancos, la separación con mi compañero y la inminente muerte de mi amado padre y maestro, me casi obligaron a tomar la medicación hospitalaria. El Sustiva me llevó a un intento de suicidio y a depresión, ayudando a mi estado catastrófico: estuve cinco meses en un psiquiátrico.

Cuando escribo este testimonio para el libro de Lluís, por una parte estoy muy activa y me siento satisfecha con la vida amorosa y social que llevo. Por la otra, estoy tomando intermitentemente antirretrovirales mientras voy acumulando información y experiencia. Mi intención es dejarlos, pero cuando me sienta lo suficientemente fuerte y segura para hacerlo.
Marina

Por mi parte:
Muchos sentimientos y reflexiones se me acumulan recordando personas con las que he estado en relación más o menos intensa, y que han fallecido.

---**Pepa**, postrada en el hospital, me dijo unos días antes de morir: "Me merezco lo que me está ocurriendo, por la mala vida que llevé". Ni oía lo que le argumentaba…
---**X. Y.**: Compartió conmigo su servidumbre de que "Cada vez se me hace más difícil tener que tomarme tantas cápsulas y cuidarme constantemente para contrarrestar seis años de AZT". Pero murió víctima de que los oficialistas castigaron su disidencia negándose por dos veces a investigar la causa de sus dolores abdominales y enviándolo a casa. A la tercera, le acompañó un familiar que logró que se llamase a un médico de Medicina Interna. En cuanto lo vio, exclamó: "¡A quirófano!". De camino, se murió al tercer infarto. La familia pidió la autopsia (e incluso la Comisión de Ética del Hospital dio parte al Juez de Guardia), que indicó que el óbito se produjo a causa de un *shock* séptico, es decir, por la extensión sistémica de una infección originariamente localizada en un foco intestinal, y que probablemente podría haber sido superada si los oficialistas no lo hubiesen represaliado. El *shock* séptico no forma parte de las 'enfermedades definitorias de SIDA'. Pero la familia no quiso presentar denuncia. Es más, me prohibió "politizar su muerte".
---**Ernest** le dijo a su compañera: "Si me dejas, me moriré". A pesar de este chantaje, ella se marchó. Tras entrar por urgencias, estar varios días en el hospital explicando síntomas imprecisos, "caerse" por las escaleras, y, con todo esto, no lograr que ella regresase, justo durante la noche anterior a que le diesen el alta por no encontrarle nada, falleció.
---**Lidia** me comentó: "Mis hijos están cada día más fuertes. Me echan en cara que no cumplo mis promesas de recuperarme. Hasta ahora, me ha ayudado vivir por ellos. Pero ya son adolescentes muy vitales. Con mis hijos en contra, además de mis padres y de mi ex, problemas económicos graves y otros, no puedo más". Murió poco después.
---**Mark Griffiths****, músico inglés afincado en Francia, falleció en octubre de 2004 a las pocas horas de haber tocado en un concierto de rock. Etiquetado en 1986, fue condenado a morir en un máximo de cinco años. Explica "Confrontado a este reto, me enamoré de la vida y de la fuerza de la naturaleza". Dejó las drogas definitivamente. Es el primero –no el único- al que oí decir "¡Gracias al SIDA!", siglas que para él pasaron a significar "Sistema Interior de Desarrollo Anímico". Creó la *web* crítica más importante en francés, en la que en marzo de 2004 publicó el artículo-testimonio titulado *El SIDA desde el punto de vista personal de un 'sobreviviente de larga duración'* (www.sidasante.com/temoigna/zeropo.htm), del que he extraído la frase anterior. Además de pedir apoyo económico (tampoco le hizo rico el ser crítico), explica varios proyectos. Destaco: "Estoy a punto de comenzar un juicio en Francia (con un abogado parisino "top") contra los fabricantes en 1986 de mi test 'VIH +', el *Institute Pasteur Lyon*, por 'diagnóstico fraudulento'". No he logrado respuesta de dicho abogado.
---**Jesús** no lograba asimilar que su esposa se hubiese divorciado hacía tres años, y su relación con los demás oscilaba entre la sumisión ante los más fuertes y el despotismo sobre los más débiles. Regresó a su pueblo, donde la familia no aceptaba que hubiese dejado los *cócteles*. Le advertí que se ponía en sus manos y que no lo veía suficientemente fuerte como para aguantar su presión. Como medio año más tarde, esta vez mi llamada fue contestada por un hermano, quien me comunicó que Jesús había muerto pocos días antes en el hospital.
--- **Carlos Escudero**** No conozco los detalles de la muerte el 20 de noviembre de 2007 de este conocido activista mexicano. Si sé que quedarse ciego por desprendimiento de sus retinas, acabó de hundirlo, tras varias enfermedades desde diciembre de 2006. Etiquetado en 1999, hasta entonces Carlos había estado sano y muy activo, en particular escribiendo, conferenciando e impulsando MONARCAS Internacional y en México. Considero que su pérdida de salud y su muerte están relacionadas con las consecuencias represivas que sufrió tras el mayor éxito logrado hasta ahora en el mundo en la difusión de la información crítica. En efecto, TV Azteca, el canal más importante de México, dedicó los días 5, 12 y 19 de diciembre de 2006 tres programas de casi una hora ("SIDA. Toda La Verdad", "¿Alguien ha visto al VIH?" y "El SIDA se cura") a dar cara y voz a los disidentes, y luego dos largos programas más ("SIDA: derecho de

réplica" y " El Debate") a refutar los ataques surgidos. Pero no hubo debate alguno. Por el contrario, Carlos recibió gravísimas amenazas, así como contra su esposa y, explícitamente, la de matarles sus dos hijos. Como he mencionado en II-3-12, el conflicto de miedo a un ataque desconocido produce microulceraciones en la retina para aumentar su capacidad de ver la llegada del peligro. Tras meses de temer ataques, Carlos sacó el 17 de marzo de 2007 un comunicado haciendo público que abandonaba totalmente sus actividades, con lo que confió en que les dejarían tranquilos, y superó el intenso conflicto. La cicatrización de las ulceraciones provocó el desprendimiento de las retinas. Además, una neumonía corresponde a la solución de un conflicto de territorio, un adenocarcinoma pulmonar está relacionado con resolver un conflicto de miedo a la muerte, y las neuropatías expresan un conflicto de motricidad, de "no saber por qué camino tirar". Queda claro que no es igual nadar a favor que contra la corriente...
NOTA: Recientemente me ha llegado que también ha fallecido la viuda de Carlos, Diana Villagómez**. No tengo datos concretos pero… probablemente tampoco a Ud., lector, le coja por sorpresa.
---Más.

En todos aparecen las dificultades para vivir, y lo mucho que cuesta simplemente sobrevivir. Fuera del dominio SIDA, muchas personas mueren cada día de estas complicaciones y de las respuestas bio-lógicas que pueden derivarse, pero que son entendidas y mal tratadas como enfermedades. En el cuadro del montaje SIDA, todo esto se agrava muchísimo pero -por ahora- los oficialistas han logrado que todo ello desaparezca ante un todopoderoso 'VIH' ficticio. La vida, mata. Los fármacos supuestamente 'anti-VIH' y todo el engranaje SIDA, rematan.

Me siento en parte responsable de estos fallecimientos. Pero no por haberles aportado una información que les abrió puertas y les dio esperanzas. Estoy convencido de que X. Y., Ernest, Mark y Carlos no renunciaron a lo aprendido; seguramente, tampoco Lidia; y no sé Pepa o Jesús. Lo que lamento es no tener los conocimientos y los recursos suficientes como para contribuir en mucho mayor grado a que cada cual genere la fuerza interior necesaria para activar su sistema autocurativo y poder así superar los obstáculos a que se enfrenta… agravados por la aplastante actuación multifacética del *establishment* del SIDA.

¡Descansen en paz! Muchas gracias por lo que de ellos aprendí… y que me limito a reelaborar y transmitir.

III-3.- NUEVE TESTIMONIOS DE VENCEDORES DEL SIDA

De los muchos Vencedores del SIDA que hay, sólo he conocido una pequeña parte, y a muchos de ellos les he perdido la pista por falta de medios y de capacidad organizativa. Y de entre los que tengo la suerte de tener a mi alcance, varios se han animado a escribir un testimonio, lo cual no significa necesariamente que estén de acuerdo con todo lo que mantengo en este libro. Saben muy bien que su testimonio puede ayudar a otros etiquetados a superar lo que ellos ya han vivido. He seleccionado ocho, y uno más finalmente lo he redactado yo. Los que no he podido sacar aquí por falta de espacio (¡lo siento mucho!), los colgaré en el *blog* del libro. Y lo mismo haré con los testimonios que me lleguen en el futuro. Confío en que esta lectura facilite la irrupción de más testimonios de etiquetados que dejen de considerarse pacientes o ex pacientes para pasar a ser agentes activos del desmontaje del SIDA. Redactar un testimonio de este tipo puede sentar las bases para presentar una denuncia contra los responsables de haber estado durante largo tiempo atrapado por el engranaje SIDA. **NOTA**: en el último repaso he decidido quitar los e-mails excepto los de quienes ya tienen *web* o *blog* propio. ¿Razón? Para evitarles presiones y amenazas, que siempre desequilibran y a veces –demasiadas- pueden matar. Muchos oficialistas se alegran cada vez que muere uno de aquellos a quienes tendenciosamente antes denominaron 'disidentes' y ahora llaman 'negacionistas', sobre todo si han dado testimonio público de su ruptura con la versión oficial del SIDA. Saben que la suma de evidencias de miles de Vencedores del SIDA constituye una fuerza decisiva para DESMONTAR EL SIDA. Publicaré todos los que me lleguen, cualquiera sea la lengua en que estén escritos. Mi decisión significa, lector, que si quiere tomar contacto con alguno de los autores de estos testimonios, tendrá que hacerlo a través mío… lo cual servirá para que nos conozcamos mejor.

Tras 22 años, vivir de nuevo

En 1985 me dijeron que el 'virus' que me había 'infectado' podría tardar diez años en despertar. Así que empecé la cuenta atrás y en 1995 caí gravemente enferma. A eso le siguieron diez años de medicación para el 'SIDA', con doce ingresos en el hospital y algunas experiencias casi mortales.

Me cansé de esperar a morir. Por lo que creé la página www.hivwave.gr con un titular impertinente que decía "Si hay un hombre seropositivo (no toxicómano), por favor, contéstame de forma anónima….". No recibí ninguna respuesta durante largo tiempo, hasta que un chico canadiense me respondió con la frase "¡No soy un hombre seropositivo, pero quiero darte las gracias por la invitación!". Aprender de él que todos esos años había estado engañada, fue más chocante que la noticia de mi diagnóstico seropositivo en 1985. En el 2007 dejé las pastillas, las pruebas y los doctores del SIDA, y recuperé mi salud como si nada hubiera pasado.

Para entonces, con 42 años, era lo suficientemente joven para empezar a vivir de nuevo. Una sensación única de libertad me inundó, junto con el deseo de pregonarlo por todo el mundo. El 8 de julio de 2009 presenté una demanda contra el Gobierno de Grecia (III-2-4).
Maria Papagiannidou** maria@hivwave.gr (griego e inglés) http://hivwave.gr

Tocar fondo para remontar

Todo empezó con una operación maxilofacial a principios de 1997. La recuperación duró más de lo debido, y tuve que tomar antibióticos. Poco después empecé a tener síntomas de infección por hongos, que colonizaron todo mi cuerpo. Ahora sé que los antibióticos habían destruido una flora intestinal ya debilitada por mis malos hábitos (drogas, alcohol,…). Así fue como empezó la pesadilla. Di positivo a las pruebas del SIDA a fines de 1997.

Estaba tan asustado que entré de lleno en los antirretrovirales (ARV). Poco a poco desaparecieron los síntomas de la candidiasis y me recuperé. Pero a los meses empecé a bajar de peso, y a tener la piel amarilla, piedras en el riñón y lipodistrofia. Cada vez me sentía peor, y sabía que lo que me estaban dando era muy tóxico.

Había decidido que el supuesto virus no iba a terminar conmigo, y ese fue mi credo durante estos años. Aún así, intuía que si el "VIH" no terminaba conmigo, sí lo haría la medicación, y empecé a hacer preguntas a los médicos, sin recibir respuestas concluyentes sino contradictorias.

Así que decidí, arriesgando mi vida, hacer un experimento: dejé de tomar la medicación, a ver qué pasaba. Fue una decisión muy meditada, pero no tenía nada que perder. Por supuesto, necesité la ayuda de personas muy cercanas, que me apoyaron incondicionalmente. También tenía información por internet de que los tests no eran fiables.

Con esto comenzó mi sanación. A los 15 ó 20 días empecé a tener fiebres, estado gripal, bajones de energía o episodios de euforia, inflamación de ganglios, dolor de garganta, oídos, tos y, sobre todo, mareos. Creía que el supuesto virus me estaba atacando, pero me mantuve firme en no ir al hospital. Si mi cuerpo no era capaz de luchar contra un virus que llevaba años dentro de mí, yo no iba a hacer nada. Por supuesto, nunca volví al hospital ni tomé más ARV. A ver qué pasaba.

En la primera analítica fui diagnosticado "caso de SIDA", di "*carga viral alta*" y "*bajo recuento de T4*". Luego había dado en los análisis trimestrales "*carga viral indetectable"* y "*alto recuento de T4*", y también daba un altísimo nivel de colesterol y triglicéridos. Pero en la última visita, el médico me dijo que tenía "*carga viral alta*", y me preguntó si seguía tomando la medicación. No sé porqué, le contesté que sí; fui dispuesto a contarle lo que estaba haciendo, pero me callé. Intuí que ni lo iba a entender ni me iba a apoyar.

Seguidamente me preguntó si había tenido gripe cuando me había hecho los análisis, y le contesté que sí, cosa que, por los síntomas, no era del todo mentira. Y me dijo: "*la carga viral alta puede ser por la gripe"*.

Salí de allí sin decirle nada, pero no entendía qué se me había estado midiendo hasta entonces: ¿la gripe o el VIH? Con las mismas, dejé los medicamentos en la farmacia del hospital -y con ellos, la medicina alopática- el 28 de diciembre del 2007, dando mi adiós definitivo al "IN-SALUD".

Nadaba en un mar de dudas: si el médico no sabía explicar unos análisis, ¿quién podría hacerlo? Esa tarde llamé a *Plural-21* y hablé con Antonio Tagliati, quien me interpretó los resultados de manera convincente. A la semana siguiente fui a un curso suyo en Madrid, donde nos conocimos personalmente. Era la información que necesitaba para seguir mi proceso de sanación.

Empecé a tener cándidas en la lengua, pero no me asusté: "curiosamente", eran los mismos síntomas que tuve tras la operación de muelas. Descubrí que lo que había tenido durante años era una infección intestinal: candidiasis sistémica, y la traté con cambio de dieta y aceites de canela y ajo, entre otros antifúngicos naturales.

Hoy me encuentro fenomenal. Hago una vida normal, fuera de la locura del SIDA.

Salir de esta rueda macabra no ha sido fácil. Tienes que estar dispuesto a dejar atrás creencias y adicciones de todo tipo, externas e internas, y a cambiar tanto en la manera de vivir la vida como de percibirla. Y, sobre todo, rendirte ante ella y abrazar con mucho amor la posibilidad de morir, puesto que la muerte es parte indisoluble de la vida. Agradezco a todas las personas que me han apoyado en este proceso. Ahora sí puedo vivir tranquilo.

Antonio

Aborté la primera vez. En el segundo embarazo, ya sabía más. Tengo una hija maravillosa de diez años

Mi experiencia como chica etiquetada desde 1989 ha tenido dos versiones bien diferenciadas. Por un lado siempre me he sentido privilegiada por no haber sufrido ni un solo síntoma de rechazo por parte de los amigos, familia, compañeros de trabajo y, sobre todo, las parejas que han compartido mi vida y mi etiqueta sin hacerme sentir diferente ni peligrosa un solo segundo. El lado oscuro se llama medicina oficial, que es la que ha intentado desgraciarme la vida desde entonces. Gracias a la primera versión, he conseguido sobrevivir cuerda a todo el acoso, asedio y derribo que he sufrido por parte de la medicina durante casi 20 años. En 1989 me extrajeron un ganglio para una biopsia, y el resultado fue: nueve meses sin periodo y, como probables causa, dos opciones: artritis reumatoide o VIH. El resultado del test de VIH salió POSITIVO. Lo más desagradable desde el inicio fue comprobar cuán cruel puede llegar a ser el protocolo médico, y el poco tacto que incluso los buenos profesionales pueden tener contigo, sobretodo cuando hablamos de una enfermedad de "bajos fondos" como era el SIDA. Pero también hubo misterios agradables como el hecho de que mi pareja, después de tres años de relación sin protección, se hizo la prueba y su resultado fuese NEGATIVO. (Algo que se ha repetido con todas mis parejas). El Dr. P., al que recuerdo como un buen profesional, me dijo en mi primera visita que sólo podía darme una esperanza de vida de diez años, aunque podía reducirse a tres meses. "La verdad es que lo tienes un poco crudo". Otras bonitas palabras fueron: "En el caso de que dures lo suficiente, olvídate de tener hijos". Tenía 20 años. La vida me regaló dos encuentros definitivos para mi salvación: uno, el médico y homeópata Dr. D., un hombre visionario, y con un sexto sentido innato para la diagnosis. Y otro, la asociación *C.O.B.R.A.* Ambos me hicieron ver que todo aquello era un montaje espeluznante y que yo estaba perfectamente bien de salud. Gracias a ellos nunca me mediqué, ni dejé que mi vida se proyectara hacia una muerte segura. Quedarme embarazada fue otro suplicio: las dudas me hicieron abortar, y fue un infierno del que me costó recuperarme. La vida me dio una segunda oportunidad en la que decidí tener a mi hija rompiendo mis cadenas con la duda, el miedo y las mentiras. Y ahora tengo una hija de nueve años, preciosa, inteligente y, lo más importante, SANA. Los médicos no me dejaron disfrutar mi embarazo: me llamaron asesina, infanticida e irresponsable por negarme a seguir sus pautas, es decir, antivirales más cesárea casi un mes antes de cumplir. Pero esta vez tuve la maravillosa suerte de encontrarme una Clínica donde, por primera vez en muchísimos años, me trataron con amor, dulzura y comprensión. Era una mamá más, y jamás olvidaré la sensación de alivio y las toneladas de tensión que dejé abandonadas en aquel lugar.[1]

Victoria

Del miedo a la esperanza

Mi marido fue diagnosticado seropositivo en una prueba que nos hicimos a finales de 1998 durante nuestro noviazgo. Nos la hicimos de buena fe para poder mantener "sexo seguro" sin condón.

En aquel momento le dijeron que sin tratamiento ARV, si se cuidaba mucho podría llegar a vivir ocho años. En el 2000, con carga viral de 200.000 copias y los CD4 a 300, los médicos le insistían de la urgencia de empezar con ARV. Un año más tarde, después de un herpes zoster, se decidió a empezar el tratamiento. Cuando conocimos a *Plural-21* en el 2002, mi marido llevaba poco más de un año tomando ARV. A través de un libro conocimos la teoría disidente sobre el Sida, y mi marido, por intuición, y porque lo sentía en su propio cuerpo, decidió confiar más en estos disidentes que en lo que se le había dicho hasta el momento, y dejó los

[1] Me alegra compartir que pocas semanas antes de enviar al editor el original de este libro, Victoria ha dado felizmente a luz un segundo hijo, una niña que pesó más de cuatro kilos al nacer. ¡Felicidades!

ARV. A mí me costó unos meses más convencerme: tengo formación científica, tuve que consultar más información que encontré en la *web* de *Plural-21* y en otras, pero al final decidí que se había acabado vivir con miedo y que tocaba vivir con esperanza. Al cabo de un año y medio, llegó el primer hijo.

Durante mi segundo embarazo me hicieron la prueba del VIH sin mi consentimiento, y dio positivo. Me negué a tomar ARV durante el embarazo y a dárselo a mi hijo recién nacido; para ello tuve que dar a luz fuera del sistema sanitario público. No es fácil enfrentarse a un médico aparentemente formado y competente, y cuestionarle su conocimiento sobre el VIH/SIDA, pero tuve que hacerlo para preservar la salud de mi hijo, todo con gran respeto y con mucha información científica en mis manos. Ahora tenemos dos hijos sanos de 2 y 4 años. Y mi marido, casi seis años después de dejar los ARV, se encuentra mejor que nunca.

Y yo aun estoy en fase de recuperación del susto. Del miedo a que me obligasen, después del parto, a intoxicar a mi hijo con los ARV, del miedo a que me lo quitasen si no aceptaba darle el tratamiento. Del miedo a que si un día voy al médico y encuentran algún registro sobre mi seropositividad, quieran investigar la situación de mis hijos y me obliguen a hacerles una prueba. Me cuesta volver a confiar en la Sanidad Pública... de la cual siempre he sido una ferviente defensora.

Sonia

¿Superviviente de casualidad?

En 1978, con 14 años, empecé a experimentar con todo tipo de drogas, y con heroína en 1981. Era consciente que, de seguir así, no llegaría a viejo.

Una cronología: Neumonía en el 83, y me descubrieron anemia. Hepatitis no-A no-B en el 84 y dos recaídas. HTLV III / LAV en el 86. Dos meses de AZT en el 89 con mala adherencia. 1991: última dosis de heroína. Seis meses en el ensayo DELTA en 1992 con lapsus de tratamiento. Dos hijas concebidas por el "método tradicional" en los 2000 después de haber intentado en vano fertilización *in vitro*; ambas 'seronegativas', al igual que mi esposa. 21 a 23 de mayo de 2008: ARV por dos días y medio, y casi me matan; los dejé y el médico me desahució ("No podía hacer nada más por mi"; pues… ¡menos mal!). El 3 de junio contacté con el Dr. Giraldo, me aconsejó, me ayudó a superar mis miedos y aquí estoy, prácticamente recuperado, aunque la "terapia" me ha dejado sensible a los rayos UVA.

Ahora mismo, noviembre 2008, ningún oficialista es capaz de darme una explicación lógica de cómo es que estoy vivo si en mayo me estaba 'muriendo de SIDA' y me desahuciaron por no seguir tomando unos *cócteles* que casi me matan. Su mejor explicación "científica" es o que "tengo suerte" o que "tus genes son la hostia". Estoy anonadado ante tanta elocuencia "científica". En estas circunstancias, ¿quién se arriesgaría a poner su vida en sus "capaces" manos?

El Desahuciado

Hemofílico, pero con suerte

Tengo 29 años, y me diagnosticaron hemofilia a los seis meses de edad. Según el hematólogo que me trata desde entonces, soy también seropositivo desde más o menos aquel momento, cuando empezaron a administrarme los primeros hemoderivados (con los que teóricamente me contagié), aunque no me hicieron pruebas hasta varios años después.

Tuve la gran suerte de que mi padre era médico y, al pertenecer yo a uno de los grupos de riesgo, empezó a interesarse por el SIDA desde su aparición.

Como además de ser médico tenía bastante sentido común, no tardó mucho tiempo en empezar a ver contradicciones. Afortunadamente acabó contactando con Lluís Botinas (asociación *COBRA*, ahora *Plural-21*, Barcelona), y con Alfredo Embid (*Asociación de Medicinas*

Complementarias, Madrid), quienes le ayudaron en su búsqueda de otra información sobre el SIDA. Así llegó a conocer las teorías de Peter Duesberg y de tantos otros científicos que, desde el principio, han tenido la valentía de poner en duda el punto de vista oficial.

Gracias a mi padre y a personas como las que aparecen en este libro, nunca he tomado medicamentos contra el SIDA, ni he desarrollado ninguna de sus enfermedades asociadas. No creo que el VIH, cuya existencia está más que en entredicho, sea la causa del SIDA.
Leo

Experiencia de un médico etiquetado seropositivo desde 1987

Soy médico general. Hace 21 años (tengo 55 años en el momento en que escribo estas líneas), un test de VIH al que me sometí en 1987 dio resultado positivo, lo que motivó cinco años de infierno personal. Empecé a abrir los ojos con respecto al Sida, es decir, empecé a conocer lo que se esconde detrás de esas siglas, de la mano precisamente de Lluís Botinas, en un viaje que hice a Barcelona en 1993, a lo que siguió una labor de documentación de años en contacto con distintas personas y asociaciones (soy miembro firmante del *Grupo Internacional para la Reevaluación de la Hipótesis VIH-Sida*).

Prácticamente desde el principio, y una vez que el Sida dejó de ser una preocupación personal para mí (nunca he tomado medicación antiviral y no tengo ningún problema de salud), he venido orientando y aconsejando en este ámbito a las personas que me lo piden (los últimos diez años, a través de la asociación *SAS, Superando el Sida*, y más en la actualidad a través del colectivo, recientemente constituido en España, *Replantear el Sida*). Mi experiencia en este campo acerca de lo que en definitiva resulta esencial para la supervivencia de las personas a las que se etiqueta erróneamente como seropositivas, coincide en líneas generales con lo que ya apuntó en los 90 Michael Callen**. En este sentido, son totalmente desaconsejables los llamados antivirales, resultando fundamental disponer de información objetiva sobre el tema, como la que se ofrece en este libro, y una actitud responsable con la propia salud, así como los cambios en el estilo de vida (en especial abandono de drogas, sobre todo aquellas llamadas duras, y la mejora en los hábitos nutricionales). Especialmente útil, por su asequibilidad y eficacia, se ha revelado el método nutricional propuesto por la doctora Catherine Kousmine.
Manuel Garrido Sotelo mgsot@yahoo.com http://superandoelsida.ning.com/

La fuerza sanadora de la espiritualidad

Lo que ahora leerá, lector, es un testimonio no directo sino indirecto, porque soy yo, Lluís Botinas, quien finalmente redacta estas líneas. Conocí a quien acordamos que presentaría con el nombre de **Adriano** a través de un amigo común a mediados de 2005. Atrapado por el engranaje SIDA en 1994, enseguida me interesó porque reunía unas características que le diferenciaban de muchos otros etiquetados… e incluso una, la tercera, cuestionaba en parte mi propio enfoque: 1) homosexual con relaciones estables y nada promiscuo; 2) se había recuperado absolutamente tras haber estado tres veces terminal; 3) había tomado poquísimos ‘antivirales’; y 4) en especial, consideraba que su recuperación total se debía sobre todo a la fuerza sanadora de la espiritualidad.

Por esto desde que decidí incluir un capítulo de testimonios en este libro, le pedí su contribución varias veces, tanto cara a cara como por teléfono. Rechazó por una serie de complejas razones. Al final se me ocurrió proponerle que yo redactaría el testimonio con lo que recordase de nuestras conversaciones, nos encontraríamos y él lo retocaría y firmaría. Aceptó. Pero no fue tan fácil. Como persona culta, sensible y exigente que es, no se sintió identificado ni siquiera con el vocabulario por mi empleado, aparte de numerosas precisiones cronológicas, correcciones, matizaciones, etc., que, lógicamente, quería introducir… lo cual también llevaba a desbordar en mucho el espacio que podía dedicarle.

Finalmente acordamos que yo apareciese explícitamente como el redactor dando a conocer algunos elementos de su experiencia. Lo hablado con Adriano me hace añadir estas precisiones de entre las muchas más posibles: a 1) prefiere autodenominarse homoemocional en vez de homosexual a fin de no poner el acento en la sexualidad; a 2) la primera vez que estuvo a punto de morir fue ocho años antes del etiquetaje, luego por causas totalmente independientes de los peligros del engranaje SIDA; a 3) sólo tomó un mes de 'antivirales' en 1999, y le dejaron tan deshecho que nunca más volvió a probarlos; y a 4) recalca que su recuperación, además de a no volver a tomar 'antivirales', a cuidar la alimentación, a hacer ejercicio sin exagerar, a haber seguido desarrollando su actividad artística y sus relaciones sociales,…, se debe sobre todo a haber recuperado una dimensión espiritual que siempre había tenido. Considera que de ahí le vino la fuerza necesaria para reorientar su vida y para alimentarla día a día. Dejó de buscar las soluciones en el exterior y de esperar que otros le curaran. Y se abrió a la fuerza que está en el interior de cada uno en tanto que seres espirituales que estamos conectados al Principio o Absoluto o Infinito o… al nombre divino que cada civilización le dé. Subraya: "Ésta es la única auténtica medicina".

Viva y Agradecida

En 1992, durante un examen médico rutinario, di positiva a un test del VIH y me dijeron que contase con la enfermedad y con la muerte en el espacio de cinco a siete años. En respuesta a estas nefastas noticias, me convertí en una educadora del SIDA, preconizando con gran pasión la información que aprendí de las asociaciones del SIDA y de los noticiarios de la noche. Nunca imaginé ni por un momento que tendría un futuro que pudiese desviarse de la incurable enfermedad y de una muerte prematura.

Entonces, más o menos un año después de mi diagnóstico y del comienzo de mi servicio público, encontré un médico que me animó a hacerme otra prueba del VIH. Los resultados fueron no concluyentes, seguidos por uno positivo, otro negativo y después otro positivo.

Confundida por una situación personal que desafiaba todas las reglas que había estado enseñando como oradora pública, recurrí en busca de ayuda a los grupos del SIDA con los que trabajaba. En lugar de encontrar respuestas, mis preguntas fueron desestimadas. Mi deseo de aprender me llevó fuera de los confines del *establishment* del SIDA, y a un conjunto de datos científicos, médicos y epidemiológicos que desafiaban todo lo que me habían enseñado sobre el SIDA, y todo lo que había estado enseñando a otros.

Este libro de Lluís Botinas examina muchas de las mismas preguntas que formulé durante todos esos años y esclarece por qué, después de casi tres décadas y cientos de miles de millones de dólares gastados en investigación, el *establishment* del SIDA sigue sin respuestas.

Tras leer este libro, usted conocerá más hechos científicos que la mayoría de los llamados expertos sobre el SIDA, y comprenderá que mentalidades cerradas, más que un misterioso e inexplicable virus, son la verdadera causa de la gran tragedia conocida como SIDA.

Durante los 17 años transcurridos desde que di positiva, nunca he estado enferma y nunca he tomado medicación para el SIDA, y mi vida es mucho más de lo que nunca imaginé posible. No soy un milagro, ni siquiera una excepción; sólo una pensadora crítica.

¡Lea este libro y aprenderá lo que es posible cuando descubra su propia verdad!

Christine Maggiore** Fundadora de *Alive & Well AIDS Alternatives*

COMENTARIO

Muerte de Christine: continuar su entrega a la lucha por la verdad y por la vida

Como he señalado en II-3-13, Christine murió el 27 de diciembre de 2008. La triste noticia me cogió totalmente por sorpresa. Habíamos coincidido en Ekaterimburgo en mayo, a donde fue

acompañada por su hijo y por su madre. Me envió este testimonio el uno de noviembre, y doce días más tarde dio su visto bueno a la traducción. Participó en un debate por Internet que hubo estas semanas entre varios de los disidentes más conocidos. Nada presagiaba tal desenlace.

Con lo que sé, me aventuro a decir que en la lamentable muerte de Christine han jugado dos grandes factores:

- Siempre es difícil ir contracorriente a cara descubierta y en la forma abnegada en que ella lo hacía. Sobre todo si se está etiquetada. Aún más si tu hijita de tres años muere en mayo de 2005 a causa de un *shock* anafiláctico tras serle administrada una primera dosis del antibiótico amoxicilina por una infección de oído, pero las autoridades sanitarias manipulan la autopsia y ¡cuatro meses después del fallecimiento! declaran que 'ha muerto de SIDA por neumonía asociada a VIH' y te responsabilizan 'por ser disidente y no haber permitido que se le administrasen los salvadores antivirales'. Y si, afortunadamente, tienes coraje y medios para pagar una contra-autopsia que confirma la amoxicilina. Pero esto te lleva a juicios contra las autoridades sanitarias durante años, en particular para que demuestren que tienen un resultado positivo de 'tests' para tu hijita, condición oficialmente necesaria para poder afirmar, como hacen, que 'la niña murió de SIDA'. Justo el día 29 de diciembre tienes un careo con la máxima autoridad judicial-oficialista de la región. Este proceso te convierte en enemigo a abatir por el *establishment* del SIDA, tras lustros de ya ser objetivo de ataques por haberte convertido en referencia mundial de los etiquetados, en particular de las 'seropositivas' embarazadas. Así, nada menos que la popular serie televisiva *Law and Order: Special Victims Unit* te dedica el 28 de octubre un capítulo basado en la falsa versión oficial. Mientras estás sana, te atacan diciendo que en realidad eres 'seronegativa'. Y una vez falleces, www.aidstruth.org y otros oficialistas sacan en seguida largas (des)informaciones basada en que eres 'seropositiva negacionista', culpable de tu muerte, de la de tu hijita y de la de miles de personas más…

- No dar suficiente importancia a la toxicidad de los supuestos 'preventivos' y de los tratamientos con antibióticos y demás fármacos de síntesis química oficiales. Me temo que muchos disidentes aceptan estos tratamientos aunque descarten por muy tóxicos los supuestos 'anti-VIH'. Además, seguimos desconociendo muchas cosas, aunque hayamos aprendido lo esencial del montaje SIDA. Debemos ampliar nuestra gama de recursos de forma que nadie se vea obligado a tener que recurrir a los tratamientos alópatas en caso de verdadera enfermedad. Y saber "cosas" como que no tiene sentido bio-lógico administrar antibióticos contra enfermedades consideradas de origen vírico. Pero Christine (y su esposo Robin Scovill, a quien acompaño en el sentimiento, al igual que a su primer hijo, Charlie), como yo y como cualquiera, sabemos lo que sabemos, y no-sabemos lo que no-sabemos.

Como escribe David Crowe, amigo y colaborador de Christine, en un comunicado que emitió dos días después: "La muerte de Christine será un duro golpe para los miles de personas de todo el mundo que la querían y respetaban. Ella desearía que nadie renuncie a la esperanza ni que deje de formular preguntas, sea sobre el VIH/SIDA o sobre cualquier otro tema que 'todo el mundo' sabe pero que nadie puede probar. La mejor forma en que el movimiento del que Christine era una pieza importante puede recordarla, es prosiguiendo con su actividad".

Considero que Christine Maggiore fue y es una Vencedora del SIDA. Su fallecimiento muestra de forma clara que la vida -que incluye alegrías pero también dificultades, como las muy graves generadas por actuar para desmontar el SIDA-, mata. Pero, ¿qué saben de todo esto los oficialistas, triunfantes –por ahora- a favor de la corriente, pero esterilizados y esterilizadores con su mundo reducido al ficticio 'VIH' y a preservar su carrera montados en el tinglado SIDA'?

NOTA COMPLEMENTARIA DE ÚLTIMA HORA: El 5 de diciembre de 2009, el Dr. Mohammed Ali Al-Bayati**[2] hizo público un informe de 52 páginas titulado *Análisis de las causas que condujeron al fallo agudo renal y cardiaco, al edema pulmonar y a la muerte de Christine Maggiore*. Lo elaboró, a petición del marido y del abogado de Christine, en base a la autopsia realizada entre el día de su muerte y el 12 de enero de 2009, a los historiales médicos desde el 12 de enero de 2006, y a 88 libros y artículos que cita como Referencias.

Hago el siguiente resumen (sin haberlo estudiado a fondo… y con el corazón encogido, pues nunca había leído un informe así, y aún me impacta más que sea sobre una persona conocida personalmente y apreciada): Christine fue diagnosticada con pulmonía el 18 de diciembre de 2008. Fue tratada (según el cuadro que aparece en el informe) con dos antibióticos (Gentamicin y Rocephin) los tres primeros días, y con tres (se le añadió Azithromycin) los seis restantes; con un antiviral (Aciclovir) los cinco últimos días, con un antifúngico (Fluconazol) los dos últimos días y con un corticosteroide (metilprednisolona) todos los días menos el segundo. También recibió cada día el cóctel de Meyer (mezcla de vitaminas y minerales inyectada por vía intravenosa), vitamina C y calcium IV. Murió el 27 de diciembre de 2008. Tenía 52 años.

La muerte de Christine fue desencadenada por un fallo renal agudo producido por los antibióticos, el antiviral y el calcio recibido durante estos días. Este fallo renal llevó al desarrollo de un fallo agudo del ventrículo izquierdo del corazón, y a una congestión y un edema pulmonares.

Tanto los informes médicos previos como la propia autopsia permiten afirmar sin lugar a dudas que Christine no sufrió en los dos últimos años y hasta el momento de su muerte, enfermedad alguna 'definitoria de SIDA'.

Estudiar (y también, probablemente, criticar) este informe (http://justiceforej.com/20091205-ChristineMaggiore-Report-AlBayati.pdf) permitiría aprender muchas cosas importantes para la sobrevivencia ante la medicina alopática o/y en un hospital. Como que está contraindicado (incluso por la propia FDA*) administrar conjuntamente Rocephin y calcium IV. O como que es ¿incomprensible? administrar tan altas dosis de tantos fármacos potentes sin efectuar (¿por qué?) análisis ni de sangre ni de orina alguno durante estos nueve días a fin de controlar su toxicidad en riñones, hígado, corazón y pulmones. Pero los análisis previos efectuados el 15 de diciembre de 2006 y el 9 de noviembre de 2007 indicaron que los riñones de Christine funcionaban bien y que tenía un buen estado de salud. ¿Errores o algo peor?

Resulta que hay una setentena (¿o más?) de pulmonías distintas que alopáticamente se considera son producidas por diferentes tipos de microbios. La neumonía con la que empezó a montarse el SIDA en 1981 y oficialmente considerada 'definitoria de SIDA', es la PCP*, que atribuyen a un hongo llamado desde 1999 *Pneumocystis jiroveci*. Este hongo es universal, y la ingesta de algunos fármacos, como los corticosteroides, facilita su multiplicación. Que éste fue el caso de Christine parece confirmarse por el hecho de que no se le empieza a administrar un antifúngico hasta dos días antes de que fallezca.

A falta de más elementos, es claro que nadie puede ponerle a Christine Maggiore la etiqueta "muerta de SIDA". Y considero que se refuerza la explicación que redacté hace… ¿medio año?

[2] El Dr. Al-Bayati, que he mencionado en II-3-9, tiene 20 años de experiencia como patólogo y toxicólogo, en particular como perito en juicios, y es autor de 45 artículos publicados en revistas científicas y médicas.

III-4.- APORTACIONES DE SEIS MÉDICOS Y TERAPEUTAS QUE TRATAN DE OTRAS MANERAS

Muchos de los Vencedores del SIDA lo son porque en algún momento se encontraron con un médico o terapeuta que les dio esperanza y, si necesario, un tratamiento adecuado, normalmente no-agresivo, para su situación concreta. Aquí recojo las aportaciones de seis de ellos. Y dejo claro que el que aceptasen escribirlas no implica que estén de acuerdo con todo lo que aquí expongo, que es de mi exclusiva responsabilidad. En particular, queda claro que probablemente no comparten -¿aún?- que para mí "el SIDA no es una enfermedad a tratar, ni siquiera alternativamente". Quizás pueda establecerse un consenso sobre que lo que en realidad están tratando son las causas que hicieron dar positivo a los 'tests'… y también las consecuencias que tienen tanto el etiquetaje como los envenenamientos hospitalarios.

Cómo tratar adecuadamente "un caso de Sida"

Si nos atenemos a la etimología de "tratar" como *"aplicar los medios adecuados para curar o aliviar una enfermedad"*, estamos imposibilitados de "tratar" un caso de SIDA… hasta disponer de un Centro de Salud Integral con todos los recursos médicos disponibles, a fin de poder "contener al paciente hasta las últimas consecuencias". Hoy por hoy, un imposible.

Ahora bien, si tomamos otras acepciones de "tratar" como "*proceder bien, o mal, con una persona, de obra y de palabra*" o "*comunicar y relacionarse con un individuo*", entonces sí podemos "tratar un caso de SIDA".

En cambio, la medicina oficial sí "trata casos de SIDA", aunque, a mi entender, los trata "mal".

En esta situación, podemos ser muy útiles si comunicamos al paciente y a su entorno nuestra postura ante su caso, y si guiamos el accionar de la medicina oficial hacia su persona, y viceversa. Es decir, si nos constituimos en "supervisores" de esos diagnósticos, tratamientos y luego, por supuesto, del seguimiento.

De acuerdo a lo que sabemos y se explica claramente en este libro, la visión oficial "VIH-SIDA" hace agua por todos lados. Pero debemos también aceptar que la concepción oficial del SIDA, ya fuera por un lamentable error o por una mentira deliberada, está tan bien estructurada que cuando el paciente cae en los canales oficiales de atención (tratamiento), sucumbe dentro del sistema y termina aumentando la estadística de "muerte por SIDA" sin que nosotros podamos hacer nada.

Entonces, ¿cómo debemos proceder?

1) Acompañar al paciente a la consulta oficial
2) No enfrentar al paciente con la medicina oficial
3) Negociar con los oficiales el tratamiento de la afección concreta que tiene el paciente
4) Llegar al diagnóstico correcto
5) Tratar la enfermedad actual
6) Negociar el futuro del caso teniendo en cuenta la opinión del paciente y de su entorno (esto es muy importante) y del sistema (infectólogo y col.)
7) Supervisar, supervisar, supervisar...

Dos palabras con respecto a medicinas alternativas. Todas pueden aportar al tratamiento holístico de una persona. Pero no debemos caer en suponer que sumando todas las medicinas alternativas vamos a lograr la sanación. Pues el tratamiento holístico debe incluir a la parte no corrupta de la medicina oficial.

De acuerdo a mi experiencia personal, como acompañante terapéutico he logrado, con el proceder antes señalado, muchos más beneficios para el paciente y para su entorno que tratando de imponer ideas no aceptadas, sobre todo teniendo en cuenta que los médicos se están cubriendo de posibles juicios de mala praxis y que las leyes y lo "aceptado" amparan legalmente su "errado accionar médico". Por eso la importancia de consensuar, de llegar a un entendimiento, llamémoslo: un pacto de no agresión entre paciente y profesional.

Jaime Fiol Médico e investigador independiente desde hace 40 años
http://revisar.wordpress.com fiolja2005@hotmail.com

Mi forma de tratar este inmunodesequilibrio llamado SIDA

Me complace escribir mi plan de tratamiento para el "VIH/SIDA", a petición de Lluís Botinas.

Dado que sé que el virus llamado "VIH" no es la causa de la "enfermedad SIDA", los llamados fármacos antivirales no pueden ser el tratamiento adecuado.

Como conocemos desde hace casi 20 años gracias a la investigación celular, hay dos tipos diferentes de linfocitos T4 colaboradores, los Th1 y los Th2, con dos formas totalmente diferentes de respuesta inmunológica. Sabemos también que el equilibrio entre los Th1 y los Th2 es importante para una correcta función inmunitaria. Los Th1 son los encargados de neutralizar gérmenes intracelulares, mientras que los Th2 actúan contra infecciones bacterianas y parásitos extracelulares. Por ejemplo, en caso de contacto frecuente con diversas bacterias ajenas, el cuerpo cambia de la respuesta inmunitaria Th1 a la Th2.

Trato con substancias no-tóxicas a pacientes de "SIDA" desde 1985. También ofrezco mi tratamiento a personas seropositivas sin "SIDA" cuando muestran cambios en los resultados de sus análisis sanguíneos o algún síntoma de enfermedad. Mi tratamiento es una combinación de substancias que a nivel individual ayuda en diferentes alteraciones celulares, según demuestran análisis sanguíneos especiales en "casos de SIDA".

Mi tratamiento por vía oral consiste en:

* Calypso (fórmula magistral): una mezcla principalmente de glutatión, curcumina (extraída de la hierba cúrcuma- la cúrcuma contiene solo un 3-5% de curcumina), agaricus (hongo terapéutico) y vitaminas del grupo B (dos pastillas, una vez al día)
* ViathenT (www.viathen.de): una mezcla de algas marrones, lúpulo y cacao (dos pastillas, una vez al día)
* MAP (master aminoacid pattern): una mezcla de aminoácidos altamente purificados (dos pastillas, tres a cinco veces al día)
* Ácidos grasos Omega-3 de aceite de linaza o pescado

Es muy importante caminar <u>todos los días</u> tanto como se pueda: empezar con el tiempo que uno aguante sin agotarse e ir incrementando un minuto cada día hasta llegar a 30-60 minutos diarios.

Este es el plan de tratamiento "normal" que todo el mundo puede seguir sin necesidad de consultar a un médico con regularidad. Hay otras substancias útiles que sólo receto después de conocer determinados resultados de unos análisis sanguíneos especiales que me indican, por ejemplo:

---niveles altos de gammaglobulinas: un fuerte cambio de la posición Th1 a la Th2;
---niveles altos de homocisteína: una deficiencia de vitaminas del grupo B (B6, B12 y ácido fólico);
---niveles altos de la así llamada "carga viral": una gran inflamación en el cuerpo que conduce a la construcción "errónea" de fragmentos de ADN con los cuales la PCR arranca y da una "carga viral" alta;

---niveles bajos de glutatión: el cuerpo no puede desintoxicarse lo suficiente (substancias tóxicas de la comida, agua y aire, así como substancias tóxicas procedentes de un metabolismo o de un tratamiento incorrectos);
---niveles bajos de colesterol HDL: el cuerpo lo necesita para la reparación celular;
---etc.…

En los peores casos, receto una mezcla por vía intravenosa dos o tres veces por semana (a veces, incluso diarias): 250 ml líquido de cloruro sódico + dos ampollas de Tationil 600mg + una ampolla de Acetilcisteína 300 mg + una de Vitamina B6 25 µg + una de Vitamina B12 300 µg + una de Ácido fólico 20 mg + de 100 a 300 mcg de Selenio.

Sólo en casos en que mi tratamiento no ayuda lo suficiente y cuando una gran inflamación se extiende y agota el cuerpo, prescribo un *cóctel* de la medicina oficial durante un periodo **corto y limitado** a fin de suprimir la inflamación. Sin embargo, paralelamente uno debe proteger las células de cualquier daño causado por el *cóctel*.

Desde 1985 he tratado a más de 1.500 personas con "VIH/SIDA". En los primeros diez años podía demostrar que más del 90% de mis pacientes vivían mucho mejor y por más tiempo que aquellos tratados por los métodos oficiales, pero, pasados varios años, mis pacientes también morían. Al conocer más sobre el mecanismo celular, gracias principalmente al Dr. Heinrich Kremer, pude mejorar mi tratamiento, y en los últimos diez años rara vez muere alguno de mis pacientes. En estos casos, no puedo evitar que la gente consuma drogas y *poppers* o que se someta a estrés crónico, pero, incluso en estas malas condiciones, puedo prolongar su vida mucho más que los tratamientos oficiales.

Juliane Sacher Médica www.praxis-sacher.de sacherju@web.de (alemán e inglés)

El VIH, ¿de verdugo a espectador?

En los inicios del VIH/SIDA, D. Kotler y su equipo describieron lesiones histológicas compatibles con un proceso específico en la lámina propia del intestino delgado y del colon. Hallaron en estos enfermos malnutrición, absorción intestinal deficiente y esteatorrea, en particular si se acompañaba con diarrea. No pudieron encontrar infecciones bacterianas o parasitarias que justificaran la alteración estructural que describieron.

Sin embargo, la comunidad científica optó por la hipótesis de causa única, infección por VIH. Han pasado muchos años hasta conceder a la enteropatía asociada al VIH la relevancia que tiene en el progreso de la enfermedad.

Hoy, se acepta que el avance de la enfermedad se debe a la activación crónica y generalizada del sistema inmune. Esta correlación es mayor que la que observa la carga viral con el progreso de la enfermedad. Por fin, se ha relacionado la activación de la inmunidad con el paso de agentes microbiológicos desde la luz intestinal hasta el torrente circulatorio. Existe un compromiso en la superficie de la mucosa intestinal que facilita el paso de gérmenes o fracciones, induciendo la activación generalizada de la inmunidad natural y adaptativa, hasta conducirla a la inmunoexhaustión.

El agotamiento de la inmunidad se debe a la continua delección de las poblaciones linfoides que se produce en sus propios órganos de reposo. De otro lado, se ha descrito un defecto en el ciclo celular de las células T $CD4^+$. En conjunto, los estímulos antigénicos son responsables de activar los mecanismos que conducen a la muerte celular en esta población linfocitaria.

El tratamiento antirretroviral no es apto para reconstruir el tejido linfático asociado al tracto gastrointestinal, donde tampoco se demuestra capaz de inhibir la replicación del VIH. Una observación añadida es que tras la primoinfección, que destruye masivamente las células T $CD4^+$ en la lámina propia del tracto gastrointestinal, se produce un depósito de colágeno que impide la reestructuración de las placas de Peyer. Este proceso también acontece en los otros órganos linfoides, si bien con más lentitud.

Observaciones:

a) La destrucción de células T $CD4^+$ que ocasiona el VIH, bien directamente o por medio de las fracciones de su estructura, de ninguna manera justifica la pérdida de células T $CD4^+$ que sufren estos enfermos;
b) La destrucción masiva de las células T, en su mayor parte, obedece a procesos que emplea de forma natural el organismo, aunque de manera exagerada;
c) El fracaso de la inmunidad se asocia con el envejecimiento de la población de células T $CD8^+$. Este fracaso no se debe directamente a la merma del recuento de las células T $CD4^+$ en sangre periférica;
d) En la base del progreso de la enfermedad se encuentra la disregulación inflamatoria de la lámina propia en el tracto gastrointestinal, que altera la permeabilidad de la mucosa y la función de barrera. Además, favorece un estado de malnutrición crónica;
e) Estas observaciones replantean la fisiopatología del VIH y del VISimio, y también su implicación en el avance de la enfermedad; explican la diversa evolución clínica que se observa en las especies que sufren la infección; y abren nuevas líneas de estudio e investigación con vistas a una intervención médica eficaz.

Miguel Quel Benedicto Médico mbqb59@hotmail.com

Propuesta de atención terapéutica integral

Ante un paciente seropositivo lo primero que habría que precisar es lo siguiente: El paciente, ¿ha llegado con enfermedades oportunistas o simplemente es uno más de los etiquetados por dar positivo a un test que todavía no tenemos claro qué esté evaluando?

Una vez conocemos la situación, el protocolo será muy diferente. El primer paciente presentará un cuadro de mucho mayor desgaste que el segundo, y esto es importante evaluarlo bien:

1.- Evaluar cómo es su terreno y cuáles son sus puntos más vulnerables, a través de iridiología, de sus pulsos, del interrogatorio,… Un linfático será muy diferente de un sanguíneo en cómo responde a los estímulos, a las circunstancias de la vida. Cada uno tiene sus puntos débiles y sus fortalezas.

2.- Evaluar sus hábitos de vida: a) Alimentación; b) Ritmo de actividad y descanso; c) Respiración; d) cHábitos tóxicos: medicación química, droga, alcohol, tabaco,…

3.- Evaluar sus circunstancias personales y sus valores en la vida (sus valores incluye: inquietudes, creencias, principios,…) para entender cuales son sus emergencias biológicas. Esto ayuda a evaluar el nivel de estrés y a qué órgano está afectando prioritariamente.

Terapia: A) Darle elementos para que se enfrente mejor a sus circunstancias; B) Reforzar su terreno con terapia mineral, nutricional, estímulo vibracional: plasma marino, oligoterapia, ortomolecular, espagiria, acupuntura, homeopatía,…; C) Desintoxicar de las posibles drogodependencias: con fitoterapia, homeopatía, microdosis,…; D) Dar pautas saludables de Vida: respiración, descanso, alimentación,…

Anónimo

Desde la Nueva Medicina a la Medicina Psicobiológica

Siguiendo los descubrimientos del Dr. Hamer, y habiendo sido su principal divulgador en América en los últimos quince años, hemos agregado una serie de enunciados a las cinco leyes descubiertas por el maestro alemán. En ellos proponemos tener presente, en la aparición de las enfermedades etiquetadas como sida, la influencia de los conflictos colectivos a través de la historia. Estos conflictos serían fruto de injusticias graves y no reparadas en los ancestros de

las personas enfermas, generando un comportamiento biológico de denuncia de estas injusticias.

Esto nos aleja del planteo de Hamer de que todas las enfermedades son fruto de conflictos biológicos actuales que el paciente debe resolver. Proponemos, en cambio, que en numerosas ocasiones la enfermedad (cáncer, autoinmunes, infecciones no autolimitadas) de la persona no pretende resolver ningún conflicto sino que denuncia injusticias en las redes familiares y sociales del individuo que las padece, quien se convierte en víctima pasiva de una reparación biológica a la que no le importa el individuo sino la especie.

Lo interesante de esta propuesta (que enlazamos a la psicogenealogía y a la pedagogía sistémica de Hellinger) es su abordaje terapéutico, que va más allá de cambios de actitudes y propone actos simbólicos de reparación de las injusticias generacionales, actos que surgen del estudio del comportamiento de los animales y de los pueblos originarios. Se trata de actos de apaciguamiento, ayuno, confrontación, ejercicios de superación de traumas, respiración, dramatizaciones o encuentro simbólico con los ancestros.

Nuestro enfoque terapéutico, además, incluye un llamado a darnos cuenta de lo difícil de resolver enfermedades tan graves sin cambios sociales verdaderos, entre los que citamos pasar del paradigma microbiológico de la medicina a un nuevo paradigma psicobiológico, así como cambios pedagógicos que nos permitan percibir directamente la realidad para que no nos sigan vendiendo ficciones como el sida y la monumental masacre de la quimioterapia.

Fernando Callejón. Médico, miembro fundador de la *Asociación Argentina de Medicina Psicobiológica* www.aamepsi.com.ar

Asistencia Integral a la Salud en Miami

A petición del amigo Lluís: Bajo este concepto se trató un grupo de 32 ‘seropositivos’ –20 homo, 10 hetero y dos bisexuales– de entre 22 y 43 años durante tres años y medio. Mientras el grupo permaneció junto, el éxito fue rotundo.

La “respiración celular” (Otto Warburg, Premio Nobel), la “nutrición celular” (Linus Pauling, Premio Nobel), junto con el pH alcalino (7,37-7,47) y la temperatura (36,5ºC), son la base de la homeostasis o salud. Cualquier alteración en estos factores conducirá al desequilibrio homeostásico o enfermedad, si no son reequilibrados. “Todas las enfermedades son ácidas, y donde hay oxígeno y alcalinidad no puede haber enfermedad ni cáncer”, dijo Warbürg. La glucosa más el oxígeno producen dos hidrogeniones ($2H^+$) –radicales libres– que, en el proceso de la oxidación, acidifican la célula (pérdida de electrones y energía), pero que, automáticamente, la reducción (recuperación de electrones y energía) vuelve a alcalinizarla al combinarse los hidrogeniones con los oxhidrilos ($2OH^-$) –antioxidantes– dando lugar a una molécula de H_2O, alcalina, y liberando otra de O que oxigena la célula. Nadie con un Consumo de Oxígeno (VO_2) de 35-40 ml x 1Kg x 1’ y un pH 7,35-7,47, puede estar enfermo o tener cáncer. El pH depende de sol-colesterol-D1-D3-Ca-minerales. Los ejercicios aeróbicos practicados al 70% de la Máxima Frecuencia Cardíaca, una Nutrición Alcalina –agua de mar– (todas las enfermedades las causa la Desnutrición, que genera acidez) y una Técnica de Relajación, o sea, una “Asistencia Integral a la Salud”, previene contra todas las enfermedades, incluidos cáncer, Alzheimer, Parkinson… y, claro está, “SIDA”.

Ángel Gracia, Doctor en Veterinaria, PhD y CNC. Autor, entre otros, de *Agua de Mar. Nutrición Orgánica*. Presidente de *Seawater Foundation* www.seawater.org

III-5.- UNAS LÍNEAS DE DIECISÉIS INVESTIGADORES Y AUTORES

He aquí dieciséis aportaciones de investigadores y autores críticos redactadas, claro está, cada una desde el enfoque de quien firma. Es muestra de mi deseo de que este libro –con sus méritos y con sus límites- forme parte del esfuerzo colectivo de quienes, bien desde hace ya más de dos décadas o bien recientemente incorporados, están dando la cara para que se investigue y conozca la verdad sobre el montaje SIDA. De alguna manera indica que estos investigadores y autores también sienten este libro como suyo, aunque no compartan todo lo que aquí desarrollo.

¿SIDA? El mayor asesinato en masa que jamás he investigado

Al alistarme en el Cuerpo de Marines en 1975 y al ingresar en el Departamento de Policía de Los Ángeles en 1980, juré sostener y defender la Constitución de los Estados Unidos de América contra todo tipo de enemigos, ya fueran extranjeros o nacionales. Nunca pensé que, tras miles de indagaciones, detenciones y condenas, investigaría el más diabólico de los crímenes en mi carrera como investigador, ocho años después de mi jubilación en el año 2000.

Si la ciencia del VIH-SIDA fuese sólo una vulgar estafa de médicos falsos vendiendo remedios falsos a una comunidad crédula, las autoridades locales detendrían rápidamente a los sospechosos, inspeccionarían las pruebas y prepararían el caso para una acción judicial.

En esta ocasión, médicos reales usan una ciencia falsa para asustar y envenenar a gente sana, cuyas subsiguientes enfermedades y muertes son posteriormente utilizadas para justificar más financiación y más investigaciones fraudulentas. Bajo el pretexto de salvar vidas, bebés son separados de sus madres que se niegan a envenenarlos, y adultos son encarcelados por propagar una enfermedad falsa y, por lo tanto, no contagiosa.

La ley no se aplica, ya que las farmacéuticas generan cientos de miles de millones de dólares y financian organismos gubernamentales y políticos a los que se confía la supervisión de la industria. Si se aplica la ley, ello corre a cargo de la FDA* y los CDC*, y docenas de espías farmacéuticos atacan a cuantos se atreven a retar esta ortodoxia política no científica. Las publicaciones se encuentran colapsadas, y los médicos y científicos que formulan preguntas, pierden sus becas. Si sus puestos docentes no tienen carácter permanente, se los quitan. Incluso yo fui amenazado con la retirada de mi licencia estatal.

Hoy en día, el Congreso norteamericano está considerando elaborar una ley que permitiría a la FDA indemnizar a las empresas criminales que a su vez la financian. Tal plan haría llorar de alegría al propio Maquiavelo.

La buena noticia es que personas de todo el mundo están empezando a entender la importancia de una buena salud, del ejercicio físico y de una adecuada nutrición. A medida que hombres y mujeres supuestamente seropositivos están viviendo vidas sanas, felices y largas sin recurrir a la "caja de fármacos venenosos" *("black box")* del SIDA, nos enseñan que existen alternativas a la sentencia de muerte de la que nos convencieron Gallo y compañía. Menos mal que aquellos que no se rinden al fraude de Gallo pueden vivir, sin miedo, vidas plenas, felices y productivas.

Clark Baker** cb@omsj.org (cualquier lengua)

¿SIDA? Sólo es publicidad y mercancía

El SIDA no ha sido, ni es, más que producto de una ciencia moderna y de una medicina guiada no por el afán de curar sino por un vicio mercantilista e industrial que, negociando con

la vida y la muerte de cientos de miles de enfermos, en estos últimos 20 ó 25 años ha logrado convertirse en uno de los mejores negocios de finales del siglo XX y principios del XXI. Esta medicina industrial y mercantil, aliada a otros resortes del Sistema Moderno Occidental, como los medios de comunicación, los políticos y los programas nacionales de prevención e información, ha logrado crear una alucinación colectiva de terror y muerte, arguyendo para ello la existencia de un virus que no existe.

Pero no importa, puesto que actualmente la realidad por la que se mueve el sistema es una realidad virtual, que es lo que se publicita y vende.

Por eso el SIDA se publicita y vende.

Enric Costa** Médico enric.costa@hotmail.com

¿VIH? Premio Nobel otorgado por un retrovirus del que no se probó que proviniese de un paciente con pre-SIDA

Habiendo trabajado durante 25 años, en el Sloan Kettering Institute de Nueva York, con microscopía electrónica aplicada al estudio de retrovirus, y examinando una vez más, con ocasión del Premio Nobel concedido en 2008, el artículo de Barré-Sinoussi, Montagnier *et al*., publicado en *Science* en 1983, hago la siguiente declaración:

Este "histórico" artículo está ilustrado con una imagen hecha con microscopio electrónico que muestra típicos retrovirus Tipo-C originándose en la superficie de linfocitos sanguíneos de cordón umbilical. Desafortunadamente, este artículo no consigue en absoluto probar que estos retrovirus Tipo-C procedan de un nódulo linfático del paciente pre-SIDA examinado en este estudio. Por consiguiente, referirse a estas partículas virales como "LAV" o "VIH" es totalmente inaceptable desde un punto de vista científico. Habiéndose demostrado que estos retrovirus se originaron en la superficie de linfocitos sanguíneos de cordón umbilical, lo más probable es que procedieran de una placenta, ya que la placenta humana ha demostrado albergar grandes cantidades de retrovirus humanos endógenos, que pueden formar partículas completas en cultivos celulares activados por factores de crecimiento.

Etienne de Harven** (comunicación personal, octubre 2008) pitou.deharven@tele2.fr (francés o inglés)

¿VIH? Cuestionando la existencia del VIH: reacción a, y hechos sobre, este asunto capital

En julio del 2000, dos miembros de *El Grupo de Perth*, Eleni Papadopulos-Eleopulos y Valendar Turner, conocieron a Lluís Botinas en Johannesburgo. Ahora Lluís nos ha pedido que escribamos una breve contribución a su libro sintetizando nuestra postura respecto a nuestra oposición a la teoría VIH del SIDA.

Mientras científicos como Peter Duesberg y otros argumentan que el VIH no es la causa del SIDA, no cuestionan la existencia del VIH en sí. Sin embargo, ésta ha sido la posición de *El Grupo de Perth* desde el comienzo de la era del VIH. Nuestro Grupo fue creado en el Royal Perth Hospital, Australia Occidental, por la biofísica Elena Papadopulos-Eleopulos, dos años antes del descubrimiento del VIH reivindicado por Montagnier. Cuestionar la existencia de un retrovirus VIH es, por supuesto, considerado una herejía, por lo que a menudo tuvimos que presentar nuestros argumentos como algo secundario y con sutileza, a fin de conseguir publicarlos en la literatura científica. Sin que nos cogiera por sorpresa, y aunque hayamos invitado al debate científico, éste ha sido repetidamente ignorado. En cambio, la respuesta ha sido peyorativa. Se ha etiquetado a los científicos de *El Grupo de Perth* de "fuerzas del lado oscuro", "mala hierba", "defensores de la Tierra plana", "asesinos de niños" y "negacionistas del Holocaus-

to". Nuestros puntos de vista han sido tachados de "peligrosos" y "amenaza para la salud pública", aunque nuestra interpretación de los datos científicos sea más precisa en lo que atañe a la salud pública que la ofrecida por los defensores del VIH. Nos hemos convertido en objeto de escarnio a instancias del Profesor John Moore y sus colegas de AIDSTruth.org, quienes consiguieron que el editor de la sección *Rapid Responses* del *BMJ* cerrara el debate *online* que llevaba 2 años, 2 meses y 20 días desarrollándose. Nuestros informes han incitado a los expertos del VIH y a sus seguidores a aventurarse en la psicología como aficionados, en su empeño por analizar nuestra *raison d'etre*, sin considerar nunca, por lo visto, que la razón por la que pensamos como lo hacemos puede tener todo que ver con la ciencia, y nada con la psicopatía.

Desde nuestro punto de vista, es fundamental que una teoría retrovírica del SIDA tiene que empezar con la prueba de la existencia de un retrovirus. El fundamento de nuestro argumento, aceptado por expertos y virólogos del VIH, es que se prueba la existencia de los virus por medio de un procedimiento conocido como "aislamiento/purificación de virus". En el contexto de aquellos virólogos que ejercen la virología, "aislamiento" es una palabra confusa, rara vez definida en textos virológicos y que, cuando es examinada, equivale a una serie de procedimientos que no guardan relación con el significado de la palabra tal y como es entendida por la gente corriente. El hecho es que, por definición, los virus son partículas de varios ordenes de magnitud inferior a la de las células, formadas por sus propios exclusivos proteínas y ácido nucleico (ADN o ARN, según el tipo de virus), y que se replican infectando células vivas. *El Grupo de Perth* defiende que cualquier procedimiento que pretenda probar la existencia de un virus debe ser acorde con esta definición. En el caso de los retrovirus, esto significa que debe haber (a) evidencia mediante microscopía electrónica de la existencia de partículas que tengan las características morfológicas correctas; (b) prueba de que las partículas contienen proteínas y ARN exclusivos entre los que se incluye una proteína con actividad enzimática de transcripción inversa; (c) prueba de que el ARN codifica las proteínas; (d) prueba de que las partículas, y sólo las partículas, cuando son introducidas en cultivos no-infectados, originan la aparición de nuevas partículas con la misma morfología y constitución. Desde nuestro punto de vista, no existen tales pruebas. En cambio, la existencia del "virus que nunca fue" (por usar las palabras de Neville Hodgkinson) esta basada en las presunciones erróneas de que (a) las partículas que parecen retrovirus son retrovirus; (b) la actividad de transcripción inversa medida en cultivos celulares o material que los científicos presentan como "virus purificado", es retroviral, no celular, y que en sí misma es una prueba de "aislamiento"; (c) las proteínas son retrovirales porque en los cultivos o en el material considerado como "virus purificado", unas pocas seleccionadas de entre ellas reaccionan con anticuerpos presentes en el suero de pacientes con SIDA; (d) el "virus purificado" (i) contiene partículas retrovirales, y (ii) es puro. Desde nuestro punto de vista, no existe prueba alguna para ninguna de estas afirmaciones. Además, los expertos del VIH son, de hecho, completamente conocedores de ello, porque es debido principalmente a sus propios esfuerzos investigadores anteriores que es sabido que cada uno de estos fenómenos es no-específico.

En 2006, Papadopulos-Eleopulos y Turner comparecieron como peritos en un caso judicial en Adelaide, Australia meridional. Aunque este caso se perdió, el testimonio prestado bajo juramento por los expertos del VIH estableció algunos hechos importantes. El más significativo fue su aceptación de que la purificación de partículas resulta esencial para probar la identidad de las proteínas y del ARN del "VIH". Sin embargo, no se presentó (ni existe) ninguna prueba. Irónicamente, en 1997, expertos del VIH como Julian Bess publicaron datos que demostraron sin duda alguna que las llamadas proteínas del "VIH", y por lo tanto el "ARN del VIH", son en su totalidad productos celulares. Sin embargo, Bess y los demás expertos del VIH niegan la evidencia que les da sus propios ojos. Sólo el tiempo dirá cómo evolucionará el problema de la existencia del VIH, pero es muy evidente que los expertos del VIH/SIDA harán lo que sea con tal de impedir un debate y unos experimentos que podrían resolver este asunto capital.

Después de que concluyese este caso judicial, Montagnier y su colega Françoise Barre-Sinoussi han sido galardonados con el Premio Nobel por el descubrimiento del VIH. Según la nota de prensa del Comité del Premio Nobel, "descubrieron el VIH-1, el primer lentivirus humano. Caracterizaron el virus a partir de sus propiedades morfológicas, bioquímicas e inmunológicas, y demostraron la capacidad de inducir replicaciones masivas de virus y daño celular a los linfocitos". La respuesta de *El Grupo de Perth* al Comité Nobel puede ser estudiada en www.theperthgroup.com/montagniernobel.html

Eleni Papadopulos-Eleopulos, Valendar Turner y *The Perth Group***
vturner@iinet.net.au (inglés)

¿VIH? Premio Nobel: ¿cambio de mitología sobre el VIH?

El anuncio de la concesión del Premio Nobel a Montagnier y Barré-Sinoussi por su "descubrimiento del VIH", intenta crear una nueva mitología que sustituya la antigua.

La antigua mitología era "el descubrimiento del VIH como causa del SIDA" por parte del grupo de Gallo. Pero numerosas investigaciones del gobierno de los EE.UU. sobre la inapropiada conducta científica de estos investigadores (descrita con detalle en el libro de John Crewdson**) dejaron claro que los experimentos de Gallo, si es que se llevaron a cabo, fueron realizados con muestras procedentes del laboratorio de Montagnier.

El Comité Nobel trata de quitar importancia a problemas que eran comunes al trabajo de ambos laboratorios, principalmente: que sus metodologías en la detección de un virus eran no-específicas, que era evidente que nunca habían purificado virus, que ni siquiera probaron una estrecha asociación entre VIH y SIDA, y que menos aún facilitaron prueba alguna de causalidad. La nueva mitología sostiene que ambos conjuntos de experimentos eran válidos, pero que los del *Institute Pasteur* se realizaron antes y, por lo tanto, debían recibir reconocimiento por su descubrimiento.

El comunicado del Nobel muestra claramente las graves deficiencias de esta investigación fundamental del VIH a través las de dos ilustraciones incluidas en la nota de prensa. Una de ellas afirma que se detectó la producción de virus al monitorizar actividad de transcriptasa inversa. Sin embargo, la realidad (mostrada en el anexo de información supuestamente "avanzada") es que estaban monitorizando recuentos radiactivos que sólo demostraban que se habían incorporado nucleótidos radiactivos a las células, pero no necesariamente al ADN nuclear, y que esto **podía** significar que se había producido transcripción inversa, y que esto **podía** indicar que el enzima transcriptasa inversa estaba presente. Pero incluso si todas estas asunciones fuesen verdaderas, es también sabido que la transcriptasa inversa no es exclusiva de los retrovirus, y que podría haber sido estimulada por las condiciones de los sistemas de cultivos celulares altamente artificiales que emplearon.

La segunda ilustración es una imagen etiquetada por el Comité del Premio Nobel como "La microscopía electrónica identifica partículas retrovirales formándose de células T infectadas". En realidad, es una buena evidencia de que **no** se culminó la purificación (ya que, de ser así, obviamente se hubiera incluido una imagen de virus puro, y, además, Montagnier admitió públicamente que no pudo purificar el virus). En segundo lugar, de mirar las partículas no se puede deducir que sean retrovirales, ya que pueden ser microvesículas. Sólo por medio de la purificación, del análisis del ARN y de las proteínas de las partículas (procedentes de muchas muestras), y de experimentos de infección, se puede demostrar que estas partículas son virales. Tales experimentos nunca han sido realizados.

Al aceptar como válidas estas inciertas y preliminares investigaciones, el Comité Nobel intenta reforzar un edificio científico que muestra cada vez mayores grietas en sus cimientos…

y en todos los pisos, incluido el ático, ocupado a partir de ahora por Montagnier y Barré-Sinoussi.

David Crowe ** Periodista científico, Presidente de *Rethinking AIDS*
David.Crowe@aras.ab.ca (inglés)

¿VIH/SIDA? Evidencia de fraude desde el primer momento

Deseo compartir con los lectores del libro de Lluís Botinas cómo descubrí el fraude hecho por el Dr. Gallo con los artículos que publicó en *Science*.

El 25 de Mayo de 1995 se hizo público que el "Dr. Robert C. Gallo, el más reputado y controvertido investigador gubernamental sobre el SIDA, deja el *National Cancer Institute* tras una agria controversia internacional sobre su contribución al descubrimiento de la causa del SIDA. Gallo declaró que planifica crear su propio Instituto de Virología Humana en un almacén rehabilitado del centro de Baltimore." (John Crewdson, *Chicago Tribune*).

La controversia desde 1987 versaba sobre cuál era el virus que probó causaba el SIDA. Gallo proclamó que se trataba de uno que él mismo había descubierto, llamado HTLV-III. Sin embargo, el Profesor Luc Montagnier, del *Institute Pasteur* de París, refutó esto a través de una acción legal. Montagnier reclamó que en realidad Gallo había usado su virus, el LAV. Después de una larga y prolongada investigación gubernamental, a principios de los años 90 salió a la luz un documento que probaba cuál había sido utilizado en realidad. Este documento es la razón por la que dos científicos franceses recibieron el Premio Nobel el 10 de diciembre de 2008. Su LAV es actualmente denominado VIH.

Descubrí recientemente este documento histórico entre los papeles del escritor John Crewdson, que había cubierto estos acontecimientos para el *Chicago Tribune*. Era un borrador escrito a máquina por el científico que realmente hizo el experimento, el Dr. Mikulas Popovic, y fue llenado de comentarios escritos a mano por el jefe de laboratorio, el Dr. Robert Gallo.

Al comenzar a leerlo, pronto encontré la prueba sobre la que se había basado el Premio Nobel. Es el reconocimiento en página dos por parte de Popovic de que había usado el LAV francés renombrado como HTLV-III. Gallo tachó esta admisión pero el original quedó claramente legible.

Luego giré la hoja y me quedé sorprendida al ver que todas las páginas tenían más supresiones y cambios, ninguno de los que cuales había sido dado a conocer ni por Crewdson ni por nadie. Justo en frente de mí tenía una afirmación de Popovic tachada que sorprendentemente decía: **"A pesar de los intensos esfuerzos investigativos realizados, el agente causante del SIDA todavía no ha sido identificado".** Era exactamente lo opuesto a lo que yo y todo el mundo había sido conducido a creer acerca de lo que este artículo informaba.

Esto era totalmente inesperado. Nada de lo leído me había llevado a poder esperar esto. Nadie había mencionado estas palabras suprimidas. Ni Crewdson, ni ninguno de los muchos miembros de las comisiones de investigación, ni la historia de la ciencia del SIDA. Nadie había informado de estas palabras, y mucho menos de su eliminación por Gallo.

Leí el resto del borrador con mucho cuidado. En ningún momento Popovic declara nada que no sea consistente con esta afirmación. Llegó a la conclusión, antes de que Gallo también la borrase, de que, puesto que había conseguido cultivar un poco del virus, era una "posibilidad" para el futuro poder trabajar en profundidad con este virus. Nada más. ¡En ningún momento había intentado probar que un virus fuese la causa del SIDA!

Estaba totalmente atónita. Éste es uno de los artículos científicos más famosos jamás publicado. Es citado en decenas de miles de otros artículos científicos. Es visto como la piedra angular sobre la que se ha construido la ciencia del SIDA. En todas partes se dice que demuestra que el VIH causa el SIDA.

Decidí que debía investigar esto a fondo. En el 2008 publiqué mis descubrimientos en mi libro *Miedo a lo invisible***, con una reproducción completa de este borrador como apéndice. Llegué a la conclusión de que este artículo es una prueba definitiva de mala conducta científica y del fraude científico más grave que jamás he visto en treinta años de carrera como periodista de investigación. Creo que el resultado debería ser la interposición de acciones legales de carácter criminal.

La anterior investigación de la *Office of Research Integrity* (Oficina de Integridad en la Investigación) del Departamento de Salud de los EE.UU sobre qué virus había sido usado, concluyó:

"El proceso investigador puede proceder confiadamente sólo si los científicos pueden asumir que son correctos los hechos previamente informados sobre los que se basa su trabajo. Si los ladrillos son en realidad falsos…. entonces la pared científica de la verdad puede desmoronarse…. Tales acciones amenazan la propia integridad del proceso científico."

Pero ahora me pregunto por qué no informaron de estas otras supresiones hechas por Gallo. ¿Por qué se ignoró esta evidencia? ¿Fue porque su mandato era sólo indagar sobre qué virus fue usado, no sobre si se había demostrado que el virus realmente existe y causa el SIDA? Incluso en este supuesto, sigue siendo extraordinariamente raro que no leyesen el resto del texto. Uno debe llegar a la conclusión que sí lo hicieron, pero que decidieron no informar de ello porque las consecuencias serían muy dramáticas. Por lo tanto, este artículo nunca fue retirado, y esta parodia de ciencia continuó siendo considerada como totalmente válida.

Ahora he presentado mi libro, junto con la evidencia del fraude, a muchos distinguidos científicos consultándoles si, en su opinión, este artículo científico tan importante debería ser retirado ahora de circulación, evitando así que muchos otros científicos sean engañados por él.

El resultado es el aval más sólido que un libro haya recibido. El uno de diciembre (de 2008), Día mundial del SIDA, 37 científicos escribieron a la revista *Science* exigiendo la retirada de este artículo y adjuntando las pruebas del fraude. Su carta llegaba a la siguiente conclusión:

"Para que el depósito científico sea fiable, es vital que se retiren los artículos que se demuestre que son defectuosos o que están falsificados. Porque ahora existe una prueba totalmente pública que demuestra que los artículos de Gallo sacaron conclusiones injustificadas, su retirada de *Science* es de la mayor importancia a fin de mantener la integridad."

Los investigadores gubernamentales informaron que en este artículo Gallo y Popovic habían registrado tan mal el experimento que probaba que el virus causa el SIDA, que nadie había sido capaz de repetirlo ni de verificarlo. ¡No es de extrañar! Es una historia inventada.

Sin embargo, basándose en la evidencia de este artículo, se ha construido una multibillonaria industria del SIDA, con millones de personas sometidas a quimioterapia tóxica para luchar contra un retrovirus que nunca ha sido probado que cause el SIDA, y ni siquiera que exista. Esto es un absoluto desastre y un crimen muy grave. Pero cuando se retire de *Science* el artículo, como finalmente debe ser, resultará más fácil arreglar este desastre médico.

Ahora se abren muchos caminos delante de nosotros. Tenemos sólida evidencia legal de fraude, y deberíamos utilizarla. Si la revista *Science* se negase a retirar los artículos a pesar de dicha evidencia, podemos abrirles acciones legales y cuestionar su decisión. Bien podemos ganar una acción de este tipo. Pero primero debemos esperar un tiempo prudencial a que *Science* tome su decisión. Pero si se retrasan excesivamente, tenemos base para citarlos ante un tribunal. Si fallamos en una corte, podemos llevarles a instancias superiores. Vamos a hacer circular extensamente esta evidencia, incluso a contactos en la ONU.

Janine Roberts** Periodista jan@janineroberts.com (preferiblemente en inglés, aunque también en español)

¿VIH/SIDA? Cómo me convertí en un Repensador-del-SIDA y en un Escéptico-del-VIH

Acepté contribuir a este libro porque llevo varios años preocupado por la asombrosa discrepancia entre, por un lado, los hechos difundidos sobre el VIH/SIDA en las publicaciones defensoras de la versión dominante y en los informes oficiales, y, por otro, la propaganda oficial sobre una epidemia (no lo es y nunca lo ha sido), propagada por vía sexual (no lo es), y causada por un retrovirus (no lo es, y el presunto virus incluso puede que ni exista). Mi obsesión con el tema le debe algo al hecho de que personas sanas están siendo envenenadas por tratamientos "antirretrovirales" que no producen ningún beneficio que los justifique.

Comencé a darme cuenta de la disensión con la teoría del VIH/SIDA hacia 1995, debido a mi antiguo interés en teorías científicas no ortodoxas. Busqué libros y artículos disidentes, y pensé que planteaban un caso verosímil pero no del todo convincente. Luego, una frase en el libro de Harvey Bialy sobre el trabajo de Peter Duesberg me llevó a reunir datos sobre los "tests del VIH", y los resultados supusieron la experiencia más asombrosa: me resultaba difícil creer que ahí estaba la prueba definitiva de que el "VIH" no es infeccioso, e incluso más difícil aún comprender que nadie se hubiese dado cuenta de ello, a pesar de que muchas de las publicaciones señalaban de hecho anomalías que no encajan en la teoría VIH/SIDA.

Temiendo haber pasado algo por alto, pedí comentarios a unas veinte personas: estadísticos, epidemiólogos, conocidos míos, escritores científicos que habían elogiado mi trabajo anterior, disidentes del VIH/SIDA. Sólo tres personas respondieron de una manera intrínsecamente útil: dos de mis más cercanos y antiguos amigos de la universidad, y Gordon Stewart**. Me ignoraron completamente aquellos miembros de la comunidad científica que estaban directamente involucrados en el VIH/SIDA, en particular dos grupos que han publicado gran parte de los datos sobre los "tests del VIH": el *Grupo de Investigación sobre el VIH del Ejército de EE.UU.* (*US Army HIV Research Group*), y la gente dedicada al VIH/SIDA en los CDC*. Los primeros nunca respondieron, ni siquiera con un acuse de recibo; los segundos dieron una respuesta que era claramente una discreta manera de quitarme de en medio.

Di algunas charlas a varios grupos y me di cuenta de que a la gente le cuesta mucho tiempo digerir mi análisis, lo cual no me sorprendió en absoluto ya que yo mismo había pasado muchos meses estudiando minuciosamente los datos sin dar mucho crédito a lo que veía.

Publiqué tres detallados artículos en el *Journal of Scientific Exploration*, del cual era entonces editor; pero también comprendí que la única manera de ofrecer un planteamiento apropiado era escribir un libro. Fui extraordinariamente afortunado, ya que la persona que examinó mi manuscrito, Virginia Tobiassen de McFarland Publishing, había leído poco tiempo antes *Out of Control*, de Celia Farber**, en *Harper's Magazine*. Estaba intrigada, y su crítica de mi manuscrito me ayudó a hacer del libro lo que es ahora, con un debate histórico que contesta muchos de los interrogantes planteados cuando la gente naturalmente pregunta: "Pero, ¿cómo ha podido estar todo el mundo tan equivocado sobre el VIH/SIDA, y durante tanto tiempo?".

Cuando escribo esto, la comunidad científica dominante no ha reaccionado ante mi libro. Sin embargo, he aprendido muchísimo de gente que ha contactado conmigo, e incluso más todavía desde que empecé un *blog*** cuya intención era mostrar cómo mi interpretación de los datos del "VIH" explica una gran cantidad de cuestiones que se están divulgando sobre el VIH/SIDA, cuestiones sobre las que el conocimiento convencional contemporáneo no puede, con frecuencia, aportar explicaciones adecuadas.

Han sido emocionalmente difíciles para mí las preguntas de personas "positivas al VIH", dado que podía ofrecerles pocos consejos prácticos, aparte de buscar un doctor que no acepte la creencia contemporánea estándar acerca del VIH/SIDA y que trate empíricamente cualquier enfermedad manifiesta que pueda surgir.

Por otro lado, he sido recompensado por un número equivalente de comunicaciones agradeciéndome mi trabajo.

Los comentarios más importantes e inspiradores han llegado de Tony Lance, quien ha desarrollado una explicación completamente satisfactoria de por qué el SIDA apareció cuando lo hizo; por qué se dio entre pequeños grupos de hombres *gays*; por qué entre ellos se observa una correlación entre VIH y SIDA, incluso cuando no existe una correlación global entre ambos; y por qué los medicamentos retrovirales producen a veces una rápida mejoría en la salud, aun cuando el uso de estos medicamentos a largo plazo conduce a la enfermedad y con frecuencia a la muerte.

Henry H. Bauer** Catedrático y Decano emérito hhbauer@vt.edu (inglés)

¿VIH/SIDA? Buenas intenciones, consecuencias dañinas

La verdad sobre el SIDA aún no ha salido a la luz. *Lo que sí está claro* es que se han cometido muchos errores en torno a la "hipótesis VIH". Ésta surgió en un momento en que la mayoría de las partes involucradas, incluyendo activistas de derechos *gays*, médicos a cargo de los primeros pacientes de SIDA, políticos y científicos gubernamentales, estaban bajo una gran presión para encontrar una explicación del síndrome que inspirase tanto compasión como acción. La teoría del "nuevo virus" cumplía con estos criterios. Sin embargo, dado que incluía la percepción de que el "VIH" representaba una amenaza para las personas sexualmente activas de todo el mundo, desencadenó un pánico en la sanidad pública a nivel planetario que distorsionó el juicio científico e impidió la corrección de los primeros errores. Hoy en día, todavía estamos viviendo con las nocivas consecuencias de esas insólitas dinámicas.

Durante muchos años, numerosos individuos han desafiado la "teoría del VIH" en diversas maneras. Tanto si sus cuestionamientos proceden de una perspectiva científica o de una personal, normalmente han topado con una condena, más que con un argumento razonado. Lluís Botinas, uno de los más persistentes y antiguos críticos de la teoría, ofrece una visión alternativa que merece consideración. Su trabajo es particularmente útil por estar arraigado en los principios de la salud natural, que son relevantes en todos los campos de la medicina. Mientras esperamos el momento en que los expertos reconozcan los errores en torno al "VIH" y arrojen, con precisión científica, más luz sobre lo que de verdad esta pasando con el SIDA, contribuciones como este libro juegan un papel incalculable en mantener vivo el debate.

Neville Hodgkinson** Periodista neville.hodgkinson@uk.bkwsu.org (preferiblemente en inglés)

¿Test? Detección de una nueva causa de falso positivo con el ELISA

A mediados del año 2000, como estudiante de Biología de la Universidad Javeriana en Bogota, realicé un estudio de tamizaje a 3.984 muestras en el Banco Metropolitano de Sangre del Hospital Universitario Ramón González Valencia, en la ciudad de Bucaramanga.
El objetivo era confrontar diversos resultados serológicos de las distintas enfermedades endémicas de la zona, con resultados VIH-positivos, y de esta manera observar el grado de fiabilidad de los test ELISA. El resultado fue encontrar una nueva causa de falsa-seropositividad: el síndrome de Chagas, enfermedad muy frecuente en esta región. Fue mi tesis final de grado: *Confiabilidad de las Pruebas del VIH en un Banco de Sangre del Oriente Colombiano*. Más tarde, fue publicada en *Southern Medical Journal*.

Quiero mencionar los obstáculos que viví en la Universidad por atreverme a cuestionar los test del SIDA. El Dr. Fidias Eugenio León Sarmiento** era mi Director de tesis. Los problemas empezaron cuando, estando ya para terminar, la Universidad me asignó un co-director que quería que cambiara los objetivos: que no mencionara para nada las dudas, causas y conse-

cuencias de los falsos positivos para VIH, ni argumentadas teóricamente ni posteriormente confrontadas con los datos del Banco de Sangre. Tal fue el alboroto el día de la presentación de la tesis, que tuve que repetir su exposición ante otro jurado. Según me comentó el Dr. León, la discusión entre sus miembros fue muy tensa: unos no querían dejar pasar la tesis y otros, por ética y libertad de pensamiento, decían que se debía dar oportunidad de explorar con rigor un tema científico. Finalmente, fue nominada unánimemente como meritoria.

Un par de ejemplos más de situaciones "especiales":

-Cuando en octubre de 1997 se realizó el Congreso *¿SIDA sin VIH?* en la ciudad de Bucaramanga, fui invitado a discutir ideas y conceptos con estudiantes sobre el tema, pero, eso sí, a puerta cerrada y con mucho temor.

-Poco antes de dicho Congreso, me encontré con un acto de censura. Yo había conseguido acordar con el participante más notorio, el Premio Nobel Kary Mullis, una entrevista en vivo en *Radionet*, una emisora de Bogotá. Todo estaba listo, cuando de pronto sonó uno de los teléfonos. Era el Ministerio de Salud de Colombia: se prohibía la entrevista.

¿Por qué este tipo de censura? ¿Es delito una discusión científica? Pienso que es más delito, y más peligrosa, la cultura del miedo en base al rechazo, a la discriminación y a la desinformación pública que crean medios de comunicación, universidades y estamentos públicos a una sociedad llena de vacíos nutricionales, mentales y espirituales. Eso sí es un SIDA de la sociedad.

José Edwin Parra Piñeros** Biólogo, Director de *The Ecologist* de Colombia
joseedwinparra@yahoo.com

¿Tests? ¿Censura? Poniendo a prueba las pruebas del SIDA

En 1987 me involucré en el debate SIDA con cierto activismo periodístico entusiasta e inocente. Poco a poco empecé a darme cuenta que el muro al que nos oponíamos era durísimo. Nos encontrábamos frente a una enorme colusión entre un *establishment* dogmático-científico y unos gobiernos cobardes intimidados y forzados a entregar cientos de miles de millones de dólares para investigar más acerca de una falsa hipótesis nunca probada. Esto, combinado con la creencia pseudo-religiosa en un omnipotente e infeccioso virus promocionado por un *lobby* altamente politizado que quería creer en un virus infernal, constituía una fuerza devastadora.

Durante los siguientes catorce años me involucré en la realización de diez documentales televisivos. Excepto uno, todos fueron emitidos, y dos ganaron premios. Pero poco a poco, nuestros enemigos (muchos de ellos periodistas científicos y médicos de periódicos nacionales) minaron nuestra reputación acusándonos de causar muertes por medio de nuestros argumentos. Nuestras oficinas empezaron a cerrar hasta que finalmente nos encontramos sin poder continuar.

Me siento muy enfadada. A veces me hierve la sangre cuando recuerdo la manera en que nuestro trabajo empezó a ser reprimido lentamente y nuestras voces amordazadas hasta que fuimos obligados a desaparecer. Siempre digo que me sentía como si me estuviese ahogando lentamente.

El episodio más alarmante para mí fue la censura de nuestro documental *Positively False* para *Channel 4* en el Día Mundial del SIDA de 1998. Era una investigación sobre los 20 tests comerciales del VIH que circulaban en el mercado, y las anomalías que descubrimos al realizar nuestras propias series de tests.

Channel 4 aportó dos sumas de dinero, en total 21,200 €. Trabajamos estrechamente con la Dra. Papadopulos y el Dr. Turner, y enviamos a Londres muestras de sangre procedentes de pacientes de todas partes del Reino Unido y África que, por cualquier razón (tuberculosis, ma-

laria, sífilis, lupus, artritis) tenían los niveles de proteínas IgG e IgM aumentados en su sangre (hipergammaglobulinemia) y que pudiesen, por lo tanto, dar positivo al VIH.

Trabajando con eI *Robens Institute* de la *Surrey University*, oganizamos dos pruebas a doble ciego utilizando tres kits comerciales diferentes. Después, estos fueron procesados en los laboratorios del *University College London*. De los resultados obtenidos de los diferentes kits de tests aparecieron unas anomalías y contradicciones muy preocupantes. Por ejemplo, uno de los kits de tests produjo 19 resultados "indeterminados" cuando esas mismas muestras habían resultado negativas en los otros dos kits. Una muestra de un paciente con artritis reumatoide pero sin enfermedades definitorias de SIDA, dio positivo a los anticuerpos del VIH. Otra muestra, procedente de un joven llamado Peter N., dio positivo en los tres kits y luego negativo un mes después en dos hospitales universitarios de Londres, el *St. Mary's Hospital* en Paddington y el *Royal Free* en Hampstead.

También investigamos el hecho que el *Western Blot* había sido abandonado como prueba confirmatoria (dada su poca fiabilidad) en Inglaterra, pero todavía era requerido en Escocia. Comparamos diagnósticos de VIH en un grupo de hombres jóvenes que se hicieron los tests en el Reino Unido y después en Escocia. He aquí un asombroso ejemplo de algunos de los resultados. De las doce muestras que dieron negativo en Londres (con doble ELISA, sin *Western Blot*), seis –es decir, la mitad- resultaron o positivo (uno) o indeterminado (cinco) en Escocia utilizando el *Western Blot*.

Pero justo cuando íbamos a comenzar con producción final, cancelaron repentinamente nuestro espacio de una hora de duración previsto para el Día Mundial del SIDA. Nos relegaron a un espacio informativo dentro del Noticiario de *Channel 4*. El fallecido Huw Christie (editor de la revista *Continuum*) y yo procedimos a realizar un reportaje de nueve minutos que incluía toda la información posible de nuestros diez meses de investigación.

Pero la noche antes de la emisión, nuestro reportaje fue prohibido. El director de los noticiarios nos dijo que su propia opinión al respecto había experimentado un "cambio sísmico"... aunque no nos explicó las razones.

Afortunadamente, hoy podemos colgar este reportaje en la *web* de *Immunity Resource Foundation* y también en *YouTube*.

¿Quién sabe?

Quizas aún podamos cambiar el mundo.

Joan Shenton** Periodista, Administradora de *Immunity Resource Foundation*, directora de *Meditel Productions* irf@immunity.org.uk (inglés, español y francés)

¿Carga viral? ¿PCR? Mi experiencia con PCR

Desde el año 1994 he trabajado con la técnica de PCR para la detección de bacterias de cavidad oral, para la detección de papilomavirus (HPV) en muestras ginecológicas (en este caso, con kits comerciales, y gran variabilidad de resultados), para detección de *Mycobacterium tuberculosis* en esputos y otros fluidos orgánicos, y para detección de secuencias de genes humanos, con el fin de detectar variantes genéticas asociadas a enfermedad. Empleando esta técnica, tengo publicados cuatro artículos en revistas científicas internacionales, así como mi Tesis Doctoral sobre susceptibilidad genética a la periodontitis agresiva generalizada, una patología de los tejidos que soportan los dientes.

He trabajado tanto con ADN como con ARN, y puesto a punto protocolos de laboratorio con PCR, lo que me permite ser testigo de primera mano de la gran variabilidad de esta técnica, la influencia de factores externos y de la propia muestra, y la gran dificultad de estandarizar el proceso, lo que me lleva a desconfiar de los kits comerciales, especialmente aquellos basados

en la cuantificación. La técnica es tan sensible que hasta el tipo de termociclador, aunque marque una misma temperatura que los de otras marcas, puede influir en los resultados.

¿VIH? Mi propuesta de investigación respecto al VIH

Aunque mi experiencia e intuición me llevan a considerar que el VIH no existe como virus, mi "mentalidad científica" necesita confirmarlo experimentalmente. Y mi hipótesis de partida es que las secuencias que se detectan y se atribuyen al VIH son, realmente, secuencias endógenas del genoma humano. Para realizar una primera aproximación, sería fundamental realizar un rastreo de dichas secuencias en ascendientes (padres, hermanos) de personas diagnosticadas, con el fin de confirmar (o descartar) la transmisión hereditaria de las mismas, lo que derrumbaría (o no) la teoría aceptada del origen infeccioso de este fenómeno.

Por otro lado, justifico la positividad de las pruebas de anticuerpos ante varias opciones:

1) Expresión de las proteínas codificadas por secuencias endógenas, como respuesta del organismo ante el estrés producido por diversas agresiones de distintos tipos, como químicas, ambientales,… incluso psicológicas.

2) Reacción cruzada con otras infecciones o patologías autoinmunes, algo ya demostrado pero apenas estudiado.

3) En el caso de los hombres, considero que los problemas a nivel genital, derivados de quistes testiculares o de enfermedades de transmisión sexual, pueden favorecer la ruptura de la denominada "barrera hematotesticular", la cual mantiene aisladas las células precursoras de los espermatozoides y del semen, respecto del torrente circulatorio. La ruptura de dicha barrera podría favorecer reacciones autoinmunes apenas estudiadas.

Juan Manuel Morillo Doctor en Odontología, Postgrado en Genética clínica, Máster en Educación y Prevención del SIDA juanm.morillo@gmail.com

¿'Epidemia de SIDA'? Esfuerzos por fabricar una 'epidemia de SIDA' en Rusia y otros 15 países

El *establishment* del SIDA prosigue su actividad inmoral tanto en Rusia como en las Repúblicas de la antigua URSS. Uno de sus representantes es la holandesa *Fundación SIDA Este-Oeste* (*AIDS Foundation East-West, AFEW*) que fue creada especialmente para "luchar contra la epidemia de VIH/SIDA en 16 estados de Europa del Este y del Asia Central".

Pero, como en realidad no hay epidemia alguna, su actividad propagandística está dirigida al desarrollo y apoyo de su actuación en los medios de comunicación a fin de crearla. Las cuestiones que tratan son "sexo seguro", "solidaridad con personas con VIH", "medidas profilácticas para combatir el SIDA",...

Así, por ejemplo, con ayuda de fondos extranjeros, sus organizaciones locales "anti-SIDA" comenzaron a hacer el diagnóstico de todas las mujeres embarazadas, y como simplemente el estar embarazada puede hacer dar resultado positivo de los tests, lógicamente aumentó la cantidad de mujeres "VIH-positivas", a las cuales se les comenzó a proporcionar los fármacos antirretrovirales como medida profiláctica.

El cinismo de la actividad propagandística de dicha Fundación consiste en que, bajo bandera de luchar por la salud de la mujer y el niño, de hecho lo que hace es destruir su salud psíquica y física. Al recibir un positivo, la mujer entra en depresión, las familias se destruyen, se convence a la mujer para abortar. Si no acepta, le mandan una terapia tóxica ARV, que deteriora su sistema inmunológico y el del niño. La tan cacareada "profilaxis del SIDA" causa un empeoramiento del depósito genético de la nación.

Como la “prevención del SIDA” es una demente y cínica "labor para el cuidado de la humanidad" que se desarrolla bajo patrocinio de la Fundación Mundial del SIDA, de ONUSIDA, de la OMS,…, todo el mundo va a recibir su porción del veneno llamado ARV.

Irina Sazónova** Médica, homeópata, periodista, investigadora independiente
antihiv@mail.ru (ruso e inglés)

Tesis Doctoral sobre la controversia científica del SIDA

Mi historia en relación al SIDA comienza en enero de 1992 en el hospital del Instituto Carlos III de Madrid, como voluntaria con niños seropositivos abandonados. Posteriormente fui a Honduras como cooperante en un hospital de enfermos de SIDA. De vuelta en España, colaboré cinco años en un centro de día de SIDA y en programas de reducción de daños y drogas.

En todos estos años, observé cómo las nuevas terapias antirretrovirales parecían cronificar la enfermedad en algunas personas, adherentes a los tratamientos, pero había cuestiones que me extrañaban. Me había llamado la atención la existencia de personas seropositivas que no contraían SIDA, de enfermos de SIDA seronegativos, de personas siempre obedientes al AZT que morían en pocos meses de ingerirlo y otras que, desobedientes a la medicación, eran estables en un número de CD4 suficiente para no contraer enfermedades oportunistas. También recuerdo cómo personas con el número de defensas controladas con la medicación, veían proliferar iatrogenias varias, fruto de la propia medicación que alargaba sus vidas en un estado de calidad de vida deplorable. Me sorprendía cómo con una vía de transmisión tan clara como eran las relaciones sexuales sin protección, las mujeres que ejercían la prostitución no se convertían en uno de los estigmatizados “grupos de riesgo” por excelencia, cuando en realidad las prácticas que llevaban a cabo en muchas ocasiones eran de riesgo, y si bien contraían enfermedades venéreas, no contraían el VIH. Sinceramente, eran muchos los detalles del día a día de esta enfermedad que me sorprendían.

Apasionada por el tema y en deuda con sus víctimas, ya trabajando en la universidad matriculé mi proyecto de Tesis Doctoral en Sociología sobre asociacionismo y calidad de vida de los enfermos de SIDA. Con mis pocos conocimientos de medicina, asistía a todos y cada uno de los Congresos y Conferencias Nacionales de SIDA, organizadas por la Sociedad Española Interdisciplinaria sobre SIDA (SEISIDA). Para aplacar mi curiosidad e intentar entender algo más allá de la sociología, hice un Máster en Drogodependencias y SIDA y me empapé, entre otras disciplinas, de Biología Molecular. Pero sin embargo, sabía que creía ciegamente lo que leía porque los científicos lo avalaban y todo el establecimiento político lo apoyaba. Yo no tenía suficientes conocimientos para comprobar y, por tanto, generarme un criterio propio al respecto.

En esta coyuntura, alguien me comentó una hipótesis, desconocida para mí después de más de diez años en el terreno, sobre una posible causa no vírica del SIDA. Lo que significaba cuestionar el tratamiento vigente y, aún más espeluznante, la única manera de prevenir que se estaba llevando a cabo. Tras leer la bibliografía científica al respecto y corroborar el aval científico que daban a esta hipótesis tres premios Nobel, entre otros científicos de prestigio, de nuevo se despertó mi curiosidad y mi pregunta era, ¿por qué nadie habla de esto? Cambié el rumbo de mi investigación y me centré en el estudio de las controversias científicas, más concretamente la que hace referencia al tema que llevaba ocupando casi la mitad de mi vida profesional, el SIDA. Mi investigación pretendía hacerse eco de las dos caras de Jano, de las dos posibilidades científicamente abiertas pero asimétricamente abordadas, en oportunidades de desarrollo, en financiación para la investigación, en credibilidad mediática y en conocimiento social. Pretendía analizar la controversia científica en torno al SIDA.

Los objetivos de la investigación sociológica fueron:
1.Reconstruir la controversia científica del SIDA a partir del desarrollo de las hipótesis vírica y no vírica del SIDA, analizadas desde el principio de simetría.
2. Analizar la controversia científica oficial y privada del SIDA. Es decir, aquella que se reduce al ámbito del laboratorio, o en su caso se integra en el funcionamiento oficial de la comunidad científica, como publicaciones especializadas, congresos y centros de investigación.
3. Analizar la controversia oficiosa y pública del SIDA. Es decir, la que transciende a foros oficiosos paralelos, como medios de comunicación, tribunales e instituciones, entre otros. Para ello se abordó la controversia científica del SIDA desde una perspectiva política y económica, así como la controversia científica del SIDA en los Medios de Comunicación y en la Opinión Pública cualificada.

Esta investigación fue defendida como Tesis Doctoral en Sociología, con la calificación de Sobresaliente *Cum Laude*, el 8 abril de 2008, y está pendiente de publicación.

Silvia Giménez** Doctora en Ciencias Políticas y Sociología, Máster en drogodependencias y SIDA silbiagi@gmail.com

¡Adios, SIDA! ¿Acaso existió alguna vez?**

Soy una periodista griega que ha aprendido a escribir de cualquier cosa, pero no quería escribir ni una sola palabra de mi historia del 'SIDA'. Fue un infeliz giro en mi vida, nada bueno que decir ni que contar. El virus es un virus, ¿qué más puedes esperar, excepto tomar tu medicina de forma fatalista y esperar que te salven los médicos omniscientes? Es tu destino, no puedes luchar contra él.

Pero cuando me di cuenta o sospeché que lo que me estaba matando era la cultura del beneficio, junto con los dogmas científicos y los prejuicios sociales, o les dejaba matarme o me giraba y les plantaba cara.

Preferí lo último. Mientras pasaba por la desintoxicación de los medicamentos 'anti-retrovirales', expliqué en un libro cada aspecto particular de mi época SIDA. Además, ¿cómo acabé atrapada en esa histeria? ¿Quién tenía la culpa? ¿Dónde empezó? Escribir ese último libro fue el mejor proceso curativo, una verdadera salvación. Lo traduje al inglés para que más personas pudiesen también beneficiarse de esa experiencia.

Maria Papagiannidou** maria@hivwave.gr (griego e inglés**)**

Cómo la nueva democracia de Sur África fue traicionada al servicio de la industria farmacéutica

Me complace contribuir a esta importante deconstrucción del mito VIH-SIDA, realizada por mi buen amigo y camarada durante años en las guerras del SIDA, Lluís Botinas.

En 1996, dos años después de la liberación nacional en Sudáfrica, la multinacional farmacéutica más grande del mundo en aquellos momentos, GlaxoWellcome (actualmente GlaxoSmithKline), inició una agresiva campaña de marketing destinada a coaccionar a nuestro recién electo primer gobierno democrático para que comprase su medicamento AZT a fin de administrárselo a embarazadas seropositivas, alegando que ello impediría la infección por VIH de los recién nacidos, y que, sin este medicamento, enfermarían y morirían.

Ese mismo año, me di cuenta de que todo el modelo germen/veneno del SIDA era una falacia médica y científica, y de que el AZT y los demás medicamentos antirretrovirales facilitados por doctores a personas seropositivas, son completamente inútiles y mortalmente venenosos. En vista de la presión a la cual mi gobierno se veía sometido para comprar AZT, decidí

esforzarme en mostrar el medicamento tal y como es en realidad: un veneno celular, originalmente sintetizado en 1961 como quimioterapia experimental para el cáncer, para matar células sanguíneas leucémicas. A mediados de 1999, envié un dossier al Ministro de Salud en el que examinaba algunos de los cientos de documentos de investigación que denuncian la peligrosa toxicidad del AZT, y tras leerlo, el Presidente Thabo Mbeki ordenó, el 28 de Octubre, una investigación parlamentaria sobre la seguridad del medicamento, afirmando que "... existe un gran volumen de literatura científica que mantiene que… de hecho, la toxicidad de este medicamento tal y como es, representa un peligro para la salud. Estos son asuntos de gran preocupación para el gobierno, ya que sería irresponsable por nuestra parte no prestar atención a las graves advertencias que estos investigadores nos han estado enviando".

La exhortación del presidente Mbeki no tuvo efecto. El *Medicine Control Council* dictaminó que el AZT era seguro. El grupo *Treatment Action Campaign*, *lobby* de la industria farmacéutica, logró derrotar al gobierno una vez tras otra: en 2002, obtuvo un mandamiento judicial para suministrar otro medicamento tóxico contra el SIDA, la nevirapina, a mujeres africanas embarazadas y a sus bebés; en 2003, forzó la provisión de medicamentos antirretrovirales en los hospitales y clínicas públicas; y el 25 de enero de 2008, amenazando con más litigios, consiguió que el *National Health Council* recomendase el AZT para mujeres embarazadas y sus bebés, es decir, lo más temido por el presidente Mbeki.

Docenas de estudios demuestran que los niños expuestos al AZT en el útero y después del parto, tienen un índice más alto de muerte prematura y de incidencia de enfermedades graves, afecciones inmunológicas, daño cerebral y otras afecciones neurológicas, como es de esperar que ocurra con un veneno celular diseñado a propósito para matar células humanas. Miles de bebés africanos corren el riesgo de quedar lisiados y de morir por culpa del fármaco.

El informado e instruido gobierno de Sudáfrica, presidido por Mbeki, se ha visto completamente condicionado por la industria farmacéutica y sus proxenetas. Ha sido una lección sobre hasta qué punto, al alinearse con los planes comerciales y geopolíticos de los gobiernos del Norte y las multinacionales, una ONG vendida a intereses extranjeros e injertada en una joven democracia del Sur, puede atraer enormes sumas de financiación extranjera; acumular un inmenso poder político construyendo amplias coaliciones internas y externas de entidades de una 'sociedad civil' burguesa reaccionaria; tergiversar con éxito la verdad sobre la mercancía comercializada, con incesante y mentirosa palabrería vendedora, repetida acríticamente por sus aliados en el periodismo corporativo; subvertir la voluntad democrática representada por nuestro Movimiento de Liberación Nacional en el poder; y secuestrar las prerrogativas de nuestro gobierno para dictar políticas, con las consecuencias prácticas más horribles, todo ello bajo tapadera de servicio a los "derechos humanos", la moneda falsa de la política imperial occidental.

Como ocurrió cuando la Ocupación, la Resistencia es imperativa; y sólo mediante una agitación persistente y una difusión de la verdad, podrán ser expuestas y neutralizadas las mortales mentiras de la industria del SIDA. Este libro es un paso adelante en esta lucha.

Anthony Brink** Juez del Tribunal Supremo de Sur África arbrink@iafrica.com (inglés)

Mecanismos de poder en el terreno de la salud y la enfermedad

Desde 1994 vengo trabajando en el campo de la salud y la enfermedad, en particular desde una perspectiva socio-política.

Lo que he aprendido en estos años me ha llevado a concluir que el 'VIH/SIDA' es una construcción planificada conscientemente con consecuencias criminales directas –la gente afectada por el Montaje en sí- e indirectas –la gente afectada por problemas que el Montaje impide abordar adecuadamente-.

Otra cuestión es precisar quiénes, cuándo, cómo y –quizá lo más complejo- por qué. Todas esas cuestiones son abordadas en una explicación de conjunto en este libro de Lluís. A ello habría que añadir, ampliando la perspectiva, que el Montaje VIH/SIDA forma parte de complejos mecanismos desplegados en el terreno de la salud y la enfermedad y conectados con otros campos de acción del poder que exigen tiempo y energía de muchos para ser analizados y para buscar caminos que permitan oponerse a ellos.

Durante años he procurado contribuir a esa lucha aprendiendo y trasmitiendo lo que aprendía. Destaco algunos recuerdos que marcaron mi visión del problema:

La denuncia ante el Defensor del Pueblo andaluz –y su seguimiento durante meses de gestiones- me enseñó que los activistas no podemos sustituir a los afectados para acudir a las instituciones.

Algo parecido sucedió con mis intentos de conseguir que Izquierda Unida se implicara en el problema a nivel estatal. Varios años de entrevistas, llamadas, escritos, faxes, viajes y propuestas, me llevaron a la conclusión de que ningún partido político, ni en el poder ni en la oposición, va a entrar en esta lucha si no se produce un clamor social rentabilizable en términos electorales.

Un camino en el que quizá habría que profundizar es el judicial. En 2001 presenté una denuncia contra el Plan Nacional sobre SIDA ante el Fiscal General del Estado basada fundamentalmente en la administración de AZT a recién nacidos. Pienso que un seguimiento adecuado –con asesoramiento especializado- de esta clase de iniciativas puede dar resultados positivos siempre y cuando se realice en el terreno estrictamente penal y centrándolas en falsos positivos, violación del derecho de consentimiento informado y lesiones al feto.

Otro terreno en el que confié al principio fue el de los Medios de Comunicación. Ingenuamente, creí que si conseguíamos que la noticia apareciera en un medio nacional se produciría una reacción lo suficientemente potente como para conseguir que se planteara un debate crucial. Las dos decenas de portadas de *Diario 16* demostraron lo contrario.

En una ocasión nos invitaron a participar en unas jornadas organizadas por el Ayuntamiento de Jerez. Entre un grupo de gente que se acercaba a hojear libros y revistas, alguien que el día anterior había asistido a nuestras intervenciones y se había llevado información, nos comentó –en un tono increíblemente templado que quizá nos impactó mucho más- “Anoche dormí de un tirón por primera vez en muchos meses”.

Aprendí que el poder positivo de la información liberadora es incalculable.

De ahí la importancia de este libro.

Jesús García Blanca** Maestro de adultos, investigador independiente keffet@gmail.com

III-6.- VOCABULARIO Y SIGLAS

La cuarentena de palabras e iniciales que aparecen, están explicadas de la manera más clara que he logrado… lógicamente, desde el enfoque adoptado en este libro. Quisiera que sirvan de ejemplo e inspiración para constituir un equipo que elabore un completo *Diccionario riguroso del montaje SIDA* (u otro título aún mejor). Redactarlo exige una cuidadosa profundización que facilitará nuevos instrumentos bio-lógicos y herramientas tanto sociales y políticas como jurídicas. Una obra así resultaría sumamente clarificadora e instructiva, y un buen instrumento para formar voluntarios dispuestos a DESMONTAR EL SIDA.

NOTA: Es fácil encontrar el significado oficial de estas palabras y siglas en las fuentes de (des)información y de (de)formación oficialistas. Aquí ofrezco una primera formulación de su significado riguroso. En negrita, palabras que están en este Vocabulario

Anticuerpo: Tipo de proteína que actúa fijándose sobre un antígeno (ver **Antígeno**). Es el componente más conocido de la inmunidad en su conjunto, y el decisivo de la inmunidad humoral. Lo importante es que "anticuerpo" y "antígeno" forman un círculo vicioso: se definen mutua y recíprocamente. Esto es un problema clave de la Inmunología (cuya importancia intuyo pero aún no sé formular completamente). Las células inmunitarias encargadas de elaborar los anticuerpos son los linfocitos B, y no los linfocitos T, y menos aún la subclase linfocitos T4 (ambos, T y T4, componentes de la inmunidad celular), como oficialmente se da a entender en el cuadro del '**VIH/SIDA**' al afirmar erróneamente que 'los T4 son las defensas'

Antígeno (abreviación de *Anti(body) gen(erating)*): Un antígeno es toda entidad o sustancia (célula, bacteria, virus, toxina, esperma, sangre, macromoléculas –proteínas, ácidos nucleicos, etc.-, ...) que provoca la formación precisamente de anticuerpos. Los antígenos pueden ser de origen interior –la gran mayoría (I-4)- o exterior. Frecuentemente los antígenos también son proteínas -como son proteínas los anticuerpos- provengan de las células que se nos deterioran o mueren, o de las membranas de microbios que tenemos o que recibimos, o estén en los componentes de la sangre transfundida, de los hemoderivados inyectados, del semen recibido, o… Desde un enfoque bioenergético (I-4), un antígeno sería todo aquello que obstaculice el paso de electrones. (Ver **Anticuerpo**)

ARV, Antivirales ó **Antirretrovirales:** Venenos quimioterápicos tendencialmente mortales a medio plazo. Son oficialmente presentados como antivirales cuando en realidad no existe fármaco alguno que actúe directamente contra virus. A fecha 12 de diciembre de 2009 había 33 sustancias o combinaciones aprobadas por la FDA como supuestos 'antivirales'. Y estaban 'en fase de investigación clínica' once 'ARV' más, así como diez 'microbicidas'[1] (Ver **Cócteles, HAART, AZT, Retrovir, Zidovudina**)

Autoanticuerpo: Anticuerpos ante las propias proteínas humanas. Algunos de estos autoanticuerpos son los que hacen dar positivo a los 'tests del SIDA'. Todos tenemos cantidades diversas de estos autoanticuerpos. Luego todos daríamos positivo a los 'tests del SIDA' si antes de aplicarlos los oficialistas no hiciesen el truco de diluir abundantemente el plasma que se va a testar (II-2-3)

[1] www.aidsinfo.nih.gov/DrugsNew/DefaultSP.aspx?MenuItem=Drugs&ClassID=1&TypeID=1

AZT: Veneno (II-3-6) tramposamente aprobado por la FDA en 1987 como primer fármaco supuestamente 'anti-VIH', por lo que se vio convertido en 'medicamento de referencia' para la aprobación de los demás venenos supuestamente 'anti-VIH'. Sigue siendo administrado a menudo como uno de los componentes de los venenosos ***cócteles*** y, de manera especialmente lamentable, se impone -bajo amenaza de quitar la patria potestad a la madre o a los progenitores- su administración a las seropositivas embarazadas y a sus bebés (ver **Retrovir** y **Zidovudina**)

CDC: *Centers for Disease Control* (Centros para el Control de Enfermedades), con base en Atlanta (Georgia, EE.UU.). Creado su núcleo en 1946, sus dirigentes tienen grado de oficial del ejército estadounidense. Son pieza clave en el aparato sanitario de los EEUU. Es el organismo más influyente en la sanidad mundial, por lo que es el mayor peligro para la salud de la humanidad. Posee una compleja estructura con multitud de centros operativos y coordinadores, entre los que destaca el **EIS**. Los CDC pusieron en marcha el engranaje SIDA en 1981 y lo han construido paso a paso, diseñando el ficticio `VIH/SIDA´ como supuesta explicación pseudocientífica del SIDA. Casi todos los 'responsables del VIH/SIDA' en los diferentes países, han hecho 'cursos de formación' en los CDC

CIS: Conferencia Internacional de SIDA. Operación de marketing de alcance planetario organizada por el *establishment* del SIDA anualmente desde 1985 a 1994 y luego bianualmente. Sirven para extender el montaje SIDA por los cinco continentes

***Cócteles*:** Nombre popular para hacer más simpático y tragable el veneno **HAART**

Diagnosticado: Ver *Instrucciones de Uso*

Disbiosis intestinal: Desequilibrio de la microflora intestinal, su actividad metabólica y su distribución a lo largo del intestino provocado por ciertos medicamentos -como los antibióticos y los supuestos 'anti-VIH'-, el estrés crónico, la malnutrición –azúcar, refinados, exceso de proteínas,…-, etc. Siendo la flora intestinal fundamental para la salud, su falta o desequilibrio juega un importante papel en perderla. Esta disbiosis explica muchos de los problemas de salud reales que se pueden tener antes y, sobre todo, después de ser atrapado por el engranaje SIDA

Dr. Robert Gallo: Ver *Instrucciones de Uso*

EIS: *Epidemic Intelligence Service* (Servicio de Inteligencia de Epidemias). CIA médico-sanitaria integrada en los **CDC**. Creado en 1951, según la *web* de los CDC la Asociación de Alumnos del EIS tiene actualmente 2.700 miembros que constituyen una red de agentes clandestinos repartidos por todos los USA y el mundo. Se sea estadounidense o no, puede candidatearse a ser formado en el EIS tras obtener una graduación y, a cambio de un futuro profesional asegurado (los salarios oscilan entre 55.000 y 75.000 dólares anuales según dicha web[2]), reciben adiestramiento y quedan "dormidos" para activarse y ponerse en marcha cuando se les ordena, cumpliendo las instrucciones de sus mandos. Por ejemplo, a fin de construir las enfermedades/epidemias/pandemias que les ordenen. Probablemente se encuentran en puestos claves de las principales instituciones internacionales… y en muchas nacionales… y en farmacéuticas…

Enfermedades oportunistas: Conjunto de enfermedades reales (cuyo número varía de un país a otro; en este libro he adoptado 29) incluidas sucesiva (1981, 1983, 1985, 1987 y 1993) y artificiosamente por los CDC bajo la etiqueta (que no "enfermedad") 'SIDA' a fin de atrapar más

[2] www.cdc.gov/eis/More.html, visitada el 3 de enero de 2010.

‘víctimas del VIH’ puesto que son utilizadas como ‘definitorias de SIDA’, y así ampliar el alcance de la operación SIDA e intentar presentarla como una supuesta ‘epidemia de SIDA’

Ensayos de control: Llevados a cabo con objetividad y transparencia (cosa que lamentablemente cada vez ocurre menos) son uno de los elementos clave en toda investigación seria. Pues bien, los ensayos de control hechos con objetividad y transparencia son inexistentes en el ‘VIH/SIDA’. Y las pocas veces en que aparece la expresión “ensayo de control”, es utilizada tramposamente.

Escapado del SIDA: Quien ha efectuado la peligrosa práctica de riesgo consistente en hacerse o dejarse hacer los ‘tests’-ruleta-rusa y ha tenido la suerte de dar negativo. Constituyen un grupo muy numeroso (a cuantificar), aunque la mayoría no sea consciente de la enorme fortuna que ha tenido

Especificidad de los ‘tests del SIDA’: Oficialmente llaman ‘especificidad’ a ‘la capacidad del test de dar negativo en quienes efectivamente no están infectados’, o sea que un ‘**test** del SIDA tiene mayor especificidad cuantos menos falso-positivos da’. Sólo que los oficialistas no pueden saber quien ‘efectivamente no está infectado’ puesto que en ningún momento se esfuerzan por aislar en las muestras que han dado negativo al supuesto ‘**VIH**’ y comprobar que efectivamente no está. Simplemente suponen y asumen que los componentes de un grupo (en este caso, de donantes de sangre) ‘no están infectados por el VIH’. Es otro ejemplo de razonamiento circular que no demuestra nada. Pero adorna mucho. Oficialmente se considera que el test tipo *Western Blot* tiene una muy alta especificidad, por lo que lo denominan ‘test de confirmación’ ya que daría muy pocos falso-positivos, con lo que permite descartar los muchos falso-positivos creados por el ELISA. (Ver **sensibilidad** y nota 6 de II-2-3)

***Establishment* del SIDA:** Ver *Instrucciones de Uso*

Etiquetado: Ver *Instrucciones de Uso*

FDA: *Food and Drugs Administration* (Administración de Alimentos y Medicamentos). Oficina que legaliza todos los medicamentos en los EEUU, abriendo así la puerta a su reconocimiento en Europa y en todo el mundo solvente. Ha jugado un papel determinante en la aprobación-relámpago de los venenos presentados como **`ARV´**, lo cual no resulta extraño no sólo porque muchos miembros de la FDA tienen inversiones en las compañías farmacéuticas que deben controlar o consiguen cargos en ellas extremadamente bien remunerados cuando dejan la FDA… sino porque pueden ser “buenos patriotas”

GRID: *Gay Related ImmunoDeficiency* (Inmuno Deficiencia Relacionada con Homosexuales) Revelador primer nombre en inglés de lo que finalmente fue denominado **SIDA**

HAART: *Highly Active AntiRetroviral Therapy* (Terapia AntiRretroviral de Gran Actividad). Nombre por el que se conoce la combinación –popularmente llamada ***cócteles***- de, normalmente, tres venenos presentados como ‘anti-VIH’: dos de la primera familia (la presidida por el **AZT**, llamados ‘nucleósidos análogos’) y uno de la segunda (los llamados ‘inhibidores de la proteasa’). No hay prueba científica alguna de que alargue la cantidad ni mejore la calidad de vida de quienes se envenenan engañados por cómo los oficialistas utilizan el truco tecnológico denominado ‘carga viral’

Inventar es hacer aparecer intencionadamente en la realidad algo que anteriormente no existía en ella. Normalmente tan sólo se aplica a cuestiones materiales o técnicas. Pero también en el ámbito social es posible la invención. Y el **SIDA** es un ejemplo de invento destructivo en el ámbito científico-médico… o, más exactamente, pseudocientífico-pseudomédico. ¿O más bien habría que situarlo directamente en el campo político-delictivo-criminal?

"La mayoría de…": Ver *Instrucciones de Uso*

Matación: Expresión con la que todo **etiquetado**, especialmente si ha llegado a considerarse **Vencedor del SIDA,** debería designar a la "medicación" que le dan en los hospitales, sobre todo cuando descubre que en vez de beneficiarle en realidad le está matando

NCI: *National Cancer Institute* (Instituto Nacional del Cáncer). Creado en 1937 e integrado en los **NIH**. Es el centro público en el que trabajaba el Dr. Gallo cuando en 1984 inventó su supuesto retrovirus, supuesta causa del supuesto **SIDA**

NIH: *National Institutes of Health* (Institutos Nacionales de Salud). Su germen fue un pequeño *Laboratorio de Higiene* instalado en 1887 en el Hospital de la Marina de Nueva York. En 1891 se trasladó a Washington DC. Fue haciéndose más complejo, y en 1930 pasó a denominarse Instituto Nacional de Salud. Tras la creación del **NCI** y otros, el nombre definitivo quedó en plural

No-utilizadores: Término inventado recientemente en los EE.UU. (*nonutilizers*) para referirse a los etiquetados que recogen los *cócteles* venenosos pero luego no se los toman. Oficialmente sitúan su número en torno al 40%

Oficial, Oficialista: Ver *Instrucciones de Uso*

OMS: Organización Mundial de la Salud, con sede en Ginebra (Suiza). El organismo internacional que exteriormente avala a la Medicina Oficial y a la política de las farmacéuticas sobre todo el planeta. Pero parece -¿confirmaciones, pruebas?- que de manera confidencial envía a los Gobiernos informes alertando de la alarmante evolución de la salud de la población, sobre todo en los países pudientes. Ha ido a remolque de los CDC, dando el visto bueno a todas sus maniobras para inventar el SIDA

ONUSIDA: Departamento de la Organización de las Naciones Unidas encargado desde 1995 del tema SIDA. Acusado incluso por algunos oficialistas, como el Dr. James Chin (I-2) y Roger England, de hinchar las estadísticas de 'personas viviendo con VIH/SIDA' así como de exagerar 'la amenaza de epidemia heterosexual en Occidente' para aumentar el miedo, fortalecer la versión oficial del SIDA y cronificarla, y así recabar más fondos

Pandemia (de *pan*, todo, y *demos*, pueblo): "Epidemia extendida a muchos países, o que abarca a casi todos los individuos de un país". El Catedrático Emérito de Salud Pública de la University of Glasgow, Dr. Gordon Stewart, nos enseñó en marzo de 1998 que "nunca ha existido una pandemia puesto que habría significado la extinción de la humanidad, y también es sumamente improbable que pueda surgir una en el futuro". Dejo, pues, el uso de la palabra *pandemia* como estigma distintivo de los especialistas que viven del terror y que lo potencian

PCP: Neumonía por *Pneumocystis carinii*. Estado considerado oficialmente "enfermedad" en torno a la que en 1981 se empezó a construir el **SIDA**. En 1988 se demuestra que el *Pneumocystis carinii* es un hongo y no un protozoo, como se creía. Desde 1999 es llamado *Pneumocystis jiroveci*, en honor del parasitólogo checo Otto Jirovec

PCR: *Polimerasa Chain Reaction* (Reacción en Cadena de la Polimerasa): Invento multiplicador exponencial de ADN por el que el Dr. Kary Mullis recibió un Premio Nobel en 1993. Compleja tecnología cualitativa pero no-cuantitativa utilizada tramposamente por los oficialis-

tas para obtener unas cantidades que presentan falsa e intencionadamente como 'carga viral del VIH' a fin de presentar como beneficiosos los venenosos efectos de los ***cócteles***

Persona etiquetada: Ver *Instrucciones de Uso*

Plan Nacional sobre el SIDA. En España, entidad enmarcada en el Ministerio de Sanidad dedicada fundamentalmente a poner en práctica las directrices de los **CDC**

Presunto, presuntamente: Ver *Instrucciones de Uso*

Retrovir: Denominación comercial dada al veneno AZT por el laboratorio fabricante, que en unos 20 años ha cambiado varias veces de nombre hasta el actual GlaxoSmithKlein (ver **ARV**, **AZT** y **Zidovudina**)

Salvage therapy: Terapia de salvamento. Ampliación de los *cócteles* a hasta siete '**ARV**' para, incomprensiblemente, administrarlos a etiquetados que ya se están muriendo tomando tres

Sensibilidad de los 'tests del SIDA': Oficialmente se llama sensibilidad a 'la capacidad del **test** de dar positivo en quienes efectivamente están infectados por el **VIH**', o sea que un 'test del SIDA tiene mayor sensibilidad cuantos menos falso-negativos da'. Sólo que los oficialistas no pueden saber quien 'efectivamente está infectado por VIH' ya que ni siquiera intentan aislar el supuesto 'VIH' en la sangre de quien da positivo a comprobar que realmente está. Simplemente suponen y asumen que los componentes de un grupo (en este caso, personas consideradas 'casos de **SIDA**' por razones clínicas y por ser de grupos de riesgo) están 'infectados por el VIH'. Es un razonamiento circular que tampoco demuestra nada. Pero, de nuevo, adorna mucho. Oficialmente consideran que el test ELISA tiene alta sensibilidad (luego daría pocos falso-negativos; por esto lo llaman 'tests de detección') pero baja especificidad (luego daría bastantes falso-positivos). Por esto han elaborado la regla de juego de aplicar un *Western Blot* a quien da positivo a dos -o tres- ELISA, ya que al WB se le atribuye una muy alta especificidad y daría muy pocos falso-negativos, con lo que se eliminarían los falso-positivos del ELISA; por esto al WB lo denominan 'test de confirmación. (Ver **Especificidad** y nota 6 de II-2-3)

Serorreversión: Realidad silenciada por los oficialistas que designa el hecho relativamente frecuente (a precisar) de que personas etiquetadas 'seropositivas' den posteriormente negativo al hacerse nuevos 'tests'. Para evitar al máximo posible este hecho que por sí sólo destroza la versión oficial del SIDA, los oficialistas no vuelven a hacer nunca más los 'tests' a quien ha tenido la desgracia de dar positivo en un momento determinado. Por el contrario, en cada visita vuelven una y otra vez a aplicar los más caros trucos tecnológicos que usan para reforzar el ficticio 'VIH/SIDA': "lo" denominado 'recuento de T4' y "eso" llamado 'carga viral'. Los oficialistas hablan a menudo de 'seroconversión' (pasar de 'seronegativo' a 'seropositivo') pero sistemáticamente silencian la 'serorreversión' (pasar de 'seropositivo' a 'seronegativo')

SIDA: No es una enfermedad sino un invento político-socio-económico-pseudocientífico-pseudomédico-pseudoreligioso-moralístico-mediático-humanitario-racista puesto en marcha en 1981 en los USA por los **CDC**, que lo fueron construyendo e instaurando en todo el mundo paso a paso y trampa a trampa. El significado oficialmente atribuido a cada una de estas siglas, carece de validez alguna (II-2-1). Mucho más sugestivos son *Suma de Incógnitas, Desacuerdos en Aumento*; *Síndrome Iatrogénico de Desvalorización y Ansiedad*; *Sistema Internacional de Dominación Absoluta* (ó *Asesina*); *Sistema Interior de Desarrollo Anímico*; *Sistema de Indefensión desarrollado por las Autoridades;* etc.

SLI: Síndrome de Linfocitopenia Idiopático. Nueva supuesta "enfermedad" que en 1993 los oficialistas se sacaron de la manga para poner bajo esta etiqueta a los miles de 'casos de SIDA sin VIH' que habían ido registrando y que constituían un vivo y frontal desmentido de la versión oficial del SIDA. Este truco les permitió reforzar la falacia 'sólo tienen SIDA los infectados por el VIH' al instaurar la regla de funcionamiento 'sólo serán considerados caso de SIDA quienes hayan dado positivo a los tests del VIH'. He aquí otro ejemplo de razonamiento circular…

SRI: Síndrome de Reconstitución Inmunológica. Invento (provechoso para los oficialistas, ya que les permite alargar su carrera) para designar las bio-lógicas perniciosas consecuencias en la salud del paciente del previo invento (perjudicial para los etiquetados) médico oficial consistente en, recurriendo a dos artefactos tecnológicos (el llamado 'recuento de T4' y "eso" denominado 'carga viral'), presentar como beneficiosos unos fármacos que en realidad son mortales a medio plazo. Sorprendió a los oficialistas que lo que consideran 'restauración de la inmunidad' (es decir, 'aumento de T4' o/y 'respuesta virológica reduciendo la carga viral, incluso a indetectable') se traduzca en más enfermedades en vez de en mejor salud. Entonces inventaron esas siglas… y prosiguen sus actividades profesionales recibiendo dinero para hacer profundas investigaciones sobre porqué, cuando administran venenos, causan enfermedad en vez de salud

TARGA: Traducción al español del venenoso **HAART**: Tratamiento Anti Retroviral de Gran Actividad. No se usa en este libro

Test: Ver *Instrucciones de Uso*

Test indeterminado: Dícese de los 'tests' que no dan ni negativo ni positivo. Oficialmente se ha utilizado diferentes sistemas para convertir en 'positivo' los tests indeterminados de homosexuales y drogadictos, y en 'negativo' los tests indeterminados provenientes de personas heterosexuales no drogadictas. Al parecer, es un grave problema del método de etiquetaje por medio de 'tests', pero el *establishment* del SIDA mantiene un gran silencio al respecto

Vencedor del SIDA: Expresión utilizada en este libro para designar a toda persona que sigue viva tras muchos años (¿diez o más?) de haber sido etiquetada. La mayoría de ellas han aprendido que "ir a un hospital es una grave práctica de riesgo", y nunca han tomado **ARV** o dejaron a tiempo de tomarlos.

'VIH': Ver *Instrucciones de Uso*

'VIH/SIDA': Un truco de marketing que resume la versión oficial del SIDA con la finalidad de insistir constantemente en las falsas afirmaciones 'el VIH existe' y 'el VIH es la causa del SIDA'. Esta expresión tramposa fue introducida en 1987 a fin de contrarrestar la aparición de científicos críticos que demostraban la inconsistencia de la version oficial del **SIDA**

WER: *Weekly Epidemiological Record*, publicación de la **OMS** que recogía los 'casos de SIDA' (luego no de 'muertos de SIDA') comunicados a su sede en Ginebra. Mientras no hagamos otras de mejores, sus cifras eran las más cercanas al impacto mundial efectivo del engranaje **SIDA**. Al parecer, el que cito en I-3-1 fue su último informe publicado, dejando de editarse probablemente porque sus datos chocaban demasiado con las infladísimas estadísticas oficiales

Zidovudina: Nombre científico del veneno AZT (ver **AZT** y **Retrovir**)

Zona SIDA: Expresión creada por Michael Ellner (presidente de *HEAL New York*, formado en 1982) para indicar el conjunto de la destructiva realidad construida por los oficialistas con el montaje SIDA. Resalta especialmente los aspectos emocionales (miedo, vergüenza, sentimiento de culpa, desesperanza, indefensión, aislamiento,…), todos y cada uno de ellos generador por sí solo de verdadera inmunodeficiencia, que embargan a la persona desde el momento en que teme ser etiquetada 'seropositivo' o 'caso de SIDA'. Se está en riesgo de muerte mientras se sigue atrapado en los numerosos e intrincados vericuetos de la "zona SIDA". Es necesario –y a menudo suficiente- salirse lo antes posible de ella.

III-7.- BIBLIOGRAFÍA CRÍTICA CON *WEBS* Y *BLOGS* DE AUTORES

He aquí un listado parcial de libros -y aún más parcial de artículos- de autores críticos. Para superar en parte esta limitación, pongo la *web* o el *blog* propio de cada autor, a fin de que pueda accederse directamente a su obra completa. Esto es especialmente importante para los autores más prolíficos que tienen *web*, como la biofísica Papadopulos-Eleopulos y su *El Grupo de Perth*, el Dr. Duesberg, el Dr. Giraldo, el Dr. Bauer, etc. Otra limitación es el idioma en que están escritos. Normalmente, en los libros en inglés sólo hay bibliografía en esta lengua. Aquí hay en trece idiomas (por orden alfabético: alemán, catalán, coreano, checo, danés, español, francés, griego, holandés, inglés, italiano, portugués y ruso), pero seguro que hay más en otros. Es importante hacer una recopilación exhaustiva. Incorporaré más que me lleguen.

1. AA.VV. (1993) *Replantear el SIDA* Medicina Holística nº 32-33 Madrid:AMC (Asociación Medicinas Complementarias)

2. AA.VV. (1994) *Repensar el SIDA. Lo que no os han dicho* Madrid:AMC

3. AA.VV. (2008) La mayoría de ponencias, en ruso, del Encuentro Internacional *El problema del VIH/SIDA y el bienestar familiar de la nación* Ekaterimburgo

4. Adaka Ojeih, Paul Olisa *AIDS: The Untold Truth and Cure* Lagos (Nigeria)
5. (1992) *AIDS: The Plague That Never Existed* Benin City (Nigeria):Iris Foundation Books

6. Adams, Jad (1989) *AIDS: The HIV myth* London:Macmillan New York:St. Martin's Press

7. Agéev, V.A. (2006) *Las enfermedades inventadas. VIH/SIDA, neumonía atípica, gripe aviar, gripe porcina, neumonía de los legionarios* (en ruso) Irkutsk

8. Al-Bayati, Mohammad Ali (1999) *Get all the facts: HIV does not cause AIDS* Dixon:Toxi-Health International

9. Albonico, Hans Ulrich (1997) *Gewaltige Medizin* Bern-Stuttgart-Wien:Verlag Paul Haupt

10. Alfonso, Helman (1997) *El gran fiasco: El SIDA no es causado por el VIH* Barranquilla:Prestigio Editorial Colombiana

11. Aresti, Lore (2001) *¿VIH=SIDA=MUERTE? O la construcción social de una condena* México: Fondo Cultural Albergues de México

12. Awadu, Keidi Obi (1996) *Aids Exposed*. USA:Conscious Rasta Press

13. Badgley, Lawrence (1987) *Healing Aids Naturally* San Bruno:Human Energy Press

14. Baker, Clark (2008) *Gallo's Egg* www.omsj.org/corruption/the-semmelweis-report-gallos-egg www.californiaconservative.org/academia/hiv-aids-gallos-egg
15. http://www.omsj.org

16. Banks, Nancy Turner (2010) *AIDS, Opium, Diamonds, and Empire. The Deadly Virus of International Greed* iUniverse

17. Bara *There is No AIDS* (coreano; en inglés, 2003)
18. www.noaids.co.kr

19. Bardella, Claudio (2002) "Pilgrimages of the Plagued: Aids" *Body & Society* 8: 79-105

20. Bauer, Henry H. (2007) *The Origin, Persistence and Failings of HIV/AIDS Theory* North Carolina:McFarland & Company
21. http://hivskeptic.wordpress.com

22. Beljanski, Mirko y Monique (1991) *La salud secuestrada. Una solución al cáncer y al SIDA silenciada por la industria farmacéutica* Barcelona:Libros Límite-C.O.B.R.A.

23. Berger-Lenz, Monika (2008) *HIV - AIDS und die Virenlüge: Oder: Wie man mit Angst und Lügen Menschen kontrolliert und Geld macht* Books on Demand Gmbh

24. Bethell, Tom (2005) Capítulo *African AIDS: A Political Epidemic* del libro *The Politically Incorrect Guide to Science* Washington:Regnery Publishing

25. Bialy, Harvey (2004) *Oncogenes, Aneuplody and AIDS* Cuernavaca:Institute of Biotechnology, UNAM (hay version española 2005)

26. Billiet, Laura Elena (1995) *HIV-Sida. La época de Inmunodeficiencia* Buenos Aires:Editorial Nueva Visión

27. Bono, Ernesto (1999) *AIDS - quem ganha, quem perde* Porto Alegre:Rigel

28. Botinas, Lluís http://plural-21.org
29. (2011) *DESMONTAR EL SIDA. El SIDA no es una enfermedad a tratar ---ni siquiera alternativamente--- sino un emgranaje made in USA a desmantelar* Murcia:Cauac Editorial Nativa
30. www.desmontarelsida.wordpress.com

31. Bounan, Michel (1990) *Le temps du SIDA* Paris:Éditions Allia

32. Branca, Jacopo Junio Valerio (2010) *New insights into the role of HIV in the aethiology and pathogenesis of AIDS* (tesina) Universitá di Firenze

33. Brighthope, Ian (1988) *The AIDS Fighters* New Canaan:Keats Pub

34. Brink, Anthony (2000) *Debating AZT. Mbeki and the AIDS drug controversy* Pietermaritzburg:Open books
35. (2007) *Lying and Thieving: The fraudulent scholarship of Ronald Suresh Roberts in "Fit to Govern: The Native Intelligence of Thabo Mbeki"* www.lyingandthieving.com
36. (2008) *The trouble with nevirapine* Ciudad del Cabo:Open Books
37. (2009) *RUDE LETTERS; Poisoning our Children: AZT in pregnancy; Introducing AZT: "A world of antiretroviral experience"* Ciudad del Cabo:Open Books
38. (En preparación) *"Just say yes, Mr President": Mbeki and AIDS*

39. www.tig.org.za

40. Broxmeyer, Lawrence (2003) *AIDS: What the Discoverers Of HIV Never Admitted* New Century Press

41. Brown, Raymond Keith (1993) *AIDS, cancer and the medical establishment* New York:Trizoid Press

42. Brown, Tony (1995) "AIDS" or "DAIDS"? Capítulo 7 de *Black lies, white lies*. New York:William Morrow

43. Brouwer, Louis de, y Schär-Manzoli, Milly (1993) *SIDA: le vertige* Arbedo (Suiza):LIMAV – AG STG

44. Burkett, Elinor (1996) *The Gravest Show on Earth: America in the Age of AIDS* Picador

45. Byrnes, Stephen C. (2000) *Overcoming AIDS with Natural Medicine* Honolulu:Healing Light Ministries

46. Callen, Michael (1988) *Surviving and Thriving With AIDS: Collected Wisdom* New York:PWAC
47. (1991) *Surviving AIDS* Harper-Collins Publishing

48. Campos, Luis Carlos (2009) *La macroestafa del SIDA y el mito de la transmisión sexual* Sevilla:Ediciones Planeta Matrix

49. Campoy, José Antonio (1997) "El SIDA y la desidia del Gobierno", *MÁS ALLÁ de la ciencia* 11/1997

50. Cantwell, Alan (1993) *Queer Blood: The Secret AIDS Genocide Plot* Los Angeles:Aries Rising Pr
51. www.whale.to/c/cantwell_alan.html

52. Caton, Hiram (1994) *Why We Need AIDS*? *The AIDS Mirage* Sydney:University of New South Wales Press
53. www.users.bigpond.com/smartboard/aids

54. Chaitow, Leon (1994) *You Don't Have to Die. Unraveling the AIDS Myth* Washington:Future Medicine Publishing

55. Chin, James (2007) *The AIDS Pandemic: The Collision of Epidemiology With Political Correctness* Oxford:Radcliffe Publishing

56. Chirimuuta, Richard C. (1989) *AIDS, Africa and Racism* London:Free Association Books

57. Clark, Hulda (1993) *The Cure for HIV and AIDS: With 75 Case Histories* New Century Press

58. C.O.B.R.A. (1995-98) Cuadernos *DESMONTAR EL S.I.D.A.* nº 1, 2, 3, 4 y 5 Barcelona

59. Cochrane, Michael (2004) *When AIDS Began: San Francisco and the Making of an Epidemic* Routledge

60. *Continuum* www.altheal.org/continuum/continuum.htm

61. Costa, Enric (1993) *SIDA: Juicio a un virus inocente* Madrid:Mandala
62. (1994) *Sida, un judici a un virus innocent: història d'una al·lucinaciò* (catalán) Almassora:Nicolau Canós, Editor
63. (2001) *Hijos de un dios terminal* Madrid:Mandala

64. Coulter, Harris L. (1987) *AIDS and syphilis: the hidden link* Berkeley:North Atlantic Books y Washington:Wehawken Book Co

65. Crewdson, John (1989) *The Great AIDS Quest.* Chicago Tribune 19/11
66. (2003) *Science Fictions: A Scientific Mystery, a Massive Cover-up and the Dark Legacy of Robert Gallo* Back Bay Books
67. www.sciencefictions.net

68. Culbert, Michael (1989) *AIDS: Hope, Hoax and Hoopla* Robert W. Bradford Foundation

69. Culshaw, Rebecca (2006) *Why I quit HIV?* (en español: www.plural-21.org/index.php?option=com_content&task=view&id=66&Itemid=) www.lewrockwell.com/orig7/culshaw1.html
70. (2007) *Science Sold Out: Does HIV Really Cause AIDS?* Berkeley:North Atlantic Books

71. Davis, Stephen (2006) *Wrongful Death: The AIDS Trial* (novela) VirtualBookWorm
72. (2008) *Are you positive?* (novela)

73. de Harven, Étienne y Jean-Claude Roussez (2008) *Ten Lies about AIDS* Trafford

74. Dixon, John (1990) *Catastrophical Rights-Experimental Drugs & AIDS* Vancouver:New Star Books

75. Dossier (1997) *Debate SIDA: Diario 16* Barcelona:Plural-21

76. Dossier (1997) *AIDS and Africa. Epidemic or myth? Science or racism?* (1983-1997) Hilversum (Holanda):S.A.A.O.

77. Dossier (2000) *¿SIDA en África?* (1987-2000) Barcelona:Plural-21

78. Duesberg, Peter (1996) *Inventing the AIDS virus.* Washington:Regnery (hay version italiana)
79. y John Yiamouyiannis (1995) *AIDS: The good news is HIV doesn't cause it. The bad news is recreational drugs and medical treatments like AZT do* Delaware Ohio: Health Action Press
80. www.duesberg.com

81. *El Grupo de Perth* www.theperthgroup.com

82. Ellison, Bryan J.(1993) *AIDS: Words of the front* www.virusmyth.net/aids/data/beeis.htm
83. y Peter Duesberg (1994) *Why we will never win the war on AIDS* El Cerrito-California:Inside Story Communications

84. Embid, Alfredo www.amcmh.org

85. Engelbrecht, Torsten y Claus Köhnlein (2007) *Virus Mania: How the Medical Industry Continually Invents Epidemics, Making Billion-Dollar Profits At Our Expense* Trafford

86. English Collective of Prostitutes (1992) *Prostitute Women and AIDS: Resisting the Virus of Repression* Crossroads Books

87. Epstein, Steven (1996) *Impure Science; AIDS, activism, and the politics of knowledge* University of California Press

88. Escudero, Carlos (2002) *VIH La puerta a la iluminación* Chile:IESN

89. Farber, Celia (2006) *Serious Adverse Events: An Uncensored History of AIDS* Absolute Classics
90. (2006) "Out of Control: AIDS and the Corruption of Medical Science" *Harper's* marzo

91. Epstein, Helen (2008) *The Invisible Cure: Why We Are Losing the Fight Against AIDS in Africa* Picador

92. Fank, Darío (2009) *Terapia antirretroviral en infección por HIV* Tesina de fin de carrera en Farmacia, Universidad Nacional de Misiones, Argentina

93. Fiala, Christian (1997) *Lieben wir gefährlich?* Viena:Deuticke

94. Fitzpatrick, Michael y Don Milligan (1987) *The Truth About the AIDS Panic* Londres:Junius Books

95. Foster, Harold. D. (2002) *What Really Causes AIDS?* Trafford:Canada

96. Francis, Solveig y Selma James, Phoebe Jones Schellenberg and Nina Lopez-Jones (2002) *The Milk of Human Kindness: Defending Breastfeeding From the Global Market & the AIDS Industry*

97. Franco Orozco, Luis Antonio (¿2003?) *Responsabilidad penal de los entes encargados de autorizar, comercializar y prescribir azidotimidina (AZT)* (tesis de grado, Universidad Fermín Toro, Barquisimeto, Estado Lara, Venezuela)

98. Fry, T.C. (1989) *The Great AIDS Hoax* Austin:Life *Science* Institute

99. Fumento, Michael (1990) *The Myth of Heterosexual AIDS* Washington:Regnery Gateway

100. Gabarró, Manuel (2009) *El regalo* (inacabado)

101. Galletti, Matteo Prayer (2008) *Diagnosi moleculare dell'infeziones da HIV ed epidemiologia dell'AIDS* Tesi di Laurea, Universitá degli Studi di Firenza www.marcoruggiero.org/pdf/Tesi%20Matteo%20Prayer%20Galletti.pdf

102. García Blanca, Jesús (2009) *El rapto de Higea. Mecanismos de poder en el terreno de la salud y la enfermedad* Barcelona:Virus Editorial
103. http://saludypoder.blogspot.com

104. *Genetica* (1995) Special Issue *Alternative AIDS Hypotheses* vol. 95, nº 1-3 Dordrecht/Boston/London

105. Geshekter, Charles L. (1995) "Rethinking AIDS in Africa" *Reappraising AIDS,* vol. 3, nr 2

106. Giménez, Silvia (2008) *Sociología de las controversias científicas: SIDA, un debate silenciado* Tesis Doctoral en Sociología. Universidad Pontificia Salamanca

107. Giorgioni, Matteo (2005) *AIDS, la storia invisible. Scienza, governo e industria nell'epidemia del XX secolo* Tesi di Laurea in Storia della Scienza, Università di Bologna

108. Giraldo, Roberto (1997) *AIDS and Stressors* Medellín:Fundación Arte y Ciencia (hay versiones española y portuguesa)
109. (1999) "Todas las personas dan positivo en el test ELISA del VIH" *Salud y Vida* Barcelona:AVS
110. (2011) *SIDA y estres oxidativo: Bases cientificas para una interpretacion de la seropositividad y del SIDA* Sao Paulo
111. www.robertogiraldo.com

112. Girard, Rolande (1987) *SIDA: Tristes Chimeres*

113. Goiz, Isaac (1993) *El sida es curable* México:Ed. Xalostoc

114. Graves, Boyd E. (2001) *State Origin: The Evidence of the Laboratory Birth of AIDS* Zygote Media
115. (2002) *World War AIDS: The Third World War* Zygote Media
116. http://boydgraves.blogspot.com

117. Gregory, S., et al. (1992) *They Conquered AIDS* True Life Adventures

118. Griffiths, Mark (1999) *SIDA? La première maladie virtuelle de l'historie*
www.sidasante.com/critique/malvir.htm
119. www.sidasante.com

120. Gupta, Susil (1991) "The AIDS Fraud" *Analysis* No. 1

121. Hamer, Ryke Geerd (1989) *Le SIDA expliqué par la loi d'arain du cancer* Chámbery:ASAC
122. (2009) *AIDS - die Krankheit, die es gar nich gibt* Amici di Dirk

123. Harris, Rosemarie (1994) *HIV - Das fatale Dogma* (edición propia, Suiza:Gruenenmatt)

124. Hässig, Alfred (1993) *Unanswered questions regarding HIV infection, AIDS and its treatment with AZT* (research paper for interested doctors and science journalists)
125. *et al.* (1998) "15 años de SIDA" *Continuum* vol. 5 nº 4

126. Heising, Kjeld (2007) *AIDS - hvordan ku´ det ske?* (danés: *SIDA: ¿Cómo pudo suceder?* Hay versión inglesa)
127. http://www.heising.dk/default.asp

128. Hendrickson, Peter A. (1991) *Alive and Well: Path for Living in a Time of HIV*

129. Hilton, James P. *Burden of Proof: Surviving Cancer, AIDS and Most Other Illnesses*

130. Ho, Mae-Wan (2005) *Unraveling AIDS: The Independent Science and Promising Alternative Therapies* Vital Health Publishing

131. Hodgkinson, Neville (1996) *AIDS: The failure of Contemporary Science* Londres: Fourth State

132. Hooper, Edward (1999) *The River: A Journey to the Source of HIV and AIDS* Little Brown & Co

133. Horowitz, Leornard G. (1996) *Emerging Viruses - AIDS & Ebola - Nature, Accident or Genocide?*

134. Irwin, Matt *AIDS Voodoo Hexing* http://health.consumercide.com/aidsvoodoo.html

135. Jensen, Ruth (1993) *Umweltschaden AIDS? Hintergründe einer biologischen Katastrophe* Freiburg:Zytglogge-Verlag

136. Johnson, Christine (1996) "Guía para la PCR" *Continuum* vol. 4 nº 4
137. (1997) *¿Puede el VIH ser la causa del SIDA si nadie lo ha aislado?* http://plural-21.org/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid= (original en inglés: www.virusmyth.com/aids/hiv/cjinterviewep.htm)

138. Jürgenson, Juan (2002) capítulo 14 de *Las mentiras lucrativas* Alhaurin el Grande:Amici di Dirk

139. Kitzerow, Marvin R., Jr. (2000) *The AIDS Indictment* Mrkco Pub

140. Konotey-Ahulu, Felix (1989, 1998) *What Is AIDS?*

141. Kramer, Larry (1979) *Faggots* New York:Warner Books Edition

142. Kremer, Heinrich (1998) ¿Manipularon el Dr. Gallo y sus colegas los 'tests del SIDA' para venderlos? *Continuum* vol. 5 nº 4
143. (2001) *Die stille revolution der Krebs- und AIDS-medizin* Wolfratshausen:Ehlers Verlag. Hay versión italiana (2003) e inglesa (2008), y está avanzada la versión española, para la que buscamos editorial

144. Kushi, Michio and Alex Jack (2005) *AIDS and Beyond: Dietry and Lifestyle Guidelines for New Viral and Bacterial Disease*

145. Lamb, William A. (1992) *How I cured myself of AIDS: A self-treatment handbook of procedures for treating HIV positive and AIDS conditions* Jerico Springs (USA):Behr & Lamb
146. (1995) *Biochemical & Photo-biochemical AIDS Protocol* Jerico Springs (USA):Behr & Lamb

147. Lambrou, Evan (1994) *Aids. Scare or Scam?* Vantage Press

148. Lang, Serge (1996) *Challenges* New York:Springer
149. Serge Lang Memorial HIV/AIDS Archive www.reviewingaids.com/awiki/index.php/Document:Lang

150. Lanka, Stefan (1995) "HIV: Reality or artefact?" *Continuum* vol. 3 nº 1
151. y Kark Krafeld (2003) *Impfen - Völkermord im Dritten Jahrtausend? Mit Beiträgen zur Geschichte und Aufklärung von AIDS, BSE, MKS u.a.* Klein-Klein-Verlag
152. y Krafeld, Karl (2008) *AIDS ist das Verbrechen* Klein-Klein-Verlag

153. Lauritsen, John (1990) *Poison by Prescription: The AZT Story* New York:Asklepios Press
154. (1993) *The AIDS War: Propaganda, profiteering and genocide from the medical-industrial complex* New York:Asklepios Press
155. y Hank Wilson (1986) *Death rush; poppers (nitrite inhalants) & AIDS* New York:Pagan Press
156. e Ian Young (1997) *The AIDS Cult. Essays on the Gay Health Crisis* New York:Asklepios
157. http://paganpressbooks.com/jpl

158. Lee, Robert E. (2000) *AIDS: An Explosion of the Biological Time-Bomb*

159. Leitner, Michael (2001) *Mythos HIV: Eine kritische Analyse der AIDS-Hysterie*

160. León Sarmiento, Fidias E. (2001) *ViH: Los Virus de la Imaginación Humana* Bogotá:Editorial Médica Celsus

161. Leung, Brent (2009) *House of Numbers* (vídeo) www.houseofnumbers.com

162. Maggiore, Christine (1999) *¿Qué tal si todo lo que crees acerca del SIDA fuera falso?* The American Foundation for AIDS Alternatives (original en inglés; también hay versiones italiana y portuguesa)
163. www.aliveandwell.org

164. Malan, Rian (2001) 'El sida en África. En busca de la verdad' *Rolling Stones* 22 de noviembre

165. Marcelis, Carla *Uncommon Questions: A Feminist Exploration of AIDS* Montreal

166. Marchi, Luigi de y Franco Franchi (1996) *AIDS: La grande truffa* Roma:Ediz. Seam

167. Martin, Noreen (2007) *Surviving AIDS and cancer. A Guide to Staying Healthy. A survival's point of view* iUniverse, Inc.

168. Mbeki, Thabo (autor principal) (2002) *Castro Hlongwane, Caravans, Cats, Geese, Foot & Mouth and Statistics: HIV/Aids and the Struggle for the Humanisation of the African* (Informe para el ANC, African National Congress)

169. Melton, George R. (1989) *Más allá del SIDA. Un viaje hacia la curación* Buenos Aires: Errepar

170. Mitchell, Robert Ben (1989) *Syphilis as AIDS.* Austin:Banned Books

171. Monzani, Patrizia e Isabel Otaduy (2011) *La ciencia del pánico* (documental)

172. Moritz, Andreas (2006) *Ending the AIDS Myth*
173. (2008) *Los secretos eternos de la salud. Medicina de vanguardia para el siglo XXI* Barcelona:Ediciones Obelisco

174. Mosséri, Albert (1987) *Vivre sans SIDA* Ginebra:Editions Aquarius
175. (1994) *Seule la neture guérit le SIDA* Ginebra:Editions Aquarius

176. Mullis, Kary (1998) *Dancing Naked in the Mind Field* New York:Vintage Books

177. Muramoto, Noboru B. (1988) *SIDA: Inmunología Natural* Uruguay:Centro Macrobiótico de Maldonado

178. Myers, Tessa (1991) "The Truth About the AIDS Panic" *Living Marxism* No. 38

179. National Anti-Vivisection Society (1987) *Biohazard, the Silent Threat - From Biomedical Research and the Creation of AIDS*

180. Nussbaum, Bruce (1990) *Good Intentions; How big business and the medical establishment are corrupting the fight against AIDS* USA:Atlantic Monthly Press

181. Nogueira, Carlos A. (1995) *El SIDA, enfermedad epidémico-cósmica según la Medicina Tradicional China* Madrid:Mandala

182. Null, Gary (2001) *AIDS: A Second Opinion* Seven Stories Press
183. *Deconstructing the Myth of AIDS* (film)

184. Okolitenko, Natalia y Nikolai Kolbun (2009) *El VIH a la luz de la ley de la naturaleza. Una perspectiva alternativa* (en ruso) Kiev:Biopolis

185. Ortleb, Charles (1998) *Iron Peter* Rubicon Media (novela)

186. Owen, Bob (1993) *Roger venció al SIDA* Madrid: Higea (original en inglés, 1987; hay versiones italiana y portuguesa)

187. Panel, Presidential AIDS Advisory, *Informe* (2001) (en inglés) www.virusmyth.com/aids/hiv/panel/index.htm

188. Panem, Sandra (1988) *The AIDS Bureaucracy*

189. Papadopulos-Eleopulos, Eleni www.theperthgroup.com

190. Papagiannidou –Saint Pierre, Maria (2008) *Good bye AIDS! Did it Ever Exist?* (original en griego; hay version en inglés)
191. http://hivwave.gr

192. Parra, José Edwin (2001) *Confiabilidad de las Pruebas del VIH en un Banco de Sangre del Oriente Colombiano* http://delaferriere0.tripod.com/pruebasdesida.htm
193. (2004) "False-positive human immunodeficiency virus test and Trypanosoma cruzi infection in eastern Colombia" *South Med J*. 97(4):423-4).

194. Passi, Siro y Ferdinando Hipólito (1995) *AIDS: nuova frontiera. Declino della metafora e del dogma. Fattie idee per una strategia terapeutica innovativa* Roma:Lombardo Editore

195. Pisani, Elizabeth (2008) *The wisdom of hores* W. W. Norton

196. Piulats, Octavi y Pedro Ródenas (1988) "Las medicinas alternativas ante el SIDA" *Revista Integral* Nº 97

197. Ransom, Steve y Phillip Day (2000) *World without AIDS* Tonbridge (England):Credence Publications

198. Rappoport, Jon (1988) *AIDS Inc.: Scandal of the century* Human Energy Press

199. Rasnick, David (2008) *Germ of Lies* Lulu
200. www.davidrasnick.com/David_Rasnick/Home.html

201. *Reappraising AIDS* (1996-2000) http://political-resources.com/hr/ra/backissues.html

202. Rebello, Leo *AIDS and alternative medicine* Bombay:Natural Health Centre
203. www.healthwisdom.org

204. *Rethinking AIDS* revista
205. www.rethinkingaids.com

206. Richards, Rodney (2007) "The Birth of Antibodies Equal Infection" www.reviewingaids.org/awiki/index.php/Rodney_Richards

207. Richter, Hildegard Bromberg (recopiladora) (1999) *AIDS: Invençao de uma nova doença* São Paulo:TAPS

208. Roberts, Janine (2008) *Fear of the Invisible: How scared should we be of Viruses and Vaccines, HIV and AIDS* IMPACT Investigative Media Productions
209. www.fearoftheinvisble.com
210. www.sparks-of-light.org

211. Root-Bernstein, Robert S. (1993) *Rethinking AIDS. The tragic cost of premature consensus.* New York:The Free Press

212. Rossi, Luca (1999) *Sex virus* Milán:Feltrinelli

213. Roussez, Jean-Claude (2004) *SIDA: Supercherie scientifique et Arnaque humanitaire.* Embourg-Belgique:Marco Pietteur, éditeur
214. y de Harven, Étienne (2005) *Les 10 plus gros mensonges sur le SIDA* St-Jean-de-Braye:Éditions Dangles

215. Ruiz-Berdejo García, Raúl (2007) *Sida. Memorias del Silencio* Madrid:Otra dimensión

216. Rushing, William A. *The AIDS Pandemic*

217. Russeil, Renaud (1996) *Enquête sur le sida. Les vérités muselées* Genève:Éditions Vivez Soleil

218. Sánchez, Gerardo (2002) *VIH/SIDA: Una gran mentira* Miami:Colorama Printing

219. Sarasohn, Judy (1993) *Science on trial; the whistle-blower, the accused, and the Nobel Laureate* New York:St. Martin's Press

220. Sazónova I.M. (2002) *VIH-SIDA. Un virus virtual o la provocación del siglo* (en ruso) Moscú Centro Cultural y Educativo Radio "SR"
221. y Dmítrievskiy A. A. (2003) *SIDA: la sentencia queda abolida* (en ruso) M. S.L. Editorial Olimp: S.L. Editorial AST

222. Scarpelli, Simone (2008) *Infezione da HIV e AIDS in Italia: risultati a sostegno dell'ipotesi chimica* Tesi di Laurea, Universitá degli Studi di Firenza
www.marcoruggiero.org/pdf/AIDS%20di%20origine%20chimica%20in%20Italia.pdf

223. Schmidt, Casper (1984) *The Group-Fantasy Origins of AIDS;* The Journal of Psychohistory

224. Scovill, Robin *The Other Side of AIDS* (film)

225. Schetílova N. G., Schekotikhina .N. N (2004) *La mistificación VIH: sus creadores y sus víctimas* (en ruso) Novosibirsk

226. Sermos, Gus G. (1992) *Doctors of Deceit and the AIDS Epidemic - An Expose of the Centers for Disease Control By an Insider*

227. Serra, Alfons (1998) *Los puntos oscuros de la medicina.* Barcelona:Royland Edicions

228. *SIDA: Un punto de vista diferente* (1992) Transcripción completa en inglés del Simposium Internacional organizado por S.A.A.O. en Amsterdam del 14 al 16 de mayo

229. Shenton, Joan (1998) *Positivily false. Exposing the myths around HIV and AIDS.* London:I.B.Tauris
230. www.immunity.org.uk

231. Shilts, Randy (1988) *And the band played on - Politics, People and the AIDS Epidemic* New York:St. Martin's Press

232. Snead, Eva Lee (1992) *Some Call It AIDS, I Call It Murder - The Connection Between Cancer, AIDS, Immunizations and Genocide*

233. Soleil, Docteur (1990) *SIDA ESPOIR. Ce que nous apprennent les vainqueurs du SIDA* Ginebra:Editions Soleil

234. Stallick, Jonathan (1996) *AIDS: The Homeopathic Challenge*

235. Stewart, Gordon T (1993) "Errors in Predictions of the Incidence and Distribution of AIDS" *Lancet* 341; 898, 1993
236. *et al.* (2008) "Response to THE COST OF SILENCE" Editorial *Nature* 2008; 456; 545 (rechazada)

237. Strohecker, James (1994) *You Don't Have to Die: Unraveling the AIDS Myth* Future Medicine Publishing

238. Subik, David y Stefan Lanka (2000) *HIV? Lež, které uvěřil celý svět* (checo: *¿VIH?: la mentira en la que todo el mundo cree*)

239. Tagliati, Antonio (2006) *Deshaciendo el montaje del SIDA* (conferencia filmada) http://karbolarium.blogspot.com/2009/07/deshaciendo-el-montaje-del-sida-antonio.html

240. Tahi, Djamel (1996) *SIDA: La doute* canal TV franco-alemán ARTE (hay versión en español)
241. (1997) "Did Luc Montagnier discover HIV?" *Continuum* Vol. 5, nº 2:30–34

242. Tooley, James (2001) *HIV and Aids in Schools: The Political Economy of Pressure Groups and Miseducation* Londres:Profile Books

243. Torres, Carmen (2008) *ELISA mató a Ruth* Barcelona (en busca de editor)

244. Trillo Morgado, Antonio (2006) *DESCODIFICANDO EL SIDA como un Sistema Inteligente De Aniquilación* Sevilla-Málaga

245. Trochio, Federico di (1997) *Las mentiras de la ciencia* Madrid:Alianza

246. Turner, Valendar www.theperthgroup.com

247. Varkonyi-Wallerstein, Paul (1988) *Das AIDS Dilemma: Forschung in der Sackgasse* Rombach

248. Villagómez-Oviedo, Diana E. (2007) *La recurrencia del milagro: una visión de vida para el sida* (por publicar)

249. Walker, Martin (1994) *Dirty Medicine. Science, bad business and the assault on natural health care* Londres:Slingshot Publications

250. Whelan, Robert (1991) "The AIDS Scandal" *Economic Affairs* Vol. 1 I No. 4

251. Willner, Robert E. (1994) *Deathly Deception: The Proof That Sex And HIV Absolutely Do Not Cause AIDS* Boca Raton (Florida):Peltec Publishing

252. Young, Ian (1993) *The AIDS dissidents; an annotated bibliography* Metuchen (N.J.):The Scarecrow Press
253. (2000) *The AIDS Dissidents: 1993-2000* TMW Communications

PENDIENTE
-Recopilación exhaustiva de la extensísima bibliografía y documentación
-Traducirla a otros idiomas
-Difundirla hasta que esté al alcance de cualquier persona de cualquier lugar en su propia lengua

III-8.- *WEBS* Y *BLOGS* INFORMATIVOS

Webs y *blogs* de asociaciones y de personas que contienen información crítica en doce idiomas sobre el montaje SIDA. Una importantísima, por el enorme caudal que contiene, es www.virusmyth.com, pero lamentablemente está detenida desde abril del 2002. Lector, le agradeceré me ayude a ampliar esta lista…

En la búsqueda de más *webs* críticas, he detectado que varias *webs* con nombres críticos (algunas veteranas, como www.aidsmyth.com ó www.heal-berlin.de, y otras menos, como www.hiv-uncensored.info, http://jack.aidsmyth.com, www.aids-info.net, www.mythos-hiv.de,...), conducen a información oficial o a cuestiones que nada tienen que ver con el invento SIDA.

Además, en los meses transcurridos entre la primera y la última revisión, han dejado de "estar disponibles" -no sé si transitoriamente- cinco *web*s que contenían información crítica (www.vivoysano.org.mx, www.sida-luz-positiva.org, www.projectthames.org, www.redflagsweekly.com/bialy.htm y www.shillfactor.net).

Tendría que investigarse si esto es debido a que por falta de dinero o de organización o de conocimientos técnicos, no se renueva a tiempo la propiedad de una web y los oficialistas –u otras empresas-, que sí tienen dinero y por lo tanto pueden comprar organización y conocimientos técnicos, las adquieren y reconvierten. Explícitamente, el médico indio Leo Rebello** denunció que su www.aidsalternativa.org le fue primero saboteada y, finalmente, robada.

Paradójicamente, hay una ¿manipulación? que lleva a una verdad: resulta que www.sida-informatica.info/la_gran_estafa.htm (y que, con un título así, me alegró mucho descubrir) lleva al 'VIH/SIDA', es decir, a la gran estafa oficial.

Las *web*s listadas a continuación (por orden alfabético de idiomas) son "legales" y estaban activas el 10 de enero de 2010… aunque bastantes con la información no actualizada. Aunque refleja la falta de medios que tan bien conozco, a mi entender siguen teniendo su importancia.

Aviso último para evitar suspicacias: a fin de facilitar el uso –no para aumentar el número- incluyo de nuevo aquí las webs de autores que he puesto en el capítulo anterior.

Alemán

1. http://hiv.weebly.com
2. http://freiesdenken.wordpress.com
3. www.aids-kritik.de
4. www.neue-medizin.com/aids.htm
5. www.praxis-sacher.de
6. www.rethinkingaids.de
7. www.ummafrapp.de

Coreano

1. http://cafe.daum.net/antihiv
2. www.noaids.co.kr

Danés

www.heising.dk/content.asp?Id=270

Español

1. http://causalud.blogspot.com
2. http://cleanhandss.blogspot.com
3. http://defiendetusalud.mx.tripod.com

4. http://desmontarelsida.wordpress.com (*blog* de este libro)
5. http://disidenciadelsida.blogspot.com
6. http://free-news.org/index01.htm
7. http://monarcasmexico.org
8. http://plural-21.org
9. http://revisar.wordpress.com/sida
10. http://saludypoder.blogspot.com
11. http://superandoelsida.ning.com
12. http://unmundosinsida.blogspot.com
13. http://virusmythspain.spaces.live.com
14. http://worldtv.com/sida
15. www.amcmh.org
16. www.axel.org.ar/articulos/sida.htm
17. www.cherada.com/blog/s-323-1-sida
18. www.informacionsida.com
19. www.laverdaddelsida.com
20. www.repensarelsida.blogspot.com
21. www.replantearsida.blogspot.com
22. www.robertogiraldo.com
23. www.theperthgroup.blogspot.com

Francés

1. http://dissidentmavie.ifrance.com/dissidentmavie
2. http://rhubarbe.net/blog/tag/sida/
3. http://pagesperso-orange.fr/sidasante
4. http://perso.wanadoo.fr/sidasante
5. http://sida69.free.fr
6. www.onnouscachetout.com/synthese-sida
7. www.sidasante.com

Griego

1. http://hivwave.gr

Holandés

1. www.anderekijk.net

Inglés

1. http://aidsinfobbs.org/index.html
2. http://aidsmyth.addr.com/index1.htm
3. http://apart.libsyn.com
4. http://breakfornews.com/aidsmyth/aidsmagjune2001.htm
5. http://ca.geocities.com/colman@rogers.com/aids
6. http://elmaltes.blogspot.com
7. http://garlan.org
8. http://grouppekurosawa.com/blog/2005/08/azt-worst-drug-on-earth.htm
9. http://groups.msn.com/AIDSMythExposed/your*web*page.msnw
10. http://heal_portland.tripod.com
11. http://healsd.org
12. http://health.groups.yahoo.com/group/aidssoc
13. http://health.groups.yahoo.com/group/hivaidsparadigm
14. http://hivnotaids.homestead.com
15. http://hivaidspoliticaldenialism.blogspot.com
16. http://hivskeptic.wordpress.com
17. http://home.earthlink.net/~revdocnyc

18. http://iamlivingproof.wordpress.com
19. http://kefodile.wordpress.com
20. http://letterstotheempire.com
21. http://members.tripod.com/~HEAL_Portland
22. http://notaids.com
23. http://paganpressbooks.com/jpl
24. http://positivelyfalse.com/
25. http://reducetheburden.org
26. http://resistanceisfruitful.com/blog/
27. http://reviewingaids.com/awiki/index.php/Main_Page
28. http://suppressedScience.net/aids.html
29. http://thereikimatrix.blogspot.com
30. http://wearelivingproof.org
31. http://wordpress.com/tag/hiv-does-not-cause-aids
32. www.actupsf.com
33. www.aidsbiowar.com
34. www.aidsisover.com
35. www.aidsmisdiagnosis.com
36. www.aidsmyth.addr.com
37. www.aidsmythexposed.com
38. www.aidspetition.org
39. www.aimultimedia.com/daglinks/links.html
40. www.alexalienart.com/sonia.htm
41. www.aliveandwell.org
42. www.aliveandwellsf.org
43. www.aliveandwell-eugene.dreamhost.com
44. www.altheal.org
45. www.anotherlook.org
46. www.aras.ab.ca
47. www.areyoupositive.org
48. www.arv-facts.com
49. www.barnesworld.blogs.com
50. www.cbc.ca/ideas/features/Aids/index.html
51. www.consumercide.com/hiv-aidspol.html
52. www.davidrasnick.com/David_Rasnick/Home.html
53. www.duesberg.com
54. www.fearoftheinvisible.com
55. www.guineapigkids.com
56. www.healaids.com
57. www.heallondon.org
58. www.healsydney.org
59. www.healtoronto.com
60. www.healthwisdom.org
61. www.helpforhiv.com
62. www.hiv-aids-factorfraud.com
63. www.houseofnumbers.com
64. www.howpositiveareyou.com
65. www.immunity.org.uk
66. www.informedmomm.com
67. www.liamscheff.com
68. www.LivingWithoutHIVDrugs.com
69. www.myspace.com/rethinkaids

70. www.ourcivilisation.com/aids
71. www.peaceandlove.ca/AIDSsexmyth.html
72. www.pharmharm.com
73. www.questioningaids.com
74. www.rethinkingaids.com
75. www.reviewingaids.com/awiki/index.php/Document:Lang
76. www.robertogiraldo.com
77. www.Sciencefictions.net
78. www.Scienceguardian.com/blog
79. www.shillfactor.net
80. www.sickofdoctors.addr.com/articles/top100_aids_inconsistencies.htm
81. www.sparks-of-light.org
82. www.suppressedScience.net/aids
83. www.theAIDStrial.com
84. www.theothersideofaids.com
85. www.theperthgroup.com
86. www.think-fitness.de/html/aids_critics.html
87. www.tig.org.za
88. www.toxi-health.com
89. www.truthaboutaids.com
90. www.users.bigpond.com/smartboard/aids
91. www.virusmyth.com
92. www.whale.to/aids.html
93. www.whale.to/c/cantwell_alan.html
94. www.whatifeverything.com/whatif/index.html
95. www.whatisaids.com
96. www.youtube.com/hivquestions

Italiano

1. http://archiviomednatu.splinder.com/tag/aids
2. www.cesil.com/0898/itfrah08.htm
3. www.controinfoaids.org
4. www.ilvirusinventato.it
5. www.laleva.cc/cura/cura.html
6. www.mednat.org/aids/aids_base.htm
7. www.oikos.org/aids

Portugués

1. http://aidsrevelada.com
2. http://br.groups.yahoo.com/group/aids-nova-visao
3. www.taps.org.br/Paginas/Outraaids.html

Ruso

1. www.anti-spid.boom.ru
2. www.oodvrs.ru
3. www.orthomed.ru/news.php?id=9512&print=1
4. www.sudmed.ru/index.php?showtopic=5068
5. www.virtu-virus.ru
6. http://pressa.irk.ru/sm/2005/13/003006.html
7. http://prof.shopbrowser.ru/sbproduct-473948.html
8. http://slavdom.net.ua/index.php?num=12&id=02
9. http://psynews.narod.ru/pp1/aids.html

Ucraniano

1. www.biopolis-ixt.com.ua

Lector: hemos hecho un intenso camino juntos y quiero enviarle unas

PALABRAS DE DESPEDIDA-REENCUENTRO-Y-COMPROMISO

Le agradezco que, con pausas y saltos más o menos intermitentes, haya llegado hasta aquí.
Y me pregunto cuál ha sido la evolución de sus sentimientos y de su razón
a medida que adelantaba en la lectura.

Puedo avanzarle y comunicarle la mía a medida que lo escribía…
lo cual ha tomado mucho más tiempo que el que supuse en primera instancia,
ingenuo e inexperto de mí (¡gracias, Señor Editor, por su paciencia!).
En efecto, han transcurrido más de tres años desde que me llegó un e-mail
(exactamente el 6 de diciembre de 2006) proponiéndome escribir lo que luego se convirtió
en este libro, hasta que entregué el original definitivo el 22 de julio de 2010.

Al verme obligado a sistematizar y a formular por escrito lo que había dicho verbalmente
durante años acerca de lo que iba descubriendo en mi camino SIDA iniciado en 1990,
he ido viendo y comprendiendo que "la cosa" es mucho más escandalosa
de lo que consideraba al inicio de mi redacción.
En particular, me impactó profundamente comprender, como espero haberle transmitido, que:
- el SIDA fue construido paso a paso por los CDC siguiendo órdenes superiores,
- el 'VIH/SIDA' es una ficción basada en el fraude científico perpetrado en 1984 por el Dr. Gallo, y
- la acción para desmontar el SIDA se sitúa directamente en la lucha contra el delito y el crimen.

Quiero que sepa que escribiendo estas páginas he tenido varias veces la tentación de tirar la toalla
temiendo los ataques que probablemente desencadenará la aparición del libro,
y que me he dado cuenta de que incluso me he resistido hasta el último momento a terminarlo
porque ello significaba el *alea iacta est* y me ponía ya en la pendiente definitiva.
Pero, por un lado, he persistido pensando que el libro puede multiplicar exponencialmente
unos efectos beneficiosos que ya conozco a pequeña escala,
y también contribuir de manera considerable -¡ojalá!- a acelerar el desmontaje del monstruo SIDA.
Y, por otro, me he decidido a pedirle ayuda abiertamente a fin no sólo de aguantar sino de avanzar.

Lector: si, tras el camino que hemos recorrido juntos, ha sintonizado
con la intencionalidad de este libro
(lo cual no exige un acuerdo pleno con la letra pero sí con el espíritu),
le pido su colaboración para difundirlo al máximo por todos los medios posibles
así como sus aportaciones para constituir una potente fuerza
que permita no sólo resistir ataques sino superar resistencias y derribar el castillo… ¿de naipes?

Me he dirigido tantas veces a Ud. que se me ha convertido en un compañero interlocutor
con el que me gustaría profundizar una relación basada
en los acuerdos, desacuerdos, preguntas, críticas, acciones,…, suscitados por la lectura.
Y, quien sabe, quizás montar equipo. Al escribir esto, he sentido una sacudida, pues "algo"
me ha advertido: "¡Lluís, no te lances, que luego no podrás mantener la comunicación!".
La razón ha contestado: "Es cierto. ¡Cuidado!".
Pero no-sé-qué me ha empujado a seguir en esta línea.
Luego: lluis.botinas@plural-21.info http://plural-21.org http://desmontarelsida.wordpress.com
Debe ser el fuerte convencimiento de que el desmontaje del SIDA,
que debe decidirse en la esfera jurídico-política,
ha pasado del terreno del debate científico al ámbito delictivo-criminal
y que necesito de su colaboración explícita o de su complicidad implícita.
La Corriente Internacional DESMONTANDO EL SIDA es un medio de esta orientación.

NOTA ACLARATORIA

que espero no haga falta utilizar

DECLARO

- No padezco enfermedad alguna de ningún tipo, ni anímica ni física
- Tengo muchas ganas de vivir, aprender y hacer cosas, en múltiples temas, a todos los niveles y tanto en el presente como en el futuro
- No me encuentro con problemas ni personales ni familiares ni asociativos ni colectivos ni de ningún otro tipo (ni siquiera económicos) que puedan anunciar cambio alguno de las dos afirmaciones anteriores

En particular, me parece importantísimo actuar para desmontar el SIDA
por los enormes beneficios que ello significará para la mayoría de la humanidad.
¡Y aún más actualmente,
cuando hay indicios de que hay muchas probabilidades de lograrlo!

Luego cualquier acontecimiento desagradable que pudiese ocurrirme,
personalmente o en mi entorno,
tendría causas externas
cuyos responsables confío establecería la investigación correspondiente.

Espero no ser víctima no-etiquetada
(desgraciadamente, víctimas etiquetadas sigue habiendo cada día,
mientras no logremos desmontar el SIDA)
del *establishment* del SIDA,
como ha habido otras anteriormente.
En todo caso,
de ser,
que sea la última.

Queda constancia en sus manos, lector.

ANEXOS[1]

Tres documentos clave

¿Las pruebas del fraude científico del Dr. Gallo en *Science* en 1984, base del 'VIH/SIDA'?

He aquí reproducidos en su inglés original por tercera vez[2] en el mundo -que sepa-, y compuestos y traducidos íntegros al español por primera vez–seguro-, tres documentos que demuestran -creo que de manera irrefutable… y ojalá que los oficialistas, empezando por el propio Dr. Gallo, quisieran rebatirlos- que el Dr. Gallo mintió descaradamente cuando en la Conferencia de Prensa del 23 de abril de 1984 anunció al mundo que 'había aislado un nuevo virus, probable causa del SIDA'. El **DOCUMENTO POPOVIC** muestra cómo el Dr. Gallo falsificó de su puño y letra el artículo central que publicó *Science* el 4 de mayo de 1984 y que dio nacimiento a la mortífera ficción 'VIH/SIDA'. El **DOCUMENTO GONDA** demuestra que en los cultivos celulares utilizados por el Dr. Gallo no había virus alguno de "su familia de virus HTLV". Y el **DOCUMENTO MINOWADA** prueba que el Dr. Gallo estaba buscando virus causales pero no había encontrado nada el día anterior a enviar sus artículos a *Science*. El conjunto de los tres desvelan la conducta delictiva del Dr. Gallo, co-responsable (junto a quienes le avalaron, promocionaron, catapultaron, etc.) de muchas muertes (aunque, afortunadamente, bastantes menos que las que nos dicen las falsas e hinchadas estadísticas oficiales).

Para situar mejor estos tres textos, recuerde, lector, que el Dr. Gallo envió el 30 de marzo de 1984 a *Science* un articulo central y tres complementarios que, publicados el 4 de mayo siguiente, significaron la puesta en marcha de la ficción 'VIH/SIDA' y que son considerados los artículos científicos de referencia originales para sostener que 'el VIH existe y es la causa del SIDA' Luego la versión oficial del SIDA se basa en un fraude científico. Lo resalto a menudo al calificar al 'VIH/SIDA' no sólo de "ficción" sino de "ficción fraudulenta".

Pues bien, el borrador del Dr. Popovic fue redactado en torno del 21 de marzo, la carta del Dr. Gonda es del 26 de marzo, y la carta al Dr. Minowada, del 29 de marzo. Voy a comentarlos brevemente:

[1] Agradezco profundamente a Daniel García-Tapetado la enorme y delicada atención requerida para confeccionar estos Anexos. Descifrar y transcribir el original del Documento Popovic, traducirlo al español y a continuación hacer una composición lo más semejante posible al original manuscrito, ha tomado una enorme cantidad de horas así como una gran dedicación y cuidado. Además, Daniel ha asumido la correspondencia en inglés hecha a mi nombre, lo cual explica el elevado número de contribuciones recibidas. Encima, me ha apoyado en todo momento y me ha dado ánimos cuando las dificultades amenazaban ahogarme. Todo de manera absolutamente voluntaria, quede claro.

[2] Las dos anteriores: en *Fear of the invisible*** y en *El rapto de Higea***.

DOCUMENTO POPOVIC[3]

He señalado con catorce flechas lo que me parece más importante y facilitarle así, lector, su acceso. La flecha 4 apunta a lo central: tacha que *'A pesar de los intensivos esfuerzos de investigación efectuados, el agente causante del SIDA aún no ha sido identificado'*. Parece que el Dr. Gallo consideró que tamaña afirmación chocaba demasiado frontalmente con lo que había estado anunciando desde semanas antes, en particular por su gira en Europa, incluida conferencia en el *Institute Pasteur*, y en su acuerdo con la dirección de *Science*. De todas formas, sus añadidos inmediatos se limitan a las expresiones *'(…) sugerimos que (la causa del SIDA) puede ser…'* (4.1), o *'Esta hipótesis se basa en…'* (4.2). Las flechas 1 (Título), 2 (Resumen) y 5 (última frase del borrador), ponen de manifiesto que en ningún momento el Dr. Popovic hace referencia alguna a que se haya 'aislado un virus causa del SIDA'. De hecho, la conclusión a sacar de sus experimentos es tan 'trivial' que ni siquiera llegó a redactarla (6). E incluso el Dr. Gallo sólo añade que *'(…) ha abierto el camino de detectar (…) y proporciona la primera oportunidad de realizar su análisis detallado…'* (7), o *'Este sistema abre el camino hacia la detección rutinaria y rápida de HTLV-III y variantes citopáticas de HTLV asociadas'* (8).

Una cuestión clave a aclarar: ¿Cómo se ha obtenido este documento? Respuesta: El Dr. Gallo estaba convencido de que sus manipulaciones habían quedado entre el Dr. Popovic y él, y de que la prueba de la falsificación había sido destruida. Pero al ver el alcance de los cambios introducidos por su jefe Dr. Gallo, el Dr. Popovic se alarmó y, para protegerse, envió copia a su hermana, que vivía en Austria. En algún momento (a precisar) tras comenzar en 1990 las investigaciones oficiales, le pidió que se la devolviese. Cuando, tras un interrogatorio, el Dr. Popovic recibió una grabación que contenía no sólo sus respuestas a las preguntas que le habían sido formuladas por la comisión investigadora sino, por error, también los comentarios hechos por los investigadores tras su marcha, se alarmó. En efecto, apuntaban a que le iban a acusar a él de mala conducta científica, y no al Dr. Gallo. A la mañana siguiente, su abogado entregó el borrador manipulado a los miembros de la comisión, quienes verificaron que los cambios escritos a mano habían sido realmente efectuados por el propio Dr. Gallo.

DOCUMENTO GONDA[4]

Habla por sí sólo, ¿no, lector? Sin embargo, el Dr. Gallo debió utilizar alguna de las fotos sin virus del Dr. Gonda puesto que la nota 17 del segundo artículo en *Science* dice "Agradecemos a M. Gonda por la microscopía electrónica, y a…".

DOCUMENTO MINOWADA[5]

Considero especialmente reveladoras estas palabras: *"(…) el cultivo de células parece ser necesario para inducir virus. Esto es probablemente debido a que así se eliminan los factores inhibidores presentes en el paciente"*. Confirma que la ciencia oficial del SIDA se basa en experimentos con cultivos celulares (además, muy estimulados), debido a que la complejidad del ser humano impide que pueda aparecer lo que los oficialistas consideran 'virus causantes del SIDA'; en cambio, al cultivar y estimular fuertemente las células, se expresan secuencias retrovirales endógenos que son presentadas como ejemplares de un supuesto "VIH exógeno". La frase final *'(…) ahora sabemos que hay muchas variantes de HTLV-1. Creemos que la causa*

[3] http://sciencefictions.net/pdfdocs/draft_of_m_popovic_05.04.84_science_article_undated.pdf
[4] http://sciencefictions.net/pdfdocs/letter_from_M_Gonda_to_M_Popovic_03.26.84.pdf
[5] http://sciencefictions.net/pdfdocs/ letter_from_R_Gallo_to_J_Minoawada_03.29.84.pdf

del SIDA es una variante mucho más citopática', escrita por el Dr. Gallo el día anterior a enviar sus artículos a *Science*, es decisiva pues indica que seguían en plena búsqueda, y en absoluto que hubiesen encontrado 'la probable causa del SIDA'.

ÚLTIMA OBSERVACIÓN

Quiero compartir con Ud., lector, la inquietud que tengo releyendo estas líneas momentos antes de enviar el original al editor. Repasando lo manuscrito por el Dr. Gallo, ahí no afirma haber 'aislado el virus causa del SIDA'. Es más, acabo de echar una nueva ojeada a los artículos finalmente aparecidos en *Science*, y tampoco aparecen aserciones en este sentido. Ello me lleva a plantear la necesidad de investigar qué intensos conflictos hubo en la cúpula científica y política no sólo del *establishment* del SIDA sino del gobierno USA entre el 30 de marzo y la rueda de prensa del 23 de abril de 1984, y que llevaron a anunciar 'un nuevo éxito de la ciencia americana: el Dr. Gallo ha encontrado un nuevo virus, probable causa del SIDA'. A subrayar que este notición mundial hizo que los artículos de *Science* ya se leyesen y divulgasen portando 'gafas VIH/SIDA', reforzando así la incipiente versión oficial del SIDA. Y recordar que el Dr. Gallo ya había encargado tres-o-cuatro meses antes producir a gran escala 'proteínas' (para fabricar 'tests') y también 'trozos de información genética' (para 'PCR') de un 'virus causa del SIDA' que ni en sus "correcciones" al borrador ni en sus artículos en *Science* afirma haber encontrado[6].

[6] Un detalle ilustrativo de cuán frenéticamente se estaban moviendo las piezas para "determinar de una vez por todas y sin más dilación el virus que causa del SIDA", es la rapidez con que *Science* publica los cuatro artículos del Dr. Gallo: son enviados el 30 de marzo de 1984. El 19 de abril, son aceptados. El 4 de mayo, aparece el nuevo número de *Science* con ellos. Y he aquí un detalle ilustrativo: en la parte superior izquierda de la misma página 497 donde empieza el artículo fraudulento del Dr. Gallo, termina la bibliografía del artículo precedente, del que sólo aparece la fecha de recepción, 27 de octubre de 1983, y la de aceptación, 6 de marzo de 1984: luego transcurrieron 131 días desde la recepción a su aprobación, y 59 más hasta su publicación; total, 190 días. Los cuatro artículos del Dr. Gallo tomaron respectivamente 20 y 15 días; total, 35. Este tiempo récord -¿mundial?- indica con toda probabilidad un acuerdo previo en el que el Dr. Gallo ofreció a los responsables de *Science* la prioridad de publicar 'un artículo decisivo en la lucha contra el SIDA', y estos le dieron luz verde sin hacer revisión rigurosa alguna. Pero la dirección actual de *Science* no sólo no ha reivindicado ni sacado ventaja relativa de la prioridad de que disfrutó en 1984 sino que la ha silenciado totalmente con motivo del 25 aniversario de su exclusiva para publicar 'un avance científico seminal' que supuestamente 'abrió la puerta a terminar con la epidemia SIDA y a cronificar el SIDA en las zonas del mundo donde hay dinero y buena organización sanitaria'.

1

Popovic

RESCUE AND CONTINUOUS PRODUCTION
OF HUMAN T-CELL LYMPHOTROPIC RETROVIRUS (HTLV-III)
FROM PATIENTS WITH AIDS

— WAT to deal w the
LAV - chronology
① Tech w/ cord blood lymphocytes I, II
② " " Ag " " "
③ Reference to CIA
④ [illegible]

When the hell are the - [illegible]

2

ABSTRACT

A [illegible] permissive human neoplastic T-cell population is described for cytopathic variants of human T-cell lymphotropic retroviruses (HTLV-III) [illegible] from pre-AIDS or AIDS patients. The infected T-cell population preserves the capacity for permanent in vitro growth and exhibits continuous virus [illegible] susceptible for isolation of cytopathic variants of HTLV from patients in lymphadenopathy (pre-AIDS) patients, [illegible] with production to high [illegible] specific viral probes for immunological and nucleic acid studies, the cytopathic effect of HTLV-III infected [illegible] of multi-nucleated giant cells which [illegible] be used as an indicator for the detection of the [illegible] virus-production.

This abstract is not to be published for our [illegible] patentee [illegible] purpose for Science.

3

A family of human T-cell lymphotropic retroviruses (HTLV) comprises two major and well characterized subgroups of human retroviruses, called [illegible] T-cell leukemia/lymphoma virus HTLV-I ( ) and HTLV-II ( ). We and recently a new variant of HTLV was [illegible] from a patient with lymphadenopathy named also as lymphadenopathy associated virus (LAV) ( ) which is described here as HTLV-III. The most common isolate obtained from patients with mature T-cell malignancies is HTLV-I ( ). Serological and nucleic acid hybridization data indicate that HTLV-I, including its new subtypes, is etiologically associated with T-cell leukemia/lymphoma of adults ( ). The disease clusters in the south of Japan ( ), the Caribbean ( ), Africa ( ) and can be found in other parts of the world. HTLV of subgroup II (HTLV-II) was first isolated from a patient with a benign form of a T-cell variant of hairy cell leukemia ( ). To date, this virus-[illegible] the only isolate obtained from a patient with [illegible] disease. However, isolation of retroviruses and seroepidemiological data support that HTLV of both subgroups, including new variants from subgroup-III, may [illegible] the acquired immune deficiency syndrome (AIDS) ( ). [illegible] Epidemiologic data strongly support that AIDS is caused by an infectious agent which is transmitted by intimate contacts or blood products ( ). To-date, over 3000 cases of AIDS have been reported in the U.S. ( ). Patients with the disease include mainly homosexuals ( ), intravenous drug users ( ), Haitian immigrants to the U.S. ( ), and hemophiliacs ( ). Recently, an increased number of AIDS cases have been reported in children whose parents have AIDS or intimate contact[s] with a person having the disease ( ). Although the disease in patients is [illegible]

4

manifested by opportunistic infections, predominantly Pneumocystis carinii pneumonia and Kaposi's sarcoma, the underlying disorder affects the patient's cell-mediated immunity ( ). [illegible] T-cell dysfunctions often marked by an absence of delayed hypersensitivity, absolute lymphopenia and reduced helper T-lymphocyte (OKT4+) subpopulation(s). [illegible] reverse ratios of helper to suppressor T-lymphocytes [illegible] T-cell deficiency [illegible].

Despite intensive research efforts, the causative agent of AIDS has not yet been identified. Although patients with AIDS are often chronically infected with cytomegaloviruses ( ), or hepatitis B virus ( ), we have proposed that [illegible] causing AIDS is a [illegible] from a family of HTLV. [illegible] based on [illegible] common properties of causing immune deficiency in cats of feline leukemia virus ( ) [illegible] (4) [illegible] the [illegible] retroviruses of the HTLV family [illegible] T-cell tropism, preferentially infect "helper" T-cells (OKT4+), [illegible] cytopathic effects on various human and mammalian cells as demonstrated by [illegible] ( ) and the [illegible] of susceptible T-cell functions ( ). In some cases may result in a selective cell killing ( ). Moreover, [illegible] by retroviruses [illegible] and virus interference [illegible] serological tests showed that the presence of antibodies directed to cell membrane antigens of HTLV infected cells in from 30-40% of patients with AIDS ( ). In addition, over 20 HTLV isolates of both subgroups and new variants were obtained from patients with AIDS ( ). The successful detection and isolation of HTLV was made possible by the discovery of TCGF which enabled selective growth of different subsets of normal and

5

[illegible] and the development of [illegible] neoplastic mature T-cells ( ), the viral rescue and transmission of HTLV into permissive cells followed a well established procedure [illegible] outlined earlier, in the system of avian sarcoma virus transformed mammalian cells ( ). The cocultivation procedure using cord blood T-cells from newborns as recipient cells for [illegible] obtained preferentially [illegible] with immortalizing (transforming) capability ( ). [illegible] HTLV variants which possess "weak" or lack the immortalizing properties for normal T-cells [illegible] and exhibit mainly cytopathic effect on them can only be followed transiently either [illegible] cells as target in cocultivation or cell-free transmission experiments. This [illegible] main obstacle for more frequent isolation and particularly for detailed biological, immunological and nucleic acid characterization of cytopathic variants of HTLV. To overcome these obstacles, we [illegible] have performed an extensive survey for a cell population which combines highly susceptible to and permissive for cytopathic variants of HTLV and [illegible] preserves the capacity for permanent growth after infection with the virus. We report here the establishment and characterization of an immortalized T-cell population which is susceptible to and permissive for HTLV cytopathic variants [illegible] for their rescue and continuous production [illegible] from patients with AIDS and Pre-AIDS. Several [illegible] attempts [illegible] permanent cell lines originated from human malignancies have failed [illegible] susceptibility to infection with [illegible] HTLV, human [illegible] virus [illegible] HTLV. [illegible] the first series of experiments. Ten cell lines with characteristics of mature T-cells [illegible] susceptibility to self-sustained infection as determined by reverse transcriptase (RT) assays.

6

[illegible] One of them, designated [illegible] was selected for [illegible] functions, the [illegible] and [illegible] as well as [illegible] viral particles were found by [illegible] electron microscopy. The [illegible] parental cell line for HTLV-III, [illegible] for particulate reverse transcriptase activity in culture fluid [illegible] about 20% of the infected cell population was positive in indirect immune fluorescent assay (IFA) using of serum from a hemophiliac patient [illegible] with lymphadenopathy. The serum of the [illegible] patient [illegible] with pol of HTLV transformed human T-cells in the precipitation assay [illegible].

In order to obtain [illegible] susceptible and highly permissive T-cell population for HTLV-III which [illegible] combines the properties of [illegible] would preserve the permanent growth and continuous virus production [illegible] extensive cloning of the parental T-cell population was performed. A total of 51 single-cell clones were obtained by both capillary ( ) and limited dilution ( ) techniques [illegible] for proliferation [illegible] HTLV-III infection.

A representative example of a response to HTLV virus infection of 8 T-cell clones which are susceptible to and permissive for HTLV-III is shown in Table 1. In parallel experiments, 2 x 10⁵ cells of each T-cell clone were exposed to 0.1 ml of concentrated virus [illegible] containing 10⁸ cpm of reverse transcriptase (RT) activity. [illegible] then [illegible] growth, morphology, positioning of cells for the viral antigens, and RT activity in culture fluids were assessed after 6 and 14 days of infection. Although all 8 clones were susceptible to and permissive for the virus [illegible]

7

Redundant

8

9

5

6

7

10

8

11

12

13

Table 2. Recovery of HTLV-III from Patients with Lymphadenopathy Syndrome and AIDS

Patient Identifier	Diagnosis	Origin	Virus Expression			
			RT Activity (x 10^3 cpm)	IFA with Adult's Serum	Human Serum (1:5)	
				(% Positive)		
[illegible]	AIDS (Intermediate)	U.S.	0.3	80	22	+
[illegible]	Immunitis (Lymphadenopathy)	Haiti	0.25	10	80	40
[illegible]	AIDS (Homosexual)	U.S.	0.21	42	8	+
[illegible]	AIDS (Homosexual)	U.S.	0.11	54	10	+
[illegible]	Immunitis (Lymphadenopathy)	U.S.	2.3	63	40	40

*Cocultivation with PB Target T-cells

**Cell-free infection

IFA = immunofluorescent assay

RT = reverse transcriptase

14

9

NOW TURN BACK OVER.

15

Popovic

1 → **Obtención y producción continua de retrovirus linfotrópico de células T humanas (HTLV-III) a partir de pacientes con SIDA**

- Forma de abordar esto

LAV - originalmente

① Ausencia de hibridación cruzada con I, II
② " " reacción " con Ag (antígenos)
③ Xxxx Reactividad con EIA
④ Xxxx publicado en Science

Dónde demonios están los xxxxx

2 → **RESUMEN**

Se describe una población ~~susceptible y~~ permisiva de células T neoplásicas de origen humano para el aislamiento rutinario de ~~que se aislen~~ variantes citopáticas de los retrovirus linfotrópicos de células T humanas (HTLV-III) en pacientes con estadio previo a SIDA o ya con SIDA. La

2.1 → población de células T infectadas conserva su capacidad de crecimiento permanente in vitro ~~y~~ Y muestra una ~~expresión continua del virus. Este sistema es adecuado para el aislamiento de variantes citopáticas de HTLV en pacientes con linfadenopatía (etapa previa a SIDA) y~~

2.2 → ~~SIDA, así como para la~~ producción continua de virus en alta cantidad, ~~lo que nos permitiría~~ ~~preparar~~ sondas virales específicas para estudios inmunológicos y con ácidos nucleicos. ~~El~~ Un efecto citopático de la infección por HTLV-III ~~sobre la población de células T infectadas se caracteriza por la xxxxx~~ es la inducción de células gigantes multinucleadas que ~~podrían~~ pueden emplearse como indicador para la detección de ~~producción del~~ este virus.

De este modo, pueden prepararse

2.3 → Este resumen es demasiado trivial para un ~~innovador~~ posible artículo innovador para Science.

Una familia de retrovirus linfotrópicos de células T humanas (HTLV) comprende dos subgrupos principales y bien caracterizados de retrovirus humanos, denominados virus de la leucemia/linfoma de células T humanas HTLV-I ( ) y HTLV-II ( ) y recientemente se ha aislado una nueva variante de HTLV en un paciente con linfadenopatía, denominada también como virus asociado a linfadenopatía (LAV) ( ), y que se describe aquí como HTLV-III. HTLV-I es el que se aísla con mayor frecuencia en pacientes con tumores malignos de células T maduras ( ). Los datos seroepidemiológicos y de hibridación de ácidos nucleicos indican que HTLV-I, ~~incluido su nuevo subtipo~~, se asocia de modo etiológico, con la leucemia/ linfoma de células T de los adultos ( ). Esta enfermedad se presenta con más frecuencia en el sur de Japón ( ), Caribe ( ), África ( ) y se puede encontrar en otras partes del mundo. HTLV del subgrupo II (HTLV-II) se aisló por primera vez en un paciente con una forma ~~benigna~~ crónica de ~~la~~ una variante de células T de la leucemia de células pilosas ( ). Hasta la fecha, este ~~virus representa~~ es el único aislamiento descrito de HTLV-II ~~obtenido~~ a partir de un paciente con una enfermedad neoplásica. Sin embargo, tanto el aislamiento de retrovirus como los datos seroepidemiológicos sugieren que los HTLV de ambos ~~xxx~~ subtipos, ~~incluidas las nuevas variantes del subgrupo III~~ asociados con el ~~y xxxxx~~ pueden estar ~~implicados en la patogénesis del~~ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (?). La mayoría de los nuevos aislamientos pertenecen a un subgrupo denominado HTLV-III.

No termino de creérmelo Eres absolutamente increíble.

3 →

Presentamos aquí el desarrollo de un sistema para la detección y aislamiento de rutina de estas variantes y aún más importante ~~xxx~~ altamente citopáticas de HTLV en pacientes con SIDA y en la etapa previa a este. La mayoría de los nuevos aislamientos pertenecen a un subgrupo denominado HTLV-III.

Los datos epidemiológicos sugieren en gran medida que el SIDA es originado por un agente infeccioso que se transmite a través del contacto íntimo o por hemoderivados ( ). Hasta el momento, se han descrito cerca de 3000 casos de SIDA en EEUU ( ). Los pacientes que presentan la enfermedad son, principalmente, homosexuales ( ), usuarios de drogas por vía intravenosa ( ), inmigrantes procedentes de Haití llegados a EEUU ( ), y hemofílicos ( ). Recientemente, se ha descrito un aumento en el número de casos de SIDA en niños cuyos padres presentan la enfermedad o han tenido un contacto estrecho con una persona que padeciera esta patología ( ). Aunque la enfermedad se manifiesta en los pacientes

~~y xxxx a gran escala~~
~~para caracterización xxxxx~~

con infecciones oportunistas, principalmente neumonía por Pneumocystis carinii y sarcoma de Kaposi, el trastorno subyacente afecta a la inmunidad celular del paciente ( ). ~~La disfunción de las células T viene señalada con frecuencia por una ausencia de hipersensibilidad retardada~~, con linfopenia absoluta y reducida(s) subpoblación(es) de linfocitos T colaboradores (OKT4+). ~~Esto da lugar a la inversión del cociente entre linfocitos T colaboradores y supresores (OKTxxx/OKxxx), una respuesta escasa de los linfocitos ante mitógenos ( ). En algunos casos, también se ha encontrado una reducción en la actividad de las células asesinas naturales ( ).~~

4 → ~~A pesar del intenso esfuerzo en investigación realizado, aún no se ha identificado el agente causal del SIDA.~~ Aunque los pacientes con SIDA están a menudo crónicamente infectados con citomegalovirus ( ), o con virus de la hepatitis B ( ), hemos propuesto que ~~un xxxx~~ la causante del SIDA puede ser un virus linfotrópico de células T, y de este modo, sugerimos que puede ser ~~xxxxxxxx xxxxxxx xxx~~ uno de los retrovirus de la familia HTLV. ~~xxxxxx~~

4.1 → ~~xxx~~

4.2 → Esta hipótesis se basa en los siguientes hechos: (1) el ~~de la familia de HTLV. Esta afirmación, además de que sea un~~ hecho previamente conocido que un retrovirus animal puede originar una deficiencia inmune en los gatos ~~es originada por los~~ (el virus de la leucemia felina) ( ), ~~(2) el hecho se basa en el hecho de que~~ (2) que los retrovirus de la familia HTLV ~~se caracterizan por un~~ tienen tropismo por las células T, y (3) ~~que~~ infectan preferentemente células T "colaboradoras" (OKT4+), ~~xxx~~ (4) presentan ~~xxxxx~~ efectos citopáticos, sobre diversas células humanas y de mamíferos, tal como lo demuestra el hecho de que induce la formación de sincitios celulares ~~la inducción de sincitios xxx pueden xxxxxxxx xxxxx~~ ( ), ~~y la infección de células T por HTLV puede conducir a una xxxxxxx de una~~ (5) pueden alterar alguna de las funciones específicas de las células T ( ), ~~xxxxx~~ (6) ~~xxxx~~ en algunos casos puede dar lugar a una destrucción selectiva de celulas T ( ) y (7) se transmiten por el contacto íntimo y hemoderivados. ~~Además, xxxxx datos~~

En concordancia con esto, ~~xxx~~ los resultados sero- epidemiológicos de M. Essex y Txxxxx y colaboradores han demostrado que la presencia de anticuerpos dirigidos frente a los antígenos de la membrana de las células infectadas con HTLV se encuentra en un 30-40% de los pacientes con SIDA ( ). Además, se han obtenido más de 20 aislados de ambos subgrupos HTLV-I y HTLV-II y de las numerosas nuevas variantes en pacientes con SIDA ( ). La detección y el aislamiento con éxito de HTLV ha sido posible por el descubrimiento original de TCGF, que permitió el crecimiento selectivo de diferentes subtipos de los diversos aislados de forma rutinaria

~~dos avances previos xxx~~

~~xxxxxxxxxxxxxxxxxx~~

~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~

y el desarrollo de técnicas sensibles para retrovirus basadas en la transcriptasa inversa ~~xxxx xxxxxx~~ células T maduras normales y neoplásicas ( ). Se ha logrado la obtención de virus y la transmisión de HTLV en células permisivas con ~~un~~ procedimientos bien establecidos ~~xxxx~~ aplicados por primera vez en el sistema de células de mamífero transformadas con el virus del sarcoma aviar ( ). El procedimiento de cocultivo que emplea células T de sangre del cordón umbilical procedente de recién nacidos como células receptoras para HTLV, ~~el virus~~ ha permitido el aislamiento preferente de tipos de HTLV ~~obtener de forma preferente aislados de HTLV~~ con capacidad de ~~xxxxxx~~ ~~xxxxxx~~ ~~xxxxxx~~ ~~xxxxxxxx~~ ~~xxxxxxxx~~ ~~xxxxxxx~~ inmortalización (transformación) ( ). Las variantes de HTLV, que poseen propiedades de inmortalización "escasas" o carecen de las mismas sobre las células T normales ~~xxx de xxx .... sangre~~ periférica de xxx y muestran principalmente efectos citopáticos sobre las mismas, ~~solo pueden ser detectados~~ de forma transitoria empleando células T normales como dianas en los experimentos de cocultivo o de transmisión sin participación celular. Este ~~se ha convertido en el~~ principal obstáculo para el aislamiento frecuente ~~xxx~~ y, en concreto, para la caracterización biológica, inmunológica y de los ácido nucleicos de variantes citopáticas de HTLV. Para superar estos obstáculos, ~~xxxx~~ hemos llevado a cabo un amplio estudio de una población celular que ~~sería~~ es altamente susceptible y permisiva para las variantes citopáticas de HTLV y que conservaría ~~una~~ la capacidad de crecimiento permanente de las células tras la infección con el virus. Aquí presentamos el establecimiento y la caracterización de una nueva población de células T inmortalizadas que es susceptible y permisiva para las variantes citopáticas de HTLV, y que puede ~~que ha sido xxxxx~~ emplearse para su obtención rutinaria y producción continua en niveles elevados de estos virus a partir de pacientes con SIDA o en la etapa previa al mismo.

podrían ser mas importantes en la causa del SIDA. De hecho, dichas variantes se detectaban con frecuencia pero sólo obtenidas ~~xxxxx~~ principalmente de pacientes con SIDA o etapa previa al mismo.

Puede

Se examinó en principio la susceptibilidad a la infección con ~~xxxx citoxxx~~ HTLV I y II de varias líneas celulares permanentes establecidas in vitro a partir de tumores malignos humanos. Se ha utilizado LAV como virus de referencia (donación del Dr. L. Montagnier) en las primeras series de experimentos. Dos líneas celulares con características de células T maduras, ~~mostraron~~ fueron susceptibilidad a la infección ~~viral~~, determinada mediante detección de transcriptasa inversa (RT).

) Mika estas LOCO

la con todos los tipos de HTLV

~~xxxxxxx

~~xxxxxxxxxxxxxx~~
~~tus problemas~~

Sin embargo, una de ellas era positiva para partículas virales de tipo herpes, mientras que la segunda, procedente de un paciente con una neoplasia maligna de células T, era negativa para infecciones por HTLV, además de no encontrarse partículas virales mediante un examen exhaustivo con microscopio electrónico. La línea de células progenitoras aislada/infectada por HTLV-III xxxxxxxxx/era positiva para la actividad de la transcriptasa inversa en partículas en el/líquido extracelular sobrenadante del cultivo, y cerca del 20% de la población de células infectadas era positiva mediante una técnica de inmunofluorescencia indirecta (IFA) que empleaba un suero procedente de un paciente hemofílico/(paciente xxx E.T.) con linfadenopatía. El suero del paciente (E.T.) presentaba positividad xxxxx/anticuerpos frente a proteínas del HTLV-III disgregado ( ) y/también reaccionaba con la proteína p61 de las células T humanas transformadas con HTLV/-I y HTLV-II en las pruebas de precipitación ( ). Puesto que p61 es un precursor de la envoltura de HTLV-I xxxxxx ( ),/y

Para mejorar la susceptibilidad y la permisividad de la/Con el fin de obtener una población de células T susceptible y con alta permisividad para HTLV-III que, a pesar del efecto citopático del virus, conservar su crecimiento permanente y la producción continua de virus, ante la presencia de los serios efectos citopatogénicos del virus/se llevó a cabo una amplia clonación de la población de células T progenitoras. Se obtuvo un total de 51 clones procedentes de células individuales tanto por técnicas capilares ( ) como por dilución limitada ( ), y xxx para la capacidad de proliferación Se comparó el crecimiento relativo de estos clones tras/xxx de la infección por HTLV-III de clones de células T.

En la tabla 1 se muestra un ejemplo representativo de respuesta frente a la infección viral de 8 clones de células T que son susceptibles y permisivos para un aislado de/HTLV-III. En experimentos en paralelo, se expusieron 2 x 10^6 células de cada clone (Mika, no tiene sentido sin las condiciones + el total) de células T a 0,1 mL de concentrado viral xxx que contenía 10^5 cpm de actividad de transcriptasa inversa (RT). Posteriormente, se evaluó el crecimiento celular, su morfología, la positividad/expresión de las células para los antígenos del virus/virales en la célula y la actividad de RT en el sobrenadante de los cultivos al cabo de 6 y 14 días de la infección. Aunque los 8 clones fueron susceptibles y permisivos para el virus, tal como se determinó mediante

Se seleccionó una para estudio tras los análisis iniciales, y demostró ser negativa para HTLV y para otras partículas virales mediante el microscopio electrónico. Cuando se determinó que xxxx continua xxx de HTLV xxx podía obtenerse, xxxx.

el hecho de que el paciente sea reactivo con esta proteína y con proteínas de HTLV-III sugiere determinantes comunes en las envolturas de HTLV-I, II y III.

Redundante

~~IFA para establecer la presencia de antígeno(s) viral(es) y actividad de RT en el sobrenadante de los cultivos,~~ había diferencias considerables ~~entre los clones~~ en cada uno ~~infectados~~ en cuanto a su capacidad de proliferación tras la infección. ~~En un principio~~, ~~xxxxx~~ 6 días de la infección ~~xxx~~ se manifestó un efecto citopático por un descenso del ~~en~~ 10-90% del número inicial de células y, ~~además~~, se encontró una alta proporción de células (gigantes) multinucleadas en los 8 clones infectados. El porcentaje de células T positivas para antígeno(s) viral(es) determinado mediante pruebas de inmunofluorescencia ~~mediante IFA~~ con el suero del ~~paciente~~ paciente con SIDA (E.T.) y el suero hiperinmune de conejo obtenido frente a todo el ~~virus~~ HTLV-III disgregado ~~se hallaba en el intervalo del~~ oscilaba entre 10% al 80%. Tras 14 días de infección, el número total de células, y la proporción de células positivas para HTLV-III ~~así como una parte de las células positivas para los antígenos virales por IFA~~ aumentó en los 8 clones. ~~La mayor tasa de proliferación se encontró en el clon~~ Los clones con tasa más rápida de crecimiento fueron H/4, H/6, ~~y H/9, y~~ la menor, en el clon H/3. Los cultivos positivos para el virus ~~mostraban~~ muestran de forma constante células gigantes ~~multinucleadas~~ redondeadas que, ~~al teñirse con Wright-Giemsa, ponían de manifiesto un número elevado de~~ contenían numerosos núcleos (fig. 1a). Estas células gigantes multinucleadas son similares a xxx por HTLV-I y HTLV-xx, excepto en que los núcleos muestran una formación anular típica.

El examen a microscopio electrónico de los cultivos infectados mostraba ~~una cantidad abundante de partículas virales~~ que liberaban cantidades considerables de virus (fig. 1b).

Para determinar si HTLV-III es producido de forma continua por las células T infectadas en cultivos de larga duración, se realizó un seguimiento de la producción de virus y la viabilidad celular del clon H4, infectado ~~por HTLVA-A~~, durante varios meses. Tal como muestra la figura 2a, hubo una fluctuación en el nivel de producción de virus; sin embargo, el sobrenadante que se recogía de los cultivos de células H4/HTLV-III a intervalos de 14 días presentaba de forma constante una actividad de RT en partículas ~~fue~~ se ha seguido durante ~~más de 4~~ varios meses. ~~Además~~, la viabilidad de las células ~~se hallaban en el intervalo del~~ oscilaba entre 65-85%, y el tiempo de duplicación ~~del cultivo de células~~ de este cultivo, denominado H4/HTLV-III fue de aproximadamente 36-48 horas (datos no mostrados) ~~después de 3 semanas de infección.~~ De este modo, los datos indican claramente

~~una producción xxxxxxxxxxx continua por parte de la~~ que esta población de células T en crecimiento puede producir de forma continua HTLV-III en un permanente ~~xxx~~ cultivo de larga duración.

~~Xxx,~~ El rendimiento en la producción de virus por parte de las células H4/HTLV-III fue evaluado mediante la purificación de los sobrenadantes concentrados de los cultivos por medio de un gradiente de densidad de sacarosa, y pruebas de ~~se determinó~~ la actividad de RT en partículas en cada fracción recogida del gradiente. Tal como muestra la figura 2b, al igual que sucede con otros retrovirus, se encontró la mayor actividad de RT en la densidad 1,16g/ml El examen al microscopio electrónico (EM) de los alícuotas ~~de~~ las fracciones con mayor actividad de RT puso de manifiesto que las partículas de virus de las bandas con densidad ~~1,16g se encontraban~~ altamente purificadas. Un cálculo aproximado ( ) xx número ~~de~~ del partículas virales determinadas por el EM y la actividad de RT sugiere que el rendimiento ~~en la producción viral a partir del sobrenadante de los cultivos xxx~~ de virus es de cerca de 10^{11} por cada litro de líquido de cultivo. Por lo tanto, partículas ~~virales. De este modo, los datos indican claramente que~~ los clónes de células T establecidos son susceptibles y altamente permisivos para variantes citopáticas de HTLV; ~~xxx~~ todos ellos conservaban la capacidad de proliferar tras la infección; ~~Además,~~ tal como se ha demostrado en el caso de los cultivos H4/HTLV-III ~~xxx xxxx,~~ al menos algunos ~~de ellos~~ pueden proliferar y producir de forma continua ~~una~~ gran des cantidades de HTLV-III en un cultivo de larga duración ~~xx.~~

Hemos empleado dos clones, H/4 y H/9, para la obtención rutinaria de variantes citopáticas de HTLV de pacientes con linfadenopatía (etapa previa a SIDA) o SIDA. ~~Tal como se muestra en la tabla 2, estos procedimientos, tanto el cocultivo como la infección sin participación de células, fueron eficaces para la obtención de virus.~~ Se han obtenido ~~con éxito~~ aislados de HTLV-III ~~xxx~~ en este sistema mediante cocultivo ~~de~~ (4 pacientes) ~~y en xxx casos empleando~~ e infección sin participación celular de ~~los~~ estos clones de células T (1 paciente) ~~(H/4 y H/9) como células diana. En los cinco casos, se detectó la liberación de virus en el sobrenadante de los cultivos mediante una prueba de RT y se detectaron partículas virales extracelulares xxx 3 casos.~~

~~HTLV-III~~ más que —— el aislamiento o detección adicional de HTLV-III ya se ha obtenido en nuestro laboratorio ~~(xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)~~

~~Ejemplos xxxxx~~

~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~
~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~

todos aquellos detectados por otras técnicas se adaptarán a estos clones de células T para la producción a gran escala y su análisis en detalle

~~mediante análisis con suero hiperinmune de conejo frente a HTLV-III, así como xxxx de paciente;~~ ambos sueros reaccionaron con células fijadas en acetona y el % de positivos y ~~la positividad~~ se hallaba ~~en el intervalo del~~ entre 5 ~~al~~ y 80%. ~~De este modo, los datos indican que los clones de células T son aptos para la obtención de HTLV-III ya sea por cocultivo o por infección sin participación celular.~~ La expresión transitoria de variantes citopáticas de HTLV en células de pacientes con SIDA y xxxxxxxxxxxxxx sistema celular ~~proliferativo que fuera~~ que pudiera mantener el crecimiento y siguiera siendo susceptible y permisivo para el virus representaban un obstáculo fundamental para la la carencia previa de un causal preciso detección, aislamiento y descubrimiento del agente de esta enfermedad. El establecimiento de ~~una~~ poblaciones de células T descritas aquí ~~que, tras la infección viral, puede~~ crecen de forma continua y producir en tras la infección el virus, ~~proporciona la posibilidad de estudios detallados de este agente a nivel biológico, inmunológico y de ácidos nucleicos.~~ ha abierto el camino para detectar de forma rutinaria las variantes altamente citopáticas de los virus HTLV en el SIDA y proporciona la primera oportunidad de realizar su análisis detallado a nivel ~~xxx~~, molecular e inmunológico. ~~Asimismo, ofrece la oportunidad~~

En todos los casos donde se ha realizado esto con los clones H/4 y H/9 infectados

5 →

6 → ? CONCLUSIÓN NO COMPLETADA

REFERENCIAS NO APORTADAS

(por Mika)

7 →

Insertar – aquí al final

Un efecto de HTLV-III en este sistema es la múltiple formación de núcleos con una formación anular característica en las células gigantes de la población de células T infectadas. Estas estructuras pueden emplearse como indicativo para la detección de HTLV-III en muestras clínicas. Este sistema abre el camino hacia la detección rutinaria y rápida de HTLV-III y variantes citopáticas de HTLV relacionadas.

8

Por último, un retrovirus linfotrópico de células T diferente de HTLV-I y II, y asociado con un síndrome de linfadenopatía ha sido detectado previamente ( ). Hemos encontrado que este virus, denominado LAV (proporcionado por L. Montagnier y J.C. Chermann) xxx crece en H4 y produce los mismos efectos citopáticos sobre el mismo que HTLV-III. Se ha descrito que el aislado LAV se relaciona con el virus de la anemia infecciosa equina, y xxx el suero de ___% de pacientes con SIDA reaccionaban con él.

Por el contrario, HTLV-III se relaciona con HTLV-I y II ~~mediante hibridación con ácidos nucleicos~~

son reactivos con proteínas del HTLV-III. Estos hallazgos sugieren que HTLV-III y LAV pueden ser diferentes. Sin embargo, es posible que esto se deba a una caracterización insuficiente del aislado ~~de LAV~~ debido a una producción viral insuficiente. Ahora ya puede abordarse la cuestión acerca de la relación entre los diversos aislados de HTLV-III con LAV y con otros aislados de pacientes con SIDA y pre-SIDA.

Tabla 2. Obtención de HTLV-III de pacientes con linfadenopatía (etapa previa a SIDA) y SIDA

Paciente (iniciales)	Diagnóstico	Origen	Expresión viral			EM
			Actividad de RT ($\times 10^4$ cpm)	IFA con Suero de conejo (% positivos)	IFA con Suero humano (ET) (% positivos)	
RF*	SIDA (heterosexual)	EEUU	6.3	80	33	+
SN*	Hemofílico (linfadenopatía)	Haití	0.25	10	ND	ND
BK*	SIDA (homosexual)	EEUU	0.24	44	5	+
LS*	SIDA (homosexual)	EEUU	0.13	64	19	+
WT*	Hemofílico (linfadenopatía)	EEUU	3.2	69	ND	ND

*Cocultivo con células T H4 diana
**Infección sin participación celular
IFA = pruebas de inmunofluorescencia
EM = microscopio electrónico

Estas pruebas indican que también se trata de retrovirus linfotrópicos de células T con muchas propiedades similares a HTLV-I y II ~~pero sin reaccionar de forma cruzada con anticuerpos monoclonales frente a HTLV-I y II~~, incluida la reactividad cruzada determinada con sueros hiperinmunes frente a las proteínas de HTLV-II y frente a la p24 purificada de HTLV-I, pero no con anticuerpos monoclonales frente a p19 o p24 de HTLV-I (véase el artículo de _____ y cols. en este número). ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxx~~ Denominamos como HTLV-III a todos ellos, aunque no se ha demostrado que todos sean idénticos.

9

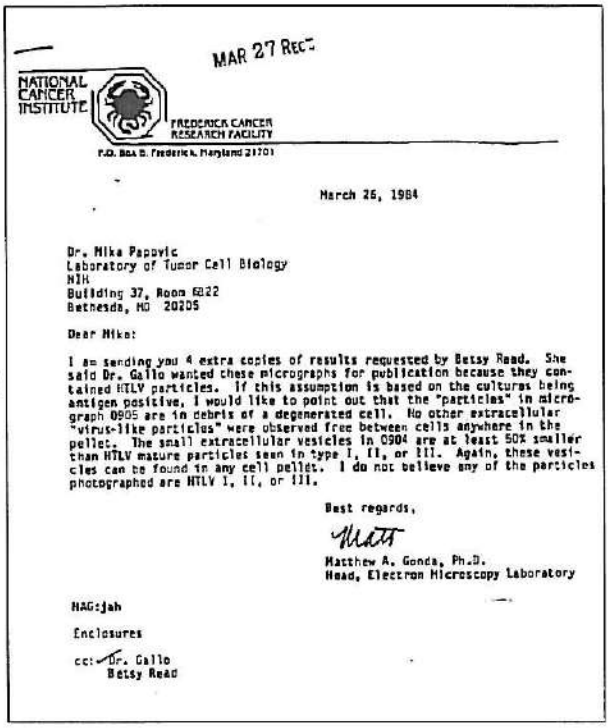
AHORA, GIRA LA PÁGINA

Sin embargo, ~~xxxx~~ HTLV-I y ~~xxxx~~ HTLV-II no se han aislado ~~encontrado~~ de forma rutinaria en ~~esta enfermedad~~ el SIDA o en su etapa previa. ~~Xxxx~~ Por otro lado, los estudios serológicos sugieren que estos pacientes presentan anticuerpos

27 DE MARZO RECIBIDO

NATIONAL CANCER INSTITUTE

FREDERICK CANCER RESEARCH FACILITY
P.O. Box B. Frederick. Maryland 21701



MAR 27 REC'D

NATIONAL CANCER INSTITUTE
FREDERICK CANCER RESEARCH FACILITY
P.O. Box B. Frederick, Maryland 21701

March 26, 1984

Dr. Mika Papovic
Laboratory of Tumor Cell Biology
NIH
Building 37, Room 6B22
Bethesda, MD 20205

Dear Mika:

I am sending you 4 extra copies of results requested by Betsy Read. She said Dr. Gallo wanted these micrographs for publication because they contained HTLV particles. If this assumption is based on the cultures being antigen positive, I would like to point out that the "particles" in micrograph 0905 are in debris of a degenerated cell. No other extracellular "virus-like particles" were observed free between cells anywhere in the pellet. The small extracellular vesicles in 0904 are at least 50% smaller than HTLV mature particles seen in type I, II, or III. Again, these vesicles can be found in any cell pellet. I do not believe any of the particles photographed are HTLV I, II, or III.

Best regards,

Matthew A. Gonda, Ph.D.
Head, Electron Microscopy Laboratory

MAG:jah

Enclosures

cc: Dr. Gallo
Betsy Read

26 de marzo de 1984

Dr. Mika Papovic
Laboratorio de Biología Celular Tumoral
NIH
Edificio 37, Despacho 6B22
Bethesda, MD 20205

Estimado Mika:

Te mando 4 copias extra de los resultados solicitados por Betsy Read. Según ella, **el Dr. Gallo quería estos micrógrafos para su publicación, porque contenían partículas del HTLV.** Si esta suposición se basa en los cultivos que dan positivos al antígeno, me gustaría señalar que las "partículas" en la micrografía 0905 **son restos de una célula degenerada**. Ningunas otras "partículas-parecidas-a-virus" fueron observadas libres entre células en parte alguna del precipitado. Las pequeñas vesículas extracelulares en 0904 son por lo menos un 50% más pequeñas que las partículas maduras de HTLV vistas del tipo I, II ó III. **Insisto, estas vesículas pueden ser encontradas en cualquier precipitado celular. No creo que ninguna de las partículas fotografiadas sean HTLV I, II ó III.**

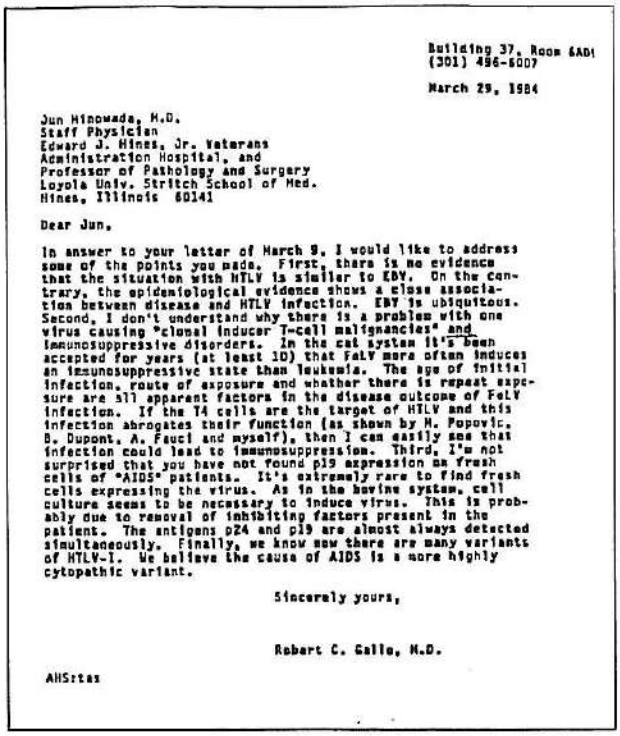
Cordialmente,

Mathew A. Gonda, Ph. D.
Jefe del Laboratorio de Microscopía Electrónica

MAG: jah

Anexos

cc: Dr. Gallo
Betsy Read



Building 37, Room 6A01
(301) 496-6007

March 29, 1984

Jun Minowada, M.D.
Staff Physician
Edward J. Hines, Jr. Veterans
Administration Hospital, and
Professor of Pathology and Surgery
Loyola Univ. Stritch School of Med.
Hines, Illinois 60141

Dear Jun,

In answer to your letter of March 9, I would like to address some of the points you made. First, there is no evidence that the situation with HTLV is similar to EBV. On the contrary, the epidemiological evidence shows a close association between disease and HTLV infection. EBV is ubiquitous. Second, I don't understand why there is a problem with one virus causing "clonal inducer T-cell malignancies" and immunosuppressive disorders. In the cat system it's been accepted for years (at least 10) that FeLV more often induces an immunosuppressive state than leukemia. The age of initial infection, route of exposure and whether there is repeat exposure are all apparent factors in the disease outcome of FeLV infection. If the T4 cells are the target of HTLV and this infection abrogates their function (as shown by M. Popovic, B. Dupont, A. Fauci and myself), then I can easily see that infection could lead to immunosuppression. Third, I'm not surprised that you have not found p19 expression on fresh cells of "AIDS" patients. It's extremely rare to find fresh cells expressing the virus. As in the bovine system, cell culture seems to be necessary to induce virus. This is probably due to removal of inhibiting factors present in the patient. The antigens p24 and p19 are almost always detected simultaneously. Finally, we know now there are many variants of HTLV-I. We believe the cause of AIDS is a more highly cytopathic variant.

Sincerely yours,

Robert C. Gallo, M.D.

AHS:tas

Edificio 37, habitación 6A0x
(301) 496-6007

29 de Marzo de 1984

Jun Minowada, M.D.
Médico de plantilla
Edward J. Hines, Jr. Veterans
Administración Hospital y
Catedrático de Medicina y Cirugía
Universidad de Loyola.
Escuela de Medicina Stritch
Hines, Illinois 60141

Estimado Jun,

Respondiendo a su carta del 9 de Marzo, me gustaría contestar algunos de los puntos señalados por usted. Primero, no hay evidencia alguna de que la situación con el HTLV sea similar a la del EBV. Al contrario, la evidencia epidemiológica muestra una estrecha relación entre enfermedad e infección por HTLV. El EBV es ubicuo. Segundo, no entiendo por qué hay un problema con un virus que causa "patologías en células T inducidas por clones" y desórdenes inmunosupresores. Ha sido aceptado durante años (al menos 10) en el sistema del gato que el FelV induce un estado inmunosupresor con más frecuencia que leucemia. La edad de infección inicial, la ruta de exposición y si hay exposición repetida son todos factores evidentes en el resultado de la infección por FeLV. Si las células T4 son el objetivo del HTLV y esta infección suprime su función (como demostraron Popovic, DuPont, Fauci y yo mismo), entonces puedo ver fácilmente que la infección puede llevar a la inmunosupresión. Tercero, **no me sorprende que no haya encontrado expresión de la p19 en células frescas de pacientes de "SIDA". Es extremadamente infrecuente encontrar células frescas que expresen el virus.** Como en el sistema bovino, **el cultivo de células parece ser necesario para inducir virus. Esto es probablemente debido a que así se eliminan los factores inhibidores presentes en el paciente.** Los antígenos p24 y p19 casi siempre son detectados simultáneamente. Finalmente, **ahora sabemos que hay muchas variantes de HTLV-I. Creemos que la causa del SIDA es una variante mucho más citopática.**

Sinceramente suyo,
Robert. C. Gallo, M.D.

AHS: tas

Incluso cuando los científicos se esfuerzan todo lo que pueden en medir y en describir la verdad tal y como ellos la ven, cometemos errores.
La afirmación del Sr. Botinas:
"El 'VIH/SIDA' oficial es una ficción
que carece de toda base científica, biológica y real",
es un esfuerzo honesto para detener las fuerzas de poder traficantes de ignorancia, codicia y privilegios especiales.
Lynn Margulis
Bióloga, Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos, Academia Rusa de Ciencias

La teoría metabólica de la lepra que formulé en 1947, empieza por fin a imponerse en la actualidad a la hipótesis bacilo de Hansen.
Confío y deseo que la versión vírica del SIDA sea arrinconada mucho más rápidamente.
Este libro es una buena herramienta para lograrlo.
Meny Bergel
Médico, Academia Nacional de Ciencias, Argentina

Ardua labor la de Lluís Botinas. Siempre hay que ir más allá de la versión oficial.
Juan García Font
Autor de *Historia de la ciencia*, *Historia de la alquimia en España,* y otros

INCLUYE

TESTIMONIOS
de diez personas etiquetadas (dos ya muertas) y de dos familiares de fallecidas,
y CONTRIBUCIONES
de siete médicos y terapeutas,
y de dieciséis investigadores y autores rigurosos sobre el montaje SIDA.
34 de estos 35 textos han sido redactados
desde once países
especialmente para este libro