

**Bienvenidos a
Asociación Monarcas
México A.C.**



www.monarcasmexico.org

Contenido.

- I. Asociación Monarcas México A.C.**
- II. El mito del VIH**
 - i. Lo que no se ha dado a conocer del SIDA.**
 - ii. No hay pruebas científicas de que el V.I.H. cause SIDA. Dr. Kari B. Mullis**
 - iii. El VIH no existe . Dr. Stefan Lanka**
- III. Pruebas de detección sin validez**
 - i. Las pruebas para detectar infección por VIH no son adecuadas. Dr. Roberto Giraldo**
 - ii. 60 razones para dudar de un resultado positivo de VIH.**
- IV. Medicamentos tóxicos la verdadera causa del SIDA**
 - i. Otra explicación del SIDA. Dr. Heinrich Kremer.**
 - ii. El VIH no causa SIDA, el AZT y las drogas Si. Dr. Peter Duesberg**
 - iii. Los Agentes Estresantes Inmunológicos son la verdadera causa del SIDA. Dr. Roberto Giraldo.**
- V. Tratamiento y prevención del SIDA**
 - i. La salud no es una receta; es una disciplina**
 - ii. Recomendaciones de Monarcas Mexico A.C.**
- VI. Organismos disidentes y páginas web**
 - i. Organismos Discidentes**
 - ii. Lista de algunos Científicos Disidentes.**
- VII. Anexos**

I. Asociación Monarcas México A.C.

“Cada vez que alguien habla y alguien escucha, se inicia de nuevo
la creación original, el mundo es inventado de nuevo”

Galindo y Lameiras, 1994.

Asociación Monarcas México A.C. es una asociación sin fines de lucro creada en la ciudad de México a mediados del año 2004, Monarcas representa las siglas para Movimiento Nacional por el Replanteamiento Científico del SIDA.

Esta organización ha sido concebida por un grupo interdisciplinario de ciudadanos mexicanos que, después de haber descubierto la existencia de información científica comprobable que demuestra que el origen del SIDA es tóxico-nutricional y que confirma que el V.I.H. no es la causa del SIDA y hasta se duda de la inexistencia del virus VIH, deciden crear un organismo autónomo e independiente

que tenga como uno de sus principales objetivos difundir toda esta información entre la población mexicana, esta serie de investigaciones y artículos han sido escritos por diferentes médicos y científicos de todo el mundo que sostienen y demuestran como el origen del SIDA es tóxico-nutricional y la inexistencia del virus VIH con las implicaciones que esto tiene al no poderse comprobar la transmisión del SIDA.

Este grupo interdisciplinario que decidió crear MONARCAS, primero se dedicó a investigar a fondo todos los planteamientos que presentan los llamados científicos disidentes a la teoría viral del SIDA (1). Una vez que estos postulados fueron analizados por un grupo de expertos y habiendo cotejado los testimonios de diversos pacientes curados de SIDA, se decidió dar forma a un movimiento que primeramente dé información a las personas afectadas por esta enfermedad, que integre a las organizaciones civiles en México que utilizan ya los principios tóxico-nutricionales y que realice todo lo necesario para poder difundir información entre todos aquellos interesados sobre la alternativa que esta teoría presenta al mundo científico. MONARCAS pretende informar a las personas que han sido etiquetadas como seropositivas, sobre las diversas alternativas de tratamiento que tanto en el extranjero, como dentro del país se encuentran disponibles para que libremente los pacientes tomen una decisión sobre el tipo de tratamiento que desean seguir ya que contamos con información que confirma que si se aplican tratamientos desestresantes, desintoxicantes y a base de una intensa nutrición los pacientes responden positivamente.

En el caso de México este tipo de terapias han comprobado su efectividad, según información que maneja el Dr. Juan José Flores que radica en la ciudad de Xalapa Veracruz y quien cuenta con 5 protocolos médicos de investigación científica en el que ya se cuenta con 800 casos registrados, con estos protocolos, se puede demostrar que sí es posible curar el SIDA. Finalmente, uno de los objetivos más importantes será la organización de eventos públicos para dar difusión de los puntos de vista del grupo de más de 5000 médicos de 50 países –incluyendo varios premios nobel- que componen la disidencia de la teoría viral del

SIDA, conocidos también como el Comité Mundial por el Replanteamiento Científico del SIDA (“Rethinking AIDS”). Bajo la supervisión del Ex presidente de éste organismo, el Dr. Roberto Giraldo, siguiendo los postulados que dieron nacimiento al comité mundial que él dirigió, se han creado los estatutos y lineamientos de MONARCAS MEXICO A.C. Esta es una asociación civil económicamente autónoma e independiente de cualquier tipo de interés de grupos religiosos, políticos o gubernamentales. Procurando siempre el respeto por la naturaleza del trabajo que realizan los diversos tipos de terapeutas mexicanos, tanto alópatas, tradicionales, naturistas, curanderos y terapeutas alternativos, sin importar el origen cultural de la técnica de sanación que ellos practiquen. Los creadores de MONARCAS MEXICO A.C. parten del deseo de servir de manera humanista a los pacientes seropositivos, y consideran como fin poner a la mano de cualquier persona interesada, la información científica que respalda la teoría tóxico-nutricional del SIDA.

La información que aquí presentamos está fundamentada en las investigaciones de científicos de primer nivel, así como en los hechos comprobables que algunos médicos han publicado por medios electrónicos e impresos en los que cuentan experiencias positivas recuperando la salud de sus pacientes. La información que aquí presentamos confirma como en todo el mundo se está demostrando la efectividad que tiene la aplicación de tratamientos accesibles y económicos que permiten vencer el cuadro de enfermedades que conocemos actualmente como SIDA.

Para MONARCAS, la información de ser la base para terminar con los innumerables perjuicios sociales que afectan a los pacientes seropositivos y que existen alrededor de las causas que originan el SIDA, deseamos que sea únicamente con el uso correcto de la información la manera en que podamos dar paso a una era distinta en el tratamiento de enfermedades tóxico-nutricionales.

“Trabajando por el bien común, la verdad y la salud”

Notas

(1) Kary B. Mullis. Premio Nobel de Química 1993 por la creación de la técnica PCR, Peter Duesberg. Profesor de Biología Molecular en la Universidad de California en Berkeley, uno de los principales expertos en retrovirus campo en el que ha sido pionero, es miembro de la academia nacional de ciencias y becario de una Concesión Investigadora Externa del Instituto Nacional de Salud, y fue candidato al premio Nobel por su trabajo en el descubrimiento de los Oncogenes en virus como causa del cancer; Roberto Giraldo, especialista colombiano en medicina interna con énfasis en enfermedades infecciosas y postgraduado con distinción en Medicina Tropical por la Universidad de Londres, pertenece al comité mundial por el replanteamiento científico del SIDA del que participa ofreciendo conferencias en diversos países y aportando sus investigaciones de los últimos 20 años en el tema, es además miembro activo de la fundación Ciencia Arte de Medellín; Stefan Lanka, Biólogo alemán doctorado en Patología de Plantas por la Universidad de Konstanz con estudios de Biología Molecular con especialidad en la relación virus-huesped y Juan José Flores, Presidente de “Vivo y Sano México”, Médico alópata mexicano que cuenta actualmente con más de 800 diferentes casos de pacientes curados de SIDA.

II.-EL MITO DEL VIH

LO QUE NO SE HA DADO A CONOCER DEL SIDA.

Un informe del organismo del SIDA de las Naciones Unidas (ONUSIDA) advierte del crecimiento del SIDA en el Tercer Mundo. El informe critica el hecho de que los (supuestamente) beneficiosos «cócteles de fármacos» no se aplican allí debido a su coste, y ello perjudica a los correspondientes afectados.

Un padre de los Estados Unidos ha inyectado a su hijo «el virus del SIDA» para que éste muriese y aquel pudiese dejar de pagar a la madre la pensión que le pasaba. El hijo -del cual no se explica qué tratamiento está recibiendo- «ha desarrollado la enfermedad» y está «en fase terminal». El juez ha condenado a cadena perpetua al padre no sin advertirle que no recibiría castigo suficiente hasta que se «consumiese en los infiernos».

Este es el tipo de noticias que aparecen en los medios de comunicación cuando se habla del SIDA. La inmensa mayoría de la población desconoce los contenidos y argumentos que no sean los que sustentan la línea oficial, y solamente recibe informaciones que avalan el terror al presunto virus VIH.

Sin embargo, **lo que no sabe**, la inmensa mayoría de la población es que existe una corriente de más de 5,000 científicos -entre ellos varios Premios Nobel y miembros de la Academia Americana de Ciencias- que cuestionan los tres aspectos claves: la validez de los tests aplicados, la bondad de los tratamientos recibidos e incluso la existencia misma del «retrovirus» VIH.

Los tests.

Los principales «tests del VIH» usados en Mexico son dos: el ELISA y el Western Blot. El ELISA es considerado menos fiable y es usado como «test de detección». En cambio, el Western Blot es considerado totalmente fiable y es usado como «test de confirmación». En caso que una persona dé positivo a dos tests ELISA, se le aplica un test Western Blot. Si también da positivo al Western Blot, entonces se le diagnostica definitivamente como «infectado por el VIH». Y muchas personas que han dado positivo al ELISA, dan negativo al Western Blot, por lo que oficialmente se considera que los ELISA dan muchos falsos-positivos.

Resulta así importante saber que en Inglaterra y en el País de Gales el test Western Blot está prohibido desde 1992 porque el Centro de Referencia de Londres consideró que es poco fiable, y se usa solamente el test ELISA. Sería lógico, pues, suponer que proporcionalmente haya muchos más seropositivos en Inglaterra, por ejemplo, que en el Estado español. Pero no es así: se calcula que hay unos 30.000 seropositivos ingleses frente a 150.000 seropositivos españoles (aunque no se conoce la cifra exacta). La causa de ese resultado es que se puede variar el umbral de los «test del VIH», por encima del cual se los

da como positivos, y por debajo, como negativos. El número que resulte de personas «seropositivas» depende, pues, de dónde se decida situar dicho nivel.

Para ilustrar este hecho es bueno recordar que cuando el doctor Robert Gallo ofreció en 1984 su primer test del VIH a la industria de la sangre para controlar las transfusiones, resultó que el 30% de los donantes daba positivo, por lo que fue rechazado inmediatamente puesto que un porcentaje así hundiría este gran negocio. El doctor Gallo decidió entonces subir el umbral de reacción del test hasta que dio un porcentaje de «positivos» suficientemente pequeño, un 3%, como para que resultase aceptable para dichos empresarios. Al parecer, posteriormente se fue elevando hasta dar entorno a un 0,3%.

Lo que la gente no sabe es que estos test mal llamados para SIDA o para detectar infección por V.I.H. **no son para ello**, es decir estos test no detectan que una persona este infectada por el virus del V.I.H. solamente detectan anticuerpos que pueden ser o no pertenecientes al V.I.H. por lo tanto no son específicos ni detectan que una persona esta infectada por el V.I.H. imagínense ustedes cuantas personas estan sufriendo hoy en día, y cuantas ya se quitaron la vida por un resultado positivo que solamente detectan anticuerpos y esta cuestión se resume a quedar como sigue, cuando una persona tiene gripe eso quiere decir que el virus de la gripe (virus que si a sido aislado y purificado) esta dentro de su cuerpo y el organismo (sistema inmunológico) produce unos amigos que le van a ayudar a echar para afuera al virus de la gripe a estos amigos se les llama “anticuerpos”, juntos acaban con el virus de la gripe, pero cuando esto pasa dentro del cuerpo se quedan estos anticuerpos y pueden vivir dentro de ti para siempre y eso no indica que todo el tiempo estes infectado de gripe solamente tienes anticuerpos y estos son los que las pruebas de ELISA y WESTERN BLOT detectan como persona infectada de SIDA o V.I.H. es realmente un problema muy serio.

La revista estadounidense *Zenger's*, de California, publicó en septiembre de 1996 una lista de 64 artículos aparecidos en diversas revistas científicas, en donde se advierte que los llamados «test del VIH» reaccionan dando positivo ante más de 70 enfermedades (como hemofilia, hepatitis, tuberculosis, gripe, malaria) o situaciones (como embarazo de varios hijos, sexo anal receptivo, recibir transfusiones sanguíneas o transplantes, ser vacunado de hepatitis, gripe, tétanos,...) que no tienen nada que ver con el VIH, son lo que se llama «reacciones cruzadas».

En Mexico hoy en día hay una estadística que afirma el incremento en mujeres amas de casa que estan resultando positivo a un estudio de Elisa y de Western Blot, cuando ellas desconocen que basado en este estudio las madres multiparurientas desarrollan anticuerpos que pueden dar positivo ante los test y estas mujeres se mueren a la hora de recibir esta noticia, MONARCAS MEXICO A.C. cree de vital importancia divulgar esta información a toda la población para que esten bien informados y hagan valer su derecho constitucional a la información contemplado en el art. 6º.

Es ilustrativo el caso de un bebé nacido en la provincia de Málaga. En el hospital donde nació le hicieron (ilegalmente) la «prueba del VIH» y salió positivo. Sin embargo, le aplicaron los tests tanto al padre como a la madre y ambos dieron negativos. Por suerte, un amigo que conocía los planteamientos críticos les comentó que los criterios de

interpretación cambian de un país a otro. Los padres decidieron hacer la prueba al hijo en el hospital inglés de Gibraltar, y allí dio negativo al test. Al volver al hospital donde se hicieron los primeros test, les dijeron a los padres que el test aplicado en Gibraltar al bebé no era válido porque no ha sido realizado en territorio del Estado español. Por suerte, el niño crece sano y fuera ya de peligro.

Los «tests del VIH» detectan, en teoría, unos anticuerpos que reaccionan frente a unas determinadas proteínas de «la envoltura del VIH». Lo que no sabe el gran público es como se establecieron cuales son las supuestas «proteínas del VIH», pero lo sabemos con precisión desde la XII Conferencia Mundial de SIDA acaecida en Ginebra del 28 junio al 3 de julio de 1998. El doctor Gallo reconoció involuntariamente en este congreso que había añadido hidrocortisona en sus cultivos para, según él, estimular el crecimiento celular. Esto ya lo denunció en su momento un ex-colaborador suyo, el doctor Popovic. Para comprender este hecho, hemos de saber que la hidrocortisona en realidad no estimula sino que retrae el crecimiento celular, y provoca la aparición de unas proteínas de estrés que son las mismas que se dan en personas estresadas. Ello explica porqué la mayoría de personas que dan positivo a los «tests del VIH» se encuentran en una situación de un tipo u otro estrés crónico: tóxico (drogas, metadona, «poppers», medicamentos de síntesis química, proteínas extrañas que acompañan al Factor VIII administrado a los hemofílicos), psicoemotivo, infeccioso (repetidas infecciones con enfermedades de transmisión sexual), nutritivo (malos hábitos de vida, mala alimentación, Tercer Mundo), etc.

En la actualidad, y en Occidente, se aplica un relativamente nuevo parámetro llamado «carga viral». Se supone oficialmente que el marcador indirecto «carga viral» indica el número de «virus VIH» por mililitro de sangre. Pero la cantidad dada por la «carga viral» se obtiene con la técnica PCR inventada por el doctor Kary Mullis, por cuya invención recibió el Premio Nobel de Química en 1993. Pues bien, el propio doctor Mullis explica que la técnica PCR no sirve para medir carga viral alguna, y ha lamentado públicamente haberla inventado, habida cuenta de su mala utilización en el caso del SIDA.


Para documentar este mal uso, dos miembros de la organización HEAL de Los Ángeles midieron sus «cargas virales». Resultó que Rodney Knoll, oficialmente «seronegativo», tenía una «carga viral» considerablemente mayor que Christine Maggiore, oficialmente «seropositiva».

Además, hay que tener presente que en un encuentro de la OMS celebrado en Bangi (África Central) en 1985 se estableció que en los países del Tercer Mundo no era necesario, por falta de medios, dar positivo a ningún test para considerar a una persona «caso de SIDA» y, por lo tanto, «infectada por el VIH». Solamente es necesario presentar dos de entre tres signos mayores y uno de entre siete signos menores, por lo demás comunes en el continente africano, para ser diagnosticado como «enfermo de SIDA». Esto supone una redefinición a «casos de SIDA» de enfermos con síntomas de enfermedades habituales en África, y explica la tan proclamada «terrible epidemia de SIDA» allí.

Los tratamientos.

En la XI Conferencia Mundial de SIDA celebrada en Vancouver en julio de 1996, se estableció oficialmente administrar en seguida y en grandes dosis la terapia combinada de varios fármacos, los llamados «cócteles». Generalmente consisten en tres medicamentos: dos de la familia de los nucleósidos análogos (AZT-Retrovir, ddI-Videx, ddC-Hivid, 3TC-Epivir, D4T-Zerit...) y uno de la familia de los llamados «inhibidores de la proteasa» (Indinavir-Crixivan, Saquinavir-Invirase, Ritonavir-Norvir...). El negocio de los tratamientos del SIDA se extendía del anterior monopolio de la Glaxo-Wellcome, con el AZT-Retrovir, al posterior comercio compartido, según un acuerdo adoptado por doce empresas un mes antes de dicha Conferencia.

Una de las muchas contradicciones que tienen los nucleósidos análogos aplicados en el tratamiento del llamado SIDA es que precisamente son inmunosupresores. Lo reconocen los propios prospectos, tanto del fabricante Sigma del AZT, al informar de que los «órganos diana son la sangre y la médula ósea», como el del AZT-Retrovir de Glaxo-Wellcome, al reconocer que genera anemia y muchas otras escaseces graves. Ello se explica como consecuencia de que los nucleósidos análogos tiene como función impedir la división celular. En efecto, el AZT se inventó en 1964 contra el cáncer, aunque nunca llegó a aplicarse a personas porque los experimentos con animales mostraron que era demasiado tóxico, y entonces fue aparcado. Sólo múltiples maniobras interesadas hicieron que en 1987 fuese proclamado, con el nombre comercial de Retrovir, como «primer tratamiento oficial contra el SIDA» y empezase a ser administrado a centenares de miles de personas.

SIGMA	
<p>TÓXICO Tóxico por inhalación en contacto con la piel y si es tragado. Órganos que afecta: médula ósea sanguínea. Si se siente mal, busque la intervención médica (muestre la etiqueta cuando le sea posible. Póngase ropa cómoda y protectora.</p>	
<p>3-AZIDO-3-DEOXY-THYMIDINE (AZT: Azidotimidina) (30516-87-1)</p>	
<p>$C_{10}H_{11}N_9O_1$ FW 267.2</p>	
<p>Deshidratado Almacénese a menos de 0°C</p>	<p>Pureza 99% (HPLC) Para uso exclusivo de laboratorio. No como droga, para tenerla en casa u otros usos.</p>

Copia de una etiqueta de AZT

Esta etiqueta ha aparecido en frascos que contienen cantidades tan mínimas como 25 miligramos, una pequeña fracción (1/20 a 1/60) de la dosis diaria recetada a un paciente, la cual es de 500 a 1500 miligramos. 109

En efecto, cuando una célula tiene que dividirse, las dos hebras del ADN de sus cromosomas se abren y se van formando dos hebras complementarias, al irse añadiendo nucleósidos naturales del entorno interno de la célula. Resultarán, pues, cuatro hebras de ADN que, unidas dos y dos, transmitirán la misma información genética a las dos células hijas resultantes de la división. Pero los nucleósidos análogos químicos, como el AZT-Retrovir, se incrustan en la formación de las hebras complementarias impidiendo que se continúen formando, con lo que evitan la división. Por consiguiente, la célula madre muere. Esto es una de las explicaciones de porqué los presentados como «enfermos de SIDA» que toman los nucleósidos análogos mueren, esqueléticos, a medio plazo.

Los inhibidores de las proteasas artificiales acaban impidiendo el funcionamiento celular y orgánico, por lo que también son tóxicos. Para digerir los alimentos y reciclar las proteínas del billón de células que mueren diariamente en cada ser humano, en cada célula existe un delicado y complejísimo equilibrio entre las proteasas, que dividen las proteínas, los inhibidores de proteasas naturales, que desactivan provisionalmente la acción de las proteasas, y los activadores de proteasas, que las vuelven a poner en marcha. Los inhibidores de las proteasas artificiales son como soldaduras que impiden definitivamente el funcionamiento de las proteasas, y están diseñados de manera que no pueden ser eliminados (de ahí que los médicos hospitalarios recomienden a sus pacientes tomar mucha agua: intentar eliminar los inhibidores artificiales por orina, y retrasar el aumento de su concentración en el cuerpo). Los efectos de su consumo continuado, con el correspondiente aumento de concentración de inhibidores de proteasas químicos en el cuerpo del paciente, se traducen en problemas digestivos, piedras renales, sangre en la orina, fatiga, náuseas, diarrea, vómitos, dolores en articulaciones, diabetes, acumulaciones de grasa, flaccidez muscular, etc.

El doctor Anthony Fauci, declaró ya en el New York Times del 22 de agosto de 1997 que los casos en que los cócteles habían producido recuperaciones espectaculares, al cabo de una docena de meses caían en picado porque, según él, «el VIH muta, se vuelve resistente, resurge con redoblada energía y acaba matando a la persona afectada». Pero para los especialistas oficiales es muy cómodo responsabilizar de la muerte de sus pacientes a todas las capacidades posibles que atribuyen a un «virus VIH», cuya propia existencia está siendo cuestionada.

A los pacientes de sida normalmente los doctores tratantes dicen que los medicamentos que estan dando son para dar una calidad de vida normal, que no pueden tener relaciones sexuales sin condon, no pueden tener hijos, no pueden donar sangre y mucho cuidado con la sangre ya que si alguien la toca puede uno contagiarse de muerte a la otra persona, no pueden besar en fin y si toma medicamentos no se puede manejar por periodos prolongados, no se pueden trabajar jornadas completas, y no se puede manejar de noche. Además que los medicamentos van a encapsular al virus pero como este muta se logra escapar alguno y va a infectar más células y así es como las personas mueren de sida, pero dejenme decirles que es una gran mentira todo eso y es una enorme piedra que le ponen a las personas que su único padecimiento, es haber salido positivo en un estudio de anticuerpos. Para esto dan sus cócteles maravillosos INHIBIDORES DE LA RETROTRANSCRIPTASA INVERSA, INHIBIDORES DE LA PROTEASA, Y BACTRIM, el bactrim es un antibiotico potentísimo que mata todo hasta las células, con

los inhibidores de la proteasa las gentes tienen una recuperación maravillosa por que contienen dentro de ellos algo maravilloso que es un antioxidante y un antibiotico de ahí que la gente se recupere pero tiempo mas tarde padesca de sida porque lo que hacen los inhibidores de la proteasa es lo siguiente, **encapsulan a las proteasas** y que es esto, pues es asi nuestro cuerpo esta constituido por proteinas estas cuando entran al cuerpo son cortadas y reorganizadas por las proteasas para crear insulina y **fibra muscular**, obviamente al encapsular a las proteasas se esta encapsulando a los creadores de la fibra muscular de ahí que la gran mayoría de las personas con sida mueran consumidas.

No se puede encapsular al virus del V.I.H. por que no lo tienen y lo unico que tienen son unas enzimas (retrotranscriptasa inversa) algunas proteinas (p24 y otras) y algunos fragmentos de adn y no al virus por eso no se a encontrado una vacuna, ni como dicen la mayoría de los doctores tratantes que dan un medicamento que encapsula al virus solamente dan medicamentos que encapsulan lo que han encontrado y un antibiotico que destruya todo.

El supuesto VIH.

Según el biólogo, virólogo y genetista alemán Dr. Stefan Lanka, no se han cumplido las condiciones científicas necesarias para demostrar que ha sido aislado el «virus VIH». Ello cuestiona su misma existencia.

El doctor Lanka es uno de los pocos virólogos en el mundo que ha aislado un nuevo virus. Se trata del *Ectocarpus Siliculosus* Virus (EsV), el primero hallado en un alga marina eucariota.

Para aislar un virus hay que presentar cuatro fotografías: del virus infectando células, del virus solo, de las proteínas de su envoltura y de su ácido nucleico. Luego hay que determinar qué aminoácidos componen sus proteínas y qué letras genéticas su ácido nucleico, y en qué orden están colocados, es decir, hay que proceder a secuenciarlos. También hay que efectuar los experimentos de control, es decir, hay que trabajar en paralelo con el mismo tipo de células pero no infectadas. O sea, hay que hacer exactamente las mismas operaciones con los mismos productos, en las mismas concentraciones, durante el mismo tiempo, a la misma temperatura, es decir, exactamente en las mismas condiciones técnicas. El resultado ha de ser no hallar nada que coincida con las fotos del virus. Por último, a medida que se va progresando en la investigación, se han de ir publicando sus conclusiones en revistas científicas adecuadas a fin de que lo hecho pueda ser reproducido en otros laboratorios y llegar a los mismos resultados.

Para denunciar que ninguno de estos pasos se ha realizado en el caso del VIH, la revista de supervivientes del SIDA *Continuum* de Londres ofrece, desde diciembre de 1995, un premio de mil libras esterlinas para quien aporte las pruebas de su existencia. Otras asociaciones, a nivel internacional, se han añadido a esta iniciativa y, en la actualidad, el premio ofrecido es ya superior al millón de euros. Hasta ahora, nadie ha podido ganar estos premios.

El papel de los medios de comunicación.

Las noticias que sobre el tema del SIDA recibimos de los medios de comunicación mayoritarios no reflejan la pluralidad de enfoques que existe en la comunidad científica, ya que no recogen los datos y análisis que cuestionan la versión oficial. Esta circunstancia pone en primer plano el papel de los medios de comunicación alternativos para liberar al segmento más crítico de la población de confusiones y manipulaciones impulsadas por intereses comerciales y otros.

En seguida presentaremos testimonios de científicos reconocidos que avalan la teoría toxico nutricional .

Cabe mencionar que dentro de esta disidencia se encuentran dos corrientes ;

Una la que nos dice que el V.I.H. si existe pero por ser un retrovirus y estos por naturaleza no pueden ser citotóxicos es decir no pueden matar células viven inocuos y no son capaces de causar daño alguno , cada cuerpo vive con una gran cantidad de retrovirus y estos no causan nada por lo tanto el retrovirus del V.I.H. no puede ser la causa del SIDA , uno de los investigadores con más renombre en esta teoría es el Dr. Peter Duesberg, Biólogo Molecular pionero en el campo de los retrovirus y candidato a premio nobel 1996 catedrático de la Universidad de Berkeley en California E.U.

En la otra corriente nos encontramos con que como el virus del V.I.H. no ha sido aislado y purificado por lo tanto no puede ser causa del SIDA en esta corriente nos encontramos al Dr. Roberto Giraldo ex presidente del 'RETHINKING AIDS' movimiento internacional de científicos que avalan el replanteamiento de la teoría oficial del sida médico especialista en enfermedades infecciosas, y asesor del presidente Tbo Mbeki de Sudáfrica para asuntos de SIDA.

Ambas corrientes forman la teoría toxico-nutricional del SIDA que afirma con bastantes sustento científico que el V.I.H. no es la causa del SIDA y hasta se dude de la existencia esta teoría toxico nutricional afirma que las causas del SIDA son el contacto de manera continua y prolongada con estresantes celulares de tipo químico, biológico, nutricional, mental y físico, que atacan al sistema inmunológico y que generan una inmunodeficiencia y que está en caso de no frenarse puede conducir a la muerte.

ii.-No hay pruebas científicas de que el VIH cause el SIDA.



Dr. Kary B. Mullis.

(Premio Nobel de Química 1993 por inventar la técnica PCR.o Carga Viral.)

En 1988 trabajaba como consultor en *Specialty Labs*, en Santa Mónica, realizando análisis del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Sabía bastante de análisis de cualquier cosa con ácido nucleico, porque había inventado la Reacción en Cadena de la Polimerasa (*Polymerase Chain Reaction: PCR*). Por eso me contrataron.

Por otra parte, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (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 *National Institutes of Health*, me dí cuenta de que no conocía la referencia científica para apoyar la declaración que acaba 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 establecidas que sus fuentes ya no se aluden en la literatura contemporánea, ése no parecía ser el caso de la conexión VIH/SIDA. Para mí, era muy 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 funcionarios y reconocidos científicos de diversas procedencias, que intentan aclarar las trágicas muertes de un considerable número de homosexuales y/o consumidores de drogas intravenosas de edades comprendidas entre los 25 y los 40 años, no habrían permitido que su investigación se limitase a una estrecha vía de estudio. No todo el mundo pescaría en la misma charca a menos que estuviese completamente verificado que el resto de charcas estaban 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 concretas. 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 esos congresos en lugares lejanos con bonitas playas.

Como parte de mi trabajo, iba a muchos encuentros y congresos, Adquirí el hábito de acercarme a cualquiera que diese una charla sobre SIDA y preguntarle qué referencias debía citar para esa cada vez más polémica declaración: «el VIH es la probable causa del SIDA».

Después de 10 ó 15 encuentros en un par de años, empecé a preocuparme cuando ví que nadie podía citarme la referencia. No me gustaba la fea conclusión que se estaba formando en mi mente: la campaña entera contra la 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 del SIDA, el doctor Luc Montagnier, del Instituto Pasteur, cuando dio una charla en San Diego. Esta sería la última vez en que sería capaz de realizar mi pregunta sin mostrar cólera. Me figuré que Montagnier conocería la respuesta. Así que se la planteé.

Con una mirada de perplejidad condescendiente, Montagnier dijo: «¿Por qué no cita el informe de los *Centers for Disease Control* (CDC, Centros para el Control de Enfermedades)?».

Yo contesté: «No se refiere realmente al tema de si el VIH es o no la probable causa del SIDA, ¿O sí?».

«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 VIS (Virus de la Inmunodeficiencia Simia)?», ofreció el buen doctor.

«También he leído eso, doctor 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 con 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.

No hemos podido encontrar ninguna buena razón por la cual la mayoría de la gente sobre la tierra cree que el SIDA es una enfermedad causada por un virus llamado VIH. Simplemente no hay evidencia científica alguna que demuestre que eso es cierto.

Tampoco hemos sido capaces de descubrir por qué los médicos recetan una droga tóxica llamada AZT (Zidovudina-Retrovir) a personas que no tienen otro mal que la presencia de anticuerpos al VIH en su cuerpo. De hecho, no podemos entender por qué ningún ser humano debería tomar esa droga cualquiera que fuese la razón que se adujese.

Ni [Duesberg](#) ni yo podemos entender cómo ha surgido esta locura, y habiendo vivido ambos en Berkeley hemos visto algunas cosas muy extrañas. Sabemos que errar es humano, pero la hipótesis VIH/SIDA es un error diabólico.

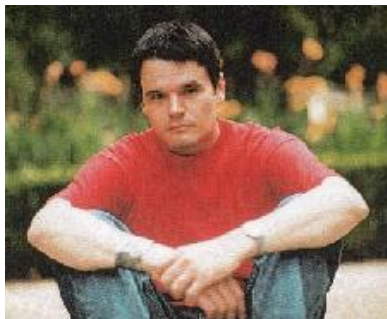
Digo esto bastante alto como advertencia. [Duesberg](#) lo ha estado diciendo durante mucho tiempo.

Fuente: *Prefacio al libro del Dr. [Peter H. Duesberg](#) «Inventing the AIDS virus».*

Artículo publicado en el número 46 de la revista «Medicina Holística». Edita: [Asociación de Medicinas Complementarias \(A.M.C.\)](#).

ii.-No hay pruebas científicas que el VIH cause SIDA Stefan Lanka: «el virus del SIDA no existe».

Doctor [Stefan Lanka](#).



Pertenece a ese grupo de científicos que abogan por una revisión total de la hipótesis oficial del SIDA. Pero el virólogo alemán va aún más lejos al afirmar que el virus VIH, supuesto responsable de la enfermedad, sencillamente no existe, afirmación cuando menos discutible y poco compartida por la mayoría de sus colegas -incluidos el más de un centenar de investigadores disidentes de la hipótesis ortodoxa-. En cualquier caso, sus demás afirmaciones merecen ser tenidas muy en cuenta. De ahí que **Más allá de la ciencia** decidiera entrevistarle.

Alfonso Serra Gallego.

Biólogo y virólogo por la Universidad de Konstanz, en Alemania, [Stefan Lanka](#) fue el primer científico que ha conseguido aislar un virus de un alga eucarótica marina -el *Ectocarpus Siliculosus Virus*, también llamado *ESV*-; y, sin embargo, no sería tal hallazgo el que le hiciera popular, sino la adopción de una postura claramente enfrentada a la oficial en torno al *Síndrome de Inmunodeficiencia Humana* o SIDA. Y ello porque, para este biólogo alemán, el virus del SIDA -el famoso *VIH*- sencillamente no existe. Una hipótesis cuando menos discutible y poco compartida por la mayoría de sus colegas. Y es que no sólo los científicos que apoyan la versión oficial de que el *VIH* provoca SIDA difieren de él, sino que incluso el más de un centenar de investigadores disidentes de la hipótesis ortodoxa tampoco coinciden con algunas de sus apreciaciones, arriesgadas y polémicas.

En este sentido, cabe recordar que la mayoría de los científicos escépticos o contrarios a la versión oficial -encuadrados en el llamado *Grupo por la Reevaluación Científica de la Hipótesis VIH=SIDA*-, consideran que el supuesto virus *VIH* no es el responsable de provocar el síndrome de inmunodeficiencia humana, pero no cuestionan su existencia, como sí hace el doctor [Lanka](#).

En cualquier caso, **Más allá de la ciencia** consideró conveniente saber algo más sobre las teorías de este virólogo, asistiendo a la conferencia y posterior rueda de prensa que éste ofreció durante su última visita a Barcelona, realizada con el objetivo de organizar un curso y dar a conocer en nuestro país su particular conclusión de que el *VIH* es una ficción y no el devastador agente biológico que la clase médica y la mayoría de los medios de comunicación han hecho creer. Estas son algunas de las confesiones de este virólogo rebelde.

El estrés de las células.

Usted sostiene, en contra de la opinión de la mayoría de sus colegas, que no se ha descubierto hasta la fecha ningún virus llamado *VIH*. ¿En qué se basa para realizar esta afirmación?

En 1970 se comprobó una actividad enzimática nueva que rompió el dogma central de la genética molecular: cuando el ADN se transcribía a la sustancia mensajera del ARN y ésta hacía lo mismo en la proteína, la actividad subsiguiente transformaba el ARN nuevamente en ADN. Pues bien, los científicos de la época creyeron haber descubierto la explicación del cáncer y una manera de localizar virus nuevos. Sin embargo, 6 ó 7 años después otros científicos demostraron que esa actividad era normal en las células de cualquier ser vivo y la denominaron transcriptasa inversa. Hoy en día, ciertos virólogos afirman que si hay transcriptasa inversa es porque existen virus, contradiciendo esa ley universal acordada en 1976. Y aquí pretenden demostrar la existencia del VIH, cuando en realidad se trata de un proceso natural del organismo de cualquier especie viva.

¿Cómo es posible, en ese caso, que los test del *VIH* arrojen en algunas personas resultados positivos y en otras negativos?

Esas pruebas detectan los anticuerpos que se han formado frente a las proteínas, anticuerpos que son el resultado del estrés de las células. Por tanto, si una persona está estresada puede dar positivo. En ese caso, aconsejo repetir la prueba cuando el individuo se haya estabilizado anímica y físicamente; y comprobará que el test sale negativo.

Si aceptamos la validez de su hipótesis, ¿qué factores influirían entonces para desencadenar un típico caso de SIDA?

Sobre todo, los tratamientos médicos oficiales de los que hemos abusado y que son muy nocivos. Hay muchos organismos que han sido dañados en el pasado con el abuso de antibióticos tan perjudiciales para la salud como las sulfonamidas, que actúan contra las bacterias y las mitocondrias, células que son los centros de oxígeno del organismo y se destruyen con tales medicamentos. Además, dichos fármacos fueron administrados por los médicos durante períodos de un año cuando la prescripción recomendaba que no se utilizaran más allá de 6 o 7 días. Precisamente el de los homosexuales fue el sector de la sociedad que más consumió estos fármacos, debido a las infecciones que contraían por una vida excesivamente promiscua.

No obstante, hay personas con síntomas terminales de SIDA que no han consumido esos medicamentos.

Es cierto, pero también hay que decir que la mayoría de ellas sufren alguna de las 32 enfermedades que se relacionan con el SIDA y que ya mataban antes de la «invención» de éste. Los médicos oficialistas consideran que el *VIH* destroza el sistema inmunitario, una de las muchas hipótesis falsas vinculadas al SIDA, y por eso afirman, por ejemplo, que los cánceres que aparecen en esos enfermos se deben a ese modo de actuar del *VIH*; incluso se atreven a hablar de un cáncer exclusivo para homosexuales. Y es que cada vez que añaden una nueva enfermedad al síndrome se hace con la intención de aumentar los casos de SIDA. ¿Es eso científico? Es más: ¿es ético?.

Una nueva generación de fármacos.

«Más allá de la ciencia» viene denunciando desde hace años no sólo la inutilidad del AZT, sino sus tremendos efectos yatrogénicos en quienes lo consumen. Y hemos dicho hasta la saciedad que todo esto es un vergonzoso negocio del que han sido cómplices necesarios -aunque se escuden en su ignorancia- muchos médicos. ¿Está de acuerdo?

Decía el doctor [Peter Duesberg](#), un prestigioso biólogo molecular de la Universidad de Berkeley (California), que el AZT era el SIDA recetado. Yo estoy de acuerdo con su apreciación. El AZT nació para ser utilizado contra el cáncer, pero se vetó su difusión sanitaria en la década de los años sesenta a raíz de comprobarse su letal toxicidad. Ahora se receta a miles de personas del mundo entero para gozo de la multinacional *Wellcome*, respaldada además por los más importantes organismos internacionales de salud pública. ¿Efectos yatrogénicos? Entre otras cosas, el AZT impide la división celular, especialmente de aquellas células que más rápidamente se dividen, como las sanguíneas, las seminales y las de las mucosas intestinales. Así que no es extraño comprobar en qué estado tan lamentable se encuentran todos los que han ingerido durante largo tiempo un tratamiento tan tóxico.

Ahora ha aparecido otra nueva generación de fármacos que actúan sobre las proteasas y de los que se dice no producen esa clase de efectos secundarios. ¿Qué opina al respecto?

Reconozco que no son tan tóxicos como el AZT, pero ya se empiezan a conocer sus efectos secundarios como náuseas, vómitos u hormigueos, síntomas, por cierto, que se esconden a la sociedad. Por otro lado, no conviene olvidar que estos nuevos medicamentos son inhibidores de la proteasas, algo que resulta cuando menos peligroso, ya que las proteasas son enzimas cuya función es dividir las proteínas, por ejemplo, durante la digestión, y sin ellas los aminoácidos no pueden ser absorbidos por los intestinos ni reorganizados nuevamente por las células para formar otras proteínas, insulina o fibras musculares. Además, aquí nos volvemos a encontrar con el negocio económico que mueven las multinacionales farmacéuticas en torno al SIDA. Se calcula que un tratamiento de este tipo cuesta 40.000 dólares anuales más 20.000 dólares en consultas médicas y test de anticuerpos -más de siete millones de pesetas, pues, en total. De hecho, el presidente norteamericano **Bill Clinton** ha tenido que pedir 52 millones de dólares -unos 6.300 millones de pesetas- de presupuesto extra para sufragar estos medicamentos, con la lógica alegría de laboratorios como *Merck* y *Abbot*.

¿Realmente debemos creer que hasta los gobiernos están involucrados en lo que para usted es una enfermedad inventada?

No hay duda de que los responsables sanitarios de los respectivos ministerios de Salud Pública no desconocen la verdad sobre el SIDA, como también sucede con muchos científicos. Pero existen demasiados intereses en juego.

Sangre contaminada: ¿donde está el «cuerpo del delito»?

¿Podría resumirnos brevemente los puntos clave del juicio por «la sangre contaminada» de Gottingen?

En Alemania se acusa de asesinato a personas relacionadas con transfusiones de sangre supuestamente contaminada por el VIH. Pues bien, mi planteamiento es el siguiente: me ofrezco ante el tribunal escogido a declarar -bajo juramento- que el VIH no existe y reto a cualquier otro científico a que demuestre la existencia del virus. Si yo tuviera razón, el juicio sería ilegal ante la evidente falta del «cuerpo del delito». En realidad, el juicio es una cuestión política, ya que la presidenta del Parlamento alemán, **Rita Susumud**, es a la sazón científica y responsable del SIDA en Alemania. En mi opinión, es un proceso judicial que intenta consolidar definitivamente el mito de la versión oficial del SIDA. SI esto llegara a la prensa internacional, si se supiese cómo actúa el modelo judicial alemán, considerado tan democrático y perfecto, tal vez podríamos romper el entramado creado conscientemente en torno a lo que es un negocio más que una enfermedad.

¿Ha aceptado el Tribunal su ofrecimiento?

Hasta ahora lo han ignorado; sin embargo, creo que al final no podrán escabullirse ante mi insistencia.

¿No tiene miedo a posibles represalias?

No, la gente que tiene poder es demasiado arrogante como para sentirse amenazada. Pero sí he recibido presiones de otro tipo. Por ejemplo, me robaron el coche y lo encontré totalmente quemado; y además me amenazaron académicamente con denegarme el doctorado si difundía mis hipótesis...

Recomendaciones para los enfermos.

¿Qué terapia recomendaría usted a las personas con graves deficiencias en su sistema inmunitario?

Si es seropositiva y piensa que lleva una sentencia de muerte encima, lo más importante es convencerla de que no está enferma y cambiar su actitud. El componente psicológico es fundamental. Cuando un médico de hospital regido por la versión oficial dicta la sentencia fatal a su paciente, eso repercute gravemente en el sistema inmunitario. Hay personas que han engordado sensiblemente tras haber dado negativo en un segundo control, lo que debería hacernos pensar. Pero si una persona ya está enferma y con graves desarreglos en su sistema inmunitario, lo primero es encontrar las causas que le han llevado a este estado, desintoxicarla y empezar la curación a partir de ahí. En principio, ningún medicamento es especialmente eficaz a la hora de hacer subir las defensas del organismo. No obstante, hay que insistir en una vida natural. Por ejemplo, es primordial tener una buena digestión y estar mineralizado e hidratado convenientemente, para así equilibrar el organismo falto de estos componentes. Conozco un excelente producto tibetano que se comercializa en Suiza y que recomiendo para estas ocasiones: *Padma-28*. Además, es fundamental acudir siempre a

un médico experimentado que, al menos, no crea en la versión oficial de que el VIH es la única causa del SIDA.

¿Tiene alguna explicación para lo que ocurre en África con el SIDA?

Desde el Congreso de Bangui, celebrado en 1985, el SIDA en África se diagnostica, por falta de dinero, aplicando la «[definición de Bangui](#)»; es decir, si un africano sufre durante un mes diarrea, tos y fiebre, ya tiene SIDA. El problema es que esos son síntomas comunes a muchas de las enfermedades endémicas de ese continente. Por otro lado la UNO tiene un plan denominado «SIDA y África», que cuenta con 1.300 millones de dólares de presupuesto -unos 160.000 millones de pesetas-, en el que se desarrollarán tres puntos principales: aborto a todas las mujeres africanas que supuestamente tienen SIDA; esterilización de las que se piense puedan ser portadoras del VIH y, por último, AZT para recetarlos indiscriminadamente en la población africana que posea alguno de los síntomas ya mencionados. Treinta millones de africanos son potencialmente «usuarios» de este plan, que para mí no es sino una nueva arma de control demográfico.

En su opinión, ¿qué hace falta para que las versiones de los disidentes sean más divulgadas?

Hay que presionar a los responsables políticos y científicos que defienden la hipótesis oficial; hay que obligarles, en suma, a que revelen una verdad ocultada impunemente. En los años sesenta surgió un grupo llamado «*Marcha a través de las instituciones*», que intentó esto mismo que propongo, aunque no prosperó por corrupción de sus dirigentes.

¿No teme que eso mismo pueda ocurrir ahora?

En este momento somos pocos los que diferimos de la hipótesis oficial, una minoría que trata de llegar a otras minorías que considero inteligentes, analíticas y que tienen su peso específico e influencia social. Con la ayuda de científicos de prestigio como el *Grupo por la Reevaluación Científica de la Hipótesis VIH=SIDA*, y otros investigadores críticos que puedan añadirse, quizá obtengamos el premio de acabar con este mal sueño.

¿Es eso el SIDA? ¿Sólo un mal sueño?

El SIDA, entre otras cosas, es un error gravísimo de la Medicina y la Biología modernas que hay que superar y que ojalá sirva como ejemplo para nuestro propio proceso evolutivo. Diez mil científicos investigan hoy sobre un virus inexistente y la inteligencia de tantas personas no puede perderse en ese invento para que otros hagan sus particulares negocios con el SIDA. Mi labor está dirigida por la esperanza de que algún día se sepa la verdad, sea ésta cual sea.

«El virus del SIDA no existe».

Núria Astorch. Girona.

-¿Cual es su teoria sobre el SIDA?

-«Al final de los años 70, surgieron gritos de alarma sobre diversas enfermedades ligadas a la forma de vida de una parte de los homosexuales. Algunos homosexuales sufrieron enfermedades muy importantes a causa de un uso excesivo de antibióticos como preventivos y del consumo de productos químicos como estimulantes sexuales. Todos ellos provocaban muchos efectos secundarios. El doctor Michael Gottlieb publicó un artículo donde se hablaba de cinco casos de jóvenes homosexuales que habían muerto por una pulmonía extraña. A partir de este artículo, la agencia EIS (Servicio de Información Epidemiológica) del CDC (Centro para el Control de Enfermedades) de Atlanta lanzó un conjunto de malas interpretaciones conceptuales que sirvieron de base para implantar el SIDA. Por ejemplo, presentaron estos jóvenes como sanos y esto era falso porque todos ellos habían sido tratados con sulfonamidas y habían consumido estimulantes. A esto, se sumó el interés por parte de muchos políticos de frenar el movimiento de liberación homosexual y de tapar los efectos de las sulfonamidas para evitar las denuncias contra los laboratorios reclamando grandes sumas de dinero».

-¿Como argumenta que el virus del SIDA no existe?

-«Un virus no es una entidad viva, no puede dividirse por sí misma sino que necesita estar dentro de una célula. Es una unidad muy estable y, por lo tanto, fácil de caracterizar, definir y aislar. El VIH no ha sido nunca aislado y las cuatro fotografías básicas para demostrar su existencia -el virus infectando células, el virus solo, sus proteínas y su ácido nucleico- no han sido nunca publicadas. Lo que se han presentado son fotografías de partículas intracelulares».

-¿Qué señalan, pues, los tests que se usan para saber si una persona es o no seropositiva?

-«La información que se ha utilizado para hacer los tests es errónea. Los tests buscan unos anticuerpos que aparecen ante unas proteínas determinadas y solamente aquellas personas que las hayan recibido del exterior o las hayan generado en una situación excepcional de estrés las generan. Esto explica porque en los homosexuales solamente aparecen en una minoría, aquellos que llevan una vida muy activa, tomando sulfonamidas y estimulantes».

-¿Los medicamentos que se suministran son efectivos?

-«Este es el gran drama, ya que el primer medicamento oficial contra el SIDA es el AZT Retrovir, un producto que se inventó en el año 1964 contra el cáncer. Resultó tan tóxico que no se llegó a aplicar a personas. Y ahora se aplica a todos los etiquetados de SIDA. Este medicamento es un veneno porque impide la división celular y, por lo tanto, es un producto que ataca la sangre y la médula ósea. Es inmunodepresor y en cambio se está suministrando para tratar una enfermedad que se llama síndrome de inmunodeficiencia».

-¿Si el virus del SIDA no existe, cual es el origen de la enfermedad?

-«Las enfermedades que originalmente se pusieron bajo el nombre de SIDA eran aquellas que aparecen en grupos minoritarios de la población, que tenían una vida muy destructiva y que tenían graves problemas de salud. Desde el 1981 hasta el 1983, fueron la neumonía y el sarcoma de Kaposi las que permitieron poner la etiqueta de SIDA. El 1983 se amplió a doce enfermedades; el 1985, con seis; el 1987, con ocho y el 1993 con tres más. Ahora hay [29 enfermedades](#), todas ellas existentes antes del 1981, metidas dentro del saco».

-¿Así, de qué mueren las personas si el VIH no existe?

-«Las personas que han sido etiquetadas con el SIDA se están muriendo de miedo, de problemas psicológicos y emotivos y por los tratamientos que siguen. Las cifras de los muertos por el SIDA están hinchadas, porque se incluyen aquellos que mueren de les [29 enfermedades](#) nombradas».

-¿Y si es verdad que es un montaje, porqué se ha construido?

-«Por un lado, para tener controlado el movimiento de liberación homosexual y eliminarlo. El papel que antiguamente había jugado la Iglesia para tener atemorizada la población ahora lo juega el SIDA. Además, existe todo un negocio alrededor del SIDA, multinacionales farmacéuticas que ganan dinero gracias a ello».

-¿Qué diría a las personas presuntamente infectadas?

-«Que no tienen una enfermedad mortal y prevenirlos contra los medicamentos estándar. Existen enfermos terminales que se pueden recuperar si dejan de tomarlos y entran en una dinámica de optimismo y de tratamientos no agresivos. Existen tratamientos de tipo natural que podrían dar buenos resultados si se aboliese la sentencia de muerte que existe alrededor del SIDA».

III.- PRUEBAS DE DETECCION SIN VALIDEZ

Las pruebas para diagnosticar infeccion VIH no son adecuadas

El Pequeño Periódico Edición No. 52 de Julio/Agosto de 1999

La siguiente es la conferencia que el doctor Roberto Giraldo dictó en la Fundación "Amor" de Cali, en el Aula Máxima de la Universidad de Antioquia en el marco del II Congreso Nacional de Estudiantes de Bacteriología, y en el Auditorio de la Biblioteca Pública de Itagüí, durante el mes de abril de 1999.

I. LAS PRUEBAS DE ELISA, WESTERN BLOT Y CARGA VIRAL, USADAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA "INFECCION VIH" NO SON ADECUADAS

Los siguientes hechos científicos sustentan tal afirmación:

1.1. La definición de SIDA establecida por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) del Gobierno Federal de EU requiere de la presencia de un resultado positivo en las pruebas para anticuerpos para el VIH(1). Esta definición es aceptada en el mundo entero. La importancia del VIH en esta definición es tan marcada que en la actualidad muchos investigadores del SIDA, profesionales de la salud y gentes del común, siguiendo las orientaciones del Instituto de Medicina y de la Academia Nacional de Ciencias de EU y la de la mayoría de los investigadores del SIDA, prefieren llamar ahora al SIDA "infección VIH"(2-7).

1.2. Las pruebas usadas con mayor frecuencia para diagnosticar la "infección VIH" son la prueba de ELISA o "prueba rastreadora", el Western blot o "prueba confirmatoria" y el PCR o "carga viral"(8-11). En EU las pruebas de ELISA y de Western blot, cuando se realizan juntas, constituyen lo que se conoce como "Prueba del SIDA". Estas dos pruebas supuestamente detectan anticuerpos anti VIH. La "carga viral" o prueba del PCR es una prueba genética por medio de la cual se hacen copias de fragmentos pequeños de ácidos nucleicos que, según se sostiene, pertenecen exclusivamente al VIH. Estas son las mismas pruebas que se usan para chequear el VIH en mujeres embarazadas, recién nacidos, niños, y en todas las demás personas. El problema con estas pruebas es que un resultado positivo en ellas no garantiza que la persona esté realmente infectada con el VIH(12-21).

1.3. En la actualidad un resultado positivo en la denominada "Prueba del SIDA" (ELISA y Western blot) es sinónimo de "infección VIH" y es interpretado como un riesgo para desarrollar el SIDA(8-11).

Sin embargo, estas pruebas para anticuerpos contra el VIH no están estandarizadas ni son reproducibles. Ellas no indican "infección VIH", ni indican lo mismo en todas las personas. Son interpretadas en forma diferente por los laboratorios y países(12). En EU son

interpretadas de manera distinta a Rusia, Canadá, Australia, Africa, Europa y Sur América(22-27). Esto indica, por ejemplo, que una persona que es positiva en Africa puede ser negativa al ser chequeada en Australia, o que una persona que es negativa en Canadá se torna positiva al ser chequeada en el Africa(28). Otro problema es que una misma muestra de sangre puede dar 19 resultados diferentes en el Western blot, al ser chequeada por 19 laboratorios diferentes(29).

1.4. Los antígenos, proteínas o bandas del Western blot (gp 160/150, gp120, gp45/41/40, p34/32, p24/25, p17/18) los cuales son considerados específicos para el VIH, pueden estar genéticamente codificados por el genoma del VIH. Todo indica que estas sustancias realmente corresponden a proteínas de las células humanas.(12-14-20-30)

1.5. En medicina clínica, el único método válido para establecer la sensibilidad y la especificidad de una prueba diagnóstica, es la comparación de la prueba en cuestión con su standar de oro. el único standar de oro posible para las pruebas del VIH es el "virus de la inmunodeficiencia humana" mismo. Puesto que el VIH jamás ha sido aislado como una entidad viral independiente, libre y purificada(31), no es posible definir en forma correcta la sensibilidad y la especificidad de ninguna de las pruebas para el VIH(12). En la actualidad, la sensibilidad y la especificidad de estas pruebas para el VIH son definidas no por la comparación con el VIH mismo, sino por la comparación de la prueba en cuestión con las manifestaciones clínicas del SIDA o con los recuentos de las células T4(12). "En el momento presente no existe standar reconocido para establecer la presencia o ausencia de anticuerpos anti VIH-1 en la sangre humana. Por lo tanto la sensibilidad se establece con base en el diagnóstico clínico del SIDA y la especificidad con base en donadores de sangre al azar"(32). Puesto que no existe standar de oro para establecer la especificidad de estas pruebas, todos los resultados positivos para el VIH deben ser considerados resultados falsos positivos.

1.6. Existen abundantes publicaciones científicas que explican cómo hay más de 70 condiciones diferentes que pueden hacer que las pruebas para anticuerpos anti VIH reaccionen positivamente sin que exista infección VIH(12-14-17-19-30). En otras palabras, hay más de 70 razones reconocidas científicamente para reacciones falsas positivas en las pruebas para el VIH. Este hecho se encuentra ampliamente documentado en la literatura científica.

1.7. Por supuesto que aterra saber que el diagnóstico de la "infección VIH" esté basado en pruebas que no son específicas para el VIH. Sin embargo, la evidencia científica nos dice que una persona puede reaccionar positivamente en las pruebas para el VIH sin que esté infectada con el VIH(12-14-17-21-30-33).

1.8. Las compañías farmacéuticas que fabrican y comercializan los reactivos para estas pruebas reconocen lo inapropiado de las mismas, y es así como en las instrucciones que vienen con los reactivos afirman: "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"(32). Las instrucciones para una de las más conocidas pruebas de Western blot especifican: "No use esta prueba como la única base para el diagnóstico de la infección VIH-1"(34). Las

instrucciones que vienen con los reactivos más comúnmente usadas en la prueba de carga viral establecen que "La prueba Amplicor para monitorizar al VIH-1 no debe usarse como una prueba rastreadora ni como una prueba diagnóstica para confirmar la presencia de la infección VIH"(35). El problema no es solamente que la mayoría de los investigadores del SIDA, periodistas, personas del común, no conozcan estos hechos, sino además que las personas encargadas del cuidado de la salud de las personas, tampoco lo sepan. Es como si no hubiera interés de parte de las entidades oficiales en hacer conocer estos hechos a los profesionales de la salud y a las demás personas.

1.9. Puesto que los resultados de la prueba de la carga viral son dados en copias por centímetro cúbico de plasma(35) de los investigadores del SIDA, los profesionales de la salud y las demás personas pueden pensar que este resultado represente copias del virus mismo (12-36-41). Sin embargo, la prueba de la carga viral solamente hace copias de fragmentos de los ácidos nucleicos. La prueba no cuenta al VIH mismo. Una prueba positiva de carga viral no puede ser interpretada como si estuviese allí el genoma completo del VIH, y por lo tanto esta prueba no puede ser usada para contar virus.

1.10. Los resultados en la prueba de la carga viral no son reproducibles. Esto puede verse en los amplios márgenes de variabilidad aceptados para los controles por las compañías que los fabrican. Por ejemplo, Roche acepta una variabilidad para el control positivo bajo entre 880 y 7.900 copias por ml {lot #0034}, y una variabilidad para el control positivo alto entre 79.000 y 710.000 copias por ml {lot #0041} [Roche, Amplicor HIV-1 Monitor test Lot #88618, expiration January 1999]. Lo más importante de todo es que la falta del standar de oro para "la infección por el VIH", también se aplica a la sensibilidad y a la especificidad de la prueba de la carga viral o PCR (12-41-42). Como consecuencia, la especificidad de la prueba de la carga viral jamás ha sido definida en una forma adecuada. Por lo tanto, todos los resultados positivos en la prueba de la carga viral son también resultados falsos positivos para el VIH.

1.11. Las personas tienen el derecho al consentimiento después de estar bien informadas(43-45). Sin embargo, este derecho de consentir infiere el derecho a tener una buena información. No hay justificación posible para el hecho de que la mayoría de las personas no hayan sido informadas acerca de lo inadecuadas que son las pruebas para el diagnóstico de la "infección VIH". El retener esta información viola el derecho de las personas a realizar consentimientos acerca de su salud, después de estar bien informadas. Las implicaciones legales de esta situación han sido advertidas (46).

2. SER "VIH POSITIVO" NO INDICA ESTAR INFECTADO CON EL "VIH"

Los siguientes hechos científicos sustentan esta aseveración:

2.1. Hay un número creciente de publicaciones científicas que explican en detalle cómo las pruebas para el VIH no son específicas para el VIH (12-14-47). Hay muchas otras razones además de la infección pasada o reciente con el VIH para explicar el porqué un individuo reacciona positivamente en estas pruebas. En otras palabras estas pruebas pueden reaccionar como positivas en ausencia de la "infección VIH" (12-14-17-19-30).

2.2. Algunas de las condiciones que causan falsos positivos en la denominada "prueba del SIDA", son: la infección pasada o reciente con una variedad de bacterias, parásitos, virus y hongos incluyendo la tuberculosis, malaria, leishmaniasis, influenza, resfriado común, lepra y una historia de enfermedades de transmisión sexual, la presencia de anticuerpos poliespecíficos, las hipergamaglobulinemias, la presencia de auto anticuerpos contra una variedad de células y tejidos, las vacunaciones, y la administración de gamaglobulinas o inmunoglobulinas; la presencia de enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico, la esclerodermia, la dermatomiositis y la artritis reumatoidea, la existencia del embarazo y la multiparidad; una historia de inseminación rectal, la adición a las drogas recreacionales; varias enfermedades renales, la insuficiencia renal y la hemodialisis, una historia de trasplante de un órgano; la presencia de una variedad de tumores; muchas enfermedades hepáticas incluyendo a la enfermedad alcohólica hepática, la hemofilia, las transfusiones sanguíneas y la administración de factores de coagulación e inclusive la simple condición de envejecer (12-14-17-18-30).

2.3. Es interesante anotar que todas estas condiciones que hacen que las "pruebas para el VIH" reaccionen como positivas en la ausencia del VIH, son condiciones que están presentes con una variada distribución y concentración dentro de todos los grupos de personas reconocidos como grupos de riesgo para el SIDA, en los países desarrollados. Igual sucede con la inmensa mayoría de los habitantes del mundo subdesarrollado. Con toda probabilidad esto indica que muchas personas adictas a las drogas (incluyendo a las mujeres embarazadas), ciertos hombres homosexuales y algunos hemofílicos de los países desarrollados, así como la gran mayoría de los hombres y mujeres del Africa, Asia y Sur América y el Caribe, que presentan reacciones positivas en las pruebas para el VIH, reaccionan así debido a condiciones diferentes a estar infectados con el VIH (12-14-30-48).

2.4. Es bien conocido, por ejemplo, que las personas con SIDA o a riesgo de desarrollarlo, tienen altos niveles de anticuerpos (inmunoglobulinas) como consecuencia de haber estado expuestos a cantidades significativas de una variedad de sustancias extrañas, tales como drogas recreacionales, semen, factor VIII de la coagulación, sangre y sus componentes, enfermedades de transmisión sexual y otras infecciones. (12-14-49). Todas estas sustancias son agentes oxidantes que generan estrés oxidativo (47-50-51).

2.5. Hay además una gran cantidad de información científica que advierte de la alta frecuencia con que se presentan reacciones no específicas entre los que son considerados posibles antígenos retrovirales y los anticuerpos no relacionados con ellos (12-52-54). Es por lo tanto posible concluir que las llamadas "pruebas para el VIH" reaccionan positivamente en presencia de esos anticuerpos inespecíficos. En otras palabras, que un resultado positivo en una prueba de anticuerpos para el VIH puede ser el resultado de una sobre-estimulación antigénica previa, antes que consecuencia de una infección con el VIH o de cualquiera otra retroviral (12-14).

2.6. Además se ha propuesto que los anticuerpos anti VIH sean un marcador de laboratorio para el uso de drogas recreacionales en EU y Europa(55-56).

2.7. Ser "VIH positivo" o "seropositivo", es decir, reaccionar positivamente en las pruebas de anticuerpos para el VIH, indicaría entonces que el individuo ha estado expuesto a

muchos retos antigénicos y tóxicos. Esto significa que la persona seropositiva ha estado expuesta a una variedad de agentes oxidantes(47). El sistema inmunológico de estas personas ha estado por lo tanto respondiendo a una cantidad grande de estímulos inmunogénicos e inmunotóxicos(51-57). El sistema inmunológico de estos individuos "seropositivos para el VIH", está entonces debilitado (oxidado) después de haber estado sobreestimulado, y como consecuencia su riesgo de desarrollar el SIDA es mayor que el de aquellos que son "VIH negativos" o "seronegativos"(49-51).

2.8. De otro lado, aún si "la prueba del SIDA" fuera capaz de detectar anticuerpos anti VIH, no sería lógico decir que la presencia de estos anticuerpos indique infección activa. La presencia de anticuerpos contra cualquier virus simplemente indica respuesta inmune humoral contra ese virus y no necesariamente que el virus esté activo y mucho menos que éste sea patógeno(48-58). Uno puede tener anticuerpos contra muchos gérmenes sin que dichos gérmenes estén activos, patogénicamente activos, o simplemente que estén presentes (58-59). En la mayoría de los casos, los anticuerpos anti virales indican inmunidad. Esta es la base misma para la vacunación contra las enfermedades virales (48-58-60). Aún si las pruebas en cuestión fueran específicas para anticuerpos anti VIH, la pregunta sería entonces la siguiente: ¿Cómo es eso que en el caso del SIDA la presencia de anticuerpos indique enfermedad o riesgo para ella, en lugar de indicar protección contra dicha enfermedad?

2.9. No hay justificación alguna para que no se haya informado a las personas "seropositivas", ni a los enfermos, ni al público, los hechos descritos aquí. Sin todos los pros y contras las personas no pueden tomar decisiones adecuadas acerca de su salud.

3. EL DENOMINADO "VIRUS DEL SIDA" O VIH NI SIQUIERA PARECE QUE EXISTA

La biofísica Eleni Papadopulos-Eleopulos, y su grupo de investigación del Hospital Real de Perth, en el occidente de Australia, fueron los primeros científicos en mencionar el hecho de que el VIH jamás ha sido aislado(12). Por varios años Papadopulos-Eleopulos y sus compañeros han estado publicando artículos en los cuales describen con lujo de detalles los hechos científicos que sustentan como "el denominado virus del SIDA o VIH ni siquiera parece que exista" (12-14-20-30-31-47-50-61-64):

3.1. El procedimiento correcto(31) empleado durante más de medio siglo para lograr el aislamiento de un retrovirus es el siguiente:

a) Encontrar en las células de cultivo infectadas partículas con un diámetro de 100-120nm y que contengan los denominados cuerpos internos o coraza y que su superficie se encuentre cubierta de espículas.

b) Que estas partículas formen una banda de sedimentación a una densidad de 1.16 gm/ml de sucrosa.

c) En la banda de densidad de 1.16mg/ml no debe haber nada diferente a las partículas con las características morfológicas de una partícula retroviral.

d) Las partículas deben contener sólo ARN y no ADN, y el ARN debe tener consistentemente el mismo tamaño [número de bases] y composición, no importando las veces que el experimento se repita.

e) Cuando las partículas son introducidas en cultivos secundarios, ellas son tomadas por las células del cultivo, el ARN celular, y luego ADN es transcrito de nuevo a ARN el cual es entonces traducido en proteínas.

f) Como resultado, las células de estos cultivos secundarios liberan partículas al medio de cultivo.

g) Las partículas liberadas al medio de cultivo secundario deben tener exactamente las mismas características de la partícula original, y por lo tanto deben ser morfológicamente idénticas, sedimentar a 1.16 gm/ml y deben contener las mismas proteínas y el mismo ARN que la partícula original(31).

Ninguno de estos pasos se ha logrado en el caso del VIH(12-14-31-47)

3.2. Ninguno de los investigadores que afirman haber aislado al VIH han mostrado la presencia de partículas con las características morfológicas de retrovirus y que hayan sedimentado a 1.16 mg/ml de sucrosa(31).

La palabra "aislamiento", utilizada por la mayoría de los investigadores (65-67) es incorrecta y crea confusión. Ni Montagnier, ni Gallo, ni Levy, aislaron partículas de VIH, ni partículas de algún otro retrovirus y ni siquiera aislaron partícula viral alguna (12-14-30-31-47-61-68-74).

3.3. Puesto que en el caso del SIDA ninguna "partícula retroviral" [retrovirus] ha sido alguna vez aislada de cultivo alguno(12-14-31-47-61-63-69-75), la existencia del VIH ha sido establecida en forma indirecta: por la presencia de los co-cultivos de sangre de individuos con SIDA o de sangre de individuos "VIH positivos", proteínas/glicoproteínas tales como gp160/150, gp120, gp45/41/40, p34/32, p24/25 y p18/17, todas supuestamente pertenecen al VIH, por la presencia de enzimas tales como la transcriptasa reversa que supuestamente pertenece al VIH, y por la presencia de fragmentos de ARN o de ADN que supuestamente también pertenecen al VIH(12-14-31-47-61-63-69-75).

Sin embargo, nunca se ha demostrado que alguna de estas sustancias haga parte del VIH(12-14-31-47-61-63-69-75). No es posible demostrar que las sustancias encontradas en los cultivos pertenezcan a una partícula viral que jamás ha sido vista a una densidad de 1.16gm/ml. Para demostrar que estas sustancias hacen parte de un retrovirus denominado VIH, es absolutamente necesario que dicho retrovirus haya sido previamente aislado o separado de cualquiera otra cosa. Esto jamás ha ocurrido en el caso del VIH(31).

3.4. Es interesante anotar que las sustancias enumeradas en el numeral 3.3. se asegura que aparecen exclusivamente cuando se co-cultiva sangre supuestamente infectada con el VIH y células anormales de pacientes leucémicos o linfocitos del cordón umbilical(31). El

problema es que las mismas sustancias pueden obtenerse de los mismos cultivos en ausencia de la sangre supuestamente infectada con el VIH(31).

3.5. Los cultivos donde se encuentran las sustancias arriba descritas, son cultivos que han sido intensamente estimulados con fitohemaglutinina, interleukina 2, antisuero contra interferon humano y con otros agentes(31). Estos estimulantes de cultivo son agentes oxidantes(31-47). El problema es que el mismo tipo de material puede encontrarse en cultivos de linfocitos de personas normales, siempre y cuando estos sean estimulados con los mismos agentes(31-76).

Es interesante anotar que la presencia de antioxidantes en los cultivos evita que aparezca el fenómeno VIH(12-64-76).

3.6. Las sustancias enumeradas en el numeral 3.3. de ninguna manera son específicas del VIH(31). Por ejemplo, se acepta en la actualidad que la transcriptasa reversa puede estar asociada a muchas otras entidades diferentes a retrovirus, incluyendo a células eucariotas, a algunos virus ADN de plantas y animales, e inclusive a algunos intrones(77).

Gallo y sus compañeros aseguran que el sobrenadante libre de células de los cultivos "infectados" contiene ADN del VIH(78-79). Se olvidan ellos que, por definición, los retrovirus son partículas infecciosas que contienen sólo ARN. Cuando los retrovirus entran a la célula su ARN es transcrito en forma reversa a ADN, el cual es a su vez integrado al ADN celular como un provirus, lo cual significa que el "ADN del VIH" sólo puede estar presente dentro de la célula huésped y no en ninguna otra parte(31).

También existe evidencia de que el ARN o el ADN presentes en el sobrenadante de los cultivos sean un efecto de la estimulación por policaciones y agentes oxidantes, antes que indicar allí la presencia de un retrovirus(31).

"La clonación del VIH" no tiene sentido. Sin haber aislado una partícula retroviral que contenga dentro de su coraza al ARN, la clonación de un "ARN específico del VIH" no es posible(31).

3.7. Hasta el presente nadie ha demostrado evidencia alguna de que las denominadas proteínas o antígenos del VIH[gp160/150, gp120, gp41/45/40, p34/32, p24/25, p18/17] sean constituyentes del VIH, de una partícula retroviral o que al menos sean parte de una partícula viral cualquiera(31).

3.8. Las proteínas y antígenos provenientes de cultivos estimulados constituyen la base para "las pruebas de anticuerpos antiVIH": ELISA y Western blot(31-73). Los fragmentos de ARN provenientes de cultivos estimulados constituyen el fundamento de la prueba de la carga viral del VIH(31-73). Esta es la razón primordial por medio de la cual las pruebas usadas en la actualidad en el diagnóstico de la "infección VIH", no son específicas para ello(12-14-31-61-62).

3.9. En la revista "Virology" de febrero de 1997, dos grupos diferentes de investigadores publicaron los resultados de experimentos por medio de los cuales aseguraban haber aislado el VIH. Al fin y por primera vez en la historia del VIH, los investigadores siguieron los pasos aceptados internacionalmente para el aislamiento de partículas retrovirales. Sin ninguna sorpresa, en la banda sedimentada a 1.16gm/ml de sucrosa, donde se sabe sedimentan los retrovirus, lo único que se encontró fueron restos celulares. A 1.16 gm/ml no había nada que se pareciera a una partícula retroviral (80-81). Los investigadores no pudieron aislar al VIH, simplemente porque el VIH no estaba allí para ser aislado.

Se ha propuesto que todas aquellas sustancias que indican indirectamente la existencia del VIH, no sean material viral, sino que sean sustancias inducidas por los agentes a los cuales las personas "seropositivas", los enfermos de SIDA o los cultivos se han expuesto (31). Cuando se encuentran en las personas, estas sustancias hacen parte de los efectos químicos regulares de la respuesta al estrés(82), secundarios a las exposiciones a agentes estresantes de origen químico, físico, biológico, mental y nutricional(48-51-57-83-87).

3.10. Es por lo tanto posible concluir que todo el modelo del SIDA como una enfermedad infecciosa, viral y contagiosa, tiene su base en un organismo inexistente. Es decir, que el fundamento de toda la concepción viral del SIDA es un fantasma.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. No existen datos científicos que puedan sustentar las siguientes creencias: que el SIDA sea una enfermedad infecciosa causada por un retrovirus denominado el VIH; que el SIDA sea una entidad contagiosa, transmitida por medio de los líquidos corporales tales como la sangre, las secreciones genitales y la leche materna; que un resultado positivo en la denominada "prueba del SIDA" sea indicativo de infección con el VIH; que una vez positivo en la "prueba del SIDA" el individuo desarrollara el SIDA; que una persona "seropositiva" en la "prueba del SIDA" puede prevenir el desarrollo del síndrome usando medicamentos anti-retrovirales; que el uso de drogas anti-retrovirales puede prevenir la transmisión del VIH de una mujer embarazada a su hijo; que el SIDA puede tratarse con medicamentos anti-retrovirales; que el uso de drogas anti-retrovirales es seguro y libre de efectos secundarios serios; y que por todo lo anterior, es racional tratar o prevenir el SIDA con medicamentos anti-retrovirales. Todas estas no son más que suposiciones teóricas sin ninguna validez científica.

2. Por el contrario, hay muchos hechos científicos que indican cómo: las pruebas usadas en el diagnóstico de la "infección VIH" son extraordinariamente inadecuadas; que ser "VIH positivo" no indica que la persona esté infectada con el VIH; que hay más de 70 razones diferentes para tener un resultado positivo en la llamada "prueba del SIDA"; que la transmisibilidad y la contagiosidad del SIDA no son reales; que el riesgo de desarrollar el SIDA después de ser "seropositivo" es desconocido; que el VIH no es la causa del SIDA; que el VIH ni siquiera parece existir; que lo que se conoce como SIDA es un síndrome tóxico y nutricional; que todas las drogas anti-retrovirales como el AZT, los inhibidores de proteasa y otros, son altamente tóxicos para los humanos; que los medicamentos anti-retrovirales pueden por sí mismos causar el SIDA; que las mujeres embarazadas, los recién

nacidos y los niños, son mucho más vulnerables a los efectos tóxicos de estos medicamentos.

3. La información científica analizada acá demuestra que no solamente es irracional sino también antiético tratar o prevenir el SIDA con drogas anti-retrovirales tóxicas(88-90). Además, está en contra del sentido común tratar o prevenir una condición tóxica con más toxicidad.

4. El tratar o prevenir el SIDA con medicamentos anti-retrovirales es además una violación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

El Artículo 5 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que: "Nadie debe ser sometido a un tratamiento o pena en forma inhumana, cruel o con tortura"(91). Por lo tanto nadie tiene derecho a "someter a las personas con VIH o con SIDA a tratamiento inhumano así éste sea realizado en el mejor interés de la comunidad"(91).

5. Como consecuencia, el uso de medicamentos anti-retrovirales para tratar o prevenir el SIDA, debe ser suspendido inmediatamente.

El daño causado por estos tratamientos irracionales tiene serias implicaciones legales. Las posibilidades de demandas y compensaciones monetarias son cada vez más claras"(46-92-94).

6. De igual forma, es urgente el replanteamiento de toda la concepción del SIDA como una enfermedad infecciosa y transmisible.

7. Las personas tienen el derecho a conocer ambos lados de la historia, especialmente cuando ellas deben tomar decisiones relacionadas con su propia salud. El no informar acerca de los hechos mencionados en este artículo, es una violación seria del derecho del individuo al consentimiento médico bien informado(43-45).

"La autodeterminación" y "la autonomía" han sido reconocidas, en efecto, como valores morales fundamentales por las leyes de EU y se aplican en forma rutinaria al contexto médico. En el caso Schloendorff de 1914, el juez Benjamin Cardozo opinó: "Todo ser humano adulto y racional tiene el derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo"(44)

Los requisitos para el consentimiento informado son los siguientes:

- 1) El practicante debe proveer toda la información, incluyendo los riesgos y los beneficios que una persona razonable necesita conocer para poder tomar una decisión.
- 2) La persona que va a dar su consentimiento debe ser competente y capaz de entender la información facilitada.
- 3) El consentimiento debe ser hecho en forma voluntaria y sin ninguna coacción"(44)

Es el deseo y la esperanza de los autores de este artículo que los argumentos científicos contenidos en él puedan alertar a las personas acerca de la otra cara de la historia.

NOTA: El doctor Roberto Giraldo M. es médico internista egresado de la Universidad de Antioquia, con especialización en Londres. Reside en Nueva York. Pertenece al Grupo de Replanteamiento de la teoría SIDA/VIH. Es miembro activo de la FUNDACION ARTE Y CIENCIA de Medellín. El documento hace parte de un artículo más extenso que será publicado por la Revista Continuum, de Londres, escrito por el doctor Giraldo, en compañía de Michael Ellner (Hipnoterapista Clínico. Ministro, Presidente de HEAL-NY), Celia Farber (Periodista, miembro de la Junta Directiva del Grupo por el Replanteamiento Científico de la Hipótesis VIH/SIDA, NY), Barnett J. Weiss (Trabajador Social, Miembro de la Junta D. de HEAL, NY), Francis R Buianouckas (Ph.D. Profesor de Matemáticas, Miembro Directivo y Consejero Científico de HEAL, NY), Tom DiFerdinando (Fisioterapeuta Alternativo, Director Ejecutivo de HEAL, NY), Ray Vagg (Activista por la causa de la erradicación del SIDA, Miembro Directivo de HEAL, NY) y Edward A. Lieb (Productor del Programa de Televisión "El Sentido del Bienestar", Directivo de HEAL, NY).

**HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS TYPES 1 AND 2:
(E. COLI, B. MEGATERIUM, RECOMBINANT ANTIGEN)
HIVAB™ HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA**

NOTE CHANGES HIGHLIGHTED

Test de ELISA

NAME AND INTENDED USE

HIVAB™ HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA IS AN *IN VITRO* ENZYME IMMUNOASSAY FOR THE QUALITATIVE DETECTION OF ANTIBODIES TO HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUSES TYPE 1 AND/OR TYPE 2 (HIV-1/HIV-2) IN HUMAN SERUM OR PLASMA.

68-0158/R12

WARNING: A SOFTWARE UPGRADE AND/OR PROTOCOL EDITS MAY BE REQUIRED PRIOR TO IMPLEMENTING THIS ASSAY. PLEASE CONTACT YOUR LOCAL CUSTOMER SUPPORT CENTER.

 **ABBOTT LABORATORIES**
Diagnostics Division

CUSTOMER SUPPORT CENTER (USA)
1-800-323-9100

© Abbott Laboratories, 1996
Abbott Laboratories
Diagnostics Division
Abbott Park, IL 60064
U.S. License No. 43
List No. 3A77

December, 1996

Printed in U.S.A.

"Hasta la fecha no hay un estándar reconocido para establecer la presencia o ausencia de anticuerpos VIH en la sangre Humana"

Study 2

Specimen	Mean S/CO	Intra-assay		Inter-assay	
		SD	%CV	SD	%CV
1	0.173	0.031	17.9	0.035	20.1
2	1.899	0.056	2.9	0.139	7.3
3	3.291	0.123	3.7	0.245	7.5
4	6.561	0.225	3.4	0.476	7.3
5	10.014	0.336	3.4	0.679	6.8

Control	Mean Absorbance	Intra-assay		Inter-assay	
		SD	%CV	SD	%CV
Negative	0.020	0.005	23.3	0.006	30.6
HIV-1 Positive	1.267	0.051	4.0	0.086	6.8
HIV-2 Positive	0.632	0.053	8.4	0.053	8.4

Sensitivity and Specificity

At present, there is no recognized standard for establishing the presence or absence of antibodies to HIV-1 and HIV-2 in human blood.

Sensitivity for HIV-1 antibodies was computed based on the clinical diagnosis of AIDS. For HIV-2, sensitivity was expressed in terms of detection rate using investigational confirmation assay results as a basis for comparison.

Specificity is based on assay of blood donations from random donors. Sensitivity for HIV-1 antibody was shown to be equivalent to a previously licensed test based on comparative studies in various clinical groups including AIDS, ARC, and High Risk.

The ABBOTT studies show that:

- Specificity based on an assumed zero prevalence of antibody to HIV-1 and/or HIV-2 in random donors (17037 out of 17054) is estimated to be 99.90% with a 95% confidence interval: 99.83-99.94% (Table I).
*In these calculations, one sample of the eighteen total repeatedly reactive specimens was confirmed by Western Blot and has been excluded.
- HIV-1 sensitivity was equivalent to a previously licensed test in a population of 352 AIDS patients with known antibodies (352 out of 352 detected for an estimated sensitivity of 100% with a 95% confidence interval: 99.15 - 100%, Table III). Similarly the HIV-1 sensitivity was equivalent to a previously licensed test for 1042 known positive samples from other groups with ARC, High Risk or clinical status unknown (1042 out of 1042 detected for an estimated sensitivity of 100% with a 95% confidence interval: 99.71 - 100%, Table III).
- HIV-2 antibody detection rate in a population of 246 HIV-2 confirmed antibody positive individuals (246 out of 246) is estimated to be 100% with a 95% confidence interval: 98.79 - 100%, compared to a previously licensed HIV-2 EIA which is 99.59% (244 out of 245, Table IV).

B. REACTIVITY IN RANDOM DONOR POPULATION

The results of testing specimens from random blood donors for antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 are shown in Table II. The data include 17054 samples obtained from random blood donors at six geographically distinct blood banks and one plasmapheresis center.

TABLE II
Detection of Antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in Serum Specimens and Plasma Specimens from Blood and Plasma Donors

Number Tested	HIVAB HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA	
	Initially Reactive	Repeatably Reactive
Serum from Volunteer Blood Donors (3 sites) Total 6510	11(0.17%)	7(0.11%)
Plasma from Volunteer Blood Donors (4 sites) Total 6549	10(0.15%)	5(0.08%)
Plasma from Plasmapheresis Donors (1 site) Total 3995	6(0.15%)	6(0.15%)
TOTAL 17054 (7 sites)	27(0.16%)	18(0.11%)

C. REACTIVITY IN PATIENT POPULATIONS

1. Retrospective Studies

The reactivity of HIVAB™ HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA was determined by testing specimens from patients clinically diagnosed as having AIDS, AIDS related complex, asymptomatic individuals who were HIV-1 antibody positive, patients treated with AZT, and specimens from HIV-1 antibody positive individuals for whom the clinical status was unknown (Table III).

TABLE III
Detection of Antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in Specimens from Individuals Preselected as Positive for HIV-1 Antibodies

Group	Number Tested	HIVAB HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA		HIV-1 EIA (Previously Licensed)	
		Number Reactive	(%Reactive)	Number Reactive	(%Reactive)
AIDS	352*	352	(100.00)	344	(99.71)
ARC	270	270	(100.00)	270	(100.00)
Asymptomatic	162	162	(100.00)	162	(100.00)
Patients treated with AZT	49	49	(100.00)	49	(100.00)
Unknown Clinical Status	561	561	(100.00)	561	(100.00)
TOTAL	1394**	1394	(100.00)	1386	(99.93)

* 345 specimens tested by the licensed HIV-1 EIA due to insufficient volume of seven samples.

** 1387 specimens tested by the licensed HIV-1 EIA due to insufficient volume of seven samples.

The ability of HIVAB HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA to detect antibodies to HIV-2 in 246 samples from a total of 246 symptomatic and asymptomatic individuals, including persons from Europe and West Africa, is shown in Table IV.

TABLE IV
Detection of Antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in Specimens from Individuals Preselected as Positive for HIV-2 Antibodies and Confirmed by Western Blot

Group	Number Tested	HIVAB HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA		HIV-2 EIA (Previously Licensed)	
		Number Reactive	(%Reactive)	Number Reactive	(%Reactive)
AIDS	8	8	(100.00)	8	(100.00)
ARC	24	24	(100.00)	24	(100.00)
Asymptomatic	83	83	(100.00)	83	(100.00)
Other	131*	131	(100.00)	129	(99.23)
TOTAL	246**	246	(100.00)	244	(99.59)

* 130 specimens tested by the licensed HIV-2 EIA due to insufficient volume of one sample.

** 245 specimens tested by the licensed HIV-2 EIA due to insufficient volume of one sample.

2. Prospective Studies

The results of testing for antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in 100 specimens from 100 individuals at high risk for HIV-1 infection is shown in Table V.

TABLE V
Detection of Antibodies to HIV-1 in Specimens from Individuals at High Risk for HIV Infection in the United States

Number Tested	HIVAB™ HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA		HIV-1 EIA (Previously Licensed)	
	Repeatably Reactive	Repeatably Reactive	Repeatably Reactive	Repeatably Reactive
100	16*		15	

* 15/16 confirmed for the HIVAB HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA using an investigational Western Blot. 15/15 confirmed for the previously licensed HIV-1 EIA. The same 15 samples were reactive in both test methods.

To demonstrate the ability of HIVAB HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA to detect antibody to HIV-1 and/or HIV-2 in an HIV-2 endemic area, 488 unselected specimens from the Cape Verde Islands were initially tested with both HIV-1 and HIV-2 Western Blots. All specimens were then tested with HIVAB HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA. The results are shown in Table VI.

TABLE VI
Detection of Antibodies to HIV-2 in Unselected Specimens from an HIV-2 Endemic Area

Number Tested	No. HIV Western Blot Positive	HIVAB HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA		No. HIV-2 EIA (Previously Licensed) Reactive
		No. HIVAB HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA Reactive	(%)	
488	8(1.6%)*	18(3.7%)		10 (2.1%)

* 8/488 samples confirmed by Western Blot (WB): 1 specimen was HIV-1 WB positive, 2 specimens were HIV-1 and HIV-2 WB positive, 5 specimens were HIV-2 WB positive. 8/8 WB positives were reactive in the HIVAB HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA. 7/8 WB positives were reactive in a previously licensed HIV-2 EIA. The non reactive sample was HIV-1 WB positive only.

D. REACTIVITY OF SEROCONVERTING DONORS

Evidence for improved sensitivity of the HIVAB HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA was obtained from studies of seroconversion sera (see Table VII). Nine seroconversion panels were obtained retrospectively from plasmapheresis donors with no known risk factors. All samples were tested by an FDA licensed Western Blot. All series showed gag and env gene product bands which are characteristic of HIV-1 infection. These donors (with the exception of 72593, C1066, and H831) have been described previously.³⁹ Each sample was tested in four separate assays, except 45402, which was tested in three assays. The HIVAB HIV-1/HIV-2 (rDNA) EIA detected the presence of HIV-1 antibody at the same time or earlier than the FDA licensed ABBOTT HIVAB™ HIV-1 EIA.

Organon Teknica *

HUMAN IMMUNODEFICIENCY
VIRUS TYPE 1 (HIV-1)

HIV-1 WESTERN BLOT KIT
Test de WESTERN BLOT

An Enzyme Immunoassay for the Detection of
Antibody to Human Immunodeficiency Virus
Type 1 (HIV-1) in Human Serum or Plasma.

For *in vitro* Diagnostic Use

20 Tests

Store at 2-8°C

TABLE OF CONTENTS

ENGLISH	Section 1
FRANÇAIS	Section 2
DUTCH	Section 3
ITALIANO	Section 4
ESPAÑOL	Section 5

Viral Origin of HIV-1 Associated Bands

Virus Gene	Gene Product and Description	
<i>env</i>	gp160 gp120 gp41	env protein precursor outer env protein transmembrane protein
<i>pol</i>	p65 p51 p31	reverse transcriptase reverse transcriptase endonuclease
<i>gag</i>	p55 p24 p18	core protein precursor core core

LIMITATIONS OF THE PROCEDURE

- The assay must be performed in strict accordance with these instructions to obtain accurate, reproducible results.
- Although a Positive result may indicate infection with the HIV-1 virus, a diagnosis of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) can be made only if an individual meets the case definition of AIDS established by the Centers for Disease Control.¹⁰ A repeat test on an independent sample should be considered to control for sample mix-up or operator error, and to verify a positive test result.
- Individuals may present incomplete patterns due to the natural history of AIDS or other immunodeficiency states, e.g.:
 - AIDS patients may lose antibody reactions to p24 & p31;
 - Infants born to HIV-1 infected mothers, but who are uninfected, may display incomplete patterns as passively acquired maternal antibodies begin to disappear;
 - Individuals who have recently seroconverted may display incomplete band patterns;
 - Infected patients with malignancies and individuals receiving immunosuppressive drugs may fail to develop a Positive result;
 - Individuals infected with HTLV-I/II or HIV-2 may exhibit cross-reactivity;
 - Individuals may develop incomplete patterns that reflect the composition of experimental HIV sub-unit vaccines that they may have received.
- A person who has antibodies to HIV-1 is presumed to be infected with the virus, except that a person who has participated in an HIV vaccine study may develop antibodies to the vaccine and may or may not be infected with HIV. Clinical correlation is indicated with appropriate counseling, medical evaluation and possibly additional testing to decide whether a diagnosis of HIV infection is accurate.
- Since reactivity of any degree with any of the virus-specific proteins present on the strip results in an Indeterminate result, all samples interpreted as Indeterminate should be repeated using the original specimen. In addition, individuals with Indeterminate results should be followed for up to six months.¹⁴
- Do not use this kit as the sole basis of diagnosis of HIV-1 infection.

“No se use este kit como base única para el diagnóstico de infección VIH-1”

“La prueba de monitoreo AMPLICOR VIH-1 no está diseñada para ser usada como un conteo de VIH o prueba diagnóstica para confirmar la presencia de infección por VIH”



AMPLICOR[®]
MONITOR

AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test, version 1.5

FOR *IN VITRO* DIAGNOSTIC USE.

AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test, version 1.5

HIM

24 Tests

P/N: 21118560

ART: 11 1856 0

US: 83377

Test de PCR O CARGA VIRAL

INTENDED USE

The AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test, version 1.5 is an *in vitro* nucleic acid amplification test for the quantitation of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) RNA in human plasma. The Test can be used with either the Standard or UltraSensitive Specimen Processing Procedure. When the Standard Specimen Processing Procedure is used, the Test can quantitate HIV-1 RNA over the range of 400-750,000 copies/mL. When the UltraSensitive Specimen Processing Procedure is used, the Test can quantitate HIV-1 RNA over the range of 50-100,000 copies/mL.

The Test is intended for use in conjunction with clinical presentation and other laboratory markers for prognostic assessment of HIV-1 infected patients, and for monitoring the effects of anti-retroviral therapy by serial measurements of plasma HIV-1 RNA for patients with baseline viral loads equal to or greater than 25,000 copies of HIV-1 viral RNA/mL.

The AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test, version 1.5 is not intended to be used as a screening test for blood or blood products for HIV or as a diagnostic test to confirm the presence of HIV infection.

SUMMARY AND EXPLANATION OF THE TEST

Human Immunodeficiency Virus (HIV) is the etiologic agent of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)¹⁻³. HIV infection can be transmitted by sexual contact, exposure to infected blood or blood products, or by an infected mother to the fetus⁴. Within three to six weeks of exposure to HIV, infected individuals generally develop a brief, acute syndrome characterized by flu-like symptoms and associated with high levels of viremia in the peripheral blood⁵⁻⁸. In most infected individuals this is followed by an HIV-specific immune response and a decline of plasma viremia, usually within four to six weeks of the onset of symptoms^{9,10}. After seroconversion, infected individuals typically enter a clinically stable, asymptomatic phase that can last for years¹¹⁻¹³. The asymptomatic period is characterized by persistent, low level plasma viremia¹⁴ and a gradual depletion of CD4⁺ T lymphocytes, leading to severe immunodeficiency, multiple opportunistic infections, malignancies and death¹⁵. Although virus levels in the peripheral blood are relatively low during the asymptomatic phase of the infection, virus replication and clearance appear to be dynamic processes in which high rates of virus production and infection of CD4⁺ cells are balanced by equally high rates of virus clearance, death of infected cells and replenishment of CD4⁺ cells, resulting in relatively stable levels of both plasma viremia and CD4⁺ cells¹⁶⁻¹⁸.

Quantitative measurements of HIV viremia in the peripheral blood have shown that higher virus levels may be correlated with increased risk of clinical progression of HIV disease, and that reductions in plasma virus levels may be associated with decreased risk of clinical progression¹⁹⁻²¹. Virus levels in the peripheral blood can be quantitated by measurement of the HIV p24 antigen in serum, by quantitative culture of HIV from plasma, or by direct measurement of viral RNA in plasma using nucleic acid amplification or signal amplification technologies²²⁻²⁸.

p24 antigen is the principle core protein of HIV and is found in serum either free or bound by anti-antibody. Free p24 antigen can be measured with commercially available enzyme immunoassays (EIA), although the usefulness of p24 antigen as a marker of viral load is limited since the antigen is detectable in only 20% of asymptomatic patients and 40-50% of symptomatic patients. Procedures to dissociate antigen-antibody complexes improve the sensitivity of the p24 antigen tests, but the viral protein remains undetectable in most asymptomatic patients²².

Infectious HIV in plasma can be cultured by inoculation into activated peripheral blood mononuclear cells (PBMC) from normal donors. Quantitation is achieved by inoculating PBMC with serial dilutions of the plasma specimen. Quantitative culture has limited utility for monitoring virus levels in infected individuals since only a small fraction of virus particles is infectious *in vitro*. Infectious virus is often undetectable in asymptomatic individuals²².

HIV RNA in plasma can be quantitated by nucleic acid amplification technologies, such as the Polymerase Chain Reaction (PCR)²⁷⁻²⁹. The AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test, version 1.5 uses PCR technology to achieve maximum sensitivity and dynamic range for the quantitative detection of HIV-1 RNA in EDTA or ACD anti-coagulated plasma²⁴.

PRINCIPLES OF THE PROCEDURE

The AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test, version 1.5 is based on five major processes: specimen preparation; reverse transcription of target RNA to generate complementary DNA (cDNA)³⁰; PCR amplification³⁰ of target cDNA using HIV-1 specific complementary primers; hybridization of the amplified products to oligonucleotide probes specific to the target(s); and detection of the probe bound amplified products by colorimetric determination.

The AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test, version 1.5 permits simultaneous reverse transcription and PCR amplification of HIV-1 and HIV-1 Quantitation Standard RNA. The Master Mix reagent contains a primer pair specific for both HIV-1 and HIV-1 Quantitation Standard RNA and has been developed to yield comparable quantitation of group M subtypes of HIV-1.

The quantitation of HIV-1 viral RNA is performed using the HIV-1 Quantitation Standard. The HIV-1 Quantitation Standard is a non-infectious RNA transcript that contains the identical primer binding sites as the HIV RNA target and a unique probe binding region that allows quantitation standard amplicon to be distinguished from HIV-1 amplicon. The Quantitation Standard is incorporated into each individual specimen at a known copy number and is carried through the specimen preparation, reverse transcription, PCR amplification, hybridization and detection steps along with the HIV-1 target and is amplified together with the HIV-1 target. HIV-1 RNA levels in the test specimens are determined by comparing the HIV-1 signal to the Quantitation Standard signal for each specimen. The Quantitation Standard compensates for effects of inhibition and controls for the amplification process to allow the accurate quantitation of HIV-1 RNA in each specimen.

Specimen Preparation

The AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test, version 1.5 can be used with either of two specimen preparation procedures, the Standard procedure or the UltraSensitive procedure. With the Standard specimen preparation procedure, HIV-1 RNA can be quantitated over the range of 400-750,000 copies/mL. With the UltraSensitive procedure, HIV-1 RNA can be quantitated over the range of 50-100,000 copies/mL.

In the Standard Specimen Preparation Procedure, HIV-1 RNA is isolated directly from plasma by lysis of virus particles with a chaotropic agent followed by precipitation of the RNA with alcohol. With the UltraSensitive specimen preparation procedure, HIV-1 viral particles in plasma are concentrated by high speed centrifugation, followed by lysis of the virus particles with a chaotropic agent and precipitation of the HIV-1 RNA with alcohol^{31,32}. A known number of quantitation standard RNA molecules is introduced into each specimen with the lysis reagent. The HIV-1 Quantitation Standard is carried through the specimen preparation, reverse transcription, amplification and detection steps and is used for the quantitation of HIV-1 RNA in the test specimen.

Reverse Transcription and PCR Amplification

Target Selection

Selection of the target RNA sequence for HIV-1 depends on identification of regions within the HIV-1 genome that show maximum sequence conservation. Accordingly, the appropriate selection of primers and probe is critical to the ability of the test to detect the HIV-1 genotype. The AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test, version 1.5 uses the primers SK145 and SKCC1B to define a sequence of 155 nucleotides within the highly conserved region of the HIV-1 *gag* gene³³. The *gag* region encodes the group-specific antigens or core structural proteins of the virion. The HIV-1 *gag* genes are generally about 1500 nucleotides in length and are located at the approximate positions 789-2290 in the HIV genome. The nucleotide sequence of the primers has been optimized to yield comparable amplification of Group M subtypes of HIV-1.

Reverse Transcription

The reverse transcription and PCR amplification reactions are performed with the thermostable recombinant enzyme *Thermus thermophilus* DNA Polymerase (*rTth* pol). In the presence of manganese and under the appropriate buffer conditions, *rTth* pol has both reverse transcriptase and DNA polymerase activity³⁰. This allows both reverse transcription and PCR amplification to occur in the same reaction mixture.

“La prueba de monitoreo AMPLICOR VIH-1 no está diseñada para ser usada como un conteo de VIH o prueba diagnóstica para confirmar la presencia de infección por VIH”



AMPLICOR®
MONITOR

AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test, version 1.5

FOR *IN VITRO* DIAGNOSTIC USE.

AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test, version 1.5

HIM

24 Tests

P/N: 21118560
ART: 11 1856 0
US: 83377

Test de PCR O CARGA VIRAL

INTENDED USE

The AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test, version 1.5 is an *in vitro* nucleic acid amplification test for the quantitation of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) RNA in human plasma. The Test can be used with either the Standard or UltraSensitive Specimen Processing Procedure. When the Standard Specimen Processing Procedure is used, the Test can quantitate HIV-1 RNA over the range of 400-750,000 copies/mL. When the UltraSensitive Specimen Processing Procedure is used, the Test can quantitate HIV-1 RNA over the range of 50-100,000 copies/mL.

The Test is intended for use in conjunction with clinical presentation and other laboratory markers for prognostic assessment of HIV-1 infected patients, and for monitoring the effects of anti-retroviral therapy by serial measurements of plasma HIV-1 RNA for patients with baseline viral loads equal to or greater than 25,000 copies of HIV-1 viral RNA/mL.

The AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test, version 1.5 is not intended to be used as a screening test for blood or blood products for HIV or as a diagnostic test to confirm the presence of HIV infection.

SUMMARY AND EXPLANATION OF THE TEST

Human Immunodeficiency Virus (HIV) is the etiologic agent of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)¹⁻³. HIV infection can be transmitted by sexual contact, exposure to infected blood or blood products, or by an infected mother to the fetus⁴. Within three to six weeks of exposure to HIV, infected individuals generally develop a brief, acute syndrome characterized by flu-like symptoms and associated with high levels of viremia in the peripheral blood⁵⁻⁸. In most infected individuals this is followed by an HIV-specific immune response and a decline of plasma viremia, usually within four to six weeks of the onset of symptoms^{9,10}. After seroconversion, infected individuals typically enter a clinically stable, asymptomatic phase that can last for years¹¹⁻¹³. The asymptomatic period is characterized by persistent, low level plasma viremia¹⁴ and a gradual depletion of CD4⁺ T lymphocytes, leading to severe immunodeficiency, multiple opportunistic infections, malignancies and death¹⁵. Although virus levels in the peripheral blood are relatively low during the asymptomatic phase of the infection, virus replication and clearance appear to be dynamic processes in which high rates of virus production and infection of CD4⁺ cells are balanced by equally high rates of virus clearance, death of infected cells and replenishment of CD4⁺ cells, resulting in relatively stable levels of both plasma viremia and CD4⁺ cells¹⁶⁻¹⁸.

60 Razones para Dudar de un Resultado Positivo de una Prueba de VIH

Factores Conocidos que Causan un Resultado Falso-Positivo en una Prueba de Anticuerpos VIH

La revista estadounidense Zenger's de California, publico en septiembre de 1996 una lista de 64 articulos aparecidos en diversas revistas cientificas.(*Lancet, Proceedings of the National Academy of Science, JAMA, New England Journal of Medicine, Bio/Technology, American Journal of Epidemiology, Vox Sanguinis, Transfusión, Arthritis and Rheumatism, Am. J.Epidem, Nephron, etc.*)En ellos se documentan situaciones o enfermedades en los cuales se puede salir positivo en un estudio de VIH sin tener el VIH.

1. Anticuerpos Anti-carbohidratos 52,19,13
2. Anticuerpos naturalmente producidos 5,19
3. Inmunización pasiva: la recepción de gamma globulina o inmunoglobulina (como prevención contra infección que contiene anticuerpos) 18, 26, 60, 4,22, 42, 43, 13
4. Lepra 2, 25
5. Tuberculosis 25
6. Mycobacterium avium 25
7. Lupus erythematosus sistemático 15, 23
8. Falla renal 48, 23, 13
9. Hemodiálisis /falla renal 56, 16, 41, 10, 49
10. Terapia Alpha interferón en pacientes de hemodiálisis 54
11. Gripe 36
12. Vacuna para gripe 30, 11, 3, 20, 13, 43
13. Herpes simple I 27
14. Herpes simple II 11
15. Infección del tracto respiratorio superior (resfriado o influenza) 11
16. Infección viral reciente o exposición a vacunas virales 11
17. Embarazo en mujeres que han tenido parto múltiple 58, 53, 13, 43, 36
18. Malaria 6, 12
19. Altos niveles de complejos inmunes circulando 6, 33
20. Hypergammaglobulinemia (altos niveles de anticuerpos) 40, 33
21. Falsos resultados positivos en otros exámenes, incluyendo RPR para sífilis 17, 48, 33, 10, 49
22. Artritis reumatoide 36
23. Vacuna de Hepatitis B 28, 21, 40, 43
24. Vacuna contra Tétano 40
25. Transplante de Órgano 1, 36
26. Transplante Renal 35, 9, 48, 13, 56
27. Anticuerpos Anti -linfocito 56, 31
28. Anticuerpos Anticolagenos (encontrados en hombres homosexuales, hemofílicos, Africanos de los dos sexos con lepra) 31

29. Suero positivo para el factor reumatoide, anticuerpo antinuclear(ambos encontrados en artritis reumatoide y otros auto anticuerpos) 14,62, 53
30. Enfermedades Autoinmunes 44, 29, 10, 40, 49, 43
31. Lupus erythematosus sistemático, scleroderma, enfermedad de tejido conectivo, dermatomiositis, infecciones virales agudas, infecciones virales de ADN 59, 48, 43, 53, 40, 13
32. Neoplasmas malignos (canceres) 40
33. Hepatitis alcohólica y enfermedad hepática por alcohol 32, 48, 40, 10,13, 49, 43, 53
34. esclerosis colangitis primaria 48, 53
35. Hepatitis 54
36. sangre "pegajosa" (en Africanos) 38, 34, 40
37. Anticuerpos con una alta afinidad para polysterina (usada en los paquetes de prueba) 62, 40, 3
38. Transfusiones de sangre, transfusiones de sangre múltiples 63, 36, 13,49, 43, 41
39. Mieloma Múltiple 10, 43, 53
40. Anticuerpos HLA (para antígenos leucocitos de clase I y II) 7, 46, 63,48, 10, 13, 49, 43, 53
41. Anticuerpo antimuscular 48
42. Anticuerpo de Célula Anti-parietal 48
43. Anti-hepatitis A IgM (anticuerpo) 48
44. Anti-Hbc IgM 48
45. Administración de preparaciones inmunoglobulinas para humanos antes de 1985 10
46. Hemofilia 10, 49
47. Desordenes y linfoma maligna y hematológicas 43, 53, 9, 48, 13
48. Cirrosis biliar primaria 43, 53, 13, 48
49. Síndrome de Stevens-Johnson 9, 48, 13
50. Fiebre Q asociado con hepatitis 61
51. Especímenes tratados con calor 51, 57, 24, 49, 48
52. Suero Lipemico (sangre con altos niveles de grasa o lípidos) 49
53. Suero Hemolizado (sangre donde la hemoglobina se separa de las células rojas) 49
54. Hyperbilirubinemia 10, 13
55. Globulinas producidas durante gammopatías policlonal (los cuales se ven en los grupos de riesgo de SIDA) 10, 13, 48
56. Individuos saludables como resultado de reacciones adversas malentendidas 10
57. Ribonucleoproteínas normales en humanos 48, 13
58. Otros retrovirus 8, 55, 14, 48, 13
59. Anticuerpos Anti-mitocondriales 48, 13
60. Anticuerpos Anti-nucleares 48, 13, 53
61. Anticuerpos Anti-microsomales 34
62. Anticuerpos antígenos leucocitos de célula T 48, 13
63. Proteínas en el papel filtro 13
64. El virus Epstein-Barr 37
65. Leishmaniasis Visceral 45
66. Sexo Anal receptivo 39, 64

Christine Johnson, una investigadora y autora, compiló esta lista de condiciones documentadas en literatura científica que causan resultados positivos en los exámenes de HIV y provee las referencias para cada condición.

Christine señala:

"Sólo porque algo está en ésta lista no quiere decir que definitivamente o aún probablemente causará un falso resultado positivo. Eso depende de

los anticuerpos que tiene el individuo y las características de cada paquete de prueba en particular

IV.- MEDICAMENTOS TOXICOS LA VERDADERA CAUSA DEL SIDA.

i.-Heinrich Kremer: otra explicación al SIDA.

por Alfonso Serra Gallego.

Dr. [Heinrich Kremer](#).

Ex director médico de una clínica especializada en drogodependencias, [Heinrich Kremer](#) es uno de los científicos disidentes de la versión oficial sobre el SIDA. Como muchos de sus colegas, está convencido de que el VIH, «un virus cuya sustancia genética y proteínas nadie ha sido capaz de aislar», no existe. En su opinión, esta enfermedad -que él califica de «etiqueta»- es una creación de la industria farmacéutica, que ha sabido rentabilizar un miedo social -según este experto- absolutamente injustificado. En esta entrevista, el doctor [Kremer](#) desvela cómo se «inventó» el SIDA y por qué seguimos utilizando contra él tratamientos que, en su opinión, son tan agresivos como el propio SIDA.

El [Heinrich Kremer](#), uno de los científicos disidentes de la versión oficial sobre el SIDA. [Kremer](#) impartió un curso sobre Las causas, mecanismos y tratamientos no agresivos de la inmunodeficiencia y de las enfermedades incluidas bajo la etiqueta SIDA y ofreció una conferencia de prensa en la que expresó su convencimiento de que el VIH -supuesto desencadenante del SIDA- no existe y, por tanto, es inocente de todo aquello de lo que se le acusa.

Entre 1981 y 1988 [Kremer](#) fue director médico de una clínica especializada en drogodependencias que atendía las zonas de Berlín, Schleswig-Holstein y Baja Sajonia. Fue en esa época, especialmente a partir de Junio de 1983, cuando tuvo sus primeros contactos con el SIDA. Tal y como él mismo nos explicó, ese año se le ordenó no utilizar la vacuna francesa contra la hepatitis B porque «se encontraba infectada por el virus del SIDA». Curiosamente, el VIH era, hasta ese momento, un total desconocido. A raíz de aquellos hechos, sus planteamientos han chocado frontalmente con la versión oficial sobre esta enfermedad y hoy es -junto al virólogo [Stefan Lanka](#) (ver **Más allá de la ciencia** número 89)- uno de los científicos más comprometidos e interesados en encontrar la auténtica verdad sobre el SIDA.

-¿Cuáles fueron sus inicios en la investigación del SIDA?

Todo empezó en Junio de 1983, antes de que nadie hablase del VIH, cuando el Ministerio de Salud alemán me informó de que la vacuna francesa contra la hepatitis B estaba infectada por el virus del SIDA y me exigió que, en su lugar, utilizara la norteamericana. En Septiembre de 1984 otra orden ministerial me emplazó a enviar a Berlín los sueros sanguíneos de los pacientes que habían recibido esta vacuna en 1982. Los sueros iban numerados. Mandamos en



total 52 muestras y 18 fueron diagnosticadas como contaminadas. Lo que los del Ministerio no sabían es que 8 de esos sueros supuestamente infectados pertenecían a mis colaboradores y a mí mismo. Ante dicho resultado, me dirigí a Berlín para comprobar personalmente el mecanismo del test utilizado. El 15 de Septiembre de 1984 el doctor **Gallo** lo había enviado a Berlín y una semana después esos sueros fueron los primeros que se analizaron en la República Federal.

-¿Y qué conclusiones sacó de todo ello?

-Primero, y lógicamente, que el test no era en absoluto fiable. Y esto ha sido continuamente así, a pesar de todas las modificaciones, reajustes, cambios de criterio, etc., que se han realizado para evitar las enormes diferencias en los resultados y esconder las contradicciones que aparecían entre un tipo de test y otro, entre una marca u otra del mismo test e, incluso, con el mismo test de la misma marca. En segundo lugar, observé que todos los pacientes que habían dado positivo procedían de las mismas ciudades: Berlín, Francfort, Bremen, Hannover y Hamburgo. Ahora, con más perspectiva, puedo señalar que de estas ciudades, precisamente las zonas donde hay más consumo de heroína y cocaína así como mayor número de enfermos de hepatitis, siguen proviniendo el 60 por ciento de todos los casos de seropositividad alemanes. Además, observé que el 70 por ciento de los afectados eran homosexuales y que había otro 20 por ciento de drogadictos.

«El SIDA es resultado de la quimioterapia farmacéutica».

-¿Qué papel tienen los medicamentos al uso en los orígenes del SIDA?

-Decisivo, hasta el punto de que puede afirmarse que el SIDA es resultado de la quimioterapia farmacéutica. En particular, a principios de la década de los setenta, en Estados Unidos -y luego en Europa- se introduce un medicamento compuesto por dos sustancias, la sulfonamida y el trimetoprim, que se vende comercialmente como *Bactrim* en unos países y como *Seprim* en otros. Este fármaco tuvo éxito en un principio porque no se limitaba a detener las bacterias, sino que las destruía. En Occidente, el grupo de población que más frecuentemente tomaba ese medicamento eran los homosexuales debido a las frecuentes neumonías e infecciones que padecían en las vías urinarias.

Pero el *Bactrim-Seprim* también ataca a las mitocondrias celulares, que son antiguas bacterias que se fueron integrando simbióticamente en las células. Las mitocondrias son los pulmones de las células y, además, al final de la cadena respiratoria se forma el ATP, que es la molécula energética fundamental. Aproximadamente el 90 por ciento de la energía que necesita nuestro cuerpo la obtiene en forma de dicho ATP.

Las mitocondrias afectadas por el *Seprim-Bactrim* sufren mutaciones en su ADN, que no tiene los mecanismos de autoreparación de que sí dispone el ADN del núcleo. Estas mutaciones se transmiten directamente de la gestante al feto, pues el ADN mitocondrial no proviene, como el nuclear, de ambos padres por vía sexual, sino exclusivamente de la madre. De ahí estas nuevas enfermedades infantiles llamadas precisamente enfermedades mitocondriales. Pero la interferencia de dichos antibióticos en el funcionamiento de las

mitocondrias tiene otra grave consecuencia: al trastocar los mecanismos de oxigenación, determinados microbios tienen ventajas comparativas para proliferar y entonces aparecen estas enfermedades oportunistas que la medicina oficial llama SIDA.

Y esto es decisivo para entender por qué se inventó el SIDA en 1981 en los Estados Unidos. En el marco del *Movimiento de Liberación Gay* de los años setenta -y por prescripción de los médicos que los atendían-, una parte de los homosexuales estuvo tomando el *Bactrim* como preventivo durante años. Entonces empezaron a aparecer las graves consecuencias físicas (en cada célula hepática hay aproximadamente 2.000 mitocondrias) y mentales (en cada célula nerviosa hay una 1.000) de estar tomando, por primera vez en la historia de la medicina, constantemente sulfonamidas. Como los médicos que las prescribieron y los laboratorios que las fabricaban se temieron una avalancha de reclamaciones millonarias, desde altas instancias (por ejemplo, el entonces vicepresidente norteamericano **George Bush** está estrechamente ligado a las grandes empresas farmacéuticas) se puso en marcha la operación SIDA, que no por casualidad estuvo circunscrita inicialmente al colectivo gay. Los homosexuales que iban a morir a causa, en particular de la destrucción de sus mitocondrias por los antibióticos, tenían que ser presentados como víctimas de algo nuevo que, tampoco por casualidad, desde el inicio fue anunciado como necesariamente mortal, aunque no había prueba alguna de que lo fuese. Se acababa de inventar precipitadamente el SIDA y, posteriormente, se inventó una supuesta causa: el inexistente VIH.

-Y en la actualidad este Bactrim-Septrim se combina con el AZT y otros nucleósidos análogos...

-Desgraciadamente, así es. Y la combinación de ambos fármacos impide la formación del ADN, tanto genético como mitocondrial, lo que desconocen muchos médicos. Incluso las seropositivas embarazadas y algunos de los recién nacidos que los doctores suponen enfermos de SIDA reciben fuertes dosis de este cóctel farmacéutico. El *Bactrim* se utiliza en muchas ocasiones como profilaxis para las pulmonías, que son siempre neumonías bacteriales, y lo que entre adultos se presenta sólo dos veces al año, en los niños supuestamente afectados de SIDA -que casi siempre son hijos de madres drogadictas- resulta mucho más frecuente. Además, este tratamiento hace que las células de estos chiquillos se debiliten aún más, porque los pequeños generan sus células inmunitarias en los primeros 15 meses de vida. Al nacer, los bebés son protegidos por las células inmunitarias de la madre y, lamentablemente, vienen al mundo enfermos a causa de la drogadicción de aquélla. Lo inaudito es que se les dé AZT en esta fase tan vital de su existencia. Y luego hablan del SIDA pediátrico como de algo fulminante y mucho más letal que en el adulto...

«Hemos estado usando concentrados de sangre contaminados».

-¿En qué medida se puede asociar el uso de drogas al SIDA?

-No hay duda de que el consumo de drogas produce inmunodeficiencia. Además, en 1985 los norteamericanos introducen la metadona como parte del tratamiento contra la



drogadicción, haciéndolo primero en el sur del país y luego en Nueva York, para exportarla posteriormente a Europa. La metadona disminuye el estrés del adicto durante el proceso de reducción de las dosis, sobre todo de heroína. Pero, como se ingiere oralmente, no produce exaltación, por lo que el mercado introduce la cocaína como estimulante, que multiplica la hormona del estrés del corazón -el cortisol- hasta que, cuando llega al máximo, suben los anticuerpos en sangre. Es entonces cuando el test del VIH da positivo, algo que resulta palpable en los grupos de riesgo, tal y como han admitido Gallo y sus colaboradores. Todos los drogadictos que toman cocaína corren el riesgo de que ascienda su nivel de anticuerpos en la sangre y el test de VIH no mide otra cosa que el nivel de los anticuerpos. Es importante observar que los países europeos que tienen mayor cantidad de casos de SIDA son los cuatro que introdujeron programas de metadona: España, Francia, Italia y Suiza. El alto nivel de anticuerpos explica los resultados positivos de los hombres homosexuales que han tenido frecuentes infecciones, de los drogadictos que también las han sufrido y de los hemofílicos que hasta 1985 recibieron concentrados -procedentes de miles de donantes- para la sangre. Estos hemoderivados provenían del sur de los Estados Unidos, ya que la OMS prohibió en 1975 los concentrados sanguíneos procedentes del Tercer Mundo.

-¿Nos podría aclarar este asunto más detalladamente, pues es importante para los hemofílicos?

-Por iniciativa del doctor [Hässig](#), actualmente otro de los disidentes del SIDA, la OMS tomó la decisión de cortar el suministro de sangre a Europa desde el Tercer Mundo. Pero - como en el caso del SIDA- fue peor el remedio que la enfermedad, ya que las multinacionales farmacéuticas europeas se empezaron a aprovisionar en los Estados Unidos. Allí obtenían la sangre de *pools* recogidos cerca de la frontera entre numerosos inmigrantes ilegales que la vendían por un dólar, a pesar de tener hepatitis u otras dolencias. Y los europeos utilizamos esos concentrados que, hasta en un 99 por ciento, contenían proteínas contaminadas. No es de extrañar que los hemofílicos enfermaran tan gravemente. Se comprende así la introducción del virus fantasma que se oculta tras esta turbia historia. Y la industria farmacéutica, que habría tenido que hacer exhaustivos controles clínicos, lo que hizo en realidad fue un buen negocio gracias al citado virus fantasma, el VIH.

«El tinglado económico que mueve el SIDA es insospechado».

-Entonces, ¿es el SIDA un problema más político que sanitario?

-En realidad, el SIDA es la punta de un iceberg que nos compromete a todos. Los enfermos creen que pueden superar todos los límites biológicos posibles, ya que están convencidos de que los médicos tienen los recursos necesarios para curarles. Sería irresponsable por mi parte no alertar a la sociedad del peligro que estamos corriendo si mantenemos esta actitud. Hay censura científica porque el tinglado económico que mueve el SIDA es insospechado. Por ejemplo, en la clínica de la Universidad de Francfort hay 24 personas que trabajan en la sección dedicada al SIDA. Pues bien, 23 de ellas reciben su salario de la industria farmacéutica y sólo una de la Universidad. Es fácil suponer entonces la terapia que van a administrar a las personas afectadas de inmunodeficiencia.

-Sí, claro; los tratamientos propuestos oficialmente, que no son precisamente los menos agresivos...

-En efecto. Y, en este sentido, debe quedar claro que es importante utilizar medicamentos que no sean agresivos, sobre todo -insisto- para las mitocondrias, que utilizan el 80 por ciento de nuestro oxígeno. Si la cadena de oxigenación de las mitocondrias, sin la cual nadie podría respirar, se daña, entonces no resulta sorprendente que al paciente le falte el aire. Y es un hecho que los afectados del llamado SIDA padecen asiduamente enfermedades pulmonares. La investigación de las mitocondrias es muy importante y, desgraciadamente, hasta ahora ha sido ignorada por la mayoría de la clase médica. En vez de eso, se ha diseñado un supuesto virus cuya sustancia genética y cuyas proteínas nadie ha sido capaz de aislar. Sin embargo, todo el mundo habla de un virus mortal relacionado con el sexo, ya que así constituye un arma muy potente de dominación política.

-¿Dominación política? ¿En qué sentido?

-Parece claro que en Occidente y en otras zonas ha servido para imponer un terror psicológico de masas. No creo que sea exagerado decir que la oleada contestataria de los años sesenta se deshizo en los ochenta en gran parte gracias al SIDA. Además, hay casos ilustrativos. En Rusia, por ejemplo, no había casos de SIDA hasta hace dos años porque no habían adquirido los medicamentos propuestos por la medicina oficial. En China el SIDA ni existe, ya que este país no pertenece a la OMS y, por tanto, no ha entrado en los mecanismos de supuesta detección de supuestos infectados y de tratamientos venenosos, generadores ambos de SIDA. Asimismo, es ilustrativo señalar que se empezó a hablar de epidemia de SIDA en Asia justo cuando se celebró la *X Conferencia Internacional de SIDA* en Japón. En la India hay cifras dramáticas desde hace poco; allí, una doctora afirma haber descubierto nada menos que ¡12 virus de SIDA diferentes! Y es precisamente ese hecho lo que justifica tales cifras, que en realidad están basadas en las suposiciones de esta investigadora. Resulta curioso también que el 60 por ciento de los casos de SIDA en Alemania se presenten en las seis ciudades donde se ubican los mayores departamentos sobre SIDA, que fueron las únicas que no disolvieron los anteriores departamentos de infecciosos y que sus jefes se hayan reciclado como «especialistas» en SIDA, aunque estos lugares sólo representen a la octava parte de la población.

Tratamientos no agresivos.

-¿Podría informarnos sobre los tratamientos no agresivos para personas que presentan signos de inmunodeficiencia?

-Hay muchos, sobre todo aquellos productos que ayudan a recuperar el funcionamiento correcto de las mitocondrias. Por ejemplo, la *coenzima Q-10*, una ubiquinona natural, la *carnitina* -una proteína de transporte- o el *Padma-28* -un producto de la fitoterapia tibetana muy adecuado para eliminar radicales libres-. También son positivos para esas personas aquellos reguladores naturales de las proteasas, como el *condritimsulfato*, que se encuentra contenido en el cartílago, y el *agar*, en algas marinas; ambos carecen de los gravísimos efectos secundarios que tienen los actualmente tan promocionados «inhibidores de las

proteasas». Y, en general, son recomendables todos los tratamientos que contribuyen a que el cuerpo funcione más armónicamente. En el caso de la melatonina, que al ayudar a dormir mejor y a hacerlo de acuerdo con el ritmo de la luz solar, hace que se restablezca el circuito pineal-hipotálamo-suprarrenales-cortisol, con lo que se regula el nivel de anticuerpos en sangre. Es importante recalcar que todos los productos aquí citados son eficaces y no dañan el organismo humano, como hacen los medicamentos adscritos al tratamiento oficial.

-¿Qué mensaje de esperanza le gustaría dar a los afectados por este problema?

-Fui uno de los primeros médicos que me enfrenté al SIDA, porque también fui uno de los primeros en encontrarme que me ponían la etiqueta de SIDA encima. Y, aunque soy consciente del estado de inmunidad de mis pacientes realmente enfermos, debo decir que hay que superar la histeria y el miedo reinantes. No existe una epidemia mortal, como indican las estadísticas oficiales si se interpretan correctamente y no con la intención de crear pánico; luego no hay motivo para ponerse nerviosos. Las personas que se encuentran con esta etiqueta tienen que reflexionar y entender que no llevan una bomba de tiempo en su interior, porque ¡el VIH no existe! En caso de tener problemas de salud, tienen que calcular la utilidad de determinados tratamientos no agresivos; y ello al margen de la histeria del SIDA. No hacen falta supuestos virus nuevos para entender lo que la medicina oficial ha denominado SIDA. Ya es hora de que la medicina se ocupe de los puntos vitales del ser humano y se aleje de intereses farmacéutico-industriales que ven en el enfermo un modo fácil de incrementar dividendos.

ii.-El V.I.H. no es la causa del SIDA; El AZT y las Drogas Si Entrevista con el Doctor Peter Duesberg.



El profesor [Peter Duesberg](#) cree que el VIH no causa SIDA

Bob Guccione, Jr., Director de SPIN.

Traducción: Francisco Javier Manero Vargas.

Revisión y notas: Alfredo Embid.

En marzo de 1987, el Dr. Peter Duesberg, profesor de biología molecular en la Universidad de California, Berkeley, y uno de los principales expertos mundiales en retrovirus, un campo en el que fue pionero, escribió en Cancer Research 1 que no creía que el VIH, un retrovirus, causara SIDA. Argumentó que el VIH era demasiado inactivo, infectaba muy pocas células, y era demasiado difícil incluso encontrarlo como responsable en los pacientes de SIDA. Puesto que es extremadamente difícil aislar el virus, la detección de anticuerpos pasa a ser el indicador de la infección -que Duesberg contesta como algo altamente inconsistente-. Los anticuerpos dominantes sobre un virus virtualmente inencontrable, siempre han significado que el sistema inmunitario ha triunfado sobre el invasor, no capitulado ante él. Finalmente, hay casos de SIDA sin VIH, virus o anticuerpos, que por tanto desbaratan la hipótesis. Los Centros para el Control de la Enfermedad (CDC) los han barrido bajo la alfombra, cambiando la definición, para que un paciente de SIDA necesariamente incluya infección por VIH. Sin embargo, cientos de casos certificados SIDA libres de VIH de nuevo asomaron en la Conferencia Internacional del SIDA de 1992 y actualmente son más de 4.000. Esta vez el CDC cambió el nombre de la enfermedad. Duesberg resalta el sinsentido del SIDA y que cambiar el nombre tan sólo distrae de la posibilidad de que el VIH no cause el SIDA.

Duesberg fue y continua siendo atacado por sus opiniones. La ciencia avanza mediante el debate, pero, en el SIDA, éste se vela con subidas de tono sobre estilos de vida, críticas y moralizaciones, pasando a ser más una cuestión social que médica. La verdad se torna subjetiva, relativa y tan difícil de establecer como una salida en la casa de los espejos. Al principio, el establishment médico trató de deshacerse de Duesberg; cuando esto falló, se obsesionó con él. Cada avance y comprensión en la detección del virus era pregonado como aniquilación de Duesberg, pero nunca sucedió así. «Mueven los palos de la portería», dice repetidamente, «pero no cambian nada». Cierta número de los principales científicos del mundo comenzaron a adherirse a él, incluyendo Kary Mullis, el inventor del PCR, la máquina de detección del VIH más elaborada, que también cree que el VIH no causa SIDA 2.

Las credenciales de Duesberg son impecables. Es miembro de la Academia Nacional de Ciencias y becario de una Concesión Investigadora Externa del Instituto Nacional de Salud en 1985. Fue candidato al Premio Nobel por su trabajo en el descubrimiento de los oncogenes en virus, que se presentaban eran una causa del cáncer. Sin embargo, desbarató sus posibilidades de ganar cuando advirtió que sus descubrimientos no probaban que hubieran genes cancerígenos en las células, como se especuló en su momento (y continúa sin estar probado). Una postura perjudicial para la carrera de un científico, pero una

actuación ética ejemplar 3.

Entrevisté a Duesberg en el transcurso de un mes, comenzando en la abarrotada oficina de su laboratorio de Berkeley y continuando durante horas de conversaciones telefónicas cruzadas de larga distancia. Ya que las agencias de salud gubernamentales continúan fracasando en producir un sólo tratamiento efectivo, una vacuna, o incluso pruebas de cómo se supone que el VIH conduce al SIDA, el escepticismo del Profesor Duesberg acerca del VIH y su hipótesis sobre las que cree son las causas reales del SIDA se tornan en algo importante que es preciso oír.

SPIN: ¿Porqué no crees que el VIH cause SIDA?

Dr. Peter Duesberg: Todos los virus que he observado realizan su trabajo matando la célula de una vez, y cuando está completamente muerta, enfermas. Se dice que el VIH es responsable de la pérdida de células-T, que son el sistema inmune. Ahora, en cada paciente estudiado de SIDA, no hay nunca más de una de cada 1.000 células infectadas por VIH, como media 4.

¿Cuántas células de cada mil podría infectar otro virus, por ejemplo, el de la gripe?

Si puede causar la gripe, entonces el 30 por ciento de tus células pulmonares están arruinadas por el virus, el recubrimiento se ha desvanecido o está infectado. Si tienes hepatitis casi todas las células de tu hígado están infectadas.

Gran cantidad de brillantes científicos están trabajando en el SIDA y no tienen dudas, y deben haberse hecho a sí mismos las mismas preguntas. Si el VIH no mata gran cantidad de células. ¿por qué está ampliamente admitido que el VIH causa SIDA?

Asignándole todas las propiedades paradójicas y sin precedentes que ningún otro virus tuvo jamás. Dicen que puede matar células indirectamente, o puede estimular algo llamado autoinmunidad, lo que esencialmente es que el virus da un pistoletazo y el cuerpo es persuadido para cometer un suicidio. O, si realmente les presionan, dicen que hay cofactores. Y que justo ahora están por ser determinados.

¿Es factible el argumento de que el VIH dispara la autoinmunidad?

Muy poco posible, de hecho hay un millón de americanos con el VIH 5 que están totalmente sanos. Hay seis millones de africanos que tienen el VIH, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud; 129.000 tenían SIDA al final del pasado año, lo que significa que cinco millones ochocientos mil y muchos cientos no tienen SIDA. Medio millón de europeos tienen el VIH y 60.000 tienen SIDA. Por tanto, hay millones y millones de personas en este planeta que tienen [VIH pero] sin SIDA -¿por qué siete millones y medio no tienen la enfermedad autoinmune si el VIH es la causa de la enfermedad?-.

Bien, el establishment dice que todas las personas con VIH desarrollarán el SIDA, que es una cuestión de tiempo.

En los diez pasados años esto ha sucedido en América en alrededor del 20 por ciento de las personas con VIH, 250.000 (incluyendo las muertes hasta la fecha) entre un millón. Sin embargo, las personas que están muriendo de SIDA difícilmente son alguna vez tus amigos americanos típicos de entre 20-40 años. Virtualmente todos los heterosexuales americanos y europeos que tienen SIDA son drogadictos intravenosos. Y los homosexuales que cogen SIDA tienen cientos, sino miles, de contactos sexuales. Esto no se realiza con tu testosterona natural. Esto se realiza con agentes químicos. Estos son los grupos de riesgo, inhalan poppers, consumen anfetaminas, toman quaaludes, toman nitrito de amilo, toman cocaína como afrodisíacos.

¿Qué hay acerca del uso intravenoso de drogas en oposición al uso ordinario, como

esnifar cocaína?, ¿esto significaría que esas personas podrían desarrollar SIDA?

Es una cuestión de grado. Con las drogas y fármacos, la dosis es el veneno. Si tomas una aspirina, te libras del dolor de cabeza, si tomas 200, caes muerto. Si fumas un paquete de cigarrillos, puedes estar bien, pero si fumas dos paquetes durante 10 ó 20 años, puedes desarrollar enfisema. Es lo mismo con las drogas; si esnifas una raya de cocaína en el fin de semana, probablemente no notarás la diferencia. Pero si te inyectas 2/3 veces al día, es cuando la toxicidad aparece. Estamos diseñados para asumir una «pasada». Pero no estamos diseñados para inyectarnos cocaína tres veces al día. La gente ha estado tomando un poco de cocaína en el té en Sudamérica, sí, pero no inyectándose 3 veces al día. Nadie ha estado inhalando nitritos -los nitritos son tóxicos infernales-. Nadie ha tomado anfetaminas en tales dosis; no estaban disponibles. Esto es lo que es nuevo.

Pero volviendo a este argumento sobre el VIH. Los virus sólo trabajan en un sentido. Sólo pueden ser tóxicos si afectan a una célula. No pueden trabajar a distancia. No hay excepción. Los virus son lo que podrías llamar un parásito intercelular. No tienen vida autónoma. Son simplemente una pequeña pieza de información que se mete dentro de una célula y actúa como un parásito. Pero fuera de la célula es como un disco fuera del ordenador.

Entonces, ¿hay algún precedente de un virus creador de una enfermedad autoinmune?

Hay unas pocas hipótesis, pero no. Cuando un médico no sabe explicar una enfermedad, tiene dos muletas clásicas: es un virus lento o es una enfermedad autoinmune. He oído esto durante los últimos 20 años. Cuando no sabían lo que era la diabetes, era un virus lento o una enfermedad autoinmune. Alzheimer: virus lento o enfermedad autoinmune. Y con el SIDA, virus lento causante de una enfermedad autoinmune. ¡Las dos!

Una enfermedad autoinmune es una respuesta inmunitaria desviada. No puede distinguir un virus dañino de uno inocuo, y sobreactúa. Si el virus fuera el gatillo, la enfermedad debería desencadenarse y seguir tan pronto como el virus entrara en tí. No, como dicen acerca del SIDA; te infectas ahora, y diez años después tienes diarrea. Es totalmente absurdo.

¿Es posible que el SIDA fuese una enfermedad autoinmune creada, pero el VIH no ser el gatillo?

Algunas de las enfermedades del SIDA podrían posiblemente ser enfermedades autoinmunes. Con seguridad no todas. El 38 por ciento de los casos americanos de SIDA no tienen nada que ver con deficiencias inmunitarias. 38 por ciento. El 10 por ciento son sarcomas de Kaposi, el 19 por ciento son la tan nombrada enfermedad de adelgazamiento.

¿Es eso lo que se ve muchísimo en Africa, la enfermedad de adelgazamiento?

Bueno, allí es algo distinto, está habitualmente asociado con infecciones. Sin embargo, la enfermedad de adelgazamiento americana o europea está actualmente definida de forma específica como una enfermedad no parasitaria.

En cualquier caso, un 6 por ciento es demencia, un 3 por ciento es cáncer de tipo linfoma. Si los sumas, éste es el 38 por ciento de todos los casos de SIDA americanos. De entre 250.000, estos son cerca de 100.000 -sus enfermedades no pueden ser explicadas mediante ninguna forma de inmunodeficiencia de cualquier clase-.

¿Por qué se las considera SIDA entonces?

Esta es una de las preguntas de la que me encantaría saber la respuesta. He preguntado a varios expertos; siempre enloquecen. El SIDA siempre se presenta como si todo fuera deficiencia inmunitaria. No lo es del todo. El cáncer no tiene que ver directamente con la deficiencia inmunitaria.

Entonces, ¿cual es el denominador común entre las 25 enfermedades del SIDA?

¡Ninguno! Lo llaman SIDA, eso es todo. Ninguna de ese 38 por ciento tienen siquiera algo que ver con la inmunodeficiencia, pero son llamadas SIDA.

No hay ni una enfermedad del SIDA que sea nueva. Lo que es nuevo es tan sólo que la incidencia de esas enfermedades ha estallado en los hombres de 20 a 45 años, principalmente, y en unas pocas mujeres.

Siempre había pensado que las 25 enfermedades del síndrome SIDA tenían el denominador común de que eran resultados de la incapacidad del sistema inmunitario para rechazarlas.

Así es como intentan venderlo sin mirar a la evidencia. Sin embargo, el cáncer no es una consecuencia de deficiencia inmunitaria. La demencia no tiene nada que ver con el sistema inmunitario. Tu cerebro es independiente del sistema inmunitario. Por supuesto, si no hay sistema inmunitario, y tu cerebro se infecta, puedes desarrollar meningitis. Pero eso no afecta a tu coeficiente intelectual. Seguro. Al final, si todo falla puedes desarrollar toda clase de enfermedades.

Incluso si ajustas el virus a toda clase de hipótesis paradójicas y absurdas -mecanismos indirectos, cofactores, autoinmunidad, período de latencia de diez años- incluso esto no te ilumina sobre el sólido dato de 4.621 casos de SIDA libres de VIH (en todo el mundo, un tercio de ellos en EE.UU.). ¿Cómo lo explicas? ¡No deberían estar allí!, por lo que se han suprimido. Aquí tenemos un encubrimiento real. El año pasado las cifras de estos casos estaban creciendo como locas y Anthony Fauci (Director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas), los Institutos Nacionales de Salud (NIH), y los Centros para el Control y Prevención de la Enfermedad (CDC) llamaron a un encuentro. ¿Y sabes lo que hicieron? Les dieron un nombre nuevo. Lo llamaron «linfocitopenia idiopática de CD-4», o ICL. Ahora, cuando estés libre de VIH, ya no se llamará SIDA.

Hay 4.000 casos que no tienen el VIH, pero los demás 250.000 casos continúan teniendo el VIH.

Eso es lo que tú crees. ¿Cómo lo sabes?

Porque han sido testados.

¿Por quién?

Por sus médicos.

A ver, ¿quién nos dice que han sido testados?

Un tipo va a su doctor, claramente enfermo, tiene SIDA. Se le hace la prueba o se le hizo previamente y se le encuentra VIH-positivo.

Incluso ahora, no hay constancia, en ningún sitio, que diga en cuantos casos de SIDA americanos se ha encontrado realmente el VIH.

Pero en cada caso de SIDA, el CDC debería saber si los pacientes son o no VIH-positivos, porque los médicos informan de ello.

El CDC te ha llevado a creer eso, pero la evidencia de que el VIH está presente nunca la revelan. En ningún lugar del HIV/AIDS Surveillance Report, como lo llaman a las estadísticas nacionales mantenidas por el CDC, no encuentras nunca datos del VIH.

Ninguna medición del VIH en absoluto. De lo único que tratan es del SIDA. Y entonces lees un poco más en la letra pequeña de cómo se define el SIDA. Aceptan lo que llaman el «presunto diagnóstico» -casos de SIDA sin test al VIH-. ¿Sabes lo que eso significa?: el tipo lleva un pantalón vaquero, lleva un pendiente, está tosiendo, y es de San Francisco.

Este es un caso de SIDA. «Ni siquiera tengo que comprobarlo», piensa su médico. Recientemente, escribí una carta a Harold Jaffe (director en funciones de la División

VIH/SIDA del CDC). El reconocía 43.606 presuntos diagnósticos desde 1988. Comprobé la literatura y surgieron 62.272 hasta 1992.

Permítame recoger este argumento, ¿estás diciendo que entre 43.000 y 62.000 casos de SIDA hasta 1992 no han sido testados, lo que implica que no tenemos ni idea de si son o no VIH-positivos?.

Absolutamente.

Ellos pueden haber sido VIH-positivos o no.

Sí. Incluso en la última definición del SIDA de Enero de 1993, permitían la diagnosis presunta. En otras palabras, se dará parte de un buen número de ellos, incluso ahora, sin la prueba del VIH.

La percepción generalizada es que todos los casos de SIDA tienen VIH, de que un caso no se define como SIDA sin la presencia del VIH, lo que por definición debería significar que alguien los testa.

La mayoría de la gente asume, como tú, que todas las personas (con SIDA) son seropositivas. Esto aún no se ha establecido. Tenemos lo que llaman test de anticuerpos de falso-positivo. Ellos los llaman test al VIH, pero ¿sabes lo que están testando?. Los anticuerpos pueden estar presentes y el virus podría haberse ido hace tiempo.

Además, ¿hay reacciones cruzadas, donde los anticuerpos podrían reaccionar, digamos, con la malaria o artritis y esto está equivocando la aproximación al VIH?

Exactamente. O personas vacunadas contra la gripe. Donantes de sangre; recientemente, siete de diez eran positivos al VIH.

¿Tenían el virus?

¡No!

¿Cómo sabemos que no tenían el virus?

Fueron chequeados medio año más tarde, y los test fueron negativos. No había virus. Cada año, 12 millones de donantes de sangre son chequeados. Los donantes tienen trato preferencial; no quieren que cogan la gripe por lo que les dan una vacuna para la gripe gratuita. Entonces, testados después de la vacuna de la gripe, siete de cada diez de esos tipos se tornan positivos al VIH. No tienen el VIH, la vacuna contra la gripe reaccionó cruzadamente con los anticuerpos del VIH.

¿Con cuánta frecuencia el test es falso?

El test puede estar equivocado alrededor del 50% de las veces. Si simplemente los repites, la mitad se desmarcan inmediatamente. Sin embargo, si observas a un grupo de nuevos soldados reclutados, uno entre 100 testa positivo, y cuando los chequeas de nuevo, tan sólo uno entre 1.000 continúa como positivo.

Es bastante increíble. Esto significa que tan sólo uno de cada diez que testan positivos es realmente positivo.

¿Ves?, éste es el tema. La idea de que todo el mundo que tiene SIDA se ha comprobado que es VIH-positivo está lejos de ser la verdad. Hay un porcentaje significativo que no está testado en absoluto. Y los test frecuentemente no son confirmados, e incluso si son confirmados, tan sólo son test de anticuerpos. Hay un número de personas que incluso dan positivo en el Western Blot -el test de anticuerpo más fidedigno- pero cuando buscas el virus continúa sin estar presente.

En San Francisco hay personas, falsos positivos, que se enteran ahora que no tienen el VIH, pero fueron tratados con AZT, que está diseñada para inhibir el virus. Y el AZT, como todos sabemos, es extremadamente tóxico. Y tienen SIDA ahora. Tienen neumonía, tienen neumocistis -exactamente como en el SIDA- y no tienen virus.

¿Supones que es a causa del AZT?

Eso es lo que ellos están demandando.

Explica por qué has llamado al AZT «SIDA por prescripción».

Es SIDA de diseño. Fue diseñado hace unos 20 años como quimioterapia. Y la quimioterapia es un racional, aunque desesperado tratamiento para el cáncer. El razonamiento es: dejemos que mate a todas las células en crecimiento durante varias semanas. La esperanza es que el cáncer resulte totalmente aniquilado y tú tan sólo estés medio muerto y te recuperes. La quimioterapia es un tratamiento brutal. Pierdes el pelo, pierdes peso, coges neumonía, inmunodeficiencia, literalmente, coges SIDA; tienes náuseas, todos los síntomas del SIDA, debido a su severa intoxicación celular. Matas a un montón de células sanas, demasiadas. A menudo el tratamiento funciona. De hecho, el cáncer muere y sobrevives y te recuperas.

Ahora, da esa droga a alguien de forma indefinida. No sólo durante dos o tres semanas. Cada seis horas, tu persona VIH-positiva toma 250 mg. de AZT. Entonces, pierde peso, se vuelve anémica, pierde sus células blancas, tiene náuseas, pierde sus músculos -como Rudolf Nureyev-, ni siquiera podrá sostenerse con sus propias piernas. Y entonces muere. Como Kimberly Bergalis, Nureyev, Arthur Ashe, Ryan White, y muchos otros. Esto es lo que se llama SIDA por prescripción.

Hay un tema incluso más fundamental que los científicos nunca hemos discutido: ¿El SIDA es realmente una enfermedad infecciosa o no?

Mira, puedes «adquirir» una enfermedad de dos maneras. Ya sea por un microbio -y entonces es una enfermedad infecciosa; y la puedes transmitir, sexualmente o de otra forma- o la adquieres del entorno, esto es, por toxinas, como adquieres el cáncer de pulmón por fumar o la cirrosis hepática por beber. Son dos mecanismos completamente diferentes de coger una enfermedad. Luego ¿cómo las distinguimos? Las enfermedades infecciosas tienen una cosa en común: sin excepción, todas las enfermedades infecciosas están siempre distribuidas por igual entre los sexos. Cero excepciones. Del sarampión a las paperas, sífilis, gonorrea, hepatitis, tuberculosis, todas las enfermedades infecciosas aparecen pronto tras el contacto. Los microbios no se entretienen en fruslerías. Tienen un tiempo de generación de horas o, como mucho, de un día o dos. Crecen a ese ritmo. No hay otra forma. No lo pueden hacer ni más rápido ni más despacio.

Para ellos eres 75 kg de carne. Nada más, nada menos. Carne que transforman en ellos mismos en días; es lo que hacen. No hay ni una sola auténtica excepción en donde te infectes hoy y tengas la enfermedad diez años después.

Y, realmente, esto no sucede diez años después de que los anticuerpos estén formados. Los anticuerpos son un indicador de que el cuerpo ha advertido la presencia de los microbios y los ha eliminado.

¿No es el argumento, sin embargo, que el sistema inmunitario está perdiendo la batalla? Los anticuerpos están presentes, pero las células-T están siendo mermadas.

Por tanto ¿está realmente el sistema inmunitario perdiendo la batalla?

Sólo si el virus gobernara alguna vez al sistema inmunitario, pero no lo hace. El sistema inmunitario lo hace maravillosamente. Derrumba al virus hacia un nivel donde nadie puede encontrarlo. A [Dr. Robert] Gallo y a [Dr. Luc] Montagnier les llevó un infierno de tiempo encontrarlo. Porque no estaba. Por eso buscamos los anticuerpos en el test del SIDA. No se puede encontrar el virus. Este es el tercer punto -de nuevo, sin excepciones a la regla-: cuando tienes una enfermedad infecciosa, el microbio que es responsable de la enfermedad es abundante, muy activo en muchas células.

¿Y qué hay a propósito del reciente descubrimiento de que grandes cantidades de VIH están en los nódulos linfáticos?

Lo que están haciendo es usar una mayor amplificación, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), que amplifica una aguja en un pajaro haciendo un pajaro de sí misma. Así que ahora puedes ver todo repentinamente. Y dicen: ¿no es grandioso lo que podemos ver con una nueva amplificación?. Bien, el problema es que no ayudas demasiado al emperador si puedes ver sus ropajes sólo con un microscopio. Todo lo que están haciendo es aplicar mayores y mayores amplificaciones. Aumentan la aguja, pero no hacen más sobre ello, tan sólo la ven mejor.

Lo que estás diciendo es que si un hombre tiene seis pies de alto, y lo colocas en una pantalla de cine, eso no implica que realmente tenga 20 pies de alto.

Correcto. Ahora, ¿cuál es la predicción para una enfermedad no infecciosa, una enfermedad tóxica? Una de ellas es que no está distribuida por igual entre los sexos o fortuitamente entre la población; está distribuida de acuerdo con la exposición. Los fumadores son los que desarrollan cáncer, los no fumadores difícilmente lo tendrán. Los alcohólicos desarrollan cirrosis hepática y no los bebedores de leche. Así es la exposición a una toxina. Las consecuencias para la salud no son inmediatas. No te pones enfermo por un cigarrillo. Lleva años de andamiaje. Tienes que alcanzar un cierto umbral de toxicidad.

Creas que estas afirmaciones explican el tan nombrado período de latencia.

Eso es la relación clásica entre el consumo de drogas y la enfermedad que le sigue. Independientemente de los agentes infecciosos, que trabajan inmediatamente o nunca.

El argumento sobre el SIDA es que hay muchas personas que toman drogas y medicamentos y no tienen SIDA.

Es la dosis. Hay una constitución genética, algunos son más resistentes que otros. Sin embargo, muy someramente, es algo acumulativo. Es un cierto umbral que tienes que alcanzar y éste varía personalmente. Ahora mira el SIDA. No cumple ninguno de los criterios de una enfermedad infecciosa -distribuida desigualmente, no temprana [en su manifestación], sin microbio activo, nada está presente. No puedes encontrar el virus ni siquiera si las personas se están muriendo- puedes encontrar una pequeñísima cantidad, ocasionalmente...

¿Qué pasa con el 10 por ciento de pacientes de SIDA que son mujeres?

Son en su mayoría adictas a las drogas o fármacos.

De acuerdo, las estadísticas dicen que alrededor del 75 por ciento de las mujeres tienen algún tipo de historial de drogas recreativas, o fueron VIH-positivas y tomaron AZT. Esto todavía deja cerca de un 25 por ciento que no tienen un historial de drogas.

Bien, mire, si habla de un 25 por ciento entre un 10 por ciento está hablando de un 2,5 por ciento. Y ahora llegamos a la definición del SIDA. El SIDA son 25 enfermedades bajo un nuevo nombre en presencia de VIH. Estas enfermedades pueden ocurrir con o sin VIH.

¿Hay diferencia en la manifestación de, por ejemplo, la tuberculosis, en un caso en el que una mujer tiene tuberculosis y VIH, y en un caso de una mujer que simplemente tiene tuberculosis?

Ninguna que yo sepa.

La mujer «A» tiene tuberculosis, sin VIH. La mujer «B» tiene tuberculosis y VIH; se le dice que tiene SIDA. Ahora, ¿hay algunas diferencias físicas?

No, en términos de presentación de diagnóstico, es lo mismo.

¿Absolutamente lo mismo? ¿Y deberían, si tienen ambas un grado medio de salud, recobrase o morir al mismo tiempo?

Debería ser exactamente lo mismo. Lo único es que debido a que el VIH es raro en este país, sólo uno entre 250 americanos, 0,4 por ciento, son VIH-positivos, y debido a que es demasiado difícil encontrarlo, lo más probable es que él o ella sean de esas personas que han practicado conductas de riesgo, o han estado recibiendo transfusiones.

De acuerdo, la mujer «B» no es prostituta, no es promiscua, y no es adicta a las drogas intravenosas.

¿Y positiva al VIH y tiene tuberculosis?. ¿Si sería exactamente lo mismo que la mujer sin VIH y con tuberculosis?

Totalmente lo mismo.

Lo que está diciendo es que la mujer «A» y la mujer «B» están igualmente enfermas. Por tanto, debemos dar la oportunidad a los lectores de la revista de que si alguien por ahí tiene SIDA y es VIH-positivo pero no practica ninguna conducta de riesgo, debería contactar con nosotros y dejarnos mirar el historial de su caso. Podríamos aprender mucho si tal persona, sin provenir de ninguno de los grupos de riesgo, tiene el VIH y ha desarrollado SIDA. ¿Has escudriñado el historial del caso de algún paciente que tiene SIDA, es VIH-positivo, y no proviene de los grupos de riesgo?

Son extremadamente raros. Son los casos como los de Kimberly Bergalis. Les dan AZT y entonces se terminó.

¿Kimberly Bergalis [la mujer de Florida que entró en contacto con el VIH a través de su dentista] tomó AZT antes o después de tener SIDA?

Tuvo una infección de hongos, este fue su diagnóstico, lo que no es raro en una mujer, y anticuerpos del virus.

Tras el diagnóstico del VIH, le dieron AZT. ¿Estaba por otra parte sana, salvo la infección de hongos?

Dime de una mujer que con una infección de hongos necesita transfusiones de sangre por anemia. Dime una mujer que por una infección de hongos pierda 30 libras (aproximadamente 13,6 kg.) en un año. Dime una mujer que por una infección de hongos pierda el pelo y necesite una silla de ruedas debido a atrofia muscular. ¿Cuántas mujeres encajan en esa descripción? Nunca oí de ninguna.

¿Y todo lo que tenía en el momento de la prescripción del AZT era una infección por hongos? ¿Está seguro?

Dijeron que primero fue una infección por hongos y más tarde también tuvo algún tipo de neumonía y no dicen cuando comenzaron con el AZT. Pero aún nunca he oído sobre una mujer de 21 años que necesitara transfusiones de sangre para la neumonía o la infección de hongos.

El AZT destruye la médula ósea, ¿no es así?

Por supuesto que lo hace, mata los hematíes. La anemia es el primer efecto secundario directo de la toxicidad del AZT. SI no tienes células rojas, no puedes capturar el oxígeno. Estás teniendo problemas, amigo.

¿Una transfusión en sí misma es muy inmunosupresora?

Bien, una o dos transfusiones no van a representar una gran diferencia. Es un problema para los hemofílicos que las toman regularmente y están tomando proteínas extrañas una y otra vez. Tomas proteínas de otro, esto deprime tu sistema inmunológico.

Miremos a Arthur Ashe desde la percepción pública: heterosexual, no adicto a las drogas, ex-atleta, tuvo una transfusión sanguínea tras un bypass. Descubrió que tenía el VIH por la transfusión. Desarrolló SIDA y murió claramente de él. ¿Cómo lo explicas?

Arthur Ashe tenía el virus desde 1983, que fue cuando recibió transfusiones por la operación. Y en el 88, se le inició en el AZT y más tarde en el DDI. El pasado diciembre, parecía como si viniera de Auschwitz. Estaba demacrado, estaba desenchajado, no podía responder bien a las preguntas. Esto es porque cogió neumonía; un deportista de 49 no muere de neumonía. Sin embargo, una víctima del AZT como Kimberly Bergalis, sí.

¿Entonces, antes de tomar el AZT estaba sano?

Exceptuando, por supuesto, su condición cardíaca congénita que estaba cuidadosamente atendida. La probable causa de muerte, considerando sus antecedentes, podría haber sido algún problema de corazón. Pero no una neumonía. Como otros que toman AZT y mueren demasiado prematuramente, es un típico ejemplo de víctima del AZT. Otro apunte sobre Arthur Ashe: tenía el virus en 1983, murió en 1993, diez años después, su esposa resultó VIH-negativa, ¿no pudo transmitir el VIH a su esposa? Recuerda que, oficialmente, es una enfermedad de transmisión sexual.

Probablemente usaba preservativo.

En el 83, ni siquiera sabías lo que era el VIH. Y evidentemente no usaba preservativo cuando concibió a su hija [de 5 años]. Puede que usara preservativo en los últimos dos años con el AZT -probablemente no lo necesitaría ya que una de las consecuencias del AZT es la impotencia-.

Me has dicho que cuando transportaron el VIH a los investigadores para su estudio, lo hicieron en cultivos de células-T, pero las células-T no murieron. Explica esto.

En 1984, en Science, Gallo dijo que el VIH mataba las células-T y que ésta era la causa del SIDA. También en 1984, en mayo, firmó bajo juramento para la Oficina de Patentes de EE.UU. que este mismo virus podía ser producido en crecimiento permanente en células-T humanas. Y dichas células-T están todavía creciendo en su laboratorio, en docenas de compañías en este planeta, suficientes para realizar al menos 25 millones de test por año tan sólo en este país (EE.UU.), alrededor de 20 millones en Rusia, millones a lo largo del mundo. Esas células-T todavía tienen que morir.

¿Pero algunas deben morir?

No debido al virus. A veces mueren porque la gente no las trata correctamente. Pero si las dejas a su antojo, ellas crecen, crecen, y crecen. Si el virus fuera tóxico por sí mismo para las células-T humanas, de alguna manera, la que fuera, esas células deberían estar todas muertas. Y no sólo ocurre con las células-T, puedes utilizar células-B, puedes utilizar monocitos, células cutáneas y células nasales. No hay toxicidad detectable de alguna forma en dicho virus para las células humanas en cultivos.

¿Hay alguna diferencia entre el virus producido en masa y el virus que se encuentra en el cuerpo?

Ninguna.

Déjame retomar el VIH 101, si tal cosa existe. El punto de vista ortodoxo es que las personas cuando están expuestas al virus, en algún momento -puede ser tan largo como diez años- comienzan a perder células-T, tus sistemas inmunitarios disminuyen. Las células-T se reducen a un nivel bajo crónico. Ahora, tu dices que es alguna cosa la que causa la disminución de las células-T y que tener el VIH es una coincidencia.

Eso es lo que pienso. Lo sostengo de dos formas. Hay un millón de americanos con VIH y sus células-T son normales, no desaparecen, no están mermadas. Se dice que seis millones de africanos tiene el VIH - células-T normales, menos los que cogen SIDA, que aquí son una pequeña fracción.

El VIH es uno de los virus más inofensivos que puedes tener. Los retrovirus han sido de

hecho los últimos en ser descubiertos, al menos en humanos, y eso efectivamente dice algo sobre ellos. Los virus y los microbios fueron históricamente descubiertos en función de las enfermedades que causaban. No era que la gente buscara para ver lo que podía encontrar en el microscopio. Estaban buscando algo que pudiera causar tuberculosis o sífilis, y ahora SIDA. Los últimos en ser encontrados fueron los retrovirus, porque ellos nunca hacen nada. **Encontramos el virus de la polio tomando células infectadas de un paciente de polio; tomamos células infectadas de un paciente de SIDA y encontramos el VIH. ¿Dónde está la diferencia?**

Bien, cuando miras al paciente de polio y lo miras en la perspectiva correcta encuentras abundantes virus. Miras en los nervios cuando están paralizados, miras en las tripas cuando tienen diarrea y fiebre, encuentras muchísimos virus. Ahora, miras a un paciente de SIDA y tienes problemas. Gallo tuvo problemas. El único que lo vió, y a duras penas, fue Montagnier en el 83 --sacó algunos virus de allí. Puedes exprimirlos, pero es un trabajo enorme, ya que o no hay o hay muy pocos virus.

Si te comprendo correctamente, al aislar el virus de la polio, y aplicarlo a células sanas, infectará esas células.

Mataría a esas células en ocho horas.

¿Y si aplicas el VIH a células sanas, que las ocurrirá entonces?

Las células sanas continuarán viviendo exactamente como si no hubieran sido infectadas. **Los retrovirus básicamente parecen ser virus intrusos, no quieren matar a nadie en casa, sólo pretenden moverse dentro.**

Esa es la razón por la que hemos perseguido a los retrovirus tan estrechamente durante los últimos 20 años, porque pensábamos que podían ser causa de cáncer, ya que no matan células. Es por lo que Gallo es un retrovirólogo, o David Baltimore [investigador ganador del Premio Nobel que descubrió la transcriptasa inversa] o yo; estuvimos persiguiendo este tipo de virus como posibles carcinógenos. El cáncer está causado por células que crecen sin control, no por células que se están dañando.

El VIH nunca alcanza a más de una entre 1.000 células cada día. Y cada dos días reemplazas en tu organismo el 3 por ciento de tus células. Esto es al menos 30 de 1.000.

¿Qué está debilitando el sistema inmunológico de la gente con SIDA?

Bien, claramente no puede ser el VIH. Va a ser algo distinto. Hay demasiado poco VIH, incluso en personas muriendo de SIDA, para explicar la pérdida de todas esas células. La verdad es que el establishment del SIDA me dá crédito es esta cuestión. Sin embargo, siempre está el «resolverlo ahora». Y para 4 billones de dólares [el presupuesto anual del SIDA], están solucionando el problema lentamente. Aún no lo han resuelto. Por tanto, debe ser algo más.

Tengo una hipótesis alternativa: en todos los americanos y europeos con SIDA que no tienen problemas clínicos congénitos, como los hemofílicos, o problemas clínicos adquiridos, como la gente que está enferma y necesita transfusiones, son las drogas y fármacos de una u otra forma, los causantes. Prácticamente todos los heterosexuales con SIDA son consumidores a largo plazo de cocaína o heroína. Y las drogas de consumo oral, que incluye en algún grado a la cocaína, pero principalmente las que usan los gays como afrodisíacos, o para facilitar las relaciones anales, los nitritos inhalados, y las drogas de síntesis que están utilizando.

¿Qué pasa con los antibióticos?

No es una causa específica, quiero decir que no ayudan si tomas demasiados.

¿Y el AZT?

Lo peor de todo es el AZT. 200.000 personas toman ahora AZT en este país cada seis horas. Simplemente, por tener supuestamente el virus; por dar positivo a sus anticuerpos. No necesitas explicaciones adicionales; esto mata la médula ósea directamente.

¿La cocaína y la heroína matan tu sistema inmunitario?

Bien, los efectos a largo plazo no han sido bien estudiados. Lo que todo el mundo estudia son los efectos a corto plazo. Hay, sin embargo, numerosos estudios que muestran ya a principios de siglo, un yonki asiduo tenía neumonía, pérdida de peso, demencia, diarrea, infecciones bucales, fiebres, endocarditis. Estas eran las enfermedades típicas de los yonkis. Si eres adicto a las drogas ni siquiera quieres comer, estás volando y no duermes. El insomnio y la malnutrición son las causas primarias de la deficiencia inmunológica en el mundo.

Los adictos a las drogas han sido descritos siempre con las mismas enfermedades a las que ahora se llama SIDA. Incluso de vuelta desde las Guerras del Opio en China, la imagen clásica de un adicto al opio es un tipo demacrado chupando su pipa de opio. No come, no duerme, está colocado, pierde peso, y termina con neumonía o tuberculosis.

¿Cómo explicas los casos de sarcoma de Kaposi?, ¿de donde vienen?

Este es un argumento clave para mi hipótesis de que el SIDA está causado por drogas. Los nitritos son la droga clave utilizada por los homosexuales promiscuos. Nitritos de amilo; los nitritos y derivados son sustancias altamente carcinógenas. Por tanto, ¿aumentan el riesgo de cáncer e indican dónde está el Kaposi? En la cara, el pulmón, la mano. Es exactamente dónde ellos ponen la sustancia. La ponen en la mano, la inhalan, y ahí tienes el sarcoma de Kaposi.

¿Qué pasa con los adolescentes con SIDA?

780 en los Estados Unidos en los últimos diez años. Por tanto, si los separas por años, 78 por año en un país con 30 millones de adolescentes. Un tercio son hemofílicos, otro tercio son homosexuales o prostitutas, y el otro tercio son consumidores de drogas que empezaron a los 10 u 11. Esos son tus 780 adolescentes americanos con SIDA. No son muchos. La única cifra significativa por debajo de los 20 son los niños. Bebés de uno, dos o quizás tres años, nacidos con SIDA en Europa y América. Un 80 por ciento de ellos nacen de mujeres que estuvieron inyectándose drogas durante el embarazo. Esos niños son yonkis intrauterinos. Han estado en las drogas desde antes de nacer.

¿Y el otro 20 por ciento?

Otro 5 ó 10 por ciento corresponde a condiciones congénitas como la hemofilia. Algunos son simplemente mortalidad infantil bajo un nuevo nombre, «chicos de gueto». La mortalidad infantil es mayor en este país que en otras naciones industrializadas comparables. Tenemos los barrios, donde puedes obtener los cuidados médicos que quieras, y también tenemos zonas como Harlem, Richmond, Oakland, en condiciones de extrema pobreza, que no encuentras en Europa donde tienes la medicina socializada. Inanición, malnutrición, y esa clase de cosas. Tenemos las madres adolescentes que abandonan a sus hijos, o están trabajando en la calle mientras los niños están solos en casa. Esos son los bebés americanos del SIDA.

¿Es realmente cierto que la tasa de muerte entre los hemofílicos con VIH es idéntica a la de aquellos sin VIH?

A la vista de los estudios disponibles es la misma. De hecho, la ironía es que, probablemente, es incluso menor; y te cuento como he llegado a esto. Hay 20.000 hemofílicos americanos. El 75 por ciento de ellos son VIH-positivos, el 75 por ciento - 15.000- tienen el VIH desde hace cerca de 10 años en este momento, ya que sobre 1984-85

comenzaron a testar el SIDA, y entonces eliminaron la sangre con VIH. Ahora, en los últimos 10 ó 15 años, la edad media de los hemofílicos se ha doblado. Ahora son dos veces más viejos de lo que eran hace 10 ó 15 años. El hecho es que, durante estos mismos 10 ó 15 años el tratamiento de Factor-VIII ha sido desarrollado y perfeccionado y todo el mundo lo recibe. Este es el factor de coagulación que falta en los hemofílicos, extraído de donaciones de sangre y debido a que extraes la sangre, extraes también el virus; es el Factor-VIII contaminado. Pero son cosas irrelevantes, en su mayoría inocuas, debido a que un donante de sangre no es la típica persona terriblemente enferma -no puedes tomar sangre de alguien que está sufriendo una enfermedad-. Por lo que esos son normalmente los pequeños microbios omni-presentes que no hacen daño. Como resultado cogieron el VIH. Por tanto, el tratamiento que también les dio el VIH ha doblado sus perspectivas de vida.

¿No les daña el VIH?

No. De hecho, ha desacreditado la hipótesis del virus en el mayor experimento humano que se haya hecho. 15.000 personas infectadas con el VIH. Y ahora viven el doble de lo que los hemofílicos nunca vivieron en la historia. Mejor, y más tiempo.

Es realmente un hecho aplastante. No es un experimento menor. Tenemos una población enorme: 15.000 personas con VIH. Seguro, es cierto, algunos de ellos cogieron lo que llaman ahora SIDA. Pero lo cogen menos de lo que lo hacían antes, y lo cogen debido a las transfusiones. Necesitan Factor-VIII. No está químicamente limpio, y es inmunosupresor.

¿Por qué está presente el VIH en la mayoría de los pacientes de SIDA?

Es preferencial en los pacientes de SIDA, lo reconozco. Sin embargo, también hay muchos otros microbios debido a que el típico paciente de SIDA ha cogido el VIH por «prácticas de riesgo»: ya sea uso de drogas intravenosas o promiscuidad. O por ser receptor de transfusiones. Ahora, ¿qué es lo que tienen en común esas tres cosas: los consumidores de drogas intravenosas, las personas altamente promiscuas, y los receptores de transfusiones? Coleccionan todos los microbios que están disponibles, como coleccionistas de sellos. Si recibes una transfusión no tienes que ir de compras por ahí, los tienen todos de un golpe. Los hemofílicos lo tienen por recibir transfusiones constantemente. Los consumidores de drogas intravenosas, (a) se prostituyen para pagar las drogas, y (b) comparten jeringuillas. Acuden a galerías de «picotazos», toman la misma jeringuilla hasta que se rompe en el brazo de alguien, y entonces cogen una nueva.

Por tanto, estos individuos tienen citomegalovirus, Epstein-Barr virus, Virus de Leucemia de Células-T Humana, virus de la hepatitis, virus papiloma, sífilis, gonorrea, todos estos microbios. Micoplasma, neumocistis, todas esas cosas que se encuentran abundantemente en los grupos de riesgo del SIDA y en los pacientes de SIDA. El VIH es simplemente uno de los muchos, muchísimos microbios que encuentras en esas personas.

Digamos que sólo el 50 por ciento de los pacientes de SIDA tienen el VIH, y creo que son más, pero simplifiquemos en atención al argumento. Si un millón de personas tienen el VIH, en un país de 250 millones, es el 0,4 por ciento de la población total, pero el 50 por ciento de la población con SIDA. Por tanto es un 0,4 por ciento contra un 50 por ciento.

Estoy de acuerdo. Es muy alto.

¿Por qué piensas que se da tal desequilibrio?

Un homosexual de alto riesgo tiene una media de unos 500-1.000 contactos sexuales. En el tiempo que tienes 1.000 contactos sexuales, podrías haber cogido el VIH de alguien. Y ellos mantienen contactos sexuales con personas que son igualmente activas. Por tanto, las oportunidades de cogerlo están muy incrementadas. Por tanto, estás observando a aquellos

que trabajan más fehacientemente para que un microbio raro lo encuentres concentrado. El citomegalovirus es mucho más común en la población general, pero se encuentra en un 100 por ciento de la población con SIDA. En el primer momento consideraron incluso que era la causa. Ahora nadie los busca ya. El virus de la hepatitis, otro sospechoso inicialmente para el SIDA, es raro en la población general de este país. Pero es muy, pero que muy común en los pacientes de SIDA y yonkis.

¿Y los cofactores?

Siempre hablan de los cofactores, sin embargo hay un montón de gente sana que los tiene todos combinados. Las prostitutas, por ejemplo. Encuentras prostitutas sanas, muchas. Su trabajo es la promiscuidad. Todas tienen citomegalovirus, muchas de ellas tienen el VIH, y están bien. Mientras no se metan drogas, están bien.

No crees que el SIDA sea infeccioso o causado por el VIH. Ni tampoco crees que el VIH sea transmitido principalmente mediante el sexo. Por favor, explícate.

La forma natural de transmisión de este virus no es sexual. Ningún virus podría sobrevivir si le tomara [como media] 1.000 contactos sexuales. Esto no significa que no pudiera pasar la primera vez, pero para cada individuo al que le sucede la primera vez hay otro individuo que necesita 2.000 contactos. Esto reduce la esperanza de un virus. Para evolucionar un virus tiene que encontrar un medio eficaz de transmisión. Y conocemos la vía:

perinatalmente, como todos los demás retrovirus. De la madre a los hijos. Y esto dice claramente algo que está desacreditando la hipótesis de que este virus está causando el SIDA. Algo que es naturalmente transmitido de la madre al hijo no puede ser fatalmente patogénico. Porque el parásito y el huésped morirían juntos.

Cuando miras a la madre que consume drogas y es seropositiva, entonces el hijo es seropositivo. Y un buen número de niños no tienen SIDA. Tienen el VIH y están bien.

¿No se seroconvierten dos tercios de los niños que nacen con VIH, y van de VIH-positivos a VIH-negativos?

Más o menos mitad y mitad, dependiendo de los estudios que examines. Sin embargo es lo suficientemente bueno para el virus para sobrevivir. Cuando la armada norteamericana testa a sus aspirantes, muchachos de 16-17-18 años de edad, uno entre 1.000 es positivo. Bien ¿cómo lo han cogido? ¿porque habían tenido de hecho 1.000 contactos sexuales con alguien que era VIH-positivo? [Más probablemente] este chico lo había cogido de su madre, o padre, y era positivo desde siempre y ni siquiera lo sabía, hasta que la armada le testó.

Lo que acabas de decir es interesante: el virus puede estar latente, puede no hacer nada, puede estar silente e invisible. ¿No es eso lo que la gente dice cuando habla de que tiene un período de latencia de diez años?

Digamos que te infectas hoy, y diez años después enfermas. Durante ese tiempo está latente, es verdad. Sin embargo, lo que no dicen es que, una vez que enfermas, incluso entonces, el virus permanece en la mayoría de los casos latente, y eso no es lo que se conoce por latencia. Digamos que te infectas hoy de sífilis, y una semana después tienes chancros. Durante ese tiempo, cuando no tenías síntomas, los microbios estaban relativamente latentes porque todavía había muy pocos. Estaban clínicamente latentes. Pero con el VIH, incluso cuando estás muriendo, el virus continúa latente.

Déjame recoger esta aseveración: los bebés con SIDA nacen de madres con SIDA o han nacido de madres con una terrible adicción a las drogas. Los bebés con VIH de sus padres, la mitad de las veces pierden el VIH y no desarrollan SIDA. Tienen el virus pero no las condiciones de SIDA, doquiera que hayan nacido de padres que tienen daños tóxicos, ellos también están dañados tóxicamente.

Correcto.

Estás diciendo que la menos eficiente forma de transmisión es la sexual.

La menos esperanzadora, desde el punto de vista del virus; este virus podría no seguirla nunca.

¿Por qué hay tantas mujeres que contraen el VIH y desarrollan SIDA? Parece que la mayoría no están en los grupos de riesgo, y se presume que fueron infectadas sexualmente.

«Muchas» está totalmente fuera de lugar. Son muy, muy pocas. Sólo el 10 por ciento de todos los pacientes de SIDA son mujeres, en América y Europa.

¿Pero no son el grupo que está incrementando más rápidamente?

Se ha mantenido en un 10 por ciento por bastante tiempo hasta ahora, y un 10 por ciento no es mucho en total. Son como 25.000 en diez años, esto es 2.500 por año, si estableces una media.

¿Pero cómo rebates el argumento de que las mujeres son víctimas de la transmisión sexual del VIH?

Eso es absurdo. No hay evidencias de que las mujeres estén cogiendo el VIH de los hombres más fácilmente.

Cuando la gente dice que no hay epidemia heterosexual, las mujeres dicen, eso no es verdad, las mujeres la están cogiendo. Heterosexualmente.

La primera respuesta es que virtualmente todas las mujeres que cogen SIDA-SIDA, no VIH, las puedes distinguir muy claramente: son consumidoras de drogas intravenosas. Y todo intento de conectarlas trazando contactos sexuales es virtualmente imposible con una enfermedad que se dice tiene un período de latencia de diez años. Si coges algo hoy de alguien sexualmente y diez años después enfermas, ¿cómo vas a establecer una conexión? Son evidencias totalmente anecdóticas y circunstanciales. Todavía tengo que ver un estudio que acaso diga, éste me lo pegó a mí hace diez años y ahora tengo demencia. No hay nada de eso.

¿Porqué no hay una epidemia heterosexual de SIDA?

No la hay. El SIDA ha continuado incrementándose a pesar de la campaña de sexo seguro.

Pensaba que estaba decreciendo.

Lo único que proclaman es el descenso de la infección por VIH, pero el SIDA continúa incrementándose cada año. El fallo de la campaña de sexo seguro argumenta contra la transmisión sexual del SIDA en este punto. Cuando les señalas esto ellos dicen, oh, hubiera sido incluso peor si no hubiéramos hecho esto.

Se dice que hay 7.000 personas en los EE.UU. con SIDA de las que llaman «sin riesgo identificado». ¿Lo sabías? Es una cifra muy grande.

Divídalo entre 10 años y obtiene la incidencia anual de 700. Entre 250 millones de americanos. Es una cifra increíblemente baja. Es tan pequeña como la incidencia natural de esas enfermedades en las personas VIH-positivas. Hay un millón de americanos VIH-positivos; cada año, simplificando, un uno y medio por ciento de cualquier población morirá. Un uno y medio por ciento de un millón son 15.000. Por tanto fuera de esos 15.000, 700 podrían ser diagnosticados como SIDA debido a que podrían tener también anticuerpos. Y estamos mirando aquí a 25 enfermedades. Esa es la incidencia normal de tales enfermedades en las personas VIH-positivas de América.

Para aclararnos, el Departamento de Salud Pública del Condado de Cook, que registró los 7.000 pacientes llamados casos «sin riesgo identificado», dice que la mayoría de tales casos han sido reclasificados en -textualmente- «una de las formas

conocidas de transmisión». En otras palabras, al final, en un grupo de riesgo.

Sí, creo que en Alemania tienen 30 «casos heterosexuales». Si no pueden encontrar un grupo de riesgo entonces se llama caso heterosexual. Esto corresponde a la incidencia normal de [esas enfermedades] en las personas con o sin VIH.

Newsweek informó sobre un hombre que hace diez años cogió el VIH de una transfusión, y diez años después no sufría síntomas ni pérdida de la función inmunológica. Rastrearon al donante y encontraron que ninguna de las otras personas infectadas tenía ningún síntoma, y el propio donante estaba tan sano como la gente que había recibido su sangre. Lo explicaron como una «cepa inocua». ¿Existe algo así? Se que piensa que el VIH es inocuo, pero ¿hay casos en que un virus es dañino e inocuo?

Puedes tener variantes inocuas de cualquier virus. Sin embargo, esto no es muy fácil de demostrar para el VIH. Lo intentaron, lo secuenciaron, han examinado al VIH. Pero no hay ninguna evidencia en ningún sentido de que haya una variante inocua y otra dañina. Nada. **Están diciendo que han encontrado cepas inocuas y están pensando en utilizarlas como vacuna.**

Bien, te encuentras con personas que no enferman. Hay un millón de virus VIH inocuos en los americanos, todos los que no están enfermos. Cuando enferman, entonces repentinamente, el virus es dañino. Por tanto, esto es totalmente arbitrario e hipotético. No hay ni un solo estudio que muestre un gen inocuo o un gen maligno del VIH. En otros virus donde se ha hecho ocasionalmente, han señalado que cuando lo separas, cuando quitas esta parte, de repente se vuelve inocuo; pasan a estar, como nosotros decimos, atenuados. En las cepas del VIH, a pesar de los intensivos esfuerzos y cientos de miles de informes sobre el asunto no hay ni un solo estudio que haya sido alguna vez capaz de señalar una distinción entre el tan nombrado VIH inocuo y el VIH fatal. Siempre es el mismo.

¿Cómo es que el gobierno continúa, imperturbable, con la idea de que existe tal cosa, una cepa distinta? ¿Por qué otros científicos no dicen que es imposible?. Hemos visto la estructura genética del tan nombrado virus inocuo y son los mismos del tan nombrado dañino.

Sí, podrían decirlo y estimar lo popular que podría ser, y cuanto dinero podrían obtener la próxima vez que pidan subvenciones para el VIH.

¿Qué pasa con la gente que no solicita subvenciones para el VIH?

No podrían secuenciarlo, no podrían estar equipados, no podrían tener tiempo para analizarlo. Y me gustaría decirte que cerca de 50 millones de fumadores americanos fuman cigarrillos inocuos excepto por los 20.000 o 30.000 que desarrollan cáncer de pulmón -ellos fuman cigarrillos fatales-.

Newsweek -éste es Newsweek, uno de los periódicos más respetados del mundo- dijo: «pocos [virus] evolucionan tan rápido como el VIH. Enfrentado a un medicamento o una reacción inmune el virus mata fácilmente fuera de su rango.» ¿Lo hace?

Esta aseveración de que los virus pueden mutar por sí mismos es absolutamente estúpida. Ignora completamente que un virus es un parásito, es completamente dependiente del huésped. Pende de un hilo del huésped y el hilo está muy tirante y es muy corto. Si avanza un paso más allá de este hilo, está muerto.

¿Qué quieres decir?

El virus es lo que puede decir un parásito obligado, como dependiente del huésped, como el bebé nonato de la madre. En teoría el virus puede mutar enloquecidamente. ¿Pero ayudaría esto al virus si ya no pudiera parasitar al huésped por más tiempo? Entonces estaría muerto.

El virus es simplemente una pieza de información, todo lo que el virus haga depende enteramente de la célula. Necesita los ribosomas celulares, necesita los aminoácidos celulares, los trifosfatos y las proteínas.

Por tanto estás diciendo que si muta hasta un punto en que es profundamente diferente...

¿Profundamente? Sólo un poquito. Está totalmente colgado de un hilo, tiene muy poco espacio para mutar. Tiene que ser compatible con la célula en su totalidad.

¿Qué pasa con el virus de la gripe, el que siempre muta?

Muta, todos los virus mutan, pero de una forma muy limitada. Realmente, eso fue lo que me dio fama. En 1968 encontré el por qué: tienen cromosomas diferentes. Este [virus de la gripe] es uno de los raros virus con cromosomas múltiples, de hecho fue la primera vez que se vio en un virus. Y le proporciona la habilidad adicional de recombinarse.

¿Por qué el VIH no puede hacer lo mismo? ¿Por qué no puede recombinarse?

Porque no tiene cromosomas segmentados. Y los virus con un genoma solitario [información genética] no pueden recombinarse, sólo pueden intercambiarse de una forma muy pequeña, muy limitada.

Y el VIH tan sólo tiene un genoma. Entonces, han examinado y descubierto que el VIH no tiene la capacidad de recombinarse.

Tiene la capacidad pero no cambia, como la gripe, porque todos los VIH están estrechamente relacionados. Todos tienen un genoma, por tanto si recombinas un genoma con otro, son casi idénticos y no tienes nada nuevo, ni una recombinación diferente. Están las gripes avícolas y gripes porcinas y gripes humanas y todas pueden recombinarse. Pero los VIH son todos humanos, y son virtualmente idénticos. No podrías crear lo que nosotros llamamos un nuevo «rango de huésped», o un nuevo tipo patológico. Las mutaciones espontáneas que describe el artículo del Newsweek no le ayudarían, debido a que casi todas las mutaciones espontáneas serían fatales para el virus. Y aquellas que no fueran fatales no supondrían ninguna diferencia. Todavía tenemos que ver un sólo caso donde un VIH mutante que haya sido aislado pueda hacer algo que otros VIH no puedan.

La impresión dada es que este virus está mutando como algún tipo de monstruo y que no hay vacunación contra él.

Esta es la fantasía de un escritor de ciencia ficción no licenciado. En un aula, es muy posible, pero en el laboratorio de la vida es ridículo. Aquí va un ejemplo justamente de cómo de restrictivo es realmente el rango de las mutaciones del VIH: los anticuerpos contra todas las cepas del VIH detectadas en todas las personas en todo el mundo son detectados porque reaccionan cruzadamente con la misma cepa del VIH que aisló Montagnier en 1983.

Pero tu no eres el único hombre que conoce esto del virus. Las personas que trabajan con el virus lo secuencian regularmente y vienen con las teorías de que está mutando.

Si saben que esto no es posible, ¿por qué no lo dicen?

Creo que algunos de ellos ni siquiera lo saben, porque nunca han pensado sobre ello. Están tan habituados a una manera de pensar que no consideran en absoluto las alternativas. No quieren considerarlas, y si las consideran están fuera del pensamiento del colectivo. Son inmediatamente muy impopulares, como yo.

Lo que les cuesta dinero.

Lo que les sale carísimo. Si estás dentro del pensamiento colectivo renuncias a pensar otras cosas que las que el colectivo piensa. Piensas un buen rato sobre la longitud de onda que te permiten. Si dices que no hay ninguna manera de que pueda haber un gen dañino o un gen no dañino -si hubiera tal gen podríamos haberlo encontrado en nueve años y podríamos

haber visto la diferencia-. Si dices eso entonces, esencialmente, fuerzas una discusión sobre porqué un millón de personas VIH-positivas nunca enferman de ello. Puede, entonces, que el virus no sea la causa.

¿Qué pasa con los casos de homosexuales que han caído en el SIDA, son VIH positivos, no tienen historial de uso de drogas recreativas, y no han tomado AZT?

Bien, mira, eso es lo que estoy buscando. Es mi batalla con John Maddox [editor de Nature] y con gente que está realmente fabricando datos [Ascher y col., en Nature, 11 de marzo, 1993]. Aducen tener tal grupo que no ha tomado ninguna droga. Cuando analizo los datos, se resuelve que no hay ni una sola persona en su estudio que estuviera libre de drogas, presenté esta crítica a Maddox, pero su respuesta fue: no puedo responderle más. Fui censurado.

John Maddox escribió un editorial en el número del 13 de mayo, diciendo que tus cuestiones eran «cuestiones retóricas incontestables» y el «repertorio de un debate de sociales de estudiante». ¿Cómo te sientes ante esto?

Posiblemente sean incontestables para John Maddox. Él no es el único lector de su publicación. Debería haber muchos científicos, probablemente ellos podrían responderlas. La única forma de comprobarlo es presentando estas cuestiones que él ha rehusado durante tres o cuatro años. He estado negociando con él, como reconoce su artículo, para presentar esas cuestiones en su publicación, y nunca aceptó esa propuesta.

¿Entonces estás diciendo que tus cuestiones son legítimas y que permanecen incontestadas porque están censuradas?

De hecho, en su artículo, dice que algunas, de esas cuestiones son legítimas. El progreso en la ciencia depende enteramente de la comunicación, el debate, la interacción entre científicos, el intercambio de ideas. Él está interrumpiendo esto mediante la censura.

¿Hay alguna área de la teoría del VIH como causa sobre la que no estés seguro, que pienses que sea pausable o que no sientas que puedas explicar?

Ninguna más. Absolutamente nada más.

¿Entonces estás más convencido que nunca?

Si. Ni siquiera veo un área de duda que quede suelta. Solía ver alguna, pero ya no las veo.

¿Cuál fue la última que viste y que ya no ves?

Estaba algo impresionado, más o menos, por lo que ellos presentaban como la perfecta correlación entre el VIH y el SIDA. Sin embargo, ya me percaté de que la correlación está más lejos de ser perfecta de lo que pretenden; esto es, realmente, bastante poco impresionante.

¿Cuánta presión sientes que se te agolpa con una teoría alternativa cuando la gente dice, «De acuerdo, si no piensas que el VIH causa el SIDA, ¿qué lo hace?»?

No siento ninguna presión más que la que pienso puedo aportar por medio de pruebas. Quiero decir, he pensado sobre ello, sí, pensé en qué otra cosa podría ser, y pienso que lo habría dejado si no hubiese podido ver otra explicación. Si no creo en Santa Claus, entonces no tengo que buscarme otro Santa Claus.

Esto no te saca de las sombras. Si el CDC me dice que un tercio de todos los pacientes de SIDA americanos, principalmente todos heterosexuales, son consumidores de drogas intravenosas, diría que es un buen comienzo, ¿no es así? Los primeros 80.000 me los entregó en mano el CDC. También se me dijo, mediante el NIH y el CDC, que el virus tenía un periodo de latencia de diez años, que yo traduje como un eufemismo de diez años de consumo de drogas.

De acuerdo, la última pregunta: Desde que la comunidad gay está unilateralmente

ofendida por tu sugerencia de que el SIDA es resultado de un estilo de vida destructivo, ¿has sentido alguna vez que deberías cambiar la forma en que hablas sobre el SIDA y su causación?, y ¿hay algo que te haría parar y abandonar esta lucha, porque estás casi solo en ella?

Bien, no mientras continúe siendo científico. La obligación de un científico es encontrar la verdad, encontrar la base científica de un problema. Por tanto, vas hacia ella independientemente de las consecuencias políticas, morales y éticas. Miras a la que es la causa pausable, y a la que es la verdad última.

Un científico no es halagador de masas políticamente correcto. Se le atribuye el encontrar la causa de las enfermedades. De otra forma, obtenemos lo que tenemos ahora: intentamos contentar a los gays aprobando el AZT, y ahora 200.000 de ellos están muriendo por ello, y continuamos diciéndoles que «eso es lo mejor que podemos hacer por vosotros, chicos», porque mezclamos política con ciencia. No son compatibles. La ciencia es amoral. La naturaleza no sabe de moral. Si nuestros pares y nuestro gobierno actuaran científicamente, podrían recompensarnos con la verdad científica, no con la corrección política. Lo que estamos haciendo ahora es remunerar con corrección política, y estamos pagando el precio por ello. Un precio muy alto, cuatro billones de dólares y 50.000 muertes al año.

Contacto: Dr. Peter Duesberg. Departamento de Biología Molecular y celular. 229 Staley Hall. Universidad de California. Berkeley, CA 94720. USA. Teléfono: 510.643.64.55.

Notas:

1. Una prestigiosa revista científica americana.
2. Hemos publicado sus opiniones en los números 35, 36 de la revista de Medicinas Complementarias.
3. Su documentado y amplio trabajo sobre el tema está traducido en nuestro número 37.
4. Actualmente con la técnica de amplificación PCR se detectan más, pero el propio descubridor de esta técnica, Kary Mullis, Premio Nobel de Química 1993 no cree que el virus sea la causa del SIDA. Ver entrevista en el n° 36 de la revista de Medicinas Complementarias y en este mismo libro.
5. Se refiere a individuos diagnosticados como seropositivos con test más que cuestionables. Ver su artículo en el n° 35, y otros en el n° 36 de la revista de Medicinas Complementarias.

Publicación: Artículo publicado en el libro «Repensar el SIDA». Edita: Asociación de Medicinas Complementarias (A.M.C.).

iii.-LOS AGENTES ESTRESANTES INMUNOLÓGICOS SON LA VERDADERA CAUSA DEL SIDA

Breve resumen de los puntos de vista de Roberto Giraldo, MD
sobre las causas y soluciones del SIDA, septiembre 2004*



CONTENIDO

- (1) El VIH no puede ser la causa del SIDA**
- (2) Las verdaderas causas del SIDA**
- (3) Propuesta de definición para el SIDA**
- (4) Las “pruebas para VIH” no son adecuadas**
- (5) Por qué se cometió el error acerca de las causas del SIDA**
- (6) Alternativas para el tratamiento y la prevención del SIDA**
- (7) Conclusiones**
- (8) Referencias**

(1) El VIH no puede ser la causa del SIDA

Existen abundantes hechos científicos que indican como el denominado virus de la inmunodeficiencia humana o VIH, no cumple los requisitos de la epidemiología, los de la biología, ni los del sentido común para ser la causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA (1-22).

El VIH no es ni necesario, ni suficiente, ni siempre antecede al desarrollo del síndrome (3,4,12,20). Así lo constatan los miles de casos de SIDA que son VIH negativos (23-26) y toda una multitud de personas absolutamente sanas y que nunca desarrollan SIDA, a pesar de ser VIH positivas (27-29). Además, hay muchos individuos que primero desarrollan inmunodeficiencia y sólo después se tornan VIH positivos (30-33); lo cual indica que el fenómeno conocido como VIH antes que ser causa, es un efecto de la patogénesis del SIDA.

El VIH sí existiera, de todas maneras por ser un retrovirus, no podría ser un virus patógeno y por lo tanto no podría explicar las alteraciones inmunológicas, ni la patogénesis, ni las manifestaciones clínicas, ni la historia natural del SIDA (2-11). Sin embargo, existe una abundante documentación objetiva que señala como lo que conocemos como VIH, ni siquiera es un virus con existencia real. El VIH jamás ha sido aislado ni purificado como partícula viral (virión) libre e independiente (34-38), como se hace con los virus verdaderos.

Como tampoco ha podido demostrarse que el fenómeno conocido como VIH destruya al sistema inmune y cause el SIDA, los investigadores que defienden entusiastamente al VIH como la causa del síndrome, proponen a una gran variedad de agentes como

cofactores o ayudadores del VIH en la génesis del SIDA (39,40). Sin embargo, esos “cofactores” son por sí mismos agentes inmunosupresores y las exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a ellos generan SIDA sin necesidad de la presencia del VIH. Por esto prefiero llamar a esos “cofactores” agentes estresantes inmunológicos (14-20).

Los siguientes son algunos de los agentes inmunosupresores que han sido reportados como “cofactores” del VIH (agentes estresantes inmunológicos): Alcohol, cocaína, heroína, marihuana, cigarillo, anfetaminas, nitritos volátiles como los denominados “poppers”, contaminantes químicos del medio ambiente, alergenicos, citomegalovirus, virus herpes tipos 1, 2 y 6, herpes zoster, virus de Epstein Barr, adenovirus, otros retrovirus, virus de las hepatitis A, B y C, papovavirus, micoplasmas y otros superantígenos, tuberculosis, lepra, malaria, tripanosomiasis, filariasis y otras enfermedades tropicales, enfermedades de transmisión sexual, semen, sangre, factor VIII de la coagulación, miedo, temor, ansiedad, depresión, pánico, insomnio, falta de reposo, ejercicio extenuante, malas condiciones sanitarias, pobreza, malnutrición y las deficiencias vitamínicas y de antioxidantes (41-58).

El estudio cuidadoso de la literatura científica permite concluir que el SIDA no es una enfermedad infecciosa y que tampoco se transmite sexualmente (1-22). La transmisión vertical del SIDA de la madre al feto durante el embarazo y el parto o a través de la leche materna son simples mitos o suposiciones sin ninguna evidencia objetiva (59-61). La transmisión del SIDA por la sangre supuestamente infectada con el VIH, tampoco es cierta (7,13). Inclusive, investigadores que defienden al VIH como la causa del SIDA, también cuestionan con argumentos muy convincentes el mito de la transmisión del SIDA (62-66).

De otro lado, las personas “VIH negativas” que tienen niveles normales de nutrientes y de antioxidantes no seroconvierten a “VIH positivos” o “seropositivos” (67-69). Además, las personas “VIH positivas” que tienen niveles sanguíneos normales de nutrientes y de antioxidantes nunca desarrollan el SIDA (70-82). Inclusive la muerte de las personas que desarrollan el SIDA, depende mucho más de sus alteraciones y deficiencias nutricionales que de cualquier otro factor (82-89). Se ha demostrado además, que las madres embarazadas “VIH positivas” que tienen niveles sanguíneos normales de nutrientes y de antioxidantes durante el embarazo, dan a luz a bebés “VIH negativos” (90-96). Por lo tanto se requiere disminución de los niveles sanguíneos de nutrientes y de agentes antioxidantes para que ocurra la “seroconversión” o lo que se conoce como “transmisión del VIH/SIDA” y lo mismo se requiere para que ocurra el progreso de “seropositivo” a desarrollar las manifestaciones clínicas del SIDA, así como la posibilidad de morir de este síndrome. Lo anterior indica claramente que la disminución de los niveles sanguíneos de nutrientes y de antioxidantes juega un papel crucial en la patogénesis del SIDA así como en el curso y pronóstico de la enfermedad.

(2) Las verdaderas causas del SIDA

La circunstancia realmente nueva que rodea a todos los grupos de personas que con mayor frecuencia desarrollan el SIDA, es su exposición exagerada en las últimas

décadas, a una variedad de agentes estresantes inmunológicos que pueden tener un origen químico, físico, biológico, mental y nutricional (14-20).

Por ejemplo, lo nuevo en algunos sectores de la comunidad homosexual de los países industrializados es el uso de afrodisíacos y drogas psicoactivas iniciado en la década del setenta (5,9-11,97,98). En estos mismos países desarrollados, los niños que nacen con SIDA, nacen de madres expuestas durante el embarazo a drogas psicoactivas y a otros agentes estresantes (10,11,99,100). En cambio, en el África, el Asia y el Caribe las circunstancias nuevas son los niveles insostenibles de pobreza a que han sido sometidos sus habitantes durante muchas décadas. Nunca antes la pobreza había sido tanta y tan generalizada y la riqueza tanta y tan concentrada en las manos de unos pocos (101-104). En estos países subdesarrollados la pobreza con todas sus consecuencias como la malnutrición, la falta de agua potable, la mala disposición de excretas y basuras, las infecciones y los parásitos son el principal factor de riesgo para el SIDA (17-22).

Los agentes estresantes inmunológicos varían por lo tanto de persona a persona, de grupo de riesgo a grupo de riesgo y de continente a continente.

De otro lado, es importante mantener en mente que las evidencias científicas indican claramente que las enfermedades degenerativas del adulto dependen en gran medida de las condiciones nutricionales de la madre durante el embarazo (105-114). De igual manera, las deficiencias nutricionales durante el embarazo dan por resultado que los bebés nazcan con deficiencias inmunológicas, las cuales los pueden acompañar por el resto de sus vidas (115-119). En animales de experimentación por ejemplo, las consecuencias de la malnutrición durante el embarazo se traducen en inmunodeficiencias de los animales recién nacidos y estas deficiencias inmunológicas se transmiten hasta por tres generaciones, así las generaciones intermedias hayan sido bien alimentadas (115,120).

En los países pobres por lo tanto, la pobreza no es un hecho estático: Las evidencias científicas indican que las consecuencias de la pobreza se han estado transmitiendo de generación en generación en forma acumulativa.

El hecho de que exista SIDA tanto en países pobres como en los ricos es un indicativo claro de que nuestra especie está en peligro: el cuerpo humano ya no aguanta más explotación, ni más tóxicos, ni más pobreza, ni más desnutrición, ni más abuso de todo tipo!

Coincidentalmente, el SIDA aparece en distintos y distantes grupos de personas en la segunda mitad del siglo veinte, en un momento cuando el sistema inmune de los humanos ya está saturado y se ha deteriorado seriamente, debido a exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a agentes estresantes para el sistema inmunológico (14,21). Exposiciones que pueden ser involuntarias a través de las condiciones de vida a que son sometidas las personas y a veces voluntarias a través del estilo de vida a que son forzadas.

En las últimas décadas, estos agentes estresantes han estado en aumento constante tanto en cantidad como en variedad, en todo el planeta (14,21,121,122). Las posibilidades del sistema inmune no son infalibles ni infinitas. Ellas tienen límites. El SIDA es el peor estado de deterioro al que puede llegar el sistema inmune de las personas. En el SIDA no solamente el sistema inmune sino todos los demás sistemas corporales se encuentran seriamente deteriorados. Con el SIDA se inaugura por lo tanto, una nueva época en la historia de las enfermedades del hombre (123). El incremento de agentes estresantes en el ecosistema humano, está poniendo en serio peligro la preservación de nuestra especie (14,21,123). El SIDA es una campana de alerta! Sin embargo, el VIH no permite ver la grave situación en que se encuentra sumida la especie humana.

Abundantes hechos reales indican, como una variedad de agentes estresantes para el sistema inmune, de origen químico, físico, biológico, mental y nutricional, son los verdaderos agentes etiológicos o causales del SIDA (14-17,123). Los agentes estresantes inmunológicos actúan por sí mismos o estimulan la producción de radicales libres del tipo de los agentes oxidantes, los cuales causan daño entre otras muchas, a las células y a las funciones inmunocompetentes (15,16,123). Desde el punto de vista bioquímico, el SIDA es una enfermedad por exceso de estrés oxidativo (12,15,16,124-130). Esta es la razón por medio de la cual los agentes antioxidantes tienen un papel crucial en el tratamiento y en la prevención del SIDA (132-136).

(3) Propuesta de definición para el SIDA

Para evitar continuar confundiendo a las personas de que VIH y SIDA son una misma cosa, y como lo que se conoce como VIH no es la causa del SIDA y además, como nunca se ha demostrado que este sea un virus real, la palabra VIH debe quitarse de la definición del SIDA.

Sin embargo, cuando las personas escuchan o leen nuestros argumentos de que el VIH no existe, piensan que el SIDA tampoco existe puesto que se les ha hecho creer que VIH es igual a SIDA y viceversa. El mundo ha sido desorientado por las instituciones internacionales encargadas de la salud pública que predicán la ecuación: VIH = SIDA = MUERTE. Claro que existe SIDA! pero no es causado por un virus llamado VIH, simplemente porque su existencia jamás se ha demostrado a nivel empírico.

Puede y debe entenderse al SIDA como la más severa de todas las inmunodeficiencias adquiridas, siendo este un síndrome tóxico y nutricional causado por exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a agentes estresantes para el sistema inmune, y cuya distribución varía dentro de los grupos de personas que con mayor frecuencia desarrollan el síndrome (15,16,123). Los agentes estresantes inmunológicos ejercen efectos inmunotóxicos, inmunogénicos o ambos, los cuales generan un estado de estrés oxidativo en las células inmunocompetentes y en las reacciones metabólicas del sistema inmune y de otros sistemas (123). El deterioro progresivo y continuo del trabajo del sistema inmune, lleva al individuo a un déficit severo de las funciones inmunológicas de defensa, homeostásis, y vigilancia, con la subsiguiente aparición

simultanea de infecciones, neoplasias y alteraciones metabólicas. El colapso del sistema inmune causa eventualmente la muerte del individuo (123) (Figure 1).

Antes de que apareciera el SIDA a principios de la década de los ochenta del siglo XX, ya existían otras inmunodeficiencias adquiridas pero jamás de la intensidad y severidad del SIDA. Antes de 1981, las personas con inmunodeficiencias adquiridas presentaban manifestaciones clínicas del deterioro de una o máximo dos de las funciones fundamentales del sistema inmune: defensa contra agentes nocivos, vigilancia del crecimiento de tumores y equilibrio homeostático de todos los sistemas corporales. Pero con el SIDA ocurren ya al mismo tiempo, en forma simultánea y en el mismo individuo, manifestaciones clínicas de deficiencia de las tres funciones del sistema inmune; y por esta razón el SIDA se manifiesta clínicamente por medio de infecciones oportunistas, tumores oportunistas y enfermedades metabólicas oportunistas. Oportunistas, puesto que sólo se presentan después de que exista un estado de inmunodeficiencia severa.

(4) Las “pruebas para VIH” no son adecuadas

Las denominadas pruebas para el VIH (ELISA, Western blot, Carga Viral) no son sensibles ni específicas para detectar infección pasada o reciente con el VIH (34-37,136-139).

Mientras no se haya aislado y purificado al VIH y mientras persista la duda acerca de su existencia como un virus verdadero, no es posible garantizar que los resultados positivos en estas pruebas indiquen infección por el VIH (35,37).

Ni Luc Montagnier en el Instituto Pasteur de Paris, ni Robert Gallo en el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, ni Jay Levy en la Universidad de California aislaron al VIH como ellos lo sostienen en *Science* (140-142). Estos investigadores simplemente observaron en cultivos de linfocitos de personas con SIDA o a riesgo de desarrollarlo (estimulados con mutágenos y otros agentes oxidantes), algunas proteínas, algunas enzimas y fragmentos de ácidos nucleicos, pero jamás aislaron partículas virales libres e independientes, pues ni siquiera siguieron los pasos establecidos internacionalmente para el aislamiento de retrovirus (143,144). Como pensaron que tenían a un virus desintegrado, con las proteínas aisladas de los cultivos prepararon antígenos para detectar anticuerpos en contra de estas proteínas que supuestamente pertenecerían al VIH (pruebas de ELISA y de Western blot); y con los fragmentos de ácido nucleico prepararon los reactivos para la prueba de PCR, llamada arbitrariamente “carga viral”. Sin embargo, tanto las proteínas, las enzimas, como los fragmentos de ácidos nucleicos pueden perfectamente corresponder a “proteínas del estrés” (145-148) liberadas por las células de los cultivos estimulados u oxidados o por las células de las personas que han estado sometidas crónicamente a muchos retos antígenicos y tóxicos con el subsiguiente estrés oxidativo, como ocurre con los grupos de personas que con mayor frecuencia desarrollan el SIDA.

Las personas que reaccionan positivamente en estas pruebas no están infectadas con el virus que supuestamente causa el SIDA, denominado arbitrariamente “virus del

SIDA”. Estas personas reaccionan positivamente en dichas pruebas, por haber estado expuestas a muchos retos antigénicos y tóxicos y por lo tanto sus sistemas inmunes están oxidados y debilitados y esta es la razón por la cual estas personas tienen un mayor riesgo de desarrollar el SIDA (15,16) y por lo tanto deberán tomar precauciones por el resto de su existencia.

El fenómeno conocido como VIH es entonces un marcador de intoxicación crónica e inmunodeficiencia (17,22,149) pero no es la causa del SIDA, antes por el contrario, el fenómeno VIH es una consecuencia de la patogénesis del SIDA (17,20,22).

Por lo tanto, ser “VIH positivo” o “Seropositivo” no indica estar infectado sino estar intoxicado u oxidado; no indica tampoco haberse “infectado” a través de sus relaciones sexuales, ni durante el embarazo, el parto ni la lactancia. Las personas VIH positivas tampoco tienen peligro de infectar a nadie, puesto que jamás se ha demostrado que el VIH sea un virus verdadero.

(5) Por qué se cometió el error acerca de las causas del SIDA

Este error se cometió debido a cinco factores fundamentales: prejuicio microbiológico, homofobia, racismo, corrupción social y crisis del establecimiento científico.

5.1. Prejuicio microbiológico. El exceso de teoría infecciosa o prejuicio microbiológico en la mente de investigadores, profesionales de la salud, periodistas y en el público en general, ayudó a que se cometiera este error y lo mantiene y perpetúa. Este prejuicio proviene de la exageración de la teoría germinal promulgada por Pasteur y Koch, la cual brindó a su tiempo beneficios a la medicina. Desafortunadamente, hoy se sigue pensando como a finales del siglo XIX, que todo es infeccioso, que todo se contagia y que debe haber un microbio que lo cause. El mundo se preparó a través de un siglo de pánico a los microbios, para cometer el error acerca de la etiología del sida. No había manera de evitarlo.

5.2. Homofobia. El hecho de que los primeros casos del SIDA se presentaran en hombres de la comunidad “gay” Americana ha aumentado los instintos homofóbicos de todas las esferas de la sociedad contemporánea. Debido a la alta frecuencia del SIDA en hombres homosexuales de países industrializados, se decidió arbitrariamente que esta enfermedad se transmitía por relaciones sexuales anales, sin embargo, no existe ninguna evidencia científica de la llamada transmisión sexual del SIDA.

5.3. Racismo. El hecho del incremento del SIDA en la comunidad negra americana y en las comunidades pobres del Africa, ha permitido que investigadores estadounidenses y europeos propongan que el SIDA se originó en el Africa debido a relaciones inapropiadas entre africanos y animales (150-152); para lo cual tampoco existe ninguna evidencia objetiva. Son simples concepciones racistas en las mentes de algunos investigadores que defienden al VIH como la causa del SIDA.

5.4. La corrupción de todas las esferas de la sociedad es otro factor que ayudó a que se cometiera el error y lo perpetúa (153-155). Muchos investigadores trabajan no por el

interés de servicio a sus semejantes, sino por conseguir fama, reconocimientos y premios (153). El caso de la mala conducta científica del Dr. Robert Gallo del Instituto Nacional de Cancer de los Estados Unidos, en sus investigaciones para “inventar” (no descubrir) al “virus del SIDA” es de conocimiento de la comunidad científica internacional y del público (156).

Además, se ha creado una industria del SIDA muy rentable y aquellos cientos de miles que se benefician de ella, se oponen y se opondrán con todas sus fuerzas a que se corrija el rumbo (157,158).

5.5. Otro de los hechos que mas favoreció llegar al error cometido está en la crisis que vive el establecimiento científico y por consiguiente en sus fallas en la metodología investigativa, es decir, en el incumplimiento de los requerimientos epidemiológicos (159). Ninguno de los postulados en que se basa la teoría infecciosa del SIDA cumple los requisitos del método investigativo. El SIDA no cumple los postulados de Koch (160,161) ni los demás requisitos de la epidemiología para ser una enfermedad infecciosa (162-167). Ninguna de las bases de la hipótesis VIH-sida, ha sido demostrada a nivel objetivo. No son más que simples suposiciones teóricas creadas por las mentes de los generadores de esa teoría.

Prácticamente, el mundo entero se acostumbró a creer todo lo que nos dicen los llamados hombres de ciencia. Infortunadamente en la actualidad, la capacidad crítica y de cuestionamiento de las personas es prácticamente nula. No se piden las pruebas necesarias para las afirmaciones aparentemente científicas y con frecuencia los asuntos de la ciencia se definen en ruedas de prensa (168-170).

La peor epidemia que sufre el mundo contemporáneo, es una epidemia de crisis del establecimiento científico (168-173). Esta es mucho más extensa que la epidemia del SIDA. La creencia internacional de que el SIDA es una enfermedad infecciosa y de transmisión sexual, es una de las consecuencias de la crisis del establecimiento científico. Y sobrevendrán más consecuencias, a no ser que corrijamos el rumbo y tomemos una vía pavimentada con una metodología investigativa auténticamente objetiva.

La comunidad científica se ha equivocado muchas veces en el último siglo al considerar infecciosas muchas enfermedades que no lo son, como sucedió con la pelagra, el escorbuto y el beriberi, para mencionar sólo algunos ejemplos (8,16). El error cometido esta vez con el SIDA, tiene una magnitud muchísimo mayor por las repercusiones catastróficas sobre miles de personas que sufren de este síndrome tóxico/nutricional en diferentes grupos sociales de todos los continentes. La culpabilidad del error cometido con el SIDA, recae sobre algunos pocos investigadores e instituciones de salud del gobierno de los Estados Unidos como los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC) y los Institutos Nacionales de Salud, a los cuales les hace eco la Organización Mundial de La Salud y la ONUSIDA, estas dos últimas, agencias de las Naciones Unidas (ONU). La mayoría de las personas del mundo, simplemente le creyó ciegamente a los “hombres de ciencia” del norte.

(6) Tratamiento y prevención del SIDA

El enfoque del SIDA como enfermedad tóxica, nutricional y oxidativa permite que esta pueda tratarse, prevenirse y erradicarse en forma efectiva, fácil y barata (174,175), como se esta logrando en muchos paises.

Para el tratamiento del SIDA deben aplicarse los principios básicos del tratamiento de las enfermedades tóxico-degenerativas crónicas: Debe suspenderse al máximo posible la exposición a agentes estresantes, desintoxicar los órganos y sistemas intoxicados y estimular al sistema inmune y otros que se encuentren debilitados (174-176). Ocho pasos fundamentales deben seguirse para el tratamiento y la prevención del SIDA: [http://www.robertogirardo.com/esp/articulos/Tratamiento y Prevencion 2002.html](http://www.robertogirardo.com/esp/articulos/Tratamiento_y_Prevenccion_2002.html)

- (I) Señalar las causas reales del SIDA
- (II) Diagnosticar con bases clínicas y de laboratorio
- (III) Evitar exposición a agentes estresantes inmunológicos
- (IV) Desintoxicar al sistema immune y otros sistemas
- (V) Estimular y regenerar al sistema immune y otros sistemas
- (VI) Tratar las manifestaciones clínicas del SIDA, cuando se presenten
- (VII) Preferir medidas naturales
- (VIII) Hacerlo en el momento adecuado

Medicamentos tales como el AZT, inhibidores de proteasa y otros antiretrovirales similares, deben eliminarse del tratamiento y de la prevención del SIDA, debido a que son agentes inmunotóxicos que contribuyen a generar el síndrome (177-183).

Tampoco tiene sentido utilizar medicamentos para impedir la replicación del VIH, puesto que nunca se ha demostrado científicamente que este tenga algún papel causal en la patogénesis del SIDA. Además, es absurdo tratar de destruir a un virus cuya existencia jamás se ha demostrado.

Los inhibidores de proteasa son medicamentos altamente tóxicos para todas las células humanas, pues todas utilizan proteasas para sus reacciones metabólicas (178). Sin embargo, la acción antioxidante de los inhibidores de proteasa (184) hace que al comienzo de su uso haya una disminución transitoria de la prueba conocida como “carga viral” que no es otra cosa que carga de oxidación o intoxicación. Pero la misma acción y aún mejor puede lograrse, en forma permanente, con agentes antioxidantes y además, sin las acciones tóxicas de los inhibidores de proteasa sobre todos los órganos y sistemas corporales.

El control y la erradicación del SIDA son por lo tanto fácilmente posibles y ello depende del que se eviten las exposiciones a agentes estresantes inmunológicos, se desintoxique al individuo y se estimulen los órganos y sistemas debilitados (174,175). Debe erradicarse el mito de que ser “VIH-positivo” indica estar infectado con el virus que supuestamente causa el SIDA, puesto que ser “VIH-positivo” o “seropositivo” en

realidad significa estar intoxicado u oxidado (12,34,138,139). La simple creencia o temor de estar infectado con “el virus del SIDA” es terriblemente tóxica para el sistema immune y se ha convertido en una nueva causa del SIDA (51,52,185). Derrotar al miedo es el primer requisito para lograr éxito en el tratamiento y la prevención del SIDA (186).

Los programas y campañas actuales de prevención del SIDA, basados fundamentalmente en el denominado “sexo seguro”, con distribución generalizada de condones, no solo no han logrado disminuir las cifras del SIDA, sino que han promovido la promiscuidad. Sin embargo, los condones (sin latex ni lubricantes tóxicos), deben seguirse usando para evitar enfermedades auténticamente de transmisión sexual como la gonorrea y la sífilis, para evitar embarazos no deseados y para evitar las acciones inmunosupresoras del semen (41-43).

Igualmente las campañas estadounidenses de regalar jeringas “limpias” (sin VIH) a los drogadictos, además de ayudar a generar el SIDA, estimulan la drogadicción y el tráfico de drogas. Todas las drogas psicoactivas que se introducen al cuerpo por cualquier vía, son inmunotóxicos potentes (44-49).

Debido a que el SIDA es una enfermedad tóxica y nutricional y a que la medicina convencional o halópata no conoce bien la forma de desintoxicar y estimular en forma no tóxica, a los diferentes órganos y sistemas corporales que se encuentran crónicamente intoxicados, es ideal que además de los profesionales de la salud convencionales, se consulte a terapeutas complementarios, alternativos u holísticos, puesto que estos utilizan técnicas terapéuticas de reconocida efectividad para el tratamiento y la prevención de enfermedades degenerativas tóxicas y nutricionales como el SIDA (174).

Diferentes técnicas nutricionales, energéticas, magnéticas, físicas, mentales y espirituales han demostrado y continúan mostrando efectividad tanto en la desintoxicación como en la estimulación y regeneración del sistema immune y otros sistemas de las personas “VIH positivas” y de los enfermos con SIDA (174). Algunas de ellas son homeopatía y medicina naturista, acupuntura y moxibustión, terapia neural, digitopuntura, medicina china, fitoterapia, terapia nutricional, terapia con agentes quelantes, hidroterapia, terapia con agua de mar, reflejoterapia, masaje linfático, ayurveda, flores de Bach, hipertermia, oxigenoterapia biocatalítica, aromaterapia, masaje terapéutico, arteterapia, cromoterapia, hipnosis, yoga, t'ai-chi-chih, qigong or chi kung, tuina o masaje chino, reiki, magnetoterapia, sofrología, medicina ortomolecular, medicina funcional y cuidado espiritual (174). Al igual que como sucede con la medicina convencional, la efectividad de cada una de estas técnicas terapéuticas depende en gran medida del conocimiento y experiencia de quien las aplique y de la aceptación por parte de quien las recibe. La mayor efectividad se logra al aplicar a una persona al mismo tiempo, varias de estas terapias.

A los interesados en conocer mas detalladamente estas propuestas alternativas para el tratamiento y la prevención del SIDA, se les sugiere estudiar cuidadosamente dos artículos:

“Tratamiento y prevención del SIDA: guía de principios básicos para una alternativa no tóxica, efectiva y barata” (174).

http://www.robertogirardo.com/esp/articulos/Tratamiento_y_Preencion_2002.html

“Terapia nutricional para el tratamiento y la prevención del SIDA: bases científicas” (175).

<http://www.robertogirardo.com/esp/articulos/TerapiaNutricional.html>

(7) Conclusiones

7.1. No hay evidencias científicas de que el VIH sea la causa del SIDA. Aún mas, todo parece indicar que el VIH ni siquiera existe.

7.2. La verdadera causa del SIDA son las exposiciones múltiples repetidas y crónicas a una variedad de agentes estresantes inmunológicos de origen químico, físico, biológico, mental y nutricional. Estos varían de persona a persona, de grupo de riesgo a grupo de riesgo y de país a país. En países desarrollados el principal factor de riesgo para el SIDA es el uso de drogas psicoactivas y en los países subdesarrollados el principal factor de riesgo para este síndrome es la pobreza con todas sus consecuencias.

7.3. La hipótesis tóxico/nutricional del SIDA resuelve todos los problemas que la hipótesis infecciosa/viral no ha logrado resolver, a pesar de las millonarias sumas invertidas en investigación, prevención y cuidado de los pacientes.

7.4. Las pruebas para VIH: ELISA, Western blot y Carga Viral (PCR) no son específicas para detectar infección VIH.

7.5. Para el tratamiento y la prevención del SIDA deben suspenderse al máximo posible la exposición a agentes estresantes, desintoxicar los órganos y sistemas intoxicados y estimular al sistema inmune y otros que se encuentren debilitados. Los medicamentos antirretrovirales son inmunotóxicos potentes y pueden generar el SIDA por sí mismos.

7.6. El SIDA es el peor estado de deterioro al que puede llegar el sistema inmune de las personas. En el SIDA otros sistemas corporales se encuentran también seriamente deteriorados. Con el SIDA se inaugura por lo tanto, una nueva época en la historia de las enfermedades del hombre. El incremento de agentes estresantes en el ecosistema humano, está poniendo en serio peligro la preservación de nuestra especie. El SIDA es una campana de alerta! Sin embargo, el fenómeno conocido como VIH encubre y no permite ver el peligro en que se encuentra sumida nuestra especie.

7.7. El error acerca de las causas del SIDA se cometió debido a cinco factores fundamentales: prejuicio microbiológico, homofobia, racismo, corrupción social y crisis del establecimiento científico.

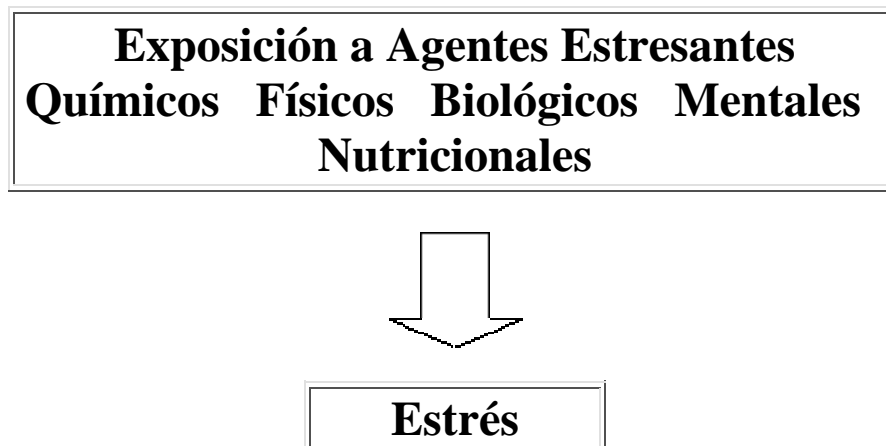
7.8. El análisis, entendimiento y resolución del error cometido acerca de la causa del SIDA, obligará a las autoridades médicas mundiales a replantear sus tácticas y estrategias en el cuidado de la salud de las personas. Cuestionará, hará diagnósticos y planteará soluciones a las formas injustas como se relacionan socialmente los hombres de la sociedad contemporánea, y que en última instancia son las responsables de la existencia del SIDA.

7.9. El salir de la crisis es un problema que compete a todos: La gravedad de esta situación exige que actuemos en consecuencia y con resolución. La única forma de evitar que se continúe comentiendo, a nombre de la ciencia, este genicidio, es creando cientos de miles de organizaciones no gubernamentales (ONG) en todos los países y por medio de estas difundir las verdades acerca del SIDA como enfermedad tóxica y nutricional perfectamente curable, y no infecciosa ni viral como se nos ha intentado hacer creer. Además, es importante que las personas curadas del SIDA se agrupen en las ONGs para que desde allí puedan ayudar al tratamiento y la prevención del SIDA de otras personas.

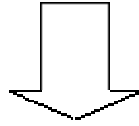
7.10. Una información más detallada sobre el debate científico internacional acerca de las causas y soluciones del SIDA, puede encontrarse en los siguientes sitios del Internet:

www.robertogirardo.com
www.amcmh.org
www.geocities.com/vihlapuerta/
www.vivoysanomexico.com
www.free-news.org
www.holistika.net
www.duesberg.com
www.theperthgroup.com
www.virusmyth.net
www.aliveandwell.org
www.healids.com
<http://davidcrowe.ca/SciHealthEnv/index.html>

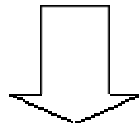
FIGURA 1. Secuencia de eventos en la historia natural del SIDA:



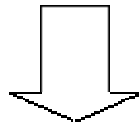
Oxidativo



Inmunodeficiencia



S	Infecciones	S
I	Tumores oportunistas	I
D	Enfermedades metabólicas	D
A	oportunistas	A



Muerte Eventual
A menos que se suspenda el proceso

* Médico especialista en medicina interna con énfasis en enfermedades infecciosas de la Universidad de Antioquia, Colombia. Graduado con distinción de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres al obtener un Magister de Ciencia en Medicina Clínica Tropical. Investigador independiente del SIDA desde 1981. Trabaja en el laboratorio de diagnóstico molecular del Hospital Universitario de la Universidad de Cornell en la ciudad de Nueva York.

Roberto A. Giraldo
www.RobertoGiraldo.com

V. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL SIDA

En la primera parte de esta sección presentamos el protocolo médico del Dr. Juan José Flores, quien es el Presidente de “Vivo y Sano México”, médico jalapeño que con su trabajo ha logrado curar a más de 800 pacientes de todo el mundo; el estudio sirve como referencia clínica para cualquier doctor que desee aplicarlo en el tratamiento del SIDA y puede ser, además, un sustento legal para el trabajo de aquellos médicos que tratan a los pacientes seropositivos en México bajo la perspectiva tóxico-nutricional, ya que al igual que el Dr. Flores existen varios médicos más que pueden ayudar en la recuperación total de los pacientes seropositivos.

Enseguida presentamos el escrito “Tratamiento y prevención del SIDA” del Dr. Roberto Giraldo que explica detalladamente la propuesta de tratamiento a seguir con los pacientes seropositivos basada en la experiencia que él ha acumulado a lo largo de más de veinte años de investigación al respecto.

“La salud no es una receta; es una disciplina”.



Dr. Juan José Flores

**i.- LA SALUD NO ES UNA RECETA ES UNA DISCIPLINA.
TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN 200 PACIENTES VIH
POSITIVOS DE DIFERENTES PAISES.**

”La Salud No Es Una Receta ; Es Una Disciplina”.

Juan Jose Flores. M.D.,Ph.D.

Mohamed Al-Bayati Ph.D.,D.A.B.T.

Christine Maggiore ,Directora Alive and Well , Los Angeles ,USA.

Alejandro Flores Cofundador Vivo y Sano Mexico.

Introducción

Este trabajo NO fue escrito con la intención de solo presentar resultados obtenidos a nivel de laboratorio o a nivel de tratamiento clínico. Éste fue escrito con la intención *específica* de que el paciente diagnosticado como “cero-positivo” tenga un arma con la cual defenderse del ataque que día a día sufre por parte de las compañías farmacéuticas, por parte del *establishment* médico mundial y por parte de todos aquellos farsantes que quieren hacer pasar sus balbuceos y tartamudeos por discurso científico.

Si hay una lección que he aprendido desde que el “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” fue prácticamente *inventado* hace ya 25 años, es que los días en los que el paciente esperaba de forma pasiva las órdenes del médico *todo poderoso* se han ido para siempre. Me ha sucedido a mí, a mi familia y le sucede día a día a mis pacientes: creer con fe ciega en tu médico te puede llevar a la muerte.

Tampoco yo soy el único autor de este trabajo. Este documento fue escrito por todos mis pacientes y todos los activistas y científicos que a nivel mundial han colaborado con sus historias y su labor desinteresada. Es por esta razón que Christine Maggiore y Alejandro Flores figuran como coautores de esta investigación; el trabajo de divulgación y coordinación de pacientes que ellos han realizado ha sido de crucial importancia para esta

investigación. Por primera vez en mi vida como investigador, las opiniones de gente completamente fuera del campo de la medicina eran tan importantes o más, que las de mis colegas y por primera vez en mi vida profesional como médico, lo que decidía el paciente era mucho más importante de lo que yo podía decidir por ella o por él.

Es de gran importancia que el paciente asuma un rol activo en el manejo de su salud. No basta con señalar a los supuestos culpables de este inmenso malentendido. Este acto de flacitud intelectual nos libera de asumir la responsabilidad sobre todo lo concerniente a *nuestra* salud. Digo esto basándome en mi experiencia como médico tratando a pacientes “cero-positivos” desde el año de 1987: aquellos que entendieron que la salud no es sólo una *receta* sino una *disciplina* sobrevivieron; los que sustituyeron el AZT y los famosos “cokteles” con *rituales* y otro tipo de *pastillas* por lo general mueren o viven en un estado de perpetua enfermedad. En lo que se refiere a nuestra salud no hay salidas fáciles.

II

Antecedentes Históricos de *Vivo y Sano México*.

En el año de 1987, en el estado de Veracruz México, se fundó “El Patronato Veracruzano de Lucha Contra el SIDA”. Esta organización no gubernamental fue creada con la intención de monitorear las acciones que los gobiernos a nivel estatal y federal, desplegaban para resolver el problema del SIDA. En aquél entonces trabajábamos utilizando la información que nos era suministrada por la Organización Mundial de la Salud. Este organismo pronosticaba que para finales de siglo XX el SIDA alcanzaría el grado de *pandemia*. Obviamente nuestro estado era de alarma. Pero curiosamente, la cifra de gente que había muerto a causa de este *supuesto* retrovirus VIH se mantuvo estable durante años. La discrepancia entre los pronósticos estadísticos que nos ofrecía la OMS y la cifra *real* de muertos por el VIH que nos brindaba el gobierno veracruzano era inmensa. Irónicamente, la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, a la cual se supone debíamos monitorear, estaba manejando las cifras correctas. Desde el comienzo debimos monitorear a

la Organización Mundial de la Salud, a la CDC (Center for Disease Control) y al NIH (National Institute of Health); fueron estas instituciones las que desde el principio se dedicaron a manipular las estadísticas con el fin de hacer que estas coincidieran con sus predicciones apocalípticas.

Mi desasosiego crecía al ver como mis pacientes iban muriendo, uno a una, al ser estos introducidos al tratamiento con el AZT. Pero entre tanta muerte comencé a observar que mis pacientes con los recursos económicos para comprar los anti-retrovirales morían, mientras que los pacientes que provenían de zonas rurales paupérrimas de manera misteriosa, sobrevivían: 2+2 siempre me daba 5 y poco a poco mi escepticismo también crecía. En 1997 mi hijo Alejandro me mando desde Los Ángeles “Inventing the AIDS Virus” del Dr. Peter Duesberg: “Por favor estúdialo y dime que piensas” me dijo con tono preocupado. No me tomó mucho tiempo comprobar de manera *retrospectiva* los resultados en las investigaciones del Dr. Duesberg. Observé que en efecto, en la mayoría de los casos, los pacientes expuestos a la toxicidad de los anti-retrovirales morían. A finales de ese mismo año di una conferencia de prensa en *El Diario de Xalapa* del Estado de Veracruz en donde de manera definitiva me distanciaba de la teoría de que el síndrome de inmunodeficiencia es adquirido mediante el *supuesto* retrovirus VIH. En 1997 se estableció contacto con Christine Maggiore en Los Ángeles y con el Dr. Roberto Giraldo en Nueva York y se fundó *HEAL México*, que en el año 2000 se convertiría en *Vivo y Sano México*.

Esta investigación es el resultado de ese contacto inicial. Christine Maggiore me comenzó a referir cientos de pacientes diagnosticados como “cero-positivos”. Todos ellos y ellas pensaban que iban a morir. Al observar cuanto dolor y muerte una hipótesis científica *equivocada* había causado, no pude evitar sino sentir rabia. Del año de 1998 al 2001 traté a docenas de pacientes en México, provenientes de todo el mundo, sin tomar en consideración su estatus como “cero-positivos”. Regresé a la medicina que mi padre practicaba; una medicina que se concentra en los síntomas específicos del paciente: si los síntomas indicaban malaria trataba la malaria, si los síntomas indicaban desnutrición, trataba desnutrición. De manera *sorpresiva*, observé como la mayoría de mis pacientes se recuperaban. No pasó mucho tiempo para que nos diéramos cuenta en *Vivo y Sano México*

y en *Alive and Well Los Ángeles*, que un estudio sistemático que se basara en estos resultados clínicos era *absolutamente* necesario.

Fue entonces cuando *Vivo y Sano México* estableció contacto con el Dr. Mohamed Al-Bayati. Junto con él, Christine Maggiore y la Dra. Lisa M. Hosbein en Sacramento California, se elaboró un protocolo de investigación al cual se tituló: *Clinical Trials in AIDS Patients*. Los antecedentes y la metodología que establece este protocolo son la base de *Tratamiento Alternativo de 200 Pacientes VIH Positivos de Distintos Países*. Como mencioné al principio de este escrito: esta investigación se realiza con el objetivo principal de unir los resultados a nivel de laboratorio obtenidos por el Dr. Peter Duesberg, el Dr. Roberto Giraldo, el Dr. Mohamed Al-Bayati *et al*, con los resultados a nivel de tratamiento clínico que he venido obteniendo desde 1998, para que el paciente tenga un documento en sus manos que fundamente su posición como *disidente* y para poder establecer precedentes que puedan ser utilizados en corte en caso de que el paciente se vea en la necesidad de defenderse a nivel judicial. Este documento debe ser visto como un arma que aquella persona diagnosticada como “cero-positiva” podría utilizar para defender su derecho *inalienable* de decidir por si misma todo aquello que concierne a su salud.

III

Protocolo de Investigación

Antes de introducir los casos clínicos más relevantes para este estudio, quisiera incluir la traducción de una síntesis del protocolo de investigación *Clinical Trials in AIDS Patients*. Hago esto con la intención de que se entienda la relación directa que existe entre este protocolo, terminado en el mes de marzo del 2000 y *Tratamiento Alternativo de 200 Pacientes VIH Positivos de Distintos Países*. En el primero se establecen los antecedentes teóricos y la metodología que se siguieron en el segundo. Tanto en el protocolo como en esta investigación, el Dr. Juan José Flores M.D., Ph.D. y el Dr. Mohamed Al-Bayati Ph.D, D.A.B.T. figuran como autores.

Antecedentes y Planteamiento del Problema:

La hipótesis-VIH establece que el VIH causa el SIDA por el hecho de que mata las células CD4+T directamente o indirectamente después de un largo periodo de incubación (aproximadamente 10 años). El número de estas células puede alcanzar niveles muy bajos que pueden llevar a originar una severa deficiencia inmunológica. Pacientes con una severa deficiencia inmunológica (CD4 + Células T < 200uL) usualmente sufren de infecciones oportunistas (virales, bacterianas, de *yeast*, fungales y/o parasíticas) y de ciertas formas de cáncer como el sarcoma de Kaposi y linfoma. De esto se sigue que el tratamiento de pacientes con drogas antivirales como el AZT o los inhibidores de proteasas pueden frenar la progresión del SIDA previniendo la replicación del VIH en las células.

Al-Bayati, 1999 y Duesberg, 1992 revisaron la epidemiología y patogénesis del SIDA a nivel mundial y no encontraron ningún hecho médico que estableciera al VIH como la causa del SIDA. Aproximadamente el 90% de los casos de SIDA en los Estados Unidos y Europa se observaban en hombres homosexuales y personas adictas a las drogas. Los usos crónicos de alcohol, heroína, cocaína, metamfetaminas y nitratos de *akyl* causan problemas crónicos de salud en el sistema nervioso, en el sistema respiratorio, en el sistema cardiovascular, en los riñones y otros tejidos. La mayoría de estos problemas de salud son diagnosticados como idiopáticos, y son tratados con altas dosis de glucocorticoides y/o drogas cytóxicas. Hombres homosexuales con vida sexual activa por lo general usan drogas ilícitas, alcohol y glucocorticoides rectales. El tratamiento de un paciente con *prednisone* a 60 mg al día puede desarrollar SIDA en un periodo de 3 meses. Esta dosis regularmente se le administra a pacientes con fibrosis en el pulmón, thrombocytopenia y otras enfermedades crónicas inducidas químicamente.

Fauci *et al*, en su libro nos provee con evidencia médica extensiva que indica que el SIDA en Europa y Estados Unidos es causado por: 1) el uso de drogas ilícitas y el abuso de alcohol y 2) por el uso extensivo de medicamentos (especialmente glucocorticoides) para tratar estas enfermedades que resultan del abuso de estas drogas. También en este mismo estudio, Fauci *et al*, nos otorgan la evidencia de que el SIDA en África es causado por

hambruna y desnutrición. Aún así, no mencionaron una sola palabra en su extenso capítulo sobre el SIDA (pp. 1791 – 1856) o en alguna otra página de este libro, que muestre que el VIH puede matar una célula. Tampoco pudieron explicar las razones que causan los síntomas de los pacientes con SIDA.

Los resultados de los casos clínicos en los cuatro estudios mas importantes sobre el AZT que llevaron a la aprobación de esta droga por la *FDA* de los Estados Unidos para tratar pacientes infectados con el VIH, muestran que al menos el 77% de los 2, 349 pacientes que participaron en estos estudios eran VIH – negativos antes de haber sido tratados con AZT. Los resultados de estos estudios claramente demuestran que la hipótesis – VIH es completamente falsa porque el SIDA en el 77% de estos pacientes fue causado por agentes y procesos *distintos* del VIH. Los pacientes con SIDA que son VIH – negativos y que son considerados por Fauci *et al* como pacientes que sufren de “lymphocytopenia Idiopática en las células CD4+ T” son un ejemplo más del porqué el VIH no es la causa del SIDA.

Sumando a esto, hasta el primero de enero de 1997, existían 28, 690 casos de gente infectada con el VIH viviendo en los Estados Unidos, sin que ninguno de ellos sufriera de problemas de salud, algunos de ellos con mas de 10 años de haber sido diagnosticados como VIH - positivos. Este grupo es llamado por Fauci y sus colegas como “long-term nonprogressors” (no-progresores a largo plazo). Esto también es evidencia directa de que el VIH es un virus inofensivo.

Al-Bayati menciona que la aparición del SIDA en los Estados Unidos y Europa entre adictos a las drogas y homosexuales a finales de los años setenta y principios de los 80 coincide con otros varios factores. Estos factores incluyen la epidemia en el uso de drogas ilícitas, principalmente por medio de la cocaína crack y de la heroína en los años setenta; la aprobación de los glucocorticoides en aerosol por la FDA de E.U. en 1976; el amplio uso de inhalantes con glucocorticoides recetados para tratar enfermedades respiratorias crónicas que resultaban de la inhalación de la cocaína y la heroína; el uso extensivo de los nitratos de *akyl* por homosexuales para facilitar el sexo anal (1970's); y el amplio uso de esteroides para tratar enfermedades crónicas en el *ducto* gastrointestinal en

homosexuales. La aprobación por parte de la FDA en E.U. de los esteroides y de las drogas antivirales (AZT e inhibidores de proteasas) para tratar a pacientes con SIDA y a pacientes asintomáticos infectados con el VIH solo ha empeorado esta situación.

El estudio de Fauci *et al* en Tanzania demostró que el daño causado al sistema inmunológico de 1, 075 mujeres infectadas con el VIH fue posible revertirlo cuando ellas fueron puestas bajo un régimen dietético balanceado. El estudio que el Dr. Flores viene realizando desde 1998 en México, muestra como pacientes VIH – positivos se recuperan cuando se les somete a un régimen de dieta balanceada con complementos de ácido lipóico y se les retira del tratamiento con antivirales.

Objetivos del Estudio

Los objetivos principales de este estudio son:

1. Salvar las vidas de pacientes con SIDA quienes se verían involucrados en este estudio y a los cuales se les daría tratamiento médico basado en hechos científicos y no en asunciones e hipótesis no comprobadas. La evidencia médica presentada anteriormente y la literatura ya publicada al respecto, demuestran claramente que la hipótesis – VIH es falsa y que las drogas antivirales y los corticoesteroides que son actualmente utilizados para el tratamiento de pacientes VIH – positivos y de pacientes con SIDA están causando la muerte y enfermedades muy serias. Esta perspectiva clínica debe ser suspendida de una vez por todas. El tratamiento correcto que se debe de aplicar para curar el SIDA y otros problemas médicos complicados es el de evaluar la evidencia médica que concierne a cada grupo de riesgo. Se planea utilizar esta metodología para tratar cada caso futuro y así identificar las causas de la depresión inmunológica en cada paciente y cada paciente será tratado basándose en un protocolo científico que se concentre en revertir la enfermedad.

2. Proveer evidencia de que el SIDA no es causado por el VIH. Esto se logrará mediante el hecho de revertir el daño al sistema inmunológico en los pacientes VIH – positivos con el uso de una dieta adecuada, vitaminas, antioxidantes y otras terapias de soporte al paciente, pero sobre todo con el abandono total de toda medicina antiviral.
3. Los resultados de esta investigación deberán ser publicados en los periódicos científicos apropiados.
4. Terminar de una vez por todas con el mito de la hipótesis - VIH, salvar millones de vidas y billones de dólares, que bien pueden ser utilizados en *realmente* resolver los problemas de salud que afligen a la mayor parte de la población mundial.
5. La utilización de este documento como un arma legal en caso de que el paciente lo quiera utilizar para defenderse del acoso que sufre por parte de las compañías farmacéuticas, las instituciones de salud internacionales y su médico personal.

Métodos y Diseño del Estudio

El Dr. Flores ha tratado a más de 200 pacientes que sufren de SIDA. La mayoría de estos pacientes han sido cero-positivos. En todos estos casos se consideraron los aspectos de record médico, historia de la enfermedad, historia de uso de alcohol y drogas, historia de uso de medicamentos, toxicidad en los medicamentos e historia de usos de químicos en el lugar de trabajo. Para el tratamiento del paciente se hizo de manera individualizada una descripción del caso, una descripción de la enfermedad y del órgano que se ve afectado y recomendaciones para pruebas clínicas y tratamiento.

Casos Clínicos

Para llegar a este momento histórico en el cual es *posible* tratar a pacientes diagnosticados como “cero-positivos” sin tomar en consideración la hipótesis - VIH, se tuvo que haber realizado mucha investigación y vivir en un país en donde el médico que lo hiciera no corriera el riesgo de perder su licencia. La metodología clínica y la terapia aplicada a cada paciente se basan en los resultados obtenidos por estos investigadores. En este trabajo sobre todo se aplican los resultados obtenidos por el Dr. Roberto Giraldo con su investigación que explica la función inmunodepresora de los distintos tipos de estresores inmunológicos (químicos, físicos, biológicos, mentales y nutricionales) y de las causas multifactoriales del Síndrome de Inmunodeficiencia. También se aplican los resultados obtenidos por el Dr. Mohamed Al-Bayati en su estudio sobre las propiedades inmunodepresoras de los glucocorticoesteroides y de las drogas ilícitas. Está de mas mencionar que los resultados obtenidos por el Dr. Peter Duesberg son también de crucial importancia para este trabajo con su investigación sobre los altos grados de toxicidad y facultades inmunodepresoras en los medicamentos anti-retrovirales y en las drogas ilícitas.

Antecedentes

De enero de 1998 a agosto del 2001 se trataron a poco más de 200 pacientes provenientes de Estados Unidos, Canadá, México, Ecuador, Colombia, Venezuela, Argentina, Brasil, Puerto Rico, España, Francia, Inglaterra, Italia, Nigeria, India y Japón. Correspondió al continente americano el 84% de los pacientes, a Europa el 10%, a África el 4% y a Asia el 2%. El 95% correspondió al sexo masculino y el 5% al femenino. Las edades de los pacientes abarcaron de recién nacidos a 50 años, con el mayor porcentaje de pacientes concentrándose de los 30 a los 40 años. En lo que se refiere a tendencia sexual, el 60% de mis pacientes son homosexuales, el 30% bisexuales y el 10% heterosexuales. La comunicación con los pacientes se dio 70% a través del internet, 25% a nivel personal y 5% por vía telefónica.

Durante el primer contacto, los pacientes por lo general preguntaban las consecuencias que sufrirían por el hecho de estar infectados por el VIH, si en realidad el VIH produce SIDA, si las pruebas de ELISA y Western Blot tienen alguna validez, también preguntaban sobre la relación que existe entre el VIH y la carga viral, CD4/CD8, sobre las consecuencias de tomar medicamentos anti-retrovirales, que sucede si se suspenden estos medicamentos, si en realidad existe el retrovirus VIH, que beneficios podría tener la medicina alternativa en un paciente VIH – positivo asintomático, que beneficios puede tener esta misma en un paciente VIH – positivo sintomático sometido a tratamiento con anti-retrovirales, cual es la relación entre el uso de drogas recreativas y el VIH, cual es la relación entre las relaciones sexuales y el VIH y por último, los pacientes por lo general preguntaban como podrían ampliar su conocimiento sobre la hipótesis de que las causas del Síndrome de Inmunodeficiencia no son virales.

Si se daba un segundo contacto, se le preguntaba al paciente si estaría interesado en participar en esta investigación, también se le hacían preguntas relativas a su perfil psicológico, a su tendencia sexual, preguntas relativas a su situación familiar y laboral, a su situación de pareja y por último, se le preguntaba al paciente cual era su actitud hacia la muerte y si había habido intentos de suicidio (no en todos los casos).

Metodología Clínica

Para esta parte del estudio se formaron dos grupos de pacientes:

- ▣ Grupo A: Pacientes VIH - positivos y sintomáticos recibiendo tratamiento anti-retroviral
- ▣ Grupo B: Pacientes VIH - positivos asintomáticos sin recibir tratamiento anti-retroviral.

En ambos grupos se efectuó:

1. Historia clínica.
2. Exámenes de laboratorio clínico y exámenes radiológicos.
3. Investigación sobre el agente o los agentes inmunodepresores.

4. Valoración de estilo de vida, condiciones de la vivienda y del área laboral y de las rutinas diarias del paciente.
5. Análisis de los medicamentos prescritos previamente y en uso actual, tipo de medicamento, dosis y duración del tratamiento así como los efectos colaterales ocasionados por este.
6. Historia de vacunas y análisis de si el paciente había recurrido a la herbolaria o la medicina homeopática.
7. Valoración de los hábitos alimenticios del paciente.
8. Valoración del perfil psicológico del paciente.

La mayor parte de los poco más de 200 casos considerados para este estudio cumplieron con las propuestas y demandas que esta nueva alternativa de tratamiento les exigía:

1. Cambio en el régimen alimenticio del paciente.
2. Cambio hacia una actitud psicológica positiva ante las posibilidades de recuperación ofrecidas por el nuevo tratamiento.
3. Suspensión del tratamiento con anti-retrovirales.
4. El paciente VIH – positivo aclaraba sus dudas acerca de la alta toxicidad y facultades inmunodepresoras de los medicamentos anti-retrovirales.
5. Inicio en el uso diario de antioxidantes (ácido lipoico).
6. Acondicionamiento físico.
7. Sugerencia de un reordenamiento de la vida sexual del paciente (sin hacer ninguna valoración moral de la misma).
8. Reincorporación a las áreas laborales y vida familiar.
9. En el caso de ser detectadas, tratamiento específico de enfermedades infecciosas.

Durante el estudio a ningún paciente se le solicitó la prueba de ELISA o el Western Blot. Las pruebas de CD4, CD8 y Carga Viral se solicitaron en algunos casos pero en relación al estudio de enfermedades infecciosas y en ningún caso en relación con el VIH. El Perfil Torch se le solicitó al 80% de los pacientes. Uno de los hallazgos más significativos

obtenido en este estudio es que se encontró que en el 60% de los casos, los pacientes estaban infectados por algún tipo de Herpes, factor que *tal vez* haya influido en el resultado positivo que el paciente obtuvo por medio de las pruebas de ELISA y el Western Blot.

También es importante señalar la diferencia en las perspectivas clínicas y de tratamiento entre la teoría viral y la no viral. En esencia, la diferencia es esta: Si el médico considera que el Síndrome de Inmunodeficiencia se adquiere mediante el retrovirus VIH, entonces este seguirá un protocolo de tratamiento definido por esta supuesta infección; este tipo de perspectiva no toma en cuenta la historia clínica del paciente, su sintomatología, su perfil psicológico, etc. En el caso de que el médico considere que el Síndrome de inmunodeficiencia NO es adquirido mediante el *supuesto* retrovirus VIH, entonces al paciente se le trata de manera *individualizada*, considerando todos los factores arriba mencionados y sin tomar en cuenta para nada su estatus como cero-positivo.

Los Casos

1.-C. R. (México): Su valoración se realizó por medio de internet y a nivel personal en el 2001 durante dos días. Homosexual de 41 años de edad diagnosticado como cero-positivo en el año 2000. Nunca recibió tratamiento con anti-retrovirales. Gran interés en la medicina alternativa y urinoterapia. Las pruebas de laboratorio dieron resultados positivos para el Herpes I y II. El tratamiento consistió en un cambio de su régimen alimenticio y en la ingestión de antioxidantes (ácido lipoico) y suplementos vitamínicos. Parte muy importante del tratamiento fue la de responder a las dudas de este paciente concernientes al VIH. Al ver estas sus dudas aclaradas, sus niveles de stress se redujeron significativamente. Más tarde el paciente se trató su infección al Herpes.

Antes de iniciar el tratamiento este paciente ya había tomado la iniciativa de cambiar su régimen alimenticio, de descansar, de hacer ejercicio y de tratar sus niveles de stress y su depresión; factores que influyeron en su recuperación *previa* a la cita médica. También por iniciativa propia se hizo las pruebas de CD4 y Carga Viral durante su estancia en Estados Unidos cuando trabajaba como voluntario con enfermos de SIDA y cáncer.

Durante esta estancia es testigo de los efectos que los anti-retrovirales tienen a largo y corto plazo en el organismo y decide de manera independiente jamás someterse al tratamiento con este tipo de medicamentos, a pesar de que varios médicos le habían sugerido iniciarlo cuanto antes. A la fecha el paciente se encuentra en buen estado de salud.

2.-Anónimo por recuesta del paciente. (México): Su valoración se realizó por medio de internet y a nivel personal durante dos días en el 2001. Médico ginecobstetra de 41 años, homosexual y diagnosticado como cero-positivo en 1999. Los resultados de las primeras pruebas a las que este paciente se sometió en los Estados Unidos fueron estos: CD4 11, CV > 500, 000 copias. Presentaba un cuadro de enfermedades oportunistas; candidiasis, herpes simple, citomegalovirus en el aparato digestivo y molusco contagioso. Comenzó a recibir tratamiento con los anti-retrovirales Combivir y Crixivan, ocasionando estos un cuadro de anemia hemolítica a causa de la cual el paciente tuvo que recibir 6 transfusiones de sangre. Después el *cocktail* fue cambiado a la combinación de Sustiva, Abacavir y Epivir, suspendiéndolo al segundo mes y sustituyéndolo con Kaletra, Epivir y Zerit, con una duración aproximada de 7 meses y con los siguientes resultados en sus pruebas de laboratorio; CD4 270 y CV indetectable.

Al iniciar el paciente el nuevo tratamiento, éste suspende toda ingestión de medicamentos anti-retrovirales, cambia dieta e inicia un régimen de condicionamiento físico. Nuevas pruebas de laboratorio indican un resultado positivo para herpes genital. Se inicia también un tratamiento con ácido lipoico, vitamina C y transfer factor. Es importante subrayar que la información otorgada a este paciente sobre la teoría no viral y las nuevas perspectivas de tratamiento clínico jugaron un rol *tan importante* como el del cambio de dieta y de régimen físico. En cada uno de los pacientes tratados en este estudio el aspecto psicológico de la enfermedad fue cuidadosamente monitoreado, pues se confirmó que en cada uno de ellas y ellos su *actitud* frente a la enfermedad podía causar un cuadro de inmunodepresión. Hasta la fecha este paciente se encuentra en buen estado de salud.

3.-M. A. (México): Su valoración se realizó por medio de internet y a nivel personal durante dos días. Homosexual de 30 años, diagnosticado como cero-positivo en agosto del

2001. En la primera cita médica el paciente presentó un estado de salud favorable. Inmediatamente después de que el paciente fue diagnosticado como cero-positivo, este sufrió una pérdida significativa de peso, la cual él mismo atribuyó a las preocupaciones que le ocasionó la diagnosis. Uso intensivo de *poppers* (nitratos de *akyl*) durante el año 2000. Acude al *Centro para El Desarrollo del Potencial Humano* en donde le proponen iniciar tratamiento con anti-retrovirales. El desecha esta propuesta debido a la información que obtuvo por medio del website de Alive and Well.

El tratamiento que se le aplica a este paciente es el mismo que se le sugirió a los dos pacientes anteriores; cambio de dieta y régimen físico, ingestión de ácido lipoico y multivitamínicos y sumo cuidado en sus niveles de stress y depresión. Hasta la fecha el paciente se encuentra en buen estado de salud.

4.-R. I. (México): Valoración por internet y personal durante dos días. Homosexual de 30 años diagnosticado como cero-positivo en julio del 2001 presentando estos resultados de laboratorio: CD4 150, CV 135 000. El paciente acude a CONASIDA en donde le informan que los nuevos tratamientos con los *cockteles* de anti-retrovirales le prolongarían la vida con “un poco más de calidad”. Incluyo el testimonio de este paciente para que se logre entender el dolor por el que ellos y ellas pasan al iniciar el tratamiento con los anti-retrovirales:

“Padecer los efectos de los medicamentos es otro asunto que no le da a nuestra vida mucha ‘calidad’. No se imagina la nausea y malestares que me han ocasionado estos medicamentos. Me agarró una tos desde febrero que para el verano no se me quitaba. Yo creía que había contraído tuberculosis (de hecho no se si fue así o no). Después se me inflamó un ganglio en la ingle izquierda y tuve que ser hospitalizado durante tres días. También padecí una infección estomacal después de haber tenido ‘algodoncillo’ en la boca.”

En el Hospital de Nutrición en México D.F. le administran el *cocktail* con esta combinación; Saquinavir, 3TC y AZT. Es importante indicar que su cuadro de

inmunodeficiencia lo presentó previo a su diagnosis como cero-positivo, pero también es importante señalar que estos síntomas *continuaron y se agravaron* después de que el paciente inició el tratamiento con anti-retrovirales.

Al iniciar el nuevo tratamiento, el paciente suspende toda ingestión de anti-retrovirales y se le indican los cambios de dieta con complementos de antioxidantes y los cambios en su régimen de condicionamiento físico. Como en los previos pacientes, estas indicaciones lo llevarán a un óptimo funcionamiento de su sistema inmunológico. A la fecha el paciente se encuentra en buen estado de salud.

5.-G. E. (mexicano residente en España): Valoración por internet y personal durante tres días. Hombre de 33 años (tendencia sexual no especificada por el paciente), diagnosticado como cero-positivo en marzo del 2001. En Barcelona, España acude a ver a un especialista gastroenterólogo debido a problemas digestivos que ha sufrido por más de 15 años; diarreas, mala digestión, gases, falta de apetito, etc. Esta cita médica el paciente la realiza, pues los síntomas se habían vuelto más frecuentes y molestos. Se le practican una endoscopía y una colondoscopía, razón por la cual le es solicitada la prueba del VIH. Obtiene los siguientes resultados: endoscopía; colitis inespecífica, VIH; positivo.

El paciente es remitido a Seguridad Social en donde se le realizan las pruebas de Carga Viral y recuento de Células T4, obteniendo estos resultados: CV; 400 000 copias, T4; 174. Inicia un tratamiento con esta combinación de anti-retrovirales; Ziagen, Epivir y Viracept. Porque sus médicos lo consideraron encontrarse en una situación de alto riesgo lo sometieron a un tratamiento profiláctico que incluía Lederfolin y Septrim Forte. Debido a sus problemas estomacales también se le recetó Omeoprazol. A la segunda semana de ser iniciado el tratamiento se le tuvo que sustituir el Ziagen debido a problemas de irritación en la piel. Se le cambió la combinación de anti-retrovirales por una de Combivir y Viracept continuando con los profilácticos. Debido a que más adelante el paciente sufre de problemas de garganta, se le recetan antibióticos y desinflamatorios. La ingestión en el número de pastillas que el paciente toma diariamente va en constante aumento agudizándole sus problemas estomacales. Sufre de mareos, asco y toda una serie de efectos

colaterales. Incluyo el testimonio del paciente para de nuevo subrayar sobre los efectos secundarios que los *cocteles* tienen en el organismo:

“Como podrá usted observar, el haber sido diagnosticado como cero-positivo me ha llevado a vivir dependiendo de fármacos que pienso que en lugar de contribuir a mejorar mi salud la están deteriorando. Siento que mi cuerpo ya no soporta más medicamentos y mi estómago cada vez funciona de peor manera al mismo tiempo que pierdo peso y mi estado emocional empeora”.

Al iniciar el nuevo tratamiento inmediatamente se le suspende toda medicación con anti-retrovirales. Se le indican los cambios de dieta y en hábitos de condicionamiento físico que se le sugieren a todos los pacientes. Debido a que el paciente ya se había informado acerca de la teoría no viral previo a la cita, tiene una mayor receptividad hacia las posibilidades del nuevo tratamiento. Se le tratan sus problemas de desnutrición, stress y depresión que el paciente venía exhibiendo previos a su diagnóstico como cero-positivo. Su cuadro de depresión es agudo y el paciente me informa que viene sufriendolo desde hace ya tres años. Se le tratan también la toxoplasmosis y el citomegalovirus que también el paciente había exhibido previos a su diagnóstico como cero-positivo.

En comunicación por internet, el paciente me informa que en efecto, continúa con su abandono de toda ingestión de medicamentos anti-retrovirales y que se ha puesto bajo el cuidado de un naturópata que comparte la idea de que el SIDA no es causado por el VIH. Me informa que todavía sigue teniendo fiebres y que su pérdida de peso continúa, más él esto lo atribuye a un proceso de desintoxicación. Sigue exhibiendo cuadros de tipo viral como gripes y sinusitis y sigue teniendo problemas estomacales, más se siente satisfecho pues al menos se ha librado de los efectos secundarios que los anti-retrovirales tenían en su organismo. Al momento del último contacto el paciente exhibía un cuadro de relativa mejoría. Más el contacto con el paciente se pierde y no se puede continuar un monitoreo estricto de su proceso de desintoxicación. Es también un factor de alto riesgo que el paciente nunca se trata su cuadro de depresión.

Como comenté más arriba, en cuestiones de salud no hay salidas fáciles. El hecho de que el paciente *crea* entender que el Síndrome de Inmunodeficiencia no es causado por el retrovirus VIH, no quiere decir que este simple acto de *fe ciega* lo pueda llevar a ella o a él a una recuperación. Para que el sistema inmunológico de cualquier paciente se recupere de años y años de automedicación, mala dieta, adicciones y demás abusos, lleva tiempo. Tanto el paciente como el médico deben aprender a tener paciencia y como también lo mencioné más arriba; la salud no es una *receta*, es una *disciplina*.

6.-C. A. (México): Valoración personal durante tres días. Hombre heterosexual de 31 años diagnosticado como cero-positivo en agosto del 2001. Su estado general de salud deteriora presentando un cuadro de diarrea esporádica con pérdida de peso, razón por la cual su médico le indica hacerse una serie de análisis, entre ellos la prueba de ELISA. Al salir su prueba para el VIH positiva, le sugieren al paciente acudir al centro de ayuda llamado *PROFIN VIH*, a donde se le ordena hacerse la prueba de Carga Viral obteniendo como resultado; log. 3.9, 8 475 copias/ml.; sensibilidad 400 copias/ml. Debido a que el paciente ya estaba informado acerca de la teoría no viral por su lectura de *¿Qué Tal Si Todo lo que Crees Acerca del SIDA Fuera Falso?* De Christine Maggiore, él tiene grandes dudas acerca de si debe iniciar el tratamiento con anti-retrovirales que en este centro de ayuda le están tratando de administrar. Los medicamentos que le recetan son estos; Fortovase, Ritonavir, Septrim, Daraprim, Ácido Fólico y Ferval los cuales el nunca toma.

Al iniciar el nuevo tratamiento se ordenan nuevos exámenes de laboratorio y coprocultivo obteniendo resultados positivos para salmonela/ *schierichia coli*. Se trata la salmonela con Ciproxina durante 10 días. Se le ordena al paciente un cambio de dieta debido al cuadro de aguda desnutrición que exhibe. También se evita que el paciente inicie todo tratamiento con anti-retrovirales. Hasta la fecha el paciente ha exhibido un cuadro de franca recuperación clínica. Su caso es de especial interés para este estudio, pues él representa al grupo de pacientes cuyo cuadro de inmunodeficiencia no se debe al abuso de drogas ni al de los efectos secundarios de los anti-retrovirales en su organismo. Su inmunodepresión venía siendo causada por una pésima dieta, por infecciones en el sistema

digestivo y por un cuadro combinado de stress y depresión. Incluyo parte de su testimonio para aclarar este punto:

“Mi alimentación desde que tengo uso de razón ha sido un desastre. Vivo en un área geográfica de México que no creo sea muy distinta a otras, donde la mayoría de la gente fuimos acostumbrados desde nuestra niñez a la comida fácil: tacos, tortas, enlatados, embutidos, comida chatarra, guisos grasosos y sin higiene.”

La desnutrición es una de las principales causas de inmunodepresión hoy en día. Sobre todo en los países del llamado Tercer Mundo. A un problema de salud que tiene causas económicas, políticas y culturales se le trata de adjudicar *una* causa con orígenes virales. Uno de los objetivos de este estudio es aclarar este malentendido: lo que necesitamos en África, Latino América y Asia no son más medicamentos anti-retrovirales sino más fondos para realmente solucionar problemas básicos de salud que llevan a millones de personas a la muerte por lo que en el llamado Primer Mundo consideran enfermedades *superadas*. Y pregunto: ¿Superadas para quién?

7.- Anónimo por recuesta del paciente. (Venezuela): Valoración a través de internet. Mujer heterosexual de 35 años. En 1995 ella y su novio realizan un viaje a Estados Unidos donde se hicieron varios exámenes médicos incluyendo la prueba del SIDA. Ya de vuelta en Venezuela la pareja recibe los resultados de los exámenes los cuales indican que salieron ‘positivo’ para el VIH. Debido a que nunca se habían hecho pruebas de este tipo, interpretan estos resultados de manera *positiva*, es decir; ambos pensaron que NO estaban infectados por el VIH. Seis años más tarde la paciente se entera por internet que ese resultado no tiene nada de *positivo*. Alarmada, primero contacta al Dr. Giraldo y después contacta al Dr. Flores. Lo único *positivo* en este malentendido lingüístico, es que ni ella ni su pareja se sometieron a ningún tratamiento con anti-retrovirales.

Tanto el Dr. Giraldo como el Dr. Flores le reafirman que su status de cero-positividad nada tiene que ver con su actual estado de salud, más ambos le recomiendan reforzar todos los aspectos concernientes al óptimo funcionamiento de su sistema inmunológico. La

paciente acude a su ginecólogo en Venezuela y en las pruebas de laboratorio le detectan el hongo *Torulopsis Glabrata* (por primera vez). Ella expresa dudas de si esta infección se debe al VIH.

Al momento de iniciar el nuevo tratamiento con suplementos de ácido lipoico e indicaciones dietéticas, la paciente nunca ha tomado anti-retrovirales. Tampoco padece de desnutrición y hace ejercicio regularmente. Se comunica de manera constante a través de internet, facilitando el monitoreo de su perfil psicológico tan necesario en todos los pacientes incluidos en este estudio. En sus antecedentes clínicos el aspecto más importante es que previo a su prueba de ELISA, la paciente padeció hepatitis. Le comunica al Dr. Flores su deseo de casarse y de tener un hijo. Sus controles ginecológicos están en orden y mantiene una sola pareja desde 1994. A la fecha, la paciente se encuentra en buen estado de salud.

8.-Familia anónima. (Pais no especificado por respeto a la familia de la paciente): Valoración a través de internet, por vía telefónica y a nivel personal durante 6 semanas en Sudamerica (4 semanas la primera vez y 2 semanas la segunda). La madre, el padre y la hija recién nacida, cada uno de ellos en su momento, fueron diagnosticados como cero-positivos. El padre presentó un cuadro de hepatitis en 1982 siendo diagnosticado como cero-positivo en 1987. A partir de este momento comienza a seguir una rigurosa dieta macrobiótica, mucho ejercicio y una concentración nunca antes experimentada en sus actividades artisticas. A la madre se le detectó toxoplasmosis en los años 80 siendo diagnosticada como cero-positiva en 1992. El padre logra convencerla de seguir su elección inicial y ninguno de los dos inicia tratamiento con anti-retrovirales. Hasta la fecha ambos gozan de buena salud; el padre con ya 15 años de ser cero-positivo y la madre con ya 10 años de también serlo, sin que ninguno de los dos haya presentado síntomas asociados con el Síndrome de Inmunodeficiencia.

En el año 2000 la pareja decide tener un hijo. Contactan a Christine Maggiore quién los refiere al Dr. Juan Flores en México. El Dr. Flores les ayuda a reafirmar su idea de que no habría ningún problema en que una pareja cero-positiva tuviera un hijo. El matrimonio se

encuentra entusiasmado, pues conocen los casos de Christine Maggiore y de docenas más de madres cero-positivas, quienes en los Estados Unidos han dado luz a bebés completamente sanos y que continúan viviendo en buen estado de salud.

La madre se embaraza inmediatamente teniendo control prenatal por su ginecobstetra. Debido a una decisión tomada por la pareja, deciden tener un parto vaginal cuando todo indicaba una intervención quirúrgica por cesarea. Ese parto '*natural*' tuvo un periodo expulsivo de mas de tres horas. Este hecho no le fue informado al Dr. Flores sino hasta unas semanas antes de que la bebé muriera debido a toda una serie de complicaciones. Inicialmente este parto ocasionó una flebitis severa en la pierna derecha de la madre y un problema neumónico en la bebé del cual ella nunca se pudo recuperar.

Al mes de nacida la bebe fue internada por su pediatra, pues presentaba un cuadro de fiebre y era necesario desechar la posibilidad de meningitis. Ho hubo punsion lumbar y a los tres días la bebe fue dada de alta con un 'rash' virosico. Al tercer mes la recién nacida presenta un cuadro de insuficiencia respiratoria. Luego de tomar radiografías y más estudios terminó siendo internada con el siguiente diagnóstico; infección urinaria, pneumocystis carinii con hepato y esplenomegalia. A la semana de internamiento la bebé sufre un empeoramiento mecánico y tiene que pasar la siguiente semana en terapia intensiva dentro de un respirador.

Debido al status de cero-positividad de la bebé, los médicos infectólogos no cesan en presionar a los padres para que la inicien en un tratamiento con anti-retrovirales. El Dr. Flores interviene personalmente y obtiene un *moratorium* para que no se le administre ningún tipo de medicamento anti-retroviral a la bebé hasta no dejar que por si mismo su sistema inmunológico diera señales de recuperación. Sin anti-retrovirales la bebé se recupera y es dada de alta.

Pasan los meses y es necesaria una segunda visita por parte del Dr. Flores, pues la salud de la bebé ha empeorado. A su arrivo el Dr. Flores se da cuenta que ni él ni el pediatra de la bebé tienen ninguna autoridad para continuar la terapeutica clinica de manera estricta.

Paralelo al tratamiento clínico los padres decidieron seguir un tratamiento homeopata y de medicina naturista sobre el cual el Dr. Flores y el pediatra no tuvieron ningún control. Fue durante esta segunda visita cuando el padre le informa al Dr. Flores que el parto de la bebé había sido vaginal cuando todo indicaba un parto por cesárea: debido a que la bebé fue expuesta a tres horas de período expulsivo, esto usualmente ocasiona daño cerebral, infecciones por bacteria, hongos o virus que pueden llevar a un grave deterioro neurológico e infeccioso en el o la recién nacida. Unas semanas después el Dr. Flores recibe la noticia por medio del pediatra de que la niña ha fallecido.

Aclaro que escribo esto con mucho dolor y sin la menor intención de señalar culpabilidades. En la introducción comenté que el paciente debe tener un rol más activo en el manejo de su salud, pero esto se tiene que hacer con un profundo conocimiento de causa y con mucha responsabilidad. Tanto el paciente como el médico caminamos sobre una cuerda floja entre dos grupos de extremistas ideológicos; aquellos que creen que la solución a todos nuestros problemas de salud se encuentra en la fabricación de drogas cada vez más potentes y tóxicas; y aquellos que creen que la solución es volver a una medicina casi prehistórica que niega todos los logros concretos de la medicina científica. Es de crucial importancia que se encuentren puntos de encuentro entre la medicina científica y la medicina tradicional. Fue la inhabilidad de caminar sobre esta cuerda floja la que llevo a la muerte a esta preciosa niña.

9.-C. L. (México): Valoración a través de internet, a nivel personal durante tres días y por vía telefónica cada ocho días. Homosexual de 40 años de edad diagnosticado como cero-positivo por la prueba de ELISA y Western Blot en el año de 1990. Durante este año ingresa a CONASIDA e inicia un tratamiento con AZT el cual suspende al mes debido a trastornos hematológicos (Neutropenia, CD4; 700). En 1992 inicia un tratamiento naturista con una duración de 12 días con el fin de incrementar sus defensas inmunológicas. Jamás vuelve a reiniciar este tratamiento, pero en este período el paciente usa frecuentemente drogas ilícitas y '*poppers*'. En aquél entonces su conteo de CD4 era de 550. En 1995 inicia una relación heterosexual durante un año y medio sin nunca tener relaciones sexuales con su pareja. En 1996 vuelve a tener relaciones homosexuales de manera esporádica. Su

conteo de CD4 es de 250. No presenta ningún cuadro de enfermedad contagiosa oportunista. En 1997 el paciente comienza a sentir debilidad, infecciones en la piel y baja de peso dramáticamente. A finales de este año su debilidad generalizada no le permitió trabajar. En enero de 1998 el paciente presentó un cuadro de herpes sóster en el vientre. Inicia un tratamiento de 20 días con Aciclovir y antibióticos. Presenta un cuadro de principios de neumonía, anemia y candidiasis en el esófago y garganta. Su conteo de CD4 es de 17 y su Carga Viral de 97 000. En febrero de 1998 el paciente comienza su primer tratamiento con anti-retrovirales; Saquinavir, Videx y Zerit es el primer *coktail* que le administran, todo por cortesía del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). Durante los primeros siete meses su conteo de CD4 se incrementa a 650 con CV indetectable. El *coktel* le provoca al paciente problemas de hipersensibilidad en la piel y neuropatías periféricas. Se continúa esta dosis durante dos años y medio hasta que el paciente decide abandonarla. Esta combinación de anti-retrovirales le afecta la grasa del rostro y le ocasiona problemas en el vientre. Conteo de CD4; 450 con CV de 8 000. Relaciones sexuales esporádicas cada 4 o 5 meses. En el 2001 vuelve a tener una relación heterosexual sin tener relaciones sexuales con ella ni con otros hombres.

En marzo del 2001 el paciente presenta un nuevo cuadro de enfermedades oportunistas; candidiasis en glande, debilidad, pérdida de peso con un CD4 de 220 y una CV de 115 000. En julio del 2001 inicia un nuevo tratamiento con anti-retrovirales: Ritonavir, 2 cápsulas diarias; Indinavir, 4 cápsulas diarias; Estabudina, 2 cápsulas diarias; Lamibudina 2 comprimidos diarios, todo prescrito por médicos del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social).

Al iniciar el nuevo tratamiento se ordenan pruebas de laboratorio que dan como resultado un perfil hepático alterado (transaminasas y fosfatasa alcalina). Se le indican al paciente los cambios de dieta y de régimen físico comunes al tratamiento. Se considera que la ingestión de ácido lipoico, polivitamínicos y vitamina C son esenciales para que el paciente se recupere. El contacto paciente-médico no se rompe (como en algunos de los otros casos) y el monitoreo de su proceso de recuperación se facilita. Hasta la fecha el paciente goza de buena salud.

10.-Feliciano, Maritza. (Puerto Rico): Valoración a través de internet, por vía telefónica y a nivel personal durante dos semanas. Mujer heterosexual de 32 años diagnosticada como cero-positiva en 1999. Como consecuencia de esta diagnosis pierde su trabajo. Su ‘cero-positividad’ es captada cuando ella intenta donar sangre. Padece una infección de varicela previa a esta diagnosis y es vacunada contra influenza y hepatitis. Inicia tratamiento con anti-retrovirales durante seis meses padeciendo intensos efectos colaterales; diarrea, depresión, trastornos hematológicos y anemia.

Acude a México para iniciar el nuevo tratamiento acompañada por su pareja. Se le realizan exámenes de laboratorio que presentan estos resultados; negativo para herpes pero positivo para varicela. Se le indican los requeridos cambios en sus hábitos alimenticios con complementos de antioxidantes y se le tratan la varicela y su cuadro de depresión aguda. Abandona toda ingestión de medicamentos anti-retrovirales.

Esta paciente es un ejemplo de una relación paciente-médico ideal; tanto ella como su pareja han mantenido el contacto durante los últimos tres años, hecho que ha facilitado el monitoreo de su proceso de desintoxicación y de la posibilidad de cualquier recaída por factores tanto fisiológicos como psicológicos. Por medio del Dr. Flores establecen contacto con el Dr. Mohamed Al-Bayati para estudiar la posibilidad de establecer una demanda contra las compañías farmacéuticas que producen los medicamentos anti-retrovirales que le ocasionaron inmunodepresión y casi la muerte. Hasta la fecha la paciente se encuentra en buen estado de salud.

11.- A. O. (Ciudadano de Nigeria residiendo en Estados Unidos): Valoración a través de internet, por vía telefónica y a nivel personal durante diez días. De todos los casos incluidos en este estudio, este es el único paciente en el que no se realizaron ni la prueba de ELISA ni la del Western Blot.

Realiza un viaje de negocios a África para el cual toma medicinas contra la malaria acompañadas de complementos vitamínicos y cápsulas antivirales. A los pocos días de

viaje sufre de diarrea y se contagia de gripe. Toma immodium y la gripe y la diarrea desaparecen. A su regreso a Estados Unidos el paciente comienza a presentar problemas gastrointestinales con diarrea y coloramiento blanco en la lengua. El paciente le comenta al Dr. Flores que estando en África leyó un panfleto en donde estos síntomas eran considerados como típicos de los comienzos del Síndrome de Inmunodeficiencia *Adquirida*. Es importante señalar que en algunas regiones de África solo basta con presentar los síntomas del Síndrome de Inmunodeficiencia para que ella o él se consideren como ‘infectados’. Existen razones político-económicas detrás de este hecho. Es tal la ansiedad en el paciente que decide ir a México para iniciar el tratamiento.

Cuando la terapia se inicia se ordenan pruebas de laboratorio que dan resultado positivo para la malaria. Se le recomiendan los cambios de dieta con complementos de ácido lipoico y se le tratan los síntomas específicos referentes a su infección a la malaria. El paciente sigue las indicaciones del tratamiento al pie de la letra y ha mantenido el contacto desde 1999. Esto ayuda a que su proceso de desintoxicación y cualquier posibilidad de recaída sean monitoreados de cerca. Quisiera aclarar que es este paciente el responsable de que se estableciera el contacto con el Dr. Mohamed Al-Bayati debido a sus contribuciones económicas. Sin su labor *Clinical Trials in AIDS Patients* y esta investigación nunca hubieran visto la luz del día. Es gracias a gente como él que este movimiento de pacientes y médicos considerados *disidentes* por pacientes y médicos considerados *ortodoxos* crece día a día. La hipótesis que establece que el Síndrome de Inmunodeficiencia es causado por el retrovirus VIH será deconstruida paciente por paciente.

Conclusión

Al terminar la narración de la mayoría de los casos incluidos en este trabajo escribo; “hasta la fecha él o la paciente gozan de un buen estado de salud”. En algunos de ellos trato de explicar las razones por las cuales el paciente todavía se encuentra enfermo o él o ella, trágica e *innecesariamente*, han muerto. Repito lo dicho en el principio de este documento: la salud no es una *receta*; es una *disciplina*.

Después de tratar a más de 200 pacientes en los últimos cinco años he comprobado que aquellos que siguieron los requerimientos del tratamiento cuyo paradigma considera que el Síndrome de Inmunodeficiencia no tiene causas virales, sobrevivieron. Aquellos pacientes que trataron de tomar atajos ideológicos y siguieron siendo víctimas de sus adicciones a drogas *legales* o *ilegales* continuaron con sus cuadros de inmunodepresión o murieron. Lo repito una vez más: la salud no es una *receta*; es una *disciplina*.

El Síndrome de Inmunodeficiencia existe; es *perfectamente* real. Todo depende de si el médico y el paciente deciden si éste tiene causas virales o no. Después de tanta muerte, dolor y salud conquistada, llegué a la conclusión de que la inmunodeficiencia es un problema médico que tiene alcances filosóficos. Toda persona antes de morir sufre de inmunodepresión. Todos mis pacientes en algún momento pensaron que iban a morir. Algunos murieron. Todos ellos y ellas, desde distintas tradiciones y culturas le trataron de otorgar un sentido a este proceso entrópico. Pero la muerte siempre está más acá y más allá de la metáfora. Paradójicamente, de manera muy *natural*, tratamos de metaforizar nuestra muerte. Más nuestro cuerpo no es una metáfora; es demasiado real y siente placer, dolor y eventualmente muere. Nuestro cuerpo siempre se queda atrapado entre su *significado* y su *significante*: nuestro cuerpo es una nube de sensaciones condenada a disolverse y renacer. Nosotros somos esa *nube*.

Tanto los pacientes como los médicos leemos entre líneas las circunstancias político-económicas del mundo, las teorías *ortodoxas* o *disidentes* y los síntomas demasiado reales de aquellas personas que padecen inmunodepresión. Aquellos pacientes y médicos que se esfuerzan por ir más allá de la información que les es dada a través de los medios, sobreviven. Los que no se esfuerzan, se vuelven un número más en las estadísticas de la CDC (Center for Disease Control), el NIH (National Institute of Health) y la OMS (Organización Mundial de la Salud).

En última instancia esta es la opción: tanto el paciente como el médico deben decidir si desean devenir un número más en las estadísticas de las instituciones *totalitarias*

arriba mencionadas o convertirse en una vida llena de posibilidades. Esta es la opción. Ni más ni menos: TU DECIDES.

ii RECOMENDACIONES DE MONARCAS MEXICO

cuando alguien recibe un estudio positivo de VIH comienza un via crisis en el cual muchos fallecen tan solo por la noticia y otros van muriendose poco a poco y esto se debe a que entran a un estado de muerte que se acepta en base a lo hemos escuchado y que nos dicen los medicos tratantes y la sociedad, nosotros lo hemos denominado 'CIRCULO DEL SIDA' y es algo asi como que aceptas sin cuestionar las ordenes del medico y entras al club de muerte pero nosotros te damos estas recomendaciones para que lo abandones este circulo y puedas vivir una vida sana, fisica y mentalmente.

Estas son las recomendaciones que dan personas que han sido diagnosticadas positivos en los mal llamados estudios para sida o que han tenido alguna de las enfermedades metabolicas de SIDA,y hoy en dia viven sanas y plenas con sus familias.

1.- ERRADICAR LA CREENCIA DE QUE EL VIH CAUSA SIDA.

Despojarse de la mente de manera definitiva de que el VIH causa SIDA es factor crucial para empezar a vencer esta enfermedad a la hora de que estudias y descubres que el VIH no puede ser la causa del SIDA y que hasta se duda de que VIH exista, sacar de la mente este concepto es basico ya que si estas alimentando la duda esto es muy toxico y te hace mal, entender mejor que estamos intoxicados y tenemos que desintoxicarnos curarnos de las enfermedades que tenemos y erradicar los factores que causan una inmudeficiencia es lo adecuado y lo correcto, TU ESTAS INTOXICADO Y PUEDES CURARTE, SACATE DE sacate de la cabeza esa idea y metele esta otra ya que asi funciona la mente a base de repeticiones y de lo que te crees es lo que pasa.

2.- DESPOJARSE DEL COMPLEJO DE CULPA.

Normalmente a esta enfermedad se le a dado una carga impresionante al afirmar durante muchos anos que es una enfermedad propia de gente sucia y pecadora por lo tanto a la hora de recibir un resultado positivo, cargamos una lapida al creernos sucios y pecadores, y tambien se desarrolla un complejo de culpa al pensar a quien infectamos y quien nos infecto, entonces a la hora que realmente sabemos las causas que originaron del resultado positivo o SIDA pierde todo peso esta condicion al saber que no infectamos ni nadie nos infecto y que la sexualidad es algo inherente al ser humano y la tenemos que usar con responsabilidad y conciencia no somos sucios ni tenemos esta enfermedad por que alguien nos la contagio.

3.-VENCER EL MIEDO.

Las personas que fallecen de SIDA realmente fallecen de miedo y de consumir los medicamentos para SIDA, el miedo se puede vencer con información y estudio, a la hora que estudiamos y sabemos bien las causas del SIDA perdemos el miedo al saber primero que se puede prevenir y segundo se puede erradicar, estudiar es algo importantísimo en este camino cuestionarse y estudiar , para eso proporcionamos las paginas de Internet para que estudies mas cada día. No te creas nada de lo que te dicen cuestionalo y llaga hasta el fin estudiando y convenciendote por ti mismo.

4.- EVITAR EL PENSAMIENTO DE QUE SOMOS BOMBAS RODANTES.

Tenemos que sacar de la mente la idea de que somos bombas rodantes y pensar que NO CONTAGIAMOS Y NADIE NOS CONTAGIO no somos bombas rodantes, podemos besar, tener relaciones sexuales, relacionarnos con quien sea.

5.-USAR CONDON.

Aunque el SIDA no se contagia si hay enfermedades que pueden causar inmunodeficiencia y hasta la muerte y estas se transmiten por medio de las relaciones sexuales, hay que usar condon .

6.- CONOCER LAS VERDADERAS CAUSAS QUE GENERARON EL RESULTADO POSITIVO O LA CONDICION DE SIDA.

Hay que hacerse atender por medicos que esten en la disidencia para poder conocer las verdaderas causas de sida y asi poder recuperar la salud y no atenderse con antirretrovirales que son realmente toxicos.

Estos son las recomendaciones que al dia de hoy tienen a muchas personas viviendo SANAS y FELICES y que por obligación moral pasamos a ustedes esperando asi les sirvan para que puedan vivir como quieren vivir.

VI. ORGANISMOS DISIDENTES Y PÁGINAS WEB

Autoridades y organismos disidentes

- Kary B. Mullis, 6767 Neptune Place Pt4, La Joya, CA 93307 USA.
- A.M.C. (Asociación de Medicinas Complementarias).
- C.O.B.R.A. Grupo Científico-Médico Pro Replanteamiento del SIDA

Relación de Contactos COBRA

- Andalucía: 956-28-14-60. Dr. Trifón Moreno
- Catalunya: 93-3015858. Dr. Vicenç Herrera y 93-3814195. Lluís Bontinas (Lic. Económicas).
- Euskadi: 948-542150. Dr. Eneko Landáburu y 94-4961821.
- Galicia: Dr. Manuel Garrido.
- Madrid: 91-3512111. Alfredo Embid, Coordinador de la Revista “Medicinas Holísticas”.
- Valencia: 939-726396. Dr. Enric Costa.
- Higea. Madrid, Tel:91-8461176, Fax: 91-8464216
- Sumendi, Bilbao, Tel. y Fax: 94-4100644

Lista de algunos científicos que conforman el comité mundial por el replanteamiento científico del SIDA

- Roberto A. Giraldo (Presidente) M.D. Especialista en enfermedades infecciosas; Nueva York.
 - <http://www.rethinkingaids.com/BoardMembers> email:
giraldo@rethinkingaids.com
- Paul Philpott (Editor) MS Ingeniero en mecánica (Mech. Engineering); Detroit
 - email: paul@rethinkingaids.com
- David Rasnick PhD en Química; BS en Biología; Científico visitante en la Universidad de California en Berkeley.
 - Email: rasnik@rethinkingaids.com
- Harvey Biali PhD en Biología; Editor “Nature Bio/Technology” 1996-2000; México
 - Email: biali@rethinkingaids.com
- Celia Farber, Escritora, Revista “Gear” Nueva York.
 - Email: celia@rethinkingaids.com
- Russell Schoch, Editor, “California Monthly” Berkeley
 - Email: russ@rethinkingaids.com
- Tom Bethell, Corresponsal en Washington DC, del “American Spectator”
 - Email: bethel@rethinkingaids.com
- Charles Gesheker PhD Historia Africana; Profesor de la Universidad del Estado de California; Chico, CA
 - Email: charles@rethinkingaids.com

- Gordon Stewart MD PhD en Salud Pública, Epidemiología; Profesor Emérito (Ret), Glasgow Univ.
 - Email: gordon@rethinkingaids.com
- Peter H. Duesberg PhD, Biología; Miembro de la Academia Nacional de Ciencias; Profesor en la Universidad de California en Berkeley. Departamento de Biología Molecular y Celular. 229 Staley Hall. CA 94720. USA. Teléfono: 510-643-64-55.
 - Email: duesberg@rethinkingaids.com
- Mark Craddock PhD, Mathematics; Lecturer, Univ. of Sydney
 - Email: craddock@rethinkingaids.com
- John Lauritsen, Market Researcher/ Analyst (Ret); Author; Journalist, Cape Cod, MA.
 - Email: lauritsen@rethinkingaids.com
- Christine Maggiore, Founder and Director, Alive & Well AIDS Alternatives.
 - Email: christine@rethinkingaids.com

Sitios de Interés en Internet

www.monarcasmexico.org

www.robertogiraldo.com

www.duesberg.com

www.vivoysanomexico.com

www.sidainformatica.org

www.aliveandwell.com

www.geocities.com/vihlapuerta

www.geocities.com/iesnchile

VII.- ANEXOS

Algunos científicos integrantes de la disidencia.

Currículum de Peter H. Duesberg.



Profesor de Biología Molecular y Celular,
Universidad de California, Berkeley, California.

Nacimiento: 2 de diciembre de 1936.

Madre: Hilde Saettele, médico.

Padre: Richard Duesberg, profesor de Medicina
Interna.

Estudios:

- Universidad de Würzburg, Würzburg, Alemania; Vordiplom (Química); 1956-1958.
- Universidad de Basel, Basel, Suiza; 1958-1959.
- Universidad de Munich, Munich, Alemania; Diploma-1961 (Química); 1959-1961.
- Universidad de Frankfurt, Frankfurt, Alemania, Doctorado-1963 (Química); 1961-1963.

Experiencia profesional y en investigación:

- Instituto Max Planck de Investigación Vírica, Tübingen, Alemania; Estudios de Postdoctorado; 1963.
- Departamento de Biología Molecular y Laboratorio de Virus; desde 1989, Departamento de Biología Molecular y Celular, Universidad de California, Berkeley, California; Ayudante de Investigación Vírica y Estudios de Postdoctorado, 1964; Profesor Ayudante en Residencia e Investigador de Bioquímica, 1968; Profesor Ayudante, 1970; Profesor Asociado, 1971; Profesor, desde 1973 hasta la actualidad.

Méritos:

- Premio Merck 1969.
- Premio Anual de los Científicos de California 1971.
- Primer Premio Anual del centro médico Americano en oncología.
- Premio al Investigador Externo, institutos nacionales de salud, 1986.
- Academia Nacional de Ciencias, elegido en 1986.
- Fogarty Scholar Resident en el Instituto Nacional de la Salud, Bethesda, MD, 1986-1987.
- Wissenschaftspreis, Hanover, Alemania, 1988.
- Lichtfield Lecturer, Oxford, Inglaterra, 1988.

- C. J. Watson Lecturer, hospital Abbott Northwestern, Mineapolis, 1990.
- Profesor distinguido, Universidad Norte de Texas, Denton, Texas, 1992.
- Schaffer Alumni Lecturer, Universidad de Tulane, Nueva Orleans, 1992.
- Constance Ledward Rollins Lecturer, Universidad de New Hampshire, Durham NH, 15 de diciembre de 1992.

Bosquejo biográfico del Profesor Peter H. Duesberg:

Peter H. Duesberg, PhD, es profesor de Biología Molecular y Celular en la Universidad de California, Berkeley. En 1968-1970 demostró que el virus de la gripe posee un genoma segmentado. Esto explicaría su capacidad única para formar recombinantes mediante intercambio de segmentos subgenómicos. Aisló el primer gen del cáncer durante su trabajo sobre retrovirus en 1970, y realizó el mapa de la estructura genética de estos virus. Esto, y su trabajo posterior en el mismo campo, tuvo como consecuencia su elección para la Academia Nacional de Ciencias en 1986. También recibió una Beca para Investigadores Destacados de siete años de duración del Instituto Nacional de Salud. En base a su experiencia con los retrovirus, Duesberg ha puesto en duda la hipótesis del virus y el SIDA en las páginas de Cancer Research, The Lancet, Proceedings of the National Academy of Sciences, Journal of AIDS, AIDS Forschung, Biomed. & Pharmacother., New Engl. J. Med., Naturwissenschaften, Research in Immunology y Pharmacology & Therapeutics. Ha propuesto como alternativa la hipótesis de que las diversas enfermedades del SIDA están causadas por el consumo de drogas y de AZT, que se receta para prevenir o tratar el SIDA.

Contacto: Dr. Peter Duesberg. Departamento de Biología Molecular y celular. 229 Stanley Hall. Universidad de California. Berkeley, CA 94720. USA. Tel.: 510.643.64.55.

Roberto A. Giraldo



Médico, especialista en medicina interna con énfasis en enfermedades infecciosas de la Universidad de Antioquia, Colombia. Graduado con distinción de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres al obtener un Magister de Ciencia en Medicina Clínica Tropical.

Por cuatro décadas se ha dedicado a actividades clínicas, académicas e investigativas en diferentes aspectos de las enfermedades infecciosas, inmunológicas y tropicales en varias regiones de Colombia, los Estados Unidos, Europa y Africa.

La mayor parte de su carrera investigativa ha sido en el campo de las inmunodeficiencias secundarias o adquiridas, especialmente aquellas que ocurren en los países subdesarrollados. En 1976, con el professor Jacob Frenkel del Centro Médico de la Universidad de Kansas, estudió las infecciones por el *Toxoplasma gondii* y por el *Pneumocystis carinii*, como marcadores de riesgo para inmunodeficiencias humanas severas. También durante 1967, estudió las micosis oportunistas con el professor Donald Greer del Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) de la ciudad de Kansas. Durante 1974 y 1975 en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, estudió los principales factores de riesgo para el sarcoma de Kaposi, como un marcador de inmunodeficiencia severa en varios países del Africa.

De 1979 a 1987 ejerció su profesión en una región selvática de Colombia. Allí tuvo la oportunidad de trabajar hombro a hombro con curanderos tradicionales y de explorar las diferentes condiciones médicas relacionadas con la pobreza y la malnutrición tales como las infecciones, las parasitosis y toda una gama de inmunodeficiencias.

Investigador independiente del SIDA desde 1981 y tiene varias publicaciones sobre el tema. En 1997 escribió el libro: "El SIDA y los agentes estresantes inmunológicos: El

SIDA no es una enfermedad infecciosa ni se transmite sexualmente. Este es un síndrome tóxico-nutricional causado por el alarmante incremento mundial de agentes estresantes para el sistema inmunológico" Este libro escrito originalmente en inglés, fué modificado, ampliado, traducido al español y publicado en 2002 por la Universidad de Antioquia, Colombia.

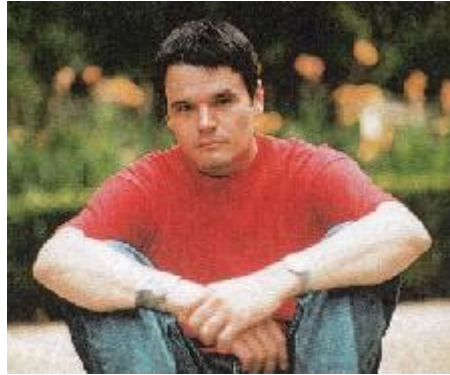
Desde 1993 hasta el presente trabaja en los laboratorios de inmunología y de diagnóstico molecular del "New York Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical Center" en la ciudad de Nueva York. Acá ha tenido la oportunidad de realizar y conocer en detalle las pruebas de Elisa, Western blot y Carga Viral para el VIH.

Desde el año 2000 hace parte de un panel internacional de expertos para asesorar al gobierno del Presidente Thabo Mbeki de la República de Sur Africa en asuntos relacionados con el SIDA. En el año 2003 fué invitado por los Ministros de Salud de 14 países del Africa y les presentó su propuesta de "Terapia nutricional para el tratamiento y la prevención del SIDA".

Expresidente de "Rethinking AIDS" el grupo internacional por el replanteamiento científico del SIDA; miembro de las juntas directivas de HEAL-New York "Health Education AIDS Liaison" y de la Fundación Arte y Ciencia de Medellín, Colombia; asesor científico en asuntos relacionados con el SIDA de varias organizaciones no gubernamentales en México, Nicaragua, Colombia, Perú, Brazil, Argentina, Chile, Bolivia y España.

Nueva York, 2005

Doctor Stefan Lanka (Alemania).



- Nace el 27 de septiembre de 1963 en Langenargen, lago de Konstanz, Alemania.
- **1984-1989:** Biología y «Studium Generale» (Estudios de Humanidades). Durante este tiempo: Estudios independientes y actividades en el campo de la Ecología (Polonia), Neurobiología, Electromicroscopia de Scanning, Botánica Marina (Estado francés), Genética y Virología.
- **1990:** Diploma con investigación de un virus marino.
- **Septiembre de 1994:** Ph. D. en Fisiología de Plantas, Patología de plantas y Filosofía, en la Universidad de Konstanz (Alemania) en base a su trabajo de investigación.
- **1987-1994:** Estudios de Biología Molecular sobre la relación estable entre virus y huésped. Aísla el primer virus de un alga eucariota marina: el *Ectocarpus silicosus virus (EsV)*. Varios artículos científicos publicados, por ejemplo, en la prestigiosa revista *Virology*.
- **Desde 1988:** Trabajo de relaciones públicas a fin de clarificar el «tema SIDA».
- **Desde 1994:** Artículos (*Wechselwirkung, Continuum, Internet, raum&zeit*, etc.), cursos y conferencias (Argentina, Alemania, Gran Bretaña, Estado español,...), comunicaciones, documentales (TV y cine), proyectos de investigación,... Se personó voluntariamente en el «juicio por sangre contaminada» de Göttingen para declarar bajo juramento que no hay prueba científica alguna de que el «VIH» exista. El tribunal no encontró ni un sólo científico oficialista que fuese a defender la existencia del «VIH», y el 24 de febrero de 1997 dictó sentencia (aunque la censura no la hizo pública): absolución total del médico, al que se acusaba de nada menos que de catorce asesinatos y de 5.800 intentos de asesinato. También lleva -junto con el Señor Karl Krafeld y otros colaboradores- una actividad científico-legal en Dormund para lograr que se prohíba la aplicación de los totalmente no-fiables «tests del SIDA».
- **Hobbies:** Conciertos de trompeta de música clásica. Organización y actividad en el campo del jazz y de la new music