

## **El SIDA Un gran negocio para las multinacionales farmacéuticas**

**Dossier 2008 11**

### **El SIDA: un negocio redondo para las multinacionales farmacéuticas**

12 Noviembre 2008

*Quienes se oponen a la "versión oficial" sobre el SIDA tienen a su favor el hecho de llevar años jugándose su prestigio profesional y personal, mientras las farmacéuticas se enriquecen cada vez más enviado por Antimperialista 11-11-2008*

[www.kaosenlared.net/noticia/sida-negocio-redondo-para-multinacionales-farmacéuticas](http://www.kaosenlared.net/noticia/sida-negocio-redondo-para-multinacionales-farmacéuticas)

El Dr. Kary Mullis, que recibió el Premio Nobel de química en 1993 por inventar una técnica de biología molecular denominada PCR (Reacción de Polimerasa en Cadena), que más tarde sería utilizada para "detectar" el supuesto virus del SIDA, declaró que esta técnica no sirve para contar virus del VIH y que hubiera renunciado al Premio Nobel si hubiera sabido para qué se iba a utilizar su descubrimiento. Incluso ha afirmado que el virus VIH no tiene nada que ver con el SIDA. Mullis es uno de los muchos científicos disidentes de la hipótesis de que el SIDA sea causado por un virus, hipótesis que es la más difundida, gracias al aporte financiero de los grandes laboratorios involucrados en la industria del SIDA, como Roche y Abbott.

Se insiste en los medios de comunicación y onGs que reciben aportes de los fondos del SIDA, que las triterapias "levantan a los pacientes de sus lechos de muerte". Esto es mentira. De hecho, la mayoría de los positivos que siguen vivos es porque nunca se han medicado con AZT, Viracept u otras drogas, sino que llevan vidas sanas y fortifican el sistema inmune con vitaminas. Sin embargo, los medios silencian los efectos secundarios de las tóxicas terapias y sus devastadores consecuencias en los pacientes.

-El AZT (Retrovir): El AZT no fue creado para el tratamiento del SIDA y no es un antiviral. El AZT es un compuesto químico que se inventó en 1964 como quimioterapia para combatir el cáncer, pero se dejó de lado porque incluso en dosis bajísimas resultaba muy tóxico. El AZT fue diseñado para prevenir la formación de nuevas células cancerígenas al bloquear el desarrollo de las cadenas de ADN. En 1964, los experimentos con AZT en los ratones con cáncer mostraron que el AZT era tan eficaz para destruir células saludables en desarrollo, que los ratones murieron de toxicidad extrema. Como resultado se cerró el asunto y no se suministró en ninguna persona. Veinte años después, la Compañía farmacéutica

Burroughs Wellcome (ahora Glaxo-Smith Wellcome) empezó una campaña para sacar al mercado el AZT como un medicamento para el SIDA, basándose en la idea de que el AZT bloquearía la formación de las cadenas de ADN del VIH. Glaxo-Wellcome consiguió la aprobación de la patente para el AZT como un tratamiento contra el SIDA, después de un estudio muy deficiente de sólo cuatro meses de duración. Muchos científicos defienden a brazo partido el uso del AZT porque produce un breve aumento de las células T, pero esto se nota sólo al inicio del uso del fármaco. Esto se debe a la respuesta del sistema hematológico que, en vista de la destrucción de la médula ósea, intenta corregir esa reducción drástica con una sobreproducción de células T. Por eso se registran a menudo más nuevas células T que el número encontrado en la sangre de un paciente antes de iniciar tratamiento. Pero como la fuente de estas nuevas células T disminuye, causa finalmente la total destrucción del sistema inmunitario. La tolerancia individual y la absorción del AZT determinan el índice de supervivencia a este compuesto tóxico. La muerte por intoxicación con AZT se interpreta siempre como muerte por SIDA.

-Los inhibidores de proteasas (Norvir, Kaletra, Viracept, Invitase y otros): supuestamente son específicos sobre la proteasa del VIH, pero también actúan sobre todas las otras proteasas del cuerpo, ya que nadie ha publicado jamás datos de una proteasa de VIH resistente que se haya encontrado en algún paciente. Las únicas proteasas de VIH resistentes a inhibidores que se han examinado han sido producidas en laboratorio mediante ingeniería genética. Son igualmente peligrosos y producen depósitos extraños de grasa en cuello, hombros y abdomen, niveles muy altos de colesterol, ataques cardíacos, fallo visceral y extraordinaria emaciación de las extremidades. La muerte por intoxicación por inhibidores de proteasas se rotula siempre como muerte por SIDA.

-Inhibidores de fusión (Fuzeon): es la última "joyita" del mercado de los fármacos del SIDA, a un impresentable precio de 1.500.000 de pesos chilenos la dosis inyectable para un mes. No se sabe si sirve de mucho, ya que no se puede abandonar el consumo de otros antivirales, y sólo se administra como último recurso a pacientes altamente intoxicados con otras terapias, o sea, la muerte por intoxicación con Fuzeon se rotulará siempre como muerte por SIDA de todas maneras. Es inyectable...pero con una jeringa de gas comprimido que solamente vende Roche. Además hay que pagar las clases para aprender a usarlo.

Recordemos que la industria del SIDA (exámenes de detección, fármacos, aportes etc) es la que mueve más dinero en el mundo, después de las armas de guerra y el narcotráfico. Y que uno de los principales inversores en la industria farmacéutica es el siniestro Donald Rumsfeld, ex-ministro de defensa de la administración Bush y uno de los ideólogos del Proyecto para un Nuevo Siglo Americano, es decir, de la guerra preventiva, que ha causado millones de muertos en todo el mundo desde la invasión de Afganistán en el 2001, pero millones de dolares de beneficios, para la industria armamentística.

Para colmo, en Africa, las condiciones para detectar SIDA avaladas por la OMS (debido a la pobreza y la ausencia de dinero para exámenes de "carga viral") son:

\*Si tienes diarrea, adelgazamiento y tos, se te clasifica como enfermo de SIDA.

\*Si tienes diarrea, fiebre y tos, también tienes SIDA.

Como chiste surrealista, en África se han dado casos de muertos atropellados por automóviles incluidos en las estadísticas de SIDA. El diagnóstico fue "demencia asociada al VIH", según casos documentados por el Dr. Harvey Bialy.

El "examen marco": El test de Elisa, el más barato e inespecífico, es el más utilizado en el tercer mundo. Siempre testea positivo. En un estudio se determinó que podría llegar a dar hasta un 84% de falsos positivos (Duesberg, Revista de Medicinas

Complementarias, n° 35). Resaltamos que este estudio fue publicado en la más prestigiosa revista de medicina: New England Journal of Medicine. En los países desarrollados está en retirada o se utiliza bajo la excusa del "test marco". En países pobres, tristemente, se utiliza como prueba definitiva.

Todo esto hace que millones de personas en todo el mundo, se vean abocadas a los letales retrovirales, en aras de los beneficios empresariales de las multinacionales farmacéuticas. ¡Esto es el capitalismo! ¡un sistema dirigido por psicópatas!

Cada vez son más los científicos y científicas disidentes de la "versión oficial", los cuales tienen a su favor el hecho de que llevan años jugándose su prestigio profesional y personal, enfrentándose con quienes se están enriqueciendo, día a día, desde hace dos décadas con el SIDA y se niegan a salvar las vidas de los presuntos infectados, con sus productos, si no es a cambio de dinero.

<http://antimperialista.blogia.com/2008/111101-el-sida-un-negocio-redondo-para-las-multinacionales-farmacenticas.php>

enlace de otro interesante artículo que duda sobre la versión oficial del SIDA

<http://despiertaya.wordpress.com/2008/05/05/sidamentiras>

-----

### **El SIDA y la corrupción de la ciencia médica**

#### **LAS PRUEBAS PARA VIH NO PUEDEN DIAGNOSTICAR LA INFECCIÓN POR VIH**

Artículo escrito originalmente en abril de 2006

[http://www.robertogiraldo.com/esp/articulos/las\\_pruebas\\_para\\_VIH.html](http://www.robertogiraldo.com/esp/articulos/las_pruebas_para_VIH.html)

**Esta es una réplica a varias de las numerosas falacias contenidas en el documento titulado "Errores en el artículo de Celia Farber de marzo de 2006 publicado en Harper's Magazine" (Gallo et al 2006)**

Roberto A. Giraldo, M.D.<sup>1</sup> Etienne de Harven, M.D.<sup>2</sup>

#### **CONTENIDO**

1. Varias declaraciones falsas respecto a las pruebas para VIH por Gallo, Geffen, Gonsalves, et al. (Gallo et al 2006).
2. Las compañías farmacéuticas reconocen que las pruebas para VIH no son específicas para diagnosticar la infección por VIH.
3. El VIH nunca ha sido aislado ni purificado de una manera científicamente aceptable.
4. Las llamadas proteínas del VIH no son marcadores específicos del VIH.
5. El llamado ARN del VIH no es un marcador específico del VIH.
6. Reacciones falsas positivas en las pruebas para VIH .
7. El verdadero significado de ser "VIH-positivo" o "seropositivo".
8. Experimentos propuestos durante el Panel de los Asesores Presidenciales del SIDA en Suráfrica.
9. Conclusiones y recomendaciones.

## 10. Referencias.

### **1. Varias declaraciones falsas respecto a las pruebas para VIH por Gallo, Geffen, Gonsalves, et al (Gallo et al 2006).**

El 4 de marzo de 2006, Robert Gallo junto con activistas pro-antirretrovirales de la "Treatment Action Campaign" en Suráfrica, la "Gay Men's Health Crisis" en los Estados Unidos, la "Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation", también en los Estados Unidos, y otras (Gallo et al 2006), hizo pública una presunta refutación de un artículo de Celia Farber publicado en el número de marzo de 2006, en Harper's Magazine: "Fuera de control: El SIDA y la corrupción de la ciencia médica" (Farber 2006).

Con respecto a las pruebas para VIH, Gallo y sus co-autores afirman que (Gallo et al 2006):

"Las pruebas para VIH fueron altamente precisas desde que fueron desarrolladas en 1984 y han llegado a serlo aún más a lo largo del tiempo, según que la tecnología subyacente haya evolucionado. Las pruebas para VIH están entre las más precisas disponibles en la medicina actual".

"La prueba de la PCR para detectar la presencia del virus puede también determinar con precisión el estado de VIH en niños"

"Un diagnóstico de SIDA no puede ser considerado definitivo sin una prueba para VIH".

"Los comentarios de Farber acerca de viajar en avión de Uganda a Australia para cambiar el diagnóstico VIH es simplemente una exageración estúpida".

"El riesgo de un falso positivo en la prueba para VIH en África, como en cualquier otro lugar del mundo, es muy pequeño si se sigue el protocolo correctamente. Algunas pruebas de anticuerpos para VIH han sido probadas en África y se las ha encontrado muy precisas. Son las que se usan generalmente. Por ejemplo, la prueba rápida "Abbott Determine" usada ampliamente en Suráfrica tiene una especificidad de al menos 98% (y en algunos estudios ha alcanzado prácticamente el 100%). Cuando esta prueba se combina con una segunda "prueba rápida" o con una prueba de ELISA para determinar un estado de VIH, el riesgo de un falso positivo es insignificante. La contribución de la tuberculosis y la malaria a los falsos positivos en las pruebas de hoy en día es igualmente insignificante".

"Una aplicación apropiada del protocolo de las pruebas para VIH (lo que incluye realizar por lo menos dos pruebas para VIH) tiene muy pocas posibilidades de dar falso positivo, independientemente del estado de embarazo"

Sin embargo, los datos científicos disponibles no validan estas declaraciones. Varios hechos establecidos científicamente apoyan la aseveración de que las pruebas para VIH no pueden diagnosticar la infección por VIH. A continuación algunos de estos hechos:

### **2. Las compañías farmacéuticas reconocen que las pruebas para VIH no son específicas para diagnosticar la infección por VIH.**

Las pruebas principales para el diagnóstico de infección por VIH son dos pruebas de anticuerpos, ELISA y Western blot, y una prueba genética, la PCR o prueba de "Carga Viral".

Sin embargo, las pruebas de ELISA y Western blot solamente detectan anticuerpos contra lo que se acepta erróneamente ser proteínas o antígenos del VIH. Similarmente, la PCR o prueba de "Carga Viral" solamente detecta copias de fragmentos de ARN que han sido arbitrariamente considerados como el ácido

nucleico del VIH. Ninguna de esas pruebas detecta el virus VIH ni a partículas de VIH.

Las compañías farmacéuticas que producen y comercializan esas pruebas reconocen la imprecisión de las mismas. Esto explica las aparentemente sorprendentes declaraciones incluidas en los instructivos que vienen con los reactivos: "La prueba de ELISA sola no puede ser usada para diagnosticar el SIDA, incluso si varias pruebas de la misma muestra de sangre resultan reactivas y sugieran con alta probabilidad la presencia de anticuerpos anti HIV-1" (Abbott 1997).

Los instructivos para una de las pruebas para administrar el Western blot advierten: "No use esta prueba como la única base para el diagnóstico de la infección por VIH-1" (Epitope Organon Teknika).

En forma similar, el instructivo que acompaña a los reactivos de una prueba frecuentemente usada para la PCR o "Carga Viral" advierte: "la prueba de ampliación genética para monitorizar al VIH-1 no está prevista para ser usada como una prueba rastreadora del VIH ni como prueba diagnóstica para confirmar la presencia de infección por VIH" (Roche 2003).

Por tanto, las compañías farmacéuticas fabricantes de los reactivos para estas pruebas reconocen el hecho de que ni la prueba de ELISA, ni la de Western blot, ni la de "Carga Viral" para VIH son específicas para diagnosticar la infección por VIH.

Es interesante que el único método válido para establecer la sensibilidad y la especificidad de una prueba de laboratorio clínico es comparar la prueba en cuestión con su prueba "estándar de oro". La única prueba "estándar de oro" posible para las pruebas de VIH es el mismo virus de la inmunodeficiencia humana, VIH. Puesto que el VIH nunca ha sido aislado ni purificado como una partícula viral libre e independiente, tampoco es posible definir correctamente la sensibilidad ni la especificidad de ninguna de estas pruebas. Actualmente, la sensibilidad y la especificidad de las pruebas para VIH, son definidas arbitrariamente, no por comparación con el propio VIH, sino por comparación de las pruebas en cuestión con las manifestaciones clínicas del SIDA, o con el recuento de células T4. Esto explica por que Abbott advierte claramente: "En la actualidad no hay estándar reconocido para establecer la presencia o ausencia de anticuerpos anti VIH-1 en la sangre humana. Por tanto la sensibilidad se calcula basada en los diagnósticos clínicos de SIDA y la especificidad basada en donantes aleatorios" (Abbott 1997). Puesto que no hay estándar de oro para definir la especificidad de las pruebas usadas para el diagnóstico de la infección por VIH, todos los resultados VIH-positivos deben ser considerados resultados falsos positivos. Además, por todo lo anterior, no es posible identificar a ningún individuo ni como VIH-positivo ni como VIH-negativo.

La gran mayoría de los investigadores del SIDA, periodistas, gente del común y trabajadores de la salud no saben de las limitaciones de estas pruebas porque no tienen acceso a la información pertinente. Adicionalmente, no se da información sobre estos hechos a los médicos y mucho menos al público en general, por parte de las facultades de medicina e instituciones de investigación.

### **3. El VIH nunca ha sido aislado ni purificado de una manera científicamente aceptable.**

Los procedimientos adecuados para el aislamiento y purificación de retrovirus (anteriormente conocidos como virus tumorales ARN) fueron establecidos desde 1964 (O'Connor et al 1964; De Harven 1965a,b, 1974).

Las fuentes más comunes de material del cual retrovirus pueden ser aislados y purificados son sangre (viremia), tejidos homogeneizados, y el fluido sobrenadante de cultivos de células infectadas (de Harven 1965a,b).

La técnica más frecuentemente usada para el aislamiento y purificación de retrovirus incluye los siguientes pasos principales. (1) Concentración de las partículas virales por centrifugación; (2) Monitorización mediante microscopía electrónica de las partículas virales concentradas; (3) Análisis bioquímico y genético de las partículas virales purificadas; (4) Control de los experimentos para evitar malinterpretar retrovirus endógenos con retrovirus exógenos infecciosos; y (5) Pruebas biológicas para establecer si el retrovirus aislado es en efecto potencialmente patogénico y virulento (O'Connor et al 1964; De Harven 1965a,b, 1974).

Sin embargo, ni Montagnier, ni Gallo, ni Levy et al. cumplieron con esas técnicas cuando anunciaron haber aislado "el virus del SIDA" en 1983 y 1984 (Barré-Sinoussi et al 1983; Papovic et al 1984; Gallo et al 1984; Levy et al 1984). Los primeros dos pasos fueron omitidos; no proporcionaron la evidencia con microscopio electrónico de que el sobrenadante del cultivo "infectado", en la sedimentación de 1.16 gm/ml de sacarosa, estuviera compuesto mayormente por partículas virales concentradas. En cambio, proporcionaron fotografías de microscopio electrónico de linfocitos de los cultivos estimulados y activados, que liberaban partículas similares a retrovirus. Estas mismas partículas, sin embargo, pueden ser vistas en linfocitos de cultivos estimulados y activados pero "no infectados" (Dourmashkin et al 1993).

Desafortunadamente, los experimentos no fueron controlados adecuadamente; dónde está la fotografía de microscopio electrónico del sobrenadante de los cultivos "infectados" y de los "no infectados" sedimentado a 1.16 gm/ml de sacarosa; microfotografías requeridas para determinar si existían o no partículas virales concentradas en ese gradiente de densidad? Y si ellas estaban sólo en los cultivos "infectados". Adicionalmente, dónde están las fotografías de microscopio electrónico de linfocitos "no infectados" cultivados en idénticas condiciones? Porqué mostrar sólo las de linfocitos "infectados"?

La presunta existencia del VIH fue afirmada después del estudio de proteínas, de la transcriptasa inversa (TI) y de fragmentos de ARN que fueron encontrados en sobrenadante de cultivo, pero que no fueron extraídas directamente de partículas virales purificadas.

Sorprendentemente, la existencia del VIH fue reivindicada indirectamente, sobre la base de la presencia en cultivo de células muy complejos y/o en individuos "VIH-positivos" de (1) proteínas/glycoproteínas tales como gp160/150, gp120, gp41/45/40, p34/32, p24, y p18/17, cada una de las cuales fué anunciada como perteneciente al VIH; (2) enzimas tales como la transcriptasa inversa que supuestamente pertenece al VIH; (3) fragmentos de ARN o ADN que supuestamente pertenecen al VIH (Papadopoulos-Eleopoulos et al 1993, 1996, 1997a, 1997b, 1997/8; Turner 1996, 1997(1998, 1998; Philpott 1997; Giraldo et al 1999; de Harven 1997/8, 1998, 2002a,b).

Sin embargo, ninguna de esas sustancias ha sido probado que pertenezcan al VIH. Cómo podría probarse que las moléculas encontradas en esos cultivos pertenecen realmente a partículas virales que nunca han sido adecuadamente purificadas? Cómo sería posible demostrar que esas sustancias no son simplemente microvesículas celulares o restos celulares contenidos en los cultivos y que sedimentan en la misma densidad que los retrovirus?. Para probar que esas moléculas, presuntamente consideradas como "marcadores", son parte de un

retrovirus llamado VIH, tendría que haber sido absolutamente necesario primeramente purificar las partículas retrovirales, separándolas de todo lo demás.

Sin embargo, mucho tiempo antes de la aparición de los primeros casos de SIDA, los investigadores que trabajaban con "virus tumorales ARN", actualmente conocidos como retrovirus, sabían claramente que el primer prerrequisito para el estudio de los componentes o moléculas de virus es obtener preparados de virus altamente purificados (de-The & O'Connor 1966). Después de la purificación del "virus de la leucemia murina" por ejemplo, estos autores fueron capaces de emplear métodos químicos especiales (por ejemplo: tween-ether, ribonucleasa, detergentes) para romper las partículas purificadas y extraer los componentes internos (de Thé & O'Connor 1996). Esto nunca se ha hecho con el VIH.

Uno de nosotros ha insistido en que: "La especificidad de los marcadores virales depende del éxito en el aislamiento y purificación. Sin la completa demostración del éxito en el aislamiento y purificación, la identificación de los marcadores virales es extremadamente arriesgada y puede llevar a graves malinterpretaciones de los datos clínicos. Una dramática ilustración de esto se encuentra en la actual investigación del VIH. En este caso, el virus (VIH) nunca ha sido correctamente aislado, ya que la banda de sedimentación en gradientes de sacarosa en la densidad de 1.16 gm/ml fue erróneamente considerada como de contener solamente virus, ignorando que el material que sedimenta en esa densidad contiene grandes cantidades de restos celulares y microvesículas celulares (Gluschankof et al 1997; Bess et al 1997). Por tanto, las proteínas y los ácidos nucleicos encontrados en tales bandas a 1.16 muy probablemente son de origen celular y no pueden usarse como marcadores virales. Esta defectuosa metodología ha tenido consecuencias extremadamente serias, como ocurre con las pruebas de anticuerpos anti VIH, ELISA y Western blot, que, se usan mundialmente y peligrosamente, pues carecen de especificidad, como demostraron en 1993 Papadopoulos y su grupo (1993), en Australia" (de Harven 1999).

"Más inquietante es el hecho de que algunos ´marcadores virales´ se buscan en material que sedimenta a 1.16, que es la densidad donde se espera sedimenten viriones intactos, pero no sus fragmentos moleculares. Si hubiesen sido disueltas las partículas retrovirales y estas liberaran marcadores moleculares, las muestras a 1.16 permitirían a los investigadores, al menos inicialmente, demostrar por microscopio electrónico partículas virales íntegras. Sin embargo, después de 15 años de la más intensiva búsqueda del VIH, dos grupos independientes finalmente decidieron explorar con microscopio electrónico las características estructurales del material que sedimenta en el gradiente 1.16. Trabajando con sobrenadantes de cultivos de "células T infectadas con VIH-1", ambos grupos hallaron que el material semintando en esa densidad contiene ante todo restos celulares y vesículas de membrana celular, que no pueden ser identificadas como partículas de VIH ni siquiera como objetos similares a virus" (Gluschankof ete al 1997; Bess et al 1997). Todavía este es el tipo de muestra en el cual los ´marcadores virales´ son identificados en la actualidad y usados para medir los efectos de medicamentos antiretrovirales en ensayos clínicos actuales" (de Harven 1998).

La actividad de la transcriptasa inversa (TI) encontrada en el sobrenadante de cultivos por los investigadores que reivindican haber aislado "el virus del SIDA" (Barré-Sinoussi et al 1983; Papovic et al 1984; Gallo et al 1984; Levy et al 1984) podría también tener un origen celular, puesto que este enzima es ubicua (Ross et al 1971; Beljanski 1972; Varmus 1987; Coffin et al 1997). La TI no es una característica única de los retrovirus, como erróneamente pensaban el grupo de Montagnier, Gallo y Levi.

El VIH tampoco ha sido nunca aislado o purificado como partículas virales intactas. Por tanto, no hay datos científicos que validen la idea de que lo que se conoce como VIH, sea de hecho un virus!

No existe un solo tubo de ensayo en ningún laboratorio de ninguna parte que contenga partículas purificadas de VIH. Los investigadores que trabajan con lo que ellos creen que es VIH en laboratorios de todo el mundo, es muy probable que no estén trabajando con partículas de VIH. Muy probablemente ellos trabajan con proteínas, enzimas o fragmentos de ARN que han sido arbitrariamente considerados como pertenecientes al VIH.

El hecho de que, después de 25 años de intensa investigación, el VIH no haya sido aislado ni purificado en los términos indicados por la virología clásica, nos indica que la visión del SIDA como una enfermedad viral contagiosa está basada en un microbio que aparentemente no existe!

#### **4. Las llamadas proteínas del VIH no son marcadores específicos del VIH.**

A comienzos de los años ochenta, frustrados retrovirólogos que investigaban sobre el cáncer, intentaron probar que el SIDA era una enfermedad retroviral, lo cual fue arbitrariamente decidido basados en lo que ellos erróneamente llamaron "las proteínas del virus del SIDA", "los enzimas del virus del SIDA" y "el ARN del virus del SIDA", los cuales fueron hayados en los sobrenadantes de cultivos, sin haber aislado ni purificado previamente las partículas retrovirales, es decir, sin haberlas separado de microvesículas y restos celulares, como se explicó en la sesión anterior.

El grupo de Montagnier del Instituto Pasteur de Francia, por ejemplo, determinó lo que ellos llaman "antígenos virales" (proteínas virales) a través de una serie de experimentos de inmunoprecipitación (Western blot) utilizando linfocitos de sangre de cordón umbilical en sistemas de cultivos celulares muy complejos: con virus del paciente 1 como fuente de "antígenos virales", con suero con anticuerpos anti la P24 del HTLV-1 y con suero de los pacientes 1 y 2, y arbitrariamente decidieron que: "habían visto tres proteínas principales: la p25 y proteínas con peso molecular de 80,000 y 45,000. La 45K puede ser debida a la contaminación del virus con actina celular que estaba presente en los precipitados inmunes de todos los extractos celulares" (Barré-Sinoussi et al 1983). Sin haber purificado previamente las partículas virales, concluyen erróneamente que, "estos resultados, junto con los de inmuno- precipitación indican que el retrovirus del paciente 1 contiene una proteína principal p25, del tipo similar a la del HTLV-1 pero inmunológicamente diferente" (Barré-Sinoussi et al 1983).

El grupo de Gallo del Instituto Nacional del Cáncer realizó pruebas de Western blot usando "lisados de clones celulares productores de HTLV-III" y suero diluido a 1:500, y, también sin haber purificado previamente las partículas virales, arbitrariamente decidió que, "los antígenos expresados después de la infección viral y reconocidos por el suero humano, incluyeron a p65, p55, p41, p39 y p24. También se detectó una proteína grande con peso molecular de aproximadamente 130,000 y una proteína de 48,000" (Schüpbach et al 1984). Sin embargo, ellos también concluyen que: "estos resultados muestran claramente que los antígenos detectados después de la infección viral pueden corresponder a proteínas de codificación viral o a antígenos celulares inducidos por la infección" (Schüpbach et al 1984). Adicionalmente, concluyeron que, "se produjo una acumulación grande de p24 y p41, lo cual muestra que estas moléculas son los mayores componentes de la preparación viral. Por lo tanto la p24 y la p41 fueron, consideradas proteínas estructurales del virus" (Schüpbach et al 1984).

El grupo de investigadores de Levy, de la Universidad de California en San Francisco, realizó procedimientos de inmuno-fluorescencia indirecta convencional usando "células infectadas" y suero diluido a 1:10. Encontraron anticuerpos contra los que se suponían era ARV (Virus Relacionado con el Sida) en un 88% de SIDA con sarcoma de Kaposi, en un 100% de SIDA con enfermedades oportunistas, en 93% de hombres parceros sexuales de pacientes de SIDA, y en 57% de hombres homosexuales clínicamente sanos (Levy et al 1984).

Estos tres grupos de investigadores decidieron, arbitrariamente, que las proteínas que hallaron en cultivos de células aparentemente infectados con "el virus del SIDA" eran "proteínas del VIH". Estas proteínas no habían sido y nunca han sido extraídas directamente de partículas virales aisladas y purificadas. Ellas podrían, por tanto, perfectamente, tener un origen en las células humanas cultivadas.

De otro lado, en 1997, el grupo de Gluschankof en Francia y Alemania, así como el grupo de Bess en los Estados Unidos, demostraron que cuando se sigue el procedimiento rutinario para aislar retrovirus de cultivos que están supuestamente infectados con VIH, no es posible aislar o purificar partículas virales, separadas de microvesículas celulares y de restos celulares, ni siquiera estudiando las bandas donde se sabe que sedimentan retrovirus (Gluschankof et al 1997; Bess et al 1997). Estos investigadores advierten correctamente que, "se debe ser prudente, por tanto, en lo que respecta a la presencia de vesículas celulares cuando se intenten extraer inmunógenos virales (proteínas) de gradientes de densidad" (Gluschankof et al 1997), porque "se han encontrado antígenos celulares humanos en preparaciones de VIH-1" (Gluschankof et al 1997). Por tanto, estos documentos de 1997 de los grupos de Gluschankof y Bess proporcionan una demostración objetiva de que lo que comúnmente llaman "proteínas del VIH" o "antígenos del VIH" o "inmunógenos del VIH" no son marcadores específicos del VIH y podrían muy bien originarse en las células de los cultivos.

A este respecto, nuestros colegas de Perth, Australia, han explicado varias veces que los antígenos, proteínas, glicoproteínas o bandas del Western blot - p120, p41, p32, p24/25, p17/18 – que supuestamente son considerados proteínas específicas del VIH pueden perfectamente no ser codificados por el genoma del VIH, y pueden, de hecho, corresponder a proteínas celulares originadas en las células humanas usadas en los cultivos celulares (Papadopulos-Eleopulos et al 1993, 1997a; Turner 1996, 1997/1998). El componente celular normal actina probablemente corresponda a lo que se conoce como gp41, mientras que la gp120/160 probablemente represente oligómeros de la gp41 (Papadopulos-Eleopulos et al 1993).

Por lo tanto, nadie ha presentado, hasta la fecha, evidencia de que las llamadas proteínas o antígenos del VIH (gp160/150, gp120, gp41/45/40; p34/32, p24, p18/17), sean realmente constituyentes del VIH (Papadopulos-Eleopulos et al 1993, 1996; de Harven 1998, 2002a, 2003; Giraldo 2002a; Giraldo et al 1999).

De otro lado, las proteínas y glicoproteínas enumeradas arriba (conocidas como "antígenos de VIH") se sabe que sólo aparecen cuando uno co-cultiva sangre supuestamente infectada junto con células anormales de pacientes leucémicos, o de linfocitos de cordón umbilical (Papadopulos-Eleopulos et al 1996; de Harven 1998). Muy probablemente, las mismas moléculas se obtendrían de cultivos similares en ausencia de "infección por VIH". Sin embargo, nunca se realizaron estos controles de importancia crucial en los experimentos para aislar al "virus del SIDA" (de Harven 1998, 2003, 2004), especialmente cuando los investigadores usaron sangre de linfocitos de cordón umbilical. Se sabe que estas células procedentes de la

placenta contienen retrovirus endógenos probablemente defectuosos (Panem 1979; de Harven 2002b).

Además, los cultivos donde las sustancias mencionadas se hallaron, fueron fuertemente estimulados con phytohemagglutinin, IL-2, suero sanguíneo con anticuerpos anti interferón humano, y otros agentes (Papadopulos-Eleopulos et al 1996; de Harven 1998, 2003). Estos estimulantes de cultivo son agentes oxidantes y podía esperarse que estimularan la expresión de retrovirus endógenos (Papadopulos-Eleopulos et al 1996). No existen en la literatura médica los controles requeridos para estos experimentos. Es interesante que ni "el VIH mismo" ni ningún marcador de VIH puede ser encontrado cuando los cultivos, supuestamente infectados, son tratados con antioxidantes (Papadopulos-Eleopulos 1988, 1998(9; Papadopulos-Eleopulos et al 1992, 1993).

Desgraciadamente, estas supuestas "proteínas del VIH" o "antígenos del VIH" son usados como antígenos en las pruebas serológicas para VIH, y esto explica la completa falta de especificidad de estas pruebas.

### **5. El llamado ARN del VIH no es un marcador específico del VIH.**

La prueba de carga viral es una prueba de amplificación genética que hace copias de fragmentos de ARN que arbitrariamente han sido considerados como partes del genoma del VIH. Estos fragmentos de ARN se encuentran en sobrenadantes de cultivo o en la sangre de los pacientes. Nunca han sido, sin embargo, extraídos directamente de partículas virales purificadas. Lo que se conoce como "ARN del VIH" puede muy bien originarse en las células de los cultivos o estar presente en la sangre de personas sometidas a estrés. También podría originarse en retrovirus endógenos no infecciosos.

Además, se sabe que el genoma humano contiene una considerable proporción de secuencias relacionadas con retrovirus endógenos (Mager & Freeman 1987; Lieb-Mösch et al 1990).

En la década anterior a la aparición del SIDA, durante la "Guerra Contra el Cáncer" del Presidente Richard Nixon, para poder identificar "proteínas virales" y extraer muestras del "ARN viral", los investigadores usaron con éxito especímenes altamente purificados de retrovirus procedentes de animales virémicos. El método utilizado para alcanzar la purificación de un retrovirus típico era rápido, barato y reproducible (de Harven 1965a,b). Sin embargo, "sorprendentemente, nadie ha conseguido jamás demostrar partículas de VIH en la sangre de ningún paciente con SIDA por este método, ni siquiera seleccionando los pacientes y tomando sólo aquellos con una "carga viral" alta determinada con los métodos de la PCR" (de Harven 2003). La PCR es una técnica genética que no cuenta partículas virales (Mullis & Faloone 1987), como médicos y profanos pueden creer. Simplemente hace copias de lo que se supone que es el RNA del VIH (Roche 2003).

"Es muy probable que el método de la PCR amplifique pequeños fragmentos de ARN, que resultan como consecuencia de condiciones de estrés y de enfermedades crónicas (Urnovitz et al 1999), y que incluyen segmentos retrovirales originados en retrovirus endógenos humanos. Esto no es sorprendente ya que cerca del 2% del genoma humano tiene marcada similitud con el genoma retroviral (Löwer et al 1996). Consecuentemente, 'midiendo carga viral' por el medio de la PCR es probable que no se esté cuantificando en absoluto una viremia hipotética por un VIH exógeno. Kary Mullis mismo, Premio Nobel por su descubrimiento del método PCR, rechaza categóricamente el uso de 'su' método para mediciones cuantitativas de una hipotética viremia por VIH (Mullis 1998)" (de Harven 2003).

La "clonación del VIH" es, asimismo, un concepto muy engañoso. Sin haber primero aislado y purificado las partículas retrovirales, la clonación del "RNA específico del VIH" no es posible (Papadopulos-Eleopulos et al 1996; de Breen 1998; Giraldo et al 1999). Tampoco la clonación de fragmentos de ácido nucleico hallados en sobrenadantes de cultivos supuestamente "infectados con VIH" indican VIH. El único camino apropiado para conseguir la clonación del VIH sería primero aislar y purificar las partículas de VIH y luego extraer el RNA del núcleo de las partículas purificadas. Esto jamás ha sido hecho con el VIH!

Sin embargo, en 1985, investigadores del Instituto Nacional del Cáncer y del Instituto del Cáncer Dana-Farber de la Universidad de Harvard reivindicaron haber descubierto la "secuencia completa de nucleótidos del virus del SIDA, HTLV-III" (Ratner et al 1985). Arbitrariamente establecieron que: "La secuencia nucleótida completa del virus HTLV-III y del ADN-proviral contiene cada una cuatro estructuras largas abiertas, las dos primeras corresponden a los genes gag y pol. La cuarta estructura abierta codifica dos fracciones polipeptídicas, un precursor grande de la envoltura de glycoproteína y una proteína más pequeña derivada de la terminación larga de la tercera estructura abierta, análoga a la estructura larga abierta producto del HTLV-I y -II"; además "el HTLV-III tiene unos 9,749 pares de bases. La estructura en conjunto del provirus es similar a la de otros retrovirus" (Ratner et al 1985). Y, continúan, "las secuencias de diferentes clones del HTLV-III permiten un análisis del nivel de diversidad de secuencias del virus. Una comparación de clones BH8 y BH5 con BH10 demuestra un 0,9% de pares de bases polimórficas en las regiones de codificación del genoma y un 1.8% de pares de bases polimórficas en las regiones de no codificación. La heterogeneidad entre diferentes clones del HTLV-III muestra que éste puede representar secuencias de desarrollo divergente en cultivos del virus de un individuo dado por un período de tiempo, y diferencias polimórficas en virus de diferentes individuos. La diversidad entre diferentes aislamientos del HTLV-III parece ser más grande que entre dos diferentes aislamientos del HTLV-I de tal suerte que, es muy probable que la mayoría de las divergencias entre los clones del HTLV-III analizadas aquí representen diferencias de diferentes individuos." (Ratner et al 1985). No obstante, esta declaración solamente puede ser válida para un fragmento de ADN (de un clon de HTLV-III) que los investigadores americanos arbitrariamente consideraron que era "el DNA proviral del HTLV-III". Las personas que lean esto, sin una perspectiva crítica, pudieran, por lo tanto, ser confundidas y desorientadas por los investigadores de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) y de la Universidad de Harvard.

Uno de nosotros describió esta caótica situación durante un debate sobre el SIDA en Africa, sostenido en el Parlamento Europeo en Bruselas, como sigue: "la 'Carga Viral' de periódicos y revistas por todo el mundo es extremadamente alta, debido al número de ilustraciones del VIH publicadas casi diariamente en la prensa mundial". "Estas imágenes son extremadamente atractivas, y a menudo ricas en colores artificiales. Ejemplifican claramente el peligro de informar mal al público con dibujos de computador. El publicar tales imágenes envía un mensaje clarísimo al público en general y también a los profesionales médicos: sí, el VIH ha sido aislado porque se puede retratar en el microscopio electrónico. Sin embargo, todas estas imágenes no son más que idealizaciones computerizadas" (de Harven 2003), siempre derivadas de partículas observadas en un cultivo celular complejo y probablemente contaminado, pero nunca derivadas directamente de ningún paciente con SIDA.

La llamada "carga viral del VIH" no puede, por tanto, diagnosticar la infección por VIH.

## 6. Reacciones falsas positivas en las pruebas para VIH.

Hay abundantes publicaciones científicas que explican que existen más de 70 condiciones diferentes documentadas que pueden hacer que la prueba de anticuerpos reaccione positivamente sin que exista infección por VIH. (Johnson 1993, 1995, 1996a,b; Hodgkinson 1996; Turner 1996, 1997/8; Shenton 1998; Papadopoulos-Eleopoulos et al 1993; Giraldo 1997d, 2000a; Giraldo et al 1999).

Algunas de las condiciones que causan falsos positivos en la así llamada "prueba del SIDA" son: infección presente o pasada con una variedad de bacterias, parásitos, virus y hongos, incluyendo tuberculosis, malaria, leishmaniasis, influenza, resfriado común, lepra y un historial de enfermedades de transmisión sexual; la presencia de anticuerpos poliespecíficos, hipergammaglobulinemias, la presencia de auto-anticuerpos contra una variedad de células y tejidos, vacunas, y la administración de gammaglobulinas o inmunoglobulinas; la presencia de enfermedades auto-inmunes como: lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, dermatomiositis y artritis reumatoidea; la presencia de embarazo y multiparidad; historia de inseminación rectal; adicción a drogas recreacionales; diversas enfermedades renales, insuficiencia renal y hemodiálisis; historia de trasplante de órganos; presencia de una variedad de tumores y quimioterapia contra el cáncer; muchas enfermedades hepáticas incluida la enfermedad alcohólica hepática; hemofilia, transfusiones de sangre y administración de factor de coagulación; e incluso la simple condición del envejecimiento y algunas vacunas, para mencionar sólo las más importantes (Johnson 1993, 1995, 1996a,b; Hodgkinson 1996; Turner 1996, 1997(8; Sentón 1998; Papadopoulos-Eleopoulos et al 1993; Giraldo 1997d, 2000a).

Christine Johnson, de California, ha listado, de la literatura científica, las siguientes condiciones que causan reacción falso-positiva en las pruebas de anticuerpos para VIH.

- Presencia de anticuerpos poliespecíficos naturales (Barbacid et al 1989; Healey & Bolton 1993).
- Anticuerpos a anti-carbohidratos (Zinder & Fleissner 1989; Healey & Bolton 1993; Cordes & Ryan 1995).
- Anticuerpos con alta afinidad por el poliestireno usado en los envases de las pruebas (Arnold et al 1994; Pearlman & Ballar 1994; Yoshida et al 1987).
- Anticuerpos HLA anti antígenos de leucocitos clase I y II (Blanton et al 1987; Bylund 1992; Cordes & Ryan 1995; Profitt & Yen-Lieberman 1993; Sayers et al 1986; Schleupner 1990; Schochetman & George 1992; Steckelberg & Cockerill 1988; Yu et al 1989).
- Inmunización pasiva (recepción de gammaglobulinas o inmuno-globulinas como profilaxis contra infecciones) (Ascher & Roberts 1993; Cordes & Ryan 1995; Gill et al 1991; Jackson et al 1988; Lai-Goldman et al 1987; Isaacman 1989; M Profitt & Yen-Lieberman 1993; Piszkievicz 1987; Yale et al 1994).
- Administración de preparados de inmunoglobulina humana (Bylund et al 1992).
- Hipergammaglobulinemia (alto nivel de anticuerpos) (More et al 1986; Peterman et al 1986).

- Globulinas producidas durante gamopatías policlonales, muy común en grupos de personas a riesgo de SIDA (Bylund et al 1992; Cordes & Ryan 1995; Schleupner 1990).
- Anticuerpos anti-linfocitos (Mathe 1992; Ujehelyi et al 1989).
- Anticuerpos anti-colágeno (encontrados en hombres gay, hemofílicos, Africanos de ambos sexos y gente con lepra) (Mathe 1992).
- Múltiples transfusiones de sangre (Cordes & Ryan 1995; Ng 1991; Peterman et al 1986; Proffit & Yen-Lieberman 1993; Schochetman & George 1992; Yu et al 1989; Sayre 1996).
- Individuos con defectos de coagulación (Bylund et al 1992; Schochetman & George 1992).
- Vacuna de la hepatitis B (Jackson et al 1988; Lee et al 1992; Pearlman & Ballas 1994; Proffit & Yen-Lieberman 1993).
- Vacuna antitetánica (Pearlman & Ballas 1994).
- Falsos positivos en otras pruebas serológicas, incluyendo RPR para sífilis (Bylund et al 1992; Fleming et al 1987; Moore et al 1986; Schleupner 1990; Schochetman & George 1992).
- Individuos sanos con reacciones serológicas cruzadas mal interpretadas (Bylund et al 1992).
- Anticuerpos IgM anti-hepatitis A (Schleupner 1990).
- Altos niveles de complejos inmunes circulantes (Biggar et al 1985; Moore et al 1986).
- Presencia de ribonucleoproteínas normales humanas (Cordes & Ryan 1995; Schleupner 1990).
- Malaria (Biggar et al 1985; Charmot & Simon 1990).
- Leishmaniasis Visceral (Ribiero et al 1994).
- Tuberculosis (Kashala et al 1994).
- *Micobacterium avium* (Kashala et al 1994).
- Enfermedades autoinmunes: lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, enfermedad mixta del tejido conjuntivo, dermatomiositis (Bylund et al 1992; Leo-Amador et al 1990; Pearlman & Ballas 1994; Proffit & Yen-Lieberman 1993; Ranki et al 1992; Schochetman & George 1992).
- Lupus eritematoso sistémico (Esteva et al 1992; Jindal et al 1993).
- Artritis reumatoidea (Ng 1991).
- Seropositividad contra factor reumatoideo, anticuerpos antinucleares, y otros autoanticuerpos (Kock et al 1988; Steckelberg & Cockerill 1988; Yoshida et al 1987).
- Anticuerpos anti-músculos lisos (Schleupner 1990).
- Anticuerpos anti-mitocondriales (Cordes & Ryan 1995; Schleupner 1990).
- Anticuerpos anti-microsomales (Mortimer et al 1985).
- Otros anticuerpos antinucleares (Cordes & Ryan 1995; Schleupner 1990).
- Anticuerpos anti-antígenos de células T (Cordes & Ryan 1995; Schleupner 1990).

- Insuficiencia renal (Cordes & Ryan 1995; Jindal et al 1993; Schleupner 1990).
- Hemodiálisis (Bylund et al 1992; Fassbinder et al 1986; Peterman et al 1986; Schochetman & George 1992; Ujhelyi et al 1989).
- Terapia con interferón alfa en pacientes en hemodiálisis (Sungar et al 1994).
- Trasplante renal (Burkhardt et al 1987; Cordes & Ryan 1995; Neale et al 1985; Schleupner 1990; Ujhelyi et al 1989).
- Trasplante de órganos (Agbalika et al 1992; Ng 1991).
- Infección de las vías respiratorias superiores (resfriado común o gripe)(Challakere & Rapaport 1993).
- Infecciones virales agudas, infecciones con adenovirus (Cordes & Ryan 1995; Pearlman & Ballas 1994, Profitt & Yen-Lieberman 1993; Schleupner 1990; Steckelberg & Cockerill 1988; Voevodin 1992).
- Gripe (Ng 1991).
- Vacunación anti gripe o influenza (Arnold et al 1994; Challakere & Rapaport 1993; Cordes & Ryan 1995; Hsia 1993; MacKenzie et al 1992; Profitt & Yen-Lieberman 1993; Simonsen et al 1995).
- Herpes simple I (Langedijk et al 1992).
- Herpes simple II (Challakere & Rapaport 1993).
- Virus de Epstein-Barr (Ozanne & Fauvel 1988).
- Exposición a vacunas antivirales o infección viral reciente (Challakere & Rapaport 1993).
- Embarazo y multiparidad (Cordes & Ryan 1995; Ng 1991; Profitt & Yen-Lieberman 1993; Steckelberg & Cockerill 1988; Ujhelyi et al 1989; Abbott 1997).
- Cánceres (Pearlman & Ballas 1994).
- Mieloma múltiple (Bylund et al 1992; Profitt & Yen-Lieberman 1993; Steckelberg & Cockerill 1988).
- Trastornos hematológicos malignos y linfomas (Burkhardt et al 1987; Cordes & Ryan 1995; Profitt & Yen-Lieberman 1993; Schleupner 1990; Steckelberg & Cockerill 1988).
- Fiebre Q con hepatitis asociada (Yale et al 1994).
- Hepatitis (Sungar 1994).
- Enfermedad hepática alcohólica (Bylund et al 1992; Cordes & Ryan 1995; Mendenhall et al 1986; Pearlman & Ballas 1994; Schleupner 1990; Schochetman & George 1992; Steckelberg & Cockerill 1988).
- Colangitis esclerosante primaria (Schochetman & George 1992; Steckelberg & Cockerill 1988).
- Cirrosis biliar primaria (Cordes & Ryan 1995; Profitt & Yen-Lieberman 1993; Schleupner 1990; Steckelberg & Cockerill 1988).
- Síndrome de Stevens-Johnson (Burkhardt et al 1987; Cordes & Ryan 1995; Profitt & Yen-Lieberman 1993).

- Sangre "concentrada o gruesa" en Africanos (Jungkind et al 1986; Schleupner 1990; Schochetman & George 1992; Smith et al 1987; Van Brees et al 1985).
- Suero lipémico (sangre con niveles altos de grasas o lípidos) (Schochetman & George 1992).
- Suero hemolizado (Schochetman & George 1992).
- Hiperbilirrubinemia (Bylund et al 1992; Cordes & Ryan 1995).
- Proteínas en el equipo de laboratorio usado para estas pruebas (Cordes & Ryan 1995).
- Otros retrovirus (Blomberg et al 1990; Cordes & Ryan 1995; Dock et al 1988; Schleupner 1990; Tribe et al 1988).

Por lo tanto, hay un número creciente de condiciones conocidas que provocan que las pruebas para VIH reaccionen positivamente en ausencia del VIH, es decir, falsos positivos.

Es interesante que todas las condiciones que causan reacciones positivas en las "pruebas para VIH" en ausencia del VIH, son condiciones que están presentes, con mayor o menor frecuencia y concentración, en muchas personas de los "grupos de riesgo para el SIDA" reconocidos en los países desarrollados, así como en un amplio porcentaje de Africanos y en personas de otras partes del mundo subdesarrollado. Esto quiere decir que muy probablemente muchos usuarios de drogas (incluidas algunas madres), algunos hombres homosexuales, y algunos hemofílicos en los países desarrollados, así como la vasta mayoría de los habitantes de la mayor parte de los países de África, Asia, América del Sur y el Caribe, que reaccionan positivamente en las pruebas para el VIH, pueden perfectamente hacerlo debido a otras condiciones diferentes a estar infectado con VIH (Johnson 1993, 1995, 1996a,b; Hodgkinson 1996; Turner 1996, 1997/8; Shenton 1998; Papadopoulos-Eleopoulos et al 1993, 1997; Giraldo 1997c, 2000a).

Es escandaloso darse cuenta de que el diagnóstico de la infección por VIH se haga con pruebas que no son específicas para el VIH, y aún peor cuando uno sabe que estas pruebas inespecíficas son la guía para la prescripción de drogas antirretrovirales altamente tóxicas.

## **7. El verdadero significado de ser "VIH-positivo" o "seropositivo".**

La definición de SIDA, como ha sido desarrollada por los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC) del Gobierno Federal de los Estados Unidos, requiere un resultado positivo en la prueba de anticuerpos para el VIH (CDC 1992). La importancia del VIH en esta definición es tan fuerte que, por lo general, muchos investigadores del SIDA, profesionales de la salud y otras personas siguiendo la directriz del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, de la Academia Nacional de Ciencias y de la mayoría de los investigadores del SIDA, se refieren ahora al "SIDA" como "enfermedad VIH" (Instituto de Medicina 1986; Volberding & Cohen 1994; Fauci 1993; Staprans & Feimberg 1997; Lewis & Ho 2003; Wormser 2004).

Sin embargo, el SIDA en muchos países del África puede ser diagnosticado sin necesidad de una prueba de VIH ni ninguna otra prueba de laboratorio. Esto fue decidido por los oficiales de la salud pública americanos y la Organización Mundial de la Salud en una conferencia en Bangui (República Centroafricana) en octubre de 1985 (Quinn et al 1986). Esta "Definición de Bangui" permite a los profesionales de la salud diagnosticar el SIDA en África basándose solamente en los síntomas y signos clínicos que presente el paciente. No obstante, las enfermedades más

prevalentes en África son una consecuencia directa de la pobreza crónica y se manifiestan normalmente con síntomas y signos que están incluidos en la definición de SIDA de Bangui, tales como pérdida de peso, diarrea crónica, fiebre prolongada, tos persistente y prurito generalizado. Incluso peor: "la presencia del sarcoma de Kaposi generalizado y la meningitis criptocócica son suficientes, por sí mismas, para diagnosticar el SIDA" en África (Quinn et al 1986).

Las pruebas de anticuerpos tampoco han sido estandarizadas ni son reproducibles con respecto al VIH. Son, por sí mismas, un sinsentido, porque significan diferentes cosas en diferentes individuos, en diferentes laboratorios y en diferentes países (Papadopulos-Eleopulos et al 1993). Son interpretadas de forma diferente en los Estados Unidos, Rusia, Canadá, Australia, África, Europa y América del Sur (CDC 1989; Zolla-Pazner et al 1989; De Cock et al 1991; Voevodin 1992; Maskill & Gutz 1992), lo que significa que una persona que es positiva en África puede ser negativa cuando se hace la prueba en Australia; o una persona que es negativa en Canadá puede resultar positiva cuando se hace la prueba en África (Continuum 1995). Aún más vergonzoso, cuando la misma muestra de sangre fue chequeada con Western blot en 19 laboratorios diferentes, se obtuvieron 19 resultados diferentes (Lundberg 1988).

Tampoco son reproducibles los resultados de la "prueba de Carga Viral del VIH". Esto se puede ver en los amplios rangos de variabilidad que se aceptan en los controles de calidad por las compañías que fabrican y comercializan los reactivos para esta prueba. Por ejemplo, Roche acepta como control bajo, un rango entre 630 y 10.000 copias por ml. (Lot # G05467), y como control alto, un rango entre 80.000 y 720.000 copias por ml. (Lot # G05466) (Roche, Amplicor HIV-1 Monitor test Lot # G1333, caduca octubre 2006). Lo más importante de todo es que los problemas con la falta de un estándar de oro para la "infección por VIH" también se aplican a la evaluación de la especificidad de la PCR o prueba de Carga Viral (Papadopulos-Eleopulos et al 1993; Johnson 1996c; Philpott & Johnson 1996; Giraldo 2000a). En consecuencia, la especificidad de la prueba de Carga Viral para el VIH no ha sido nunca definida adecuadamente y, por tanto, los resultados positivos de Carga Viral muy probablemente son todos falsos positivos para VIH.

El hecho de que los defensores de la hipótesis del "VIH como la causa del SIDA" tuvieran que usar amplificaciones genéticas – la prueba de la PCR - es un argumento contundente contra el VIH como la causa del SIDA. Tener que amplificar minúsculas cantidades de material genético en la sangre de pacientes con SIDA para poder identificar VIH, en lugar de cultivar el virus entero y aislarlo, viola una de las normas principales de la infectología, puesto que en el clímax de la gravedad de cualquier enfermedad infecciosa real, es cuando el paciente tiene las cantidades más altas de microbios en sus tejidos. Es en ese momento, precisamente, cuando debería ser más fácil aislar los microbios sin tener que usar la PCR para una amplificación genética.

Es interesante que ahora muchos investigadores del VIH están cuestionando las mismas cuestiones que nosotros (los llamados disidentes del SIDA) hemos estado criticando y cuestionando por más de dos décadas: ¿Dónde están las pruebas científicas de que el SIDA puede ser transmitido sexualmente y de que también pueda transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia? (Gisselquist et al 2002; Brewer et al 2003; Gisselquist & Potter 2004).

Por otro lado, todas las condiciones médicas listadas en la sección anterior y que causan resultados falso-positivos en las "pruebas para VIH" están caracterizadas por estados de inflamación con la consiguiente estimulación y activación crónica del sistema inmune. Están también caracterizadas por tener altos niveles de

inmunoglobulinas (anticuerpos) en la sangre, además de altos niveles de estrés oxidativo.

Similarmente, los individuos "de los grupos de riesgo para el SIDA" y que reaccionan positivamente en las "pruebas para VIH" también se caracterizan por tener altos niveles de anticuerpos, por tener sus sistemas inmunes estimulados y activados crónicamente (Papadopulos-Eleopulos et al 1993, 1997a,b; Shallengerger 1998; Giraldo et al 1999; Giraldo 1997b, 2000a); además de tener altos niveles de radicales libres, especialmente agentes oxidantes (Dworking et al 1986; Fabris et al 1988; Papadopulos-Eleopulos 1988; Turner 1990; Giraldo 1997a,b,c, 2000a; Shallenberger 1998; Giraldo et al 1999).

Además, una condición necesaria para que una persona cambie su estado de "VIH-negativo" a "VIH-positivo" es tener bajos niveles de antioxidantes en su sangre, tales como vitaminas A, C y E, zinc y selenio (Moore et al 1993; Mehendale et al 2001; McDonald et al 2001; Giraldo 2003b). También se ha demostrado que las vitaminas antioxidantes evitan la progresión de individuos "VIH-positivos" a tener las manifestaciones clínicas del SIDA (Fawzi & Hunter 1988; Fawzi et al 2004; McNeil 2004). Adicionalmente, las madres VIH-positivas que tienen un nivel normal de vitamina A y de zinc en la sangre dan a luz a bebés "VIH-negativos" (Fawzi & Hunter 1998; Fawzi et al 2004).

Los altos niveles de anticuerpos, presentes en individuos "VIH-positivos", son consecuencia o resultado de la exposición a cantidades significantes de: drogas recreacionales, semen, lubricantes sexuales, factor VIII, sangre y componentes de la sangre, infecciones de transmisión sexual, otras infecciones, angustia mental, además de parásitos, malnutrición, carencia de agua limpia y otras condiciones insalubres (Papadopulos-Eleopulos et al 1993, 1997a,b; Shallengerger 1998; Giraldo et al 1997b,c). Todas causan estrés oxidativo (Papadopulos-Eleopulos 1988; Turner 1990; Papadopulos-Eleopulos et al 1993, 1997<sup>a</sup>,b; Giraldo 1997b,c;Shallengerger 1998; Giraldo 2000b; Giraldo et al 1999). Algunos defensores del dogma del VIH llaman a estos agentes oxidantes "cofactores". Sin embargo, las exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a una variedad de estos factores representan, son por sí mismas, las verdaderas causas potenciales del SIDA (Giraldo 1997b, 2000a,b). Como resultado de las exposiciones crónicas a estos factores, los sistemas inmunes de las personas expuestas, están activados y estimulados crónicamente, con la subsiguiente producción de anticuerpos poliespecíficos fácilmente detectables, en las pruebas de ELISA y de Western blot.

Bioquímicamente hablando, el cuerpo responde, en forma no específica (similar), a las exposiciones a: cocaína, lubricantes sexuales, malnutrición, campos electromagnéticos, agua contaminada y a parásitos. La falta de especificidad de estos "estreses" fue descubierta por Hans Selye desde mediados del siglo pasado (Selye 1936, 1946; 1982).

Las pruebas serológicas para el VIH (ELISA y Western blot) pueden reaccionar positivamente en presencia de anticuerpos poliespecíficos. Un resultado positivo en una prueba de anticuerpos para el VIH podría, por tanto, ser el resultado de la estimulación antigénica crónicas, antes que ser el resultado de una hipotética infección con un retrovirus exógeno como el VIH (Giraldo 1997a-e, 2000b; Giraldo et al 1999). La estimulación antigénica crónica del sistema inmune es una consecuencia de exposiciones múltiples, repetidas y crónicas a agentes estresantes para el sistema inmunológico (Zinder & Fleissner 1980; Barbacid et al 1980; Wing 1995). Similarmente, los resultados positivos en la prueba de PCR para el VIH puede ser el resultado de la presencia de fragmentos de material genético en la sangre de individuos expuestos a una variedad de agentes estresantes (Urnovitz et

al 1999; Giraldo et al 1999). Por tanto, la reactividad en las tres principales pruebas para VIH (ELISA, Western blot y PCR o "Carga Viral") podría simplemente ser el resultado de respuestas a una variedad de estreses químicos, físicos, biológicos, nutricional y mental (Giraldo 1997a-e; Giraldo 2000b, 2002). Adicionalmente, el grado o intensidad de reactividad en las "pruebas para VIH" puede ser proporcional al nivel de exposiciones a agentes oxidantes o estresantes del sistema inmunológico.

A este respecto, el fenómeno VIH ha sido plausiblemente explicado como una respuesta celular a diferentes tipos de estrés celular: "la replicación y la expresión genética proviral del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo-1 (VIH-1) es una respuesta exquisita a factores que inducen estrés celular" (Bate et al 2000).

Es interesante que Giraldo tuviera la oportunidad de demostrar que todas las muestras de sangre humana reaccionan positivamente a la prueba de ELISA cuando éstas se realizan con suero no diluido. Esto indica que todos las personas tienen anticuerpos contra lo que se supone que es el VIH. Los individuos que reaccionan positivamente en suero sin diluir tendrían una cantidad de anticuerpos más pequeña que los que aún reaccionan positivamente cuando el suero es diluido 400 veces (Giraldo 1998/9). Esta observación ha sido confirmada por investigadores yugoslavos e italianos (Metlas et al 1999).

Igualmente, nadie tiene carga viral negativa al VIH. Todas las muestras de de sangre humana chequeadas con la prueba de Carga Viral por PCR, siempre demuestran la presencia de copias de "ARN del VIH". El protocolo estándar para la prueba de Carga Viral para VIH declara una muestra de sangre negativa si se encuentran menos de 400 copias de ARN del VIH. Similarmente, el protocolo ultrasensible para la prueba de Carga Viral para VIH declara una muestra de sangre negativa si se encuentran menos de 50 copias de ARN del VIH. Ningún ser humano está, por tanto, completamente libre de tener copias de "ARN del VIH" en su sangre. Todos somos "Carga Viral de VIH" positivos en algún grado. Estaría por demostrarse si esto se debe a expresiones mínimas de retrovirus endógenos o a exposiciones universales a agentes estresantes.

Además, la exposición a estresantes inmunológicos o agentes oxidantes es la causa de leves a moderados niveles de supresión inmune presente en muchos individuos no sintomáticos que reaccionan positivamente en las "pruebas para VIH". Si no se frena la exposición a los agentes estresantes inmunológicos, o si el individuo no se desintoxica, su estado de salud muy probablemente empeorará, sus sistemas inmunes finalmente colapsarán con el desarrollo posterior de las manifestaciones clínicas del SIDA. El sistema inmune tiene tres principales funciones: (a) defensa contra los intrusos, (b) vigilancia del crecimiento de tumores, y (c) homeostasis o equilibrio de todos los órganos y sistemas del cuerpo. Con el colapso de estas tres funciones pueden desarrollarse en forma generalmente simultánea infecciones oportunistas, tumores oportunistas y enfermedades metabólicas oportunistas. En realidad esto es el SIDA. El SIDA más que una enfermedad infecciosa y viral, es un síndrome tóxico y nutricional (Giraldo 1997a-e; 2000).

El éxito de las terapias nutricionales y antioxidantes en la prevención y tratamiento del SIDA (Giraldo 2003a,b) pueden ahora ser mejor comprendidas.

Por otro lado, si "la prueba del SIDA" (ELISA y Western blot) detectara de hecho anticuerpos anti VIH, no sería lógico concluir que estos anticuerpos indican un proceso infeccioso activo. La presencia de anticuerpos a cualquier virus quiere decir, simplemente, respuesta inmune humoral a ese virus, y no necesariamente que el virus todavía esté activo y patogénico (Evans 1989; Zinkernagel 1993; Mims et al 1995). Los anticuerpos contra virus, en la mayoría de los casos indican inmunidad. Esto es la base misma de la vacunación contra enfermedades virales.

Incluso si las pruebas de ELISA y Western blot fueran específicas para anticuerpos contra el VIH, la pregunta entonces sería por qué, en el caso del SIDA, la presencia de anticuerpos indican enfermedad en lugar de protección contra ese supuesto virus?

No hay justificación para el hecho de que los pacientes, además del público en general, nunca hayan sido informados de los hechos que explicamos aquí, esta es una negligencia científica malintencionada resultado de la censura generalizada contra nuestros puntos de vista. Sin tener conciencia clara de las múltiples incertidumbres de las llamadas pruebas para VIH, la gente no puede tomar decisiones informadas. Para poder elegir las personas deben ser informadas completamente (Ken et al 1996; O'Mara 1998). Sin embargo, la posibilidad de expresar el consentimiento informado implica acceso fácil a la información pertinente. No hay justificación para el hecho de que la mayoría de la gente no haya sido informada acerca de las graves imprecisiones de las pruebas para VIH. No revelar u ocultar estos hechos es una seria brecha en la confianza pública, que viola la capacidad de la gente para expresar consentimientos informados válidos y que son esenciales en toda toma de decisiones concerniente a los cuidados de su salud.

Afortunadamente, el artículo de Celia Farber de marzo del 2006 publicado en la revista Harper's (Farber 2006) es un ejemplo de un alto nivel de periodismo profesional que nos da la esperanza de que la era de la inexcusable censura en todos los asuntos relacionados con el VIH/SIDA, finalmente, ha acabado.

### **8. Experimentos propuestos durante el Panel de los Asesores Presidenciales del SIDA en Suráfrica.**

En el año 2000, durante los encuentros del Panel de Asesores para asuntos del SIDA del Presidente Thabo Mbeki de Suráfrica (primero en Pretoria, luego en Johannesburgo), los así llamados "disidentes del SIDA" propusimos nueve experimentos, los cuales fueron aprobados por la unanimidad de los asistentes. El objetivo de dos de ellos era determinar, a) de una vez por todas, si el VIH podía ser aislado y purificado de acuerdo con los métodos de la virología clásica, y b) cuál sería el verdadero significado de resultar positivo en las "pruebas para VIH". Sin embargo, debido a la fuerte censura y presión por parte del establecimiento del SIDA, estos experimentos no han sido realizados todavía.

De Harven propuso intentar el aislamiento del VIH, siguiendo las técnicas clásicas de aislamiento y purificación de retrovirus (O'Connor et al 1964; de Harven 1965a,b, 1974). Para este propósito sugirió tomar sangre de pacientes con SIDA con cifras muy altas de partículas de VIH circulantes (viremia) según la prueba de "Carga Viral".

[www.polity.org.za/govdocs/reports/aids/adispanel](http://www.polity.org.za/govdocs/reports/aids/adispanel)).

Giraldo propuso el estudio del verdadero significado de ser "positivo" en las pruebas para VIH, comparando 6 grupos diferentes de personas y practicándoles ELISA, Western blot y Carga Viral, junto a pruebas de laboratorio hematológicas y químicas completas, como medio para evaluar su salud general, así como evaluar su estado inmunológico, nutricional y oxidativo. Los grupos a estudiar serían: (a) Un grupo de individuos sanos de diferentes edades; (b) Un grupo de pacientes con condiciones clínicas crónicas no relacionadas con el SIDA; (c) Un grupo de individuos no-sintomáticos de los grupos de riesgo convencionales para el SIDA que reaccionaran negativamente en las "pruebas para VIH"; (d) Un grupo de individuos no-sintomáticos de los grupos de riesgo convencionales para el SIDA que reaccionaran positivamente en las "pruebas para VIH"; (e) Un grupo de pacientes

con las manifestaciones clínicas de SIDA que reaccionara positivamente en las "pruebas para VIH"; (f) Un grupo de pacientes con manifestaciones clínicas de SIDA que reaccionaran negativamente en las "pruebas para VIH".

[www.polity.org.za/govdocs/reports/aids/aidspanel](http://www.polity.org.za/govdocs/reports/aids/aidspanel)).

Los resultados de tal experimento podrían determinar si las llamadas "pruebas para VIH" tienen alguna relación con el nivel de exposición a agentes estresantes u oxidantes. Si fuese así, las pruebas podrían ser usadas para medir los niveles de estrés oxidativo.

## **9. Conclusiones y Recomendaciones**

9.1 Las partículas similares a retrovirus demostradas por microscopía electrónica en los informes clásicos sobre "el aislamiento del VIH" (Barre-Sinoussi et al 1983; Papovic et al 1984; Levy et al 1984) no fueron encontradas en pacientes con pre-SIDA ni en pacientes con SIDA. Podían, más probablemente, haberse originado en la mezcla de linfocitos utilizados en esos cultivos celulares complejos, es decir, podrían por ejemplo haberse originado en los linfocitos de la sangre del cordón umbilical utilizado.

9.2 La "transcriptasa inversa del VIH" descrita en los informes clásicos de "aislamiento del VIH" (Barre-Sinoussi et al 1983; Papovic et al 1984; Levy et al 1984) no es un marcador específico de VIH, ya que esa enzima está presente en todas las células vivas y pudo, por tanto, originarse de los restos celulares que contaminaban las muestras de sangre chequeadas.

9.3 La especificidad de las así llamadas "proteínas del VIH" descritas en los informes clásicos (Barre-Sinoussi et al 1983; Papovic et al 1984; Levy et al 1984) solamente podía haber sido demostrada después de una purificación correcta del VIH. Como ha sido reconocido por Luc Montagnier, el VIH no fué purificado (Papadopulos-Eleopulos et al 1997/98) y esas "proteínas del VIH" no pueden, por tanto, ser usadas como marcadores confiables del "VIH".

9.4 La "secuenciación del ácido nucleico del VIH", por la misma razón, no es un marcador específico del VIH, es decir, por la falta de una purificación correcta.

9.5 En 1997, el grupo de Glushankoff's en Europa, y el grupo de Bess en los Estados Unidos (Glushankoff et al 1997; Bess et al 1997), no lograron aislar ni purificar al VIH de cultivos de células consideradas como productoras activas, a pesar de haber usado el método clásico para aislamiento de retrovirus.

El término "aislamiento" tal y como es usado por los investigadores más notables (Barre-Sinoussi et al 1983, Gallo et al 1984; Levy et al 1984) es muy engañoso, como ha sido señalado muchas veces (Papadopulos-Eleopulos 1988; Papadopulos-Eleopulos et al 1993; 1996, 1997a,b; Turner 1996, 1997/1998, 1998; de Harven 1998, 2003; Giraldo 2000a; Giraldo et al 1999).

9.6. Tampoco se han aislado ni purificado partículas retrovirales directamente de algún paciente con SIDA. Los anuncios de aislamiento del VIH se han hecho de cultivos celulares muy complejos (frecuentemente contaminados).

9.7 Por lo tanto, puesto que ningún retrovirus ha sido demostrado claramente de estar asociado con pacientes con SIDA, la hipótesis VIH/SIDA tiene que ser replanteada completamente.

9.8 Si el SIDA fuera de verdad causado por un retrovirus, cómo se podría explicar que después de más de 25 años de considerables esfuerzos investigativos, basados exclusivamente en esa hipótesis, jamás se halla aislado al retrovirus exógeno

responsable? Cómo se podría explicar que después de veinticinco años todavía no tengamos un tratamiento curativo, ni una vacuna....

-----

### **Salud: SIDA y ciencia dogmática**

Respuesta a Javier Garrido y los escépticos

SIDA y ciencia dogmática: los límites de la rebeldía por *Jesús García Blanca*

[kefet@telepolis.com](mailto:kefet@telepolis.com) 2 Julio 2008

*"Quien no está contra ellos, está con ellos". Carlo Frabetti. Rebelión.*

*"La globalización implica no sólo el objetivo de un gran mercado universal marcado por las pautas del neoliberalismo más salvaje, sino un control total de las conductas, impidiendo la simple posibilidad de insinuar, diseñar o practicar la disidencia".*

*Manuel Vázquez Montalbán. Prólogo Informe Lugano.*

*"La economía dicta las líneas de escritura a un periodismo que por un lado ha renegado de su vocación informativa y por otro, se encuentra cercado por la perversa lógica del capitalismo (...) La vigilancia tiene que ser constante y la tarea es ya interminable. Una nueva especie de vigilantes se constituye y se conjura como garantes de la verdad, pues sólo una comunidad de gentes dispuestas a aceptar el desafío de hacer frente a la desinformación y manipulación, constantes y generalizadas, de esos medios secuestrados por la economía; podemos rescatar la dignidad y el honor que pertenece a los profesionales de la información y volver a situar la profesión periodística en el lugar que corresponde: el de la pasión y lucha porque se sepa siempre la verdad".*

*Julián Rovira. Presentación de Mentiras y Medios. Rebelión.*

En 1981 el Servicio de Inteligencia de Epidemias (EIS) integrado en los Centros para el Control de las Enfermedades norteamericanas, apoyados por una compleja estructura de poder que incluye instituciones estatales (Institutos Nacionales de Salud) y grandes compañías farmacéuticas transnacionales, pusieron en marcha un ambicioso y multiforme mecanismo de control: la pandemia VIH-SIDA.

Esta herramienta colosal responde a las necesidades de un modelo de sociedad que abandona las toscas medidas disciplinarias que estudió minuciosamente Foucault y comienza a desplegar un nuevo y sobrecogedor arsenal correspondiente a los modos de dominación virtual propios de las Sociedades de Control en el sentido en que las define Deleuze o Jesús Ibañez, que advertía: "pensar es efectivamente peligroso para el Orden".

Pensar es desobedecer. Ayudar a pensar es fomentar la desobediencia y la rebeldía. Y en las presentes circunstancias, la desobediencia no es un derechos, como decía Thoreau, es un mecanismo de supervivencia.

Sin embargo, el engranaje SIDA marca los límites de la rebeldía: resulta terriblemente desazonador ver como los antisistema, los antiglobalizadores, los anticapitalistas, disidentes en los campos más peregrinos, se dejan atrapar con pasmosa facilidad por la Religión de la Ciencia, la Fe en el Progreso, los 10 Mandamientos de la Tecnología y el Catecismo de los circuitos informáticos, a pesar de que todos sabemos (¿todos?) que al otro lado está el Gran Capital.

Como ya dije, estoy muy satisfecho de haber provocado un debate sobre SIDA con mi nota de prensa sobre el silencio de los Medios de Masas respecto de dos encuentros internacionales que se celebraban en Barcelona al mismo tiempo que la XIV Conferencia oficial y que trataban el problema desde puntos de vista críticos.

Puesto que la mayoría de las intervenciones contrarias a los enfoques críticos se remiten al texto de Garrido "SIDA: las hipótesis alternativas" o reproducen algunos de sus argumentos sin citarlo expresamente, me ha parecido que lo más adecuado es analizar y contestar a ese texto. Confío en que así todos los intervinientes se verán respondidos. No obstante, quedo a disposición de quienes no lo entiendan así.

Una cuestión previa para situar el debate:

Escribe boscovich: *"entré en esta discusión porque me pareció lamentable ver colgada (y valorada positivamente) en la acp la convocatoria del Congreso Mundial por la Vida como si de repente todo el mundo se hubiera puesto a mirar hacia otro lado y se pudiera aceptar a cualquiera como compañero de viaje"*.

A boscovich le parece "lamentable" que en una web de contrainformación haya un texto que proporciona información crítica sobre un problema de grave trascendencia para el que además reconoce no estar preparado. Es decir: ceguera dogmática y censura pura y dura: ¿es esto lo que debemos aceptar como compañero de viaje?

Posteriormente, boscovich, en debate con ivan, escribe: *"aquí lo que estamos valorando es "esta" crítica en concreto y no cualquier otra"*. Y acto seguido dedica el resto de su mensaje a despotricar contra las webs de las organizaciones que han dado su apoyo a la celebración del Congreso Mundial por la Vida y cuyos contenidos nada o poco tienen que ver con "esta crítica".

La información crítica sobre SIDA viene sufriendo una feroz campaña de censura. Resulta penoso tener que explicar esto en un foro de contrainformación, pero parece que los mecanismos a los que alude Rovira en Rebelión funcionan con siniestra eficacia incluso en las filas de los supuestos anticapitalistas. Parece que no hay problema en reconocer por ejemplo una relación directa entre el negocio de la venta de armas y las maniobras para fomentar conflictos bélicos, pero si se sugiere que el negocio de la venta de medicamentos puede estar relacionado con el fomento de epidemias y problemas de salud entonces es paranoia.

Sinceramente creo que el movimiento anticapitalista está estancado en este punto. Es urgente profundizar en el análisis de los mecanismos de poder que actúan en el campo de la salud y la enfermedad, protegidos además por el impenetrable muro de sacralidad de la ciencia, como si la ciencia no fuese una creación humana, como si la ciencia no hubiese aportado –como dice Edgar Morin- "posibilidades de servidumbre y de manipulación, así como los medios para destruir a la humanidad".

Pero este es otro debate. Me centraré ahora en el caso particular del SIDA que puede considerarse como ejemplo paradigmático de la capacidad manipuladora de esos mecanismos de poder y de los efectos terribles de la indolencia y el aborregamiento.

### **Respuesta a Javier Garrido**

En el texto de Javier Garrido se presentan los argumentos críticos de forma sarcástica, desordenada y caótica.

Dentro del complejo movimiento crítico pueden distinguirse dos grupos: la disidencia iniciada por Peter Duesberg que critica los antivirales y apunta otras

causas de inmunodeficiencia sin cuestionar muchos otros aspectos de la hipótesis oficial; y la investigación críticas que inició la Dra. Eleni Papadopulos en 1988 y a la que han ido incorporándose Virólogos, Epidemiólogos, Biólogos Moleculares, Médicos de diferentes especialidades y por supuesto afectados, abogados, periodistas y activistas de numerosas organizaciones independientes en varios países. Los trabajos de Papadopulos, Lanka, Hässig y muy especialmente Kremer, no sólo rebaten la hipótesis del VIH y aportan una explicación científica rigurosa a los fenómenos relacionados con el SIDA, sino que hacen completamente inútiles las teorías de Duesberg y seguidores al situar el SIDA en un cuadro mucho más amplio analizando 30 años de investigación biológica y clínica.

Ante este panorama, la táctica de Garrido es centrarse en el primer grupo para contestar argumentos que ya han sido superados, y calificar de exaltados, "burdas simplificaciones" y "caricaturas" al segundo grupo. Por supuesto que no menciona y mucho menos contesta a los argumentos de estos últimos –dudo que haya sido capaz de hacer el esfuerzo mínimo necesario para conocerlos.

Eso y el recurso a la Teoría de la Conspiración son sus elementos fundamentales para una crítica que pretende pasar por detallada y rigurosa cuando en realidad es justo lo contrario.

La redacción del apartado titulado "La otra historia" y frases como estas: "el VIH, aunque no existe, es también un virus inofensivo", "el SIDA no existe en África; los pacientes de esa presunta enfermedad han muerto allí son un error estadístico o quizás agentes de los conspiradores", "muchos de estos argumentos simplemente no se sostienen en pie (...) otros requerirían de un tramado de fantásticas conspiraciones para poder ser verosímiles"... autorizan a suponer una estrategia consciente de manipulación.

No obstante no voy a desechar sin más la posibilidad de que tan fenomenal confusión se deba a la incapacidad del autor para comprender lo que ha leído y/o para exponerlo coherentemente.

En cualquier caso, creo que la mejor forma de contestar a Garrido es presentar los argumentos críticos con orden y claridad. Pero antes, un breve repaso a su artículo.

Un texto lleno de errores, confusión y manipulación

El artículo se inicia con un apartado titulado "la historia oficial" incompleto y con errores elementales; por ejemplo:

No menciona que la **Oficina de Investigación de la Integridad Científica** consideró probado que **Gallo** había mentido sobre sus investigaciones con el HTLV-III (después VIH) lo que supone dejar el "honor" del "descubrimiento" exclusivamente en manos de **Luc Montagnier**. El informe (que puede consultarse en Internet

<http://www.nyx.net/~wstewart/CelebratedCases/GalloCase/GalloCase.html>)

recomendaba vigilar estrechamente a Gallo –quizá por eso se marchó a una empresa privada.

El artículo que marcó el inicio de lo que más tarde se llamaría SIDA no es el que cita Garrido (Gottlieb, 1981, NEJM, 305 (24): 1425-31) sino un informe de los CDC publicado unos meses antes: "Pneumocystis Pneumonia-Los Angeles" MMWR, 1981, 5 de junio; vol. 30, p. 250-252.

Levi no es "descubridor" del VIH, sino uno de los investigadores que posteriormente llevó a cabo experimentos de clonación de la misma forma que lo hicieron Fischer o Barnett.

Eso sí, Garrido no deja de mencionar las "suposiciones" de cientos de investigadores cuyas fantasías sobre cohabitación de africanos y monos terminarían culpando a los negros de la epidemia SIDA. Por supuesto que estas fantasías –que sería pura paranoia considerar de origen racista- no han conseguido el menor apoyo documental.

Garrido continúa después dedicando amplio espacio a contestar a **Duesberg**. Ya hemos dicho que esos argumentos están superados por el propio movimiento crítico-disidente. Pero merece la pena señalar algunos detalles que muestran la torpeza y la falta absoluta de rigor en los comentarios de Garrido: por ejemplo cuando habla de "lentivirus" sin tener en cuenta que hace bastantes años que las teorías de **David Ho** cambiaron el diseño de VIH "lento" de Gallo-Montagnier y lo convirtieron en un virus "hiperactivo" –cosas del marketing.

O por ejemplo al plantear que los disidentes utilizan como argumento el estudio Concorde sobre el AZT, cuando el estudio determinante es el ACTG 019 –único en el que se empleó un placebo- y que arroja resultados reveladores: 14% de pacientes "desaparecidos" de las estadísticas, 30 pacientes del grupo que consumía AZT necesitaron transfusiones de sangre para sobrevivir, pacientes del grupo placebo consumieron AZT, pacientes del grupo AZT rebajaron las dosis... y lo más importante: al final se contabilizaron tasas de mortalidad similares en los dos grupos –durante la Conferencia de Durban la persona encargada de registrar los datos del estudio reveló que tuvo que dejar su trabajo al negarse a falsificar los datos como le exigían...

Los comentarios sobre el Premio Nobel **Kary Mullis** muestran claramente que Garrido pretende tomar por estúpidos a sus lectores (o quizá era consciente de escribir para una legión de infelices crédulos con el cerebro lavado por el dogmatismo ultraracionalista). Claro que un Nobel no es un oráculo, pero si un investigador que ha sido premiado por desarrollar una determinada técnica habla sobre el funcionamiento de su invento, habrá que suponerle una cierta autoridad. Y lo que dice Mullis no es que su técnica no funcione, sino que es un mero amplificador de material genético y no puede emplearse para cuantificar virus.

En la segunda parte de su texto, Garrido pasa a mencionar a los críticos "radicales". Y aquí es donde desbarra completamente. Puesto que no sabe o no puede contestar a los planteamientos de Papadopulos, Lanka o Kremer, se dedica a embarullar, confundir, insultar y descalificar. Seguramente para él es muy divertido, pero considerando la cantidad de gente que sufre, que es presionada para abortar o medicar a sus bebés, que está siendo aterrorizada y literalmente empujada a la muerte, creo que la labor honesta, dura, llena de obstáculos como toda lucha contracorriente, que vienen realizando estas personas merece no ya respeto, sino calor, solidaridad, ayuda, colaboración.

Quizá por eso comparto los comentarios de **Ivan** en **ACP** y reconozco que a pesar del esfuerzo que hago por explicar con calma este problema, por momentos no puedo evitar sentir arranques de indignación y asco por quienes prestan sus escasas capacidades y su reaccionaria y cerril visión del mundo al sostenimiento de infames mentiras.

Pero frente a esas oscuras y miserables maniobras están los hechos. Por ejemplo la seriedad y el rigor del trabajo de algunos investigadores críticos "radicales" (el adjetivo es correcto: apuntan a la **raíz** del problema).

**Dra. Eleni Papadopulos:** Biofísica del Departamento de Física Medica del Hospital Roy Perth, Este de Australia. **Valendar Turner,** miembro del Real colegio Australiano de Cirujanos, trabaja en el departamento de urgencias del Royal Perth.

**John M. Papadimitriou**, Profesor de Patología de la Universidad de Australia Occidental. Este equipo ha publicado decenas de trabajos científicos analizando todos los aspectos del SIDA: tests, aislamiento del VIH, tratamientos, campañas de prevención, epidemiología... y ha propuesto una explicación alternativa rigurosamente documentada para lo que sucedió en los tubos de ensayo de Gallo y otros que pretenden haber aislado un nuevo virus, y para lo que está sucediendo en los organismos de las personas etiquetadas como "seropositivas", como "enfermos de SIDA" o como "muertos de SIDA".

**Dr. Alfred Hässig** (Suiza): 45: Doctor en Medicina (Universidad de Zurich). 46: Formación en Anatomopatología. 47-49: Formación en Microbiología. 49-55: Jefe del Departamento Serológico del Laboratorio Central del Servicio de Transfusión de Sangre de la Cruz Roja de Suiza. 55-86: Director del mismo Laboratorio. 62: Premio Marcel Benoist de Suiza a la Investigación Científica. 65-86: Catedrático de Inmunología en la Universidad de Berna. Es Profesor Emérito. 60-86: Consejero de la Organización mundial de la Salud, del Consejo de Europa y de la Liga de las Organizaciones de la Cruz Roja en el terreno de las transfusiones de sangre. 75-78: Presidente de la Sociedad Alemana de Transfusión de Sangre. 82-84: Presidente de la Sociedad Internacional de Transfusión de Sangre. 49-86: Alrededor de 300 artículos científicos sobre Inmunología y Transfusión de Sangre. Desde 1987: Promotor del 'Grupo de Estudios Nutrición e Inmunología' de Berna.

**Dr. Heinrich Kremer** (Alemania): 1965: Doctor en Medicina. 1968: Doctor en Psiquiatría y Neurología. 1966-70: Estudia Sociología, Psicología y Politología en la Universidad Libre de Berlín.

1968-75: Responsable médico de 'Terapia social para toxicómanos y para personas con graves trastornos de sexualidad y personalidad, y drogadictos' en Berlín. 1975-80: Profesor, perito y jefe de proyectos de Medicina Social en Berlín y Baja Sajonia. 1981-88: Director médico de la Clínica especializada en drogodependientes jóvenes y adultos-jóvenes de las regiones de Berlín, Bremen, Hamburgo, Schleswig-Holstein y Baja Sajonia, según modelo puesto a prueba por el Gobierno Federal. Especialidades principales: rehabilitación psicosomática, investigación básica clínica y profilaxis de infecciones (entre otras, en octubre 1982: primera prueba clínica de vacunación de hepatitis B en drogadictos; setiembre 1984: primer ensayo clínico en Alemania de los tests de anticuerpos del VIH).

1988: Sale del servicio oficial al dimitir por desacuerdos en el enfoque de la política para la droga y el SIDA. 1988-98: Perito, profesor y redactor independiente de Medicina Social. Investigaciones sobre drogas y SIDA. Desde 1988: Investigador activo de la medicina del SIDA. Desde 1996: Miembro del 'Grupo de Estudio sobre Inmunidad y Nutrición', dirigido por el Inmunólogo Dr. Alfred Hässig. 1996: Fundador, junto con el Dr. Stefan Lanka, de REGIMED (REsearch Group Investigative MEDicine and Journalism).

*Principales campos de investigación:* Publicaciones sobre crítica al SIDA: *Wie seriös ist die AIDS-Medizin (¿Cuán seria es la medicina del SIDA?, 1990)*; film documental *AIDS-Rebellen (Los rebeldes del SIDA, 1992)*; *Weltmythos AIDS (SIDA, mito mundial, 1994)*.

**Dr. Stefan Lanka** (Alemania) Estudios: 1984-89: 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 (Francia), Genética y Virología. 1990: Diploma con investigación de un virus marino. Setiembre 1994: PhD en Fisiología de Plantas, Patología de plantas y Filosofía, en la Universidad e Konstanz (Alemania).

*Investigación:* 1987-94: Estudios de Biología Molecular sobre la relación estable entre virus y huésped. Varios artículos científicos publicados, p. e., en la prestigiosa revista *Virology*.

"VIH/SIDA": Desde 1988: Trabajo de relaciones públicas. Desde 1994: Publicaciones (Wechselwirkung, Continuum, Internet, raum&zeit, etc.), Conferencias (Argentina, Alemania, Gran Bretaña, España), Comunicaciones, Documentales (TV y cine), Proyectos,... Entre 1988-92, activo en política de desarrollo para el Sur de Sudán. Economía: miembro del Comité Germano-Checo-Eslovaco.

Es el primer científico que ha aislado un virus de un alga eucariota marina: el *Ectocarpus siliculosus virus (EsV)* (**toma nota Garrido:** no se escribe *Silicosus*, como tampoco se escribe COTRIMAZOL, ni TRIMETROPIM sino CO-TRIMOXAZOL y TRIMETOPRIM). Los Trabajos de aislamiento y secuenciación de este virus están publicados en *Botanica Acta* y *Virology*.

Pero la torpeza de Garrido es tal que basta leer su artículo con atención para encontrar elementos que sirven precisamente para rebatir toda su –iba a decir argumentación, pero no hay tal cosa, de modo que lo dejaré en postura:

1) Acabando su texto, Garrido se lamenta de la forma en que se dio a conocer el descubrimiento de Gallo "sin dar lugar a que otros investigadores contrastaran previamente los hallazgos o que los sometieran a revisión crítica". Pues bien, esa "revisión crítica" es la que realizó **Lanka** en 1995: HIV – Realität oder Artefakt? *Raum und Zeit* 1995, 77: 17-27. ("VIH: ¿realidad o artefacto?"). Se trata de una revisión especializada realizada por un Doctor en Virología que además había publicado recientemente los trabajos de aislamiento y secuenciación de un virus, es decir una de las pocas personas perfectamente cualificadas para tal revisión. Sin embargo, Garrido se limita a descalificar a Lanka confundiendo por enésima vez: en este caso pretende juzgar complejos planteamientos sobre Genética y Virología. Por mi parte estaré encantado de debatir estas cuestiones cuando Garrido quiera demostrarnos que las conoce con el mismo grado de profundidad que las relativas al VIH-SIDA.

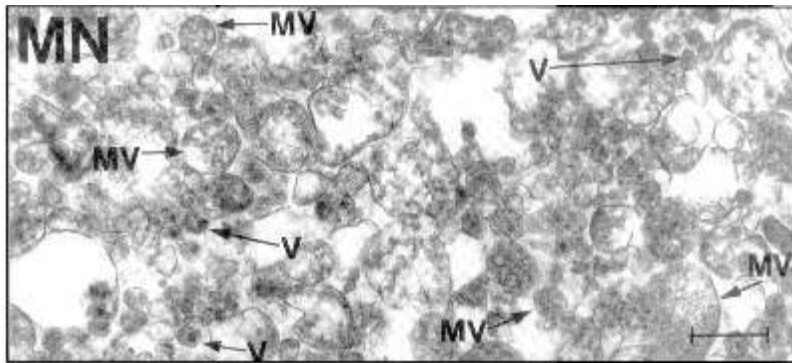
2) Comenta Garrido –como si de una anécdota sin importancia se tratara- que el Nobel Kary **Mullis** pasó a apoyar a los disidentes cuando empezó a pedir las referencias científicas para la afirmación mil veces repetida "el VIH es la causa probable del SIDA" y nadie se las proporcionó. ¿Acaso no es esta la prueba más importante de que la hipótesis del VIH no tiene base científica?

Señalo también aquí que algo parecido sucedió cuando un periodista español inició una campaña sistemática de petición de las pruebas. Envío decenas de peticiones durante un año a todos los responsables españoles. Sólo consiguió un **dibujo** del VIH enviado por el Plan Nacional sobre SIDA y un fax del Consejo de colegios Médicos de España en el que se reconocía que **no** disponen de la documentación en cuestión.

Asimismo destaco que en las Conferencias Internacionales de Ginebra y Durban un grupo de seropositivos en huelga de hambre pidió insistentemente las pruebas a los miles de congresistas allí reunidos incluidos **Gallo, Montagnier, Ho, Fauci** y otros números uno del SIDA. Ni los científicos respondieron, ni los periodistas se hicieron eco de la petición.

Por último, a título de anécdota y para hacernos una idea de la clase de gente que se mueve en este campo: el Dr. Rafael Nájera –número uno del SIDA en España- cita como referencia de la relación VIH-SIDA un artículo que Gallo anunció y que jamás publicó (!).

2) Pero además Garrido ilustra su propia necesidad. Al inicio de cada una de las dos partes del texto, Garrido coloca una ilustración:



Esta fotografía no va acompañada de referencia alguna. Nuevamente tenemos que enfrentarnos a la disyuntiva de decidir si lo que ha llevado a Garrido a colocar esta ilustración muda es su propósito manipulador o una torpeza que roza los límites de la imbecilidad. Porque la simple referencia de esta fotografía **constituye uno de los argumentos más contundentes contra la existencia del VIH.**

En efecto, en 1997, aparecen en la revista *Virology* dos publicaciones, una de un equipo franco-alemán (Gluschankof P, Mondor I, Gelderblom HR, Sattentau QJ. Cell membrane vesicles are a major contaminant of gradient-enriched human immunodeficiency virus type-1 preparations. *Virology*. 1997;230:125-133.) y otra de un equipo de los Institutos nacionales del Cáncer norteamericanos (Bess JW, Gorelick RJ, Bosche WJ, Henderson LE, et al. Microvesicles are a source of contaminating cellular proteins found in purified HIV-1 preparations. *Virology*. 1997;230:134-144). Ambas contienen fotografías de microscopio electrónico que se suponen del VIH, sin embargo en el pie de esas fotografías dice: "Vesículas purificadas de células H9 infectadas ..."

Es decir, que lo que habían obtenido los dos equipos tratando de purificar VIH no fueron retrovirus, sino vesículas celulares humanas. La fotografía de Garrido corresponde a uno de los artículos. Las otras son estas:

Conclusiones de Garrido: "Decir que el SIDA no es una enfermedad infecciosa o que el VIH no existe puede echar por tierra todos los esfuerzos de prevención y crear una falsa sensación de seguridad. Y el precio a pagar sería muy alto".

¿Qué precio? ¿El precio de las multinacionales que verían como se les hunde un negocio fabuloso? ¿El precio de los falsos científicos que se han prestado a esta infamia y podrían terminar en el banquillo? ¿El precio de los responsables médicos que han pisoteado el derecho al consentimiento informado de sus pacientes en todo el mundo? ¿El precio de los responsables políticos que han tomado decisiones –con la sola excepción del Presidente de Sudafrica– sin fundamento alguno y que están teniendo terribles consecuencias sobre millones de seres humanos?

Pero claro, todo esto es pura paranoia conspiradora...

### **Los planteamientos críticos**

Pasemos a exponer ordenadamente los argumentos críticos para que a partir de aquí el debate, necesario, urgente, teóricamente obligatorio en ciencia, pueda centrarse en ellos y no en las obsesiones neuróticas de alguno sobre extraterrestres, hechiceros y contraespionaje.

1. El VIH no ha sido aislado.

**Los requisitos científicos no se han cumplido:**

## CRITERIOS ESTANDARIZADOS EN VIROLOGÍA

Cuatro **fotografías**: del virus en células, del virus totalmente solo, de sus proteínas y de su genoma.

Caracterizar las proteínas y secuenciar el genoma.

Realizar **experimentos de control**.

Describir estos trabajos y publicarlos para su revisión.

*FUENTE: Dr. Stefan Lanka. Virólogo. Autor Trabajos aislamiento Ectocarpus Siliculosus, ESV (Botanica Acta y Virology).*

## CRITERIOS ESTANDARIZADOS EN RETROVIRLOGÍA

**Purificación** de los cultivos en gradientes de densidad (1.16 gm/ml.).

**Microfotografías** de partículas con características morfológicas y dimensiones de retrovirus (100-120 nm.).

**Análisis** del ARN y de las proteínas.

*FUENTE: SINOUSI, F. MEDIOLA, L & CHERMANN, J-C. Purification and partial differentiation of the particles of murine sarcoma virus according to their sedimentation rates in sucrosa density gradients. Spectra, 1973, 4: 237-243. TOPLIN, I. Tumor Virus Purification using Zonal Rotors. Spectra, 4: 225-235.*

### ¿Qué es entonces lo que se ha presentado como un nuevo virus?

Detección de actividad bioquímica de una enzima –la Retrotranscriptasa- atribuida a los retrovirus sin pruebas (en realidad corresponde a procesos que tienen lugar habitualmente en las células).

Detección de "Microvesículas" de transporte (también habituales en las células humanas).

### **El propio presunto descubridor del VIH reconoce públicamente que no lo aisló:**

Montagnier concedió recientemente una entrevista al periodista Djamel Tahí en el Instituto Pasteur (publicada por *Continuum*, vol 5, núm 2, invierno, 1997/98 pp 30-34).

En un momento de la entrevista dice:

*"El análisis de las proteínas del virus requiere producción masiva y **purificación**".*

Y más adelante, describiendo sus trabajos de 1983 con el VIH, dice:

*"Repito, **no purificamos**"*

Sobre los trabajos de Gallo dijo:

*"No sé si realmente purificó. No lo creo".*

Cuando el periodista le pregunta por qué no había publicado microfotografías electrónicas del VIH, dijo que *"incluso después de un esfuerzo de romanos "* no habían podido ver partículas con *"morfología de retrovirus"*.

El reconocimiento público más contundente de que el VIH no se ha aislado se encuentra en las instrucciones que acompañan al test ELISA de los **Laboratorios Abbot**:



E

B9A440

67-6848/R6

## HIV-1/HIV-2

Human Immunodeficiency Viruses (HIV-1/HIV-2):  
(Recombinant Antigens and Synthetic Peptides)

### 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.

Specificity is based on testing of random blood donors and hospitalized patient populations (serum and plasma specimens)

original. Si presento sólo la fotocopia puede tratarse de un fraude. Por eso en convocatorias oficiales exigen fotocopias compulsadas y para compulsarlas hace falta ver el original. Volviendo a los virus: para afirmar que uno ha clonado un virus primero tiene que probar que existe tal virus y para ello tiene que AISLARLO según las reglas recogidas más arriba.

El problema es que por el momento nadie ha logrado "compulsar" la clonación del VIH presentando el original.

### **A estos argumentos científicos debe unirse la siguiente evidencia judicial:**

**Göttingen, 24 de febrero de 1997:** el tribunal que juzgaba a un médico por transfusión de sangre contaminada a miles de pacientes emite una sentencia absolutoria ya que se presentó un testigo voluntario –el Virólogo y Biólogo, Dr. Stefan Lanka- para declarar que el VIH no ha sido aislado y no se pudo encontrar a ningún científico o médico que declarara lo contrario. Un año después se produce un caso similar en La Plata (Argentina); el médico es igualmente absuelto.

2. Los tests de infección por VIH no han sido validados.

Los **Laboratorios Abbot** no son los únicos en reconocerlo:

Folleto de instrucciones del Test de Anticuerpos VIH (Western blot) de los **Laboratorios BIORAD:** *"El test de la existencia de anticuerpos contra el virus asociado al SIDA **no es un diagnóstico** de enfermedades del SIDA o parecidas al SIDA. El resultado negativo del test **no excluye** la posibilidad de contacto o infección (...) el resultado positivo del test **no prueba** que alguien esté en un estado de enfermedad de SIDA o de pre-SIDA ni que tenga que adquirirla".*

Declaraciones de **Roche Diagnostics**, fabricantes del test de "medición de carga viral del VIH": *"El test Monitor de VIH Amplicor **no debe ser utilizado como un test diagnóstico** para confirmar la presencia de infección por VIH".*

Además hay que tener en cuenta que:

**Los criterios para el resultado varían** de un país a otro o de un laboratorio a otro.

El Western blot es presentado como el más fiable en la mayoría de los países, sin embargo en Inglaterra y País de Gales está **prohibido** desde el 92 por considerarlo poco fiable.

**No son específicos** (cualitativos), es decir, no detectan si se tiene o no un determinado tipo de anticuerpos; son inespecíficos (cuantitativos), es decir,

detectan una mayor o menor cantidad de un tipo de anticuerpos que todos tenemos (autoanticuerpos).

**Todas las personas darían positivo** a los tests si no se realizase una operación que no se hace en ningún otro tests de anticuerpos: diluir el suero testado en 400 partes de disolvente (en el test ELISA) o en 50 partes (en el test Western Blot).

En 1996 ya habían sido documentadas **67 enfermedades** y condiciones que pueden producir **falsos positivos**, entre ellas: hemofilia, hepatitis, malaria, problemas renales, gripe, embarazos, vacunas, transfusiones, trasplantes, altos niveles de grasa o sexo anal receptivo.

Por último, la prueba definitiva de que los tests no se han validado es que tras el debate suscitado por el **Presidente de Sudáfrica Thabo Mbeki**, la responsable de los CDC norteamericanos presente en el Panel Asesor presidencial se comprometió a realizar próximamente experimentos que permitan validar los tests... y ello cuando se ha diagnosticado a millones de personas en todo el mundo.

3. La relación entre el VIH y el SIDA no ha sido probada.

**Los propios "descubridores" reconocen que no establecieron la relación del VIH con el SIDA:**

**Science, 1984** Gallo y equipo obtienen resultados negativos con hibridación Southern Blot en linfocitos frescos, ganglios linfáticos, médula ósea de Sarcoma de kaposi y bazo de pacientes de SIDA; concluye: *"así que el agrandamiento de ganglios encontrado comúnmente en pacientes de SIDA y ARC no puede ser debido a la proliferación de HTLV-III (VIH)"*

**Nature, 1984** Montagnier y equipo: *"no es correcto no obstante que el SIDA sea el resultado de una progresiva destrucción de células T4 por el virus"*.

**Science, 1984** Gallo y equipo: *"Estos resultados y otros recogidos en este mismo número sugieren que el HTLV-III puede ser la principal causa del SIDA"*.

**Science, 1983** Montagnier y equipo: *"El papel de este virus en la etiología del SIDA deberá ser determinado"*.

**El Equipo de la Dra. Papadopulos** analizó en detalle la hipótesis que intenta relacionar el VIH con la destrucción de T4 y con el SIDA (PAPADOPULOS-ELEOPULOS, 1995 –ver al final Referencias científicas).

El artículo comienza estableciendo los requerimientos mínimos para poder sostener una relación de causa efecto entre el VIH, la caída de T4 y el SIDA:

El VIH debe ser necesario y suficiente para provocar el descenso de T4.

El descenso de T4 debe ser necesario y suficiente para provocar el Síndrome.

Todos los pacientes de SIDA deben estar infectados con el VIH.

Sin embargo nada de esto se cumple:

Respecto a la primera condición

la caída de T4 se produce *antes* de la expresión del VIH;

no existe acuerdo sobre el mecanismo por el cual mata el VIH;

según Montagnier, en células con infección crónica no se detectó apoptosis y sí en células *no* infectadas pero estimuladas;

los cultivos de SIDA y los pacientes de SIDA están expuestos a mitógenos (activadores) que son agentes oxidantes.

Conclusión: El VIH no es ni necesario ni suficiente para provocar el descenso de T4.

Respecto a la segunda condición la evidencia muestra

que los T4 se "transforman" en T8 mientras la suma permanece constante;

que el descenso de T4 no es suficiente para padecer las enfermedades del SIDA;

que el descenso de T4 no precede al Síndrome clínico;

que no todos los individuos con enfermedades del SIDA tienen una caída de los T4.

Conclusión: El descenso de T4 no es ni necesario ni suficiente para desarrollar el SIDA.

Respecto a la tercera condición:

los tests de anticuerpos, la PCR y el aislamiento viral no son específicos ni reproducibles;

por aislamiento se ha entendido: detección de RT, proteínas que coinciden con otras celulares ubicuas y partículas semejantes-a-virus; esto, aunque fuese específico de un virus determinado, sería detección, pero no aislamiento;

el genoma humano normal contiene secuencias retrovirales endógenas;

el cultivo de células normales conduce a producción de retrovirus;

la relación VIH-SIDA está basada en la relación epidemiológica entre los tests de anticuerpos y el Síndrome clínico, pero al aplicar el Western Blot (WB) con los criterios más estrictos solo el 50% de los pacientes de SIDA da positivo (con los criterios menos estrictos, el 80%); por tanto, si el WB es 100% sensible y específico como se afirma, entre el 20% y el 50% de los pacientes de SIDA no está infectado por el VIH.

Conclusión: No es posible afirmar que todos los pacientes de SIDA están infectados por el VIH.

O lo que es lo mismo: toda la presentación oficial del "SIDA" carece de la más elemental base científica o lógica. No sólo no hay relación "VIH-T4-SIDA" sino que estos tres conceptos son precisamente eso: conceptos vacíos. Ni se ha probado que exista el "VIH", ni la subdivisión de Linfocitos en "CD4", "CD8" y otros tiene entidad biológica, ni el "SIDA" tiene entidad patológica propia.

Un detalle importante a la hora de valorar la relación VIH-SIDA: Al practicar el Western Blot a enfermos de SIDA se obtienen entre un 50% y 80% de tests positivos. Si es cierto que el Western Blot es 100% específico esto quiere decir que entre el 20% y el 50% de los enfermos de SIDA no está infectado por el VIH.

4. Los tratamientos empleados en el marco del SIDA son tóxicos.

**Las características básicas de la aplicación de antivirales hospitalarios son:**

Desde el mismo año 1987 en que se empieza a aplicar AZT: reducción de dosis.

Desde 1998: interrupción del tratamiento con cócteles ("treatment holidays").

Desde febrero del 2001: retrasar la administración de los cócteles.

Desde junio del 2001: la FDA pide bajar el tono de la publicidad triunfalista utilizado por los laboratorios farmacéuticos.

Los "cócteles" se componen de:

**1) "Inhibidores de Transcriptasa Inversa": AZT-Retrovir, ddI-Videx, ddC-Hivid...**

ADN-Chain Terminators: *Exterminadores de Cadenas de ADN. Sus efectos principales son:*

**Dañan las Mitocondrias** celulares que producen el 95% de la energía que necesita el organismo produciendo entre otros efectos: miopatías musculares, problemas cardiovasculares, demencias, encefalopatías, fallos hepáticos y daños genéticos en fetos.

**Frenan la síntesis de ADN** produciendo anemia.

**Oxidan** los grupos sulfidrilos produciendo entre otros: adelgazamiento extremo, atrofia muscular, anemia, cáncer, inmunodeficiencia y daños en hígado y riñón.

## 2) "Inhibidores de Proteasa": Indinavir-Crixivan, Squinavir-Invirase...

**Bloquean la acción de las enzimas** primero las proteasas-aspartato (*pepsina y catepsina*); después **todas** las demás alterando las reacciones bioquímicas y finalmente **toda la actividad vital**.

Son compuestos indestructibles que **no pueden ser eliminados del cuerpo** Se acumulan produciendo:

Anemias hemolíticas (destrucción de hematíes), diarrea, alteraciones en el equilibrio *proteasas-antiproteasas* naturales, cólicos renales, vértigo, inflamación de la vejiga, no asimilación de alimentos, cirrosis hepáticas, neumonía, rigidez en tejidos del sistema circulatorio y linfático...

Glaxo-Wellcome, señala sobre el AZT: "puede ser asociado con severa toxicidad hematológica incluyendo Granulocitopenia [destrucción de células inmunitarias] y anemia severa, su uso prolongado también ha sido asociado con miopatía similar a la que produce el VIH". Documentación científica disponible muestra que el AZT y otros productos similares impiden la división de las células, producen rupturas de cromosomas y malformaciones fetales y dañan las mitocondrias celulares dando lugar a graves trastornos neurológicos.

**Los hechos clínicos documentados confirman que los pacientes que no han tomado los antivirales gozan de mejor salud:**

JAY LEVY, *The Lancet*, 1998: "Todos los sobrevivientes a largo término del VIH han evitado los antirretrovirales".

CANDOTTI y otros, *Journal of Medical Medicine*, 1999: "De 68 no-progresores a largo plazo (más de 10 años) ninguno estaba en terapia antirretroviral".

HOGERVORST y otros, *Journal of Infectious Diseases*, 1996: "Ninguno de los enfermos asintomáticos a largo plazo recibió ningún medicamento antiviral durante el estudio".

MONTEFIORI y otros, *Journal of Infectious Diseases*, 1997: "Con excepción de dos entre 19 pacientes no-progresores, ninguno había recibido terapia antirretroviral".

## TRASMISIÓN MADRE-HIJO

Un estudio realizado en Italia y publicado el año pasado concluye que "la comparación de niños infectados por el VIH-1 cuyas madres habían sido tratadas con AZT con niños cuyas madres no habían sido tratadas mostraban que el primer grupo tenía una mas alta probabilidad de desarrollar enfermedades severas (57% contra 37%).

**Además el AZT ya ha generado monstruos humanos:**

KUMAR y otros, *Journal of AIDS*, 1994, 7: 1035-1039: "*Ciento cuatro embarazadas fueron tratadas con AZT en un hospital de la India. Hubo un número llamativo de*

*abortos terapéuticos y de abortos espontáneos y entre los nacidos vivos, un diez por ciento de anormalidades que incluyen agujeros en el pecho, prolongaciones en la base de la columna vertebral, orejas colocadas fuera de lugar, caras deformes, defectos en el corazón, dedos extra y albinismo".*

### **Respecto a las consecuencias sobre niños y bebés, para muestra, un botón:**

Dos bebés mueren en un experimento con tratamientos del SIDA

New York Times 3 de febrero

*"Ambos bebés murieron de una extraña enfermedad neurológica, según informaron científicos franceses (...) los medicamentos utilizados fueron AZT o Zidovudina y 3TC o Lamivudina, fabricados por Glaxo-Wellcome".*

*"En el estudio, madres infectadas comenzaron a tomar AZT aproximadamente en la semana 24 de embarazo y lo recibieron por vía intravenosa durante el parto. Los bebés tomaron AZT durante 6 semanas. Las mismas madres también tomaron 3TC comenzando en las últimas 8 semanas de embarazo y los bebés lo tomaron las primeras 5 semanas de vida".*

*"Los bebés comenzaron a enfermar aproximadamente a los 4 meses de edad y murieron varios meses después de disfunción mitocondrial".*

*"Un bebé desarrolló ataques epilépticos que no pudieron ser controlados con medicamentos y el otro tuvo problemas neurológicos. El primero murió a principios de 1998. El segundo bebé no tuvo ataques pero sí otros síntomas de enfermedad cerebral así como problemas de pulmones y corazón".*

*"El segundo bebé murió hace pocas semanas alertando al equipo de una posible relación entre la enfermedad y los medicamentos".*

5. Se está produciendo una violación sistemática de Derechos Humanos

por parte de los responsables públicos científicos-médicos-políticos en el marco del SIDA.

El acceso a la información sin restricciones que posibilita decisiones libres constituye uno de los pilares básicos de toda democracia. Este hecho tiene especial importancia cuando se refiere a asuntos en los que está en juego la salud o la vida. Sin embargo, en el caso del SIDA, ni este ni otros derechos fundamentales se están respetando por parte de los responsables políticos, médicos y científicos.

**El Consentimiento Informado** significa que el paciente toma una decisión sobre su salud (o la de su hijo) disponiendo de TODA la información previa relevante y en términos que pueda comprender. Este no parece ser el caso del SIDA. De todo lo dicho más arriba (y de los testimonios que he recogido personalmente en mis numerosos contactos con afectados) se desprende que los responsables médicos, científicos y políticos están ocultando a los afectados y familiares información relevante sobre:

la validez de los tests de diagnóstico;

la fundamentación científica de protocolos de seguimiento como mediciones de carga viral y recuentos de defensas;

la efectividad terapéutica de los fármacos antirretrovirales y su toxicidad.

Un hecho que pone en evidencia esta violación de derechos fundamentales de los pacientes es la reciente dimisión de un alto responsable de la sanidad norteamericana. Las palabras contenidas en su carta de dimisión son suficientemente ilustrativas de lo que está ocurriendo en todo el mundo:

**Florida, 3 de junio de 1999:** Mark Pierpoint, Coordinador del Programa de Prevención del VIH/SIDA hace pública su dimisión. En la carta dirigida a sus superiores dice:

"Después de una cuidadosa evaluación, considero que no puedo continuar promoviendo la Educación sobre el VIH/SIDA ni la aplicación de los tests de VIH (...) Si lo hiciese, estaría violando mi propia conciencia puesto que estas instrucciones reconocen y promueven una única opinión científica respecto de la causa del SIDA.

(...) Desgraciadamente, sólo una parte de los datos científicos ha sido puesta al alcance del público (...) Esta ciencia dominante es promocionada e incluso manipulada por los gigantes farmacéuticos que tienen un motivo obvio de beneficio. (...) el Servicio de Salud Pública ha hecho todo lo posible para silenciar opiniones científicas contrarias y en consecuencia ha negado a la población su fundamental derecho a un consentimiento informado.

Por la presente retiro mi participación de lo que un día puede ser visto como la mayor violación del principio de consentimiento informado en la historia de la Salud Pública".

**Numerosos convenios relacionados con los Derechos Humanos y el SIDA están siendo violados por los propios países firmantes:**

Convención sobre la Prevención y castigo del crimen de Genocidio

Declaración de París sobre las mujeres, los niños y el SIDA

Declaración de derechos y humanidad sobre los principios fundamentales de los derechos humanos, la ética y la humanidad aplicables en el contexto del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Declaración cumbre de París sobre el SIDA

Finalmente –y sin entrar en un análisis detallado de las responsabilidades judiciales en las que de seguro se está incurriendo- es importante destacar la referencia que hacía hace poco en la revista Jano, el abogado H. Jausás al Título IV del Libro II del **nuevo Código Penal** titulado "De las lesiones al feto": "tipifica expresamente como delito el causar con dolo o por imprudencia en un feto una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo o que provoque en el mismo una grave tara física o psíquica".

**Esta última referencia me llevó a denunciar al Plan Nacional ante el Fiscal General del Estado**

(copia del escrito disponible solicitándola a [kefet@eresmas.com](mailto:kefet@eresmas.com) ).

6. Se han formulado explicaciones alternativas

coherentes a los problemas de salud conocidos como "SIDA" que han dado ya resultados clínicos positivos y que podrían aplicarse a una enorme cantidad de problemas de salud fuera del marco estricto del SIDA.

La teoría oficial del SIDA –aceptada pero no demostrada- afirma que el VIH destruye las defensas, pretendiendo que las defensas son unas células llamadas "*Linfocitos T4*".

**En primer lugar, reducir la inmunidad a un tipo de células es una simplificación injustificable. La Inmunidad es un complejo conjunto de procesos en los que están implicados órganos, sistema nervioso, hormonas, células de diferentes tipos y en última instancia el organismo entero.**

En segundo lugar, la Inmunidad no consiste solamente en la defensa frente a invasiones del exterior como suele creerse. En realidad, esa es sólo una labor puntual. **La tarea más importante de la Inmunidad es la eliminación y reciclaje** de un billón de células que perdemos cada día. Esta inmensa labor de crucial importancia para nuestra salud la realizan precisamente los Linfocitos T.

Ahora bien, ¿existe alguna evidencia científica o clínica de que los Linfocitos T estén siendo destruidos por un virus? Absolutamente ninguna. Para empezar ningún investigador ha conseguido explicar cómo se produce esta destrucción; tan sólo se han publicado suposiciones y reconstrucciones realizadas con ordenador. Pero las contradicciones no terminan aquí.

Los *Linfocitos T* se han clasificado en diferentes tipos según las diferentes funciones que realizan. Numerosos equipos observaron en los 80 y se confirmó en el 93 que la caída de T4 va acompañada de una subida de T8 mientras el total permanece constante. La cosa está bien clara: las células son las mismas, lo que cambia es la función que cumplen, pero en ningún caso han sido destruidas.

A mediados de los 80 tanto **Gallo** como **Montagnier** reconocían que el efecto destructivo del VIH sólo se observaba en células expuestas a agentes oxidantes. En 1991, **Montagnier** confirmó en un trabajo publicado en *Virology* que la caída de T4 en los pacientes se producía ANTES que se registrara actividad del VIH; que células con infección crónica no morían y en cambio sí lo hacían células NO infectadas pero estimuladas con agentes oxidantes. Hay que tener bien presente que los individuos pertenecientes a "grupos de riesgo del SIDA" están expuestos a diversos agentes oxidantes: antibióticos, nitritos, semen por vía anal, hemoderivados, corticosteroides...

Finalmente, un detalle importante: sólo entre un dos y un cuatro por ciento de los *Linfocitos T* circulan en la sangre lo cual quiere decir que las mediciones no tienen significado clínico; pero además este pequeño porcentaje se repliega a los órganos y médula ósea en situaciones de stress. Esto explica que haya numerosos seropositivos en perfecto estado de salud y con recuentos cero de T4.

### **¿Por qué es tan importante la oxidación?**

Para comprenderlo, veamos como actúa el *stress oxidativo*. Hemos dicho que la Inmunidad tiene dos brazos: los *Linfocitos T*, encargados del reciclaje constante, y los *Linfocitos B*, que actúan puntualmente contra el exterior. Pues bien, agresiones psicológicas, traumáticas, infecciosas, nutricionales y tóxicas provocan un desequilibrio importante:

por un lado estimula los *Linfocitos B*: esto hace subir el nivel de anticuerpos (con lo cual es fácil dar positivo a los test del SIDA) y activa las *Proteasas* y los *Radicales Libres* (dos mecanismos destructivos) provocando oxidación y un gasto energético extra, agotamiento de la reserva de antioxidantes y alteración de las paredes celulares con daños en el ADN;

por otro lado desciende la actividad de los *Linfocitos T*, que se repliegan a la médula ósea y determinados órganos (lo cual hace que los recuentos de T4 indiquen bajada y se interprete por error que han sido eliminados por el VIH); pero lo más importante es que dejan de cumplir su labor de reciclaje con consecuencias muy graves: se acumulan restos de ADN y ARN celular (que al ser medidos con la técnica PCR se interpretan como "carga viral alta"); finalmente, el aumento de células muertas provoca una proliferación de gérmenes que viven habitualmente en equilibrio en nuestro organismo: hongos recicladores como el *Pneumocistis Carinii* (es lo que se interpreta equivocadamente como "enfermedades oportunistas").

Si no se restablece el equilibrio, este mecanismo autoinmune puede llegar a matar a la persona. La tragedia es que, tanto el terror provocado paradójicamente por la Campaña Mundial "contra" el SIDA, como los tratamientos (antibióticos y antivirales) agudizan la intoxicación física y mental provocando la muerte del paciente.

Estos elementos son desarrollados por los recientes trabajos del Dr. Heinrich Kremer incorporando descubrimientos como el Óxido Nítrico y su papel de control de los sistemas celulares; las citoquinas y la subdivisión de las células inmunitarias en Th-1 y Th-2 –todo ello recogido en su libro "La silenciosa revolución del cáncer y el SIDA" publicado este año en Alemania por *Raum & Zeit*.

Estos son los argumentos correctamente expuestos.

Ahora sí podemos esperar una contestación de Garrido, de alguno de los participantes en el debate de ACP o de cualquier otra persona que quiera sumarse a la discusión.

Para finalizar, unas palabras sobre las "teorías conspiranóicas":

¿Se ocultaba una conspiración tras el reciente golpe contra Chavez? ¿Acaso los analistas que acusan a los gobiernos norteamericano y español, a los medios de comunicación y empresarios venezolanos o al diario español *El País* de conjurarse contra Chavez son alquimistas, cazafantasmas o perseguidores de extraterrestres?

Quizá los pocos intelectuales honestos que han venido denunciando las tramas de poder tras la Guerra del Golfo, la de Yugoslavia, la de Afganistan o la inminente agresión contra Irak son vendedores de uñas de gato, echadores de cartas o santones televisivos.

Seguramente debemos considerar al propio **James Petras** un paranoico por sus escritos explicando la "contraofensiva imperial" o "quien manda en el mundo" y no digamos ya los recientes trabajos de **Chomsky** sobre el 11 de septiembre o su libro "Estados canallas" que seguramente hunden a su autor en los más negros abismos de la esquizofrenia o la manía persecutoria.

Quizá Garrido –y sus defensores- consideran que instituciones como el **Banco Mundial** y el **Fondo Monetario Internacional** se crearon para distribuir justicia y combatir la pobreza en el mundo.

Quizá Garrido –y quienes le corean- consideran que el objetivo de los laboratorios farmacéuticos y de las Fundaciones de **Rockefeller** y **Bill Gates** es proteger la salud de los habitantes del planeta y sólo como una consecuencia involuntaria derivada de su meritoria labor obtienen unos dinerillos que por supuesto invierten en seguir ayudando a la humanidad.

Quizá Garrido –y compañía- piensan que los programas de abortos, esterilización y AZT para los países africanos son una forma de regular el crecimiento de la población de forma más civilizada que las guerras tribales y que la manipulación de cifras en las estadísticas de SIDA se hacen para conseguir recursos necesarios que de paso son administrados por bondadosas ONGs.

Quizá Garrido –y quienes comparten sus diatribas- crean que los profesionales de la salud no tienen tiempo de leer las publicaciones especializadas de su campo de trabajo porque están muy ocupados prescribiendo tests, mediciones de carga viral y tratamientos; eso explica que no se hayan enterado de la invalidez de los tests y de la toxicidad de los tratamientos; o quizá es que no informan a sus pacientes de todo ello para no perder tiempo y no bloquear aún más la sanidad pública.

Y así indefinidamente...

No sólo es una grave irresponsabilidad negar que el SIDA se apoya en complejas estructuras de poder. Desde el punto de vista de quienes luchamos para transformar la sociedad –entre los que no tengo ninguna duda que no se encuentra Garrido aunque sí muchos que lo aplauden sin pararse a pensar- constituye una obligación desenmascarar esas estructuras y no vamos a dar un paso atrás, al otro lado del límite que marca el Montaje SIDA, el dogma virtual del VIH.

Decía Chomsky hablando sobre **el control de los medios de comunicación:**

*"Creo que la cuestión central no es simplemente la manipulación informativa, sino algo de dimensiones mucho mayores. Se trata de si queremos vivir en una sociedad libre o bajo lo que viene a ser una forma de totalitarismo autoimpuesto en el que el rebaño desconcertado se encuentra, además, marginado, dirigido, amedrentado, sometido a la repetición inconsciente de eslóganes patrióticos, e imbuido de un temor reverencial hacia el líder que le salva de la destrucción, mientras que las masas que han alcanzado un nivel cultural superior marchan a toque de corneta repitiendo aquellos mismos eslóganes que, dentro del propio país acaban degradados. Parece que la única alternativa esté en servir a un estado mercenario ejecutor, con la esperanza añadida de que otros vayan a pagarnos el favor de que les estemos destrozando el mundo. Estas son las opciones a las que hay que hacer frente".*

Me pregunto y traslado la pregunta: ¿Se considerará Garrido –y los que le aplauden- parte del rebaño desconcertado, marginado, dirigido, amedrentado y sometido? ¿Marchará quizá a toque de corneta repitiendo eslóganes de los CDC norteamericanos y reclamos publicitarios de los laboratorios? ¿O simplemente sirve a un estado mercenario ejecutor?

*Almuñecar, 19 de julio de 2002.*

Referencias científicas:

#### **Trabajos del Equipo de la Dra. Papadopulos:**

\*PAPADOPULOS-ELEOPULOS, Eleni. Reappraisal of Aids. Is the Oxidation Induced by the Risk Factors the Primary Cause? *Medical Hypotheses* 1988. 25, 151-162.

PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. HEDLAND-THOMAS, B. CAUSER, D. et al. An alternative explanation for the radiosensitisation of AIDS patients. *Int. J. Radiat Oncol. Biol. Phys.* 1989. 17: 695-697.

TURNER, VF. Reducing agents and AIDS. Why are we waiting? (letter). *Med. J. Aust.* 1990. 153: 502.

PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. HEDLAND-THOMAS, B. CAUSER, D. TURNER, VF. PAPADIMITRIOU, J. Changes in thiols and glutamate as consequence of simian immunodeficiency virus infection. *Lancet* 1991. 338: 1013.

PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. PAPADIMITRIOU, J. Oxidative stress, HIV and AIDS. *Res-Immunol.* 1992. 143: 145-8.

\*PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. PAPADIMITRIOU, J. Kaposi's sarcoma and HIV. *Medical Hypotheses* 1992. 39: 22-29.

\*PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. PAPADIMITRIOU, J. Has Gallo proved the role of HIV in AIDS? *Emergency Medicine [Australia]* 1993. 5: 113-123.

\*PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. PAPADIMITRIOU, J. Is a positive Western blot proof of HIV infection? *Bio/Technology* 1993. 11: 696-702.

PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. PAPADIMITRIOU, J. Is HIV really "hiding in the lymph nodes"? [letter to editor of *Nature*, spring 1994].

- TURNER, VF. The HIV Western blot (letter). *Med. J. Aust.* 1994. 160: 807-808.
- PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. Deconstructing AIDS. *Independent Monthly* 1994. 50-51.
- \*PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. PAPADIMITRIOU, J. CAUSER, D. HEDLAND-THOMAS B. PAGE, B. A critical analysis of the HIV-T4-CELL-AIDS hypothesis. *Genetica* 1995. 95: 5-24.
- \*PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. PAPADIMITRIOU, J. CAUSER, D. Factor VIII, HIV and AIDS in haemophiliacs: an analysis of their relationship. *Genetica* 1995. 95: 25-50.
- \*PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. PAPADIMITRIOU, J. BIALY, H. AIDS in Africa: Distinguishing fact and fiction. *World Journal of Microbiology and Biotechnology* 1995. 11: 135-143.
- PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. Reconstructing AIDS. *Independent Monthly* 1995. 23-24.
- PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. HIV antibody tests don't work in Africa [excerpt from "Is there AIDS in Africa?" *World Journal of Microbiology*, march 1995].
- PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. Do HIV antibody tests prove HIV infection? [test of radio broadcast for the Australian Broadcasting Commission. Presenter: Dr. V.F. Turner].
- \*PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. CAUSER, D. PAPADIMITRIOU, J. HIV transmission by donor semen. *Lancet* 1996. 347: 190-191.
- \*PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, PAPADIMITRIOU, J. Turnover of HIV-1 and CD4 lymphocytes. *Reappraising AIDS* June 1995. 3: 2-3.
- \*PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. PAPADIMITRIOU, J. CAUSER, D. The Isolation of HIV: Has it really been achieved? The Case Against. *Continuum* Sep/Oct 1996. 4: 3: suppl 1-24.
- \*PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. PAPADIMITRIOU, J. CAUSER, D. Why no whole virus? *Continuum* 1997. 4: 5: 27-30.
- PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. Is HIV the cause of AIDS? (Entrevista). *Continuum*, vol 5, núm 1, 1997.
- TURNER, Valendar F. What is the evidence for the existence of HIV? [email, 1997].
- TURNER, Valendar F. Do antibody tests prove HIV™ infection? (Entrevista). *Continuum*, vol 5, núm 2, 1997/8.
- PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. PAPADIMITRIOU, J., PAGE, B.G., CAUSER, D. A Brief History of Retroviruses. *Continuum*, vol 5, núm 2, 1997/8.
- TURNER, V.F. Where have we gone wrong? *Continuum*, vol 5, núm 3, 1998.
- Sobre el Aislamiento del VIH**
- ARTHUR, L.O. *et al.* Macaques Immunized with HLA-DR Are Protected from Challenge with Simian Immunodeficiency Virus. *Journal of Virology*, vol. 69 num. 5, 1995.
- BESS, J.B. *et al.* Microvesicles Are a Source of contaminating Cellular Proteins Found in Purified HIV-1 Preparations. *Virology* 230: 134-144, 1997.
- DE HARVEN, Etienne. Pioneer deplores "HIV". *Continuum*, vol 5, núm 2, 1997/8.

DE HARVEN, Etienne. Remarks on methods for retroviral isolation. *Continuum*, vol 5, núm 3, 1998.

GLUSCHANKOF, P. *et al.* Cell Membrane Vesicles Are a Major Contaminant of Gradient-Enriched Human Immunodeficiency Virus Type-1 Preparations. *Virology* 230: 125-133, 1997.

KRAFELD, Karl. Inventing the AIDS virus? Truth or dare. *Continuum*, vol 5, 1, 1997.

\*LANKA, Stefan. HIV – Realität oder Artefakt? *Raum und Zeit* 1995, 77: 17-27.

\*LANKA, Stefan. Collective Fallacy. Rethinking HIV. *Continuum*, vol 4, núm 3, 97.

LANKA, Stefan. No viral identification. No cloning as proof of isolation! *Continuum*, vol. 4 num. 5, 1997.

OTT, D.E. *et al.* Cytoskeletal Proteins inside Human Immunodeficiency Virus Type 1 Virions. *Journal of Virology*, vol. 70 num. 11, 1996.

SANDÍN, Máximo. Lamarck y los mensajeros. La función de los virus en la Evolución. Madrid, Istmo, 1995.

TAHI, Djamel. Did Luc Montagnier discover HIV? (Text of video interview with Professor Luc Montagnier at pasteur Institute, July 18<sup>th</sup> 1997). *Continuum*, 5: 30-34.

### **Sobre Stress Oxidativo y Agresión Mitocondrial**

BESEDOVSKY, H., DELREY, A., SORKIN, E., COTTIER, H. & HÄSSIG, A. Infección por VIH y enfermedad por VIH: destrucción inducida por virus versus supresión endocrina del sistema inmune (carta al editor de *The Lancet*, 23 oct 87 y rechazada).

CHRISTIE, Huw. A gentle herbal antioxidant. Padma 28 can help restore biochemical balance. *Continuum*, vol 5, núm 3, 1998.

DE DUVE, Christian. El origen de las células eucariotas. *Investigación y ciencia*, junio, 1996.

DROGE, Wulf. Respuesta a Papadopulos *et al* en *Lancet*, vol 338, oct. 1991.

GIRALDO, Roberto A. AIDS and Stressors I: Worldwide rise of immunological stressors. II A proposal for the p

athogenesis of AIDS. III: A proposal for the natural history of AIDS. IV: The real mean

-----



Información disponible en el sitio ARCHIVO CHILE, Web del Centro Estudios "Miguel Enríquez", CEME: <http://www.archivochile.com> (Además: <http://www.archivochile.cl> y <http://www.archivochile.org> ).

Si tienes documentación o información relacionada con este tema u otros del sitio, agradecemos la envíes para publicarla. (Documentos, testimonios, discursos, declaraciones, tesis, relatos caídos, información prensa, actividades de organizaciones sociales, fotos, afiches, grabaciones, etc.)

Envía a: [archivochileceme@yahoo.com](mailto:archivochileceme@yahoo.com) y [ceme@archivochile.com](mailto:ceme@archivochile.com)

**NOTA:** El portal del CEME es un archivo histórico, social y político básicamente de Chile y secundariamente de América Latina. No persigue ningún fin de lucro. La versión electrónica de documentos se provee únicamente

con fines de información y preferentemente educativo culturales. Cualquier reproducción destinada a otros fines deberá obtener los permisos que correspondan, porque los documentos incluidos en el portal son de propiedad intelectual de sus autores o editores. Los contenidos de cada fuente, son de responsabilidad de sus respectivos autores, a quiénes agradecemos poder publicar su trabajo. Deseamos que los contenidos y datos de documentos o autores, se presenten de la manera más correcta posible. Por ello, si detectas algún error en la información que facilitamos, no dudes en hacernos llegar tu [sugerencia / errata..](#)

© CEME web productions 1999 -2009 