

PRESENTACIÓN

(Por José Manuel León Bailén)

“Abogado homeless”

La hipótesis de que el SIDA consiste en un “*Sistema Inteligente de Aniquilación*” es atractiva. La teoría de que el SISTEMA es toda una operación programada en contubernio con el capital-dinero no se diferencia mucho de aquel otro supuesto destinado a relacionar al sistema capitalista con las armas de destrucción, desde el simple puñal hasta la bomba atómica.

Considero que el contenido de este libro, más que una obviedad, representa toda una tesis doctoral exhaustiva y excelentemente documentada. Intenta fundir, y lo consigue, dos tipos de literaturas que rara vez suelen coincidir: la literatura científica descriptiva profunda, de difícil asimilación y la literatura comentada destinada a un público general sin conocimientos científicos.

Está dirigida a descubrir la trama de la ancestral relación congénita ya estereotipada en los clásicos en el aserto de “homo hominis lupus.” Pero es posible que para las personas mayores y por lo tanto muy experimentadas, el atractivo de este libro no radique en lo que deja al descubierto, que no es poco, sino en lo que falta, no está dicho y deja entrever.

¿Es cierto que la aniquilación del otro es la causa primera del sistema construido o son simplemente las ansias de poder, dominio o riqueza lo que da origen al mismo?

Para encontrar una auténtica explicación de lo que ha ocurrido y ocurre con la humanidad desde que el mundo es mundo, no hay más remedio que bucear bajo las auténticas causas haciéndonos las auténticas preguntas y esto sólo lo podemos realizar con lo único que tenemos para respirar que no es otra cosa que el raciocinio lógico. En este sentido, la tesis expuesta en este libro, constituye todo un experimento científico: describe el hecho y demuestra su causa.

Un paso más evolucionado de esta teoría podría consistir en que, al igual que Albert Einstein intentó encontrar sin conseguirlo una explicación universal de interrelación entre sus hechos experimentados; intentar correlacionar el dinero con el poder y este con la aniquilación. ¿Será el dinero igual al poder y el poder igual a la aniquilación?

Considero que es bueno tener esta otra visión del SIDA, del SISTEMA y de la propia humanidad aunque sólo fuere con el simple objetivo de estar prevenidos. Porque a estas alturas, cambiar el mundo es imposible. ¿O no?

Introducción

Había comenzado este trabajo con el propósito de intentar ensamblar los muchos aspectos que no encajaban sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, con la firme determinación de buscar la verdad, honradamente, sin sesgos, con asepsia. Pero ante la gran cantidad de datos que continuamente nos han venido inundando y nos inundan, surge de forma inevitable la sospecha de que esta entidad clínica no sea más que un simple producto de marketing originado en un país avezado en todo tipo de ventas inimaginables y utilizado por algunas multinacionales farmacéuticas con el objetivo, entre otros, de recaudar dinero a través de la génesis del miedo. Y ante la tristeza que me produce el espectáculo de las personas que no pueden o no quieren verlo así, no me ha quedado otra elección que emprender el camino de la “disidencia científica” con el fin de intentar encontrar las respuestas lógicas acerca de las íntimas causas del SIDA.

Partía yo, en mi propósito de clarificar tema tan grave, de la ingenua sospecha de que estaba sólo, de que la mayoría de mis colegas médicos no sólo iban a estar en desacuerdo conmigo sino que además podría tener problemas con ellos. Sabía de antemano que iba a oír muchas voces muy cualificadas que podían poner el grito en el cielo ante lo que considero una simple búsqueda de la verdad sobre este síndrome. Porque quien cuestiona lo que todos aceptan como dogma, suele resultar muy incómodo. Porque soy médico y he de hacer todo lo posible para que otras personas no sufran. Porque en mi práctica clínica cotidiana durante 20 años, jamás me he atrevido a manifestar abiertamente las innumerables dudas que me han ido asaltando acerca de la etiología del SIDA. Porque son millones de personas “seropositivas” las que han sufrido y sufren al conocer que lo son y estimo que en realidad no tienen motivo para sufrir de esa manera.

Lo que ocurre es que la gente acepta como verdad algo que estimo es una gran mentira. Y considero que no es ético engañar al mundo de forma tan cruel y que las instituciones sanitarias y gobiernos no sólo no hagan nada al respecto sino que, por el contrario, dificulten de forma sospechosamente sistemática la búsqueda que muchos científicos han emprendido para desenmascarar a esta entidad clínica y a las personas que se han lucrado y siguen lucrándose con ella.

La población general ha llegado a tal grado de pavor por este asunto, que muchas personas han tomado como práctica habitual el hacerse controles periódicos de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Existen individuos que corren al laboratorio a hacerse la prueba del SIDA tras una relación sexual “incierto.” Y si alguien tiene la fatalidad de ser etiquetado cómo seropositivo, eso supone no sólo el rechazo de la sociedad sino, lo que creo es mucho más trascendente: la sensación personal de estar condenado a muerte.

El primero de diciembre de 2005, día mundial del SIDA, se difundía a través de los medios de comunicación la noticia de que se estaban realizando controles gratuitos de SIDA en las calles de Madrid con una nueva técnica de detección rápida. No parecía sino que lo que se pretendía era descubrir aceleradamente a personas con anticuerpos VIH mediante estos métodos rápidos de cribado y no lo que verdaderamente considero que importaba e importa: ¿Son todas estas personas realmente infectadas por un virus llamado VIH si la prueba es positiva? Y si es así, ¿son enfermas todas las personas seropositivas?

El día mundial del SIDA, el lazo rojo, su relación con colectivos de personas socialmente marginadas y toda la parafernalia mediático-social que rodea a esta entidad clínica, constituyen por sí mismos un índice de sospecha para considerarla como un producto de marketing que emplea el miedo como vehículo para vender a los gobiernos cientos de productos farmacéuticos y pruebas diagnósticas.

Afortunadamente y tras 25 años de dudas, he comprobado que efectivamente la sospecha de mi originalidad era muy ingenua: NO ESTOY SOLO. En la actualidad existe en todo el mundo un amplio elenco de reconocidos científicos con los que coincido en opinión. Algunos cuestionan la relación entre el VIH y el SIDA, otros van más lejos y dudan de la existencia del propio VIH. Otros postulan la teoría del virus manipulado genéticamente y muchos simplemente ven al SIDA como lo que en realidad creo que es: un estado de depresión del sistema inmune adquirido por los llamados “malos hábitos de vida” entre los que podrían citarse el consumo de drogas, la mala nutrición y las condiciones higiénicas.

No obstante, a pesar de las innumerables pruebas científicas y lógicas que demuestran que el SIDA no es lo que nos quieren hacer creer, aún son inmensa mayoría los científicos que comulgan con la teoría infecciosa convencional. En contraposición, cada vez somos más los médicos y científicos que no creemos que esta entidad sea una enfermedad causada por un virus y, por tanto, transmisible de forma infecciosa.

Sólo a modo de ejemplo, se cita una lista incompleta y abierta de algunos de los científicos que, por unas razones u otras, se apartan de la teoría infecciosa del SIDA:

Dr. Luc Montagnier, (virólogo y descubridor del supuesto VIH en el Instituto Pasteur de Paris): *"Hay demasiadas deficiencias en la teoría de que el VIH causa todos los signos del SIDA"*.

Dr. Kary B. Mullis, (Premio Nóbel de química en 1993 por inventar la técnica del PCR): *"No hemos podido encontrar ninguna buena razón por la cual la mayoría de la gente sobre la tierra cree que el SIDA es una enfermedad causada por un virus llamado VIH."*

Simplemente no hay evidencia científica alguna que demuestre que eso es cierto”.

Heinrich Kremer, (Director Médico de la Clínica de drogodependientes jóvenes de Berlín): *“El VIH es un virus cuya sustancia genética y proteínas nadie ha sido capaz de aislar, por lo tanto no existe. Así que es sólo una -Etiqueta- de la industria farmacéutica que ha sabido rentabilizar un miedo social absolutamente injustificado”.*

Dr. Peter Duesberg, (retrovirólogo, candidato al Nóbel por su trabajo sobre oncogenes en virus y profesor de Biología Molecular y Celular de la Universidad de Berkeley, California): *“El VIH es un virus inocuo e inofensivo como miles de virus más y no es la causa del SIDA”.*

Dra. Papadopoulos-Eleopoulos, (bióloga del Royal Perth Hospital de Australia): *“Las pruebas diagnósticas del SIDA no son reproducibles en laboratorio, por tanto nadie debería ser diagnosticado de SIDA”.* Publicó en la revista *Continuum*, un ofrecimiento de 1000 libras a cualquiera que pudiera probar que el VIH ha sido aislado.

Dr. Stefan Lanka, (virólogo y genetista alemán): *“El virus del SIDA no existe”.*

Dr. Roberto S. Root-Bernstein-Bernstein, (profesor de fisiología en la Universidad de Michigan): *“Tenemos que replantearnos toda la teoría del SIDA porque no se sostiene sobre ningún pilar científico válido”.*

Dr. Roger Cunningham, (inmunólogo, microbiólogo, y director del Ernst Witsky Center en la Universidad del estado de New York en Búfalo): *“Parece haberse formado una clase dirigente que intenta desalentar a los científicos que retan el dogma del SIDA e insisten en desacreditar las ideas de quienes no están de acuerdo con dicho Dogma”.*

Prof. Richard Strohman, (profesor emérito de biología celular en la Universidad de California en Berkeley): *“Antiguamente era necesario que un científico probara que su hipótesis era correcta. Ahora no hay nada de eso en el programa estándar VIH-SIDA, con todos sus billones de dólares”.*

Dr. Serge Lang, (profesor de matemáticas de la Universidad de Yale): *"No creo que exista una relación causal entre el VIH y cualquier enfermedad establecida. He visto un número muy considerable de estadísticas muy improcedentes sobre el VIH y el SIDA que han sido consideradas como científicas. Los cabecillas de la clase dirigente científica se han unido descuidadamente, si no irresponsablemente, a los medios de comunicación, difundiendo información errónea acerca de la naturaleza del SIDA"*.

Dr. Harry Rubin, (profesor de biología celular y molecular de la Universidad de California en Berkeley): *"No está probado que el SIDA esté causado por la infección del HIV"*.

Dr. Steven Jonas, (profesor de medicina preventiva de Suny Stony Brook, NY): *"Las evidencias de que la teoría original del VIH no es correcta se están acumulando rápidamente"*.

Dr. Harvey Bialy, (biólogo molecular y editor de Biotecnología): *"El VIH es un retrovirus ordinario. No es cierto que este virus sea especial. Todo lo que se descubre sobre el VIH tiene un análogo en otros retrovirus que no causan el SIDA. El VIH contiene muy poca información genética y no hay forma de que pueda hacer todas esas cosas elaboradas que ellos dicen que hace"*.

Dr. Gordon Stewart, (profesor emérito de salud pública de la Universidad de Glasgow): *"EL SIDA es una enfermedad conductivista y multifactorial provocada por varias tensiones simultáneas sobre el sistema inmune como drogas, enfermedades de transmisión sexual y múltiples infecciones vírales"*.

Dr. Charles Thomas, (profesor de bioquímica en las universidades de Harvard y John Hopkins): *"El dogma de que el VIH causa SIDA es el más grande y quizá el más moralmente destructivo fraude que haya sido perpetrado alguna vez en el mundo occidental"*.

Dr. Joseph Sonnabend, (médico de Nueva York y fundador de la Fundación Americana para la Investigación del SIDA –AmFAR-): *"La comercialización del VIH a través de comunicados de prensa y declaraciones, como un virus asesino que causa el SIDA sin la necesidad de otros factores, ha distorsionado tanto la"*

investigación y el tratamiento, que ha podido causar que miles de personas sufran y mueran".

Dr. Etienne de Harven, (profesor emérito de patología en la Universidad de Toronto): *"Dominado por los medios de comunicación, por la presión de grupos especiales y por los intereses de varias compañías farmacéuticas, los esfuerzos instituidos para controlar la enfermedad perdieron contacto con la revisión atenta y de mente abierta de la ciencia medica, desde que la hipótesis no probada del VIH/SIDA recibió el 100% de los fondos de investigación, mientras que todas las otras hipótesis fueron ignoradas".*

Dr. Bernard Forscher, (antiguo editor del U.S. Proceeding de la Academia Nacional de las Ciencias): *"El Dogma VIH/SIDA es un engaño que se ha convertido en estafa".*

Grupo Científico-Médico Pro Replanteamiento del SIDA: Más de 10.000 profesionales científicos de todo el mundo y de todas las áreas (virólogos, epidemiólogos, biólogos moleculares, médicos de diferentes especialidades, matemáticos y por supuesto afectados de SIDA, abogados, periodistas y activistas de numerosas organizaciones independientes en muchos países), que por su extensión harían de esta obra un verdadero listín telefónico, discrepan de la teoría convencional del SIDA.

Cada día son más los científicos que se unen a esta lista, si bien es verdad que aún son mayoría los que siguen sosteniendo que el SIDA es lo que nos quieren hacer creer que es. Las razones de este hecho las encontrarás en las páginas de este libro.

Capítulo 1

EL ESCANDALOSO NACIMIENTO DEL AZT COMO TRATAMIENTO CONTRA EL SIDA Y MIS PRIMERAS DUDAS

"La cosa más importante en ciencia es no dejar nunca de cuestionar"
(Albert Einstein)

Enero, 1987, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) reúne precipitadamente a un grupo de once científicos para decidir la conveniencia o no de aprobar el AZT (Zidovudina) como tratamiento contra el SIDA. En apariencia, tal celeridad se debe a la gran psicosis que este síndrome está originando en la sociedad y en la insistente demanda social de un tratamiento eficaz, aunque la causa real de tanta prisa no podrá ser descubierta hasta transcurridos unos años, cuando se conozcan las necesidades económicas de las Wellcome Inc. y los beneficios que esta multinacional ha obtenido con la aprobación para la comercialización del fármaco.

Muchas han sido las compañías farmacéuticas que han emprendieron un largo recorrido en busca de un remedio farmacológico eficaz contra el SIDA, pero entre todas ellas sólo la Wellcome Inc. del Grupo Rockefeller se ha llevado el gato al agua. Y para lograr tal objetivo, esta multinacional sólo ha aportado un antiguo y desechado fármaco llamado "*Compuesto S*" que ya había sido aprobado 30 años antes como tratamiento contra el cáncer y retirado poco después por su excesiva toxicidad, nula especificidad e incontables efectos secundarios. El *Compuesto S* es ni más ni menos que el AZT.

Los once científicos llamados a reunirse en las dependencias de la FDA conocen perfectamente la historia del AZT y todos sus inconvenientes. No obstante, reconocen desconocer los efectos a largo plazo del mismo y muchos de ellos desconfían de los estudios aportados por la Wellcome Inc. en los cuales se afirma que el AZT destruye al VIH.

La Doctora Ellen Cooper manifiesta en dicha reunión en referencia al AZT:

"Aprobarlo representaría dar un considerable y potencialmente peligroso giro con respecto a nuestras exigencias toxicológicas habituales".

El Doctor Calvin Kunin responde a la Dra. Cooper:

"Por un lado, privar de un fármaco que disminuye la mortalidad en una población como

ésta sería impropio. Por otro lado, utilizar este fármaco tóxico de forma generalizada, en áreas en las que no ha sido demostrada su eficacia, podría resultar desastroso”

El presidente del grupo, el Dr. Itzhak Brook, es el más reacio a su aprobación y asegura que los datos aportados por la Wellcome son muy prematuros y sus estadísticas muy poco fiables. El Dr. Brook se siente muy impresionado por el simple hecho de estar debatiendo la aprobación de un fármaco que no solo no ha demostrado ser eficaz en ningún caso sino que además es muy perjudicial. Esta tesis es apoyada por otros miembros del grupo, haciendo hincapié en que una vez que un fármaco es aprobado, no hay marcha atrás y ya no se sabe hasta que punto se abusará de él.

Ante el cariz que toman los acontecimientos, el representante de la Wellcome entra en escena y asegura al consejo médico que puede proporcionar datos detallados de dos años de seguimiento y que el AZT sólo se utilizará, en el caso de ser aprobado, como recurso provisional y en pacientes muy enfermos o terminales.

Pero el Dr. Brook no se deja impresionar por las promesas del representante de la Wellcome y comenta:

“si lo aprobamos ahora, jamás tendremos suficientes datos fiables sino sólo los que nos ha prometido la Wellcome y, a partir de ahí, la producción de datos será sistemáticamente obstaculizada”.

La mayoría de los científicos reunidos asienten a las palabras del Dr. Brook y se inclinan a darle toda la razón pero en cuanto la FDA se da cuenta de que quieren rechazarlo, se produce la muy inusual participación en el debate de su jefe, el cual manifiesta:

“si aprobáis el fármaco, os aseguramos que trabajaremos en conjunto con Burroughs Wellcome y nos encargaremos de que se suministre a las personas adecuadas”

La reunión termina y el AZT es aprobado como tratamiento contra el SIDA con la inquietud de los científicos allí reunidos pero con la promesa de que sólo será utilizado de forma provisional y en pacientes terminales de SIDA.

A pesar de que uno de los principales intereses del consejo es que el AZT se use exclusivamente en casos de personas críticamente enfermas de SIDA, debido a la extrema toxicidad del fármaco, en junio de 1987 el Dr. Anthony Fauci, director del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH), desencadena toda una ofensiva publicitaria en los medios de comunicación y estos publican la “sensacional” noticia de que el AZT ha demostrado ser eficaz en portadores de anticuerpos del VIH, en pacientes asintomático y de ARC (Complejo de síntomas relacionados con el SIDA) en los primeros estadios. El Doctor Anthony Fauci consigue de esa forma extender el radio de las prescripciones del AZT.

Aunque siempre se ha sabido que el fármaco es extraordinariamente tóxico, el estudio aportado por la Wellcome concluía diciendo que la relación riesgo/beneficio es favorable para el paciente. Y esta conclusión, que junto con las recomendaciones del jefe de la FDA fue la que consiguió que esta aprobase el AZT, se basaba en el hecho de que en el grupo placebo habían muerto 19 personas, mientras que en el grupo tratado con AZT sólo había muerto una. A pesar de ello, algunos científicos insistieron en que esa estadística carecía de significado ya que los datos estaban recogidos de forma desordenada y además eran demasiado prematuros. Efectivamente, poco después de detenerse el estudio, el índice de muertes se aceleró en el grupo del AZT y después de un tiempo no hubo gran diferencia entre el grupo tratado y el grupo no tratado.

Pero ya era demasiado tarde. El AZT ya había sido aprobado y comenzó a comercializarse en más de 60 países y a suministrarse de forma totalmente indiscriminada en todos los seropositivos tuvieran o no síntomas de SIDA, niños incluidos. Muy poco después, las acciones en bolsa de la Wellcome se dispararon y el AZT se convirtió en el fármaco más caro de la historia del mercado farmacéutico. Los beneficios brutos de la Wellcome durante el año 1989 se estimaron en más de 230 millones de dólares y durante el primer lustro de los años noventa, vendió un promedio de dos billones de dólares al año de AZT bajo la marca “*Retrovir*”, lo que equivalía a la venta total de todos sus productos en el año 1988.

El 24 de junio de 1988, Duncan Campbell, en un artículo titulado “The Amazing AIDS scam”, dentro de la publicación “New Stateman and Society”, afirma lo siguiente: “*muchos resultados clínicos sobre la eficacia del AZT como tratamiento del SIDA se esconden con resultados comerciales.*”

En diciembre de 1988, The Lancet publica un estudio realizado en el hospital Claude Bernard de París mucho más completo y prolongado que el original de la Wellcome. En dicho estudio se obtuvo el mismo resultado que en el original, pero las conclusiones finales de los doctores franceses diferían sustancialmente de las conclusiones finales de sus colegas americanos. Efectivamente, para París la conclusión fue “*decepcionante*” mientras que para la Wellcome, la conclusión fue “*extraordinariamente positiva*”.

El Doctor Harvey Bialy, biólogo molecular y editor científico de la revista Biotechnology, tras demostrar las falsedades estadísticas en las que se basó la Wellcome para conseguir la aprobación del AZT como tratamiento contra el SIDA, manifestó estar horrorizado por el abuso generalizado del fármaco, no sólo por su toxicidad, sino también porque las atribuciones con las que justificaron su uso extendido eran falsas. Irónicamente, decía el Dr. Bialy, se ha descubierto que el fármaco que se suponía evita el proceso, en realidad lo que realmente hace es acelerarlo ya que es muy evidente que el AZT mata a las células CD4.

Junto al Dr. Bialy comenzaron a aparecer científicos muy beligerantes con la idea del uso del AZT a gran escala. Así el Dr. Gene Fedorko, Presidente de la HEAL (Health Education AIDS Liaison), manifestaría estar totalmente convencido de que los pacientes que no tomaban AZT tenían más calidad de vida y sobrevivían más tiempo que los que lo consumían. Michael Callen, editor de

diversas revistas sobre el SIDA, manifestaría que no tomaría AZT aunque le pagasen por ello y escribiría en una de sus revistas párrafos como:

- *“utilizar el AZT es como apuntar a un mosquito con una cabeza termonuclear”*
- *“La aplastante mayoría de los supervivientes a largo plazo que he conocido han elegido no tomar AZT”*
- *“El paciente que más tiempo ha sobrevivido al SIDA ha sido alguien que no estaba bajo tratamiento con AZT y ha sobrevivido ocho años y medio”*

A la beligerancia de Bialy, Fedorko y Callen, se sumó la ira de muchos científicos que pusieron el grito en el cielo ante lo que estimaban que era una matanza a gran escala. Entre otros destacó el Dr. Sonnabend, el cual, desesperado, manifestaría lo siguiente:

! Ya no sé qué hacer! Cada día tengo que enfrentarme con una consulta llena de pacientes pidiéndome AZT! Estoy aterrorizado! El primer estudio fue ridículo. Es obvio que Margaret Fischl, la persona que ha realizado los dos estudios, no tiene ni la más vaga idea sobre experimentos clínicos. No me fío de ella. Ni de los otros. Sencillamente, no son lo bastante competentes. Hemos sido tomados como rehenes por científicos de segunda clase. Les dejamos escapar con el primer desastre. Ahora, lo están consiguiendo otra vez.

Sonnabend manifestaría también:

“Me siento avergonzado de mis colegas. Estoy abochornado. Esta es una ciencia de tres al cuarto. Parece mentira que nadie proteste. Malditos cobardes. El juego se llama -protege tu subvención, no abras la boca-. Se trata de dinero... el pretexto para seguir la línea del partido y no ser críticos, cuando es obvio que hay fuerzas políticas y económicas dirigiendo todo esto”

Así que ya no era sólo el Comité de científicos de la FDA que, a golpe de “consejo político” y estadísticas falseadas, aprobó el uso del AZT como tratamiento contra el SIDA; ni el Dr. Bialy, ni el Dr. Fedorko, ni Sonnabend, sino cientos de científicos de todo el mundo se levantaron en contra de una masacre humana propiciada sin escrúpulos por las Wellcome Inc. y mediada políticamente por la FDA. El Dr. Peter Duesberg, tal vez uno de los científicos que más pruebas ha aportado al desenmascaramiento del SIDA, manifestaría, entre otras cosas:

“Qué feliz hubiera sido Hitler si los judíos hubiesen cooperado mientras iban a las cámaras de gas igual que los enfermos de SIDA cooperan mientras son tratados con AZT”.

El escandaloso nacimiento del AZT como tratamiento contra el SIDA, sus implicaciones político-económicas y la reacción de los científicos en contra fue excelentemente descrito en su tiempo por la periodista de investigación Celia Farber y publicado en la revista Spin.

Ningún medio de comunicación se hizo eco de tal artículo y nadie lo desmintió.

- - - - -

Primavera del año 1981. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC) publica que un grupo de homosexuales de Los Ángeles padecen una forma atípica de neumonía. Inmediatamente los rotativos los Ángeles Time y The New York Time se hacen eco de la noticia con titulares como: “*Se están investigando casos de neumonía en hombres homosexuales*” o “*Se descubre una forma rara de cáncer en 41 homosexuales.*” La noticia se extiende como un reguero de pólvora por todos los medios de información del mundo y comienza una gran campaña mediática que se prolongaría hasta nuestros días.

Verano de 1981. El CDC publica 70 casos más de sarcoma de Kaposi y de neumonías por *Pneumocystis carinii* pero esta vez no sólo en varones homosexuales sino también en heterosexuales y además en una mujer. A finales de este mismo año y en un primer intento propagandístico de ponerle nombre al nuevo monstruo creado y relacionarlo explícitamente con el colectivo homosexual, la prensa norteamericana denomina a esa nueva entidad clínica con apelativos como el cáncer gay, la plaga gay ó The Gay Related Immunodeficiency Disease (GRID). No obstante y a pesar de esta celeridad de la prensa por relacionar la nueva entidad clínica con los homosexuales, no es hasta el verano de 1982 cuando el CDC decide relacionar aquellos primeros casos de los Ángeles con la práctica sexual y es entonces cuando comienza a sugerir (que no a demostrar) la posibilidad de que esta enfermedad sea transmitida a través de la sangre por un agente infeccioso, en base al diagnóstico de cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en personas hemofílicas.

En 1981 yo era estudiante de cuarto curso de Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla y comencé entonces a interesarme por este tema no sólo por mi condición de universitario y futuro médico, sino también por la intensa y extensa propaganda informativa a la que fue sometida toda España y todos los demás países occidentales.

En la navidad de 1982 comienza a tomar fuerza la denominación de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y es precisamente esta forma de nombrarlo lo que despierta en mí la primera duda:



¡Es un Síndrome y no una Enfermedad!

Cualquier estudiante de medicina ó profesional de la sanidad debe saber diferenciar entre un síndrome y una enfermedad y debe conocer que, desde un punto de vista estrictamente académico, un síndrome no es más que un conjunto de signos y síntomas que son comunes a una enfermedad. Por tanto, un Síndrome puede ser “creado” en la mesa de un despacho en base a resultados estadísticos por uno a varios científicos aunque sólo sea como concepto, pero una enfermedad necesita una causa que la produzca y esta debe ser demostrada científicamente.

Comencé a indagar para averiguar cuáles eran aquellos signos y síntomas que el CDC había decidido agrupar como síndrome y resultaron ser los siguientes:

- 1. Neumonía por *Pneumocystis carinii*.***
- 2. Sarcoma de Kaposi.***
- 3. Toxoplasmosis pulmonar y/o del Sistema Nervioso Central (SNC).***
- 4. Estrongiloidosis pulmonar y/o del SNC.***
- 5. Aspergilosis.***
- 6. Criptococosis pulmonar, del SNC y/o diseminada.***
- 7. Candidiasis esofágica.***
- 8. Cripto esporidiosis intestinal crónica.***
- 9. Citomegalovirus pulmonar de Inmunoglobulinas (IG) y/o del SNC.***
- 10. Herpes simplex, infección muco-cutánea crónica, pulmonar, de IG, diseminado.***
- 11. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.***
- 12. Linfoma primario de cerebro.***

Mi primera gran sorpresa fue comprobar que el concepto de síndrome no era el más adecuado para denominar a esta entidad clínica ya que los síntomas que lo conformaban no eran en realidad síntomas ni signos sino enfermedades claramente tipificadas. Pero esta sorpresa inicial se transformó en asombro cuando reflexioné que ya había estudiado todas y cada una de esas enfermedades que constituían el SIDA mucho antes de la publicación de los primeros casos. Es más, el Síndrome de Inmunodeficiencia Congénita era una entidad descrita mucho antes que el SIDA al igual que ocurría con el SINA ó Síndrome de Inmunodeficiencia Nutricional Adquirida.

Imaginé entonces que el CDC, había decidido implementar el concepto académico de *Síndrome* y había incluido a todas esas enfermedades en una sola entidad clínica para denominarla SIDA. Es lógico pensar, por tanto, que nadie enfermaba de SIDA antes de aquella primavera de 1981 pues simplemente no existía como concepto. Sin embargo, también es lógico pensar que muchas personas enfermaban por sarcoma de Kaposi, por neumonía por P.Carinii, o por cualquiera de las restantes enfermedades que componen el SIDA, mucho antes del primer caso. Expuesto de otra forma: Nadie podía enfermar de lo que no existía. Por tanto, nadie enfermaba de SIDA antes de 1981, pero, en cambio, sí enfermaban por todas aquellas enfermedades que con posterioridad fueron englobadas como SIDA.

Y fue esta reflexión perogrullesca y simplista en apariencia, la que me motivó para continuar profundizando. No dudaba de la existencia del SIDA, simplemente había cuestiones a cerca de aquel que no terminaban de cuadrar y quería descubrir por qué no cuadraban.

Algunos meses anteriores a la publicación de los primeros casos del síndrome, todos los medios de comunicación se habían dedicado a fomentar en la población una cierta idea de animadversión hacia el colectivo homosexual, sobre todo, en el territorio norteamericano. Solían aparecer de forma sospechosamente reiterativa noticias que hablaban de la intención del Gobierno norteamericano de controlar a los homosexuales. Supuse entonces que sería demasiado osado pensar que el SIDA había sido un síndrome inventado por el poder político de la época con el objetivo de controlar primero y erradicar después a la población homosexual. Y esta idea pudiera haber tenido su base en la evidencia de que Ronald Wilson Reagan, el Presidente del país más poderoso del mundo, acababa de tomar el poder y a nadie se le ocultaba su rechazo ante los colectivos de homosexuales y de drogadictos.



Efectivamente, Ronald Reagan tomó posesión del cargo de Presidente de los Estados Unidos de América en enero de 1981 y una de las empresas que más capital aportó a su campaña electoral fue la Wellcome Trust Corporation, multinacional que poco después patentaría el único tratamiento supuestamente eficaz contra el SIDA. Seis meses después de su elección fueron publicados los primeros casos, aunque meses antes todo el aparato mediático se había encargado de transmitir a la sociedad mundial a través de todo su sistema de comunicación de masas, la

idea de que el colectivo homosexual era una lacra social que había que aislar y suprimir. Esta idea de manipulación informativa global podría ser tenida en cuenta a la hora de reflexionar sobre los orígenes del SIDA, ya que los primeros casos documentados se desarrollaron en los Estados Unidos de América y no en África, como se insinúa en la actualidad. El momento era el más idóneo y sólo faltaba que, una vez inventado el síndrome, este rodara por sí sólo en la mente de la comunidad aprovechando la ignorancia que la mayoría de la población tenía y tiene acerca de los temas médicos, utilizando el miedo como arma principal y al poder mediático como vehículo.

Cualquier persona que en el año 1983 hubiera hecho una cronología del SIDA, no hubiera tenido más remedio que sospechar que alguien estaba muy interesado en agrupar de forma reiterada en todos los medios de comunicación del mundo estas dos palabras: GAY y ENFERMEDAD. Por lo demás, esta y otras técnicas de manipulación informativa han existido siempre y continúan practicándose en la actualidad no sólo en lo referente al SIDA sino también en lo que respecta a cualquier otro asunto que interese. Pero esto será tratado más profundamente en el capítulo 7, cuando analicemos las mil y una formas de

manipulación mental de masas que son utilizadas para hacer creer a la gente lo que no es.

No obstante y a pesar de mis dudas iniciales, me parecía una insensatez que sólo yo pudiera sospechar estas cuestiones y pronto comencé a pulsar la opinión de mis compañeros. En mi entorno más próximo, todo el mundo daba por sentado la veracidad del asunto. No sólo lo tenían asumido sin dudar sino que además todos los colegas consultados fruncían el ceño y me daban a entender muy sutilmente que dejara de manifestar mis teorías al respecto porque podría ser considerado inepto en el mejor de los casos o loco en el peor.

La actitud de mis colegas me irritaba sobremanera pero no por tener una opinión distinta a la mía, lo cual era y es muy saludable, sino porque ninguno de ellos sabía demostrar lo que con tanta seguridad, prepotencia y arrogancia creían. Y ante esta tesitura y la necesidad de comer todos los días, olvidé por un tiempo mis inquietudes y dudas sobre este suceso y continué viviendo, estudiando y trabajando como se suponía que debía hacerlo, pero con la íntima intranquilidad de que muchas cosas continuaban sin estar claras en lo referente al SIDA.



Algunos años después, cayó en mis manos un artículo del Dr. Kary B. Mullis, Premio Nóbel de Química en 1993, en el que como prefacio al libro del Dr. Peter H. Duesberg titulado “Inventing the AIDS virus”, ponía de manifiesto sus dudas acerca de la relación entre VIH y el SIDA. El Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos había patrocinado un estudio sobre los avances en el SIDA y encargó al Dr. Mullis a través del Laboratorio de Especialidades de Santa Mónica, la elaboración del mismo. Mullis cuenta cómo cuando terminó de escribir la declaración titulada: “*El VIH es la probable*

causa del SIDA”, se percató de que le faltaba lo principal para apoyar dicha declaración: La referencia científica. Cuenta sus infructuosos esfuerzos a lo largo de dos años por encontrar esa referencia científica y cuenta cómo, por fin, el mismísimo “codescubridor” del VIH, el Dr. Luc Montagnier, le daba la llamada por respuesta ante lo que era una simple y lógica pregunta: ¿Dónde está la referencia científica de que el VIH es la causa del SIDA? Obviamente no existía ni existe.

Y ante la lectura de este artículo, el cual se transcribe en parte, reverdecieron en mi interior aquellas dudas de los años ochenta y la agradable constatación de que no era la única persona que tenía muchas dudas acerca del SIDA:

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

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

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

Digo esto bastante alto como advertencia. Duesberg lo ha estado diciendo durante mucho tiempo”.

Fue entonces cuando me puse a buscar bibliografía, artículos, reseñas, entrevistas, opiniones y a escudriñar en todas partes con el objetivo de satisfacer mi curiosidad sobre este gran monstruo llamado SIDA.

Capítulo 2

¿INDUSTRIA FARMACÉUTICA O FARMAFIA?

“Del cáncer vive mucha más gente de los que morimos”

(Pintada en los muros del Hospital Villejuif de París)

Las multinacionales farmacéuticas son empresas privadas y por tanto sólo buscan un objetivo final: su propio beneficio económico. Y esta gran verdad suele ser excelentemente camuflada por supuestos proyectos “altruistas” y supuestos objetivos sanitarios encaminados a velar por la salud de la comunidad. No se paran ante nada ni tienen ningún tipo de moral. Si fueran desenmascarados, no tendrían más remedio que responder por muchos más crímenes que el más sanguinario criminal de guerra. Pero mueven tantos hilos que han logrado adulterar hasta la educación de los médicos, manipulando de forma sutil pero eficaz los esquemas educativos y planes de estudio de la mayoría de las principales facultades de medicina del mundo, educando a los médicos para que no se salgan de ciertos márgenes y, además, otorgándoles el poder necesario para que ejerzan de “policías científicos” e impidan que otros médicos sobrepasen los límites establecidos. El resultado final es de una simplicidad que asusta: más dinero para las multinacionales farmacéuticas a costa de la economía y la salud del mundo.

Poco tiempo después de concluir la licenciatura de Medicina y Cirugía en la Universidad de Sevilla, comencé a enfrentarme a la cruda realidad de la sanidad y rápidamente pude comprobar como esta no se parecía ni de lejos a los ideales de honestidad, transparencia y sentido común que me habían inculcado. Muy pronto pude percibir la sensación de desprotección cuando tenía que responder a las numerosas y frecuentes preguntas que los enfermos me hacían sobre temas de alimentación. A lo largo de mi carrera, jamás me había planteado esta cuestión sobre los alimentos a pesar de que mi plan de estudios era muy riguroso y mis conocimientos no eran escasos. No obstante, tenía la sensación de que no sabía lo suficiente sobre dietética, alimentación, vitaminas, etc. Pero lo peor era comprobar que este desconocimiento era compartido por la mayoría de mis colegas médicos.

Otro obstáculo encontrado en mis primeros pasos como médico consistía en mi total inexperiencia al recetar algún medicamento. Varios años de estudios para conocer el metabolismo celular, las mitocondrias, el ciclo de los ácidos tricarbónicos, todas las enfermedades, cada uno de los músculos del cuerpo humano y la Biblia en pastas pero no conocía a fondo aquello que debiera servir para practicar mi profesión a nivel social, como eran los nombres comerciales de las distintas especialidades farmacéuticas. Este hecho originaba en aquellos comienzos de mi práctica médica cotidiana, sucesos tan pueriles

como la necesidad de tener que consultar continuamente el Vademécum Internacional de Especialidades Farmacéuticas, lo cual producía la subsiguiente desconfianza del paciente.

Estos asuntos me desconcertaban sobremanera ya que era evidente que existía una desincronía entre lo que había aprendido en la Facultad de Medicina y lo que necesitaba para ejercer mi actividad profesional. Mientras era estudiante de medicina, nunca me planteé estas cuestiones y después, al comenzar mi andadura como médico, no encontraba una razón coherente que explicara las causas de estas dos “lagunas” educativas. Consideraba que ambos temas debían ser lo suficientemente importantes como para que se hubieran introducido como asignaturas independientes en el plan de estudios. Estimaba que sobraba tiempo en seis años de carrera universitaria como para que hubiera terminado con los suficientes conocimientos acerca de los temas alimenticios y nombres comerciales de medicamentos.

Respecto a la *laguna de la receta*, supuse que una posible explicación podría consistir en la imparcialidad y honestidad que la Facultad de Medicina debía tener al inculcar a los futuros médicos los nombres comerciales de las distintas especialidades farmacéuticas con el objeto de no condicionarnos a la hora de prescribir los fármacos y de esa forma no colaborar gratuitamente con la industria farmacéutica. Pero ese inocente razonamiento se desvaneció cuando, al comenzar a ejercer mi profesión, pude verificar cómo era literalmente asaltado por los representantes de los distintos laboratorios para presentarme las últimas y novedosas especialidades farmacéuticas. Comprendí entonces porqué no se les enseñaba a los estudiantes de medicina los nombres comerciales de los medicamentos: porque esa importante y lucrativa labor había sido usurpada a las facultades de medicina por las multinacionales farmacéuticas, las cuales tenían y tienen su propio sistema mediático de manipulación mental directa a través de los llamados informadores técnicos sanitarios, más comúnmente denominados como visitantes médicos.

Las técnicas utilizadas por este sistema iban y van desde la simple información de un determinado producto hasta el abono encubierto de grandes cantidades de dinero por recetar un fármaco concreto. A mitad de camino entre estos dos extremos se sitúan las invitaciones a congresos y cursos de formación o información con todos los gastos pagados, invitaciones a grandes restaurantes, viajes a otros países y regalos que van desde un simple bolígrafo, eso sí, siempre con la marca del medicamento bien visible, hasta lujosos equipos informáticos.

No hay duda de que estos visitantes médicos no son más que simples gregarios que intentan ganarse el pan con un trabajo digno y son tan víctimas, como los propios médicos, de una situación que ninguno de los dos colectivos ha elegido, pero no hay tampoco ninguna duda de que el colectivo de informadores técnicos sanitarios tiene en la actualidad un alto poder adquisitivo; incluso más que el poder adquisitivo de la mayoría de los médicos. Resulta muy curioso comprobar cómo las personas cuya única responsabilidad consiste en informar de un medicamento, cobran más por esta actividad que las personas que tienen la gran responsabilidad de prescribir ese medicamento a

una persona enferma. Que a nadie le sorprenda por tanto si en la, mundialmente famosa, feria de abril de Sevilla no encuentra la caseta del Real e Ilustre Colegio de Médicos: No existe. En cambio podría probar a tomarse unos finos, si puede acceder a la amplia y espléndida caseta de los Informadores Técnicos Sanitarios.



Para comprender la *laguna alimenticia* han tenido que transcurrir más de 25 años, precisamente cuando he indagado sobre algunos hechos históricos de la industria que produce los medicamentos que consumimos. ¿Sabía usted que más de dos tercios de los medicamentos que se venden en España son producidos por laboratorios cuya sede central se encuentra en Estados Unidos o Gran Bretaña?, ¿desconocía usted que el negocio de las multinacionales farmacéuticas a nivel mundial mueve más dinero que la industria armamentística? ¿Nadie le ha informado nunca de que las personas que manejan la industria farmacéutica son las mismas que manejan el negocio del petróleo? Es evidente entonces que los grandes acontecimientos mundiales están directamente relacionados con los acontecimientos de la industria farmacéutica. Sólo hay que repasar la historia para darse cuenta de ello.

Son bien conocidas las monstruosidades que realizó la IG. Farben a la población judía, gitana y rusa durante el tiempo de la Alemania nazi. Es obvio que esas monstruosidades no se terminaron con la conclusión de la II Guerra mundial sino que, por el contrario, continuaron produciéndose, a veces ni siquiera de una forma camuflada sino totalmente descarada.



En 1880 los farmacéuticos Henry Wellcome y Silas Burroughs crearon en Estados Unidos una fábrica de medicamentos a la que llamaron Burroughs-Wellcome, empresa que pasó a llamarse Wellcome Trust en 1936 al asociarse con el grupo Rockefeller, el cual ya controlaba la mayor parte del negocio petrolero del planeta. Entonces la Wellcome Trust convirtió la salud en un nuevo mercado, sólo que ahora, además de la venta de petróleo, el beneficio de esa inversión dependía de las patentes comerciales de los medicamentos fabricados. Así que los beneficios de esa nueva industria se usaron sistemáticamente para convertir la medicina en un negocio manejado por las compañías farmacéuticas. Y en sólo unas décadas la medicina pasó a estar controlada por el grupo Rockefeller a través de la influencia que ejercía en las escuelas o facultades de medicina, en los medios de comunicación y en el medio político.



Durante los años 30, los asuntos legales de la Wellcome Trust fueron llevados por la firma Sullivan y Comwell, uno de los bufetes de abogados más influyentes de Nueva York y uno de los pilares de la Rockefeller, como lo demuestra el hecho de que sus dos abogados, John Foster Dulles y Allen Dulles, acabaron como Secretario de Estado y director de

la CIA, respectivamente. Bien entrados los años cincuenta, la Wellcome Trust participó en la construcción del Complejo Universitario de Londres, el cual fue fundado por Rockefeller, influyendo así en la educación de los futuros médicos y científicos que salían de dicha Universidad. En los años setenta, David Rockefeller creó la Comisión Trilateral, una asociación formada por políticos, académicos y directivos de un grupo de empresas multinacionales entre las que ocupaba un destacado puesto la Wellcome Trust Corporation. En el año 1986 esta multinacional vendió un 25% de las acciones de la Wellcome Inc., sección de la Wellcome Trust dedicada a la fabricación de medicamentos, produciéndose así un cambio hacia posiciones aún más mercantilistas.



LA VIDA POR DELANTE



Es preocupante conocer que la Standard Oil Company (hoy Exxon Mobil), compañía petrolera norteamericana controlada por la familia Rockefeller, era la mayor accionista de la IG. Farben, el mayor cártel europeo petroquímico y farmacéutico de los años 30 y 40 y que esta, a su vez, fue la que financió con 400.000 marcos alemanes la toma de poder de Adolf Hitler. El Tribunal de Guerra de Nüremberg declaró que la II Guerra Mundial no hubiera sido posible sin ese cártel petroquímico y condenó a 22 ejecutivos de esta empresa. El Fiscal General, Telford Taylor, afirmó en su discurso de apertura:

“La acusación culpa a estos hombres, que tienen una responsabilidad adulta, de haber provocado a la humanidad la guerra más devastadora y catastrófica de toda su historia. Asimismo, les acusa de venta masiva, esclavitud, pillaje y asesinato. Estos ejecutivos empresariales inculpados, y no los perturbados nazis, son los principales criminales de guerra. Si sus crímenes no salen a la luz y no se les condena, cometerán crímenes aún mayores en el futuro, que ni siquiera Hitler habría cometido”



Como resultado de sus conclusiones, la IG Farben fue desglosada en tres empresas (Bayer, BASF y Hoechst) que en la actualidad son mucho más grandes y poderosas que en su momento lo fue su empresa matriz.

Al concluir la II Guerra Mundial, Nelson Rockefeller fue declarado por un juez federal de USA “traidor de los Estados Unidos” y fue esto lo que le indujo a persuadir a las naciones sudamericanas para que votasen a favor de la creación del Estado de Israel con el único objetivo de desviar la atención por haber apoyado a los nazis, según asegura John Loftus, investigador oficial de los crímenes nazis.

Asombra conocer que John D. Rockefeller se unió a Prescott Bush (abuelo de George W. Bush), así como a la familia real inglesa, para financiar las iniciativas de "mejora de la raza" que dieron origen a los programas *eugénicos* de Adolf Hitler. Estremece saber que tanto la sede de las Naciones Unidas (ONU) en New York como la Facultad de Medicina de Londres fueron costeadas precisamente por la familia Rockefeller. Pero lo que verdaderamente aterra es conocer que en la actualidad, la familia Rockefeller, la Fundación Rockefeller, las Naciones Unidas y la OMS son los responsables de *programas demográficos* destinados a reducir la población mundial a un nivel juzgado como "más aceptable". Efectivamente, el Foreign Affairs, un periódico político publicado por el CFR (Consejo de Relaciones Extranjeras), dirigido por David Rockefeller, publicó una noticia en la cual se comentaba que "*el objetivo sería reducir en un 50 % la población de Estados Unidos*"

En los Estados Unidos, la investigación científica oficial está controlada por dos grandes pilares: El Instituto Nacional de la Salud (NIH) y el Servicio de Salud Pública a través del CDC (Centros de Control de Enfermedades). Ambas instituciones son dirigidas curiosamente por virólogos.

El NIH fue fundado en 1887 como un laboratorio médico y actualmente depende de la marina de los Estados Unidos. En los años 30 se creó la primera división especializada del NIH: el Instituto Nacional del Cáncer. En 1955, James Shannon asumió la dirección de los NIH y un año después se incrementaba considerablemente su presupuesto en la lucha contra la poliomielitis, formándose entonces los virólogos contra la polio. Pero como esta enfermedad no era lo suficientemente lucrativa, poco después asumieron la lucha contra el cáncer, formándose virólogos como Howard Temim y Robert Gallo. En 1962 los NIH iniciaron la búsqueda del origen vírico del cáncer con presupuestos astronómicos, pero sin ningún resultado práctico, debido a lo cual estos virólogos decidieron adecuar la realidad de la enfermedad a los intereses de su línea de investigación, inventando la noción de virus lentos o retrovirus. Con esta línea de investigación, Carlton Guidachek recibió el Premio Nóbel en 1976 por lo cual los NIH pudieron seguir investigando sobre cualquier enfermedad, adaptándola siempre a la hipótesis vírica.

El otro pilar de la administración sanitaria de los Estados Unidos son los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) cuyo origen data de los años 40 del pasado siglo, cuando un grupo de activistas públicos intentaron controlar la malaria durante la II Guerra Mundial creando así el Centro de Enfermedades Transmisibles. Los CDC empezaron tres programas destinados a hacer creer a la población el origen infeccioso y contagioso de todas las enfermedades. En uno de estos programas, se creó hacia el año 1950, el Servicio de Inteligencia para Epidemias (EIS) el cual participó activamente en la propaganda informativa para hacer creer a la gente el origen infeccioso de la leucemia y el origen vírico de la gripe porcina en los años sesenta y la enfermedad del legionario en los setenta. El EIS estuvo muy implicado en la identificación de los primeros casos de SIDA, impulsando siempre la enfermedad hacia la hipótesis vírica. Los CDC tienen otro programa, llamado

“Programa de Asociaciones”, consistente en subvencionar a asociaciones para “educar” a la población en la línea vírica, entre ellas, asociaciones sanitarias y de hemofílicos.

"Científicos cobran de las farmacéuticas por firmar artículos que no han escrito. Textos redactados por 'negros' se publican en prestigiosas revistas británicas y estadounidenses". Este era uno de los titulares del rotativo The Guardian a principios del año 2000. Efectivamente, no pocos científicos aceptan de las empresas farmacéuticas cuantiosas sumas de dinero a cambio de poner sus nombres en las principales revistas médicas en artículos que no han escrito, en los cuales se recomiendan nuevos medicamentos. Los autores reales de estos artículos son “negros” financiados por las empresas farmacéuticas interesadas en la venta de un determinado fármaco. Fuller Torry, director de la *Fundación Stanley para Programas de Investigación* con sede en Bethesda, Maryland (USA), declaraba al respecto: *"Muchos creemos que el actual sistema sanitario se aproxima a algo que podríamos denominar prostitución profesional de alto nivel."* Un ejemplo muy ilustrativo de este hecho lo constituye un informe interno de los Laboratorios Bell en USA, en el cual el científico alemán Jan Hendrik Schön se inventó los datos de, al menos, 17 experimentos publicados en las prestigiosas revistas científicas Science y Nature, para convertirlos en éxito y así atraer la atención mundial. Schön, además de ganar varios premios, fue propuesto como director del Instituto Max Planck de Stuttgart (Alemania) y en opinión de algunos colegas, hubiera podido ser candidato al Nóbel de Física de no ser descubierto.

Emilio Méndez, catedrático de la Universidad del Estado de Nueva York, publicaba en el diario El País, también a principios de este siglo un artículo titulado *“Las sombras de un escándalo científico”* en el que se relataba cómo los científicos habían dejado de ser científicos para convertirse en simples piezas de un tablero de ajedrez manipulados por los administradores del dinero. En ese mismo diario se publicaba también por aquellas fechas la siguiente noticia: *“La psicosis de gripe permite a dos laboratorios recuperar su inversión”*, haciendo referencia a Roche y a Glaxo, dos laboratorios que estaban inmersos en una costosa e intensa campaña de marketing en la que habían invertido miles de millones de dólares en todo el mundo. Obviamente, la incidencia de la gripe por aquel tiempo no era mayor que en los años precedentes, pero la propaganda de estos laboratorios secundada por todos los medios de comunicación, consiguió que miles de personas en todo el mundo se precipitaran a las farmacias a comprar antigripales.

El Ministerio de Sanidad español tenía creadas a comienzos del año 2000 cinco fundaciones de investigación financiadas con el dinero de las principales multinacionales farmacéuticas. Entre estas fundaciones destaca la FIPSE (Fundación para la Investigación y la Prevención del SIDA en España), la cual se financia gracias a las aportaciones de cinco laboratorios farmacéuticos privados (Abbot, Boehringer, Bristol-Myers, Glaxo-Wellcome y Roche). Todas ellas comercializan fármacos contra el SIDA y aportan a la fundación más de 4 millones de euros anuales. ¿Alguien puede dudar de que las investigaciones y los medicamentos aprobados por el Ministerio de Sanidad de España jamás vayan a ser contrarios a los intereses de tan generosos socios?

Estas multinacionales del terror sanitario conocen bien que para conseguir ingresos continuos y permanentes a través de la venta de sus medicamentos no es suficiente con la comercialización de fármacos que curen realmente, ya que un enfermo que se cura es un enfermo que deja de comprar medicamentos. Por tanto, potencian la comercialización y venta de fármacos que han de ser consumidos a diario y de por vida. Miguel de Vicente, Profesor de investigación del CNB, comenta al respecto que los antibióticos son medicinas muy malas para los intereses de los laboratorios ya que tienen la indeseada propiedad de curar, por lo que un paciente a quien se le prescriben deja de comprarlos al cabo del tiempo; generalmente, porque se cura o porque desgraciadamente fallece. Pero no ocurre lo mismo con los antihipertensivos, antiasmáticos, anticancerosos, antidepresivos y muchos antivirales que son medicamentos "de consumo" pues el paciente ha de adquirirlos casi como quien compra el pan, convirtiéndose en una fuente de ingresos continua para el fabricante.

Según un estudio realizado en los Estados Unidos a comienzos de 2001, en el año 2000 las compañías farmacéuticas gastaron 15.700 millones de dólares en promoción, 1.800 millones más que el año anterior. De aquella cantidad, se destinaron más de 7.200 millones de dólares a la fabricación de productos de muestra, 2.500 millones de dólares en publicidad dirigida a la población general y cerca de 500 millones de dólares en publicaciones científicas. Por ejemplo, Merck gastó 161 millones de dólares en publicidad de *Vioxx*, o sea más de lo que gastó Pepsico en publicidad de *Pepsi* (125 millones) y más de lo que Anheuser-Busch gastó en publicidad de *Budweiser* (146 millones).

La *AMA (Asociación Médica Norteamericana)* genera 20 millones de dólares en ingresos anuales vendiendo a la industria farmacéutica información detallada personal y profesional de todos los médicos que ejercen en los Estados Unidos. En España las cifras son aún más escandalosas y las circunstancias patéticas, ya que las oficinas de farmacias suministran a las multinacionales farmacéuticas información continua, permanente y actualizada acerca de la cantidad de ventas de medicamentos, nombre del mismo y médico que lo ha prescrito a pesar de ser conscientes de que el suministro de esta información es ilegal. Todo ello con la complicidad de la Agencia de Protección de Datos, la cual en vez de velar por la seguridad y protección de los mismos, ha sido creada en origen por el Gobierno para ejercer de distribuidor de la información, facilitando el acceso a la misma a las grandes compañías farmacéuticas y prohibiendo dicho acceso a las entidades que no les interesan.

Tras conocer estos datos, no hay más remedio de pensar que tanto los médicos en particular como todo el abnegado personal sanitario en general, que día a día intentan paliar la enfermedad de sus semejantes, están a merced de una administración estatal que se ha convertido, por iniciativa propia y de forma totalmente premeditada e interesada, en rehén de las multinacionales farmacéuticas privadas y que estas, a su vez, están controladas por personas a las cuales les trae sin cuidado la salud del mundo y sólo les importan los

beneficios económicos que generen sus múltiples empresas entre las que se encuentran las farmacéuticas.

Así que aquella segunda duda que tenía al término de mi carrera con respecto a los temas alimenticios ha quedado desgraciadamente desvelada por el conocimiento de que a las grandes multinacionales del horror farmacéutico, que son las que manejan el gran y lucrativo comercio sanitario, no les interesa potenciar las terapias naturales ya que estas no son patentables y, por lo tanto, no producen beneficios. Pero a partir del año 1999 la industria de inversión de mayor envergadura del planeta comenzó a ser desenmascarada como un negocio fraudulento. Las acciones populares contra muchas empresas farmacéuticas por la responsabilidad civil de sus productos, el uso de terapias naturales no patentables y la pérdida de credibilidad de toda la industria farmacéutica por sus altas tasas de patentes hicieron que los beneficios descendieran a niveles alarmantes. Y para que esto no continuara sucediendo, se hacía urgente la instauración de leyes proteccionistas a nivel mundial con el objeto de continuar ocultando los delitos cometidos y fortalecer el control del “negocio de inversión en las enfermedades” sobre la salud de las personas. Pero estas leyes proteccionistas a gran escala implicaban la restricción de los derechos civiles y otras medidas drásticas, que no podían ponerse en práctica en épocas de paz.

George Bush fue elegido Presidente de los Estados Unidos con el gran apoyo financiero de las empresas que controlaba el grupo Rockefeller, de forma que, gracias a su elección, este grupo consiguió el acceso directo a la Casa Blanca y al Pentágono, así como a las decisiones políticas allí adoptadas. Algo similar ocurrió en Gran Bretaña con el grupo Rothschild y su apoyo financiero a Tony Blair. No es casualidad, por tanto, que las dos naciones líderes en la exportación de productos farmacéuticos, USA y Gran Bretaña, encabezaran la actual crisis internacional.

Capítulo 3

LA MANIPULACIÓN INFORMATIVA

“Ninguna prueba, ninguna rectificación ni desmentido puede anular el efecto de una publicidad bien hecha”

(H.Alexander Von Keyserling)

Este capítulo debiera constituir la piedra angular de este epítome pues lo que se intenta mostrar, que no demostrar, no es sólo que el SIDA sea una entidad clínica concebida por un grupo de potentados con intereses demográficos y comerciales, sino también las innumerables formas que tiene esa muy selecta minoría para influenciar a los medios de comunicación y, a través de ellos, manipular el razonamiento humano condicionando la opinión de la gente, científicos incluidos, para que este asunto aparente ser lo que a ellos les interesa.



Noam Chomsky, profesor emérito de Lingüística del Instituto Tecnológico de Massachussets, un socialista libertario, como él mismo se define, postulaba lo siguiente acerca del arte de orquestar un debate limitado:

“La forma más inteligente de mantener a la gente pasiva y obediente es limitar estrictamente el espectro de la opinión que resulta aceptable, pero permitir un debate realista dentro de este espectro, animando incluso a quienes sostienen los puntos de vista más críticos y disidentes. Esto da a la gente la sensación de que está funcionando el libre pensamiento, mientras que en realidad, y durante todo el tiempo, los supuestos del Sistema están siendo reforzados dentro de los límites entre los que se mueve el debate”.

Lo que está sucediendo en todo el mundo occidental no es producto de una simple moda coyuntural ni se debe a unos patrones aleatorios de conducta. Es un plan ideado hace mucho tiempo por unos cuantos clanes para tener, mantener y perpetuar el control de todo el mundo. Consiste en toda una tesis científica encaminada a dirigir las mentes de las personas ya desde su nacimiento a través de unos patrones de conducta establecidos y manejados por

un sistema educativo que ellos han diseñado con gran destreza. Es indudable que los planes educativos adoptados por las distintas escuelas, aunque necesarios, no son suficientes por sí solos para la ejecución de este proyecto; los progenitores, inconscientes de su papel, también forman parte muy importante de este plan ya que ellos también fueron víctimas de la misma manipulación. Es por ello que el sistema se perpetúa con una insignificante probabilidad de ser destruido, consiguiendo cambios sociales concretos, al tiempo que se logra el objetivo de que todo continúe invariable.

Son verdaderas armas de destrucción masiva silenciosas. No matan, pero anulan la capacidad del ser humano de reflexionar sobre cuestiones vitales y buscar la auténtica realidad. Están encaminadas a hacer creer a las personas que son libres y que pueden elegir, sólo que dentro de unos márgenes que estos clanes han establecido previamente. Márgenes siempre situados en la mentira que supone el capital y el consumismo. No hay más elección que la de permanecer dentro de esta gran mentira, pero dentro de ella se puede optar por lo que se desee, siempre que se disponga de dinero o siempre que las personas sean como ellos quieren, es decir, alguien que consume, que compra, que paga impuestos: un esclavo que malgasta su vida en trabajar para consumir cosas que realmente no necesita y de esta forma engordar las arcas de estos clanes.

Anulan a las personas poniéndoles ante sus ojos a través del poder mediático un mundo distorsionado, manipulando las noticias, adulterando las palabras, diciendo verdades a medias, dirigiendo las estadísticas y no dudando en utilizar todas las artes de seducción para tener y mantener a todo el mundo dentro de los márgenes trazados. Con esto se consigue narcotizar a la población, anular la capacidad de una verdadera crítica, atontar al mundo, insensibilizarlo, adormecerlo mientras ellos permanecen alerta dominándolo todo y sintiéndose poderosos controladores. Y si algún individuo de la comunidad, científico o no, se atreve a salir de esta maquinaria diabólicamente diseñada, no dudan en eliminarlo socialmente, cortando sus subvenciones o simplemente induciendo al resto de necios para que se conjuren contra él. Aunque si al supuesto “disidente” se le sospecha la capacidad de contagiar a otros con sus ideas, no les tiembla el pulso a la hora de eliminarlo físicamente. No obstante, si por una muy improbable casualidad, todo este macabro sistema falla, además disponen de los medios disuasivos necesarios en forma de tanques, misiles, bombas atómicas y todo un ejército de personas robot, también conocidos como policías ó militares, que convencerían a través de sus armas a la persona más escéptica.

¿Nunca has reflexionado cuando estás en la intimidad que en el mundo hay algo que no termina de cuadrar? Como hace miles de años, siguen existiendo guerras, pobreza, hambre, envidia, egoísmos, miedo. Se supone que hemos llegado a la luna y, sin embargo, no hemos conseguido llegar al fondo de nosotros mismos. Por más cosas que poseas, no te sientes feliz, siempre falta algo, siempre falla algo; no lo percibes, pero lo notas. Hasta te convencen de que la felicidad no existe o que consiste en una especie de alucinación momentánea. ¿No es esto un índice de que, por más que creamos que la humanidad evoluciona, esta se encuentra siempre en el mismo sitio? Te hacen creer que el mundo progresa porque te cuentan que el genoma humano está

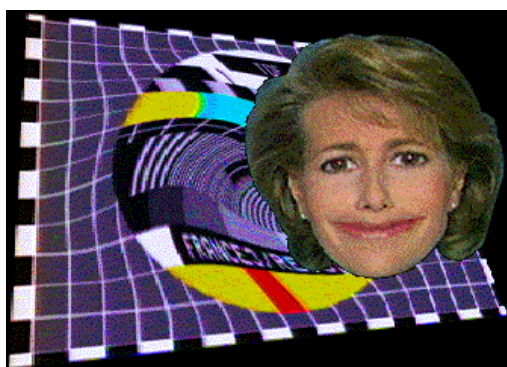
siendo descodificado, pero al mismo tiempo notas que hay personas como tu en tu misma ciudad que se mueren de frío mientras duermen entre cartones en una estación de metro.

Y el Sistema Sanitario no sólo no escapa a esta gran mentira sino que, por el contrario, forma parte sustancial de ella. Acomodado en uno de los niveles más altos de la pirámide de poder, las multinacionales farmacéuticas no dudan en inducir a la población la perpetuación de la sensación de miedo. El axioma es simple: a más miedo, más enfermos; a más enfermos, más venta de medicamentos; a más ventas de medicamentos, más ingresos; a más ingresos, más poder; a más poder, más capacidad para continuar induciendo miedo. Se desarrolla así un mecanismo de retroalimentación positiva o de feed-back que logra perpetuar este sistema sin apenas necesidad de mantenimiento.

Pero este sistema de mentiras globales no se ciñe sólo al gran público general carente de conocimientos científicos sino que va mucho más allá y se destina con mucho más ahínco al reducido y selecto grupo de personas de cultura universitaria, científicos y políticos. Ha sido tema tratado en profundidad por Federico Di Trocchio, autor del libro “Las mentiras de la ciencia”, en el cual define la “*engañología*” cómo la ciencia que enseña a los científicos la forma de engañar a otros científicos para que estos, a su vez, convencan a los periodistas, quienes finalmente se encargan de seducir a las masas. Di Trocchio desglosa la “*engañología*” en dos partes bien diferenciadas pero complementarias: una burocrática y otra técnica.

La parte burocrática enseña a confeccionar proyectos de investigaciones e informes serios y convincentes que puedan presentarse a los comités de financiación para que resulten autorizados. Incluye una sección que explica a los falsificadores más ambiciosos de qué forma pueden implicar a los organismos político-administrativos hasta lograr transformar en asuntos de Estado las disputas entre científicos.

Pero el verdadero núcleo de la *engañología* es la parte técnica mediante el uso de trucos bibliográficos que van desde la publicación en muchas revistas del mismo artículo con distinto título, hasta el plagio descarado pasando por la divulgación de datos inventados, técnica que permite publicar mucho en poco tiempo y con poco esfuerzo. Existe además el robo de ideas, el robo de material, el robo de experimentación y la sustracción de tablas, cuadros y fotografías. Es fundamental la violación del protocolo y de los registros, que no



son de gran ayuda si no están acompañados por ese toque de prestidigitador que permite orientar el experimento hacia donde se desea. O de la posibilidad de recurrir, en caso de necesidad, al fraude en sí mismo, falseando una prueba o manipulando los materiales de experimentación. Existe también una técnica para descubrir cosas y efectos que no existen. Y otra que enseña la forma

para reivindicar la primacía de un descubrimiento que otros llevaron a cabo antes. Finalmente, es fundamental el profundo conocimiento de los trucos estadísticos, que proporcionan la posibilidad de hacer que los cálculos se correspondan siempre y de mantener con rigor matemático la idea de la fantasía que el falsificador debe poseer como requisito esencial.

Propongo al lector un juego, un simple ejercicio mental que estimo no le supondrá esfuerzo realizar y que puede ejercitar cuando desee: A partir de ahora, cuando escuche la palabra “*internet*” en cualquier medio de comunicación, percátese de que siempre,... y digo bien, SIEMPRE, a continuación o muy pocos párrafos antes o después mencionan alguna palabra negativa, por ejemplo: terrorismo, basura, muerte, desinformación, pornografía infantil, hambre, enfermedad, piratería, pena, etc. Se trata de una antigua **técnica de contaminación mental** basada en relacionar de forma inconsciente dos palabras: una es el objeto de la manipulación y otra es cualitativa. De esta forma se consigue modificar y dirigir poco a poco la opinión de la gente acerca de un concepto concreto. Esta modificación puede ser positiva o negativa, dependiendo del interés que tenga el poder de ensalzar o desprestigiar algo. En el caso de Internet está claro que a los gobiernos no les interesa la divulgación del libre pensamiento a través de la red y la consideran un gran monstruo que puede quitarles su cuota de poder basado en la manipulación. Por tanto, no dudan en aplicar de forma premeditada y sistemática esta y otras técnicas hasta conseguir mentalizar lenta pero inexorablemente a todos de que internet es algo que hay que controlar para evitar daños mayores. Será entonces cuando la gente, no sólo no se queje de ese control sino que por el contrario lo considere muy necesario. En ese momento lograrán dominar, capar, censurar, amordazar a la red y hacerla lo que ellos quieren que sea: otro medio más de manipulación de masas.



Por otro lado, existe la técnica de la **Información desestructurada**. Es conocido por los psicólogos que la memorización de la información se realiza mejor cuando esta se presenta de forma estructurada y jerarquizada. La estructuración y la jerarquización de la información son principios de base estudiados por los estudiantes de periodismo. No obstante, desde hace tiempo, los telediarios de todo el mundo realizan exactamente todo lo contrario, encadenando en el desorden temas heterogéneos y de desigual importancia como si el objetivo que persiguieran fuera obtener la peor memorización posible de las informaciones, produciendo así una población amnésica y, por tanto, más fácil de manipular. Aplicando esta técnica con maestría se puede realizar todo lo contrario, es decir, encadenar dos informaciones que no tienen nada en común pero cuya relación interesa hacerlas aparecer en un determinado orden.

¡Y qué decir sobre el **principio de predeterminación**! Quien haya visto la película *Minority Report* lo entenderá perfectamente, pero es posible

que ignore que ese mismo principio de predeterminación está siendo utilizado en la actualidad por los gobiernos para tener la posibilidad de culpabilizar a cualquier persona según les interese. Esta técnica utiliza, entre otras cosas, la manipulación dialéctica de la estadística. No la altera; no pueden hacerlo; si lo hicieran, serían descubiertos. Lo que hacen es manipularla dialécticamente para hacer que parezca lo que ellos quieren que parezca y no lo que realmente es. Un ejemplo real y muy típico es la noticia de que *“el 34% de las víctimas de accidentes mortales de tráfico no llevaban puesto el cinturón de seguridad.”* Esto significa simplemente que el 66% de las víctimas de accidentes mortales de tráfico, sí lo llevaban puesto. Quieren hacer que parezca que quien no usa el cinturón de seguridad tiene más probabilidad de morir que quien lo usa, cuando en realidad la estadística no es significativa. Por lo tanto, se penaliza a quien no usa el cinturón, no por lo que ha hecho sino por lo que le puede ocurrir si no lo hace. ¿Sería rizar el rizo si manifiesto que según la estadística, insisto, real, contada en un telediario reciente, si se expone de forma inversa aunque igualmente cierta, su significado sería precisamente el opuesto?: *“El 66% de las víctimas de accidentes mortales de tráfico llevaban puesto el cinturón de seguridad.”* Por tanto, según esta noticia, es más probable morir con el cinturón puesto.

“Is for your protection” (Es para su protección) es una técnica que suele tener muy buenos resultados para ejercer el control en la población. Esta técnica es permanentemente utilizada por el Ministerio del Interior español a través de la Dirección General de Tráfico, el cual suele aplicarlo con destreza a la hora de diseñar normas de circulación que cumplan con un doble objetivo: uno muy evidente pero poco importante consistente en recaudar el máximo dinero posible a través de las multas. Otro, mucho más solapado pero de una gran trascendencia porque consiste en inculcar a todos los conductores la sensación de que, hagan lo que hagan, siempre habrá una norma que pueda inculparles y, por lo tanto, el conductor siempre tendrá la sensación de estar haciendo algo al margen de la Ley, con lo cual se ejercita la sensación de MIEDO y en consecuencia, el control. Sin embargo, el Gobierno las publicita a través de todos los noticiarios, como normas que son buenas para el conductor, normas que sólo pretenden velar por la vida, la seguridad y la salud del conductor, normas que se aplican sólo para la protección del conductor. Como ejemplos podríamos citar la obligatoriedad de llevar casco en las motocicletas o de utilizar el cinturón de seguridad en los vehículos, entre otros. Nadie se queja de estas normas a pesar de la obviedad que supone la siguiente reflexión: *“Lo que me beneficia, si realmente me beneficia, carece de sentido hacerlo obligatorio puesto que me beneficia.”* O dicho de otro modo: *¿qué sentido tiene obligarme a hacer algo que me beneficia? ¿No sería mucho más lógico que se me informara sobre su utilidad y en consecuencia se me permitiera elegir libremente en mi propio beneficio? O dicho más contundentemente: “comer langosta me beneficia, pero jamás entendería que fuera obligatorio comer langosta porque me beneficia”.* Todos sabemos que fumar es muy perjudicial. En mi adolescencia, era mi padre el que me lo prohibía. Ahora que soy adulto, es el gobierno el que me lo prohíbe. *“Permítanme al menos administrar mis propias miserias”*, dijo alguien de cuyo nombre no quiero acordarme.

Estimo que los usuarios de las carreteras constituyen un gran banco de pruebas para calibrar el grado de reacción de la población ante la aplicación de normas que atentan frontalmente contra la libertad individual y la intimidad de las personas. Sirve de termómetro y analiza el grado de anestesia social o insensibilidad de la gente ante estas normas. De forma que si el número de personas que protestan resulta “controlable” pueden continuar diseñando leyes cada vez más restrictivas y que atenten más contra la intimidad hasta lograr lo que realmente quieren: el control total de todos los individuos.

No hace mucho, un programa de radio captó mi atención precisamente porque trataban el tema de la manipulación informativa. Era una curiosa casualidad que, mientras recavaba información para la elaboración de este capítulo, escuchara hablar de la manipulación informativa en un medio de comunicación por primera vez en mi vida, aunque fuera en una emisora de radio local a las 2 de la madrugada. Los distintos argumentos expuestos de los contertulios se asemejaban bastante a los aquí mencionados; algunos eran idénticos y otros diferían sólo en su forma. Pero pronto pude darme cuenta de que ese espacio radiofónico que desvelaba estas técnicas no estaba haciendo más que aplicar otra técnica más de manipulación: **la técnica de la vacuna**. Efectivamente, mientras los contertulios hacían todo un alegato filosófico acerca de la continua distorsión de las noticias, se intercalaban algunas ideas políticas de ultra izquierda, comentarios de fanatismo religioso, menciones al fenómeno OVNI e ideas delirantes de invasiones alienígenas y de habitantes subterráneos de nuestro planeta.

Tenía ante mí, sin buscarlo, un ejemplo típico de manipulación informativa basada en la técnica de la vacuna. Esta técnica se utiliza cuando una falacia es ya tan evidente a nivel popular que hay que comenzar a divulgarla, eso sí, en medios minoritarios, a una hora de poca audiencia y mediante personajes esperpénticos. Se aplica así la noticia en pequeñas dosis a núcleos restringidos de población, mezclando esa gran verdad con argumentos ilógicos, falsos, fanáticos, políticos, religiosos y absurdos. Con esta mezcla se consigue hacer creer al espectador que la gran verdad descubierta forma parte del pensamiento de unos fanáticos y, por tanto, se refuerza el pensamiento de que no es más que parte de las ideas delirantes de cuatro idealistas, locos o marginados. Ya no son escondidas porque son tan evidentes que no pueden hacerlo, pero se procura que las expongan personas fundamentalistas politizándolas o adulterándolas. El objetivo final es minimizar las consecuencias sociales que se derivarían del conocimiento de la gente de esa gran verdad.



Nos hacen creer que existe libertad de expresión y libertad informativa porque nos hacen pensar que los medios informativos son heterogéneos pero nada más lejos de la realidad. Si analizamos las noticias que las distintas televisiones emiten en cualquier telediario o informativo, comprobaremos que son las mismas noticias, incluso en el mismo orden,

con las mismas palabras y con las mismas imágenes. Cambia, eso sí, los presentadores, los colores de fondo, algunas formas y, a veces, el énfasis que le dan a una u otra noticia, pero en esencia, todas las noticias de todos los telediarios de todas las emisoras de televisión son las mismas. Y esto no es sólo una impresión personal basada en una observación aleatoria, sino que está fundamentado en el Informe AIDEKA, un estudio comparativo de los informativos de TVE, Antena 3 y Tele5, realizado a finales del año 2005 y cuyas principales conclusiones finales fueron:

1. De entre los temas que preocupan al ciudadano según encuesta del CIS, las tres cadenas de televisión dedican un porcentaje muy significativo de su tiempo a noticias relacionadas con el 11M, terrorismo/seguridad y delitos comunes. Es decir, noticias que tienen connotaciones violentas y tienden a producir un cierto grado de alarma social.
2. Los temas sociales que más afectan a los ciudadanos, según encuesta del CIS (el paro, la vivienda ó la inmigración), son prácticamente ignorados en los informativos analizados. Los sindicatos tuvieron 10 veces menos tiempo de intervención que los empresarios.
3. No sólo los informativos ofrecen muy escasa información a cerca de los temas que más preocupan a los ciudadanos, sino que además sus testimonios no se utilizan en las noticias como una forma de participación social, sino como un medio para ilustrar cuestiones diversas.
4. Las declaraciones de los políticos en los tres informativos analizados tienen un tratamiento casi autorreferencial, dejando en un segundo plano los problemas y preocupaciones de los ciudadanos, según el CIS.
5. Los temas de ocio y entretenimiento, especialmente los deportes, ocupan una gran cantidad de espacio en los informativos analizados.

La causa principal de esta sospechosa sincronía informativa entre los distintos medios de comunicación hay que buscarla en el hecho incuestionable de que, aunque parezca que son muchos y por tanto heterogéneos, en realidad son sólo unas pocas corporaciones las que dominan el mercado audiovisual a nivel mundial y estas, a su vez, tienen otros intereses al margen de la información. Como ejemplo ilustrativo nos sobra con tirar del hilo de la siguiente madeja: En junio de 2002, Rupert Murdoch, magnate de la comunicación tras el que se encuentra el grupo News Corporation, compraba la plataforma digital italiana Stream al grupo Vivendi. Meses antes la Fox News, también de News Corporation, superaba en audiencia a la CNN, del conglomerado América On Line-Time Warner. Vivendi es, además de un grupo de comunicación, una empresa dedicada al suministro de agua, pero llega hasta España gracias a Canal Plus, donde curiosamente existe el canal

CNN Plus, derivación española del canal estadounidense que, como hemos visto, está en manos de AOL-Time Warner. Y desde CNN Plus llegamos hasta el grupo Prisa, grupo español que, por ejemplo, también tiene intereses en México, donde llega con Santillana, *El País Internacional* y Radiópolis.

Existen muchas más técnicas de manipulación informativas. Técnicas que van desde la mentira pura y dura hasta la manera de colocar una determinada cámara de TV para que no se le vea la calva o la verruga a según qué personaje. Desde la famosa *técnica de la cortina de humo o distracción*, consistente en desviar la atención de la gente hacia informaciones poco importantes para esconder las que verdaderamente importan; hasta la técnica del “*problema-solución*” consistente en crear un problema para después solucionarlo y aumentar así la confianza de la población. O *la estrategia de la degradación*, que consiste en aplicar una ley brutal de forma gradual para ir acostumbrando lentamente a la población. O *la estrategia del diferido*, que consiste en presentar una decisión política como necesaria aunque dolorosa. O la estrategia de hablar al público como a niños, para así hacer pensar de forma inconsciente en la paternidad de la idea. Utilizar el aspecto emocional más que el reflexivo. Inculcar en las personas el sentimiento de culpabilidad y un largo etcétera que por su extensión y complejidad no es objeto específico de esta publicación.

Todas estas técnicas de manipulación informativa y muchas otras van encaminadas a dirigir la opinión pública en el sentido que un determinado poder quiere, para despojarla de toda crítica, hacerla dócil y mantenerla dentro de los márgenes establecidos por ese poder de acuerdo con sus intereses, casi siempre económicos. Una prueba muy evidente de que estos tipos de estrategias informativas han cumplido ya su función de anestesiarse y adormecer a la población es la muy escasa reacción popular ante una de las escenas más patéticas que han podido publicarse en cualquier medio de comunicación. Me refiero a la película *Fahrenheit 9/11* de Michael Moore y la famosa escena en la cual el Presidente Bush es informado de que los Estados Unidos de América estaban siendo atacados en aquel preciso momento. Si esa escena está



manipulada y por tanto es falsa, Michael Moore debería haber sido juzgado y condenado por falsear la información y difamar nada menos que al Presidente de los Estados Unidos. Si esa escena es cierta, Bush debería haber dimitido y ser juzgado por ineptitud. Pues bien, no sólo no se ha producido ni una cosa ni la otra sino que además Bush logró ganar las siguientes elecciones y gobernar cuatro años más. Pero, por si todo esto fuera poco y rebasando los límites de la seriedad para adentrarnos en el sarcasmo más nauseabundo, el Presidente Bush reconoció recientemente que no existían armas de destrucción masiva en Irak, por tanto, estaba reconociendo que la causa fundamental esgrimida para que hayan muerto más de 50.000 personas en una guerra, era errónea. Es decir, por un “error” han muerto más de 50.000 personas. Lo patético es que no ocurra nada después de conocerse este hecho, que el mundo siga mirando hacia otro lado y que la población mundial con sus respectivos gobiernos ignore esta situación. ¿No es esto una prueba de que el mundo está ya más que insensibilizado?

¿Que cual es la relación entre la manipulación informativa y el SIDA? Si aún no lo ha entendido, mejor que deje de leer este libro. Le será mucho más fácil y cómodo permanecer en la gran mentira y además tendrá que pensar mucho menos. Seguirá creyendo que la “opinión pública” es lo que dice la televisión y para usted la vida seguirá siendo exactamente como usted mismo ha elegido distorsionarla o, lo que es aún peor, como los que han manipulado su capacidad de raciocinio han querido que la manipule.

El único medio de información en todo el mundo que se atrevió a establecer un debate aséptico sobre el SIDA fue Diario-16, el cual publicó a finales de los años noventa del pasado siglo, entre editoriales y artículos, casi 70 páginas que cuestionaban la hipótesis vírica. Diario-16 fue clausurado por supuestas causas administrativas el 7 de noviembre de 2001, es decir, dos meses después del terrible atentado al World Trade Center de Nueva York. ¿Casualidad o causalidad? Sobran más comentarios.

Existen innumerables ejemplos de manipulación informativa cuando se trata de informar sobre el SIDA. Silenciar de forma sistemática los acontecimientos y opiniones de científicos muy cualificados que no comulgan con la teoría infecciosa del SIDA, es la técnica más empleada. Por poner un ejemplo, ningún medio de comunicación se hizo eco de que, mientras se celebraba en 2002 la Conferencia Internacional sobre el SIDA en Barcelona, se estaba celebrando una conferencia paralela de científicos contrarios a la teoría infecciosa del SIDA. Nadie informó de que la conferencia de Barcelona hubo de ser interrumpida en varias ocasiones por las protestas de muchas personas pertenecientes a organizaciones no gubernamentales de distintos países que portaban pancartas del tipo “Buscados: Bush y Thompson por asesinar y descuidar a enfermos de SIDA”

A modo de ejemplo y desde un punto de vista informativo, podría establecerse un paralelismo entre lo que recientemente hemos vivido con la invasión de Irak y lo que vivimos en aquellos comienzos de los años ochenta con el SIDA. El mismo aparato informativo con las mismas técnicas, la misma sensación de manipulación informativa y las mismas mentiras que hemos

tenido que sufrir a partir del 11S y hasta la invasión de Irak, fueron utilizados en aquellos primeros años de la década de los ochenta con respecto al SIDA. Lo malo es que en lo referente a Irak, se ha comprobado que la causa de la invasión era totalmente injustificada, ya que jamás se han encontrado las famosas “armas de destrucción masiva” del Gobierno de Irak y, a pesar de ello, las tropas siguen en allí condicionando la política de la zona mientras los gobiernos del mundo hacen la vista gorda ante la comprobación de esta gran mentira utilizada sólo para enriquecer a base de oro negro las arcas de ciertas compañías petroleras privadas norteamericanas que son las que les ha dado el poder al Presidente Bush y lo mantienen en él.

De esta misma forma y siempre desde el punto de vista del tratamiento de la información, unos señores se inventaron un retrovirus que justificaba toda la propaganda de la teoría infecciosa del SIDA y con posterioridad pudo comprobarse que esa teoría no se sostenía sobre ninguna base científica, a pesar de lo cual los medios de comunicación y todo el gran aparato mediático de los gobiernos de muchos países hicieron la vista gorda ante la comprobación de esta otra gran mentira utilizada sólo para enriquecer, a base de ventas de medicamentos y subvenciones estatales, las arcas de ciertos dueños de ciertas compañías farmacéuticas privadas norteamericanas que fueron las que dieron el poder al Presidente Reagan y lo mantuvieron en él.

Mi madre, con sus 78 años, no tuvo oportunidad de adquirir una gran cultura pero es muy lista y conoce perfectamente el significado de estas dos palabras: proteína y vitamina. Y cuando yo le pregunto por las diferencias entre ambas, su respuesta es de una lógica aplastante: “*Una vitamina es una cosa y una proteína es otra.*” Y si le ruego que me explique qué es lo que hacen en nuestro cuerpo las vitaminas, ella me responde muy segura de sí misma: “*pues te dan energía.*” De esta misma forma, si se le pregunta a cualquier persona no docta en medicina que qué es un virus, posiblemente su respuesta sería algo similar a esto: “*Un virus es un bichito que produce enfermedades*”, por ejemplo.

Quiero con ello decir que cada persona se hace un esquema mental de las informaciones que recibe según sus propias capacidades y conocimientos. O lo que es lo mismo, nuestra realidad no consiste en lo que queremos ver sino en lo que podemos ver de acuerdo con nuestros propios conocimientos y cultura.

Pues bien, la teoría vírica del SIDA está expuesta desde un primer momento para contaminar las mentes no solo de las personas que carecen de conocimientos médicos y hacerlas dependientes a través del miedo, sino también de científicos y personas altamente cualificadas. Aunque cualquier científico que se precie no puede aceptarla por impropia, inverosímil, no académica, no científica, poco lógica, no demostrada y además absurda.

No es mi intención profundizar en el análisis de los grupos de poder a los que les interesa mantener engañada a la población porque ello sería objeto de otro estudio, pero sí apuntar algunos y señalar al clan Rockefeller como artífice de lo que hoy es el gran engaño de la industria farmacéutica. Lo realmente espeluznante es comprobar cómo estos clanes no sólo no se esconden sino que, por el contrario, se manifiestan a los cuatro vientos de

forma irritablemente escandalosa. En la década de los treinta, Harold Lasswell exponía en su *“Enciclopedia de las ciencias sociales”* todo un recital de ciencia democrática, señalando, entre otras cosas, la necesidad de no caer en *“ese dogmatismo democrático según el cual los hombres son los mejores jueces de sus propios intereses”*, para concluir que sólo las “élites” están en condiciones de disponer qué ha de ser lo mejor para el bien de la comunidad. Por ello, añadía Lasswell, las corrientes sociales que discrepen del recto juicio de esas “élites” y pongan en duda su autoridad deben ser reconducidas al buen camino *“mediante una técnica de control basada en la propaganda, dada la ignorancia y superstición de las masas.”* Huelga decir que esa técnica es la que constituye hoy la herramienta fundamental del Sistema y de su maquinaria propagandística, los grandes medios de comunicación, cuya labor consiste en procurar que el engranaje funcione sin estridencias, cosa que se consigue haciendo que sean los propios siervos del régimen quienes asuman con entusiasmo las falacias de éste. También en los años treinta, Reinhold Niebuhr, señalaba *“la estupidez del ciudadano medio”* y la necesidad de proporcionar a las masas *“las simplificaciones emocionales”* capaces de conducir las por ese buen camino que sólo una *“elite de observadores fríos”* podrían establecer. Tales conceptos hicieron posible que Niebuhr se convirtiera en teólogo oficial del Establishment estadounidense. Repárese, por otra parte, en el hecho de que ese “estúpido ciudadano medio” es al que luego denominan eufemísticamente “pueblo soberano” los mismos embaucadores que llevan varios siglos engañándolos.

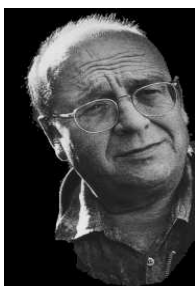
Actualmente los dos principales focos generadores de poder tienen su centro en las Universidades de Oxford (Gran Bretaña) y Yale (USA). En Inglaterra, el núcleo en torno al cual se han aglutinado es la sociedad The Group, cuyos patrocinadores fueron los Astor y los Rothschild, en colaboración con la oligarquía británica ligada a la Round Table. Uno de los mejores conocedores del tema fue el historiador Carroll Quigley, cuya vinculación a estos grupos le permitió el acceso a fuentes documentales vedadas a cualquier otro investigador. Fueron sus indagaciones en los archivos reservados de la Universidad de Oxford lo que le permitió conocer y desvelar algunas de las actividades de los diversos cenáculos iluministas (The Rhodes Crowd, The Times Crowd, Cliveden Set, Chatham House Crowd y Alls Souls Group) que convergen en la sociedad The Group.

En los Estados Unidos, el foco principal se localiza en la Universidad de Yale, feudo de la sociedad The Order, fundada en 1832 con el propósito de coordinar las actividades de las quince logias iluministas existentes por entonces en territorio norteamericano. Desde su nacimiento, esta poderosa entidad viene nutriendo sus filas de individuos pertenecientes a la oligarquía pilgrim, a los cuales se irían sumando progresivamente diversos elementos procedentes de la plutocracia estadounidense. En su seno convergen, pues, los apellidos más acreditados de los clanes dominantes de aquel país, clanes a menudo emparentados entre sí. Junto a los Whitney, los Adams, los Allen, los Wadsworth, los Lord o los Bundy, cuya genealogía se remonta al Brewster transportado por el Mayflower a las costas del Nuevo Mundo, nos encontramos a los Davison, los Harriman, los Rockefeller, los Khun Loeb, los Lazard, los Schiff o los Warburg, entre otros representantes de las altas finanzas. A esta

hermandad pertenece desde 1947 el presidente norteamericano George Bush, descendiente de una de las más rancias dinastías de Nueva Inglaterra.

El método operativo de “The Order” se ajusta fielmente a las directrices marcadas por los protocolos de la Orden de los Iluminatis, cuyo contenido es perfectamente conocido desde que cayeran en manos de la policía bávara hace dos siglos. Pero, además de los citados protocolos, existen otras fuentes de información sobre la secta iluminista harto ilustrativas de su metodología y objetivos. Objetivos que se resumen en la consecución del poder y en el control absoluto de la sociedad, todo ello, claro está, bajo la carpa de los consabidos estereotipos humanistas característicos del progresismo francmasón. Un capítulo notable de dicho caudal informativo lo constituye la correspondencia mantenida por Giuseppe Mazzini y su cofrade iluminista Albert Picke, correspondencia que reposa desde el pasado siglo en los archivos del Museo Británico, y en la que aparecen claramente previstas la revolución bolchevique y las dos grandes guerras del siglo XX, como pasos necesarios para la implantación de un nuevo orden mundial.

Para profundizar sobre este asunto, puede documentarse preguntando por el Instituto Tavistock, La Comisión Trilateral, el Centro Financiero Global (B.I.S), los Iluminatis de Babiera, masones y el grupo Bildelberg con su supuesto manual titulado “Armas silenciosas para guerras tranquilas”; por sus asalariados directos como el FMI, Banco Mundial, OCDE, OMC y Bancos Centrales; o por algunas multinacionales (General Motors, Ford, Toyota, General Electric, IBM, Microsoft, AXA-UAP, British Petroleum, Nestle, Sony, etc.), cuyos patrimonios superan con creces el de muchas naciones.



Manuel Vázquez Montalbán manifiesta en el prólogo del Informe Lugano: *“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”*



Louis de Brouwer, doctor en medicina, biólogo molecular, consultor internacional para la Salud y la Ecología de la ONU y la UNESCO, director de la Sociedad Internacional de Médicos para el Medio Ambiente y autor del libro *“Las mafias político-económicas que dirigen el mundo”*, sigue esta misma línea de pensamiento y denuncia que el culpable no es el determinismo económico sino el poder político

ejercido a nivel mundial por un pequeño grupo de individuos sin escrúpulos que se encuentra en Estados Unidos, un país gobernado por dirigentes de diversas sociedades secretas y que, casualmente, coincide que son los dueños de los seis principales bancos.

Agazapado tras instituciones sin rostro, el “Gran Hermano” existe. No es simplemente “el mercado”, son personajes con nombres y apellidos, siniestros y fríos hasta la barbarie. La ingenuidad es su mejor aliado. El mero hecho de tener que demostrar lo evidente, cuando la verdadera amenaza y el auténtico adversario no cesan de mostrarse con descaro, es ya una señal elocuente del punto al que han llegado las cosas y del que aún les queda por alcanzar.

Si alguien puede responder a estas preguntas le estaría muy agradecido:



1) ¿Porqué el símbolo de los Iluminatis o Perfeccionistas de Babiera creado el 1º de mayo de 1776 por Adam Weishaupt y cuyo emblema proclama el “Novus ordo seclorum”, es decir, “Nuevo Orden para siempre”, que es muy parecido a “Nuevo Orden Mundial” (¿le suena de algo?), aparece de forma inequívoca en los billetes de un dólar?



2) ¿En qué consiste el proyecto HAARP?

3) ¿Que se esconde en el siguiente punto geográfico de Alaska ($62^{\circ}10'N-141^{\circ}03'W$) y por qué está censurado en todos los mapas?

Me gustaría que alguien supiera dar una respuesta coherente a estas preguntas y de camino explicar algunas de las conclusiones del informe de 1998 del Programa de las Naciones Unidas por el Desarrollo (PNUD) disponible en Economía, 49, Rue Héricart, 75015- París:

- *¿Porqué las 3 personas más ricas del mundo son tan ricas como los 48 países más pobres?*
- *¿Porqué las 84 personas más ricas del mundo superan el producto interior bruto de China?*
- *¿Porqué las 225 personas más ricas del mundo igualan la fortuna equivalente al ingreso anual acumulado del 47% del total de individuos más pobres del planeta, es decir más de 3 mil millones de personas.*
- *Sería suficiente menos del 4% de la riqueza acumulada de estas 225 más grandes fortunas mundiales (evaluado en más de 1.000 billones de*

dólares) para dar a toda la población del planeta acceso a las necesidades básicas: salud, educación y alimentación. ¿Por qué no se hace?

Dejo estas preguntas para la reflexión del lector teniendo presente que son cifras del año 1998. Sin duda, en la actualidad esas cifras son mucho más escandalosas. Y dejo también para su reflexión cuatro citas de cuatro personajes que muy probablemente han pertenecido a estos grupos de poder que desde hace más de dos siglos están moviendo los hilos del mundo:

“El mundo se divide en tres categorías de gentes: un muy pequeño número que produce acontecimientos, un grupo un poco más grande que asegura la ejecución y mira cómo acontecen y, por fin, una amplia mayoría que no sabe nunca lo que ha ocurrido en realidad”

(Nicholas Murray Butler, Presidente de la Pilgrim)

“Tendremos un gobierno mundial, nos guste o no. La única cuestión será saber si éste será constituido por conquista o por consentimiento”

(Paul Warburg, Financiero, miembro del CFR)

“En política, nada ocurre por casualidad. Cada vez que un acontecimiento surge, se puede estar seguro de que fue previsto para llevarse a cabo de esa manera”

(Franklin D. Roosevelt, Presidente de los Estados Unidos)

“Algo debe reemplazar a los gobiernos y el poder privado me parece la entidad adecuada para hacerlo”

(David Rockefeller, dueño del Chase Manhattan Bank y fundador de la Comisión Trilateral)

Capítulo 4

CONCEPTO DE SIDA

“Un error no se convierte en verdad por el hecho de que todo el mundo crea en él”

(Mahatma Gandhi)

Hasta ahora hemos analizado, hay que reconocer que no con mucha profundidad, las dudas más elementales sobre el SIDA, la historia e intereses de los núcleos de poder que lo originaron y las mil formas de contaminación mental de masas destinadas a engañar al personal y poner delante de los ojos una verdadera y nauseabunda cortina de humo con el objetivo final de ganar indecentes cantidades de dinero mediante la génesis del miedo.

Pero a partir de este capítulo y hasta el capítulo 7, comenzaremos a aprender desde un punto de vista científico, qué se entiende por SIDA, qué es el supuesto VIH, como se diagnostica el SIDA y como se trata. Se ruega al lector un mínimo de interés científico, cualidad sin la cual le será muy dificultosa la digestión de estos capítulos. El autor promete poner todo su empeño en hacer comprensible todos los conceptos, algunos de los cuales ni él mismo entiende, pero no por complejos sino por absurdos.

Lo que en la actualidad se informa al público general cómo concepto básico de SIDA es que este consiste en una enfermedad que baja las defensas facilitando así el padecimiento de otras enfermedades, potencialmente mortal a largo plazo, que se adquiere por la transmisión de un virus a través de la sangre, el semen, el líquido vaginal o la leche materna y que afecta fundamentalmente a homosexuales, drogadictos y hemofílicos. Es decir, a la gente se le vende la rudimentaria idea de que el SIDA es una enfermedad que afecta sobre todo a grupos de población no relacionados con la supuesta normalidad de la sociedad convencional. Con ello se consigue inculcar en la gran masa social dos ideas tan lógicas como erróneas: Primera: *“El SIDA es algo que le ocurre a la gente de mal vivir”* y segunda: *“Si me porto bien, practico sexo seguro, uso preservativo y tengo cuidado con las jeringas, jamás tendré SIDA”*.

No obstante, a los estudiantes de medicina se les enseña que el SIDA es sólo una más de las muchas inmunodeficiencias adquiridas. Es como si los que diseñan el sistema educativo para los futuros médicos fueran conscientes de que no es lo mismo informar sobre esta entidad al público general que a una persona a la que, por su condición de futuro médico, se le supone unas inquietudes intelectuales en el terreno científico y sanitario. De esta forma se intenta camuflar al estudiante de medicina, la importancia social del SIDA, englobándolo dentro de otras muchas inmunodeficiencias adquiridas. Parece como si a los futuros médicos se les quisiera educar para que no profundicen mucho en su estudio. No obstante, a la hora de enseñarles la causa, no se repara en hacer una amplia y extensa exposición acerca del agente patógeno que supuestamente lo produce, presentando al VIH como modelo para comprender otros muchos retrovirus. Esta forma de plantear al universitario un acercamiento al conocimiento profundo de las causas del síndrome haciendo al VIH el protagonista estelar de la escena, tiene varias ventajas a la hora de evaluar el residuo mental que deja en el estudiante el concepto de SIDA y de VIH. Las causas se explican con detalle cuando tratemos el concepto de virus y el virus del SIDA propiamente dicho en el capítulo 5.

Si se despoja la palabra SIDA de su primera sigla (“S”) de síndrome, comprobamos que existen muchas circunstancias patológicas adquiridas que conllevan a un descontrol del sistema inmune, a una disminución de las defensas y por consiguiente a una inmunodeficiencia adquirida. Sólo a modo de ejemplo, algunas de estas circunstancias patológicas se detallan a continuación:

Enfermedades hereditarias y metabólicas

- Diabetes
- Síndrome de Down
- Insuficiencia renal
- Desnutrición
- Anemia drepanocítica

Sustancias y tratamientos que inhiben el sistema inmune

- Quimioterapia anticancerígena
- Corticosteroides
- Medicamentos inmunosupresores
- Radioterapia

Infecciones

- Varicela
- Infección por citomegalovirus
- Rubeola congénita
- Mononucleosis infecciosa
- Sarampión
- Infección bacteriana grave
- Infección fúngica grave
- Tuberculosis grave

Enfermedades de la sangre y cáncer

Agranulocitosis
Todos los cánceres
Anemia aplásica
Histiocitosis
Leucemia
Linfomas
Mielofibrosis
Mielomas

Otras causas

Cirrosis alcohólica
Hepatitis crónica
Envejecimiento normal
Sarcoidosis
Lupus Eritematoso Sistémico

Pero el concepto de SIDA que la ciencia actual impone a la comunidad científica dista sustancialmente de la simplicidad conceptual expuesta al público general y del camuflaje dogmático impuesto a los universitarios. De modo que la definición científica actual no es tan simple aunque ciertamente intenta ser muy concreta.

La ciencia actual define al SIDA cómo la etapa más avanzada de un proceso de infección en el que el VIH ataca a ciertas células defensivas (linfocitos CD4+ y macrófagos) y produce alguna de las entidades clínicas relacionadas en los criterios diagnósticos definidos por el CDC. No resulta trivial significar que aquellas doce entidades clínicas que el CDC decidió incluir como concepto de SIDA en 1983 y escrupulosamente descritas en el capítulo uno, fueron implementadas varias veces a lo largo de los años, de forma que en 1987 ya no eran doce sino veinticuatro y seis años después ya no eran veinticuatro sino estas veintiséis:

1. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
2. Candidiasis esofágica.
3. Coccidiomicosis generalizada
4. Criptococosis extrapulmonar
5. Criptococosis con diarrea de más de un mes.
6. Infección por Citomegalovirus de un órgano distinto al hígado, bazo o ganglios linfáticos (*)
7. Retinitis por Citomegalovirus (*)
8. Encefalopatía por VIH
9. Herpes Simplex con úlcus mucocutáneo de más de un mes, bronquitis, neumonía o esofagitis (*)
10. Histoplasmosis diseminada.
11. Isosporidiasis crónica
12. Sarcoma de Kaposi.
13. Linfoma de Burkitt
14. Linfoma inmunoblástico
15. Linfoma cerebral primario
16. Infección por MAI ó M. Kansasii diseminada o extrapulmonar.
17. Tuberculosis extrapulmonar ó diseminada.
18. Infección por otras mycobacterias extrapulmonar o diseminada.

19. Neumonía por *Pneumocystis Carinii*
20. Leucoencefalopatía multifocal progresiva
21. Sepsis recurrentes por *Salmonellas*, excluida la *S. Typhis*
22. Toxoplasmosis cerebral
23. Síndrome de Desgaste (Wasting Syndrom)
24. Carcinoma invasivo de cuello uterino
25. Tuberculosis pulmonar
26. Neumonía recurrente
(*) Diagnóstico de SIDA en recién nacidos

Pero la teoría científica del SIDA no sólo se sustenta sobre una base clínica, sino que además necesita una base inmunológica y microbiológica. Es decir, para diagnosticar a una persona cómo enfermo de SIDA en Europa o en Estados Unidos se han de cumplir estas tres condiciones: a) Ser seropositivo, o sea, tener anticuerpos contra el VIH; b) Que los linfocitos CD4 estén en unos niveles concretos (*ver tabla 1*) y c) desarrollar alguna de las veintiséis entidades clínicas descritas anteriormente.

TABLA 1: Clasificación del CDC de 1993. Recuento de Linfocitos CD4

- Categoría 1:** >500 microL (>28%)
 A: Infección primaria y asintomáticos.
 B: Sintomáticos no englobados en C1
 C: Sintomáticos con los cuadros clínicos típicos (USA y Europa)
- Categoría 2:** Entre 499 y 200 (28-14%)
 A: Infección Primaria y asintomáticos.
 B: Sintomáticos no englobados en C1.
 C: Sintomáticos con los cuadros clínicos típicos (sólo en USA)
- Categoría 3:** <199/microL (<14%)
 A: Infección Primaria y asintomáticos. (Sólo en USA)
 B: Sintomáticos no englobados en C1. (Sólo en USA)
 C: Sintomáticos con los cuadros clínicos típicos (sólo en USA)

TABLA 2: Clasificación de la OMS (1985) (Adultos residentes en África)

- Criterios mayores: (Al menos 2)**
 Pérdida de al menos el 10% del peso corporal.
 Diarrea crónica de más de un mes de evolución.
 Fiebre intermitente o constante de más de un mes de evolución.
 Astenia y debilidad corporal.
- Criterios menores: (Al menos 1)**
 Tos persistente de más de un mes de evolución.
 Dermatitis extensa y pruriginosa.
 Herpes zoster recurrente durante los últimos 5 años.
 Candidiasis orofaríngea
 Herpes simple crónico diseminado.
 Linfadenopatía generalizadas.
- Sarcoma de Kaposi: Por sí sólo sirve para el diagnóstico.**
Meningitis por criptococo: Por sí sólo sirve para el diagnóstico

Del análisis objetivo de este concepto clínico que, no lo olvidemos, constituye lo que en nuestros días la ciencia establece como SIDA, pueden desprenderse las cuatro afirmaciones siguientes:

1º) El concepto científico de SIDA ha ido cambiando a lo largo del tiempo, por tanto no ha sido ni es estable. Las sucesivas implementaciones que durante más de veinticinco años se han establecido en cuanto al número de entidades clínicas que conforman el síndrome, han originado que las estadísticas en cuanto a la incidencia del mismo hayan ido disparándose a medida que estas implementaciones se han sucedido, pero no por el aumento del número de enfermos sino por el aumento del número de enfermedades englobadas dentro del concepto de SIDA.

2º) El concepto clínico de SIDA no es homogéneo y depende de la zona geográfica de que se trate. Esto significa sencilla y crudamente que una persona puede ser seropositiva en los Estados Unidos de América y sin embargo no serlo en Europa, aún cumpliendo los mismos parámetros analíticos y clínicos en ambos sitios. Es más, los criterios diagnósticos de SIDA en África (*Ver Tabla 2*) son cualitativamente distintos a los criterios diagnósticos en el resto del mundo, de forma que es mucho más fácil diagnosticar a una persona de SIDA en África que en Estados Unidos y a su vez, es mucho más fácil diagnosticar a una persona de SIDA en Estados Unidos que en Europa, aunque se trate de la misma persona con los mismos parámetros analíticos y la misma sintomatología clínica.

3º) No todas las personas seropositivas terminan desarrollando SIDA. Efectivamente, desde la teórica exposición al teórico virus hasta el desarrollo de la enfermedad puede transcurrir un periodo de tiempo tan ambiguo que va desde meses hasta cuarenta años. Además se ha demostrado que, curiosamente, existen personas “inmunes” al VIH.

4º) No todas las personas que se etiquetan de SIDA, tienen que ser seropositivas. Esto lo evidencia el diagnóstico de SIDA en África, ya que allí sólo con padecer Sarcoma de Kaposi o meningitis por criptococo es suficiente para diagnosticar a un enfermo de SIDA.

No es extraño pues, que en la actualidad ocurran muchos casos como el ocurrido en un hospital de Málaga a finales de la década de los noventa, en el cual un recién nacido resultó ser seropositivo a pesar de que sus padres eran seronegativos. Los padres, aterrorizados ante la noticia, decidieron ir a Gibraltar para que le realizaran a su bebé un nuevo test y aquí el resultado fue negativo. Lo verdaderamente irritante de este conocido caso, acontece cuando volvieron al hospital de Málaga a contar que su bebe era seronegativo y tuvieron que soportar la respuesta de un médico malagueño: *“Los resultados de las pruebas de Gibraltar no valen porque no están hechos dentro del territorio español”*.

Teniendo en cuenta estos datos preliminares, tal vez el concepto de SIDA que, estimo, más se aproxima a la realidad sea el definido por Lluís Botinas, investigador independiente del SIDA y coordinador de Plural21. Este lo define como un proceso de contaminación mental a nivel mundial con seis reglas de juego:

1ª Regla: Presentar la enfermedad cómo inevitablemente mortal.

2ª Regla: Reclutar enfermos con enfermedades ya existentes e ir aumentando el número de enfermedades metidas en el saco de SIDA, con lo cual el número de enfermos de SIDA aumenta, facilitando así hablar de epidemia.

3ª Regla: Inventar una causa que explique el invento del SIDA: el VIH

4ª Regla: Diseñar unas pruebas diagnósticas cuya supuesta fiabilidad es del 99% para indicar si la persona ha estado o no en contacto con el VIH. Aunque como veremos en su correspondiente capítulo, estas pruebas son tan ambiguas como el SIDA y el VIH.

5ª Regla: Aplicar un tratamiento social y farmacológico a las personas etiquetadas como “seropositivas” que es muy perjudicial a corto y medio plazo.

6ª Regla: Diseñar unos marcadores biológicos indirectos (Linfocitos CD4 y carga viral) que en realidad no lo son pero que permiten presentar como beneficiosos los tratamientos antirretrovirales.

Resulta que estas reglas están tan bien hechas, postula Botinas, que para evitar la muerte de una enfermedad que mata, se administra un tratamiento que mata y además se camuflan las causas por las que este tratamiento mata, con lo que en apariencia resulta cierto que esta “enfermedad infecciosa” realmente mata.

Capítulo 5

EL VIRUS DEL SIDA

“Confianza es lo que se tiene hasta estar mejor informado”

(Aldo Cammarota)

El descubrimiento del VIH es tan determinante que muchos autores denominan al SIDA simplemente como *infección por VIH*. Este hecho determina toda la teoría infecciosa, la prevención y hasta el tratamiento del síndrome. No obstante, antes de hacer una revisión histórica del descubrimiento del VIH y de especificar sus características, debo aclarar dos cuestiones que creo importantes: la primera que no es mi intención hacer un estudio exhaustivo sobre el VIH, entre otras cosas porque hasta el momento nadie ha conseguido aislarlo y la historia de los retrovirus es tan oscura, poco clara y resbaladiza cómo el propio SIDA. La segunda que, a pesar de ello, algunos párrafos de este capítulo pueden resultar áridos y engorrosos ya que está repleto de terminología científica así que, si se aburre mientras lee lo que es considerado como VIH y su ciclo vital, puede perfectamente prescindir de ello y pasar a los párrafos siguientes ya que este modelo de VIH fue descalificado en el año 1995.

Sin embargo, el lector inteligente puede entonces cuestionar: *“Si el modelo de VIH expuesto en este libro fue descalificado en 1995. ¿Por qué el autor no hace una descripción de lo que es considerado a día de hoy como Virus del SIDA en vez de describir un VIH antiguo y descalificado?”* La respuesta puede aparentar ser de un patetismo impresentable pero en realidad no supone más que otra prueba de lo que se intenta mostrar: Toda la información que se encuentra sobre el VIH, es anterior a 1996. A partir de ese año, la descripción que se hizo del “nuevo” VIH es tan ambigua que, aunque descriptivamente se diferencie muy poco del antiguo VIH, en esencia parece ser que es diametralmente opuesto. Y esto que aparenta ser un contrasentido, es la más pura realidad. Además, en un comunicado de CENSIDA de fecha 15 de febrero de 2005, se afirma la existencia de un nuevo virus del SIDA o, al menos, de una cepa multirresistente llamada “megavirus” descrita por el Dr. David Ho. Es decir, como comprobaremos más adelante, el supuesto virus se va adaptando para sobrevivir, pero no como un microorganismo sino como un simple producto de marketing para mantener en un alto status social a sus “padrinos” dentro de la Universidad Rockefeller de Nueva York.

Es evidente pues que, igual que el concepto de SIDA ha ido cambiando a lo largo de la historia, el VIH también ha ido transformándose pero no como adaptación biológica al medio sino como método para seguir recibiendo suculentas aportaciones económicas de los gobiernos y asociaciones anti-SIDA, una vez descubiertas las falacias del los virus antecesores.

En 1984 el Dr. Gallo anunció al mundo a bombo y platillo el descubrimiento de un nuevo retrovirus al que llamó HTLV-III como causa del SIDA pero el Gobierno francés demandó al Gobierno estadounidense y le reclamó el derecho de la patente y el mérito del descubrimiento para el Dr. Montagnier, del Instituto Pasteur, ya que este había aislado con anterioridad otro retrovirus llamado LAV, idéntico al HTLV-III. Rápidamente, Ronald Reagan y Jacques Chirac acordaron que los dos estados fueran beneficiarios a partes iguales de los ingresos económicos derivados de la venta del test del VIH.

El Dr. Gallo intentó colar primero como virus causante del SIDA el mismo retrovirus (VLTH-1) que había presentado sin éxito como causante de la leucemia. Y como este engaño no coló, más tarde robó el virus del Dr. Montagnier y lo presentó como la causa del SIDA sin que previamente hubiese aparecido ni un sólo artículo científico suyo que pudiese ser analizado por otros investigadores. Y el Dr. Gallo actuó así porque el día anterior a la presentación del virus, el periódico "The New York Times" publicó un artículo en primera página en el cual el director de los CDC daba a conocer que apoyaba al virus francés mientras que los NIH, para los que trabajaba el Dr. Gallo, respaldaban al virus americano. Así pues, convocar una rueda de prensa y convertir en verdad social que el virus del Dr. Gallo era la causa del SIDA fue una maniobra política para zanjar el enfrentamiento entre las dos principales instituciones sanitarias de los Estados Unidos.

El Gobierno de Francia y el Gobierno de Estados Unidos llegaron al acuerdo de que tanto el Dr. Gallo como el Dr. Montagnier fueran considerados "codescubridores" del retrovirus supuestamente causante del SIDA, al cual no llamarían ni HTLV-III ni LAV sino Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Algunos años después, al publicarse las fotografías del virus de Gallo y del virus de Montagnier pudo constatarse que ambas fotos eran idénticas. El Dr. Sonnabend, creador de la Fundación Médica del SIDA, manifestó que esta sospechosa y evidente coincidencia no era posible si ambas fotos no hubieran sido tomadas del mismo paciente por lo que a principios de 1989 el periodista de investigación John Crewdsen informó en el *Chicago Tribune* que el Dr. Gallo robó el virus enviado por el Dr. Montagnier a su laboratorio, explicando así cómo los dos descubrieron el mismo virus.

El 1º de marzo de 1989, el *New York Tribune* informó sobre una investigación interna del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos en la cual se llegaba a la conclusión de que el artículo de Gallo publicado en 1984 en la revista *Science*, donde argumentaba que el VIH causaba el SIDA, contenía muchas inexactitudes y contradicciones. Por este motivo el gobierno francés reclamó el reconocimiento absoluto del descubrimiento del VIH y

demandó al Gobierno de los Estados Unidos reclamándole unos 20 millones de dólares por los beneficios de las pruebas para el diagnóstico del virus. También reclamaron varios millones de dólares recibidos directamente por el Dr. Gallo. Para terminar con el contencioso, el Gobierno de los Estados Unidos reconoció el robo del virus pero a pesar de este reconocimiento, el Instituto Pasteur no se quedó con la totalidad de los beneficios del test del SIDA sino que sólo incrementó un 10% los derechos de patente de dicho test.

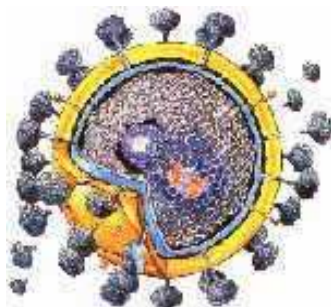


Entre 1986 y 1987 se describieron dos retrovirus más: el HTLV-V y el VIH-2. No resulta baladí significar que entre 1995 y 1966 el CDC decidió modificar la definición de VIH gracias a las aportaciones científicas del Dr. David Ho en el Centro de Investigación contra el SIDA Aaron Diamond de la Universidad Rockefeller de Nueva York, cuyo modelo de VIH es el que se acepta en la actualidad cómo virus causante del SIDA pero que, curiosamente, parece ser que es diametralmente opuesto al modelo de Gallo y Montagnier.

Para determinar la nueva concepción del VIH, el Dr. Ho aplicó un nuevo método de detección del VIH mediante el cual se amplificaban los resultados. Es decir, no es que esta técnica sirviera para detectar al VIH sino que, en teoría, amplificaba los resultados obtenidos. Dicho de otra forma, no detectaba más virus que las otras técnicas pero los virus que detectaba parecían más grandes. Es como si para demostrar la presencia de unas cuantas hormigas, en vez de fotografiarlas tal cual son y contarlas después, se utilizara una lupa de muchos aumentos, con lo cual las hormigas se verían más grandes, aunque el hecho de que se vean más grandes no aumenta el número de las hormigas. Obviamente, el Dr. David Ho no contabilizaba virus con su nueva técnica sino antígenos virales, es decir, partes de virus.

No obstante, la historia de los retrovirus no es tan reciente y existen científicos que aseguran que en los Estados Unidos de América se han estado manipulando retrovirus desde el final de la 2ª Guerra Mundial hasta 1978 mediante un protocolo supervisado curiosamente por el propio Dr. Gallo alterando genéticamente el virus Visna, un retrovirus de las ovejas que fue manipulado por los científicos nazis para producir precisamente inmunosupresión en humanos.

Vemos pues que, ya desde su inicio, el “descubrimiento” del VIH no estuvo exento de polémica.



Pero sigamos considerando lo que dice la ciencia sobre los virus en general y sobre el VIH en particular:

Un virus es un organismo cuya única función es su propia replicación. Los virus no son células ya que carecen de las funciones de

nutrición y de relación necesarias para permanecer vivos por sí mismos. Por tanto, sólo pueden replicarse parasitando una célula y aprovechando los recursos de ésta. Se supone que el VIH es un retrovirus esférico de entre 80 y 110 nanómetros de diámetro y que está formado por tres capas concéntricas: Una externa lipídica y proteica formada por parte del material de la célula huésped destacando aquí dos proteínas que actúan como antígenos de histocompatibilidad HLA1 y HLA2; una nucleocápside icosaédrica como capa intermedia y una capa interna que contiene el ácido ribonucleico (ARN). El genoma del VIH está formado por una única cadena de ARN constituido por 2 hebras idénticas de 9,8 kb, de polaridad positiva y que posee diferentes genes encargados de codificar distintas proteínas. Algunos genes llamados *estructurales*, codifican los componentes del virus y otros genes llamados *reguladores*, regulan la expresión de los mismos (ver tabla 3).

Gen	Proteína	Función (TABLA 3: ESTRUCTURA DEL GENOMA DEL VIH)
env	gp160 gp120 gp41	Precursor Proteína de la envoltura Interacción con receptores y correceptores. Fusión de membranas
gag	p55 p24 p17 p9 p6	Precursor Proteína de la nucleocápside Proteína de la matriz Ribonucleoproteínas asociadas al ARN viral.
pol	Transcriptasa inversa Integrasa Proteasa	Retrotranscripción del genoma viral Actividad RNAsa H Integración del genoma viral retrotranscrito Procesamiento de las proteínas virales que forman la estructura del virión.
tat	Tat	Transactivación
rev	Rev	Regulación del transporte y procesamiento de ARN
nef	Nef	Retrotranscripción. Infectividad
vif	Vif	Infectividad viral
vpr	Vpr	Transactivador
vpu	Vpu	Liberación de viriones
tev	Tev	Activador tat y rev

Los tres genes estructurales principales son comunes a todos los retrovirus: El gen DE GRUPO (GAG) codifica las proteínas del core, el gen de las POLIMERASAS (POL) codifica las enzimas transcriptasa inversa y proteasa y el gen de la ENVOLTURA (ENV), codifica las proteínas de la envoltura del virus. El gen GAG es el que participa en la formación de la mayor parte del virión, sintetizando ADN y participando en su integración en la célula, además de constituir el ensamblaje de las partículas víricas y su salida de aquella. El gen POL también participa en la síntesis de ADN y su integración en el genoma celular, mientras que el gen ENV participa en la asociación y entrada del virus en la célula, por lo que es considerado como el antígeno de entrada.

Los genes reguladores son los que, en teoría, diferencian al VIH de otros retrovirus y producen las proteínas reguladoras. Las más importantes son la Proteína Tat y la Proteína Rev, indispensables para la replicación del virus aunque existen otros genes reguladores que producen otras proteínas, como muestra la tabla 3.

El VIH penetra en el organismo y llega a las células linfoides (Linfocitos CD4 y Macrófagos). La entrada del virus en la célula se produce por la interacción de este con, al menos, 2 receptores celulares: La proteína receptora CD4, la cual se une al gp120 del VIH y otros correceptores supuestamente menos específicos que el anterior, como los CC, los CXC, fragmentos Fc las Inmunoglobulinas y receptores del complemento antígeno-anticuerpo. Una vez que tiene lugar la interacción entre la gp120 y los receptores se produce la fusión entre las membranas de la célula y del virus que tiene como responsable a la gp41 que se insertará en la membrana celular permitiendo la internalización de la nucleocápside del virus y la desencapsidación de su genoma. Tras la entrada se inicia la reproducción del virus (replicación) por transcripción inversa mediada por la transcriptasa inversa del virión y que conduce a la formación de la primera cadena de ADN a partir de ARN viral.

La segunda cadena del ADN requiere la acción de la ribonucleasa H. La doble cadena así generada es integrada por medio de la integrasa viral en el ADN de la célula, aunque parte del ADN formado puede persistir en el citoplasma de la célula sin integrarse dentro del genoma celular. Una vez integrado en el material genético de la célula el provirus puede permanecer latente o empezar a multiplicarse de una forma controlada o de una forma masiva.

La activación celular por diferentes factores, como antígenos, mitógenos, citoquinas o virus heterólogos produce una cascada de acontecimientos que llevan a la expresión del genoma viral; estos factores, entre los que destaca el NF- κ B como el principal factor regulador de la transcripción del VIH a partir de su estado de latencia, llevan a una nueva transcripción que supone la síntesis de ARN del virus a partir del ADN proviral integrado en la célula. Este ARN se sintetiza como un único transcrito que debe volver al citoplasma de la célula para procesarse en transcritos de diferente tamaño y en los que son fundamentales las proteínas Tat y Rev. El ensamblaje del core ocurre en la membrana celular y parece comenzar con la asociación de la proteína p17 de la matriz con el dominio citoplasmático de la proteína gp41. La síntesis de las proteínas de la envoltura viral se producen en el retículo endoplásmico de la célula huésped a partir de la gp160; ésta, en el aparato de Golgi, es clivada por una proteasa para producir gp120 y gp41 antes de transportarlas a la superficie de la célula. Se cree que la vida libre de los viriones es muy corta (8-12 horas) y que en 2,6 días se realiza un ciclo viral completo. De este modo se producirían unos 140 ciclos de replicación al año.

Aunque la mayoría de la comunidad científica aceptó como dogma esta descripción del VIH y su ciclo vital a pesar de la gran farsa de su descubrimiento, ante los extensos y concretos datos de que se dispone acerca de este virus, cualquier persona con sentido común, podría preguntarse: *¿cómo*

es posible que aún existan muchas personas, incluidos prestigiosos retrovirologos, biólogos, médicos y algún que otro Premio Nóbel, que duden de su existencia?

La respuesta hay que buscarla de nuevo en la íntima esencia de la definición de SIDA. De manera que si en 1982 un grupo de científicos del CDC decidió inventar un síndrome en un despacho y no en un laboratorio



agrupando doce entidades clínicas previamente tipificadas y perfectamente descritas con anterioridad, dos años después dilucidaron inventar, tal vez en el mismo despacho, un retrovirus agrupando las características de otros retrovirus previamente tipificados y perfectamente descritos con anterioridad. Los Doctores Gallo y Montagnier consensuaron entre 1988 y 1990 diseñar un virus con 9.150 letras genéticas y 10 proteínas para evitar el ridículo que suponía que unos presentaran el VIH con 8.800 bases genéticas, otros con 9.400 y unos terceros con otras cantidades, eso sí, siempre con números redondos, lo cual indicaba por sí sólo que había una manipulación previa.

Con esta inteligente maniobra las posibilidades de ser descubiertos eran y son mínimas ya que en realidad todas y cada una de las características del VIH existen; por tanto no están mintiendo. Lo que ocurre es que existen como componentes de otros muchos retrovirus y no cómo un único virus. Además optan por un lentivirus, es decir, un virus cuyo periodo de latencia es tan largo que desde que se produce la teórica infección hasta que se desarrolla la teórica enfermedad pueden pasar no pocos años. Por tanto, las posibilidades de ser descubiertos en el engaño, si antes eran mínimas, con este hecho son casi nulas. Pero es que además, como se dijo antes, en 1996 se sustituyó el modelo de VIH de Gallo-Montagnier por otro modelo totalmente opuesto. Cabría preguntarse entonces: ¿a qué virus fantasma eran seropositivas las personas diagnosticadas de SIDA entre 1983 y 1996?

Los requisitos legales exigidos para poder afirmar que un nuevo virus ha sido aislado consisten en la presentación de cuatro fotografías: la primera, del virus dentro de la célula; la segunda, de uno o varios ejemplares del virus propiamente dicho; la tercera, de las proteínas de la envoltura vírica separadas según su tamaño mediante electroforesis en gel; y la cuarta, el ácido nucleico del virus obtenido también mediante electroforesis.

Pues bien, con el VIH jamás se ha cumplido con ninguna de estas cuatro exigencias y las muchas fotografías del VIH que han circulado por los ámbitos científicos en absoluto demuestran que se haya aislado un nuevo virus. Lo que quisieron hacer creer que era el VIH en realidad no eran más que vesículas celulares de transporte. Todas las fotos del supuesto VIH que estaban hechas en una sección ultrafina eran y son falsas ya que un virus real es lo suficientemente estable como para poder ser fotografiado en su totalidad mediante el microscopio electrónico y no precisa ser fijado y endurecido y mucho menos aún cortado en secciones ultrafinas.

No obstante, se ha argumentado que con el VIH, por ser un retrovirus, estas reglas no se aplican. Y no se aplican porque es un dogma de la genética que la información sólo puede ir del ADN al ARN y nunca a la inversa, aunque en 1970 en unos cultivos *muy especiales* de células cancerosas se demostró que la información genética también podía transcribirse del ARN al ADN. A esta rareza se le llamó transcripción inversa y se atribuyó a una enzima a la que llamaron transcriptasa inversa en vez de atreverse a cuestionar el dogma genético establecido. Así pues, se inventó la hipótesis de que la actividad de la transcriptasa inversa indicaba la existencia de un nuevo virus al que llamaron retrovirus y que consideraron causante del cáncer. Esto llevó a que el presidente Nixon declarase en 1971 la “guerra al cáncer”, canalizando miles de millones de dólares hacia los biólogos moleculares que investigaban esos supuestos nuevos virus.

De este modo, la retrovirología nació gracias a las elucubraciones de un grupo de “expertos”, basándose en unos experimentos hechos en cultivos de unas células anormales sometidas a unas condiciones excepcionales que jamás pueden darse en un cuerpo humano, por muy enfermo y deteriorado que esté. Este grupo de “expertos” consensuó en 1973, en una reunión en el Instituto Pasteur de París, siete requisitos más laxos para poder hablar del aislamiento de un nuevo retrovirus. Pero ni siquiera estas exigencias han sido cumplidas en el caso del VIH.

En realidad la transcripción inversa se detecta en cualquier actividad celular. Y ello se debe a que forma parte de los mecanismos de autorreparación que tiene el ADN del núcleo de las células. Es decir que, al contrario de lo que sostienen los especialistas oficiales del SIDA, la retrotranscripción indica precisamente un proceso de curación.

Apoya esta teoría el hecho de que el VIH aún no ha sido aislado, existiendo en la actualidad personas que se atreven a dar sustanciosas recompensas a quien demuestre la existencia del VIH o lo aisle con las técnicas más elementales de aislamiento vírico.

Apoya esta teoría el hecho de que, al igual que el concepto de SIDA ha ido implementándose a lo largo de la historia, el concepto de VIH también ha ido cambiando y lo que en 1983 era un retrovirus lentivirus según la teoría de los Doctores Gallo y Montagnier, en la actualidad prevalece el modelo del Dr. Ho, según el cual se trata de todo lo contrario. Además, según la ciencia

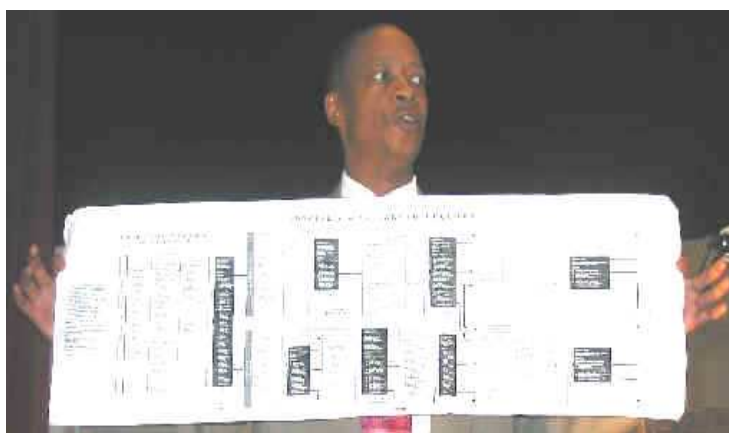
convencional, ya no existe un solo VIH sino que hay varios y por si todo esto fuera poco, además el virus muta.

Apoya esta teoría el hecho de que el presunto VIH parece ser que tiene predilección por el sexo masculino, contradiciendo así toda la teoría infecciosa y siendo el único ente patógeno infeccioso que sigue esta regla.

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. Ni los científicos respondieron, ni los periodistas se hicieron eco de la petición. 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.

¿De qué estamos hablando pues cuando hablamos de VIH? ¿De un virus? ¿De varios virus? ¿De un virus que ya no es el mismo porque ha mutado? ¿De varios virus que mutan? ¿Cómo un retrovirus puede ser lento según Gallo y rápido a la vez según Ho? ¿Cómo se puede hablar de un periodo de latencia de hasta 40 años si en teoría hace sólo 25 que se descubrió? ¿Cómo el VIH puede tener un periodo de latencia muy largo según Gallo pero multiplicarse millones de veces desde el primer día según Ho? ¿Cómo el VIH es difícilísimo de encontrar según Gallo y encontrarlo en todas partes según Ho? ¿Por qué se produjo el cambio de modelo de VIH en 1996? ¿Por qué no protestaron los retrovirólogos cuyo modelo quedó descalificado?

Todas las respuestas a estas preguntas se sintetizan en una sola: El virus del SIDA es tan falso como el propio SIDA. Y cómo esta gran verdad comenzó a ser descubierta a finales de los años noventa por una serie de científicos que fueron rápida y convenientemente apartados de la circulación, el aparato mediático de ciertos grupos de poder aplicó la técnica de la contaminación informativa para continuar haciendo creer que efectivamente existía un virus mortal. De esta forma aparecieron personajes como el abogado y graduado en la Academia Naval de los Estados Unidos, Dr. Boyd E. Graves, que se dedicó a



difundir la idea de que el VIH era en realidad el virus Visna manipulado genéticamente a lo largo de 30 años. Para ello aportó la “gran prueba” de un organigrama de flujo de 1971 captado curiosa y sospechosamente a las fuerzas navales

de USA, donde se detallaban los numerosos procesamientos desde el Virus Visna hasta la consecución del virus del SIDA. Resulta sospechoso que este

abogado cobre por la publicación en su WEB de este diagrama así cómo por la publicación de otros documentos relacionados.

A continuación se transcribe literalmente las conclusiones de un estudio realizado en 1995 por el equipo de la Dra. Papadopoulos en Australia, en el cual se intentó relacionar al VIH con la destrucción de linfocitos CD4 y este hecho con el SIDA:

Los requisitos mínimos para sostener una relación de causa-efecto entre el VIH, la caída de células CD4 y el SIDA son: a) El VIH ha de ser necesario y suficiente para provocar el descenso de CD4. b) El descenso de CD4 debe ser necesario y suficiente para producir el SIDA. c) Todos los pacientes de SIDA deben estar infectados con el VIH.

Respecto a la premisa (a), la caída de CD4 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 CD4.

Respecto a la premisa (b) , se han demostrado los siguientes hechos: que los CD4 se transforman en CD8 mientras la suma permanece constante; que el descenso de CD4 no es suficiente para padecer las enfermedades del SIDA ni precede al síndrome clínico; que no todos los individuos con enfermedades del SIDA tienen una caída de CD4. *Conclusión:* El descenso de CD4 no es ni necesario ni suficiente para desarrollar SIDA.

Respecto a la premisa (c), las pruebas de anticuerpos, la PCR y el aislamiento viral no son específicos ni reproducibles. Por aislamiento se ha entendido la detección del retrovirus, proteínas que coinciden con otras celulares ubicuas y partículas semejantes a virus. Esto, aunque fuese específico de un virus, 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 se basa en la relación epidemiológica entre los test de anticuerpos y el síndrome clínico, pero al aplicar el Western Blot (WB), con los criterios más estrictos, sólo 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 están infectados por el VIH. *Conclusión:* No es posible afirmar que todos los pacientes de SIDA están infectados por el VIH.

Esto quiere decir que toda la presentación oficial del SIDA carece de la más elemental base científica o lógica. No sólo no hay relación "VIH/CD4/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 ó CD8 tiene entidad biológica, ni el SIDA tiene entidad patológica propia.

Capítulo 6

DIAGNÓSTICO DE SIDA

“La verdad padece, no parece”

(Santa Teresa de Avila)

Si la historia del SIDA, el concepto de SIDA y los virus del SIDA fueron y son cuestiones insostenibles, el diagnóstico es ya todo un teatro. De esta forma vemos la insensibilidad y crueldad del sistema sanitario cuando no escatima esfuerzos en emplear unos métodos diagnósticos de cribado en la población general para detectar a posibles portadores del virus, darles la “agradable” noticia de que son seropositivos sin informarles de que tal evento no implica necesariamente ser enfermo de SIDA y mucho menos estar condenado a muerte. ¿Quién indemniza a todas las personas que han sido consideradas seropositivas sin haber sido informadas de lo que en realidad significa serlo? ¿Cómo reparar el daño psíquico producido? ¿No es esto una forma de crear culpables e inducir terror a gran escala? ¿No es esto una forma de terrorismo? Pero el patetismo llega a límites insospechados cuando además se comprueba diariamente que la población general, crédula, inmersa en su ignorancia y confiada, participa de lleno en este gran teatro acudiendo “*de motu proprio*” y en masa a someterse a estas pruebas como rebaño de borregos para que, en el mejor de los casos, se les informe de que son seronegativas y en el peor, se les diga que son seropositivas, sin añadir lo que ello significa.

Si las hipótesis de que tanto el SIDA como el VIH son entidades creadas artificialmente en un despacho político son ciertas, habría que preguntarse entonces: *¿cuál es el método utilizado para detectar al supuesto VIH?*; *¿Cómo se establece que un enfermo es seropositivo?* Igual que el concepto de SIDA y el concepto de VIH han ido transformándose a lo largo del tiempo, los métodos diagnósticos también se han transformado de forma que hubo un punto de inflexión en el año 1984 cuando Gallo y Montagnier dijeron haber aislado el virus causante del SIDA. Hasta ese año era suficiente pertenecer al grupo de riesgo y padecer alguna de las doce entidades clínicas diseñadas en la época, para ser declarado oficialmente como enfermo de SIDA. Es decir, desde 1982 hasta 1984 bastaba con ser varón homosexual y padecer sarcoma de Kaposi para ser diagnosticado de SIDA.

Pero a partir de la farsa del descubrimiento del VIH, fue necesario desarrollar un método diagnóstico dirigido a detectar al supuesto virus en las personas supuestamente infectadas. Esta primera prueba diagnóstica fue

presentada el 23 de abril de 1984 por el Dr. Robert Gallo con la complicidad de la Secretaria de Estado de Sanidad y Seguridad Social de los Estados Unidos. A pesar de que la declaración fue hecha sin el habitual debate científico del “gran descubrimiento”, fue considerada real por la comunidad científica mundial y sin más estudios adicionales se inició un amplio programa de investigación financiado por el Gobierno, siempre dentro de la línea de la hipótesis del HTLV-III.

Pocas personas que no sean científicos conocen que en la actualidad, en la gran mayoría de los casos, el VIH se intenta detectar no por su presencia sino por sus consecuencias. Es decir, los métodos usados para comprobar la presencia fehaciente del VIH constituyen una excepción, son relegados a laboratorios muy especializados y además no se utilizan para el diagnóstico sino para supuestas comprobaciones científicas. Es como si la constatación visual del VIH fuera tan costosa, laboriosa y extremadamente difícil que no se utilizara para diagnosticar de SIDA sino para cuestiones científicas al margen del diagnóstico y además no se realiza en laboratorios convencionales sino en “superlaboratorios.” Curioso ¿verdad?

La seropositividad consiste en la detección de la respuesta inmune al VIH. Dicho de otro modo, cuando un laboratorio analiza la sangre de una persona y la etiqueta de seropositiva, en realidad lo que está diciendo es que ha detectado unos anticuerpos que se han producido como respuesta al supuesto VIH y no el propio VIH. Más gráficamente expuesto, es cómo si un ladrón entra en su casa a robar, usted saca una pistola para defenderse y la policía intenta detectar al ladrón no por la presencia de éste sino por la presencia de su pistola, entendiendo además que usted sólo saca esa pistola y no otra cuando entra ese ladrón y no otro.

Pero una de las cosas más curiosas e inexplicables en el diagnóstico de este síndrome consiste en que, a diferencia de todas las demás enfermedades infecciosas en las que la detección de anticuerpos refleja una exposición previa al agente patógeno y su erradicación en un tiempo pasado, en la infección por VIH la presencia de anticuerpos es sorprendentemente considerada como un estado de portador del virus y por tanto con la posibilidad de transmitirlo aún en ausencia de manifestaciones clínicas. Esta característica del sistema inmune con respecto al VIH es aceptada sin más por gran parte de la comunidad científica aún conociendo que choca frontalmente con el más básico concepto de respuesta inmune. Dicho más claramente: si a usted se le detectan anticuerpos contra el bacilo tuberculoso, por ejemplo, y no se le detectan bacilos tuberculosos, su médico le dirá que no tiene nada que temer porque lo que usted tiene son defensas creadas contra dicho bacilo, las cuales en su día cumplieron su misión de erradicarlo. Y este razonamiento es empleado para todas las demás enfermedades infecciosas excepto para el SIDA. Es decir, si su sangre tiene anticuerpos contra el VIH no se considera que estos hayan erradicado al virus sino todo lo contrario; por tanto, significa que usted es portador del virus y lo puede transmitir. Cabría preguntarse entonces ¿qué característica tiene el VIH que no tengan todos los demás agentes infecciosos? Obviamente, ninguna. Lo patético es que la comunidad médica no se plantee esta cuestión de forma crítica y siga empeñada en considerar que el VIH es

un tipo de virus que contradice plenamente toda la teoría de la respuesta inmune.

Las técnicas más frecuentemente utilizadas para el diagnóstico de SIDA consisten en la detección de anticuerpos contra el VIH. Los primeros anticuerpos que suelen aparecer son los anti-p24 y anti-gp160, mientras que el resto van apareciendo de modo progresivo en las semanas siguientes. Es otra curiosidad más el hecho de comprobar cómo con el desarrollo de la supuesta infección y conforme se acerca la transición a SIDA, algunos anticuerpos dejan de ser detectables e incluso en algunos casos se ha descrito la ausencia total de anticuerpos anti VIH.

Básicamente hay tres modos de determinar la seropositividad: el análisis inmunoenzimático ó ELISA, el Western Blot y las pruebas directas de cultivo viral. El ELISA se emplea como prueba de cribado y su positividad no significa necesariamente que la persona haya estado expuesta al VIH ya que existen muchas circunstancias que pueden arrojar falsos positivos como la enfermedad de Lyme, la sífilis, el lupus eritematoso diseminado, la hepatitis vírica, la cirrosis hepática, la vacunación antigripal, la artritis reumatoide, mujeres embarazadas, y muchísimas más. Esta verdad sobre el ELISA se complementa con el hecho de que su negatividad tampoco descarta necesariamente la ausencia del supuesto virus ya que existe un intervalo de tiempo muy variable entre la supuesta infección del VIH y la aparición de anticuerpos anti-VIH medibles (período de ventana inmunológica). Dicho de otro modo, usted puede resultar ser “seropositivo” sólo con haberse vacunado contra la gripe o sólo con padecer artritis reumatoide.

Y como los resultados del ELISA no son en ningún caso concluyentes, a las personas que han dado positivo en este test se les suele someter a la prueba del Western Blot (WB) como presunta prueba de confirmación, la cual se basa en la separación de las proteínas obtenidas del supuesto VIH-1 procedentes del cultivo del virus y purificadas por centrifugación. Las personas que tienen la desgracia de resultar positivo a este test son considerados “seropositivos” de forma cierta e inequívoca. No obstante y a pesar de lo extremadamente exacto que los científicos consideran a este método como prueba inequívoca de seropositividad, está demostrado que el WB está muy lejos de ser la prueba de confirmación definitiva de la presencia del VIH. Efectivamente, cada uno de los diferentes equipos comerciales que existen para la realización de esta prueba dan instrucciones extremadamente precisas sobre cómo interpretarla y tienen muy distintos criterios de positividad entre ellos de forma que, al igual que ocurría con los criterios diagnósticos de SIDA, la positividad del WB tampoco es homogénea y depende del organismo político-sanitario que la determine, cómo se muestra a continuación:

- **FDA:** Existencia por lo menos de tres bandas: p24, p31 y gp41 u otra glucoproteína
- **ARC:** Existencia de al menos 3 bandas una por cada uno de los 3 genes estructurales
- **CDC:** Al menos dos bandas: p24, gp41 y gp160/120
- **CRSS:** Al menos una banda del core (gag/pol) y otra de envoltura (env)
- **OMS:** Al menos dos bandas de envoltura

Podría plantearse como argumento de especificidad y certeza de esta prueba, el criterio de mínimos. Es decir, “*aunque los criterios de positividad no sean homogéneos, tampoco debieran ser excluyentes y al menos debería haber un mínimo para ser considerado positivo.*” Pues bien, el WB no cumple ni esa premisa, porque en las primeras fases de la supuesta infección por VIH hay muy pocos anti-p24 y anti-gp41 y en las fases terminales de la enfermedad tampoco se encuentran. Pero es que además el WB presenta reactividad indeterminada en las bandas p24, p55 y p66. Quiere ello decir que, cuando estas bandas son positivas, pueden serlo a otras muchas circunstancias al margen del VIH como por ejemplo a la infección por otros retrovirus humanos.

Comprobamos pues, que el método de diagnóstico utilizado nada menos que para confirmar la presencia del VIH y, por tanto, para etiquetar a la “víctima” de seropositiva tiene las siguientes características: 1) Es muy caro y se realiza rara vez por su coste económico; b) Es muy difícil de interpretar y requiere personal muy especializado para hacerlo; c) Es interpretado de forma diferente por las distintas instituciones médicas, lo cual nos lleva a la siguiente pregunta: Si se requiere personal muy cualificado para interpretar el WB, ¿por qué es interpretado de forma distinta por los distintos organismos sanitarios?, ¿la cualificación profesional es distinta de unos a otros?, ¿unos están más cualificados que otros?, ¿no es un contrasentido?; d) Depende del criterio subjetivo del científico que la evalúa y de su grado de cualificación profesional, e) No es específica; f) Da falsos positivos y g) Da falsos negativos.

No sorprende en absoluto que Inglaterra y País de Gales dejaran de utilizar el WB en 1992 ya que el Laboratorio de Referencia para Virus de Londres llegó a la conclusión de que este método diagnóstico creaba demasiados problemas. Asimismo este laboratorio dejó constancia por escrito de que el WB *debería haber permanecido como una simple herramienta de investigación en vez de ser utilizado para diagnosticar la supuesta infección por VIH.* ¿Y todavía existen científicos que no se les cae la cara de vergüenza cuando aseguran que el WB es la prueba de confirmación de la seropositividad?

Y por fin llegamos a la prueba de oro, al método irrefutable, a la técnica cuya fiabilidad debería ser del 100% ya que se trata de la constatación visual del VIH mediante su cultivo. Este libro carecería de sentido si esta prueba de oro cumpliera su misión, que no es otra que la constatación visual del VIH y su relación con el SIDA. Su utilización es relegada a estudios de variabilidad genética, sensibilidad a antirretrovirales, epidemiología molecular y diagnóstico de la infección en el recién nacido o en las infecciones asintomáticas. Para su ejecución se suelen incubar durante un mes las células presuntamente infectadas con el virus, pero sorprendentemente tras este periodo de tiempo no se intenta detectar el virus sino su antígeno p24 que cómo ya sabemos no es específico del VIH. Es como si cultivamos una planta para constatar su presencia y cuando ya la tenemos crecida no la usamos en todo su conjunto para constatar fehacientemente su presencia sino que nos dedicamos a arrancarle parte de un pétalo de su flor y de esa forma queremos hacerla patente cuando en realidad sabemos que esa parte de ese pétalo puede ser común a muchísimas otras plantas distintas. Algunos científicos van más allá e

intentan además detectar la actividad de la transcriptasa inversa o incluso el propio ácido nucleico viral mediante técnicas de amplificación genética. Pero puesto que el VIH jamás ha sido aislado como una entidad viral independiente, libre y purificada, no es posible definir en forma correcta la sensibilidad y la especificidad de ninguna de las pruebas para el VIH.

En la actualidad, la sensibilidad y la especificidad de estas pruebas son definidas no por la comparación con el VIH mismo, sino por la comparación con las manifestaciones clínicas del SIDA o con los recuentos de las células CD4. Así que, como no existe estándar de oro reconocido para establecer la presencia o ausencia de anticuerpos anti VIH-1 en la sangre humana, la sensibilidad se establece con base en el diagnóstico clínico del SIDA y la especificidad, con base a donadores de sangre al azar. Por tanto, todos los resultados positivos para el VIH deben ser considerados resultados falsos positivos.

El mismo Dr. Gallo, después de haber negado de forma reiterada el empleo de sustancias estresantes celulares en los cultivos que sirvieron de base para el aislamiento del VIH, no tuvo más remedio que reconocer haber utilizado hidrocortisona tras el chivatazo del Dr. Popovic, el cual había sido despedido meses antes de su equipo de colaboradores. En su descargo, Gallo alegó que había usado corticoides precisamente para estimular el crecimiento celular, cuando todo científico sabe que la hidrocortisona no estimula el crecimiento celular sino que, por el contrario, lo suprime creando una situación de estrés celular que hace que las células a las que se le añade este corticoide produzcan unas proteínas que no producen en situaciones normales. Es escandaloso saber que estas proteínas que producen las células cuando son estimuladas de forma artificial son precisamente las que se utilizan para el test del SIDA.

En ambientes científicos se asegura que estas pruebas tienen una fiabilidad del 99% pero, ¿una fiabilidad con respecto a qué?, ¿con qué se comparan estas pruebas para determinar su grado de certeza? Puesto que ha quedado claro que no existe la prueba de oro, es evidente que los resultados de estas pruebas no pueden compararse con ningún otro parámetro analítico de control y que, por lo tanto, no se puede determinar el grado de fiabilidad de estas pruebas a no ser que se basen en la observación de la sintomatología.

En este punto concreto es donde hay que referir algo que los profanos en medicina desconocen, porque este hecho de ausencia de prueba de oro puede extenderse a un amplio abanico de enfermedades.

La Medicina en general es una ciencia de probabilidades y el arte de manejar la incertidumbre. Para establecer un diagnóstico de cualquier entidad clínica se tienen en cuenta la historia clínica, la exploración física y la realización de pruebas complementarias, las cuales pueden ser en serie, si se realizan según el resultado de pruebas previas, o en paralelo si se realizan de forma simultánea. Las pruebas complementarias en paralelo suelen aumentar la probabilidad de diagnosticar a un enfermo, pero también aumentan la probabilidad de considerar como enfermo a un sano. En cambio, el riesgo de

las pruebas en serie es no diagnosticar a algunos enfermos aunque muy pocas personas sanas serían consideradas como enfermas.

Es evidente que una buena prueba diagnóstica es la que ofrece resultados positivos en enfermos y negativos en sanos. Por lo tanto, las condiciones que deben exigirse a cualquier test diagnóstico son validez, reproductividad y seguridad. La validez de un test depende de su sensibilidad y de su especificidad. La reproductividad o capacidad del test para ofrecer los mismos resultados cuando se repite su aplicación en circunstancias similares, depende de la variabilidad biológica del hecho observado y del analista que la interpreta. La seguridad o valor predictivo de un resultado positivo o negativo está claramente influenciada por la prevalencia de la patología buscada.

Pues bien, las pruebas utilizadas para diagnosticar de SIDA ni son válidas ni son reproducibles ni son seguras, quedando su interpretación en manos del criterio personal del analista que las determine. Lo patético es que este hecho no sólo ocurre en el caso del SIDA sino también en un amplio abanico de enfermedades, siendo muy pocas las entidades clínicas que presentan síntomas o signos patognomónicos y, por tanto, siendo muchas las enfermedades cuyo diagnóstico se establece por el simple criterio personal del médico que las enjuicia, generalmente basado en la historia clínica, la exploración y las pruebas complementarias.

Capítulo 7

TRATAMIENTO DEL SIDA

“Que feliz hubiera sido Hitler si los judíos hubiesen cooperado mientras iban a las cámaras de gas igual que los enfermos de SIDA cooperan mientras son tratados con AZT””

(Peter Duersberg)

Ciertas empresas multinacionales farmacéuticas como la Wellcome/Glaxo/Smith/Kline y otras, están muy interesadas en la fabricación, distribución y comercialización, a nivel mundial, de medicamentos susceptibles de ser consumidos por los enfermos mientras dure la vida de estos. Las causas son obvias: un fármaco que cure no es rentable, mientras que un fármaco que se consume de por vida, genera muchos ingresos.

Los antirretrovirales como tratamiento del SIDA no escapan a esta dinámica comercial y pronto comprobamos que la primera y más importante premisa que los fabricantes de estos fármacos establecen respecto a su uso en seropositivos es que aquellos han de ser utilizados mientras dure la vida del paciente, a pesar de que su eficacia es, en el mejor de los casos, muy dudosa.

La evidencia de que estos fármacos son muy caros y, por tanto, de difícil adquisición por los países más pobres, ha suscitado en ciertos grupos acomodados de población el sentimiento de caridad y de solidaridad con aquellas regiones económicamente deprimidas. Con esta muy inteligente técnica de venta se consigue lo siguiente:

- a) Generar ansiedad en la población que no puede adquirir los antirretrovirales y con ello el subsiguiente aumento de la demanda que se explica por la conocida técnica de la negación. Esta técnica de venta es muy utilizada por ciertas empresas y consiste en que la negación de un objetivo que se cree fácil de conseguir y que además se piensa beneficioso, produce mucho más interés en conseguirlo. ¿No ha tenido más ganas de entrar a un determinado local de moda cuando, en la misma puerta de entrada, el portero de turno le niega el acceso?

- b) Incentivar a las organizaciones sanitarias privadas y públicas para que luchen contra la “injusticia” que supone la dificultad de acceso de los pobres a los antirretrovirales. ¿Y cuantas formas tienen estas organizaciones de luchar contra eso?: haciendo promociones, influenciando la sensibilidad de la población, apelando a la solidaridad y recaudando dinero a base de limosnas y aportaciones económicas de instituciones solidarias que luchen contra la injusticia.

El tratamiento de lo que se ha dado en llamar SIDA ha consistido y consiste en el tratamiento por separado de las distintas entidades clínicas que lo componen. El único tratamiento farmacológico oficial contra el supuesto VIH, los antirretrovirales, es dañino, perjudicial, inútil y además puede matar. Si el SIDA no existe como la entidad infecciosa transmisible que nos quieren hacer creer, el tratamiento eficaz contra este, tampoco existe.

Estas tres razones habían hecho que, en un principio, me hubiera planteado no dedicar ni una sola línea al tratamiento del SIDA y mucho menos todo un capítulo ya que los antirretrovirales, lejos de curar, no hacen más que acentuar la sintomatología, ya de por sí florida, en los enfermos etiquetados de SIDA. Además, añaden nuevas patologías, hasta el punto de que muchos científicos consideran que el uso de antirretrovirales es la causa de muchas más muertes que las originadas por el propio SIDA.

Pero la etiqueta de “seropositivo” lleva implícita desgraciadamente la connotación de muerte. No digo que esto deba de ser así, pero sí afirmo que la mayoría de la gente así lo considera. Y no hay nada más cruel que tener la sensación de estar condenado a muerte y no disponer de ningún remedio al que agarrarse para evitar el teórico fatal desenlace. Por tanto, los vendedores de esperanza han ideado un tratamiento farmacológico que sólo sirve de “hierro ardiendo” al que agarrarse a la vida a los enfermos de SIDA, ignorantes estos de que, el mismo tratamiento que ellos creen que los mantiene con vida, es precisamente el que les acentúa sus síntomas, cuando no les produce síntomas nuevos y en muchos casos los mata.

Es curioso observar como la mayoría de los antirretrovirales del mercado son comercializados por GlaxoSmithKline, empresa que depende de la Wellcome Inc. Es curioso también observar cómo el precio de estos tratamientos oscila entre 200 y 1.200 euros por caja de medicamento, cifra desorbitada si tenemos en cuenta lo que dice explícitamente las instrucciones de todas ellas:

“Se debe informar a los pacientes de que este fármaco, o cualquier otro tratamiento antirretroviral actual no cura la infección por VIH. Tampoco evita el riesgo de transmisión del VIH a los demás a través del contacto sexual o contaminación

sanguínea. Debe ser usado en combinación con, al menos, otros dos antirretrovirales”

¿No parece un contrasentido a simple vista que se informe explícita y claramente sobre la ineficacia de cada uno de los antirretrovirales del mercado para curar el SIDA y al mismo tiempo se diga que han de utilizarse, al menos tres? Cualquier persona inteligente pensaría que, aunque un solo antirretroviral aplicado de forma independiente no cure el SIDA, la suma de los efectos de tres antirretrovirales sí debería servir para paliar el síndrome. Sin embargo, cualquier persona un poco más inteligente podría pensar que la manifestación clara y explícita de la ineficacia de todos los antirretrovirales para curar el SIDA no es más que una fórmula legal utilizada por los laboratorios que fabrican estos fármacos para defenderse de las más que probables demandas por ineficacia. Y esta defensa legal consiste en el patético: “ya te advertí que este fármaco no curaba”

A pesar de la espeluznante y terrible claridad del prospecto informativo de todos los antirretrovirales al hacer hincapié en su inutilidad para curar el SIDA, en la actualidad existen tres grupos de fármacos que se utilizan para su tratamiento (ver tabla 4):

TABLA 4

- Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN)

FÁRMACO	CARACTERÍSTICAS	DOSIS MÁS COMUNES	EFECTOS SECUNDARIOS	NO COMBIN A CON
Zidovudina (ZDV, AZT)	El primer fármaco anti VIH. Usado para evitar la transmisión materno-fetal	250-300 mg cada 12 horas	Anemia, reducción de los neutrófilos. Malestar general, vómitos o anorexia	d4T
Estavudina (d4T)	Uno de los de los tienen menos resistencias a largo plazo	30-40 mg cada 12 horas	Neuropatía periférica	AZT, ddC
Didanosina (ddl)	Combinado con d4T parece producir pocas resistencias víricas	125 mg cada 12 horas.	Molestias digestivas, Pancreatitis y neuropatía periférica	ddC
Zalcitabina (ddC)	Difícil de combinar con otros ITIAN	0,75 mg cada 8 horas	Neuropatía periférica, aftas orales y pancreatitis	con el AZT
Lamivudina (3TC)	Causar resistencias, por eso se asocia con fármacos más potentes	150 mg cada 12 horas	Alteraciones gastrointestinales y cefaleas	-
Abacavir	Uno de los más potentes	300 mg cada 12 horas	fiebre, náuseas, erupción cutánea	-

- Inhibidores de la transcriptasa inversa nucleótido (ITINN):

ITINN	CARACTERÍSTICAS	DOSIS MÁS COMUNES	EFFECTOS SECUNDARIOS	NO COMBINA CON
Nevirapina	Su efecto es potente y duradero al combinarse con ITIAN. Penetra bien el sistema nervioso central	200 mg cada 12 horas	Daño hepático	Saquinavir. Disminuye la concentración de metadona en la sangre
Efavirenz	De primera opción ante los inhibidores de la proteasa en combinaciones triples	200 mg antes de acostarse	Mareo, insomnio, somnolencia, depresión, falta de concentración, irritabilidad.	antialérgicos, antiácidos o tranquilizantes
Delavirdina	El único ITINN que se puede combinar con Saquinavir	100 mg /8h	toxicidad hepática	Delavirdina, ddl o antiácidos

- Inhibidores de la proteasa (IP)

IP	CARACTERÍSTICAS	DOSIS MÁS COMUNES	EFFECTOS SECUNDARIOS	NO COMBINA CON
Ritonavir	Uno de los IP más potentes	600 mg/12h.	Diarrea y náuseas.	Todos los IP, antihistamínicos, antiácidos y tranquilizantes
Indinavir	Similar en potencia al Ritonavir	800 mg/8h	Lumbalgias, cálculos renales	Saquinavir
Saquinavir	Usar cápsulas blandas	600 mg/8h.	Toxicidad hepática y diarrea.	Indinavir, Efavirenz (sin Ritonavir) y nevirapina
Nelfinavir		750 mg/8h.	Diarrea	-
Amprenavir		1.200 mg /12h.	Bien tolerado	-

Ante tal conjunto de fármacos y su precio en el mercado, se podría pensar que alguno de ellos debería ser eficaz o al menos no perjudicial, pero por desgracia esto no es así. Todos estos fármacos son inmunodepresores ya que, en teoría, cortan de raíz procesos básicos de la división celular. ¿Quién asegura que estos fármacos sólo inhiben la proteasa y la transcriptasa inversa del supuesto VIH y no van más allá inhibiendo procesos biológicos naturales de las células normales, máxime si hay quien postula que la transcripción inversa es un proceso normal del metabolismo celular? Piense un poco y reflexione que cuando un fármaco entra en el organismo, actúa de forma indiscriminada sobre TODO el organismo y no exclusivamente sobre un virus. Piense que un virus sólo puede subsistir dentro de una célula y si este es alterado de la forma que sea, la célula también es alterada. Es impropio pensar que se puede anular la replicación de un virus y dejar intacta la célula que lo contiene. Y como esto es así y desafortunadamente no es de otra forma,

todos los antirretrovirales utilizados hoy día son más perjudiciales que beneficiosos.

Por esta razón todos los antirretrovirales producen insuficiencia hepática, insuficiencia renal, anemia, disminución de células defensivas, diabetes mellitus, redistribución de la grasa corporal, tendencia a hemorragias, pancreatitis, neuropatías e incompatibilidad con la administración de algunos antibióticos como la rifampicina.

Por lo tanto, ¿por qué se administran drogas que dañan al hígado a enfermos que de antemano se sabe que tienen el hígado dañado, como son los enfermos de SIDA? ¿Por qué se administran drogas que dañan el riñón a estos enfermos si ya se sabe que suelen tener insuficiencia renal de base? ¿Por qué se administran drogas que bajan las defensas a enfermos que ya tienen sus defensas bajas? ¿Por qué añadir una enfermedad más, como es la diabetes mellitus, a enfermos que ya están deteriorados? ¿Por qué aumentar el riesgo cardiaco a personas que ya están muy enfermas? ¿Por qué dar antirretrovirales que favorecen las hemorragias a enfermos que ya tienen hemorragias como los hemofílicos?

Aunque la lógica y el sentido común dicen que el tratamiento de estos enfermos ha de ser individualizado y específico para cada uno, ya que no todos tienen las mismas connotaciones clínicas ni sociales, es decir, que no es lo mismo tratar de SIDA a un heroinómano de años de evolución que a un enfermo de hemofilia, por ejemplo; eso casi nunca se lleva a efecto y los estudios de eficacia realizados suelen estandarizarse y meter en el mismo saco a todas las personas seropositivas.

Casi todos los estudios clínicos realizados demuestran que la eficacia del tratamiento antirretroviral es de un 50%. Es decir, que un enfermo de SIDA tratado con antirretrovirales tiene las mismas posibilidades de disminuir sus indicadores séricos de SIDA que de no disminuirlos, aunque en ningún caso se cure. A pesar de ello, las Doctoras M. Mansilla y A. Breselli, de la Clínica de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina de Montevideo en Uruguay, dicen: *“con la combinación de potentes antirretrovirales es posible suprimir la replicación viral por períodos prolongados lo que se traduce en un descenso de la carga viral por debajo de los límites de detección aunque ello no significa la eliminación del virus”* ¿No parece un contrasentido que aquello que se establece científicamente para medir el grado de infección, cómo es la carga viral, no sirva, una vez conseguida su ausencia, para asegurar que el virus está eliminado? Ellos explican este hecho porque se produce una resistencia a los antirretrovirales pero no explican el mecanismo patogénico por el cual se produce esta resistencia. Asimismo, justifican el fracaso del tratamiento con antirretrovirales además porque hay mala tolerancia, falta de adherencia y por el acantonamiento del virus en “órganos santuarios”. Cabría preguntarse entonces: ¿por qué no es posible medir la carga viral en estos órganos santuarios?

En abril de 1990 se publicó uno de los pocos estudios medianamente serios realizados para evaluar la eficacia del tratamiento con antirretrovirales

en las personas seropositivas. Y digo “medianamente serio” porque se realizó con 1.338 pacientes asintomáticos con CD4 inferior a 500/mm³ distribuidos aleatoriamente, a triple ciego en tres grupos: un grupo placebo y dos grupos tratados con AZT en 2 dosis (500 mg/día y 1.500 mg/día). En las 55 semanas de seguimiento progresaron a sida 11 pacientes con AZT (500 mg/día) con buena tolerancia y 14 con AZT (1.500 mg/día), frente a 33 casos con placebo, pero no hubo diferencias de supervivencia. Este estudio reveló también que el 14% de los pacientes desaparecieron de las estadísticas, que 30 pacientes del grupo que consumía AZT a altas dosis necesitaron transfusiones de sangre para sobrevivir, que muchos pacientes del grupo placebo consumieron AZT, que muchos pacientes del grupo AZT rebajaron la dosis y, lo más importante: al final se contabilizaron tasas de mortalidad similares en los tres grupos. Además, 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.

Más recientemente, en un estudio y seguimiento realizado en 2001 a 112 pacientes previamente tratados que sirvió como tesis doctoral del doctor Bernardino Roca Villanueva en la Universidad de Barcelona, titulado: “Adherencia, efectos secundarios y eficacia de tres estrategias de tratamiento antirretroviral” se establecían como conclusiones principales las siguientes:

1. El tratamiento secuencial con análogos de nucleósidos parece ligeramente superior a la monoterapia con dichos fármacos. Aunque ambas modalidades de tratamiento se vieron superadas por la terapia combinada. Otras estrategias similares al tratamiento secuencial como la interrupción estructurada del tratamiento, parecen eficaces para mejorar la respuesta inmune frente al VIH.
2. La falta de adherencia a los tratamientos antirretrovirales de gran actividad constituyen un gran problema. Los pacientes drogadictos fueron menos adherentes que los que tenían otros factores de riesgo de infección por el VIH, pero las diferencias entre ambos grupos de pacientes no fueron importantes.
3. La adherencia al tratamiento con estavudina, lamivudina y nelfenavir fue superior a la obtenida con estavudina, lamivudina e indinavir.
4. Los efectos secundarios y la eficacia obtenidos con estavudina, lamivudina e indinavir fueron similares en los pacientes drogadictos y en los pacientes con otros factores de riesgo de infección por VIH.
5. Los efectos secundarios fueron menores con la combinación estavudina, lamivudina y nelfenavir que con la combinación estavudina, lamivudina e indinavir. La eficacia obtenida fue similar con ambos tratamientos.

Del análisis lógico de estas conclusiones, que sirvieron en su tiempo para que a un licenciado en Medicina y Cirugía obtuviera el título de doctor por la Universidad de Barcelona, se desprende lo siguiente:

- a) Que la interrupción estructurada del tratamiento antirretroviral parecía eficaz para mejorar la respuesta inmune.
- b) Que no hay diferencias significativas en cuanto a eficacia del tratamiento con antirretrovirales entre los drogadictos con SIDA y el resto de la población con SIDA.
- c) Que la eficacia del uso de un grupo combinado de antirretrovirales fue similar a la eficacia del uso de otro grupo combinado de antirretrovirales. Sin embargo, los efectos secundarios eran menores en uno que en otro.

Cuando se dice que la eficacia del tratamiento es del 50%, se está asegurando que existe un 50% de posibilidades de reducción de los valores analíticos que definen al SIDA, es decir, aumento de los linfocitos CD4 y disminución de la carga viral. Sin embargo, no aseguran la eliminación del supuesto virus. Por lo tanto, nadie explica ni las expectativas ni la calidad de vida que tienen los pacientes tratados con antirretrovirales ya que nadie puede hacer un estudio, y por tanto comparar, entre lo que ocurre y lo que podría ocurrir, pues lo que podría ocurrir aún no ha ocurrido.

El conocimiento de todos estos datos junto al conocimiento de la historia sobre cómo consiguió la Wellcome la autorización por parte del Gobierno Norteamericano para comercializar el AZT, constituyen, al menos, indicios razonables para sospechar la total y absoluta ineficacia de estos fármacos.

Puede resultar escandaloso lo que escribo porque escandalosa puede ser la verdad. Puede parecer escandaloso dejar sin esperanzas a las personas que han sido etiquetadas de SIDA. Pero si se interpreta correctamente, lo que intento transmitir es todo un mensaje de esperanza y liberación a todos aquellos que han sido declarados “seropositivos” porque, en realidad no tienen nada más que temer que las consecuencias de la patología de base que tengan, pero no las consecuencias de una enfermedad que en realidad no existe como entidad de etiología infecciosa: el SIDA.

Capítulo 8

EL SIDA Y SUS CONSECUENCIAS

“Aprender sin pensar es inútil. Pensar sin aprender, peligroso”

(Confucio)

Donde hay manipulación suele haber mucha polémica y el SIDA es un tema muy polémico en ciertos niveles científicos, pero no trasciende a la gente porque esta polémica es permanentemente silenciada por los medios de comunicación. Pero la gente no es tonta y la comunidad científica menos. Y aunque es cierto que es más fácil engañar a todo el mundo que a una sola persona, también es cierto que se puede engañar a todo el mundo durante poco tiempo o a unas cuantas personas durante todo el tiempo, pero es imposible engañar a todo el mundo durante todo el tiempo. Y la gran mentira del SIDA lleva produciéndose desde hace más de 25 años.



Científicos de gran talla como Peter Duesberg, considerado una de las autoridades mundiales en retrovirología y que había sido propuesto por las autoridades norteamericanas como candidato al Nóbel hasta que en 1987 se atrevió a cuestionar el dogma VIH=SIDA o Kary Mullis, Nóbel de Química en 1993 por descubrir la técnica para detectar y multiplicar información genética en forma de ADN o miles de científicos más en todo el mundo cuestionan la teoría vírica del SIDA. En contraposición, los médicos especialistas de SIDA, se han acostumbrado a que nadie haya cuestionado su trabajo. A pesar de que no han conseguido una sola remisión clínica completa, han sido reverenciados, adulados y tratados como autoridades. Ellos llaman ciencia a lo que se publica en las revistas científicas. Lo malo es que lo que se publica en las revistas científicas está escrito por ellos.

Resulta curioso observar cómo mientras el grupo de científicos “disidentes” de la teoría convencional postula sus conclusiones basadas en sus propias experiencias, el grupo opuesto no sólo se dedica a descalificar a los disidentes sino que además incide en el insulto personal y en la ridiculización de las teorías alternativas. Es lógico pues preguntar: ¿por qué tanta beligerancia si sólo se trata de encontrar la verdad? La respuesta no deja lugar a dudas: Una

pequeña parte de los científicos que apoyan la teoría vírica del SIDA tiene algún interés personal o comercial en ello, el resto simplemente acepta lo que le dice la ciencia oficial sin darle más vueltas al asunto. Mientras, todos los científicos que se han apartado de la teoría convencional sobre la génesis del SIDA y se han atrevido a manifestarlo, no sólo han perdido las subvenciones que tenían sino que además han sido apartados de forma sistemática por los poderes fácticos. ¿Estos científicos son tan imbéciles que después de haber logrado cátedras, premios, reconocimiento mundial y subvenciones del Estado, han decidido prescindir de todo eso y se han lanzado a una especie de cruzada quijotesca en contra de lo supuestamente obvio? ¿Estos señores están locos y constituyen una especie de “camicaces” que se suicidan científicamente después de haberlo conseguido todo? ¿No es mucho más lógico pensar que están completamente convencidos de lo que afirman porque lo han visto con sus propios ojos?; ¿no es mucho más lógico suponer que no aceptan la teoría infecciosa del SIDA porque a ellos les ocurre lo mismo que a mí?: No sólo no les cuadra muchas cosas referente al fenómeno SIDA, sino que además han investigado sobre ello y no han sacado las mismas conclusiones que aquellos científicos adoradores de la teoría vírica, simplemente porque los “herejes” no cobran de ningún laboratorio, multinacional farmacéutica o gobierno y los alineados sí.

Y esta es la única verdad; no nos engañemos. No es lógico que personalidades como los científicos disidentes mencionados en este libro, arriesguen toda su carrera por algo que no es cierto. Si lo han hecho es porque desde su más honrado sentido científico, es lo que creen. De los otros, de los que defienden a capa y espada la teoría infecciosa del SIDA, es evidente que lo que en realidad defienden, en el 90% de los casos, es la teoría de otros y en el 10% su propio estatus social y seguir disfrutando del grifo económico que supone las subvenciones gubernamentales.

No obstante, la inmensa mayoría de las personas no médicas o científicas tienen muy claro que el SIDA existe y que además es contagioso. Algunas de estas personas recalcitrantemente convencidas no dudan de la existencia del SIDA tan sólo porque vivieron de primera mano numerosas muertes en los Estados Unidos de amigos o parientes homosexuales que en su día fueron etiquetados como enfermos de SIDA. ! *Cómo no voy a creer en el SIDA si caían como moscas!*, dicen. Ignoran que este fenómeno es un invento socio-político-económico-científico-médico-religioso-moralístico-mediático-racista destructivo creado en 1981 en USA por iniciativa del EIS, dependiente de los CDC de Atlanta. Ignoran que, el entonces vicepresidente Bush, antes de ser director de la CIA, había sido presidente del laboratorio Lilly. Ignoran que la decisión fue tomada por el máximo nivel político y gubernamental probablemente para tapar o camuflar la muerte de miles de homosexuales americanos a los que se les había recetado durante varios años trimetoprim/sulfametoxazol (septrim) como preventivo de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Ignoran que estos homosexuales ya estaban cayendo como moscas por el abuso continuado de septrim y el riesgo de un escándalo médico-científico, con la consiguiente avalancha de reclamaciones contra los médicos y los laboratorios, era muy alto por lo que, dado que estas

personas iban a morir de todas formas, el SIDA fue presentado como inevitablemente mortal y además a corto plazo.

Los motivos por los que, por primera vez en la historia de la medicina, se usó septrim como preventivo de las ETS contraviniendo así las más elementales normas de administración de quimioterápicos, son un misterio. Por un lado, pudo ser una simple moda espontánea entre los homosexuales para evitar infecciones, pero, por otro, esta moda pudo ser inducida como parte de algún estudio dirigido a comprobar el tiempo de aparición de resistencias al septrim. Y los homosexuales eran el colectivo ideal para dicha comprobación ya que este colectivo no tiene descendencia, con lo cual las consecuencias del ensayo no afectarían al conjunto de la población americana y a futuras generaciones.

Vemos pues que las consecuencias del fenómeno SIDA son muchas y grandes. La primera, por poner un orden, crear discrepancia dentro de la comunidad científica y camuflarla para que nadie se entere, calibrando de esta forma el grado de poder mediático que se tiene sobre la masa poblacional del planeta. La segunda, recibir indecentes cantidades monetarias en concepto de patentes, ventas de pruebas diagnósticas, tratamientos, subvenciones estatales por investigación, viajes, congresos, etc. La tercera es el control demográfico de la población mundial. La cuarta puede consistir en establecer un modelo de referencia para futuros engaños similares, tema que es tratado con más profundidad en el capítulo siguiente. La quinta, ... la muerte.

Pudiera pensarse que el SIDA fue diseñado en un primer momento como tapadera para camuflar las atrocidades experimentales de algunos laboratorios norteamericanos, pero dicho invento se les fue de las manos y entonces se percataron de que podría ser muy útil para otras cuestiones de control poblacional. Por un lado, se trató de establecer un control demográfico a nivel global y el SIDA no fue más que parte de la estrategia. Los recursos del planeta eran y son muy limitados y, por tanto, los grupos de poder decidieron continuar reduciendo la población mundial diseñando un plan que abarcara todos los ángulos desde la reducción de nacimientos hasta el exterminio de los grupos de población marginada.

La reducción de nacimientos la consiguen fomentando el uso de preservativos mediante la “inoculación mental” del miedo que supone el contagio del VIH y, además, favoreciendo el miedo a la probabilidad de embarazos no deseados y, por consiguiente, alentando la necesidad de utilizar otras técnicas anticonceptivas. Y para complementar esta medida, no dudan en acudir al aborto como remedio de urgencia. Para este fin, John D. Rockefeller III fundó en 1952, en Nueva York, el Consejo de Población, un organismo orientado hacia la planificación familiar y el control de la natalidad que se dedica a buscar y promover métodos que puedan utilizarse de forma masiva para controlar, lo que ellos llaman “explosión demográfica del tercer mundo”. Este Consejo ha trabajado intensamente en el lanzamiento de la píldora anticonceptiva, del DIU (Dispositivo Intrauterino), de la píldora abortiva RU486, y sigue muy de cerca las investigaciones sobre una vacuna abortiva. Sólo en España, durante el año 2004, se practicaron 85.000 abortos legales, lo

que quiere decir que en realidad se practicaron muchos más. Esto supone que por cada 3 niños que iban a nacer, uno no nace.

El exterminio de la población marginada es una simple teoría personal y no podrá ser demostrada hasta que en su tiempo la Historia se encargue de ello. Si nunca se hubiera producido el hecho constatable del intento de exterminio de una masa social “non grata” para un determinado núcleo de poder, jamás se me hubiera ocurrido esta hipótesis. Pero, desgraciadamente, existen antecedentes históricos sobre este asunto. Obviando a Herodes, ya a mediados del Siglo XIX el filósofo Thomas Malthus proponía el control demográfico mediante el exterminio de los recién nacidos y propiciando las condiciones necesarias de suciedad y precariedad para que las enfermedades eliminaran a la población marginada. En 1904 se creó en Estados Unidos la “Station of Experimental Evolution”, dedicada a experimentar con personas marginadas con el mismo objetivo del control demográfico. En 1910 se creó también en Estados Unidos la “Eugenic Record Office”, una oficina cuyos fines no sólo consistían en mejorar genéticamente a las personas de raza blanca sino que además se dedicó a promover el control demográfico a nivel mundial llegando incluso a contaminar vacunas antipolio, antihepatitis B, antivariolísticas, cocaína y heroína con el virus SV40 y de esta forma provocar en la población marginada un síndrome muy parecido al SIDA primero y la muerte después. Incluso el Nóbel Francis Krick propuso en un simposium del laboratorio CIBA, la contaminación del agua con sustancias químicas esterilizantes para reducir la población marginada.

Estos hechos y otros muchos como estos han sido reconocidos por los distintos gobiernos de los Estados Unidos. No obstante, los medios de comunicación los han ocultado al mundo y, por tanto, ningún gobierno ha actuado para evitarlos. Sin embargo, el intento de exterminio del pueblo judío y de otros grupos de población durante los años de la Alemania nazi sí fue conocido por el mundo. Mientras este atroz genocidio ocurría, algunos gobiernos de la época miraban hacia otro lado, otros seguían medrando en el oscuro túnel de la resignación, otros incluso coqueteaban con el poder nazi y sólo ciertos sectores judíos muy poderosos de los Estados Unidos de América y la URSS se plantearon la necesidad de intervenir militarmente para parar el holocausto. Pero que nadie piense que esta intervención militar estuvo basada en criterios éticos, morales o ideológicos, porque nada está más lejos de la realidad. Estuvo basada en criterios estrictamente económicos y de reestructuración de poder. Empero estos hechos sólo fueron publicados y difundidos a todo el mundo muchos años después.

Considerando pues estos y otros antecedentes históricos, ¿por qué no cuestionar que en este preciso momento, mientras usted está leyendo esto, puede estar produciéndose un genocidio mucho mayor que el genocidio nazi? No un exterminio en campos de concentración, ni con tanques, ni con misiles. No un exterminio con gas ciclón, ni un exterminio a una determinada raza; sino un exterminio basado en la aplicación global de un **Sistema Inteligente de Aniquilación (SIDA)** tan sutil cómo eficaz basado en la muy ingeniosa técnica del “is for your protection”. Un sistema cuyos campos de concentración son los guetos donde vive la población marginada, cuyas armas son los

tratamientos que en teoría debieran retrasar la evolución del síndrome y cuyo objetivo es el exterminio de los grupos marginados, llámense homosexuales, lesbianas, drogadictos, negros, pobres, colectivos “incómodos” para el poder o simplemente enfermos de SIDA.

El poder crea un síndrome mortal en un despacho con un triple objetivo: primero, controlar a la población marginada a través del miedo al SIDA; segundo, recaudar suculentas cantidades de dinero con la comercialización de un tratamiento anti-SIDA que lejos de curar sólo retrasa la evolución del síndrome, pero que la población afectada considera vital y, tercero, eliminar de forma lenta pero segura a la población marginal a través de ese mismo tratamiento. Y todo ello con la complicidad de la mayor parte de los gobiernos del mundo.

Es un hecho que los periodistas tienen escasa idea de medicina y cuando intentan transmitir una noticia médica en un medio de comunicación no especializado, cualquier profesional médico nota fácilmente la carencia de cultura médica del periodista en cuestión. Es innegable que la gran mayoría de los políticos suelen carecer de conocimientos sanitarios y por tanto son fácilmente influenciables en todo lo referente a temas médicos. Aunque sería pueril considerar que los políticos no se rodean de personal altamente cualificado en medicina que ejerza de “consejero” a la hora de tomar decisiones acerca de un determinado tema sanitario. Lo malo viene cuando el personal médico cualificado para ejercer de consejero político, tiene intereses económicos y sociales o simplemente le gusta ejercer ese “pecado” llamado vanidad. Y si estamos cansados de ver cómo personas de alto nivel intelectual son capaces de ignorar sus más íntimas convicciones éticas y morales en beneficio de un determinado partido político, ¿cómo no se puede considerar que profesionales sanitarios, médicos o científicos, en general, no sean capaces de ignorar sus conocimientos e inquietudes éticas en beneficio de un determinado proyecto político que, a su vez, les beneficia directamente tanto de forma económica como social? Desgraciadamente hay innumerables ejemplos bien documentados en la historia.

Por tanto, aunque esta hipotética idea del exterminio de la población marginada pueda parecer a primera vista la teoría de un iluso que cree en las confabulaciones, si nos atenemos a los hechos históricos y actuales concretos y documentados, podría ser considerada como posible, investigada de forma noble por los gobiernos o al menos tenida en cuenta a la hora de darle a las multinacionales farmacéuticas el dinero del pueblo a cambio de algunos tratamientos o vacunas que en el mejor de los casos son inocuas y en el peor MATAN.

¿Que el gran engaño del SIDA ha sido todo un éxito? no hay ninguna duda ¿Que la mayor parte de la gente se lo ha tragado? es evidente ¿Qué la gran mayoría de la comunidad científica ha comulgado con este invento? obvio. Por lo tanto, el SIDA ha servido a sus “inventores” como modelo a seguir a la hora de diseñar nuevas falacias a nivel global. En el capítulo 9 se relatan y detallan cuáles son los nuevos engaños y los que aún quedan por venir.

La otra gran consecuencia del SIDA es la muerte. Pero si el SIDA es una entidad clínica inventada, ¿de qué mueren entonces los supuestos enfermos de SIDA? Cuestionarse a estas alturas del libro las causas de muerte de los presuntos enfermos de SIDA es lo mismo que no haber comprendido absolutamente nada de lo leído hasta ahora. Por tanto, si ese es su caso, puede perfectamente dejar de leer esto y dedicarse a leer cualquier revista del corazón o la composición de cualquier bote de champú, porque las personas etiquetadas de SIDA suelen morir por todas las enfermedades que configuran el síndrome. Ya en el capítulo primero se decía que nadie moría de SIDA antes de 1981 pero que en cambio sí morían por todas y cada una de las enfermedades que el CDC decidió agrupar como SIDA. ¿Acaso alguien ha hecho una estadística seria y desinteresada de las causas de muerte de las distintas enfermedades que componen el SIDA por separado y las ha comparado con las causas de muerte por SIDA? Piense que la gripe común mata a más de 50.000 personas por año sólo en los Estados Unidos y piense que esta enfermedad es también una inmunodeficiencia aunque esta sea pasajera. Entonces piense por un momento que el CDC decida implementar el concepto de SIDA en el futuro e incluya a la gripe común como una más de las enfermedades que componen el síndrome. La gente ya jamás moriría de gripe sino de SIDA. Hágase la siguiente pregunta: ¿cuántas personas han muerto en los últimos 25 años por sarcoma de Kaposi?: NINGUNA. Porque todas las muertes por sarcoma de kaposi son entendidas como muertes por SIDA.

Pues bien, si hacemos una estadística de todos los certificados médicos oficiales de defunción por cualquier enfermedad, no solo por SIDA, podremos comprobar que el 99% de las causas primarias de muerte se deben a paros cardíacos. Estos paros cardíacos tienen una causa secundaria de muerte que puede ir desde infarto agudo de miocardio hasta un edema agudo de pulmón, pasando por innumerables pasos intermedios entre la enfermedad de origen y la causa última de la muerte. Y es seguro que en el último extremo estaría el SIDA a no ser que se manipulen las estadísticas como ocurrió con un africano que fue atropellado por un camión y se inscribió como causa secundaria de muerte: “Accidente de tráfico por demencia debida a SIDA” o a no ser que en el futuro quinientas enfermedades más sean consideradas como SIDA.

No obstante, aunque la mayoría de las personas etiquetadas de SIDA mueran por todas y cada una de las enfermedades englobadas dentro del concepto SIDA, existen otros factores que condicionan la vida de estas personas y pueden ser susceptibles de originarles la muerte:

El primer factor es el miedo a una muerte inminente. Todos vivimos tranquilos a pesar de tener la certeza de que algún día hemos de morir, pero todos vemos muy lejano ese último momento a pesar de saber que puede ser dentro de media hora. No obstante, la cosa cambia cuando creemos conocer la fecha de nuestra muerte aunque sea de forma aproximada. En este caso el miedo se apodera de nosotros y toda nuestra vida cambia. Son bien conocidos los casos de envejecimiento prematuro en condenados a muerte la noche antes de su ejecución, por ejemplo. Es bien conocida la famosa frase “morirse de

miedo”. Está demostrado que el miedo nos paraliza y nos condiciona y, si es intenso, puede llegar a producir la muerte.

El segundo factor está compuesto por los innumerables problemas psicológicos que una persona comienza a padecer cuando es informado de que es seropositivo. Sentimientos de culpa, de indignidad, de suciedad e incluso suicidios entran a formar parte de la dinámica vital. Problemas emotivos, como el miedo a contagiar, miedo al rechazo social y familiar, pérdida del trabajo. Todo esto deriva, a corto y medio plazo, en estados depresivos que conducen al seropositivo a la muerte como una forma de que sus seres queridos se liberen de la pesadilla de tener cerca a un enfermo de SIDA.

El tercer factor es la sensación de marginación que se produce. Y una persona que se sienta marginada socialmente y negada por los suyos, ¿qué salida le queda?

El cuarto factor de muerte es el tratamiento antiviral propiamente dicho. ¿Alguien puede explicar por qué se suministra como tratamiento inmunodepresores a personas que ya tienen su sistema inmune deprimido? ¿No es en realidad echar más leña al fuego?

El quinto factor lo forman los malos hábitos de vida. ¿A quién se le escapa que una mala alimentación, el abuso del tabaco, el alcohol u otras drogas son causas en sí mismas de muerte?

El sexto factor es la hemofilia en sí misma o personas que tienen que recibir transfusiones de sangre o transplantes de órganos, actos médicos que sólo se realizan si el enfermo ya está muy delicado o ha sufrido algún grave accidente.

Capítulo 9

EL SHOW DEBE CONTINUAR

“Si las grandes verdades hubieran tenido que esperar el voto favorable de la mayoría, nunca se hubieran conocido”

(Thomas Hobbes)

La nueva situación mundial originada a partir del desastre del World Trade Center de Nueva York, ha producido nuevas carencias económicas a los grupos de poder norteamericanos. La gran cantidad de dinero desviada hacia la financiación de la lucha contra el “terrorismo” mundial ha hecho que algunos sectores de poder tengan verdaderas necesidades económicas para seguir desarrollando su plan, que no es otro que el de continuar controlando la energía del mundo. No obstante, los primeros beneficiados con cualquier conflicto son precisamente los que controlan la energía, como lo demuestra el hecho de la espectacular subida de las acciones en bolsa de la petrolera Exxon poco después del famoso 11 de septiembre. Ellos conocen bien que sus dos principales fuentes de ingresos son, por un lado, las guerras y, por otro, la venta de medicamentos, vacunas y pruebas diagnósticas, cuyos precios dependen del grado de temor de la gente. Es la ley de la oferta y la demanda: si hay poca demanda, es decir, si hay poco miedo, estos productos farmacéuticos no tienen más remedio que ser baratos y, por tanto, poco rentables; pero, si la demanda crece a nivel mundial, es decir, si el grado de terror mundial a una gran pandemia llega a límites aceptables, estos productos farmacéuticos se encarecen y pasan a ser una lucrativa fuente de ingresos para ciertas multinacionales farmacéuticas. De ahí que en tiempos de crisis suela producirse siempre una gran ofensiva publicitaria con el más nauseabundo marchamo de marketing, patrocinada por algunas empresas farmacéuticas norteamericanas e inglesas y ejecutada por sus cómplices mediáticos a través de los medios de comunicación: prensa, radio y televisión, que ellos mismos manejan a distancia.

La situación política actual exige que los beneficios económicos que el SIDA y otras pantomimas mediático-sanitarias han producido a estas multinacionales del terror, tengan que ser implementados con la creación de nuevos motivos que generen miedo a gran escala. Y existe en la actualidad un muy buen ejemplo de ello: **la gripe aviaria**. Si esta se convierte realmente en una temible pandemia, será como consecuencia de una deliberada voluntad

política, asegura el Dr. Leonard G. Horowitz: diplomado de Harvard, experto en problemas de salud pública y en técnicas psicológicas de persuasión mental.

¿Quién puede negar que unas personas que fabrican bombas atómicas capaces de destruir el mundo, no puedan manipular virus para utilizarlos a su antojo y en su propio beneficio? La diferencia entre una bomba y un virus radica en que los resultados de la primera son siempre circunscritos e implican necesariamente una declaración de guerra y esto ya sólo interesa a medias a estos grupos, pues disponen de armas mucho más sutiles que cumplen el mismo objetivo que las bombas. Puede que se trate de inocular un virus a ciertas aves y producir una epidemia muy controlada, pero también puede que no se trate ni de eso y tan sólo consista en la simple difusión mediática al mundo a través de todos los medios de comunicación de la “temible” posibilidad de una gran pandemia. Nuevamente, como ocurría en el caso del SIDA, no están mintiendo, puesto que la epidemia originada por ellos mismos existe, aunque sólo sea en los titulares de los periódicos, pero se dedican a mentalizar a la población sobre la posibilidad de que se transforme en una gran pandemia. El axioma es tan simple que produce prurito comprobar que la gente no se da cuenta: crean un simple concepto llamado virus de la gripe aviar, lo llaman H5N1, inoculan un agente patógeno inespecífico de forma controlada a algunas aves, las matan y difunden por todos los medios de comunicación que existe una epidemia que puede hacerse incontrolable. De esta forma generan miedo y gracias a esto consiguen vender a precio de oro el único remedio que ellos dicen que hay contra esa supuesta epidemia y que curiosamente también fabrican ellos.

Si los responsables políticos de la sanidad quisieran realmente prevenir estas nuevas epidemias que van produciéndose regularmente, o si realmente quisieran tratarlas de raíz, no dejarían de observar que estos agentes bacteriológicos siempre aparecen misteriosamente en el seno de estructuras secretas que enlazan ciertos medios militares, médicos y biotecnológicos. Basta simplemente estudiar la sociología médica para darse cuenta de ello.

Henry Kissinger, el protegido de Nelson Rockefeller, que fue Consejero de la Seguridad Nacional bajo el mandato de Richard Nixon, dirigió la política exterior de Estados Unidos, considerando la reducción de la población mundial como una necesidad para Estados Unidos, Gran Bretaña y sus aliados. Kissinger fue nombrado por George W. Bush para presidir el comité de investigación sobre los acontecimientos del 11 de septiembre a pesar de ser un criminal de guerra confesado, que ordenó a la CIA el desarrollo de armas bacteriológicas mucho más mortales que la gripe aviar en las que ciertos virus gripales se combinaron artificialmente con otros virus de la leucemia aguda para originar nuevos gérmenes capaces de extender el cáncer a la velocidad de una epidemia de gripe. Manipularon también virus del cáncer del pollo para inocularlos en monos y en hombres y probar así su capacidad para producir cánceres en estos últimos. Un equipo de investigadores formado por O'Conner, Stewart, Kinard y Rauscher entre otros y supervisados por Kissinger empleó también radiaciones para aumentar la potencia del virus del cáncer del pollo.

Estos increíbles hechos científicos han sido oficialmente reconocidos por el Gobierno de los Estados Unidos, pero totalmente silenciados por los medios de comunicación.

Así, pues, los "conflictos sin guerra", tales como la guerra contra el SIDA, la guerra contra la droga, la guerra contra el terrorismo, la guerra contra el cáncer, y en la actualidad, la guerra contra la gripe aviar, exigen programas muy sofisticados de propaganda que recurren a campañas para estimular el temor en la opinión pública, a fin de que se acepte y apoye las leyes que suprimen las libertades individuales y al mismo tiempo la sociedad acepte de buen agrado el gasto del dinero público para seguir engordando las arcas de estos asesinos de bata blanca y corbata. Estas operaciones psicológicas son necesarias para controlar estos conflictos sin guerra y constituyen la característica esencial de la nueva "revolución militar" en curso, la cual intenta instaurar una nueva forma de esclavitud humana en la que las personas no se den ni siquiera cuenta de que están siendo sometidas a esclavitud.

Si el SIDA fue aceptado en su tiempo por casi todo el mundo como una enfermedad y no como un timo político-sanitario. Ahora mismo está sucediendo exactamente lo mismo con la gripe aviar a pesar de que existen numerosas evidencias lógicas de que no es más que otro producto de marketing para producir miedo y, a su través, generar ingresos económicos con las ventas de materiales farmacéuticos supuestamente destinados a paliarla. Las noticias sobre esta nueva técnica de venta o timo a gran escala que insistentemente nos llegan a través de los medios de comunicación, parecen diseñadas para ser destinadas a una población imbécil, crédula y adormecida porque, si son analizadas con cierta crítica y profundidad, no se sostienen sobre ningún pilar sólido que no sea la simple venta de Tamiflú, producto comercializado por Roche. No hace falta investigar mucho para saber que los laboratorios Roche fueron hallados culpables de malversación en relación con la provisión de vitaminas para el mercado mundial en 1999 y que además pertenece al cartel petroquímico y farmacéutico derivado de la Farben que, como ya sabemos, fue uno de los pilares industriales de la Alemania nazi. No hace falta profundizar mucho para darse cuenta de que los derechos por la patente del Tamiflú pertenecieron a la empresa Gilead Sciences Inc. hasta que en 1996 fueron vendidos a los laboratorios Roche. ¿Y sabe quién era entonces su presidente? Pues el actual Secretario de Defensa de Estados Unidos, Donald Rumsfeld, que aún hoy sigue siendo uno de sus principales accionistas.

Poco antes de incorporarse al Gobierno norteamericano, Rumsfeld era el presidente del laboratorio fabricante del aspartamo (Vistide). Tras los tristes acontecimientos del 11S, el Pentágono hizo una compra masiva de Vistide, fármaco utilizado para evitar los efectos secundarios que podía producir la vacuna de la viruela entre los soldados norteamericanos a los que se les aplicó masivamente antes de enviarlos a Irak. Lo curioso viene cuando se conoce que el Vistide es un fármaco comercializado por los laboratorios Gilead Sciences Inc, creador del Tamiflú y cuyo máximo accionista es precisamente Donald Rumsfeld.

Parece ser que en nuestro vecino planeta Marte hay ínfimos indicios de que pudo haber vida inteligente en algún tiempo ancestral, pero dudo mucho de que exista en la actualidad vida inteligente en nuestro planeta. ¿Cómo puede ser noticia en todos los medios de comunicación del mundo que un loro haya muerto en Londres de gripe aviar cuando anualmente mueren sólo en los Estados Unidos de Norteamérica más de 50.000 personas debido a la gripe común? ¿Por qué se investiga la muerte de 5 cisnes en Grecia y se informa de ello al mundo utilizando todos los medios de comunicación y, sin embargo, no se investiga ni informa sobre las incontables personas que mueren de frío, pobreza o inanición en todo el mundo? ¿Desde cuándo preocupa a los periodistas la muerte de una golondrina si todos sabemos que mueren millones de aves en el mundo diariamente y no se investiga sus causas? ¿Imagina usted a un grupo de científicos investigando la muerte de un ave silvestre si no es por otro motivo que no sea comercial? ¿Nos toman por imbéciles o simplemente son conscientes de que el mundo está ya idiotizado y se traga cualquier noticia por absurda que sea?

TVE emitía recientemente la siguiente noticia:

***GOBIERNO CONFIRMA CASO AVE CONTAGIADA
CON H5N1***

El Laboratorio Nacional de Referencia de Algete (Madrid) confirmó ayer un caso sospechoso de gripe aviar (N5H1) en un somormujo lavanco, un ave acuática silvestre que fue hallada en Álava.

El ave entró el jueves en el laboratorio según el Ministerio de Agricultura. La Vicepresidenta informó ayer que no hay razón para la alarma porque este caso no ha influido ni en alimentos ni en otros casos de animales, por lo que se descarta un contagio en personas.

La Ministra de Agricultura, Elena Espinosa, aseguró que no hay peligro en humanos “que no se transmite por ingerir alimentos derivados de estos animales”

Del análisis crítico de dicha noticia, pueden desprenderse las siguientes reflexiones:

1.- ¿No resulta curioso usar las palabras “*confirmó*” y “*sospechoso*” en la misma noticia? O es un caso confirmado o es un caso sospechoso, pero incluir en la misma noticia ambas palabras por un medio de comunicación público que generalmente suele mirar con lupa el contenido de sus noticias, no puede tener otra causa que no sea la de jugar con la ambigüedad y crear una cierta alarma social controlada. La forma de redactar la noticia es tan ambigua que puede ser interpretada de dos formas: la forma correcta, es decir, que el caso se ha confirmado tras su sospecha; y la forma incorrecta, o sea, que se ha confirmado la sospecha, es decir, no es la certeza de un caso de gripe aviar sino

la certeza de la sospecha de un caso de gripe aviar. ¿No es esto una forma de utilizar las palabras para generar temor sin el más mínimo escrúpulo?

2.- ¿No es impactante que la muerte de un solo somormujo, especie animal cuya existencia es ignorada por la mayoría de la gente, movilice nada menos que a tres instituciones nacionales como son el Laboratorio de Referencia, la Vicepresidencia del Gobierno y el Ministerio de Agricultura? ¿No es sospechoso que en el corto espacio de algo más de 10 líneas de noticia, se nombren a estas tres Instituciones?

3.- Las explicaciones posteriores tranquilizadoras tanto de la Vicepresidenta como de la Ministra, haciendo hincapié en que no hay motivo para la alarma social y que constituyen aproximadamente el 85% del texto de la noticia, nos lleva a la siguiente cuestión: si no hay motivo para la alarma social, ¿Cuál es el sentido de la publicación de la noticia? ¿La muerte de un somormujo?

4.- Hace meses que soporto unas molestias en fosa iliaca izquierda. Tras las pertinentes exploraciones, analíticas, ecografías, resonancias magnéticas y demás técnicas diagnósticas, ni mis colegas ni yo hemos llegado a un diagnóstico claro del origen de esas molestias que, por otro lado, cada día son más intensas. ¿Debo pensar que en solo 24 horas, la muerte de un somormujo moviliza a tres Instituciones estatales y es publicada en todos los medios de comunicación mientras mis compañeros y yo llevamos meses intentando conocer sin conseguirlo las causas de mis molestias abdominales?

Tras sonreír como seguramente estará haciendo; usted, persona inteligente, habrá esgrimido el pretexto de tal desaguisado en que no es lo mismo la sospecha de la muerte de un ave por un virus susceptible de crear una pandemia en la población, que las molestias abdominales de una sola persona aislada, por otra parte tan anónima como el mismísimo somormujo. Y es ahí precisamente donde yo quería llegar porque el sentido de esa noticia es, por un lado, hacerle creer en la simple posibilidad de una gran epidemia; por otro lado, mostrarle con orgullo la supuesta eficacia de las instituciones gubernamentales agrícolas y sanitarias que en sólo 24 horas son capaces de tener la certeza de la causa de la muerte de un ave silvestre y por último, crear lentamente una corriente de opinión encaminada a que dentro de un tiempo la mayor parte de la gente estime muy necesaria la adquisición o compra de material sanitario destinado a evitar la posible epidemia.

Usted no solo no se sorprenderá cuando dentro de unos meses le informen que el Gobierno de la Nación Española ha gastado unos cuantos millones de euros en la compra de vacunas y material sanitario para paliar la posibilidad de una epidemia de gripe aviar en nuestro país, sino que además, considerará tal evento como muy necesario. Y no me arriesgo en absoluto a la hora de vaticinar dicho gasto en un futuro, dado que ya hubo una primera remesa para la adquisición de Tamiflú, vacuna inútil contra la gripe aviar, a principios del año 2006.

Estimo que resulta muy evidente para el que así quiera o pueda verlo, que solo se trata del pago de un "impuesto revolucionario" exigido por el Estado Norteamericano e Inglés a través de la multinacional Roche, al Estado Español y otros estados vasallos.

Según la revista USA Today del 9 de octubre del 2005, *"los servicios sanitarios europeos trabajan para contener el virus de la gripe aviar"* pero, sorprendentemente y hasta el momento, sólo ha afectado a menos de 50 personas en todo el mundo. Sin embargo, más de 200 millones de aves habrían ya sido sacrificadas. Las pérdidas financieras para el sector avícola representan ya más de 30 mil millones de dólares. Según los términos de esta propaganda: "el actual virus, todavía no ha mutado al punto de poder transmitirse con facilidad de persona a persona." De hecho, es probable que este virus nunca se haya transmitido de persona a persona, si no es en el transcurso de manipulaciones en laboratorio.

El Business Week ha informado que el Senado Americano ha votado ya un presupuesto de 3,9 mil millones de dólares para la compra de vacunas y medicamentos antivirales y además prepara también una nueva solicitud de créditos de entre 6 a 10 mil millones de dólares. El Gobierno español y todos los europeos no van a la zaga y ya se han desprendido de grandes cantidades de dinero para la compra de Tamiflú cuando el mismo USA Today afirma que: *"actualmente no existe ninguna vacuna eficaz para el ser humano."* ¿Entonces, por qué el Senado Americano y los gobiernos europeos han votado apresuradamente el gasto de tantos billones de dólares y euros para la compra de una vacuna contra la gripe aviar? No olvidemos que el virus H5N1 actual nunca se ha transmitido de persona a persona, y que ni siquiera se ha transmitido frecuentemente de las aves a los hombres. Así pues, una vacuna realmente eficaz sólo podría ser preparada haciendo mutar al virus y no es nada ilógico pensar que las multinacionales del terror ya están fabricando una vacuna contra la gripe aviar cuyo efecto será precisamente el de extender esta pandemia a fin de reducir la población mundial.

Esta hipótesis se basa en los hechos ciertos de que la eficacia e inocuidad del Tamiflú aún no han sido demostradas en lo referente a personas que sufren enfermedades crónicas y que además puede producir numerosos efectos secundarios, como náuseas, vómitos, diarrea, bronquitis, gastritis, vértigos, cefaleas, etc., hasta el punto que hay quien lo compara con el AZT. Además, según Business Week, la acumulación de vacunas por parte de los gobiernos sólo beneficia a las empresas farmacéuticas como Sanofi-Pasteur, Sanofi-Aventis, Merck, Chiron o Roche. Lo que Business Week no dice es que uno de los socios industriales de Sanofi-Aventis es la Sociedad Merck y que esta empresa sufrió una fuerte caída el pasado año cuando tubo que retirar del mercado el Vioxx, uno de sus medicamentos de lucha contra la artritis. Tampoco informa de que Merck y Sanofi-Aventis trabajan actualmente en la producción de la primera vacuna contra un cáncer de transmisión sexual en los adolescentes, ni de que Merck es también tristemente célebre por haber fabricado la primera vacuna contra la hepatitis B, responsable según algunos autores de desencadenar la epidemia de SIDA.

¿Qué opinaría usted si en los telediarios se le hubiera informado que las famosas cartas con polvo de ántrax que fueron enviadas a la población norteamericana tras el 11S, habían sido enviadas por empresas productoras de armas bacteriológicas que previamente habían firmado contratos con la CIA y estaban relacionadas con el Servicio Secreto Inglés así como con el laboratorio Merck? ¿Por qué todos los medios de comunicación predicen la llegada de una gran pandemia mundial de gripe que producirá millones de muertos, como ya ocurrió con la gripe española entre 1918 y 1919? ¿Por qué estos mismos medios de comunicación no informan sobre los hechos relativos a las personas, organizaciones o laboratorios que trabajan produciendo estos agentes de destrucción masiva?

Que nadie olvide que el mal llamado virus de la gripe española, en realidad apareció en el Tibet, según datos históricos oficiales, pero al poder mediático norteamericano le interesó ponerle ese nombre por sus pésimas relaciones con España en aquella época tras la guerra hispano-americana finalizada en 1902, en Filipinas. ¿No se estará repitiendo la historia en nuestros días con la gripe aviar, dado que las relaciones actuales anglo-americanas con China y Corea son pésimas?

Capítulo 10

TODOS LOS CAMINOS CONDUCEN A ROMA

“La verdad es revolucionaria”

(Jean Jaurés)

El apellido “*Rockefeller*” siempre me sonó a un simpático magnate multimillonario de película de dibujos animados, pero jamás imaginé que esta familia fuera la causa última de gran parte de los acontecimientos mundiales que suceden en la actualidad. Y, entre todos ellos, el SIDA es sólo uno más de los innumerables despropósitos que esta saga viene perpetrando a lo largo y ancho de un planeta que esta familia ha hecho ya inevitablemente suyo.

Efectivamente, todos los caminos del SIDA conducen a la familia Rockefeller. Toda la industria farmacéutica, toda la manipulación informativa, todo el capital que mueve, su relación con la industria del petróleo y las ingeniosas técnicas que han usado y usan para conseguir y mantener uno de los mayores núcleos de poder del planeta apuntan a este clan tan inteligente como malvado, tan sutil como criminal, tan austero en apariencia como opulento en esencia, tan anónimo como influyente.

La historia de los Rockefeller no deja lugar a dudas sobre quiénes han sido los dueños del mundo, qué métodos utilizaron para hacerse con el control y qué técnicas siguen empleando para mantener dicho control.

Todo comenzó en Richford (New York) en 1839 cuando, en el seno de una humilde familia judía procedente de Alemania, nació John Davison Rockefeller. Su padre, definido por algunos historiadores como un bohemio extravagante, se ganaba la vida vendiendo medicinas milagrosas y productos de dudosa eficacia en las ferias de los pueblos. Por estas prácticas, papá Rockefeller era frecuentemente buscado por la policía de la época, siendo esta la causa de sus frecuentes desapariciones del núcleo familiar y cambios de residencia. En este ambiente se crió John D. Rockefeller hasta que, a sus 14 años de edad, la familia se estableció en Cleveland.

El joven John D. Rockefeller comenzó a trabajar como auxiliar contable de la firma Hewit and Tuttle, una agencia de negocios con sede en Ohio y a los 19 años emprendió la redacción de un diario económico que tituló “*Libro Mayor A*”. Aquel registro, que aún se conserva, y las anotaciones de su libro

autobiográfico "*Random Reminiscences*", ofrecen un esbozo de su personalidad, en el que se combinaban a partes iguales la austera cicatería del buhonero y la ambición ilimitada del empresario predador. De vida sobria, muy ordenada y sin ningún vicio, ahorró lo suficiente para asociarse con un negociante inglés llamado Maurice Clark, en 1858, con quien fundó la compañía Clark and Rockefeller, la cual reclutó 4 años después a Samuel Andrews, un inventor que descubrió un proceso para limpiar y refinar el petróleo bruto.

En aquel tiempo, el petróleo se empleaba sobre todo para lámparas y quinqués, pero la Guerra de Secesión multiplicó el volumen comercial de la firma de forma que en sólo 8 años su empresa controlaba una quinta parte del petróleo refinado de Cleveland, logrando facturar unos dos mil millones de dólares de aquella época. El 10 de enero de 1870 John D. Rockefeller fundó, ya en solitario, la Standard Oil Company (SOC) con un capital inicial de un millón de dólares.

En 1872, fundó la asociación de refinadores *South Improvement Company*, en la cual, y como presidente de la misma, se encargó de negociar tarifas especiales para la SOC por el transporte de crudo, con lo que en poco tiempo la mayoría de las empresas competidoras se arruinaron, hecho que fue aprovechado por Rockefeller para absorberlas a precios ínfimos. Entre las prácticas habituales de la SOC figuraban los sobornos a los empleados de otras compañías, las coacciones a los clientes de sus competidores amenazándoles para que cancelasen sus pedidos, y la compra de parlamentarios, mediante la cual paralizó en numerosas ocasiones diversos proyectos legales tendentes a poner coto a sus desmanes. A todo esto se añadiría la extraordinaria complejidad jurídica de su estructura, lo que, unido a la absoluta laxitud e inoperancia de las leyes federales antimonopolio, garantizaba a la Standard una amplia impunidad. Tanto es así que, desde su creación en 1870, la Standard pasó de una producción inicial equivalente al 4% del mercado petrolífero americano, al control en 1876 del 95% de dicho mercado. En el corto espacio de seis años la compañía de Rockefeller había absorbido a casi todos sus competidores.

Pero la verdadera naturaleza de la SOC no fue conocida hasta 1888, año en que el Senado de Nueva York llevó a cabo una investigación y averiguó que Rockefeller había utilizado para organizar su empresa un tipo de fideicomiso mucho más elástico y flexible que la sociedad anónima o por acciones, lo cual le permitía camuflarse mejor que sus competidores ante las Leyes Estatales. En 1892, la Suprema Corte de Ohio declaró ilegal el trust de Rockefeller, pero éste no fue disuelto hasta 1899. Las denuncias por fraude, soborno, evasión de impuestos, extorsiones, etc., se sucedieron a partir de ese año. Pero sin duda, lo que determinó el gran repudio de la sociedad americana hacia John D. Rockefeller fueron 64 artículos aparecidos en la prestigiosa revista *McClure's* y escritos por la periodista Ida Tarbell. En 1904 estos artículos fueron reunidos en un libro llamado "*Historia de la Standard Oil Company*". Daniel Yergin comentaba sobre dicha obra lo siguiente: "*notable por su dominio de la compleja historia de la empresa, pese al limitado acceso a las fuentes que tuvo la Tarbell. Pero bajo la superficie sosegada de su prosa corría una indignada*

y rabiosa repulsa de John D. Rockefeller y de las prácticas cortagargantas de la Standard". En efecto, a pesar de su confeso apego a la ética cristiana, John D. Rockefeller aparece en el libro de la Tarbell como un depredador amoral. El señor Rockefeller, escribe Ida Tarbell, ha jugado sistemáticamente con dados cargados y es muy dudoso que haya habido una sola ocasión, desde 1872, en que haya participado en una carrera con un competidor y jugado limpio desde la salida.

La publicación del libro de Ida Tarbell creó tal sensibilización en la sociedad americana que, junto con las muchas denuncias por fraude y extorsión de la SOC, el presidente Theodoro Roosevelt manifestó lo siguiente: *"la máquina bélica del incipiente imperio americano, en especial la Armada, no debe estar expuesta a los tejemanajes monopólicos de un único proveedor doméstico."* Fue entonces cuando se creó una Comisión de Investigación de la SOC y en 1907 el juez Landis declaró a la compañía culpable de 1.642 casos de extorsión, condenándola por ello a pagar 29.240.000 dólares. Al conocer el fallo, John D. Rockefeller comentó sin inmutarse: *"Después de muerto el juez Landis, pasará mucho tiempo sin que esa multa llegue a pagarse"*. El magnate americano no se equivocó. Aquella resolución condenatoria sería anulada años después.

La presión social por la revelación pública de sus delitos empresariales y la evidencia jurídica de los mismos condujeron a que en marzo de 1911 el Juzgado Federal Móvil de Missouri, tras un largo juicio en el que murieron dos de los nueve magistrados que llevaron el caso, decretara la desmembración de la Standard en 39 compañías diferentes, cada una de las cuales debería operar independientemente y en competencia con las demás. No obstante, aquello no fue más que un espejismo, ya que las participaciones de la Standard siguieron en manos de los mismos accionistas, de tal modo que el único cambio que se produjo consistió en que el Trust dejó de operar con un solo nombre para hacerlo bajo varios distintos. Así fué como nacieron La Standard Oil of New Jersey, la Standard Oil of Ohio, la Standard Oil Company of New York (SOCONY), la Vacuum Oil, la Humble Company, etc. Pero el único resultado efectivo de aquella "desmembración" fue la espectacular subida de las acciones de la Standard en la bolsa neoyorquina, al punto que, en solo cinco meses, el valor de las mismas ascendió a 200 millones de dólares. El presidente Theodoro Roosevelt, en un alegato a su propia impotencia para eliminar estos desmanes, manifestaría públicamente: *"todo esfuerzo por desmantelar los trusts resultaría fútil, a menos que se hiciera de una manera que ocasionara un grave detrimento a todo el cuerpo político"*. Poco después era elegido un nuevo presidente de los Estados Unidos, William Taft, quien manifestaría públicamente sus escasas simpatías por la legislación antitrust, calificándola de insensata e inoperante.

La liquidación del trust de la Standard condujo a una serie de beneficios adicionales, además de la espectacular subida de sus acciones en bolsa. Por un lado, indujo a emplear técnicas de innovación que en tiempos anteriores eran innecesarias ya que no tenían competidores. Por otro, obligó a la compañía a buscar nuevos terrenos donde las leyes fueran más laxas, no existieran jueces

Landis ni gente obsesionada con la libre competencia, como Ida Tarbell, y de esta forma, seguir con su fraudulento negocio.

Un equipo técnico de la Standard de Indiana impuso en poco tiempo el método del "craqueo" capaz de transformar gasóleo en gasolina. Al cabo de unos años, el *pool* de las Standards casi había multiplicado por diez sus beneficios. Al mismo tiempo, comenzó la gran emigración de la industria petrolera estadounidense y su primera escala fue en México, donde había mucho petróleo y un corrupto régimen dictatorial presidido por el General Porfirio Díaz. En México dieron con un gran yacimiento, que en poco tiempo arrojaba la cifra de 110.000 barriles de petróleo diarios e hizo de este país el segundo productor mundial de crudo en las dos primeras décadas del pasado siglo. En nuestros días, el presidente de México, Fox, está relacionado con uno de los principales ejecutivos de Coca-Cola México, Burton Grossman, yerno ya fallecido de Harry Fleishman, operador de la Standard Oil en la Huasteca y representante de la familia Rockefeller en México en la época de la expropiación petrolera.

Pero la Primera Revolución Zapatista puso la cosa muy turbia en la zona y tuvieron que seguir emigrando, esta vez a Venezuela, donde también gobernaba un dictador: Gómez y donde la Royal Dutch Shell ya había tenido concesiones merced a intermediarios locales.

De cultura escasa, enigmático, maníaco, gran enemigo de la publicidad y, en apariencia, profundamente religioso, John D. Rockefeller llevó junto a su esposa, ex maestra y también muy religiosa, una vida ascética. Entre 1906 y 1915, el matrimonio tuvo cinco hijos: John Davison III, Nelson Aldrich, Lawrence Spehman, Winthrop Aldrich y el benjamín, David Rockefeller.

Con cinco hijos menores, una fortuna inimaginable, la Justicia norteamericana vigilándolo con lupa y la opinión pública en contra, John D. Rockefeller continuó siendo fiel a su irregular método de generar dinero, pero hubo de realizar algunos reajustes tan inteligentes como prácticos. En este punto histórico es cuando el magnate da el gran salto y deja de ser una simple máquina de crear dinero para constituir una compleja red de poder. Comenzó a desprenderse de una buena parte de su enorme fortuna mediante la creación de grandes empresas benéficas que, en apariencia, devolverían al país los millones que sus sucios negocios le habían permitido acumular. Con esta importante e inteligente maniobra, mataba varios pájaros de un solo tiro: por un lado callaba las voces de sus detractores, por otro terminaba de un plumazo con el rechazo social, por otro continuaba generando ingresos a través de esas empresas benéficas y por otro camuflaba parte de su enorme capital en inversiones aparentemente altruistas.

El primero que supo vislumbrar las polifacéticas utilidades de la inversión en empresas supuestamente altruistas y benefactoras fue Andrew Carnegie, pero serían los Rockefeller quienes mejor partido iban a sacar a este valioso instrumento. Y es que tales entidades no sólo sirvieron para convertir la animosidad social hacia el clan en creciente simpatía, derivada de su nuevo papel "benefactor", sino también como un importante instrumento para seguir

burlando la reglamentación antitrust. Rockefeller eludía así cualquier sospecha de intentar reconstruir el consorcio y creó una serie de fundaciones benéficas a las que transfirió buena parte de sus acciones. A título de muestra, sólo una de ellas, la Rockefeller Foundation, recibió cuatro millones de acciones de la Standard de New Jersey y dos millones de títulos de la Standard de Indiana.

Por lo demás, esta misma táctica de camuflaje, invirtiendo en acciones sociales y benefactoras, fue utilizada posteriormente por Alfonso Capone (Al Capone), traficante de alcohol durante la Ley seca, y más recientemente por el capo del cartel de Medellín, Pablo Escobar entre otros. La única diferencia entre ellos radica en que Rockefeller delinquía especulando con petróleo y los demás con drogas.

No obstante, su estrategia no concluyó con esta ingeniosa táctica, sino que fue mucho más lejos. En 1911 adquirió un grueso paquete de participaciones de la Equitable Trust Company, convirtiéndose así en su accionista mayoritario. Nueve años después esa entidad financiera manejaba ya un volumen de depósitos superior a los 250 millones de dólares y se había situado en el octavo lugar del escalafón bancario estadounidense.

Además, su hijo mayor, John D. Rockefeller júnior, contrajo matrimonio con Abby Greene Aldrich, entroncado así con una de las más rancias familias de la oligarquía pilgrim. En 1923, Júnior incorporó al trust familiar una nueva categoría de colaboradores: los asociados, una especie de consultores con rango oficial que formaron una amplia red de influencia cuyas ramificaciones abarcaban todos los sectores de la sociedad norteamericana. Además de velar por los intereses de la casa Rockefeller, uno de los más importantes cometidos de sus asociados consistía en contactar con personas bien situadas y relacionadas e incorporarlas a la firma, extendiendo así el peso y la influencia de ésta.

El siguiente paso tuvo lugar en 1930, cuando John Davison Junior ultimó la fusión de la Equitable Trust Company con el Chase National Bank, que pasó a convertirse de ese modo en el mayor banco del país. No habían transcurrido aún tres años desde la fusión, cuando el clan Rockefeller lograba situar a uno de sus miembros (Winthrop Aldrich) en la presidencia del Consejo de Administración de la entidad. El proceso de consolidación financiera culminaría finalmente en 1955, con la fusión del Chase Natinal Bank y el Bank of the Manhattan Company, ligado al grupo Warburg, fusión de la que resultó el Chase Manhattan Bank, presidido desde 1969 por David Rockefeller.

Una carta dirigida en 1939 por el vicepresidente de la Standard, Frank Howard, a sus socios de la Farben, se expresaba en términos tan elocuentes como éstos: *"Hemos hecho todo lo posible por trazar proyectos y llegar a un modus vivendi, independientemente de que los Estados Unidos entren o no en guerra"*. Por otro lado, uno de los más destacados directivos de la Rockefeller Brothers Inc., Lewis Strauss, desempeñó también un papel relevante durante las postrimerías del conflicto nazi. Este personaje, que a su condición de banquero asociado a la firma Kuhn&Loeb, añadía la de consejero gubernamental, fue el promotor de la Misión Técnica destacada por el gobierno

norteamericano al término de la II Guerra Mundial para la captación de científicos nazis; también en este caso el pragmatismo de Strauss se impuso a su origen étnico.

En apariencia, el punto álgido de la intervención del clan Rockefeller en la vida pública se produjo durante los años en que Nelson Rockefeller se convirtió en uno de los principales protagonistas de la política norteamericana. Pero este hecho debe considerarse como anecdótico, pues las oligarquías económicas han demostrado sobradamente su inclinación a ejercitar su dominio de forma indirecta y sin estridencias, sirviéndose para ello de sus correspondientes peones políticos. Nelson Rockefeller ingresó en la actividad pública en 1940, sugiriéndole al presidente Roosevelt un programa de cooperación y asistencia de los Estados Unidos con Hispanoamérica para contrarrestar la influencia nacionalsocialista alemana en la región. Roosevelt lo nombró Coordinador de la Oficina de Asuntos Interamericanos, creada especialmente para él, en 1940, y que funcionó hasta terminada la guerra en 1945. También fue Secretario de Estado Asistente para Asuntos Latinoamericanos entre 1944 y 1945. Desde ese cargo fue el promotor de los pactos regionales de defensa en el marco de la ONU, que sirvieron de base para la formación de la OTAN, SEATO y del Pacto de Río. Propuso la idea para la construcción del World Trade Center, en 1946, pero no se construyó hasta fines de los cincuenta. Fue Subsecretario del Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social entre 1953 y 1954 y asistente especial del Presidente para Asuntos Extranjeros 1954-1955. Fue candidato a la presidencia por el Partido Republicano en los años 1964, 1968 y 1972, con poca fortuna, pero escogido para el cargo de vicepresidente de Gerald Ford en 1974 y 1977. Los archivos liberados del FBI muestran muchos documentos y cartas que revelan la relación afectuosa que existía entre el FBI y Nelson Rockefeller. Fue reelegido tres veces como gobernador de Nueva York, en 1962, 1966 y 1970. Al final, convertido en el campeón de la ley y el orden, introdujo leyes extremadamente duras contra las drogas y la delincuencia, con penas extremadamente largas para delitos menores, que mermaron su popularidad.

Uno de los principios que han regido la política exterior de los Estado Unidos en el tercer mundo, y que sirvió de cobertura a la actuación de los grandes trusts, fue formulado precisamente por Nelson Rockefeller a comienzos de la década de los cincuenta, cuando señalara la importancia que tendrían en el futuro los recursos de los países tercermundistas, así como la necesidad de asegurarse su control. Tesis que, obviamente, serían adoptadas con puntualidad por el Departamento de Estado.

Posteriormente, tanto la guerra del Vietnam, como la árabe-israelí de 1973, dieron lugar a numerosas denuncias que acusaban a los trusts petroleros (la EXON y la SOCONY de Rockefeller entre ellos) de lucrarse con la primera y, más aún, de promover la segunda con el propósito de provocar el alza de los precios del crudo. En tal sentido se manifestaron el rotativo Washington Observer y, muy especialmente, una documentada obra publicada en 1974 por C. Baker bajo el título "The Great Rockefeller Energy Hoax"

En la actualidad, se abre paso la quinta generación del clan. Aunque ya no son la familia más rica del mundo, su fortuna ronda los seis billones y medio de dólares. David Rockefeller tiene 6 hijos y 10 nietos. Hoy, último hijo vivo del fundador de la SOC, con sus 91 años, preside el clan desde el Chase Manhattan Bank. La trayectoria de David Rockefeller, por el contrario, se sitúa en el extremo opuesto a la de su hermano Nelson, y responde bastante mejor a las coordenadas clásicas del poder plutocrático ejercido más allá y muy por encima de las contingencias políticas de cada momento. Un poder que, en el caso de David Rockefeller, ha venido basándose en una amplia red de influencias y relaciones sociales tejida a lo largo de decenios por las fundaciones del trust, así como en los puestos de primer rango detentados en organismos tales como la Round Table, el Consejo de Relaciones Exteriores, la Comisión Trilateral o el grupo Bilderberg, sin contar la presidencia del Chase Manhattan Bank. Y no es en los estamentos políticos, sino en los organismos de ese tipo, donde reside el auténtico poder.

Buena parte de los personajes que han determinado la política norteamericana han estado vinculados a las entidades del trust Rockefeller, cuando no han procedido directamente de los órganos directivos de las mismas. La relación es tan numerosa que sólo podrán citarse algunos de los más significativos, entre los cuales figuran Douglas Dillon, James Forrestal, John McCloy, Robert Patterson, Allen y John Foster Dulles, Winthrop Aldrich y Dean Rusk, destacados protagonistas todos ellos de la escena pública estadounidense de posguerra. La lista continúa con los hombres que constituyeron el relevo generacional de los primeros, como son Walt W. Rostow, Zbigniew Brzezinski y Henry Kissinger, salidos igualmente de los foros y organismos patrocinados por las Fundaciones Rockefeller. Robert Taft, candidato a la Casa Blanca en los años cincuenta, manifestaba al respecto: *"desde 1936, todos los candidatos republicanos a la presidencia de los Estados Unidos han sido nominados por el Chase Manhattan Bank"*

Uno de los campos en el que la Fundación Rockefeller fue pionera es el del control de la natalidad. En 1934 comenzó a desarrollar su labor en ese terreno John D. Rockefeller III, pero los condicionantes mentales de la época no eran aún lo suficientemente propicios para tales planteamientos. No obstante, ese inicial inconveniente no habría de suponer un gran obstáculo. Todo era cuestión de tiempo y del adecuado despliegue propagandístico para que la mentalidad occidental fuera adaptándose a las necesidades del capitalismo moderno. A medida que el asunto se fue divulgando, el rechazo de los primeros momentos a las tesis anticonceptivas fue dando paso a una acogida más favorable, de tal modo que ya a finales de los cincuenta el control de la natalidad se había convertido en una de las prioridades de la política exterior norteamericana. Tanto es así que, en 1958, el Departamento de Estado adoptó como tesis oficial que el crecimiento demográfico constituía el mayor obstáculo para el desarrollo económico y social y para el mantenimiento de la estabilidad política en los países del Tercer Mundo. Una tesis que ha venido manteniéndose desde entonces, y mediante la cual se han soslayado sistemáticamente las razones de fondo de la postración tercermundista. No será ocioso significar que buena parte del presupuesto dedicado por la Administración norteamericana al control de la natalidad en las regiones

subdesarrolladas ha corrido tradicionalmente a cargo de las fundaciones Ford y Rockefeller, cuyo proverbial altruismo se manifiesta igualmente en el ámbito occidental a través de sus aportaciones millonarias a la causa pro abortista.

En la actualidad las ramificaciones de poder de este clan son sencillamente inimaginables. Se extienden en todos los campos, pero fundamentalmente en tres terrenos claves: El académico, el religioso y el político. En el terreno académico cuentan con la Universidad Rockefeller, derivada del Instituto de Investigación Médica. Cuentan asimismo con el Complejo de Morningside Heights, emporio académico formado por Universidad de Columbia, el Teachers College, el Barnard Collage, la International House, la Iglesia Riverside, el Seminario de la Unión Teológica y el Seminario Teológico Hebreo, ente otros muchos.

En el terreno religioso disponen, entre otras instituciones, del Movimiento Mundial Interiglesias, del Consejo Federal de Iglesias, del Instituto de Investigaciones Sociales y Religiosas y hasta de algunas sectas como las Hare Krisna y la secta AMOR C (Antiquae et Misticae Rosae Crucis).

La sección política abarca desde el Consejo de Relaciones Exteriores de los Estados Unidos de América hasta el grupo Bilderberg, pasando por la Comisión Trilateral. Esta sección es la más notoria aunque no la más práctica. Constituye una especie de “escudo” que protege al verdadero entramado de poder formado por las secciones académicas y religiosas, de forma que, en tiempos difíciles, pueden prescindir perfectamente de personajes políticos cuyas imágenes públicas han sido ya muy deterioradas por el uso y abuso de poder, y sustituirlos por nuevos políticos aparentando que dicho cambio se establece de forma democrática, cuando en realidad es engendrado, potenciado y efectuado por los grandes emporios económicos y mediáticos.

En la actualidad, todas las personas y grupos de poder que se relatan a continuación tienen alguna relación con alguna de las ramificaciones del entramado Rockefeller y además fueron acusadas de crímenes contra la humanidad en 2003 ante el Tribunal de la Haya por la Fundación para la Salud:

George W. Bush (Presidente de los Estados Unidos)

Tony Blair (Primer Ministro del Reino Unido)

Richard Bruce Cheney (Vicepresidente de los Estados Unidos). Fue el presidente del consejo de administración de la proveedora de servicios petrolíferos Haliburton & Company de Dallas, Texas. Tras la invasión de Irak, Haliburton fue la empresa clave para el saqueo económico del país con el pretexto de la reconstrucción.

Donald Rumsfeld (Secretario de Defensa de los Estados Unidos). Fue presidente del consejo de administración de varias empresas biotecnológicas y farmacéuticas, entre otras la

farmacéutica G. D. Searle, hoy parte de Pharmacia. Durante varias décadas, desempeñó el papel de organizador estratégico del “negocio farmacéutico con las enfermedades”

John Ashcroft (Secretario de Justicia de los Estados Unidos). Es uno de los estrategas de la llamada Ley de Seguridad Nacional, uno de los instrumentos organizativos con el que los acusados están restringiendo sistemáticamente los derechos civiles en Estados Unidos. Es responsable de las leyes proteccionistas que permiten esencialmente que la industria farmacéutica goce de inmunidad y no sea considerada responsable de sus delitos en Estados Unidos.

Tom Ridge (Secretario de Seguridad Nacional), un cómplice de John Ashcroft en la consolidación del control político y económico de los acusados con el propósito de continuar sin escrúpulos con su negocio con las enfermedades y otros crímenes mediante la restricción sistemática de los derechos civiles en Estados Unidos.

Condoleezza Rice (U.S. Asesora de Seguridad Nacional). Ex directora de la empresa petroquímica Chevron.

Dr. Henry A. McKinnel (Presidente del Consejo de administración de Pfizer).

Dr. Raymon V. Gilmartin (Presidente del Consejo de administración de Merck & Co. Inc.)

Dr. Jean Pierre Garnier (Presidente del Consejo de administración de GlaxoSmithKline PLC.)

Dr. Daniel Vasella (Presidente del Consejo de administración de Novartis AG).

Sr. Kevin Shaer (Presidente del Consejo de administración de Amgen Inc.)

Sir Tom McKillop (Presidente del Consejo de administración de Astra Zeneca).

Sidney Laurel (Presidente del Consejo de administración de Eli Lilly and Company).

Miles D. White (Presidente del Consejo de administración de Laboratorios Abbott).

Lee R. Raymond (Presidente del Consejo de administración de Exxon Mobil Corporation).

Lord Browne of Madingley (Presidente del Consejo de administración de British Petroleum –BP-).

David O'Reilly (Presidente del Consejo de administración de Chevron Texaco Corporation).

William B. Harrison Jr. (Presidente del Consejo de administración del Morgan Chase Bank).

Grupo Financiero Rockefeller.

Grupo Rothschild.

Grupo JP Morgan.

La Comisión Trilateral.

Así que, si comencé en el prólogo con una lista incompleta y abierta de científicos detractores de la teoría infecciosa sobre el SIDA, resulta casual y muy curiosa la simetría de concluir con otra lista incompleta y abierta de algunas personas y estamentos implicados directa o indirectamente en la génesis de este gran monstruo llamado SIDA.

Epílogo

Cuando alguien quiere buscar la verdad sobre un asunto concreto para intentar comprenderlo y en su investigación descubre que ha sido engañado, en ese preciso momento ya no puede dar marcha atrás y conformarse con otra cosa que no sea la verdad. Es en ese instante cuando se comienza a entender la cruda realidad de que el ganador rara vez es el mejor y casi siempre es el que mejor sabe mentir, de que la oratoria es un arma que con repetida frecuencia beneficia a quien la domina aunque la razón no le asista, de que la verdad puede ser expuesta desde innumerables puntos de vista y por tanto es susceptible de ser manipulada al antojo del hábil, de que hay muchos asesinos que no sólo no han sido descubiertos sino que además han generado grandes fortunas a partir de sus crímenes, de que el mundo está lleno de personas que miran hacia otro lado cuando no les gusta lo que ven o cuando sus propios intereses chocan frontalmente con la verdad, de que la humanidad está llena de mentiras consentidas y consensuadas por todos, de que las personas hemos llegado al punto de distorsionar la realidad para adaptarla a nuestros miedos y de esa forma poder sobrevivir en medio de nuestras propias mentiras.

La búsqueda de la verdad sobre cualquier asunto, nos enseña que el mundo está configurado en gran medida, por unas cuantas personas todopoderosas gracias a asombrosas fortunas que no han sido conseguidas precisamente con un pico y una pala sino pisoteando a quienes obstaculizan su camino o utilizando a quienes se dejan utilizar. Que el pez grande siempre se come al chico y que el más grande de los peces manda a los peces grandes a comerse a los pequeños para, de esa forma, tragar de una sola vez y ahorrarse el trabajo de tener que comer varias veces. Que no hay institución, por muy sagrada que se presuma, que se libre de la corrupción cuando hay dinero por medio. Que el miedo es el arma más poderosa del mundo. Que la mentira puede ser creída por todos durante todo el tiempo si el marketing es bueno, perdurable y adaptable. Y que la vida ya no es la misma si tenemos la ocasión y la fortuna, a través de nuestra curiosidad, de acercarnos, aunque solo sea un poco, a eso que hemos consensuado en llamar LA VERDAD.

Escribir un libro profundizando en cualquier tema es algo que todo el mundo debería realizar, al menos una vez en su vida. Sirve para darse cuenta de cuán escaso es el conocimiento humano, de que mientras más nos acercamos a la verdad, más nos concienciamos de lo mucho que aún nos queda por aprender, de que una sola persona puede ser insignificante y al mismo tiempo puede cambiar el mundo. De que hay personas que se enriquecen gracias al desconocimiento de otras y, por lo tanto, fomentan la incultura o, lo

que es aún peor, potencian y respaldan la cultura de la “descultura” ó cultura basura creando personas que creen ser libres en un mundo de esclavos, que creen ser cultas en una cultura manipulada y engañosa, que terminan creyendo que dinero es igual a poder y este igual a felicidad, que solo saben contar con un sistema de medidas engañosamente impuesto y no real.

La humanidad no puede evolucionar ni debe mientras las personas tengan miedo a salirse de estas cuadrículas tan falsas como diabólicamente impuestas; mientras la gente crea que la verdad es lo que hay dentro del “cojín”, mientras todo el mundo piense que es imposible salir ilesos de la cárcel en la que estamos presos, mientras la resignación siga imperando en todas las mentes, mientras el conformismo malentendido sea la guía de nuestra vida, mientras sigamos creyendo firmemente que aquello que ha sido aceptado por todos tiene muchas probabilidades de ser cierto, mientras dejemos que otros piensen por nosotros, mientras sigamos siendo cautivos de nuestros propios miedos, mientras continuemos pregonando a los cuatro vientos: “dame pan y llámame tonto”

Toda enfermedad nace de un desequilibrio. El desequilibrio y el equilibrio son dos caras de la misma moneda al igual que la vida y la muerte. Y la certeza de su inevitable advenimiento genera miedo. Miedo que es aprovechado como materia prima por ciertos magnates para comerciar con el y transformarlo en dinero levantando grandes imperios farmacéuticos. Pero la Naturaleza se mantiene en una imperfecta armonía y su balanza puede desequilibrarse tan sólo con quitar o poner una millonésima de gramo en cualquiera de sus platillos. Y la humanidad forma parte indisoluble de la naturaleza por más que aquella se empeñe en adaptarla a sus cuadrículas. Somos parte esencial, y al mismo tiempo accesoria, de la naturaleza; esa que percibimos con ojos humanos cuando en realidad deberíamos contemplar simplemente con ojos naturales.

La gran pregunta es: ¿Nos dejarán contemplar la naturaleza con ojos naturales?

Creo firmemente que el SIDA es una entidad clínica creada en la mesa de un despacho por un grupo de científicos, políticos y empresarios con el objeto de controlar primero y exterminar después a los grupos de población considerados marginados dentro de un plan diabólicamente diseñado para reducir la población mundial a medio y largo plazo y a la vez recaudar indecentes cantidades de dinero. Creo que Hitler no fue más que un juguete en manos de estos magnates, un test para calibrar de forma certera los errores

cometidos por este y de esa manera aplicar la nueva forma de “racismo” destinada a los pobres con una mínima probabilidad de fallos. Creo que el SIDA es tan falso como el virus del SIDA y el científico que lo parió. Creo que los métodos usados para su diagnóstico no son más que una pantomima científica cuyo objetivo no es otro que el de crear culpables y al mismo tiempo ganar suculentas cantidades de dinero. Creo que la industria farmacéutica produce muchos más enfermos que los que cura. Creo que la mayoría de los gobiernos del mundo conocen estos hechos y no hacen nada para evitarlos porque son subordinados directos de estas grandes multinacionales del horror. Creo que los canales informativos no son más que voceros de un poder establecido con unos intereses subordinados a estos grandes magnates. Y creo que la gente es conformista, cómoda y crédula y es capaz de ir directamente al matadero porque así se lo dice el poder establecido a través de los medios de comunicación.

Referencias científicas

1. 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.
2. TURNER, VF. Reducing agents and AIDS. Why are we waiting? (letter). *Med. J. Aust.* 1990. 153: 502.
3. 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.
4. PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. PAPADIMITRIOU, J. Has Gallo proved the role of HIV in AIDS? *Emergency Medicine [Australia]* 1993. 5: 113-123.
5. PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. PAPADIMITRIOU, J. Is a positive Western blot proof of HIV infection? *Bio/Technology* 1993. 11: 696-702.
6. TURNER, VF. The HIV Western blot (letter). *Med. J. Aust.* 1994. 160: 807-808.
7. PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. TURNER, VF. Deconstructing AIDS. *Independent Monthly* 1994. 50-51.
8. 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.
9. PAPADOPULOS-ELEOPULOS, E. Is HIV the cause of AIDS? (Entrevista). *Continuum*, vol 5, núm 1, 1997.
10. TURNER, Valendar F. What is the evidence for the existence of HIV? [e-mail, 1997].
11. TURNER, Valendar F. Do antibody tests prove HIVTM infection? (Entrevista). *Continuum*, vol 5, núm 2, 1997/8.
12. TURNER, V.F. Where have we gone wrong? *Continuum*, vol 5, núm 3, 1998.
13. 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.
14. BESS, J.B. et al. Microvesicles Are a Source of contaminating Cellular Proteins Found in Purified HIV-1 Preparations. *Virology* 230: 134-144, 1997.
15. DE HARVEN, Etienne. Pioneer deplores "HIV". *Continuum*, vol 5, núm 2, 1997/8.
16. KRAFELD, Karl. Inventing the AIDS virus? Truth or dare. *Continuum*, vol 5, 1, 1997.
17. LANKA, Stefan. HIV – Realität oder Artefakt? *Raum und Zeit* 1995, 77: 17-27.
18. LANKA, Stefan. Collective Fallacy. Rethinking HIV. *Continuum*, vol 4, núm 3, 97.
19. LANKA, Stefan. No viral identification. No cloning as proof of isolation! *Continuum*, vol. 4 num. 5, 1997.

20. OTT, D.E. *et al.* Cytoskeletal Proteins inside Human Immunodeficiency Virus Tipe 1 Virions. *Journal of Virology*, vol. 70 num. 11, 1996.
21. TAHI, Djamel. Did Luc Montagnier discover HIV? (Text of video interview with Professor Luc Montagnier at Pasteur Institute, July 18th 1997). *Continuum*, 5: 30-34.
22. 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).
23. CHRISTIE, Huw. A gentle herbal antioxidant. Padma 28 can help restore bio-chemical balance. *Continuum*, vol 5, núm. 3, 1998.
24. DROGE, Wulf. Respuesta a Papadopoulos *et al* en *Lancet*, vol 338, oct. 1991.
25. GIRALDO, Roberto A. AIDS and Stressors I: Worldwide rise of immunological stressors. II A proposal for the pathogenesis of AIDS. III: A proposal for the natural history of AIDS. IV: The real meaning of HIV. *Eurotox* (en preparación; presentado en agosto del 95).
26. GIRALDO, Roberto. AIDS and stressors. Medellín. Fundación Arte y Ciencia, 1998.
27. HÄSSIG, A. Conocer las funciones inmunitarias para entender que "eso" llamado "SIDA" no es retroviral sino autoinmune. (Curso). Barcelona, 18-19 de octubre, 1997. (Disponible en vídeo).
28. HÄSSIG, A. El SIDA no lo produce ningún virus. (Entrevista). *Más Allá de la Ciencia*, núm 99, mayo, 1997.
29. HÄSSIG, A., KREMER, H., LANKA, S., LIANG, W-X. & STAMPFI, K. 15 years of AIDS. The continuous failure in the prevention and treatment of AIDS is rooted in the misinterpretation of an inflammatory autoimmune process as a lethal, viral venereal disease. *Continuum*, vol 5, núm 3, 1998.
30. KREMER, Heinrich. Has mankind set out on a path of micro-ecological self-destruction? *Continuum*, vol 4, núm 6, 1997.
31. REID, Leanne. Oxidative Stress and Antioxidants. A Nutritional Perspective. *Continuum*, vol 5, núm 3, 1998.
32. HÄSSIG, A., KREMER, H., LIANG, W-X. & STAMPFI, K HIV – Can you be more specific? Open Questions concerning the Specificity of anti-HIV Antibodies: do they belong to the group of autoantibodies against cellular structures? *Continuum*, vol 4, núm 2, 1996.
33. JOHNSON, Christine. Whose antibodies are they anyway? *Continuum*, vol 4, 3, 1996.
34. KREMER, Heinrich. Did Dr. Gallo and his colleagues manipulate the "AIDS-Test" to order? *Continuum*, 1998 (in print).
35. LANKA, Stefan. Fehldiagnose AIDS. *Wechselwirkungen* 1994; 12: 48-53.
36. LAUERMANN, V. DNA repair by recycling revers transcripts. *Nature*, vol. 386, 6 march 1997.
37. VARMUS, Harold. Retrotranscripción. *Investigación y ciencia*, 1987.