

¿Es el VIH al SIDA lo que el SARS-CoV-2 es al COVID?

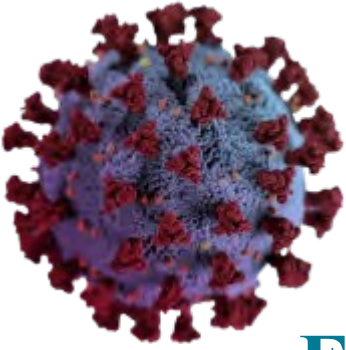


por Torsten Engelbrecht, Kelly Brogan MD,
Andrew Kaufman MD, Magdalene Taylor

¿Es el VIH al SIDA lo que el SARS-CoV-2 es al COVID?

**por Torsten Engelbrecht, Kelly Brogan MD,
Andrew Kaufman MD, Magdalene Taylor**

Derechos de autor © Mayo 2021



¿Es el VIH al SIDA lo que el SARS-CoV-2 es al COVID?

Covid-19 Virology Fraud Explained in 19 Minutes

"La idea de que ciertos microbios -sobre todo hongos, bacterias y virus- son nuestros grandes adversarios en la batalla, causantes de ciertas enfermedades que deben ser combatidas con bombas químicas especiales, se ha enterrado profundamente en la conciencia colectiva. Pero un repaso a la historia revela que el mundo occidental sólo ha estado dominado por el dogma médico de "una enfermedad, una causa, una píldora milagrosa" desde finales del siglo XIX, con la aparición de la industria farmacéutica. Antes de eso, teníamos una mentalidad muy diferente, e incluso hoy en día, todavía hay rastros en todas partes de esta conciencia diferente."

- extracto del libro "Virus Mania" de Engelbrecht et al

Índice

Introducción.....	5
El alfabeto del cientifismo.....	8
A- Suposiciones.....	8
B- Creencias.....	9
C- Consenso.....	10
D- Dogma.....	11
¿Qué podemos aprender de la epidemia de SIDA?.....	12
Qué tienen en común el VIH/SIDA y el SARS-CoV-2/COVID.....	13
1. Se afirma que existe un nuevo virus, pero nunca se demostró.....	13
2. Existe la declaración de una nueva enfermedad causada por dicho virus.....	17
3. Se utilizan protocolos de pruebas no validados y manipulados.....	18
4. Tanto entonces (mediados de los 80) como ahora (2020/2021), Anthony Fauci. .	19
5. El embrujo o el efecto nocebo de una prueba "positiva" impulsa la enfermedad. .	20
6. Las celebridades y las imágenes de terror difundidas a través de los canales de televisión y las redes sociales se utilizan para reforzar el dogma del virus.....	22
7. Los incentivos financieros impulsan el aumento de las pruebas, el diagnóstico y el tratamiento.....	24
8. Las intervenciones farmacéuticas/"preventivas" tóxicas y las drogas ilícitas provocan efectos adversos y muertes.....	26
9. No hay ensayos sólidos controlados con placebo para los medicamentos que se promocionan.....	27
10. Se fabrica y aprovecha el concepto de "portadores asintomáticos".....	30
11. La epidemiología hace que la hipótesis del virus sea reducida al absurdo.....	33
12. La persecución, la censura y la condena llegan a todos los que exigen pruebas de la existencia de un nuevo patógeno.....	35
Entonces, ¿qué podría "causar" realmente lo que llamamos infección?.....	37
1. El miedo.....	37
2. Co-exposición.....	38
3. Desintoxicación.....	38
4. Nutrición.....	39
5. NMG Nueva Medicina Germánica.....	39
Si me engañas una vez, es tu culpa ... si me engañas dos veces.....	39
Sobre los autores.....	40
Notas al final.....	41

Introducción

IMAGINA UN ENEMIGO QUE ES INVISIBLE, como un fantasma o un demonio, excepto para aquellos que tienen poderes visionarios especiales. Acecha en lugares insospechados, convirtiendo a cada persona y cada lugar en una amenaza potencial. Una vez que se afianza, no hay forma de detenerlo sin la ayuda de un arsenal de poderosos venenos proporcionados por los protectores en que confiamos, que tienen práctica en este tipo de exorcismos y saben que su trabajo provoca inevitablemente algunos daños colaterales. Es un sacrificio necesario para exterminar al enemigo. Todos se inclinan ante aquellos que podrían protegernos de esta toma de posesión demoníaca. No hay sacrificio demasiado grande si promete salvarnos de tal posesión.

¿Y si le dijéramos que hay tanta evidencia de que los gérmenes causan (o son la causa principal de) la enfermedad como de que hay una posesión demoníaca con entidades invisibles que nos hacen toser, purgarse y desperdiciar? ¿Y si nuestra creencia colectiva en el contagio, la infección y las precauciones, prevenciones y tratamientos asociados es en realidad un *sistema de creencias* que ha sido aprovechado durante un siglo al servicio del control de la población e incluso de la despoblación?

Afirmamos que la noción de que el virus SARS-CoV-2 es el causante del "COVID" es una recapitulación del golpe de estado internacional de las enfermedades infecciosas que se impuso en la década de 1980, a saber, que el VIH causa el SIDA. El objetivo aquí es presentar nuestros hallazgos para proponer que el SIDA fue un ensayo general para el actual aprisionamiento de los ciudadanos de todo el mundo utilizando la narrativa dominante de la COVID.

Pero retrocedamos para confirmar que nuestras definiciones están bien aclaradas.

¿En qué consiste exactamente la teoría consensuada de la infección y el contagio, también conocida como *teoría de los gérmenes*?

La teoría de los gérmenes postula que los microbios -incluidos los fragmentos inmóviles de material genético envuelto denominados virus- causan enfermedades a través de la exposición, la invasión del cuerpo y la replicación, lo que en última instancia conduce a la enfermedad, la discapacidad y la muerte. Parece obvio, ¿verdad? Esta teoría también resulta ser la base del sistema médico alopático occidental y la justificación para las medidas de salud pública impuestas en violación de la soberanía corporal (por ejemplo, la vacunación obligatoria a cambio de "privilegios" que en realidad pueden ser derechos inalienables). Pero, ¿y si la teoría de los gérmenes y las premisas asociadas con ella representan una comprensión incompleta (¡o completamente errónea!)? ¿Y si la validación fundacional por parte del establishment de la teoría de los gérmenes, llamada postulados de Koch, nunca ha sido cumplida por un solo supuesto agente infeccioso? Los postulados de Koch establecen esencialmente que un microbio debe ser aislado y purificado de una persona enferma y luego utilizado para causar los mismos síntomas cuando se lo introduce en otro huésped. Además, este microbio debe encontrarse en personas

sintomáticas y no en personas sin síntomas de enfermedad. Dada la falta de validación de los postulados de Koch, la teoría de los gérmenes exige una mayor investigación.



Pero este tipo de investigación no está permitida porque todavía no hemos reconocido que la medicina, en sí misma, es un sistema de creencias. Muchos han creído, por ejemplo, que existe un [desequilibrio químico](#) que causa la enfermedad mental y que este desequilibrio debe ser tratado con medicamentos de por vida. Estas creencias colocan a los creyentes en una posición de impotencia frente a una fuerza mayor que no pueden igualar, sino que sólo pueden mitigar. Estas creencias nos mantienen como víctimas dependientes, impotentes ante nuestros problemas. Nos mantienen luchando en una guerra que en realidad nunca se puede ganar porque ¡estamos dando poder al aparente enemigo a través de nuestra creencia de que este enemigo tiene poder sobre nosotros!. **La creencia en que los gérmenes se propagan y causan enfermedades es lo que nos permite, como colectivo, permanecer en la [psicología infantil](#) de la lucha contra el enemigo malo que buscamos vencer algún día con la ayuda del padre que siempre esperamos que nos proteja.** Es el pensamiento de supervivencia en blanco y negro lo que nos mantiene atascados, con miedo y dependientes de un sistema que nos dice qué personas son seguras y cuáles no, e incluso nos invita a vigilarnos a nosotros mismos y a los demás en nombre de la seguridad. También es lo que nos lleva a deshumanizarnos y cosificarnos unos a otros, envueltos en la ilusión de que, de alguna manera, estamos hechos de una bondad totalmente diferente a la de aquellos a quienes juzgamos. Puede que te parezca que estos son hechos, no creencias, pero así es como se sienten todas las creencias hasta que reconocemos que tenemos la opción de vivir según ellas... o de pensar de forma diferente.

TEORÍAS DE VÍCTIMA

Teoría del
Desequilibrio Químico

Teoría del
Colesterol

Teoría de la
Mutación del Cáncer

Teoría de los
Gérmenes

El alfabeto del cientifismo

Está perfectamente bien equivocarse y cambiar de opinión; de hecho, **en eso consiste fundamentalmente la ciencia: en un continuo recálculo de incoherencias y contradicciones que revelan el tortuoso camino hacia la verdad.** Si tuviéramos todas las respuestas, no habría necesidad de realizar experimentos científicos. Sin embargo, lo que ha sucedido con la ciencia es que se ha convertido en **cientificismo**, un sistema ideológico de supuestos que la convierten en un dogma, incluso con tabúes de los que nunca se debe hablar, abordar o investigar. Basta con pensar en el llamado "dogma central de la biología", la idea de que secuencias específicas de ADN se convierten en ARN y luego construyen las proteínas que componen las células. En contraste con la visión idílica de los científicos que realizan experimentos orientados al descubrimiento para iluminar la naturaleza fundamental de la biología, las mentes en la primera línea de la investigación están estranguladas por las fuentes de financiación del gobierno que premian los resultados rentables, por las revistas compradas por la industria y por la condena refleja moralista de cualquiera que intente hacer indagaciones sobre el statu quo.

Este matrimonio médico-científico-industrial nos ha traído muchos memes a los que nos aferramos, socialmente, como verdades incuestionables:

- ◆ Que [la depresión es un desequilibrio químico](#)
- ◆ Que [el colesterol causa enfermedades del corazón](#)
- ◆ Que [la exposición a los gérmenes equivale a una infección mortal, y las vacunas protegen](#)
- ◆ Que [el cáncer es una bomba de tiempo genética y está causado sobre todo por genes mutados](#)
- ◆ Que [el VIH causa el SIDA, el equivalente a una muerte segura](#)
- ◆ Que [los genes heredados causan enfermedades](#)

A- Suposiciones: La práctica aceptada de la medicina y la ciencia se basa en suposiciones no cuestionadas.

Uno de los estudios más convincentes para cuestionar las suposiciones en torno al contagio y la teoría de los gérmenes fue el realizado por el Servicio de Salud Pública y la Marina de los Estados Unidos bajo la supervisión del Dr. Milton Rosenau en 1918 en voluntarios sanos en múltiples lugares.

Sus voluntarios recibieron primero una cepa y luego varias cepas de una bacteria llamada *bacilo de Pfeifer* mediante un aerosol y un hisopo en sus narices y gargantas y luego en sus ojos. Cuando ese procedimiento no pudo producir la enfermedad, se inoculó a otras personas con mezclas de otros organismos aislados de la garganta y la nariz de pacientes con gripe. A continuación, algunos voluntarios recibieron inyecciones

de sangre de pacientes con gripe. Por último, 13 de los voluntarios fueron llevados a un pabellón de gripe y expuestos a 10 pacientes de gripe cada uno. Cada voluntario debía dar la mano a cada paciente, hablar con ellos a corta distancia y permitirles toser directamente en su cara. Ninguno de los voluntarios de estos experimentos desarrolló la gripe. Rosenau estaba claramente desconcertado y advirtió que no había que sacar conclusiones de los resultados negativos. Terminó su artículo en *JAMA* con un reconocimiento revelador:

"Entramos al brote con la idea de que conocíamos la causa de la enfermedad y estábamos bastante seguros de saber cómo se transmitía de persona a persona. Quizás, si hemos aprendido algo, es que no estamos muy seguros de lo que sabemos sobre la enfermedad".¹

Hemos hecho tales suposiciones con infecciones como el sarampión (e inducido la histeria colectiva), aunque los aspectos fundacionales de la suposición han sido puestos en duda. ¿Sabías que el propio [Dr. Stefan Lanka](#), virólogo, ganó un caso en un alto tribunal alemán en 2016 cuando cuestionó las evidencias de la *existencia* del virus del sarampión? Afirmó: "En el curso de mis estudios, yo y otros no hemos podido encontrar pruebas de la existencia de virus causantes de enfermedades en ningún lugar."

Mientras tanto, el mayor honor de haber dado espacio al tema de la "detección de virus desaparecidos" en la discusión científica es para la australiana Eleni Papadopulos-Eleopulos con su crítica fundamental de que el VIH es un virus potencialmente mortal.²

El reto que plantean las suposiciones es el de la *petitio principia*, o el esfuerzo por demostrar una afirmación mediante la declaración de que ésta ya es cierta. Por ejemplo, una persona afirma que el virus causó los síntomas y luego calibra las pruebas de diagnóstico basándose en pacientes con síntomas.

B- Creencias: La práctica aceptada de la medicina y la ciencia convencionales es un enfoque basado en creencias para entender el cuerpo y la experiencia humanos.

"El hecho de que las secuencias de ARN que los científicos extrajeron de las muestras de tejido y con que las pruebas de RT-PCR del SARS-CoV-2 finalmente "calibraron" pertenezcan a un nuevo virus patógeno llamado SARS-CoV-2 se basa, por tanto, sólo en la fe y no en una investigación sólida."

- extracto de Virus Mania de Engelbrecht et al

En medicina, el papel de la creencia se denomina efecto placebo y se descarta efectivamente como una molestia estadística. La verdad es que todo el entramado de la medicina convencional se basa en la creencia en el propio sistema. El papel de la creencia en el científicismo se encubre en el supuesto objetivismo de la ciencia y la estandarización de la medicina, y se nos induce a percibir que la "medicina alternativa" se basa en la creencia mientras que la medicina convencional se basa en "hechos". Es importante destacar que la investigación sobre [el nocebo](#) ha

demostrado que la pérdida de fe o creencia en la intervención (normalmente farmacéutica) provoca una pérdida de efecto.

Probablemente, la demostración más contundente de esto fue un estudio titulado [The Role of Patient Expectancy in Placebo and Nocebo Effects in Antidepressant Trials](#) (El Papel de la Expectativa del Paciente en los Efectos Placebo y Nocebo en los Ensayos con Antidepresivos). En este estudio, 673 personas con diagnóstico de depresión recibieron fluoxetina (Prozac genérico) durante 12 semanas. A las 12 semanas, se informó a todos los pacientes de que se les asignaría aleatoriamente un placebo o continuarían con la fluoxetina. Cabe destacar que AMBOS, los participantes que continuaron con la fluoxetina y los que fueron cambiados a placebo desarrollaron un empeoramiento de los síntomas depresivos, lo que sugiere dos interpretaciones no excluyentes:

1. El efecto inicial fue atribuible al placebo, ya que todos los pacientes *sabían que* estaban recibiendo el tratamiento (el estudio era abierto)
2. La pérdida del beneficio con la introducción de la *posibilidad* de ser aleatorizado al placebo es el *deshecho* del efecto placebo, o el efecto nocebo.

Este ensayo es uno de los muchos que demuestran que el factor más importante en los resultados médicos es la creencia y la [mentalidad](#) asociada con ella.

"Sencillamente, ya no es posible creer en gran parte de la investigación clínica que se publica, ni confiar en el juicio de los médicos de confianza o en las directrices médicas autorizadas. No me complace esta conclusión, a la que llegué lentamente y a regañadientes durante mis dos décadas como editora del New England Journal of Medicine."

- Marcia Angell

C- Consenso: *La práctica aceptada de la medicina y la ciencia se basa en intervenciones comúnmente adoptadas más que en enfoques comprobados.*

Antes de que la base de datos Cochrane fuera cooptada, escribieron sobre algo llamado "medicina de consenso", que es, como suena, la práctica de la medicina que se basa no en la evidencia, sino en lo que se hace más comúnmente.

Un artículo provocador e importante en las Actas de la Clínica Mayo planteaba la cuestión:

"¿Cuántas prácticas médicas contemporáneas no son mejores, o son peores, que no hacer nada, o hacer otra cosa más sencilla, o menos costosa? Se trata de una pregunta importante, dadas las repercusiones negativas que tiene para los pacientes y el sistema sanitario el seguir avalando intervenciones, pruebas o estrategias de gestión fútiles, ineficaces, caras o perjudiciales."

En esta [investigación](#), Prasad y sus colegas analizaron 2.044 artículos publicados originalmente en el New England Journal of Medicine entre 2001 y 2010 y clasificaron los artículos en función de si probaban un tratamiento nuevo o existente y si los

resultados cuestionaban o apoyaban la eficacia del tratamiento. **Descubrieron que el 40,2% de los artículos abogaban por la "reversión médica", es decir, recomendaban suspender un tratamiento porque no estaba realmente basado en la evidencia.** A lo largo de 10 años, un total de 128 prácticas médicas fueron puestas a la dura luz de la evidencia, lo que significa que debería haberse difundido un importante memorándum y concienciar a los médicos de todo el país de la necesidad de cambiar lo que estaban haciendo. Además, estos estudios deberían haber alertado sobre la evidencia que ponía en duda dicha práctica. Por el contrario, Prasad et al discuten:

"Aunque la base de evidencia de algunas prácticas es débil, éstas ganan aceptación en gran medida gracias al apoyo vocal de destacados defensores y a la fe en que el mecanismo de acción es sólido. Más tarde, los ensayos futuros socavan la terapia, pero la eliminación de la práctica contradicha a menudo resulta difícil."

Hacen referencia a una revisión relacionada en el British Medical Journal que evaluó 3.000 prácticas médicas y descubrió que más de **un tercio son eficaces o tienen probabilidades de serlo, el 15% son perjudiciales y el 50% se desconocen.** Es importante señalar que muchos de estos ensayos a corto plazo no recogen los daños del tratamiento que tardan meses o años en aparecer y que establecer el riesgo es mucho más complejo que demostrar la eficacia.

Una práctica habitual de la industria farmacéutica es crear y compartir ampliamente "estudios" destinados a garantizarle la seguridad al público y a borrar cualquier preocupación sobre el riesgo de diversos tratamientos. Sólo después de décadas de daño acumulado, los inevitables datos basados en la población son capaces de derribar la agenda farmacéutica. Lo hemos visto una y otra vez; algunos ejemplos son los cigarrillos, el dietilstilboestrol (DES), la talidomida, los inhibidores de la COX, **el BPA** y la relación entre los daños neurológicos y **la vacunación**.

D- Dogma: La práctica aceptada de la medicina y la ciencia se basa en la defensa dogmática de las Suposiciones, la creencia y el consenso con la desestimación, la marginación y el silenciamiento de la disidencia.

La teoría de los gérmenes se ha colocado en una posición de supremacía sin evidencias adecuadas. Este sistema de creencias monolítico se mantiene y defiende como la única visión del mundo legítima e incuestionable para las enfermedades infecciosas mediante la demanda de conformidad y cumplimiento a través de la coerción, la vergüenza y la intimidación por parte del establecimiento médico.

Puede que usted se de cuenta de que el debate sobre la "ciencia" es ineficaz. También puede notar que los disidentes, tales como los autores de este artículo, suelen ser difamados a través de los medios de comunicación controlados en lugar de ser invitados a un debate razonable. Estas no son las herramientas de una investigación científica sincera al servicio del bienestar humano, sino las herramientas que una secta dirigida por una hermandad emplearía para silenciar cualquier voz rebelde.

¿Qué podemos aprender de la epidemia de SIDA?

Al igual que las enfermedades mentales, el SIDA es un *síndrome* de más de 25 enfermedades y no una entidad de enfermedad definida en sí misma. El SIDA tiene incluso diferentes criterios de diagnóstico en distintas partes del mundo. En particular, parte de la definición del SIDA es la presencia de anticuerpos específicos del llamado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), aunque una persona con anticuerpos "de VIH" circulantes no está necesariamente enferma, ni sabemos si va a estarlo (ya que no se han realizado estudios de historia natural que controlen los factores del estilo de vida). En última instancia, dado que el diagnóstico de SIDA se ha definido por la detección de anticuerpos contra el VIH, no hemos necesitado establecer científicamente la causalidad. De hecho, hasta la fecha, nadie -Luc Montagnier y Robert Gallo incluidos- ha sido hasta el presente capaz de encontrar un estudio mecanicista que demuestre cómo el virus del VIH se traduce en síntomas de SIDA.³

Debido a esta falta de causalidad, dos personas que presentan síntomas de una determinada enfermedad de la larga lista de enfermedades definitorias del SIDA pueden recibir diagnósticos totalmente diferentes. Por ejemplo, si una persona da positivo en la prueba del VIH, se le diagnostica SIDA, y a la otra, con una prueba del VIH negativa, se le diagnostican simplemente las enfermedades que presenta, como la neumonía *Pneumocystis carinii* (PCP) o el sarcoma de Kaposi. El poder embrujador del diagnóstico de SIDA, por supuesto, no debe descartarse a la ligera a medida que aprendemos más sobre el poder del efecto nocebo para influir negativamente en el sistema inmunitario. Y no podemos descartar la miríada de otros factores, incluido el uso de drogas farmacéuticas recreativas y recetadas, que contribuyen a la inmunosupresión grave.

Las personas denominadas pacientes con SIDA pueden verse afectadas por una inmunosupresión que conduce a infecciones oportunistas, pero este fenómeno se ha observado antes del SIDA y está asociado con muchas otras condiciones. Estas condiciones incluyen la inmunodeficiencia combinada grave (SCID), la agammaglobulinemia, los cánceres de sangre, la anemia aplásica, la cirugía de trasplante, el uso de drogas intravenosas y la quimioterapia.

Qué tienen en común el VIH/SIDA y el SARS-CoV-2/COVID



"No voy a cambiar los hechos porque crea en algo y tenga ganas de manipular el comportamiento de alguien estirando lo que realmente sé. Creo que siempre lo correcto y lo seguro para un científico es decir lo que piensa a partir de los hechos. Si no se puede dilucidar por qué se cree en algo, es mejor dejar claro que se habla como persona religiosa".

- Kary Mullis, inventor de la PCR, ganador del premio Nobel

1. Se afirma que existe un nuevo virus, pero nunca se demostró de forma concluyente que el virus existiera ni que causara una nueva enfermedad.

Se dice que el VIH pertenece a una clase de virus llamados retrovirus. Para probar esta afirmación, el VIH debe ser aislado como un virus puro para que pueda ser visualizado con un microscopio electrónico. Sin embargo, todas las micrografías electrónicas del supuesto VIH tomadas a mediados de la década de 1980 no procedían de la sangre de un paciente, sino de un caldo de cultivo celular hecho en laboratorio. En algunos casos, las células habían sido cocinadas durante una semana en una placa de Petri.

Además, se suponía que la presencia (detectada indirectamente) de una enzima llamada transcriptasa inversa era suficiente para demostrar la existencia de un retrovirus e incluso de una infección viral de las células analizadas en cultivo. En 1983, Luc Montagnier, del Instituto Pasteur de París, publicó un artículo en *Science* en el que afirmaba que su equipo de investigación había encontrado un nuevo retrovirus, que más tarde recibiría el nombre de VIH. Esta afirmación se hizo después de que sólo se hubiera observado la actividad de la transcriptasa inversa en cultivo celular

Pero no había ninguna prueba científica para esta conclusión. Once años antes, en 1972, Temin y Baltimore habían afirmado que "la transcriptasa inversa es una propiedad innata de todas las células y no se limita a los retrovirus". E incluso Françoise Barré-Sinoussi y Jean Claude Chermann, los coautores más importantes del artículo de Montagnier en *Science* en 1983, concluyeron en 1973 que la transcriptasa inversa no es específica de los retrovirus, sino que existe en todas las células. En otras palabras, si se encuentra la enzima transcriptasa inversa en un cultivo de laboratorio, no se puede concluir, como hizo Montagnier, que se ha encontrado un retrovirus, y mucho menos una cepa específica de retrovirus.⁴

La caracterización del virus quedó prácticamente en suspenso hasta 1997, cuando Hans Gelderblom, del Instituto Robert Koch de Berlín, reavivó los esfuerzos por visualizar el virus del VIH. Pero el artículo de Gelderblom, publicado en la revista *Virology*, omite la purificación y caracterización del virus y se limita a afirmar que se encontró la proteína p24, sin aportar pruebas de que las partículas sean el VIH. La segunda imagen de la sangre de un paciente con SIDA procede del Instituto Nacional del Cáncer estadounidense. En este caso, las partículas de proteína y ARN que se hicieron visibles no tenían la morfología típica de los retrovirus.

Además, los investigadores de la corriente principal del SIDA afirman que proteínas como la p24 y la p18 son específicas del VIH, y las utilizan como marcadores sustitutos del VIH, pero de hecho estos marcadores también se encuentran en una serie de muestras de tejido humano supuestamente "no infectado". Incluso Luc Montagnier admitió más tarde, en una entrevista con la revista *Continuum* en 1997, que incluso después de un "esfuerzo romano" con micrografías electrónicas del cultivo celular que detectó el supuesto VIH, no eran visibles partículas con "morfología típica de los retrovirus."

El hecho de que no se haya producido una imagen clara de las partículas del VIH con morfología de retrovirus, a pesar de la enorme cantidad de recursos financieros y del interés público, es sospechoso en el mejor de los casos y malicioso en el peor.

"Este paciente tiene tuberculosis, aquel diarrea crónica, este malaria y aquel lepra' - todas enfermedades conocidas en África desde hace mucho tiempo. Pero entonces todo fue rediagnosticado como SIDA - por miedo al SIDA".

- Neville Hodgkinson citado en *Virus Mania*⁵

En el caso del SARS-CoV-2, en una solicitud por un estudio que muestre el aislamiento y la purificación completa de las partículas que se dice que son SARS-CoV-2, Michael Laue, de uno de los representantes más importantes del mundo de la "pandemia" de COVID-19, el Instituto alemán Robert Koch (RKI), respondió que: "No tengo conocimiento de un trabajo que haya purificado el SARS-CoV-2 aislado". Esta es una notable admisión de fracaso y está en línea con las declaraciones que Torsten Engelbrecht y otros presentaron en el artículo "COVID-19 PCR Tests Are scientifically Meaningless" (Las pruebas de PCR de COVID-19 carecen de significado científico), que *OffGuardian* publicó el 27 de junio de 2020. Este fue el primer artículo a nivel mundial en el que se explicaba detalladamente por qué las pruebas de PCR del SARS-CoV-2 no tienen ningún valor para el diagnóstico de una infección viral.

Uno de los puntos cruciales de este análisis fue la afirmación por parte de la "ciencia" de un nuevo y potencialmente mortal virus SARS-CoV-2, dado que los estudios de "aislamiento" no consiguieron aislar las partículas que se decía que eran el nuevo virus.

Así lo confirman las respuestas de los científicos de los respectivos estudios a nuestra pregunta, que se muestran en una tabla en nuestro artículo - entre ellos el artículo más importante del mundo en lo que respecta a la afirmación de haber detectado el SARS-CoV-2 (de Zhu et al.), publicado en el *New England Journal of Medicine* el 20 de febrero de 2020, y ahora incluso el RKI.

Además, Christine Massey, una ex bioestadística canadiense del ámbito de la investigación sobre el cáncer, y un colega suyo de Nueva Zelanda, Michael Speth, así como varias personas de todo el mundo (la mayoría de las cuales prefieren permanecer en el anonimato) han presentado solicitudes de libertad de información a docenas de instituciones sanitarias y científicas y a un puñado de oficinas políticas de todo el mundo.

Buscan cualquier registro que describa el aislamiento de un virus SARS-COV-2 de cualquier muestra no adulterada tomada de un paciente enfermo.

Responses from Study Authors to the Question: Do your electron micrographs show the purified virus?

Study	Replying Author	Answer	Date of Answer
Sharon R. Lewin et al. Isolation and rapid sharing of the 2019 novel coronavirus (SARS - CoV - 2) from the first patient diagnosed with COVID - 19 in Australia, <i>The Medical Journal of Australia</i> , June 2020, pp. 459-462	Jason A. Roberts and Julian Druce	"The nucleic acid extraction was performed on isolate material recovered from infected cells. This material was not centrifuged, so was not purified through sucrose gradient to have a density band as such. The EM images were obtained directly from cell culture material."	October 5, 2020
Leo L. M. Poon; Malik Peiris. Emergence of a novel human coronavirus threatening human health, <i>Nature Medicine</i> , March 2020	Malik Peiris	"The image is the virus budding from an infected cell. It is not purified virus."	May 12, 2020
Myung-Guk Han et al. Identification of Coronavirus Isolated from a Patient in Korea with COVID-19, <i>Osong Public Health and Research Perspectives</i> , February 2020	Myung-Guk Han	"We could not estimate the degree of purification because we do not purify and concentrate the virus cultured in cells."	May 6, 2020
Wan Beom Park et al. Virus Isolation from the First Patient with SARS-CoV-2 in Korea, <i>Journal of Korean Medical Science</i> , February 24, 2020	Wan Beom Park	"We did not obtain an electron micrograph showing the degree of purification."	March 19, 2020
Na Zhu et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019, <i>New England Journal of Medicine</i> , February 20, 2020	Wenjie Tan	"[We show] an image of sedimented virus particles, not purified ones."	March 18, 2020

Source: Engelbrecht, Torsten; Demeter, Konstantin, COVID-19 PCR Tests Are Scientifically Meaningless, OffGuardian, 27. June 2020; research by Torsten Engelbrecht

Respuestas de los Autores del Estudio a la Pregunta: ¿Muestran sus micrografías electrónicas el virus purificado?

Estudio	Autor que Responde	Respuesta	Fecha de Respuesta
Sharon R. Lewin et al. Aislamiento y rápida compartición del nuevo coronavirus 2019 (SARS CoV 2) del primer paciente diagnosticado con COVID 19 en Australia, <i>The Medical Journal of Australia</i> , junio	Jason A. Roberts y Julian Druce	"La extracción de ácido nucleico se realizó sobre material aislado recuperado de células infectadas. Este material no se centrifugó, por lo que no se purificó mediante gradiente de sacarosa para tener	5 de octubre de 2020

de 2020, pp. 459.462		una banda de densidad como tal. Las imágenes de ME se obtuvieron directamente del material de cultivo celular".	
Leo L. M. Poon; Malik Peiris. Aparición de un nuevo coronavirus humano que amenaza la salud humana, <i>Nature Medicine</i> , Marzo de 2020	Malik Peiris	"La imagen es el virus que brota de una célula infectada. No es un virus purificado".	12 de mayo de 2020
Myung-Guk Han y otros. Identificación de Coronavirus Aislado de un Paciente en Corea con COVID-19, <i>Osong Public Health and Research Perspectives</i> , Febrero de 2020	Myung-Guk Han	"No pudimos estimar el grado de purificación porque no purificamos ni concentramos el virus cultivado en células".	6 de mayo de 2020
Wan Beom Park y otros. Aislamiento del Virus del Primer Paciente con SARS-CoV-2 en Corea, <i>Journal of Korean Medical Science</i> , 24 de febrero de 2020	Wan Beom Park	"No obtuvimos una micrografía electrónica que mostrara el grado de purificación".	19 de marzo de 2020
Na Zhu y otros. Un Nuevo Coronavirus de Pacientes con Neumonía en China, 2019, <i>New England Journal of Medicine</i> , 20 de febrero de 2020	Wenjie Tan	"[Mostramos] una imagen de partículas de virus sedimentadas, no purificadas".	18 de marzo de 2020

Fuente: Engelbrecht, Torsten; Demeter, Konstantin, La Prueba de de PCR COVID-19 No Tiene Sentido Científico, OffGuardian, 27 de junio de 2020; investigación de Torsten Engelbrecht

En el momento de redactar este documento, las 68 instituciones u oficinas que respondieron no proporcionaron ni citaron ningún registro que describiera el aislamiento del "SARS-COV-2", y el Ministerio de Sanidad alemán ignoró por completo su solicitud de información pública.

El empresario alemán Samuel Eckert solicitó a las autoridades sanitarias de varias ciudades, como Múnich, Dusseldorf y Zúrich, un estudio que demostrara el aislamiento y la purificación completa del llamado SARS-CoV-2. No ha obtenido ninguna respuesta. Eckert incluso ha ofrecido 230.000 euros a Christian Drosten si puede aportar alguna evidencia publicada que demuestre científicamente el proceso de aislamiento del SARS-CoV-2 y su sustancia genética. El plazo (31 de diciembre de 2020) ha pasado sin que Drosten haya respondido a Eckert. En otro intento, el periodista alemán Hans Tolzin ofreció una recompensa de 100.000 euros por una publicación científica que describiera un intento exitoso de infección con el SARS-CoV-2 específico que produjera de forma fiable la enfermedad respiratoria en los sujetos de prueba. No se presentó ninguna respuesta.

Además, las micrografías electrónicas impresas en los estudios correspondientes, que muestran partículas que supuestamente representan el SARS-CoV-2, revelan que estas partículas muestran variaciones extremas de tamaño. De hecho, los diámetros

oscilan entre 60 y 140 nanómetros (nm). Un virus que presenta una variación de tamaño tan extrema no puede existir realmente.

Según los principios de la virología, cada virus tiene una estructura bastante estable. Recientemente, la entrada de Wikipedia sobre el coronavirus se modificó para informar de que "cada virión del SARS-CoV-2 tiene un diámetro de entre 50 y 200 nm". Eso sería como decir que una persona varía su altura de 1 a 4 metros según las circunstancias!⁶

2. Existe la declaración de una nueva enfermedad causada por dicho virus teórico basada en muy pocas observaciones de casos mientras que los medios de comunicación informan de multitudes de nuevos casos.

En contra de lo que se ha dicho públicamente, ni el SIDA ni el COVID-19 son enfermedades nuevas. A finales de 1980 y principios de 1981, el investigador de la UCLA Michael Gottlieb inició inexplicablemente una campaña para promover la creencia de que había una "nueva" enfermedad contagiosa que se propagaba entre los hombres homosexuales, ¡basándose en sólo 5 casos! Los factores comunes del "estilo de vida" se descartaron sumariamente, sobre todo el uso frecuente de inhalantes de nitrito ("poppers"), una droga recreativa ampliamente utilizada por los hombres homosexuales, incluidos los 5 primeros casos de "SIDA" notificados. Los esfuerzos de Gottlieb por presionar a los CDC y a los medios de comunicación para que apoyaran su campaña monotemática de "causalidad viral" tuvieron un gran éxito y contribuyeron a lanzar la industria multimillonaria del "SIDA".

Los pacientes afectados padecían la enfermedad pulmonar pneumocystis carinii pneumonia (PCP), muy poco habitual en hombres jóvenes en la flor de la vida. Las víctimas habituales son los adultos mayores, los que reciben medicación inmunosupresora o los bebés que nacen con una inmunodeficiencia. Al parecer, los investigadores médicos del SIDA no tuvieron en cuenta otros factores relativos a la causa de la PCP, como el consumo de drogas de los pacientes.

En cambio, el estamento médico y los CDC dieron la impresión de que la causa de la PCP era completamente desconcertante, preparando el lanzamiento de una nueva enfermedad. Los CDC abrazaron con entusiasmo las tesis de Gottlieb: "Material caliente, material caliente", aclamó James Curran de los CDC. Era tan "caliente" que, el 5 de junio de 1981, los CDC lo anunciaron como una noticia al rojo vivo en su boletín semanal, el *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR, Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad)*, que también es una fuente de información preferida por los medios de comunicación.

En este *MMWR*, se conjeturó inmediatamente que esta misteriosa nueva enfermedad podría haber sido causada por el contacto sexual, y que por tanto era infecciosa. De hecho, no había ninguna evidencia para tal especulación, ya que los pacientes no se conocían entre sí, ni tenían contactos sexuales o conocidos comunes, ni tenían antecedentes comparables de enfermedades de transmisión sexual.

"El sexo, al tener tres mil millones de años de antigüedad, no es específico de ningún grupo y, por lo tanto, naturalmente no se cuestiona como posible explicación de un nuevo tipo de enfermedad", señaló el microbiólogo Peter Duesberg, de la Universidad de California, Berkeley. "Pero enterrado en el artículo de Gottlieb había otro factor de

riesgo común [criminalmente descuidado por los CDC] que relacionaba a los cinco pacientes de forma mucho más específica que el sexo". Estos factores de riesgo incluían un estilo de vida muy tóxico y el uso de drogas recreativas que se consumían con frecuencia en el ambiente gay, principalmente poppers.⁷

Del mismo modo, tampoco existen síntomas específicos relacionados con la llamada COVID-19. La idea de que "COVID-19" no es una enfermedad nueva fue confirmada por Thomas Löscher, médico especialista en enfermedades infecciosas, quien declaró en un correo electrónico que "para la mayoría de las enfermedades respiratorias no hay síntomas específicos inconfundibles. Por lo tanto, una diferenciación de los diferentes patógenos es puramente imposible desde el punto de vista clínico".⁸ Esto fue confirmado por la revista *Deutsches Ärzteblatt* el 11 de enero de 2021: "Los hallazgos en la tomografía computarizada no son específicos de COVID-19, sino que también pueden estar presentes en otras neumonías."⁹

Esto significa que el COVID-19 sólo puede diagnosticarse sobre la base de una prueba PCR "positiva". Pero estas pruebas de RT-qPCR del SARS-CoV-2 son completamente inadecuadas para el diagnóstico del COVID-19; para entender por qué estas pruebas carecen de sentido científico, lea la descripción detallada en el subcapítulo "Fracaso total de la prueba PCR: Sin patrón de oro, sin medición de la 'carga viral', no para fines de diagnóstico" del libro "[Virus Mania](#)" de Torsten Engelbrecht et al.¹⁰

Nosotros planteamos que el SIDA y el COVID-19 son pandemias puramente de testeos. No son "pandemias de virus", sino una pandemia de pruebas de anticuerpos (SIDA) y una pandemia de pruebas de PCR (COVID-19).

Mientras que en el caso del SIDA se afirmó falsamente que cinco hombres homosexuales fueron los responsables del inicio de la epidemia, en el caso del COVID-19 se afirmó que 41 personas se habían infectado con el SARS-CoV-2 en el mercado de mariscos de Huanan, en Wuhan, sin una pizca de evidencia que apoyara esta afirmación.¹¹

3. Se utilizan protocolos de pruebas no validados y manipulados para definir los casos de la enfermedad.

Este artículo seminal enumera 66 factores diferentes conocidos para desencadenar una prueba de anticuerpos contra el VIH "positiva", lo que demuestra claramente que esta prueba de diagnóstico no es específica:

¿DE QUIÉN SON LOS ANTICUERPOS?

Factores Conocidos Que Causan Resultados Falsos Positivos En Las Pruebas De Anticuerpos Contra El VIH

<http://www.virusmyth.com/aids/hiv/cjtestfp.htm>

El Dr. Roberto Giraldo, que trabajaba en el laboratorio de un hospital de Manhattan realizando pruebas de diagnóstico del VIH, reveló que el suero sanguíneo se diluía rutinariamente 1:400 antes de realizar la prueba de anticuerpos contra el VIH del Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas (ELISA, en inglés). Sin embargo, en

un gran grupo de muestras sin diluir, todas las muestras que anteriormente daban un resultado "negativo" se convirtieron de repente en "positivas".

Como advirtió Thomas Zuck de la FDA en 1986, las pruebas de anticuerpos ELISA no fueron diseñadas específicamente para detectar el VIH. La primera prueba de anticuerpos contra el VIH, que se desarrolló en 1985, se diseñó para examinar productos sanguíneos, no para diagnosticar el SIDA; esto también se indicó en el estudio "Human Immunodeficiency Virus Diagnostic Testing: Years of Evolution (Pruebas de diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana: 30 años de evolución)". ¹² Además, el semanario alemán *Die Woche* escribió en 1993 que las pruebas del VIH "también reaccionaban en personas que habían sobrevivido a la tuberculosis"; además, decenas de otros síntomas, como el embarazo o la gripe, podían provocar una reacción "positiva").

En el caso del COVID-19, el eje fue la prueba **PCR**. Pero las pruebas RT-qPCR del SARS-CoV-2 son inadecuadas para el diagnóstico del COVID-19, principalmente porque no hay pruebas de que las partículas que se afirman que son de SARS-CoV-2 sean virus "malos" y no hay un estándar de oro sólido para las pruebas PCR. Estas pruebas no pueden detectar infecciones ni medir la carga viral de un paciente (véase el subcapítulo "Fracaso total de la prueba PCR: Sin patrón de oro, sin medición de la 'carga viral', no para fines de diagnóstico" del libro "Virus Mania" de Torsten Engelbrecht et al.)¹³

4. Tanto entonces (mediados de los 80) como ahora (2020/2021), Anthony Fauci era (y es) uno de los protagonistas del negocio mundial de los virus.

Anthony Fauci es un médico-científico e inmunólogo estadounidense que ejerce como director del Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas (NIAID) de Estados Unidos y asesor médico jefe del presidente. Como médico de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH), Fauci ha trabajado en el sector de la salud pública estadounidense en diversas funciones durante más de 50 años, y ha actuado como asesor de todos los presidentes de EE.UU. desde Reagan.

Tras completar su residencia médica en 1968, Fauci se incorporó a los NIH como asociado clínico en el Laboratorio de Investigación Clínica (LCI) del NIAID. En 1974 se convirtió en jefe de la Sección de Fisiología Clínica del LCI y en 1980 fue nombrado jefe del Laboratorio de Inmunorregulación del NIAID. En 1984 se convirtió en director del NIAID, cargo que aún ocupa. A Fauci se le ha ofrecido varias veces el puesto de director de los NIH, pero lo ha rechazado en todas las ocasiones.

Fauci ha estado al frente de los esfuerzos de Estados Unidos para hacer frente a enfermedades víricas como el VIH/SIDA, el SARS, la gripe porcina, el MERS, el ébola y el COVID-19. Como "zar de los virus" del planeta desde 1984, Fauci ha difundido información errónea y ha ignorado cuestiones críticas. Bajo la égida de Fauci, Robert Gallo pudo promover al mundo su infundada tesis del VIH/SIDA como la verdad eterna. Fauci también consiguió, a mediados de los años 80, difundir en todo el mundo el supuesto "test del VIH" y, en 1987, presidió la aprobación fraudulenta de la zidovudina (AZT) para el SIDA.

En las décadas siguientes, Fauci siguió difundiendo una falsedad tras otra. Con la gripe aviar, predijo "de dos a siete millones de muertes" en todo el mundo, mientras que en realidad, según las cifras oficiales, sólo se contaron 100 muertes. Con la

vacuna de la gripe porcina, afirmó que sólo "muy, muy, muy raramente" se asociaba a defectos secundarios graves, aunque los datos para tales afirmaciones ni siquiera estaban disponibles y más tarde se hizo evidente que había muchos efectos secundarios, incluyendo graves complicaciones neurológicas.

Fauci ha recomendado la "profilaxis previa a la exposición" (PrEP) en el contexto del SIDA, sugiriendo que incluso las personas "seronegativas" tomen la medicación "por si acaso". Pero cuando Torsten Engelbrecht, uno de los autores de este trabajo, pidió a Fauci que respaldara sus afirmaciones, éste se negó a comentar si existían evidencias científicas sólidas para la PrEP. Hillary Hoffman, del departamento de comunicación del NIAID, se limitó a hacerle saber: "El Dr. Fauci declina respetuosamente responder a las preguntas que usted envió por correo electrónico".

El patrón de Fauci de no querer responder a preguntas críticas impregna toda su carrera. Por ejemplo, en 1987, la reportera de la NBC News Perri Peltz quiso enfrentarse a Fauci con críticas sobre el estudio de aprobación del AZT, pero él se negó de forma característica. "¡Bienvenida al club, Perri!", escribió John Lauritsen en su libro "The AIDS War: Propaganda, Profiteering and Genocide from the Medical-Industrial Complex" (La guerra del SIDA: propaganda, especulación y genocidio desde el complejo médico-industrial). Según Lauritsen, Fauci también "se negó a hablar con la BBC, con la radio de la Canadian Broadcasting Corporation, con el Canal 4 de televisión (Londres), con la televisión italiana, con The New Scientist y con Jack Anderson" sobre el fraudulento ensayo del AZT de 1987.

Dos años antes, el 2 de octubre de 1985, Rock Hudson, que le puso "una cara" al VIH/SIDA, murió durante el mandato de Fauci. Y al igual que Roy Horn en 2020, las estrellas mundialmente famosas de los primeros tiempos de la "era del SIDA" fueron sometidas a experimentos con fármacos potencialmente letales. La primera víctima realmente famosa fue Hudson, que fue tratado con agentes como el HPA-23, un fármaco del que no se habían realizado estudios científicamente controlados. Aunque no había pruebas de la eficacia. con respecto a la enfermedad de Hudson, los efectos que dañaban el hígado y eran potencialmente letales estaban suficientemente documentados, y los efectos altamente tóxicos eran especialmente peligrosos para los pacientes que ya tenían problemas de salud subyacentes.

Se parece mucho a COVID-19, salvo que hay 35 años en el medio [14 15](#) (véase también el punto 8).

5. El embrujo o el efecto nocebo de una prueba "positiva" impulsa la enfermedad y los resultados negativos secundarios al alarmismo mediático.

La influencia de los mensajes *catastrofistas* de las autoridades, los "expertos", es un aspecto que a menudo se pasa por alto o ni siquiera se considera como un factor de deterioro de nuestra salud. El efecto nocebo se produce cuando las expectativas negativas de un paciente sobre un tratamiento hacen que éste tenga un efecto aún más negativo. Del mismo modo, este efecto nocebo también podría producirse cuando la amenaza de una pandemia mortal se cierne sobre muchos. Algunos comenzarán inmediatamente a producir síntomas de enfermedad si creen sin dudarlos en estos pronunciamientos, especialmente si resultan "positivos" después de someterse a las pruebas.

Esto es muy probablemente lo que ha ocurrido desde marzo de 2020, cuando se declaró por primera vez la pandemia de COVID-19. Es evidente que se ha producido una avalancha mundial de retórica aterradora difundida a través de los gobiernos y los principales medios de comunicación. La amenaza de un gran número de casos y muertes se ha proyectado continuamente sobre el público, exigiendo que se adhieran estrictamente a las normas gubernamentales. Esto ha puesto a los creyentes instantáneamente en un estado de miedo por el cual aceptan ciegamente las aterradoras profecías sin cuestionarlas.

Independientemente de que el diagnóstico de la enfermedad, muy cuestionable, se considere sintomático o asintomático, el efecto psicológico de un pronóstico negativo en un individuo puede ser profundo si cree que está "infectado". Del mismo modo, este miedo fabricado por el resultado positivo de la prueba podría convertirse en el miedo a que otros lo "infecten", o a que usted "infecte" a otros, como a su abuela.

Un resultado positivo de la prueba COVID-19 creará diversos grados de miedo y ansiedad dependiendo del sistema de creencias del individuo. Para algunos, surgirán muchas ansiedades después de un resultado positivo de la prueba. Por ejemplo, ¿sobreviviré? ¿Seré responsable de la transmisión de la enfermedad y causaré una muerte? Y así sucesivamente. Es difícil saber cuántos síntomas de enfermedad son causados por estos miedos más que por cualquier enfermedad.

Como la "pandemia" de COVID lleva más de catorce meses, algunas personas se han sumido en un estado crónico de ansiedad, sobre todo si han recibido uno o más resultados "positivos" de las pruebas. Un estado de ansiedad excesivo o persistente puede tener un efecto devastador en su salud física y mental, dando lugar a una serie de síntomas.¹⁶

Las personas más propensas a las enfermedades psicosomáticas son especialmente propensas a experimentar un deterioro de la salud y, dada la sintomatología cada vez más amplia de COVID-19, pueden empezar a producir algunos de estos síntomas.

Se puede establecer un paralelismo con la época en que se declaró el SIDA y el terror se extendió por todo el mundo durante la década de 1980. A esto le siguió el aumento del número de resultados positivos en las pruebas del VIH. Estos resultados dudosos de las pruebas eran como recibir una sentencia de muerte para algunos.

Al principio de la llamada epidemia de SIDA, el periodista gay y antiguo estadístico John Lauritsen identificó correctamente los peligros psicológicos de informar a la gente de que estaba infectados con un "virus" invariablemente mortal. Por miedo, muchas de estas personas sucumbieron al bombardeo de los medios de comunicación que promocionaban "tratamientos contra el SIDA" altamente tóxicos que, combinados con el miedo extremo, condujeron a una profecía autocumplida. Muchas otras personas simplemente se suicidaron tras recibir los "resultados de las pruebas".

¿Ha aumentado la tasa de suicidios desde que surgió la pandemia de COVID? En el momento de escribir estas líneas, "aparentemente no", según un artículo del BMJ publicado recientemente.¹⁷ Sin embargo, las secuelas son inciertas. El desempleo, la bancarrota, la pérdida de la esperanza y el miedo a lo que pueda deparar el futuro tienen el potencial de aumentar la tasa de suicidio. Sólo el tiempo lo dirá. Lauritsen señaló en su artículo de 1991 "No cabe duda de que el miedo extremo y crónico, la depresión, el estrés y el dolor son capaces de provocar la enfermedad y la muerte".¹⁸

Lauritsen se refirió a un artículo publicado en 1984 por Casper Schmidt en el *Journal of Psychohistory* sobre los efectos de las enfermedades psicosomáticas titulado: "The Group-Fantasy Origins of AIDS" (Los Orígenes de Fantasía Grupal del SIDA). Schmidt propuso que "el miedo crónico e ineludible puede provocar una reacción bioquímica en el cuerpo, que con el tiempo causa una "inmunidad psicogénicamente reducida mediada por células". Sostuvo que esta hipótesis se ha verificado en el modelo animal del "SIDA", en la medida en que los animales de laboratorio sometidos a amenazas ineludibles han desarrollado una inmunodeficiencia".

Ni que decir tiene que la hipótesis de Schmidt no fue bien recibida y fue rechazada por la medicina convencional. Como consecuencia, el término *negador* o *negacionista* se aplica a cualquier persona que proponga una postura alternativa sobre un tema, por ejemplo, negador del SIDA.¹⁹ Esta etiqueta se utiliza actualmente para cualquier persona, especialmente los académicos, que cuestionan el SARS-CoV-2 y/o el COVID-19. Se les sitúa inmediatamente en el ámbito del negacionismo.

Otro documento que Lauritsen cita en su artículo es el manuscrito de 1990 "Programmed to Die: Cultural Hypnosis and AIDS" (Programado para Morir: Hipnosis Cultural y SIDA), de Michael Ellner y Andrew Cort. Según Lauritsen, los autores afirman: "El matar apuntando huesos, o muerte vudú, es un fenómeno hipnótico bien documentado que demuestra claramente el impresionante poder de las creencias. Hay personas en África, Haití y Australia con la creencia de que el chamán (o médico brujo) tiene poder sobre la vida y la muerte. Para ellos, ser el blanco de un hueso señalado por tal autoridad puede ser fatal. El maleficio es inofensivo para un no creyente, pero para un creyente es mortal. Después de que les apunten con un hueso, las personas sanas se van a casa y mueren obedientemente".

El uso inadecuado a sabiendas de las pruebas de PCR y otros métodos similares no sólo conducirá a resultados falsos, sino que también puede ser perjudicial para quienes creen en su diagnóstico. Lauritsen hace referencia a una frase resumida por un escritor de Berlín Oriental: "Nicht das Virus, sondern die Diagnose totet". ("No es el virus, sino el diagnóstico lo que mata").

6. Las celebridades y las imágenes de terror difundidas a través de los canales de televisión y las redes sociales se utilizan para reforzar el dogma del virus.

En el caso del VIH/SIDA, las imágenes de horror difundidas a través de los canales de televisión procedían especialmente de los famosos que sufrían y morían. Una especie de "big bang" para la narrativa del VIH=SIDA fue cuando el actor de Hollywood Rock Hudson, una alta imagen de la masculinidad estadounidense, fue presentado al mundo como la primera megaestrella con SIDA a mediados de los años ochenta. En julio de 1985, Hudson reveló al público que tenía SIDA (un año después de su prueba "positiva"), y murió sólo unos meses después. La muerte de Hudson sacó el fenómeno del SIDA de la comunidad gay y transmitió el mensaje de que había una verdadera epidemia en marcha.

Se decía que si el SIDA podía afectar a alguien como Hudson, podía afectar a cualquiera, tanto a hombres como a mujeres. Sin embargo, Rock Hudson llevaba décadas bebiendo y fumando en cadena, lo que es muy perjudicial para el hígado y el organismo en general, y había sido operado del corazón a los 56 años. En este estado físico inestable, Hudson recibió medicamentos experimentales como el HPA-

23 durante al menos doce meses antes de su muerte. Esta medicación altamente tóxica puede haber desempeñado un papel crucial en la muerte de Hudson en octubre de 1985. Sorprendentemente, la pareja masculina de Hudson había dado "negativo" y no tenía síntomas de SIDA, algo que habla claramente en contra de que el SIDA sea también una enfermedad viral.²⁰

Otras celebridades cuyas muertes se utilizaron para fijar en piedra el dogma VIH=SIDA fueron Freddie Mercury, Rudolf Nureyev y Arthur Ashe. Freddie Mercury, antiguo líder de la banda de rock británica Queen y que era bisexual, se aterrorizó con el resultado "positivo" de la prueba y siguió el consejo de su médico de empezar a tomar AZT. Mercury pertenecía a la primera generación de pacientes que recibieron la carga completa de AZT. Al final, parecía un esqueleto y murió en noviembre de 1991 a la edad de 45 años.

Rudolf Nureyev, considerado por muchos como el mejor bailarín de ballet de todos los tiempos, también empezó a tomar AZT a finales de la década de 1980. Nureyev era "positivo" al VIH, pero por lo demás estaba completamente sano. Su médico personal, Michel Canesi, reconoció los defectos mortales del AZT e incluso le advirtió sobre el medicamento. Pero Nureyev proclamó: "¡Quiero esa droga!". Finalmente, murió en París en 1993, el mismo año en que el ex campeón de Wimbledon, Arthur Ashe, se reunió con su creador a la edad de 49 años, después de haber sido declarado "positivo" al VIH en 1988 y de que su médico le recetara una dosis extremadamente alta de AZT. Ashe quería dejar de tomar el AZT, pero no se atrevía: "¿Qué les voy a decir a mis médicos?", preguntó al *New York Daily News*.

Lo que la leyenda del tenis estadounidense Ashe no tuvo el valor de hacer -resistir la presión de la medicina del SIDA imperante y decidir no tomar el AZT- aparentemente salvó la vida de la megaestrella del baloncesto Earvin "Magic" Johnson. A finales de 1991, Magic conmocionó al mundo con la noticia de que había dado "positivo" en la prueba del VIH. "Le puede pasar a cualquiera, incluso a Magic Johnson", decía la revista *Time* el 18 de noviembre de 1991.

No había pruebas que apoyaran la afirmación de que había sido infectado por un virus llamado VIH. Magic Johnson sólo había dado "positivo", pero al mismo tiempo era la viva imagen de la salud, hasta que Fauci y su médico personal, el investigador del SIDA neoyorquino David Ho, le aconsejaron insistentemente que tomara AZT. Johnson siguió su consejo y su salud se deterioró rápidamente. Desgraciadamente, la manía por el virus era para entonces tan dominante que nadie pensó que los medicamentos extremadamente tóxicos pudieran haber causado los graves problemas de salud de Magic.

En el verano de 1992, después de que los medios de comunicación anunciaran su retiro del baloncesto a finales de 1991, incluso llegó a liderar el equipo de baloncesto de EE.UU. para conseguir la medalla de oro en los Juegos Olímpicos de Barcelona. Esto fue un logro grandioso, y si hubiera estado todavía bajo la influencia del AZT, de ningún modo habría podido lograr algo así.²¹

En el caso del SARS-CoV-2/COVID-19, la muerte del mago Roy Horn, así como innumerables escenas de terror, grabaron a fuego en la mente de la gente un dogma infundado sobre el virus. Horn, el legendario mago de Siegfried & Roy, falleció el 8 de mayo de 2020 a la edad de 75 años en Las Vegas tras ser tratado con el medicamento altamente tóxico Remdesivir. Fue la primera megaestrella mundial de la que se dijo que había muerto de COVID-19 y, por tanto, del llamado coronavirus SARS-CoV-2. Sin

embargo, una vez más no hay pruebas que apoyen esta historia. De hecho, Horn gozaba de tan mala salud que parece francamente absurdo ignorar factores no virales, como su enfermedad de cáncer, así como la administración de Remdesivir, como causa de su triste fallecimiento.²²

A mediados de marzo de 2020, la cobertura de los medios de comunicación estaba prácticamente dominada por un solo tema: que el número de muertes relacionadas con el coronavirus en Italia se había disparado. Por supuesto, la información se basó siempre en la narrativa "SARS-CoV-2 = muerte" y se acompañó de dramáticas imágenes de ataúdes sin fin, colas de vehículos militares y hospitales sobrecargados. Las horribles imágenes de Italia y otras partes del mundo que circularon por todo el planeta a través de la televisión y las redes sociales, junto con las drásticas advertencias de los virólogos sobre un virus mortal, establecieron firmemente la terrorífica historia del virus en la mente de muchas personas.

7. Los incentivos financieros impulsan el aumento de las pruebas, el diagnóstico y el tratamiento.

La financiación federal para la investigación del VIH ha aumentado considerablemente con el tiempo, pasando en EE.UU. de unos pocos cientos de miles de dólares en 1982 a más de 34.800 millones de dólares en 2019. Entre 1981 y 2006, los contribuyentes estadounidenses desembolsaron 190.000 millones de dólares para la investigación sobre el SIDA, centrada casi exclusivamente en la hipótesis del virus mortal y el desarrollo de tratamientos. La misma cantidad de dinero de los contribuyentes se destinó a la investigación sobre el SIDA en Estados Unidos en los cinco años comprendidos entre 2014 y 2019. El mercado mundial de medicamentos para el VIH se valoró en 30.800 millones de dólares en 2019, y se espera que alcance los 36,5 millones en 2027.

Sostenemos que el VIH/SIDA sirvió de salvación para la industria médica. A finales de la década de 1970, los expertos médicos lanzaron críticas condenatorias contra la investigación principal sobre el cáncer, que era la parte de la industria médica que, por lejos, más dinero devoraba. Los científicos médicos "habían atribuido a los retrovirus todas las cosas desagradables -sobre todo el desencadenamiento del cáncer- y tenían que aceptar constantes burlas e innumerables derrotas", señalaba la revista alemana *Der Spiegel* en 1986.

Además del cáncer, el concepto de que los virus son factores causales clave tampoco se ha establecido para otras enfermedades. Un ejemplo notorio es el desastre de la gripe porcina de 1976. David Lewis, un joven recluta estadounidense, se desplomó durante una marcha, y los llamados expertos en epidemias se abalanzaron afirmando que habían aislado un virus de la gripe porcina de su pulmón.

A instancias del estamento médico, y en particular de los CDC, el presidente estadounidense Gerald Ford apareció en la televisión instando a todos los estadounidenses a vacunarse contra una inminente y mortal epidemia de gripe porcina. Al igual que los promotores del miedo al COVID-19, el SARS y la gripe aviar, Ford utilizó la gran pandemia de gripe española de 1918 para asustar al público para que actúe.

Aproximadamente 50 millones de ciudadanos estadounidenses se apresuraron a acudir a los centros de salud locales para recibir inyecciones de una sustancia que había sido

lanzada apresuradamente al mercado. Produjo fuertes efectos secundarios en el 20-40% de los receptores, incluyendo parálisis y muerte. Las reclamaciones por daños y perjuicios consiguientes ascendieron a 2.700 millones de dólares. Al final, el director de los CDC, David Spencer, que incluso había creado una "sala de guerra" contra la gripe porcina para reforzar el apoyo del público y los medios de comunicación, perdió su puesto. La amarga ironía fue que no hubo, o sólo muy aisladamente, informes sobre (casos de) gripe porcina.

En consecuencia, a finales de la década de 1970, el Instituto Nacional de la Salud (NIH) de EE.UU. entró en aguas políticas revueltas, al igual que los CDC, que fueron ampliamente reestructurados a principios de la década de 1980. Como resultado, los CDC y el NIH, ambas organizaciones poderosas de la política sanitaria y la ciencia biomédica, tuvieron que redimirse. Una nueva "guerra" sería, por supuesto, lo mejor. A pesar de los perpetuos contratiempos, una "enfermedad infecciosa" seguía siendo la forma más eficaz de captar la atención del público y abrir los bolsillos del gobierno.

De hecho, el funcionario de la Cruz Roja Paul Cumming declaró al *San Francisco Chronicle* en 1994 que "los CDC necesitaban cada vez más una gran epidemia" a principios de los 80 "para justificar su existencia". Y la teoría del VIH/SIDA era precisamente eso.

"Todos los viejos cazadores de virus del Instituto Nacional del Cáncer pusieron nuevos carteles en sus puertas y se convirtieron en investigadores del SIDA. Reagan envió unos mil millones de dólares sólo para empezar", según Kary Mullis, premio Nobel de Química en 1993. "Y, de repente, todos los que podían presumir de ser algún tipo de científico médico y que no habían tenido mucho que hacer en los últimos tiempos estaban plenamente empleados. Todavía lo están".

Una de las personas más conocidas que saltó de la investigación del cáncer a la del SIDA es Robert Gallo. Junto con Montagnier, Gallo también fue considerado el descubridor del "virus del SIDA" y goza de fama mundial, llegando a ser millonario. Por otro lado, estuvo a punto de perder su reputación como investigador del cáncer después de que sus hipótesis virales sobre enfermedades como la leucemia colapsaran. "El VIH no salió de repente de la selva tropical o de Haití", escribe Mullis. "Simplemente apareció en las manos de Bob Gallo en un momento en que él necesitaba una nueva carrera".²³

Y la historia del VIH/SIDA comenzó con grandes mentiras. La más importante fue anunciada en abril de 1984 por Gallo, a las órdenes de Anthony Fauci, cuando afirmó en una conferencia de prensa que acaparó la atención mundial que "*se ha encontrado la causa probable del SIDA*".

Los trabajos de Gallo se publicaron en la revista *Science* después de su conferencia de prensa y también después de que él presentó una solicitud de patente para una prueba de anticuerpos que más tarde se denominó engañosamente "prueba del VIH". Así, nadie pudo revisar su trabajo antes de su espectacular aparición en televisión y durante algún tiempo después. Esto supuso una grave violación de la etiqueta científica profesional. Y como la revisión demostró más tarde, los estudios de Gallo no aportaron ninguna prueba para la tesis del virus. [24 25](#)

Además, el desarrollo de las pruebas (tests) también se basó principalmente en los derechos de licencia, lo que permitió obtener grandes beneficios económicos.²⁶ Por

ejemplo, el mercado mundial de diagnóstico del VIH se valoró en unos 2.200 millones de dólares en 2014,²⁷ y se prevé que este mercado alcance los 3.880 millones de dólares en 2021.

En 1995, *Der Spiegel* describió la codicia por el dinero y la fama asociados al VIH/SIDA de la siguiente manera: "Incluso con los grandes del establishment del SIDA, Gallo no se contiene con los diagnósticos psiquiátricos. [Según Gallo], uno de ellos es un 'fanático del control', el siguiente es 'poco creativo' y está 'acomplejado' por ello, y un tercero está -'¿puedo ser sincero?'- simplemente 'loco'. La ira impetuosa [de Gallo] es real cuando habla de la lucha por el poder en el negocio del SIDA, la lucha por el bote de dinero, los celos rencorosos del prestigio. Con el SIDA está en juego mucho dinero y, sobre todo, la fama".²⁸

8. Las intervenciones farmacéuticas/"preventivas" tóxicas y las drogas ilícitas provocan efectos adversos y muertes que luego se atribuyen al supuesto "virus".

Hay razones sólidas para concluir que los síntomas que asociamos con el SIDA son el resultado de los medicamentos antirretrovirales y no del llamado virus del VIH. De hecho, los estudios publicados sugieren que la toxicidad de los fármacos asociados al tratamiento del SIDA puede muy bien ser la causa de la mayoría de las muertes.^{29 30 31} En palabras del doctor Matt Irwin,³² "Muchos de los fármacos que se utilizan habitualmente para tratar a las personas diagnosticadas como (HIV) seropositivas tienen graves efectos inmunosupresores, así como otros efectos adversos graves. Entre ellos se encuentran los corticoesteroides, la zidovudina (AZT), otros fármacos de la misma clase que el AZT, ciertos antibióticos y los inhibidores de la proteasa... los corticoesteroides inducen una inmunosupresión que, según se afirma, es causada por el VIH, con una disminución del conteo de CD4 y una reducción de las células CD8, así como de la producción de anticuerpos."

Glaxo Wellcome pone la siguiente advertencia en negrita al comienzo de la sección de la Physician's Desk Reference de 1999 que describe el AZT (que es un fármaco antirretroviral común desarrollado originalmente para el cáncer).³³

"RETROVIR (ZIDOVUDINA, AZT) PUEDE ASOCIARSE CON UNA TOXICIDAD HEMATOLÓGICA GRAVE, QUE INCLUYE GRANULOCITOPENIA Y ANEMIA GRAVE, ESPECIALMENTE EN PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DEL VIH EN ESTADO AVANZADO (VER ADVERTENCIAS). EL USO PROLONGADO DE RETROVIR TAMBIÉN SE HA ASOCIADO CON UNA MIOPATÍA SINTOMÁTICA SIMILAR A LA PRODUCIDA POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA". (PDR 1999).

Una versión anterior del PDR, publicada en 1992, dejaba aún más clara la conexión:

A menudo es difícil distinguir los acontecimientos adversos posiblemente asociados con la administración de zidovudina (AZT) de los signos subyacentes de la enfermedad del VIH o de las enfermedades intercurrentes. (PDR 1992)

Otro estudio reciente descubrió que el fármaco antirretroviral Elvitegravir puede dañar gravemente las células inmunitarias adaptativas, concretamente las células B, contribuyendo probablemente a la inmunosupresión crónica.³⁴

Como ya se ha mencionado, las primeras personas a las que se les diagnosticó el SIDA en EE.UU. eran consumidores de drogas como poppers, cocaína, LSD, heroína, éxtasis y anfetaminas, todas ellas con efectos devastadores para el sistema inmunitario. El proceso destructivo de los poppers que se convierten en óxido nítrico y dañan los tejidos es particularmente notable en los pulmones, ya que al inhalar los poppers se produce material orgánico muerto, y los hongos entran en la zona para ingerir y metabolizar estos "residuos" de tejido dañado. Esto explica por qué tantos "pacientes de SIDA" denominados casos de SIDA, sufren de neumonía por pneumocystis carinii (PCP), una enfermedad pulmonar típicamente asociada a una fuerte infestación y descomposición por hongos.

El sistema inmunitario de estos pacientes está debilitado, lo que "es el denominador común para el desarrollo de la PCP", según los Principios de Medicina Interna de Harrison.

Y la "enfermedad [la inmunodeficiencia sobre la que se desarrolla la PCP] puede producirse en ratas de laboratorio mediante la inanición o el tratamiento con corticosteroides [cortisona] o ciclofosfamidas", es decir, con sustancias inhibitoras de las células que son destructivas para el sistema inmunitario, al igual que las llamadas terapias contra el SIDA.

Por lo tanto, el VIH no es necesario para causar los síntomas asociados al SIDA. Los estudios demuestran que un factor de estrés, como los efectos de los medicamentos, puede desencadenar una nueva disposición de las secuencias genéticas en las células, formando partículas que son interpretadas por la industria médica como virus que invaden desde el exterior (sin ninguna prueba), en lugar de vesículas producidas endógenamente.³⁵

En relación con COVID-19, las profecías catastrofistas, como la del virólogo en jefe alemán Drosten el 6 de marzo, de que "se esperan 278.000 muertes por coronavirus" en Alemania o la del modelador (informático) de enfermedades británico Neil Ferguson, que predijo unas 510.000 muertes por coronavirus a mediados de marzo de 2020 para el Reino Unido y 2,2 millones de muertes para los Estados Unidos si no se aplicaban inmediatamente medidas de cuarentena, dieron luz verde a los políticos para una cuarentena estricta. Pero tales escenarios de horror no sólo carecían de toda base científica ya entonces, sino que los datos fehacientes demuestran que en numerosos países, incluida Alemania, no hubo en absoluto ningún exceso de mortalidad en el período de tiempo en cuestión, y que incluso para el aumento de la mortalidad observado en países como Italia, España, Francia, Inglaterra o Estados Unidos, no se puede establecer un virus como causa definitiva. En su lugar, las pruebas sugieren que fue principalmente la administración masiva de preparados como hidroxiquina, Kaletra o azitromicina lo que provocó la muerte prematura de innumerables personas y creó un exceso de mortalidad, pero sólo en un periodo de tiempo muy corto alrededor de abril de 2020 (lo que también habla en contra de la hipótesis del virus).³⁶

9. No hay ensayos sólidos controlados con placebo para los medicamentos que se promocionan como el único salvavidas.

En julio de 1987, el *New England Journal of Medicine* publicó los resultados de la fase 2 de ensayos clínicos del primer tratamiento contra el SIDA aprobado por la FDA, el AZT. Aunque estos ensayos clínicos realizados por Fischl y otros fueron declarados "doblemente ciegos y controlados con placebo", el estudio había dejado de ser doble-ciego muy pronto, y un número desconocido de pacientes en el grupo "placebo" estaban tomando realmente AZT. El estudio se caracterizó por numerosas violaciones del protocolo, un mantenimiento deficiente de los registros y una extrema dejadez, tal y como expuso el periodista John Lauritsen, que descubrió estos graves problemas tras obtener múltiples documentos (que estaban fuertemente censurados) a través de varias solicitudes de *Información Pública*. Este estudio de Fase II, destinado a determinar la seguridad y la eficacia del AZT, incluía una muestra relativamente pequeña de 282 pacientes, el 95% de los cuales no llegó a completar las 24 semanas del estudio. (La duración promedio fue de 17,3 semanas).

Aunque los funcionarios de la FDA eran plenamente conscientes de que el estudio había dejado de ser doble-ciego y de que los datos se habían corrompido, decidieron no obstante incluir *TODOS* los datos malos en su análisis, y el fármaco fue aprobado. Más tarde se llevó a cabo un ensayo clínico de Fase III de AZT, con un mayor número de pacientes, aunque este estudio experimentó muchos de los mismos problemas graves que los ensayos de Fase II. Este estudio fue terminado prematuramente después de que se declarara que había un resultado significativamente mejor para los pacientes que estaban recibiendo el fármaco, y la FDA anunció que sería "poco ético" no romper el ciego del estudio inmediatamente y ofrecer el AZT a los pacientes que habían estado recibiendo el placebo.

El estudio se planificó como un ensayo "doblemente ciego", lo que significa que el fármaco debía ser etiquetado y el estudio realizado de tal manera que ni los médicos ni los pacientes supieran si se estaba administrando AZT o un placebo. En la práctica, en el ensayo con AZT se rompió el ciego rápidamente. Un funcionario médico de la FDA escribió: "el hecho de que los grupos de tratamiento dejaran de ser doble-ciego antes de tiempo podría haber dado lugar a un sesgo en la evaluación de los pacientes".

En el estudio se rompió el ciego entre los pacientes como resultado de las diferencias de sabor entre el AZT y el placebo.... Esta diferencia se corrigió y las cápsulas de placebo se sustituyeron por otras nuevas después de que se recibieran los primeros informes de que los pacientes rompían las cápsulas y probaban la medicación...

Otros pacientes descubrieron qué medicación recibían llevando sus cápsulas a laboratorios para que las analizaran. En algunos casos, los pacientes pusieron en común y compartieron su medicación, asegurándose así de que todos ellos pudieran recibir al menos algo de AZT. Otros pacientes, que descubrieron que su medicación era sólo un placebo, tomaron Ribavirina que había sido introducida de contrabando desde México.

Desde el punto de vista de los médicos, en el estudio se rompió el ciego por los perfiles sanguíneos sorprendentemente diferentes de los dos grupos de tratamiento. No se intentó cegar los resultados sanguíneos de ninguno de los médicos de los centros médicos en los que se realizaron los ensayos. Según un analista de la FDA: "Los grupos de tratamiento pueden haberse desenmascarado en gran medida durante los dos primeros meses debido a la macrocitos eritrocitaria inducida por el fármaco..."

Y como el ensayo con AZT no estaba cegado, todo el estudio era inválido y sin valor. Sólo sobre esta base, la aprobación del fármaco por parte de la FDA no era correcta ni legal.

De hecho, el periódico suizo *Weltwoche* calificó el experimento de "gigantesca chapuza" y *la NBC News* de Nueva York calificó los experimentos, realizados en todo Estados Unidos, de "gravemente defectuosos". Eso sí, el estudio de Fischl no fue el único que se declaró controlado con placebo en el contexto del SIDA y el AZT. Además, el estudio Concorde,³⁷ publicado en la revista *Lancet* en 1994, y el artículo de *Nature* de Darby y otros demostraron ambos que el AZT acorta la vida.

El estudio Concorde, realizado entre 1988 y 1991, demostró que el grupo que recibió AZT experimentó "más muertes y una interrupción más frecuente de la terapia debido a efectos secundarios graves" que el grupo de placebo.

Los resultados fueron aún más notables si se tiene en cuenta que el AZT se administró a las personas de la prueba en una dosis notablemente reducida (1.000 mg en lugar de 1.500 mg al día, como era habitual en aquella época y como se administró también a los participantes en el estudio de Fischl).

El AZT también recibió un veredicto condenatorio del estudio Darby, que apareció en *Nature* en septiembre de 1995.³⁸ En este trabajo, se compararon las tasas de mortalidad de los hemofílicos de Inglaterra que habían dado "positivo" en la prueba del VIH con las de los hemofílicos que habían dado "negativo" en la prueba del VIH durante el periodo de 1985 a 1992. El resultado fue que, a partir de 1985/1986, la tasa de mortalidad de los hemofílicos que dieron "positivo" empezó a aumentar, y a partir de 1987, su curva de mortalidad subió aún más abruptamente. En comparación, la tasa de mortalidad de los hemofílicos que dieron negativo en la prueba del "VIH" se mantuvo prácticamente sin cambios.

Para la medicina ortodoxa, esto era una prueba de que el VIH era responsable del aumento de las tasas de mortalidad entre los hemofílicos "seropositivos". Pero esta conclusión no es sostenible. Más bien, la aparición de la histeria total por el SIDA y la administración masiva de fármacos altamente tóxicos que la acompañaba fue la causa del repentino aumento de la tasa de mortalidad entre los hemofílicos "positivos". Así, las "pruebas del VIH" pasaron a ser de uso masivo poco después de su introducción en 1984/1985. Al mismo tiempo, casi todo el mundo en esa época ya tenía la fórmula "prueba positiva = infección por VIH = SIDA = sentencia de muerte" firmemente almacenada en sus mentes. Esto hace que el aumento de la tasa de mortalidad entre los hemofílicos a partir de 1985 sea fácil de explicar, ya que todos los que habían recibido un resultado "positivo" en la prueba entraron en una especie de shock, con lo que muchos de ellos se suicidaron. Además, con un resultado "positivo" en la prueba (por muy sanos o enfermos que estuvieran), se les trataba automáticamente con todo tipo de sustancias, por muy tóxicas que fueran, y se les administraba como medicación permanente, incluyendo preparados antifúngicos o el antibiótico Eusaprim, que inhibe la división celular, así como medicamentos antivirales altamente tóxicos.

Der Spiegel, por ejemplo, señaló en agosto de 1985: "Más de una docena de fármacos diferentes están siendo sometidos a ensayos clínicos sólo en los Estados Unidos, todos ellos hasta ahora poco exitosos y cargados de los más graves efectos secundarios. La sustancia 'HPA 23', desarrollada en el Instituto Louis Pasteur... también tiene sus trampas. En París se está llevando a cabo un estudio clínico en 33 personas de prueba

con 'HPA 23', pero en algunos pacientes el medicamento tuvo que ser suspendido de nuevo porque la sangre y el hígado estaban extremadamente dañados."

En el contexto del COVID-19, el paralelo al estudio de Fischl fue, en cierto sentido, el estudio pivotal del medicamento Remdesivir de Gilead Sciences, que había sido acelerado en los Estados Unidos y aprobado para uso de emergencia sólo el 2 de mayo de 2020. Este estudio también fue esencialmente fraudulento y, sin embargo, condujo a la aprobación del primer fármaco destinado al tratamiento de los pacientes con COVID-19; y, al igual que el AZT, este compuesto fue promocionado como la gran esperanza.

El Remdesivir inhibe la reproducción de las células y puede provocar una muerte prematura, sobre todo en ancianos con comorbilidades, y sus efectos secundarios más graves son la disfunción multiorgánica, el shock séptico y la insuficiencia respiratoria. Además, en experimentos con los llamados pacientes de Ébola, se descubrió que el fármaco eleva los valores de las enzimas hepáticas, lo que puede ser un signo de daño hepático.

El hecho de que Remdesivir se presentara como el salvador de los pacientes de COVID-19 sólo puede calificarse de escandaloso. A finales de abril de 2020, Anthony Fauci afirmó que un estudio había descubierto que Remdesivir reduciría el tiempo de recuperación y la mortalidad.

Pero un artículo de la Alianza para la Investigación y la Protección de los Seres Humanos (AHRP) titulado "El bombo publicitario promocional de Fauci catapultó el Remdesivir de Gilead" sacó a relucir un tema delicado: Fauci tenía intereses creados en este medicamento. Él patrocinó el ensayo clínico cuyos resultados detallados no han sido revisados por pares. Además, declaró que los tenues resultados eran "altamente significativos" y declaró que Remdesivir era el nuevo "estándar de atención". Fauci hizo el pronunciamiento promocional mientras estaba sentado en un sofá de la Casa Blanca, sin proporcionar un comunicado de prensa detallado o una sesión informativa en una reunión médica o en una revista científica, como es la norma para permitir a los científicos e investigadores revisar los datos.

Cuando se le preguntó sobre un estudio chino publicado en *The Lancet* el 29 de abril de 2020, un ensayo que se detuvo debido a eventos adversos graves en 16 (12%) de los pacientes, en comparación con 4 (5%) de los pacientes en el grupo de placebo, Fauci desestimó el estudio como "no adecuado".

Pero mientras que el estudio chino que Fauci denigró fue un estudio aleatorio, doble ciego, controlado con placebo y multicéntrico que fue revisado por pares y publicado en *The Lancet*, con todos los datos disponibles, los resultados del estudio del NIAID-Gilead no han sido publicados en la literatura revisada por pares, ni se han revelado los detalles de los hallazgos. "Sin embargo, fueron promovidos públicamente por el jefe de la agencia federal que realizó el estudio, desde la Casa Blanca", como subraya el AHRP. "¿Qué mejor publicidad gratuita?"³⁹

10. Se fabrica y aprovecha el concepto de "portadores asintomáticos" y las asociadas pruebas y precauciones recomendadas a las personas sanas.

En 1993, los CDC redefinieron el significado oficial de "caso de SIDA", lo que provocó que muchas personas "asintomáticas" con un diagnóstico "VIH positivo" fueran calificadas inmediatamente como un "caso de SIDA" en ausencia de cualquier síntoma

real de salud. La definición de caso de SIDA en EE.UU. se amplió para incluir a las personas con un recuento de linfocitos CD4+ inferior a 200 células por microlitro. La antigua definición exigía que un "caso de SIDA" representara a alguien realmente enfermo con al menos una "infección oportunista definitoria de SIDA". Este cambio duplicó con creces el número de "casos de SIDA" de la noche a la mañana, dando la falsa impresión de un aumento de casos a lo largo del tiempo.

Además, un vistazo a las estadísticas de los CDC anteriores a 1993 (y a las estadísticas de 2003 del Instituto Robert Koch) muestra que el número de muertes por SIDA en EE.UU. y en Alemania ya había alcanzado un máximo en 1991, y que luego disminuyó en los años siguientes. Por lo tanto, la terapia combinada múltiple (HAART, Highly Active Antiretroviral Therapy, en inglés, o TARGA, Terapia Antirretroviral de Gran Actividad, en español) y los inhibidores de la proteasa que se introdujeron en 1995/1996 no pueden ser responsables de este descenso. Sin embargo, las estadísticas más recientes de los CDC sí muestran que el pico de mortalidad se sitúa aproximadamente en 1995/1996. ¿Cómo puede ser esto?

Según el estadístico Vladimir Koliadin, que analizó los datos de mortalidad, esto se debe a la importante redefinición de lo que cuenta como caso de SIDA que se produjo en 1993, asegurando que el pico y el declive de los casos de SIDA se centraran en la introducción de los tratamientos a mediados de la década de 1990. "Si la opinión pública y los responsables políticos se hubieran dado cuenta de que la epidemia de SIDA estaba disminuyendo, esto podría haber dado lugar a la reducción de los presupuestos para los programas de investigación y prevención del SIDA, incluido el presupuesto de los propios CDC", dijo Koliadin. "La ampliación de la definición de SIDA en 1993 contribuyó a disimular la tendencia a la baja de la epidemia de SIDA. Es razonable suponer que un motivo esencial detrás de la aplicación de la nueva definición de SIDA justo en 1993 fue la fuerte falta de voluntad de los CDC para revelar la tendencia descendente de la epidemia de SIDA."

Además, un meta-análisis de datos de Europa, Australia y Canadá muestra que en 1995 los pacientes utilizaron la terapia combinada sólo el 0,5% del tiempo de tratamiento. En 1996, el valor aumentó al 4,7 por ciento, lo que sigue siendo extremadamente bajo. El ex director de los CDC, James Curran, declaró a la CNN que, en aquel momento, "menos del 10 por ciento de los estadounidenses infectados tenían acceso a estas nuevas terapias, o las tomaban".

Diez años más tarde, mientras los medios de comunicación celebraban el 10º aniversario de la TARGA, la revista *Lancet* publicaba un estudio que ponía en tela de juicio la propaganda sobre la TARGA (o HAART), demostrando que la disminución de la llamada carga viral no se "traducía en una disminución de la mortalidad" de las personas que tomaban estas combinaciones de fármacos altamente tóxicos contra el SIDA. El estudio multicéntrico -el mayor y más largo de su tipo- hizo un seguimiento de los efectos de la TARGA en 22.000 "positivos" del VIH previamente ingenuos acerca del tratamiento entre 1995 y 2003 en 12 lugares de Europa y EE UU. Los resultados del estudio refutan las afirmaciones populares de que los nuevos medicamentos de la TARGA prolongan la vida y mejoran la salud.

Al comentar el artículo, Felix de Fries, del Grupo de Estudio de Terapia contra el Sida de Zúrich (Suiza), dijo lo siguiente "El estudio de *The Lancet* muestra que, tras un breve periodo de tiempo, el tratamiento HAART provocó un aumento precisamente de las enfermedades oportunistas que definen el SIDA, desde infecciones fúngicas de los

pulmones, la piel y los intestinos hasta diversas infecciones por micobacterias". De Fries también señala que la TARGA no ha conducido a un aumento sostenido de los recuentos de células CD4, ni a una reducción de las enfermedades que definen el SIDA, ni a una disminución de las tasas de mortalidad; su uso también se asocia con una lista de efectos adversos graves, como enfermedades cardiovasculares, lipodistrofia, acidosis láctica, insuficiencia hepática y renal, osteoporosis, disfunción tiroidea, neuropatía y cánceres entre los usuarios.

También debemos reconocer que existen los llamados supervivientes del SIDA de larga duración o "no progresivos". Lo que tienen en común estas personas "positivas" es el hecho de que han rechazado los medicamentos contra el SIDA desde el principio o que sólo los tomaron durante poco tiempo. Muchos de ellos siguen o seguían vivos 20 años después de haber dado "positivo".

El establishment del SIDA llama a estos individuos "positivos" al VIH que rechazan los medicamentos para el SIDA "controladores de élite", como si fueran de alguna manera sobrehumanos. El establishment afirma ahora que el 2% de los pacientes con SIDA pueden pertenecer a esta categoría, pero sólo un gran estudio global controlado (que no se ha realizado) podría determinar el número exacto de individuos "positivos" al VIH que permanecen sanos sin tomar medicamentos para el SIDA. Sin embargo, el número de "controladores de élite" es probablemente mucho mayor, aunque la "gran mayoría de los [llamados] "positivos" al VIH son supervivientes a largo plazo", como afirma el microbiólogo de Berkeley Peter Duesberg. "En todo el mundo son muchos, muchos millones". Y de hecho, en los países industrializados, la mayoría de los que dan "positivo" al "VIH" son asintomáticos.⁴⁰

Lo mismo ocurre con el COVID-19: También en este caso, la mayoría de los que dan "positivo" no presentan síntomas. En este caso, el tema de la "infección por los asintomáticos" se llevó al extremo del absurdo.

La falsa afirmación de que un ser humano puede transmitir un virus sin síntomas es especialmente pérfida, ya que corroe a la sociedad; todo el mundo ve en su prójimo sólo a un propagador de virus altamente peligroso y reacciona ante ello con asco, agresividad o miedo y pánico. Dado que incluso los niños en edad escolar son adoctrinados por sus padres y profesores en este sentido, ya son previsibles los trastornos masivos del comportamiento y del desarrollo. Desgraciadamente, la manipulación mediática desatada con el COVID-19 ha conseguido difundir tales niveles de terror que la idea de que el otro es un peligro que hay que evitar se convierte en algo normal y demasiado aceptado. La Organización Mundial de la Salud, que hoy está cada vez más en manos de Bill Gates (como antes, históricamente, había estado en manos de los Rockefeller, de los que Gates es en muchos sentidos una emanación), prefiere utilizar el término "distanciamiento físico", quizá para no dejar demasiado claro que las medidas de distanciamiento adoptadas afectan y tienden a destruir la socialidad.

Detrás de este planteamiento está la idea de que el virus del SARS-CoV-2 se transmite por el aire o a través de las gotitas nebulizadas de quienes tosen, estornudan o hablan. Hemos escuchado diferentes teorías contradictorias porque todas estas teorías sobre la transmisión viral son sólo hipótesis que nunca han sido probadas; incluso la OMS reconoce que "las evidencias no son convincentes". Los únicos estudios en los que se ha "demostrado" de forma preliminar la transmisión de un coronavirus (no el SARS-CoV-2) por vía aérea se han realizado en hospitales y

residencias de ancianos, lugares que se sabe que producen todo tipo de infecciones debido a las malas condiciones higiénicas.⁴¹

Ningún estudio ha demostrado nunca la transmisión de virus en ambientes abiertos o en ambientes cerrados pero bien ventilados. Incluso suponiendo que exista esta transmisión por aire, se ha subrayado que, para que se produzca el "contagio", es necesario que las personas entre las que se produce la supuesta transmisión estén en estrecho contacto durante al menos 45 minutos.⁴²

La suposición de una infección presintomática ha sido atacada masivamente en la literatura técnica.⁴³ El inmunólogo Beda Stadler, profesor emérito de la Universidad de Berna, ha señalado en un artículo de gran prestigio en la revista suiza *Weltwoche* que la idea de que los virus puedan multiplicarse de forma incontrolada en el cuerpo humano sin que nos demos cuenta es inmunológicamente impensable. Sin embargo, es precisamente esta multiplicación incontrolada la que teóricamente podría generar el riesgo de infección en primer lugar.⁴⁴ No puede sorprender que no se haya podido detectar ni una sola transmisión asintomática del SARS CoV-2 en el brote de coronavirus de Wuhan.⁴⁵

Por cierto, esta afirmación de hechos falsos comenzó con un informe de un caso en la edición del 5 de marzo de 2020 del *New England Journal of Medicine*.⁴⁶ Este artículo afirmaba que una mujer de negocios china asintomática se había reunido con cuatro empleados de una empresa local en Múnich, todos los cuales contrajeron posteriormente el COVID-19. Luego, en Wuhan, esta mujer dio "positivo" en la prueba del SARS-CoV-2. Esto se tomó como la prueba definitiva de que las personas asintomáticas también podían ser contagiosas.

Este informe de caso ya se había publicado como preimpresión el 30 de enero de 2020. Sin embargo, el 3 de febrero apareció un comentario en el que se señalaba que la mujer de China sí tenía síntomas y que simplemente los estaba suprimiendo con la ayuda de medicamentos.⁴⁷ Esto había dado lugar a conversaciones con esta mujer, que se omitieron en el informe del caso.

No obstante, el informe del caso se imprimió y representa un auténtico fraude científico, ya que este informe del caso no se retractó inmediatamente después de que se conociera el error. Un estudio de seguimiento, que apareció el 15 de mayo de 2020 en *The Lancet*, rastreó el "grupo de brotes" en la empresa de Múnich y de repente sacó a la luz que la mujer de China todavía había tenido contacto con sus padres enfermos de COVID-19 poco antes de su viaje a Múnich - un hallazgo que todavía había sido suprimido en el informe del caso del 5 de marzo de 2020.⁴⁸ El estudio de *The Lancet* contiene numerosas inconsistencias tanto en sí mismo como en relación con el informe del caso del 3 de febrero de 2020, que ya han sido revisadas en otro lugar.⁴⁹

En definitiva, todas las medidas radicales de distanciamiento impuestas por los distintos gobiernos que pretenden evitar la transmisión vírica se basan en una hipótesis nunca demostrada y sin pruebas convincentes que la respalden.

11. La epidemiología hace que la hipótesis del virus sea reducida al absurdo tanto para el SIDA como para el COVID-19.

En el contexto del VIH/SIDA, la simple y, sin embargo, "políticamente incorrecta verdad rara vez se dice en voz alta: la temida epidemia heterosexual nunca ocurrió", informó Kevin Gray de la revista estadounidense *Details* a principios de 2004. El "grado de

epidemia" en la población de las naciones desarrolladas ha permanecido prácticamente inalterado. En Estados Unidos, por ejemplo, el número de los denominados infectados por el VIH se ha mantenido estable en un millón de personas desde 1985 (lo que corresponde a una fracción del 1% de la población). Pero si el VIH fuera realmente un nuevo virus de transmisión sexual, debería haber habido un aumento (y una caída) exponencial del número de casos.

Además, en países ricos como Estados Unidos y Alemania, según las estadísticas oficiales, los homosexuales siempre han constituido alrededor del 50% de todos los pacientes de SIDA, y los consumidores de drogas intravenosas alrededor del 30%, y el 7% son ambas cosas. Con esto, casi todos los enfermos de SIDA son hombres que llevan un estilo de vida autodestructivo con drogas tóxicas, medicamentos y demás. En cambio, las estadísticas oficiales dicen que en los países pobres

- ◆ Una proporción mucho mayor de la población tiene SIDA.
- ◆ Los hombres y las mujeres se ven igualmente afectados.
- ◆ Principalmente, las personas desnutridas sufren de SIDA.

Estas diferencias en las estadísticas sugieren que los síntomas del SIDA se desencadenan por factores ambientales como las drogas, los medicamentos y la nutrición insuficiente. Y habla claramente en contra de la presunción de que un virus "que se mueve como un fenómeno de la globalización -al igual que los flujos de datos, los ríos financieros, las olas migratorias, los aviones a reacción- rápido, sin fronteras e incalculable", está actuando aquí, como advirtió con urgencia el semanario alemán *Die Zeit* en su portada en 2004.

Un agente patógeno de este tipo tendría que atacar inevitablemente a todas las personas de todos los países del mundo por igual: hombres y mujeres, heterosexuales y homosexuales, africanos y europeos; y no, como revelan las estadísticas, de forma sesgada desde el punto de vista racial y de género, atacando a determinadas poblaciones con tasas diferentes. O como dijo *Der Spiegel* en 1983 en su artículo "Eine Epidemie, die erst beginnt" ("Una epidemia que recién comienza"): "Los microorganismos no suelen distinguir entre niño y anciano, hombre y mujer, homosexual y heterosexual".

Del mismo modo, en el caso de COVID-19, la epidemiología demuestra que no puede haber ningún virus en juego como se nos dice. Por ejemplo, en Suiza, las evidencias empíricas hicieron sospechar que una causa importante del exceso de mortalidad se debía también a los medicamentos, después de que 16 hospitales se unieran al estudio SOLIDARITY. Los datos de la Oficina Federal de Estadística muestran que el exceso de mortalidad sólo era significativo en el cantón de habla italiana del Tesino y en la parte francófona del país, pero no en la región de habla alemana de Zúrich. Zúrich, con sus 1.521.000 habitantes, tuvo aproximadamente el mismo número de muertes que el Tesino, a pesar de que la población de este último es mucho menor, 353.000 habitantes. La idea de que un virus respiratorio ataque a los cantones suizos de forma tan diferente es completamente irracional.

Otro factor del exceso de mortalidad fue el uso generalizado de la intubación y posterior ventilación (con respiradores) de los pacientes del COVID-19. De hecho, la intubación y la ventilación son medidas extremadamente intrusivas y duras, que

suelen realizarse con personas en riesgo de muerte inminente y, por lo general, ya en estado de coma. En diciembre de 2020, el sitio de noticias alemán *focus.de* publicó el artículo "Mortalidad demasiado alta debido a la intubación - afirma un pulmonólogo: 'La ventilación temprana es el mayor error en la lucha contra el coronavirus', en el que el neumólogo Thomas Voshaar afirma que la intubación hace que la mortalidad de las personas etiquetadas como víctimas de COVID-19 aumente de forma extrema. "El 50% de los pacientes con COVID-19 ventilados de forma invasiva mueren. Esto es una clara señal de que debemos adoptar un enfoque diferente en medicina", apela Voshaar a sus colegas. Lamentablemente, este llamamiento tampoco fue escuchado".⁵⁰

12. La persecución, la censura y la condena llegan a todos los que exigen pruebas de la existencia de un nuevo patógeno causante de enfermedades.

No estamos presenciando epidemias virales; estamos presenciando epidemias de miedo y pruebas (testeos). Y tanto los medios de comunicación como las grandes farmacéuticas tienen la mayor parte de la responsabilidad en la amplificación de los miedos: los miedos que, por cierto, siempre encienden negocios fantásticamente rentables. Las hipótesis de investigación que abarcan estas áreas de investigación sobre los virus no se verifican esencialmente nunca de forma científica con los controles adecuados. En cambio, se establecen por "consenso". Esto es entonces rápidamente reformado en un dogma, eficientemente perpetuado de manera cuasi-religiosa por los medios de comunicación, incluyendo la garantía de que la financiación de la investigación está restringida a proyectos que apoyan el dogma, excluyendo la investigación de hipótesis alternativas. Una herramienta clave para mantener las voces disidentes fuera del debate es la censura a varios niveles, desde los medios de comunicación populares hasta las publicaciones científicas.

La historia de la genetista Barbara McClintock es un ejemplo de censura y condena. En su artículo del Premio Nobel de 1983, informa de que el material genético de los seres vivos puede alterarse al recibir "shocks" (conmociones). Estos shocks pueden ser toxinas, pero también pueden provenir de otros materiales que produzcan estrés en el tubo de ensayo. Esto, a su vez, puede llevar a la formación de nuevas secuencias genéticas, que antes no se podían comprobar.

Hace mucho tiempo, los científicos observaron que las toxinas del cuerpo podían producir estas reacciones fisiológicas, pero la medicina actual sólo lo ve desde la perspectiva de los virus exógenos. En 1954, el científico Ralph Scobey informó en la revista *Archives of Pediatrics* que el herpes simple se había desarrollado tras la inyección de vacunas, la toma de leche o la ingestión de ciertos alimentos; mientras que el herpes zoster (culebrilla) surgía tras la ingestión o inyección de metales pesados, como el arsénico y el bismuto, o el alcohol.

También es concebible que las drogas tóxicas, como los poppers, o los medicamentos inmunosupresores, como los antibióticos y los antivirales, puedan desencadenar un estrés oxidativo y dañar las células. Como resultado, la producción de anticuerpos se "agita" (incrementa), creando pruebas de anticuerpos "positivas". Además, se expresan nuevas secuencias genéticas a través de este proceso, que luego son recogidas por las pruebas de PCR - todo esto, recuerde, sin un virus patógeno que ataque desde el exterior.

Pero la medicina dominante condena tales pensamientos como una herejía. La ortodoxia luchó contra el concepto de McClintock de "genes saltarines" durante décadas para proteger su modelo de un marco genético completamente estable. En este caso, no se limitaron a ignorar a McClintock, sino que incluso se volvieron francamente "hostiles", según McClintock. "En retrospectiva, es doloroso ver lo extremadamente fijados que están muchos científicos en las suposiciones dominantes, en las que han estado tácitamente de acuerdo", escribió McClintock en 1973, poco después de que el establishment médico admitiera, finalmente, que ella había tenido razón. "Simplemente hay que esperar el momento adecuado para un cambio de concepción".

Sin embargo, McClintock no tuvo tiempo de oponerse al dogma predominante de VIH = SIDA. Sí que criticó que nunca se había demostrado que el VIH causara el SIDA, pero la ganadora del Premio Nobel murió en 1992, poco después de que aparecieran en escena un número cada vez mayor de críticos del dogma VIH = SIDA.

Uno de los más destacados fue/es Peter Duesberg, miembro de la Academia Nacional de Ciencias, el más alto comité científico de Estados Unidos, y uno de los investigadores del cáncer más conocidos del mundo. Fue uno de los primeros críticos en cuestionar la causa del SIDA, pero su primera crítica importante no apareció hasta 1987, en la revista *Cancer Research*, es decir, en un momento en que el pánico al virus ya había bombardeado la conciencia pública durante muchos años.

Y, a medida que pasaban esos días y años, cada vez era menos probable que los defensores de la teoría del "virus del SIDA" se echaran atrás, puesto que ya habían invertido mucho financiera, personal y profesionalmente en el VIH. Ya sea en el *Spiegel*, *Die Zeit*, *The New York Times*, *Time* o *Newsweek*, la teoría de la ortodoxia del SIDA había sido defendida en todas partes. Investigadores como Gallo se vieron incapaces de retractarse de sus afirmaciones originales porque "ahora hay demasiado en juego", señaló la periodista estadounidense Celia Farber. "Gallo puede ganar mucho dinero con los derechos de patente de este virus. Toda su reputación depende del virus. Si el VIH no es la causa del SIDA, no queda nada para Gallo. Si no es un retrovirus, Gallo se volvería irrelevante".

Al final, todos los que criticaron el dogma VIH = SIDA perdieron completamente su reputación. No sólo Duesberg, sino también muchos, muchos otros, como el microbiólogo de Harvard Charles Thomas, que fundó la organización "Rethinking AIDS" a principios de la década de 1990 (rebautizada como "Reappraising AIDS" en 1994 y rebautizada más tarde de nuevo como "Rethinking AIDS"), así como el Grupo Australiano de Perth, con su "jefa" Eleni Papadopulos-Eleopulos, que fue pionera en la idea absolutamente fundada de que nunca se ha demostrado que el VIH sea un virus "malo".⁵¹

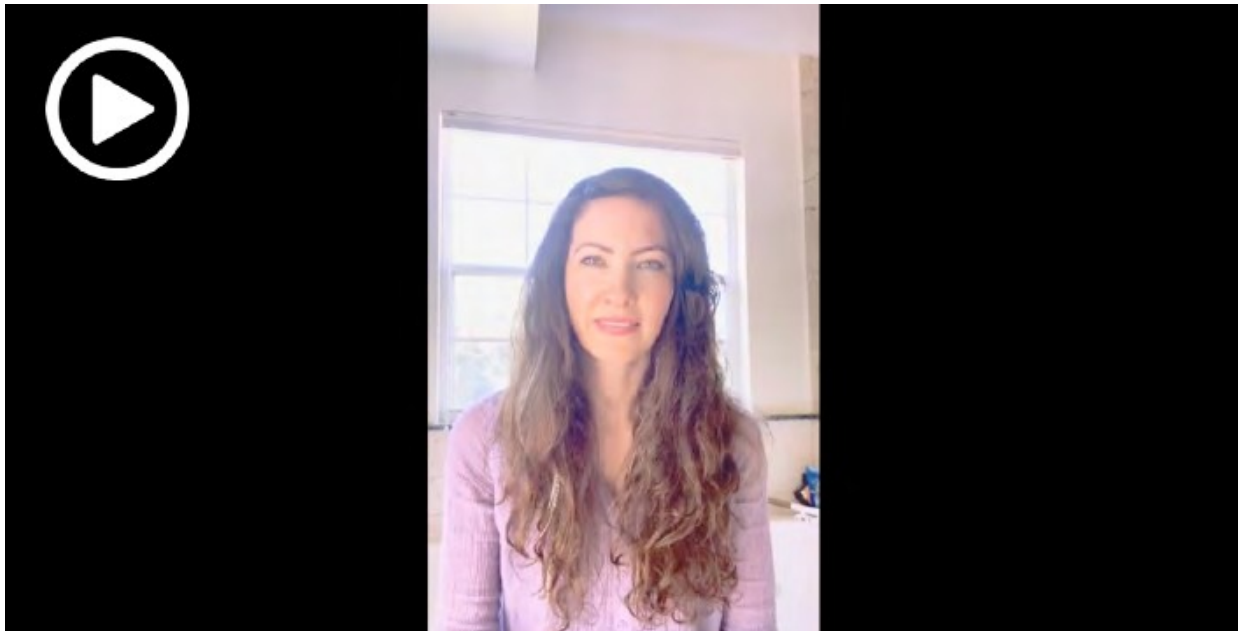
Se puede observar exactamente el mismo fenómeno en el caso de COVID-19. Cualquiera que se atreva a cuestionar fundamentalmente la narrativa oficial de COVID-19 es descartado por los medios de comunicación y la política dominante como irresponsable, o incluso de extrema derecha o nazi.

Los [esfuerzos de los medios de comunicación para difamar, degradar, censurar e incluso presentar cargos criminales](#) contra cualquiera de los que puedan cuestionar la narrativa dominante están llegando a su plena manifestación en la era de la actual operación psicológica. La connivencia de los medios de comunicación social, los

servicios destacados como YouTube, los editores "para el pueblo" como [NPR](#), e incluso los proveedores de boletines digitales han racionalizado la información disponible para que sea coherente con la programación ortodoxa sobre el virus, su letalidad, su prominencia, y la eficacia. y la necesidad de las pruebas (tests) e intervenciones asociadas. La orquestación de esta respuesta a los "disidentes" es tan extrema que, por sí misma, está dando lugar al nacimiento de plataformas de comunicación y medios de comunicación incontrolados y descentralizados.

Entonces, ¿qué podría "causar" realmente lo que llamamos infección?

Fundamentalmente, debido a que hemos estado bajo el hechizo de la teoría de los gérmenes durante más de un siglo, no sabemos cuáles son las causas de la "infección". Aquí ofrecemos algunas posibilidades.



1. El miedo: el papel de la psicología en la biología

Estamos viendo de primera mano que el propio miedo puede propagarse, al igual que un modelo de contagio clásico, sin necesidad de un germen verificado. Tal vez sea hora de cuestionar nuestras suposiciones en lo que respecta a los anticuados principios biológicos que hablan de la propagación como algo exclusivamente infeccioso.

Incluso en la literatura primaria publicada, hay investigadores que cuestionan los modelos de propagación de la gripe basándose en la observación de que los síntomas surgen, simultáneamente, en todo el mundo, a un ritmo que no puede explicarse por la transmisión de persona a persona. ²También he encontrado estudios interesantes, como uno que descubrió que los síntomas del resfriado sólo se manifestaban en individuos que autocalificaban su salud como mala, a pesar de que todos los voluntarios fueron inoculados con el virus. ³

2. Co-exposición

También hay modelos que exploran la aparente propagación de la infección como la excreción de la carga tóxica corporal de fuentes como la radiación no nativa (artificial), los alimentos procesados, los productos químicos industriales, los productos farmacéuticos y las vacunas, que afectarían a los que están en el mismo lugar y expuestos a agresiones ambientales similares en formas que podrían parecer una propagación basada en patógenos.

Examinando el caso de la polio, vemos que los síntomas asociados a la polio fueron en realidad inducidos por la **exposición** generalizada al arseniato de plomo y, posteriormente, al **DDT**, y los síntomas disminuyeron repentinamente con (antes de) la introducción de la vacuna. En ese momento, los síntomas de la poliomielitis fueron convenientemente rebautizados como "parálisis flácida aguda" como un juego de manos epidemiológico. Aquí podemos ver que el meme infeccioso puede ocultar causas ambientales muy reales de la enfermedad.

Los datos de la vacuna estadounidense contra el COVID, por ejemplo, también muestran claramente que la enfermedad y la muerte están asociadas con una toxina, en este caso una vacuna que en realidad no es una vacuna clásica, sino una terapia génica.

Datos de la Vacuna COVID

Hasta el 28 de Mayo de 2021

Muertes Reportadas después de la Vacuna COVID: Total 5.888



Fuente: <https://www.openvaers.com/covid-data/mortality>

3. Desintoxicación

La enfermedad puede ser una forma de descarga celular, y los microbios pueden considerarse saprofitos, que ayudan a procesar la materia muerta o en descomposición, que colonizan partes del cuerpo para eliminar los residuos celulares.

Los episodios agudos de desintoxicación pueden ser desencadenados por cambios ambientales, como el descenso de la temperatura y la humedad en invierno. Puede haber otros medios de intercambio de información entre las personas, como los exosomas, las feromonas y la resonancia acústica o electromagnética, como advertencias mensajeras para descargar los desechos celulares. Esta charla invisible será un área apasionante para futuras investigaciones.

4. Nutrición

El [Dr. Nicholas González](#), pionero en el papel de la nutrición personalizada para el sistema nervioso autónomo, compartió un caso de la enfermedad de Keshan en China en el que se pensaba que una cardiomiopatía fatal era causada por el virus de Cocksackie, y con una vacuna ya lista para su distribución, se descubrió que el suelo empobrecido en selenio era en realidad el causante reversible de estos síntomas aparentemente contagiosos. Los desequilibrios y las deficiencias nutricionales son uno de los principales impulsores de lo que puede parecer una enfermedad infecciosa. La desregulación del azúcar en la sangre, la antigenicidad de los alimentos, la deficiencia de micronutrientes e incluso el desajuste del tipo de dieta pueden impulsar la expresión de síntomas que, en última instancia, están ahí para alertarnos de la importancia de [una dieta adecuada](#).

5. NMG Nueva Medicina Germánica

Algunos de nosotros hemos encontrado en la [Nueva Medicina Germánica](#) un marco intrigante que pone de cabeza la presunta causalidad y nos ayuda a ver que los síntomas son una respuesta sabia por parte del cuerpo, en vez de un problema, y que no hay ninguna guerra dentro o fuera. En este modelo, los microbios ayudan a reestructurar y reparar las adaptaciones de los tejidos a las amenazas o conmociones biológicas y la expresión de los síntomas suele producirse en la fase de resolución de estas alteraciones. Obtenga más información [aquí](#).

Todos estos modelos sugeridos de enfermedades infecciosas son intercompatibles y se centran en el concepto de que la naturaleza es un sistema autocurativo. No hay invasores invisibles más allá de nuestro control y no es necesario tomar pociones sintéticas catalogadas como "contra la vida" (antibióticos). Estamos en guerra, pero no con los virus. La guerra es un conflicto de información e iluminación espiritual. El enemigo nos está alejando de la naturaleza y de nuestro verdadero espíritu de auto-empoderamiento, cooperación y amor. Ahora debemos darnos cuenta del truco y liberarnos. Nuestra salud y nuestra vida están en la balanza (en juego).

Si me engañas una vez, es tu culpa ... si me engañas dos veces...

El libro de jugadas del miedo a las enfermedades infecciosas ha quedado al descubierto hasta el punto de que podemos tomar el mando de nuestras respuestas al miedo y rechazar el último y más mediático virus. Podemos optar por recordar que

cada uno de nosotros es personalmente responsable de su propia salud y que nadie más puede "protegerlos", incluido un aparato gubernamental/privado que nunca ha mostrado ningún interés por el bienestar, la salud y la vitalidad de la población.

El reconocimiento de patrones tiene la capacidad de dilucidar lo que de otro modo podría parecer atterradoramente arbitrario, de modo que podamos elegir desde un lugar de empoderamiento. Queremos estar empoderados cuando navegamos por experimentos sociológicos como las pruebas (tests), el [uso de mascarillas \(tapabocas\)](#) y la [vacunación](#), y cuando mantenemos nuestra confianza en el cuerpo frente a los síntomas, si es que surgen. Si accedemos a la certeza de que el cuerpo no comete errores y que siempre nos muestra lo que somos, entonces hay mucho menos espacio para el gobierno en el viaje de autodescubrimiento que es la salud.

TEORÍA DE LOS GÉRMEENES

"Todo el tejido de la teoría de los gérmenes de la enfermedad se basa en suposiciones que no sólo son incapaces de demostrarse, y que de muchas de ellas puede demostrarse que son lo opuesto a la verdad. La básica de las suposiciones no demostradas, totalmente debida a Pasteur, es una hipótesis de que todas las supuestas infecciones y trastornos contagiosos son causados por gérmenes".

— Dr. M.L. LEVERSON

Sobre los autores

Torsten Engelbrecht es un periodista de investigación de Hamburgo, Alemania. Desde febrero de 2021, existe una nueva edición significativamente ampliada de su libro "Virus Mania" (en coautoría con el Dr. Claus Köhnlein MD, la Dra. Samantha Bailey MD y el Dr. Stefano Scolgio BSc PhD). En 2009 ganó el Premio Alemán de Medios Alternativos. Fue miembro del personal del Financial Times Deutschland y también ha escrito para OffGuardian, The Ecologist, Rubikon, Süddeutsche Zeitung y muchos otros. TorstenEngelbrecht.com.

...

La **doctora en medicina Kelly Brogan** es psiquiatra holística, autora del libro superventas del New York Times "A Mind of Your Own", "Own Your Self", del libro para niños "A Time For Rain" y coeditora del libro de texto de referencia "Integrative Therapies for Depression". Es la fundadora del programa de curación en línea Vital Mind Reset y de la comunidad de miembros Vital Life Project. Completó su formación psiquiátrica y su beca de investigación en el Centro Médico de la Universidad de

Nueva York tras graduarse en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cornell, y es licenciada (Bachiller Universitaria) por el M.I.T. en Neurociencia de Sistemas. Está especializada en un enfoque de resolución de la causa raíz de los síndromes y síntomas psiquiátricos. KellyBroganMD.com.

...

El **Dr. Andrew Kaufman** es un consultor de curación natural, inventor, orador público, psiquiatra forense y testigo experto. Completó su formación psiquiátrica en el Centro Médico de la Universidad de Duke tras licenciarse en la Universidad Médica de Carolina del Sur, y es licenciado (Bachiller Universitario) en Biología Molecular por el M.I.T. Ha realizado y publicado investigaciones originales y ha dado conferencias, supervisado y orientado a estudiantes de medicina, residentes y becarios en todas las especialidades psiquiátricas. Ha sido calificado como testigo experto en tribunales locales, estatales y federales. Ha ocupado puestos de liderazgo en la medicina académica y en organizaciones profesionales. Dirigió una empresa emergente para desarrollar un dispositivo médico que inventó y patentó. AndrewKaufmanMD.com.

...

Magdalene Taylor, directora y editora de The Informed Parent (TiP). Magdalene, una de las fundadoras de TiP, que surgió en septiembre de 1992, empezó a investigar la vacunación en 1991 desde una posición de creencia en el procedimiento. Esta creencia se basaba en la confianza en la autoridad médica, pero cuanto más investigaba, más le preocupaba que al público sólo se le presentara un punto de vista muy sesgado sobre el tema. Desde 1994, Magdalene sigue dirigiendo ella sola TiP, elaborando un boletín periódico que lleva ya casi 29 años publicándose. InformedParent.co.uk.



Notas al final

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2862332/>
2. Papadopulos-Eleopulos E et al. A critique of the Montagnier evidence for the HIV/AIDS hypothesis (Una crítica de la evidencia de Montagnier para la hipótesis del VIH/ IDA), *Medical Hypotheses*, 4/2004, pp. 597-601 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15325002/>
3. Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, Samantha Bailey, Stefano Scoglio. Virus Manía: Corona/COVID-19, Sarampión, Gripe Porcina, Gripe Aviar, Cáncer de Cuello Uterino, SARS, EEB, Hepatitis C, Sida, Polio, Gripe Española. Cómo La Industria Médica Continuamente Inventa Epidemias, Obteniendo Ganancias De Miles De Millones De Dólares A Costa Nuestra, Books on Demand, 2021, pp. 106-107
4. Engelbrecht T et al, Virus Mania, (2021) p. 96-97
5. Engelbrecht T et al, Virus Mania, (2021) p. 167
6. Engelbrecht T et al, Virus Mania, (2021) pp. 387-392

7. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 113-123
8. Correo electrónico de Thomas Löscher a Torsten Engelbrecht del 6 de marzo de 2020
9. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) p. 384
10. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 392-396
11. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 381-383
12. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 108, 109, 449
13. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 392-396
14. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 441-447
15. Torsten Engelbrecht, Konstantin Demeter. Anthony Fauci: 40 Años de Mentiras Desde el AZT Hasta el Remdesivir, *OffGuardian*; 27 de octubre de 2020 <https://off-guardian.org/2020/10/27/anthony-fauci-40-years-of-lies-from-azt-to-remdesivir/>
16. <https://www.healthline.com/health/anxiety/effects-on-body#Respiratory-system>
17. ¿Cuál ha sido el efecto del covid-19 en las tasas de suicidio? Appleby L. *BMJ* 2021;372:n834 <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n834>
18. El Vudú del VIH de Burroughs-Wellcome. Por John Lauritsen. *New York Native*, 7 de enero de 1991 [revisado el 16 de enero de 1991] <https://duesberg.com/articles/jlvoodoo.html>
19. <https://www.discovermagazine.com/mind/the-man-who-thought-aids-was-all-in-the-mind>
20. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 450-457
21. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 158-161
22. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 441-447
23. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 31, 97-100
24. Torsten Engelbrecht, Konstantin Demeter. Anthony Fauci: 40 Años de Mentiras Desde el AZT Hasta el Remdesivir, *OffGuardian*, 27 de octubre de 2020 <https://off-guardian.org/2020/10/27/anthony-fauci-40-years-of-lies-from-azt-to-remdesivir/>
25. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 132-135
26. Tara Patel, Susan Katz Miller. France wins fight for HIV royalties (Francia gana la lucha por las regalías del VIH), *NewScientist.com*, 23 de julio de 1994, véase <https://www.newscientist.com/article/mg14319351-100-france-wins-fight-for-hiv-royalties/>
27. <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/hiv-diagnostics-market>
28. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) p. 101
29. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01695694>
30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7908356/>
31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2320079/>
32. https://www.researchgate.net/publication/265187234_Low_CD4_T_lymphocyte_counts_A_variety_of_causes_and_their_implications_to_a_multifactorial_model_of_AIDS
33. <https://time.com/4705809/first-aids-drug-azt/>
34. <https://www.thehindu.com/sci-tech/science/iisc-hiv-drug-elvitegravir-lowers-the-efficiency-of-immune-system/article21822514.ece>
35. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 111-112
36. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 406-427

37. Comité de Coordinación de Concorde. Concorde: MRCC/ANRS randomised double-blind controlled trial of immediate and deferred zidovudine in symptom-free HIV-infection (Ensayo controlado, aleatorizado, doble ciego, de MRCC/ANRS de zidovudina inmediata y diferida en la infección por VIH sin síntomas), *Lancet*, 9 de abril de 1994, pp. 871-881 [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(94\)90006-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(94)90006-X/abstract)
38. Darby, Sarah et al. Mortalidad antes y después de la infección por el VIH en la población completa de hemofílicos del Reino Unido, *Nature*, 7 de septiembre de 1995, pp. 79-82 <https://www.nature.com/articles/377079a0>
39. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 441-447
40. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 142-146
41. L. Morawska, C. Junji. Airborne transmission of SARS-Cov2 (Transmisión aérea de SARS-Cov2), *Environ Int* 2020, Jun; 139: 105730 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32294574/>
42. D. Lewis, ¿Se transmite el Coronavirus por el aire? Los expertos no se ponen de acuerdo, <https://www.nature.com/articles/d41586-020-00974-w>, pág. 3
43. Mark Slifka, Lina Gao. ¿Es la propagación presintomática un factor importante en la transmisión de COVID-19?, *Nature Medicine*, 17 de agosto de 2020 <https://www.nature.com/articles/s41591-020-1046-6>
44. https://www.achgut.com/artikel/corona_aufarbeitung_warum_alle_falsch_lagen
45. Shiyi Gao y otros. Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China (Examen de detección de ácido nucleico del SARS-CoV-2 posterior a la cuarentena en casi diez millones de residentes de Wuhan, China), *Nature Communications*, 20 de Noviembre de 2020 <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19802-w>
46. Christian Drosten et al. Transmisión de la infección por 2019-nCoV a partir de un contacto asintomático en Alemania, *New England Journal of Medicine*, 5 de marzo de 2020 <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc2001468?articleTools=true>
47. Kai Kupferschmidt el 3 de febrero de 2020 <https://www.sciencemag.org/news/2020/02/paper-non-symptomatic-patient-transmitting-coronavirus-wrong>
48. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(20\)30314-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(20)30314-5.pdf)
49. <https://www.corodok.de/die-legende-uebertragung/>
50. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 406-427
51. Engelbrecht T et al, *Virus Mania*, (2021) pp. 137-139

