



ESTUDIO DE LA PANDEMIA

ANÁLISIS CIENTÍFICO INDEPENDIENTE

Dr. Sergio J. Pérez Olivero

Licenciado y Doctor en Ciencias Químicas

OBJETIVO

Desde un punto de vista puramente científico, arrojar un poco de luz entre tanta tiniebla, aportando información objetiva. Para ello, iré analizando, punto por punto, cada uno de los dogmas incluidos dentro de la "nueva normalidad".

INTRODUCCIÓN

Corren tiempos oscuros para la naturaleza del ser humano en sí misma. A finales de 2019, nuestro mundo como lo conocíamos, dejó de existir. Dio paso a lo que algunos llamaron "nueva normalidad" que vino acompañada de un discurso "oficial" y que implicaba la transgresión de una línea hasta ese momento intocable: los derechos fundamentales.

Desde ese momento, dichos derechos fundamentales, garantes de la libertad individual del ser humano, pasaron a ser aspectos secundarios en virtud de un supuesto bien común, circunstancia, que fue avalada por innumerables medios de "comunicación" que día tras día, repetían dicho discurso "oficial", quizá, con la finalidad de convertirlo en una especie de mantra de concienciación para una crédula población y, que fue adoptado por políticos y hasta por miembros de las FCSE, como mandamiento divino incuestionable.



ÍNDICE

<i>Diagnóstico de la enfermedad</i>	1
Pruebas analíticas para la detección de SARS-CoV-2.....	2
PCR.....	2
Metodología.....	12
Consecuencias potenciales de los falsos positivos obtenidos al usar los test PCR.....	14
Otros test.....	15
Por qué, en base a los test, no se pueden justificar las medidas socioeconómicas y de restricciones de derechos fundamentales que los distintos gobiernos a nivel mundial, nos han impuesto.....	19
<i>Mecanismos de transmisión</i>	21
Aislamiento del virus.....	21
Historia del aislamiento del virus.....	24
Asintomáticos.....	28
Mascarillas.....	35
<i>Naturaleza de la enfermedad</i>	40
<i>Mortalidad-Letalidad</i>	43
Tratamientos Covid.....	50
Tratamientos efectivos probados.....	51
Tratamientos prometedores.....	52
Inmunidad.....	57
<i>"Vacunas"</i>	64
Tipos de "vacunas".....	65
Ciencia en las "vacunas".....	66
Consecuencias de las "vacunas": Eventos adversos y muertes.....	69
Consentimiento informado.....	80
"Negacionistas".....	81
Otros aspectos relacionados con la pandemia que es bueno considerar para tener una visión global.....	83
"Vacunación" de niños-adolescentes.....	89
Comparación de la mortalidad por Covid con la mortalidad por influenza.....	97
Efectividad.....	102
Los no "vacunados" no son culpables de nada.....	114
Aprobación como medicamento de la "vacuna" de Pfizer.....	117
<i>Proteína Spike</i>	134
<i>Variantes</i>	140
<i>Presencia de sustancias peligrosas</i>	151
Grafeno y derivados.....	152
SM-102.....	157
DMSO.....	157
Nanopartículas lipídicas.....	160
Polisorbato 80.....	165
<i>Fenómenos extraños</i>	171
<i>Aspectos legales relacionados con las "vacunas"</i>	172
Derechos.....	174

ÍNDICE

Discriminación.....	177
Derecho de admisión.....	178
Discriminación en el ámbito laboral.....	183
Incitación al odio.....	186
Toque de queda.....	188
Uso de mascarillas.....	192
Obediencia debida.....	196
Vacunación obligatoria.....	198
Obligaciones del personal sanitario.....	201
<i>Conclusiones.....</i>	<i>213</i>
Científicas.....	213
Legales.....	219

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Actualmente, la misión del laboratorio está basada, además de en la obtención de informes en un tiempo que asegure el apoyo a la clínica en la prevención y seguimiento terapéutico de enfermedades; en que esa información sea segura, precisa y de calidad para el paciente.

Las especificaciones técnicas que definen una prueba de laboratorio son: la sensibilidad, precisión, exactitud o especificidad; que se relacionarán directamente con el error o incertidumbre de dicha prueba, definidos como imprecisión (error aleatorio) e inexactitud (error sistemático).

El error se define, como la diferencia entre el valor verdadero y el obtenido experimentalmente. Los errores no siguen una ley determinada y su origen está en múltiples causas.

Se denomina error sistemático a aquel que es constante a lo largo de todo el proceso de medida y, por tanto, afecta a todas las medidas de un modo definido y es el mismo para todas ellas. Estos errores tienen siempre un signo determinado y las causas probables pueden ser:

- Errores instrumentales. También conocido como de aparatos, por ejemplo, el error de calibrado de los instrumentos.
- Error personal. En general, difícil de determinar y es debido a las limitaciones de carácter personal. Como, por ejemplo, los problemas de tipo visual.
- Errores de método de medida. Corresponden a una elección inadecuada del método de medida; lo que incluye tres posibilidades distintas: la inadecuación del aparato de medida, del observador o del método de medida propiamente dicho.

Se denominan errores accidentales a aquellos que se deben a las pequeñas variaciones que aparecen entre observaciones sucesivas realizadas por el mismo observador y bajo las mismas condiciones. Las variaciones no son reproducibles de una medición a otra y se supone que sus valores están sometidos tan sólo a las leyes del azar y que sus causas son completamente incontrolables para un observador. En su mayoría, presentan un valor absoluto muy pequeño y si se realiza un número suficiente de medidas, se obtienen tantas desviaciones positivas como negativas. Aunque con los errores accidentales no se pueden hacer correcciones para obtener valores más concordantes con los reales, sí pueden emplearse métodos estadísticos, mediante los cuales se pueden llegar a algunas conclusiones relativas al valor más probable en un conjunto de mediciones.

- La exactitud se define como el grado de concordancia entre el valor "verdadero" y el experimental. De manera que un aparato es exacto, si las medidas realizadas con él son todas muy próximas al valor "verdadero" de la magnitud medida.
- La precisión hace referencia a la concordancia entre las medidas de una misma magnitud realizadas en condiciones sensiblemente iguales. De modo que, un aparato será preciso cuando la diferencia entre diferentes mediciones de una misma magnitud sean muy pequeñas.
- La sensibilidad, es el factor de respuesta del método o lo que es lo mismo, el cociente entre la variación de señal asociada a un determinado analito y la variación de su concentración o cantidad de un determinado patrón o estándar del mismo (si tuviésemos un solo patrón simplemente es el cociente entre señal debida al analito y concentración del mismo en la muestra o espécimen obtenido del paciente).
- La especificidad (también llamada selectividad), se define como la capacidad de un método analítico para medir exacta y específicamente el analito (elemento o sustancia analizada) sin interferencias de impurezas, productos de degradación o excipientes que pueden estar presentes en la muestra.

Un 25-30% de los errores del laboratorio repercuten sobre el cuidado del paciente y un 6-10% causan efectos adversos, de los cuales el 75-84% podrían haberse prevenido. Otro conocido estudio en atención primaria de salud sobre la seguridad del paciente, concluyó que la prevalencia de eventos adversos fue de un 11.18%, siendo claramente evitables en un 70.2% de los casos. Dentro del proceso del laboratorio la identificación incorrecta de pacientes o muestras (22.06%), el retraso en la ejecución (32.35%), el retraso en el resultado (29.41%), el resultado erróneo (2.94%), el resultado de otro paciente (7.35%) y la indicación incorrecta de la prueba (4.41%); son las principales causas de error.

Pruebas analíticas para la detección de SARS-CoV-2

PCR

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR), es una técnica relativamente simple y ampliamente utilizada en el campo de la biología molecular para amplificar y detectar secuencias de ADN y ARN. Comparada con los métodos tradicionales de amplificación y clonación de ADN, los cuales a menudo toman días, la PCR requiere solo unas pocas horas. Es altamente sensible y requiere una plantilla mínima para la detección y amplificación de secuencias específicas. Los métodos básicos de PCR han tenido grandes avances y hoy en día se puede hacer mucho más que simplemente amplificar fragmentos de ADN o ARN. A

continuación se presenta un breve resumen de los principales tipos de PCR y sus diferencias (1) (2 (enlace [alternativo](#))) (3).

A) **PCR. Es una prueba para uso en investigación** por la que su descubridor, Kary Mullis, recibió el premio Nobel de química en 1993. Se basa en la propiedad del ADN de autorreplicarse, por lo que en determinadas condiciones un fragmento o secuencia de ADN se puede copiar y multiplicar hasta llegar a concentraciones mensurables. Para el diseño de la PCR, es preciso contar con una serie de reactivos entre los que destaca la enzima ADN polimerasa, nucleótidos (elementos básicos de construcción de los ácidos nucleicos) y cebadores o iniciadores (primers) que son pequeñas cadenas de ADN que si son específicas se unirán al ADN diana (para formar la doble cadena característica del ADN) y en condiciones propicias químicas y físicas, irán incorporando nucleótidos hasta amplificar la secuencia original.

El mecanismo de la PCR es tan simple como su propósito: 1) El ADN doble cadena (dsADN) es desnaturalizado (separado en cadenas sencillas) por calor. 2) Los primers se unen a las secuencias compatibles en el ADN cadena sencilla. 3) Los primers son extendidos por la ADN polimerasa (en dirección 5' – 3'), dando como resultado dos copias de la molécula original de ADN doble cadena. Estas tres etapas comprenden un ciclo de amplificación en la PCR. Cada paso del ciclo debe ser optimizado por el investigador de acuerdo al ADN molde y el set de primers utilizados. Este **ciclo de amplificación se repite usualmente de 20 – 35 veces** y el producto amplificado puede ser analizado. La PCR es muy utilizada para amplificar el ADN para su posterior uso en otros experimentos. Esta técnica también tiene aplicaciones en pruebas genéticas o para la detección de ADN patógeno.

Como la PCR es un método altamente sensible y requiere volúmenes de reacción muy pequeños, es recomendable la preparación de una mezcla maestra (master mix) para varias reacciones. La mezcla maestra debe estar bien mezclada y debe dividirse por el número de reacciones, asegurando que cada reacción contenga la misma cantidad de enzima, dNTPs y cebadores (primers). Muchos proveedores ofrecen mezclas de PCR que ya contienen todo, excepto los primers y el ADN molde.

Las regiones con alto contenido de Guanina/citosina (GC) representan un desafío en técnicas de PCR convencional. Las secuencias ricas en GC son más estables que las secuencias con menor contenido (la guanina y la citosina se unen mediante tres puentes de hidrógeno, mientras que la timina y la adenina se unen mediante dos). Además, las secuencias ricas en GC tienden a formar estructuras secundarias, tales como bucles. Como resultado, las cadenas dobles ricas en GC son difíciles de separar por completo durante la fase de desnaturalización. En consecuencia, la ADN polimerasa no puede sintetizar la nueva cadena sin impedimento alguno. Una temperatura de desnaturalización más alta puede mejorar esto y ajustes hacia una temperatura de unión más alta y un tiempo de unión más corto, pueden evitar la unión inespecífica de primers ricos en GC. Ciertos reactivos adicionales pueden mejorar la amplificación de secuencias ricas

en GC. El DMSO, el glicerol y la betaína ayudan a interrumpir las estructuras secundarias que son causadas por las interacciones GC y por lo tanto facilitan la separación de las hebras dobles.

B) RT-PCR. Cuando el material que se quiere amplificar es ARN, es preciso realizar un paso previo que consiste en transcribir la información contenida en dicho ARN al ADN complementario en virtud de la complementariedad de las bases y por tanto, de los nucleótidos que forman ambos ácidos nucleicos.

La PCR de transcripción inversa o RT-PCR, permite el uso de ARN como molde. Un paso adicional permite la detección y amplificación del ARN. El ARN se transcribe de forma inversa en ADN complementario (cADN) utilizando una transcriptasa inversa. La calidad y pureza del ARN molde es esencial para el éxito de la RT-PCR. El primer paso, es la síntesis de un híbrido ADN/ARN. La transcriptasa inversa también tiene una función RNasa H, que degrada la porción de ARN del híbrido. La molécula de ADN de cadena sencilla restante, sirve entonces como molde para la formación de cADN, mediante la actividad ADN polimerasa dependiente de ADN, de la transcriptasa inversa. La eficiencia de la reacción de la primera cadena puede afectar al proceso de amplificación. A partir de aquí, se utiliza el procedimiento de PCR convencional para amplificar el cADN. La posibilidad de revertir el ARN en cADN por RT-PCR tiene muchas ventajas. El ARN es monocatenario y muy inestable, lo que dificulta el trabajo con este material. Más comúnmente, sirve como un primer paso en qPCR, que cuantifica la cantidad de ARN que ha sido transcrito en una muestra biológica.

C) RT-qPCR. También llamada PCR cuantitativa o a tiempo real; consiste en una RT-PCR con la que además de identificar un fragmento de ARN, se pretende cuantificar. Para ello se añade a los cebadores un reactivo más, una sonda (probe) que consiste en un oligonucleótido (secuencia corta de ADN específico) marcado con un colorante fluorescente que permitirá medir la señal por emisión de dicha fluorescencia si se une al objetivo buscado.

Es un método nuclear que detecta la presencia de material genético específico de los patógenos, como los virus. Inicialmente el método utilizaba marcadores de isótopos radiactivos para detectar materiales genéticos específicos pero, tras la realización de mejoras, el marcado isotópico se ha sustituido por marcadores especiales, que suelen ser colorantes fluorescentes. A diferencia de la RT-PCR convencional, que solo arroja los resultados al final, esta técnica permite a los científicos observar los resultados de manera casi inmediata mientras el proceso sigue en curso. En el caso del coronavirus; se toma una muestra de una de las partes del cuerpo donde, supuestamente, se acumula el coronavirus, por ejemplo, la nariz o la garganta; se le aplican diversas soluciones químicas para eliminar ciertas sustancias, como las proteínas y las grasas, y se extrae solo el ARN de la muestra. Este extracto de ARN, consiste en una mezcla del material genético de la persona y, de estar presente, del ARN del coronavirus. Se procede a la transcripción inversa del ARN para convertirlo en ADN mediante una enzima específica. A continuación, los científicos añaden pequeños fragmentos adicionales

de ADN que complementan determinadas partes del ADN vírico transcrito. Esos fragmentos se adhieren a partes específicas del ADN vírico de estar el virus presente en la muestra. Algunos de los fragmentos genéticos añadidos, sirven para crear la cadena de ADN durante la amplificación y otros, para producir ADN y añadir marcadores a las cadenas que se utilizan posteriormente para detectar el virus. A continuación, se introduce esa combinación en un aparato de RT-PCR, donde se someten a ciclos de calor-frío para provocar determinadas reacciones químicas que dan lugar a nuevas copias idénticas de partes específicas del ADN vírico. Esos ciclos se repiten una y otra vez para seguir copiando las partes específicas del ADN vírico. En cada uno de ellos se duplican las cantidades: de dos copias, se pasan a cuatro; de cuatro, a ocho, y así sucesivamente. Para ello, se realizan tres pasos en cada ciclo (4) (5):

- *Desnaturalización*: Se calienta a más de 90 grados Celsius (194 grados Fahrenheit), el tubo que contiene la muestra de ADN. Esto logra separar el ADN bicatenario en dos cadenas. La temperatura elevada rompe las uniones relativamente débiles entre los nucleótidos que componen el código del ADN.
- *Hibridación*: Se aparean los cebadores u oligos al ADN molde. La PCR no copia todo el ADN en la muestra, sino solo una secuencia muy específica de código genético, el objetivo al cual se dirigen los cebadores de la PCR. Así por ejemplo, la Chlamydia tiene un patrón de nucleótidos específico de la bacteria, entonces la PCR copiará solamente las secuencias de ADN específicas que están presentes en la Chlamydia y ausentes en las otras especies de bacterias. Para lograr esto, se utiliza trozos cortos de ADN sintético (cebadores, oligonucleótidos sintéticos) que se unen, o hibridan, solo a secuencias en cualquier lado de la región del ADN diana. Se utiliza un cebador por cada cadena de ADN. Estos dos cebadores se unen al comienzo de la secuencia que copiarán, delimitando la secuencia. En este paso el tubo se enfría y la fijación del cebador se produce entre 40 y 60 grados Celsius (104 y 140 grados Fahrenheit). Las dos cadenas están listas para ser copiadas (amplificadas).
- *Extensión*: Copia de las cadenas delimitadas. Se eleva la temperatura aproximadamente 72 grados Celsius (161.5 grados Fahrenheit). Cada uno de los extremos 3'-OH de los oligos apareados a las cadenas directa y reversa serán extendidos, generándose las cadenas hijas correspondientes.

La amplificación de ciclo, es el nº de veces que se repite la amplificación del ADN para hacer que la posible presencia del objetivo diana, sea perceptible. Es un factor clave en la sensibilidad de la prueba y debe estar perfectamente estandarizado de acuerdo a la dosis infecciosa media de un microorganismo, si se quiere establecer una correlación con la carga viral del mismo. **Solo se detectan fragmentos del virus si la PCR da positivo a los 24 ciclos de amplificación (6), una PCR por encima de 35 ciclos no es fiable (7) y el mismo Kary Mullis, decía que si había que llegar a los 40 ciclos de amplificación, algo estaba muy mal en esa PCR.** Pues bien, se sabe que **todas las pruebas RT-PCR que se han hecho en España para SARS-CoV-2, se han realizado**

entre 40 y 45 ciclos de amplificación, lo cual, supone muchos claros falsos positivos (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19). El ciclo de [cuantificación](#) (Cq) está en el corazón de la precisión y reproducibilidad de la cuantificación. **En última instancia, la confiabilidad de los resultados de RT-qPCR depende de la estandarización de mediciones, especialmente cuando se utiliza como herramienta de diagnóstico.** Una forma imprescindible de lograr una cuantificación confiable es incluir una molécula de ARN de número de copias conocido como un pico de ARN (lo que los CDC reconocen no tener).

La velocidad y escala de la epidemia de Covid-19 ha dado como resultado una relajación de las normas estrictas que rigen los procedimientos llevados a cabo en laboratorios de diagnóstico clínico acreditados y otros. Claramente, una consideración primordial para usar cualquier prueba nueva o modificada, es informar con precisión y sensibilidad, reduciendo el riesgo de registrar resultados falsos positivos o falsos negativos. Existe una necesidad urgente de generar estándares mínimos de validación y reporte.

Ciertamente, la inclusión de conocidos negativos y las muestras de control positivo con cada ejecución de prueba, es un parámetro de control de calidad esencial. Los cebadores y la sonda específicos del SARS-CoV-2, deben ser 100% específico para el virus y, por lo tanto, amplificar solo las secuencias virales. Los cebadores son el componente más crítico de un ensayo de RT-qPCR confiable, ya que sus propiedades controlan la exquisita especificidad y sensibilidad que hacen que este método sea excepcionalmente poderoso.

Cada prueba de diagnóstico debe interpretarse en el contexto de la probabilidad real de enfermedad, evaluada antes de realizar la prueba en sí. En el panorama epidemiológico actual, la probabilidad de que las pruebas Covid-19 den resultados falsos positivos es muy alta, con implicaciones significativas para las personas, el sistema de salud y la sociedad. **Para Covid-19, la evaluación de la probabilidad previa a la prueba incluye síntomas, historial médico previo de Covid-19 o presencia de anticuerpos, cualquier exposición potencial a Covid-19 y la probabilidad de un diagnóstico alternativo. Cuando existe una baja probabilidad previa a la prueba, los resultados positivos deben interpretarse con precaución y es necesaria una segunda muestra probada para confirmación (20).**

Si una persona da positivo por PCR y se usa un umbral de 35 ciclos o más (como se describe en la mayoría de los laboratorios de Europa y EE.UU.), la probabilidad de que esta persona esté infectada es <3% y la probabilidad de que el resultado sea un falso positivo es del 97% (21).

Uno de los principios básicos de la medicina ha sido correlacionar la sintomatología clínica, la exploración física y las pruebas complementarias para llegar a cualquier diagnóstico de enfermedad. **Asumir que una persona**

totalmente asintomática está enferma de Covid-19 porque un test PCR con 40 ciclos de amplificación ha dado positivo, es simplemente una falsedad científica (22). En el estudio de La Scola (23), comprobaron que el porcentaje de cultivos virales positivos obtenidos de las muestras nasofaríngeas (teóricamente SARS-CoV2) y el número de ciclos a los que se detectó la infección, se correlacionaban de forma inversa. Así, mientras **con 17 ciclos el test era totalmente preciso, a partir de ese número disminuía progresivamente alcanzando un nivel de error del 100% a partir del ciclo 34.** La Dra. Dolores Cahill en octubre de 2020, emprendió un proyecto para comprobar empíricamente las irregularidades de la prueba PCR que ha sido usada como fundamento para imponer las políticas de confinamiento a a nivel mundial, lo que permitiría a la gente tomar acciones legales contra autoridades médicas y gubernamentales. El proyecto consistió **en secuenciar 1500 pruebas PCR que originalmente fueron registradas como SARS-CoV-2, pero que al ser secuenciadas en realidad resultaron ser influenza A y B.**

Si se tratase de unos pocos casos, dichos diagnósticos probablemente erróneos no tendrían demasiada importancia, pero cuando ese error probablemente implica a 2/3 de los más de 219 millones de personas diagnosticados de Covid-19 hasta la actualidad, se trata de un error de proporciones monstruosas con enormes repercusiones sociales, sanitarias y económicas a nivel mundial. **De la misma forma, una parte significativa de los fallecimientos por infartos, cáncer, accidentes cerebrovasculares, traumatismos y otras enfermedades; han sido etiquetados erróneamente con Covid-19 solo por dar positivo a un test PCR amplificado 40 ciclos o más.**

Solo un virus, probado mediante aislamiento y purificación, puede ser un estándar de oro sólido, solo el aislamiento del virus, es decir, una prueba inequívoca de virus, puede ser el estándar de oro. No hay pruebas de que el ARN que supuestamente han encontrado, sea de origen viral. Primero se necesita saber de dónde proviene el ARN para el cual están calibradas las pruebas de PCR y, para ello, primero debe ser aislado y purificado; esto es un requisito previo esencial para probar la existencia de un virus y, por lo tanto, demostrar que el ARN de la partícula en cuestión proviene de un nuevo virus.

La razón de esto, es que la PCR es extremadamente sensible, lo que significa que puede detectar incluso las piezas más pequeñas de ADN o ARN, pero no puede determinar de dónde provienen estas partículas. Eso tiene que determinarse de antemano. Y debido a que las pruebas de PCR están calibradas para secuencias de genes (en este caso, secuencias de ARN porque se cree que el SARS-CoV-2 es un virus de ARN), debemos saber que estos fragmentos de genes son parte del virus buscado. Y para saber eso, se debe ejecutar el correcto aislamiento y purificación del presunto virus. **Aún no hay una micrografía electrónica que muestre el grado de purificación.**

Se debe comparar la posible presencia de un fragmento u objetivo vírico del SARS-CoV-2 en la muestra tomada del paciente y una determinada cantidad conocida (o concentración conocida si se pretende cuantificar, es decir, medir carga viral) de un estándar del mismo fragmento vírico extraído de un cultivo de SARS-CoV-2. **No se ha determinado la dosis infecciosa media del SARS-CoV-2 mediante cultivo celular, por lo que se carece de un verdadero estándar de cuantificación** que, dicho sea de paso pero no menos importante, sería el verdadero GOLD STANDARD o estándar de oro de la RT-PCR (24). **A pesar de que en varios medios se afirma sin rubor que la RT-PCR es el gold standard para SARS-CoV-2, una prueba nunca puede ser un estándar o referencia de sí misma (25), para el SARS-CoV-2 el único estándar de oro válido es el cultivo del virus que es lo único que permite su estudio y determinación de su infecciosidad (26).** Para obviar este problema, se han utilizado, y se siguen utilizando como estándares del virus, **ARNs retrotranscritos in vitro, es decir fragmentos de ARN sintéticos obtenidos de bancos genómicos, que imitan los objetivos o secuencias víricas que se quiere determinar.** Una excusa que se ha puesto es que ha sido para no manipular directamente el virus, pero se sabe que los virus fuera de las células no mantienen su infecciosidad y menos aún los de cadena de ARN inverso como es el caso del SARS-CoV-2.

Existen varias limitaciones teóricas de la RT-PCR como prueba diagnóstica del SARS-CoV-2 en medio de la pandemia por Covid-19 (27) (28):

- 1) A pesar de que la RT-PCR detecta directamente el ARN del SARS-CoV-2 en las muestras tomadas de secreciones respiratorias del paciente, antes de que se formen los anticuerpos, logrando detectar el virus muy tempranamente; sólo lo hace cuando la infección está vigente. Es decir, que si la persona ha estado expuesta al virus anteriormente, enfermándose o transcurriendo la infección de forma supuestamente asintomática, es imposible con esta prueba saberlo.
- 2) Los resultados correctos de la RT-PCR, dependerán de la toma de la muestra correcta. El frotis o exudado, no siempre se realiza de forma correcta, peor aún si lo hace el propio paciente en su casa. Por otro lado, el hisopo de algodón puede no recoger ninguna partícula vírica de la garganta, si la infección está avanzada, y el virus se concentra (supuestamente) principalmente en los pulmones, porque la cantidad de virus alojada en la garganta (supuestamente), varía considerablemente en el curso de la infección.
- 3) Con ésta técnica es imposible saber si el material genético del virus está indemne, es decir, que la muestra contiene virus intactos, con capacidad de infectar. Esto significa que con esta prueba no sabremos si el SARS-CoV-2 encontrado en materiales inertes, pueden o no seguir contagiando.
- 4) Una gran limitación de la RT-PCR a la hora del diagnóstico de la infección, es que exige varias horas de trabajo en el laboratorio. Porque antes de aplicar la PCR, es decir, iniciar la amplificación, se necesita separar y

purificar el ARN vírico del resto de la muestra del paciente, y luego realizar la transcriptasa inversa (sintetizar ADN a partir de una molécula de ARN). Además del tiempo que requiere la prueba en sí con sus ciclos sucesivos de calentamiento y enfriamiento. Esto no sería un problema, si no fuera una pandemia: demasiadas pruebas y mucho tiempo requerido para dar respuesta oportuna a todos esos pacientes ([29](#)).

Si la PCR es el método más accesible a la mayoría de los países, lo más idóneo es usarla tratando de solventar, en la medida de lo posible, sus limitaciones. **Para complementar la RT-PCR, es necesario contar con el apoyo de otras pruebas de diagnósticos que puedan servir para la vigilancia de la pandemia.**

El método fue desarrollado por Christian Drosten (que ya en 2003, metía la pata ([30](#))):

El 23 de enero de 2020 Corman et al, publicaron online "Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR" en la revista Eurosurveillance ([31](#)). A partir de ese momento, todos los organismos internacionales incluyendo la OMS, los CDC, científicos de diversas universidades, las farmacéuticas y los ministerios de sanidad de casi todos los gobiernos mundiales; aceptaron aquel artículo como el protocolo estándar de diagnóstico del SARS-CoV-2. Curiosamente, el artículo fue enviado a la revista el día 21 de enero de 2020 y aceptado para su publicación al día siguiente. Por lo que **es virtualmente imposible que dicho artículo hubiese sido revisado por pares de forma que no fue evaluado por científicos independientes que determinasen si la información, los métodos empleados y las conclusiones obtenidas eran correctas.**

El Prof. Drosten y la Dra. Reusken pertenecen al consejo editorial de Eurosurveillance ([32](#)) y se saltaron todos los controles habituales de este tipo de publicaciones. Además, varios de los autores firmantes del artículo, tienen graves conflictos de intereses. Olfert Landt y Marco Kaiser, son respectivamente director gerente y asesor científico de TIB Molbiol, que fue la primera empresa en fabricar los kits de PCR aceptados para Covid-19 (Light Mix). Igualmente, Victor Corman y el prof. Drosten ocultaron su trabajo en Labor Berlin Charité Vivantes GmbH, encargado de realizar pruebas PCR para Covid-19 en Alemania.

Finalmente, dicho protocolo fue enviado a OMS (Ginebra) el 17 de enero de 2020, siendo inmediatamente aprobado y recomendando automáticamente su uso a nivel mundial como estándar de diagnóstico, casi una semana antes de su publicación. **En aquel momento, no existía ninguna crisis sanitaria ya que no se conocía ningún caso fuera de China por lo que su aprobación urgente fue injustificada e irresponsable.**

Hasta el día de hoy se sigue utilizando como herramienta para diagnosticar la enfermedad y como justificación de determinadas medidas sanitarias y políticas. **La PCR diseñada por este señor, tomó como referencia bancos de datos genómicos (Gene Bank), en particular los referentes al SARS-CoV-1, puesto que en esas fechas aún no se había publicado la supuesta secuencia completa del genoma del SARS-CoV-2** (por lo que tiene interpuesta una demanda internacional). Analizando el trabajo publicado, se determina en el mismo, que la prueba está dirigida a tres objetivos de la secuencia genómica del virus (también llamados genes, aunque impropiedades). Dichos objetivos víricos son: N gene, E gene y RdRp gene; reconociéndose en dicho trabajo que dichos objetivos, no son específicos del SARS-CoV-2 sino comunes a todos los sarbecovirus (pansarbeco).

El objetivo vírico RdRp, forma parte del marco abierto de lectura del virus denominado ORF 1ab y está comprendido entre los nucleótidos 15.361 y 15.460 del supuesto genoma del SARS-CoV-2. Corresponde a ARN dependiente de ARN polimerasa, es decir, a la parte del genoma vírico que codificaría la enzima necesaria para la replicación del virus, ya que el SARS-CoV-2, supuestamente, es un virus de ARN de sentido inverso. Sin embargo, este fragmento del genoma vírico (RdRp), es común con todos los virus ARN de sentido inverso tales como los virus de la gripe (virus influenza y para-influenza), el VSR, virus del sarampión, parotiditis, etc; por lo que resultaba extraña la afirmación de Drosten de que dicho fragmento fuera específico del SARS-CoV-2 ([33](#)). **Analizadas las fichas técnicas de varios kits de RT-PCR, se observa que especifican que son sólo para investigación y que presentan interferencia con los citados virus y otros patógenos respiratorios.** Es decir, reconocen que no son específicos para SARS-CoV-2. Por ejemplo en el kit RT-qPCR multiplexado para dos objetivos víricos (Orf1ab y N) del SARS-CoV-2 de Creative Diagnostics, se puede leer respecto a su especificidad ([34](#)): "Presenta interferencia no específica con el virus de la influenza A (H1N1), virus de la influenza B (Yamagata), virus sincitial respiratorio (tipo B), adenovirus respiratorio (tipo3 y tipo 7), virus de la parainfluenza (tipo 2), Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae etc." Es decir, **puede dar positivo con los principales patógenos respiratorios productores de neumonía intersticial** ([35](#)); reconocido hasta por la FDA y el CDC ([36](#)) ([37](#)).

Para probar la veracidad de dichas afirmaciones, se puede recurrir a realizar un estudio con el programa Blast (Basic Local Alignment Search Tool), herramienta de búsqueda de alineamientos de secuencias, que permite comparar una secuencia determinada con todas las secuencias almacenadas en los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (es pública y puede consultarse [aquí](#)). Los resultados obtenidos con el programa Blast para la sonda y los cebadores del citado objetivo vírico RdRp, **nos permiten comprobar la coincidencia del genoma de SARS-CoV-2 con secuencias del coronavirus humano NL63, por lo tanto, esta prueba RT-PCR, no es específica de SARS y está detectando retrovirus endógenos humanos en su fase extracelular** ([38](#)); otra prueba más de porqué este virus quimera no está circulando en la población y que explica también porqué hay tanta gente sana dando

positivo y sus convivientes negativo u otras peculiares historias reales que le están ocurriendo a la gente.

Cuando una persona sufra un catarro en el que se exprese el coronavirus humano NL63 (coronavirus corriente en resfriados y otros procesos respiratorios en humanos) puede ser identificado mediante PCR como un positivo para SARS-CoV-2 sin serlo, lo cual, supone un gran número de falsos positivos.

Por otra parte, demuestra que la RT-PCR diseñada para el SARS-CoV-2 carece de especificidad y que, por tanto, no detecta únicamente al SARS-CoV-2, consecuentemente, los test PCR, no son válidos para diagnosticar; lo cual, ya fue dicho por el propio Kary Mullis ([39](#)) entre otros y también es confirmado por algún fabricante ([40](#)), por la OMS ([41](#)) ([42](#)), por la **FDA y los CDC (admiten en la página 40 de un documento que la PCR para el Covid-19 se desarrolló sin muestras aisladas del virus: lo que detecta no es SARS-CoV-2** ([43](#)) ([44](#)) y también lo admiten en la página 42 de otro anterior ([45](#))) y curiosamente por el propio Drosten ([46](#)), por el propio director del Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas (NIH) de los Estados Unidos, Dr. Anthony Fauci ([47](#)) y por otros muchos autores ([48](#)) ([49](#)) ([50](#)) ([51](#)) ([52](#)) ([53](#)) ([54](#)) ([55](#)) ([56](#)) ([57](#)) ([58](#)) ([59](#)) ([60](#)) ([61](#)); incluso llegándose a pedir la retirada de la publicación, por presentar un altísimo porcentaje de error ([62](#)) ([63](#)). Por ello, el test PCR y el propio señor Drosten, han sido llevados ante la justicia en varios países de forma directa ([64](#)) ([65](#)) ([66](#)) ([67](#)) o indirecta ([68](#)). A día de hoy, ya hay sentencias firmes que acreditan que estos test no son válidos para diagnosticar; una en Portugal, del Tribunal de Apelaciones ([69](#)) (que confirma otra previa de un tribunal ordinario ([70](#))) y otra en Austria ([71](#)). La poca fiabilidad de esos test, también han provocado que se produzcan críticas al protocolo de la OMS en países como Finlandia ([72](#)). **Incluso el propio CDC, ha retirado la autorización de uso de emergencia de las pruebas PCR para el diagnóstico de la Covid-19, porque no sabe distinguir entre el SARS-CoV-2 y la gripe** ([73](#)) ([74](#)).

Cuando afirman que recogen ARN de SARS de los pacientes mediante la técnica de la RT-PCR, ya sabemos que en realidad no es así, sino que lo que recogen realmente son fragmentos de coronavirus endógenos humanos en fase extracelular y cuando afirman que secuencian el genoma completo del SARS de un paciente, es porque rellenan los huecos que les faltan (porque la RT-PCR sólo detecta pequeños fragmentos de ARN), con plantillas recogidas de bases de datos genómicas, usando un ordenador. Así que básicamente, los fragmentos de virus que les faltan para completar su SARS-CoV-2 "teóricamente detectado", lo rellenan de manera ficticia haciéndolo coincidir con una secuencia consenso de una base de datos como la de [Gen Bank](#) ([75](#))

Con estas evidencias, no pueden afirmar en ningún caso, que las personas con PCR positiva se corresponden con una infección por SARS-CoV-2 y por tanto, tampoco pueden afirmar haber aislado el virus de ningún paciente. En consecuencia, los cierres perimetrales, hundimiento de la economía, ruina de los hosteleros y represión de la población, no está justificada por alerta sanitaria. Los [programas](#) de pruebas de RT-qPCR para el SARS-CoV-2 son totalmente inadecuados, están mal organizados y rodeados de confusión y desinformación. La disponibilidad no obstaculiza las pruebas exhaustivas de ensayos, reactivos, equipo o capacidad de prueba adecuados.

Metodología

La [metodología](#) empleada por las administraciones sanitarias utiliza como parámetro básico para establecer las medidas restrictivas, la IA a los 14 días (Incidencia acumulada de casos/100.000 habitantes a los 14 días), y para ello se basa en los positivos a dicho test tomados en valor absoluto, siendo la IA la suma de los 14 días anteriores de estos valores absolutos de positivos.

Desde un punto de vista estadístico es esencial para seguir la evolución de los datos y con ello saber si realmente hay un rebrote o no, tener de alguna manera un parámetro referenciado, señalando que no es lo más apropiado el hacer un número de test de forma indiscriminada sin criterios de epidemiología estadística para seguir la evolución de los contagios, ya que sin tener esos criterios mínimos se presta a manejar continuamente subidas y bajadas del número de test realizados, de forma que con ello, las administraciones sanitarias justifiquen las medidas restrictivas adoptadas, por lo que sería más apropiado el haber tenido en cuenta un criterio base con un valor referencia de número de test a realizar diariamente de forma que nos diese bajo una misma referencia la evolución de los porcentajes de positivos, y, en todo caso, aún sin referenciarlo, **el estadístico a utilizar más adecuado sería la evolución del porcentaje de positivos y no su valor absoluto.**

También hay que tener en cuenta en la interpretación de los datos que en base al número de test realizados se considera que los test positivos en valor absoluto se corresponden con individuos diferentes, sumándolos para el cálculo de la IA. La realidad es que esto no es cierto ya que **la administración sanitaria a la hora de utilizar los positivos en valor absoluto considera que test realizado = persona diferente, cuando se sabe que a una misma persona le han podido realizar más de un test, por lo que la utilización de muchos de los positivos en el cálculo de la IA acumulada a 14 días no es del todo real ya que están contabilizando personas que ya se habían contabilizado anteriormente al haber dado el primer positivo.**

Durante esta pandemia se está utilizadando al libre albedrío y de una forma intencionada el nº de test que se realizan, de manera que se han

generado las sucesivas olas cuando la realidad de los datos dice que no han existido tales olas.

Parámetros con cálculo oficial

El parámetro de positivos en valor absoluto presenta correlación muy significativa con el total de test realizados y lógicamente con la IA a 14 días por ser la suma de positivos de ese período de días, pero no con el % de positivos. El % positivos presenta correlación muy significativa con los positivos referenciados, su % de positivos referenciado, la IA a 14 días referenciada y con el % de ocupación de hospitalizados. Esta correlación es significativa con el % de ocupación de UCIs y fallecidos. La IA a 14 días presenta correlación muy significativa con el total de test y con los positivos en valor absoluto.

Parámetros con cálculo referenciado

Es de destacar que el parámetro de positivos referenciado en valor absoluto no presenta correlación con el total de test realizados, pero sí, y siendo muy significativa, con el % de positivos e IA a 14 días referenciado y con el % de ocupación de hospitalizados. Esta correlación es significativa con el % de ocupación de UCIs y fallecidos. El % positivos referenciado presenta una correlación muy significativa con los positivos tanto calculados oficialmente como referenciados y con la RO. Esta correlación es significativa con la IA a 14 días referenciada y el % de ocupación de hospitalizados. La IA a 14 días referenciada presenta una correlación muy significativa con los positivos en valor absoluto tanto con el cálculo oficial como el referenciado, con el % de ocupación de hospitalizados, % de ocupación de UCIs y fallecidos. Esta correlación es significativa con el % de positivos referenciado.

Diferencias significativas entre el cálculo oficial y el referenciado

Es de resaltar que existe una alta correlación entre los positivos en valor absoluto y el % de positivos cuando este cálculo es referenciado, mientras que esa correlación no existe entre positivos en valor absoluto y el % de positivos cuando se utiliza el cálculo oficial. Igualmente tenemos que entre la IA a 14 días realizada con el cálculo oficial existe correlación muy significativa con los positivos en valor absoluto pero no se da ninguna correlación con el % de positivos, mientras que si analizamos el valor referenciado esa correlación muy significativa se da con los positivos en valor absoluto siendo significativa con el % de positivos. Otra conclusión a destacar es que el cálculo referenciado de positivos en valor absoluto, el % de positivos e IA a 14 días tienen en los 3 casos correlación muy significativa con el % de positivos calculados del modo oficial, con la ventaja de que este valor referenciado no está influenciado por el número de test realizados.

La historia de los PCR, no es nueva, hace más de 20 años, ya se hablaba de ellos y no para bien, precisamente (76). Hoy en día, tampoco se habla bien, el Dr. Franz Allerberger, director de la Agencia Austriaca de Salud y Seguridad Alimentaria (AGES), ha hecho unas declaraciones que no tienen desperdicio; cito

textualmente: “ Si no hubiera habido pruebas de PCR en todo el mundo, nadie se habría dado cuenta de Covid-19” (77) (enlace directo al [vídeo](#)).

El mayor problema con todas las pruebas de Covid-19 disponibles es que, a pesar de que se ha demostrado que no son confiables, se usan en masa en personas sanas. Estas personas sanas cuando dan positivo en la prueba son tratadas como alimañas y se les niegan sus derechos humanos básicos. Ahora es aún más siniestro ya que en muchos países se exigen exámenes incluso para ir a la escuela o al trabajo. Las personas que dan positivo en la prueba y mueren se cuentan como muerte por Covid-19 incluso cuando murieron por una causa alternativa.

Consecuencias potenciales de los falsos positivos obtenidos al usar los test PCR (78):

A) Desde una perspectiva personal

A1) Relacionados con la salud

- Para pruebas de hisopo tomadas con fines de detección antes de procedimientos o cirugías electivos: cancelación o aplazamiento innecesario del tratamiento.
- Para las pruebas de hisopo tomadas con fines de detección durante las admisiones hospitalarias urgentes: la exposición potencial a la infección siguiendo una vía incorrecta en entornos hospitalarios como un paciente interno.

A2) Financieras. Pérdidas financieras relacionadas con el autoaislamiento, pérdidas de ingresos y viajes cancelados, entre otros factores.

A3) Psicológicas. Daño psicológico debido a un diagnóstico erróneo o miedo a infectar a otros, aislamiento o estigmatización.

B) Perspectiva global

B1) Financieras

- Financiamiento malgastado (a menudo proveniente de los contribuyentes) y recursos humanos para pruebas y rastreo.
- Tests innecesarios.
- Financiamiento de reemplazos en el lugar de trabajo.
- Varias pérdidas comerciales.

B2) Desempeño epidemiológico y diagnóstico

- Sobreestimación de la incidencia de Covid-19 y la extensión de la infección "asintomática".
- Rendimiento de diagnóstico engañoso, que puede llevar a compras o decisiones de inversión erróneas.

B3) Social

- Desviación de las políticas con respecto a los cierres de escuelas y encierros.
- Aumento de la depresión y la violencia doméstica (por ejemplo, debido al encierro, el aislamiento y la pérdida de ganancias después de una prueba positiva).

Otros test

Además de los PCR, existen otras vías alternativas (mucho menos frecuentes en utilización) para, supuestamente, diagnosticar la enfermedad (79):

- 1) *Test de anticuerpos (también llamados serológicos)*. Muestra si tiene anticuerpos contra el virus. Podría usarse como prueba de que ya es inmune al coronavirus, pero podría reaccionar a los otros cuatro coronavirus del resfriado común (reactividad cruzada). La prueba de anticuerpos no puede determinar si actualmente tiene un virus. Esta prueba, al igual que la PCR, no debe utilizarse para poner a alguien en cuarentena.

Los hay de dos tipos: los rápidos que ahora llegan a la farmacia y cuya fiabilidad se considera baja y, los que utilizan los procedimientos Elisa y de quimioluminiscencia, que requieren de una cantidad de sangre mayor, más caros y empleados en entornos hospitalarios.

Los test funcionan mediante un pinchazo en el dedo y permiten detectar la presencia de anticuerpos, es decir, de la respuesta inmunitaria del cuerpo que se produce con la entrada del virus. En el caso de que el paciente haya tenido un contacto con un infectado, los anticuerpos IgM son los primeros en aparecer, entre los 7 y 10 días de dicho contacto, y los anticuerpos IgG aparecen entre los 10 y 15 días siguientes. Este tipo de test detecta "en minutos" si hay anticuerpos IgM o IgG, pero **no sirven para saber si se tiene el virus en caso de "sospecha de la enfermedad"**. Además, es posible la aparición de falsos positivos, en casos "asintomáticos" con IgM positiva, puede tratarse de un falso positivo de IgM ya que estos test son muy sensibles pero menos específicos que otro tipo de pruebas. También pueden aparecer falsos negativos "si la cantidad de la muestra no es la adecuada.

Se trata de test que no sirven para detectar si se está enfermo, porque los anticuerpos sólo aparecen, si lo hacen, diez días después de la infección, y cuya utilidad se limita a saber si una persona ha tenido contacto con el virus, con la posibilidad de que haya inexactitudes en el resultado. No servirían, por tanto, para diagnosticar infectados, algo que han advertido en

los últimos días los microbiólogos. La Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, emitió un comunicado advirtiendo de que este tipo de pruebas "no son fiables ni en pacientes sintomáticos ni en individuos asintomáticos". Además, avisaba de que la detección de anticuerpos no garantiza la inmunidad del paciente, por lo que, independientemente del resultado, todos deberán seguir cumpliendo las mismas pruebas de detección. **La SEIMC pedía incluso que las autoridades sanitarias se replantearan la aprobación de estos test.**

- 2) *Test de antígenos.* Muestra si tiene un antígeno contra una proteína del virus. El problema con esta prueba es que el **50% de los resultados positivos son falsos**. Las pruebas se promocionan como buenas para que las utilicen todos, incluidos los niños. Debido a los muchos resultados falsos positivos, la prueba rápida de antígenos **no puede considerarse una prueba confiable**. Actualmente, ésta es la prueba más promocionada para la escuela y el lugar de trabajo, pero el alto porcentaje de resultados falsos solo conduciría a encerrar a personas y niños sanos.

Se basan en la detección de proteínas del virus y son mucho más rápidos que las PCR: el resultado se conoce en minutos. **La desventaja es la baja fiabilidad si han pasado más de cinco días desde la aparición de síntomas. También se consideran poco fiables en la fase presintomática.**

Sobre un soporte se fijan anticuerpos específicos que reaccionarán contra alguna proteína del virus. Se suele emplear la proteína de la superficie de la envoltura (la proteína S), que se proyecta hacia el exterior. Si en la muestra hay partículas virales, quedarán fijadas al anticuerpo. Es como si el virus o sus proteínas hubieran sido capturados por el anticuerpo.

A continuación, se añade un segundo anticuerpo contra el virus de manera que se forme un emparedado o sándwich: anticuerpo-virus-anticuerpo. Este segundo anticuerpo estará marcado o señalado de alguna manera para poner de manifiesto la reacción. Si la reacción es positiva, demuestra que había proteínas del virus. Es decir, que la persona está infectada.

No requiere reactivos caros, ni máquinas, ni personal técnico cualificado. Son mucho más baratos que la PCR. Suelen estar manufacturados como un test de embarazo: se toma una muestra de la nariz con un bastoncillo o de la saliva, se añaden unas gotas de un reactivo que extrae los antígenos del virus, se coloca en el dispositivo y se esperan menos de 30 minutos a que aparezcan las bandas reactivas correspondientes.

Al tener una sensibilidad menor que la PCR, los test de antígenos son positivos a concentraciones más altas del virus y eso puede tener su ventaja. Aunque no sabemos qué carga viral implica que una persona sea o no infecciosa, podemos asumir que cuanto mayor sea la carga viral, mayor probabilidad hay de que uno sea contagioso.

El estado de la infección se debe siempre correlacionar con el historial clínico y con otra información diagnóstica. La interpretación de un test siempre hay que hacerla dentro de un contexto clínico.

Otro tema a tener en cuenta, es que existen varias empresas que comercializan test de antígenos. Aunque el fundamento sea similar, los resultados no tienen por qué ser iguales. Los test pueden variar en el tipo de anticuerpos que empleen, la proteína del virus que detectan o el modo de revelar la reacción. La sensibilidad y especificidad pueden ser diferentes entre ellos y deberían antes evaluarse. Recordemos el fiasco de los famosos test rápidos chinos.

3) *Test basados en la saliva.* Se espera que lleguen pronto los test PCR o antígenos basados no en exudados nasofaríngeos sino en saliva, con lo que la toma de muestras será mucho más sencilla.

Como mencioné antes, la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (Seimc) ha emitido un documento de posicionamiento sobre los test rápidos ([80](#)) ([81](#)) ([82](#)), vamos a verlo más detalladamente:

Una de las principales conclusiones respecto a los **test de antígenos, es que tendrían una sensibilidad inferior al 30 por ciento.** Otro dato relativo a estos test, es que presentan una especificidad del 100% en poblaciones que acuden a las urgencias de los hospitales en las que el porcentaje de positividad de la PCR es del 84 por ciento y en trabajadores sanitarios en las que el porcentaje de positividad es del 50 por ciento.

Según concluyen, con todos estos datos, **no es aconsejable introducirlos en la rutina de diagnóstico.** Aún así, indican que la sensibilidad de los test se podría aumentar acoplando una detección fluorimétrica. Con una evaluación pertinente que certificase la sensibilidad, se podría reconsiderar la aplicación de estas pruebas.

Señalan que los **test de anticuerpos** que se están realizando en el ámbito internacional, tienen una **insuficiente sensibilidad y especificidad**, aunque autoridades como la OMS o la FDA, en un primer momento, han abogado por su uso. No obstante, la OMS, respecto a los test rápidos, alertó del problema que presentan en un informe del 08 de abril de 2020 ([83](#)): "En el presente, basándonos en la evidencia disponible, la **OMS recomienda el uso de los test rápidos de anticuerpos solo para investigación. No deberían ser usados en ningún otro contexto, incluida la toma de decisiones clínicas**", hasta que haya más evidencias. En el mismo documento se animaba también a seguir investigando para mejorar estos test.

Pruebas de verificación de estos test en varios países, también han hallado baja sensibilidad, como recoge *Nature* ([84](#)); el reportaje reflejaba el interés internacional por los test sensibles a anticuerpos IgG (los de protección a largo plazo). Cuando la sensibilidad y la especificidad (que evita los falsos positivos)

son muy altas, estas pruebas deberían permitir dibujar el mapa inmunológico de la población y ayudar en la decisión de relajar el confinamiento. Algunos países han hablado de un 'pasaporte inmunitario', pero la escasa fiabilidad de las pruebas complica los planes. *Nature* cita a Peter Collington, microbiólogo de la Universidad Nacional Australiana en Canberra, recordando que los kits deben ser verificados con muchas personas antes de considerarse válidos, algo que con las prisas no se ha hecho. Algunos **test comerciales han demostrado una especificidad de menos del 40%**, según informa esta revista. Un análisis en Dinamarca probó nueve test. La sensibilidad de los que se realizan en el laboratorio oscilaba entre el 67 y el 93%; la de la mayoría de los test rápidos era mayor, pero algunos se basaban en datos de apenas unas decenas de personas. La sensibilidad y la especificidad de este tipo de pruebas debería ser bastante superior. **Un falso positivo cada 100 test puede no parecer mucho, pero si el plan es hacer las pruebas a decenas de miles de personas, los falsos positivos se convierten en un problema grave.** A veces es que, simplemente, hace falta más tiempo para recopilar evidencias.

A pesar de los datos favorables que han presentado algunos estudios, la Seimc destaca un parámetro que comprometería su fiabilidad. Se trata de que, **al no haberse evaluado su fiabilidad en fase precoz de aparición de los síntomas, no existen evidencias suficientes para posicionar su detección como cribado frente a otras técnicas.**

Además, a la hora de evaluar las ventajas y desventajas registran varios factores que no sitúan esta prueba como método de cribado. Y es que, entre las desventajas se incluye que **tienen una gran variabilidad en función del curso de la enfermedad.** Esto se explica porque en las primeras fases de la infección, el cuerpo no ha generado anticuerpos frente a la enfermedad, por lo que no son detectables.

Por ello, a pesar de la rapidez con que se obtienen los resultados, únicamente se puede utilizar con fiabilidad en un determinado número de casos. Cabe destacar que aunque los ensayos de inmunocromatografía ofrecen resultados entre 15 y 30 minutos, con ellos es difícil procesar muchas muestras al mismo tiempo.

Sobre los test rápidos, también el **Colegio de Médicos de Madrid** emitió un informe el 08 de mayo de 2020 ([85](#)):

Según ese informe, los dos únicos métodos para diagnosticar la enfermedad son el PCR para la detección inicial de la enfermedad (casos activos) y pruebas ELISA/CLIA para la detección de anticuerpos (casos pasados): **“No recomendamos ningún otro método o prueba, ya que sus resultados no servirían para tomar decisiones clínicas” (aunque ya ha quedado demostrado en el presente apartado, que los PCR, tampoco sirven para diagnosticar).**

Quieren alertar, con ello, sobre la cantidad de “test rápidos” que se están haciendo y sobre su escasa fiabilidad. El presidente del colegio, D. Miguel Ángel Sánchez Chillón, es contundente: “Es preferible esperar un poco más y hacer

pruebas fiables a todo el personal de riesgo o susceptible de infectarse. Lo serio es hacer lo que pedimos (pruebas PCR y ELISA/CLIA), y si no hay capacidad para ello, es preferible no hacer ninguna prueba. Es mejor no hacerlo que hacerlo mal". Porque los **"test rápidos", asegura, "pueden dar una sensación de falsa seguridad, y desde el punto de vista clínico no nos van a ayudar"**. Sánchez Chillón, dice que no se trata de acusar a nadie, y trata de buscarle una explicación a la situación. "Es probable que por la falta de de otro tipo de pruebas diagnósticas más fiables, se esté recurriendo a estas, que son un paño caliente, han preferido ponerse a hacer pruebas antes que esperar por otras más fiables". Pero insiste: "No merece la pena andar haciendo test rápidos porque nos vamos a quedar con las mismas dudas que antes de hacerlos. Yo mismo he rechazado hacérmelo".

Por qué, en base a los test, no se pueden justificar las medidas socioeconómicas y de restricciones de derechos fundamentales que los distintos gobiernos a nivel mundial, nos han impuesto

- La Covid-19, no es una enfermedad [nueva](#) sino un síndrome clínico conocido y perfectamente caracterizado.
- Ninguna enfermedad o síndrome se puede diagnosticar por pruebas complementarias. Desde la más elemental praxis y ética médica, cualquier diagnóstico tiene que estar fundamentado en datos clínicos recogidos de la exploración del paciente, más las pruebas complementarias necesarias y suficientes.
- Dichas pruebas diagnósticas patognomónicas para Covid-19 son las siguientes: a) Enfermedad aguda febril de más de una semana de evolución. b) Neumonía intersticial, generalmente bilateral (comprobada por Rx). c) Hipoxia con hipoxemia y baja saturación de oxígeno. d) Recuento de leucocitos normal o bajo y de linfocitos bajo. e) Analítica característica con al menos estos tres marcadores: elevación muy importante de la proteína C reactiva, elevación del dímero D (hipercoagulabilidad) o elevación de la ferritina.
- Los test diagnósticos: RT-PCR, test de antígeno (Ag) o test de anticuerpos (Ac) son SIEMPRE COMPLEMENTARIOS, es decir sirven para corroborar un diagnóstico clínico, nunca para sustituirlo (y esto es de la más elemental praxis médica). Una prueba RT-PCR [positiva](#) no se puede considerar probatoria de contagio alguno, ya que la PCR es una técnica que en ningún momento sirve para diagnosticar una enfermedad.
- Si los positivos por PCR tienen algún [poder](#) predictivo sobre el número de muertes esperadas (lo único realmente preocupante en una epidemia) debería haber alguna correlación, es decir, cuantos más positivos por PCR para el SARS-CoV-2 un día determinado, más muertes por Covid-19 en un

futuro próximo (presumiblemente entre 2 y 4 semanas después, que es la evolución clínica conocida de la enfermedad de curso grave).

Sin embargo, en el documento titulado "Positivos por PCR, ¿qué significa?", del 23 de septiembre de 2020 elaborado por el Departamento de Física y Tecnología de The Arctic University of Norway, se demuestra que los positivos por PCR no se correlacionan con el exceso de muertes en el futuro inmediato. En última instancia esto significa que los positivos por PCR no se pueden utilizar para saber si la pandemia está avanzando pues para eso, las muertes deben aumentar o mantenerse elevadas.

- Aún suponiendo que fueran fiables, un [verdadero](#) positivo en la PCR no significa una persona infecciosa ni capaz de contagiar, ya que la PCR solamente detectaría pequeños fragmentos del genoma vírico (de menos de 200 nucleótidos cuando el virus supuestamente tiene en torno a 30 000, concretamente la cepa de Wuhan supuestamente tenía 29 903 nucleótidos). Un [positivo](#) en RT-PCR jamás puede ser considerado como un contagio o caso de enfermedad, ya que esta prueba además de inespecífica, no detecta partículas virales viables, sino fragmentos de ARN en este caso.

La única forma de saber si un resultado PCR positivo corresponde a un virus infeccioso, es mediante cultivo vírico en células especiales, para ello el espécimen obtenido del paciente PCR positivo debe inocularse, en el laboratorio especializado, al cultivo celular y observar citopatogenicidad en el mismo, es decir, muerte celular. Si esta citopatogenicidad no se observa, es debido a que el virus no es infeccioso. Si no se realiza [cultivo celular](#) del paciente, no se puede afirmar que esté infectado con el virus SARS-CoV-2. Para considerar que una PCR es positiva se debe demostrar su crecimiento directo en células del aparato respiratorio humano.

- La variación en el número de [ciclos](#) utilizado para las pruebas RT-PCR en distintos laboratorio es igualmente inaceptable debido a la fácil manipulación de este parámetro que se puede realizar a conveniencia de las autoridades, más ciclos de amplificación más positivos. No se deben aceptar pruebas RT-PCR con más de 22 ciclos, confirmado también por la propia OMS.
- Durante esta pandemia se está utilizando al libre albedrío y de una forma intencionada el nº de test que se realizan, de manera que se han generado las sucesivas olas cuando la realidad de los datos dice que no han existido tales olas.

Como ya ha quedado demostrado, los test no son fiables y como veremos más adelante, no hay evidencia científica de que el supuesto virus haya sido aislado,

purificado y secuenciado, por lo tanto, el cultivo vírico complementario, sencillamente no es posible, con lo cual, valorar la infectividad real, es también imposible. Consecuentemente, basar todas las medidas restrictivas de derechos y socioeconómicas en estos test, carece de justificación científica y las convierte en erróneas además de en tremendamente injustas, no conformes a derecho y peligrosas.

Conviene terminar aclarando que **los test PCR (extensivo para el test de antígenos o el de anticuerpos), no son obligatorios**, así se ha especificado en una sentencia del Tribunal Supremo (86), de la que sacamos algunas conclusiones importantes:

- Habrá que tener en cuenta la normativa estatal vigente en cada momento.
- **El empleador no puede obligar a los trabajadores a realizarse pruebas PCR sin que haya una norma estatal vigente que lo establezca expresamente.**
- **Si no hay normativa que imponga la obligación de realizar las pruebas PCR, será necesaria la prescripción médica individualizada.**

Otras fuentes consultadas para este apartado: ((87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121)).

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Aislamiento del virus

Lo primero que debemos señalar, es que la creencia preestablecida de que el virus ha sido aislado y secuenciado, presenta serias dudas; existen pruebas de que tal circunstancia, no se ha producido realmente (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (reconocido por los propios CDC y la FDA (23) (24) (25) (26), por el gobierno irlandés (27) (28), por el gobierno argentino (29), por el gobierno canadiense (30), por el gobierno de Uruguay (31) (32) (y así, hasta un total de 100 instituciones en diferentes países (33) (34), cuyas respuestas a las distintas solicitudes de información sobre el aislamiento, se han dividido en 7 partes (parte 1) (parte 2) (parte 3) (parte 4) (parte 5) (parte 6) (parte 7)) y por el propio Drosten (35)); no hay pruebas científicas claras que lo demuestren (no valen cepas artificiales recreadas sintéticamente partiendo de una secuencia informática, ni las que utilizan células Vero para ello (sabemos que los virus se pueden recombinar (36) (37) (38) y, por tanto, **no se puede demostrar que el supuesto "nuevo coronavirus" no sea un híbrido derivado de cultivos celulares**) (39) (40))), aún cuando se ha ofrecido dinero para aquel que las

presente (41). Por tanto, **creer en la existencia del virus con los datos y pruebas científicas de que disponemos hoy, se convierte en un acto de fe:**

Si realmente el virus ha sido aislado y secuenciado, ¿cómo es que en todas las "vacunas" Covid, no se ha recurrido a la forma tradicional (ampliamente probada) de preparación, partiendo del virus inactivado o debilitado y, han recurrido a otras plataformas experimentales como el ARNm o un adenovirus, con los peligros que conllevan?

Algunos dicen que la prueba de que el virus existe, es la "vacuna" CoronaVac ya que, supuestamente, contiene el virus inactivado. Supuestamente, el virus se hace crecer en células Vero de forma masiva. Se inactiva para garantizar que no sea infectivo, es decir, que no es capaz de replicarse. Este tipo de células Vero, proceden de un linaje de células de riñón de mono verde. Según dicen además, las muestras fueron extraídas de pacientes de China. La vacuna incluye una sustancia adyuvante que en este caso es hidróxido de aluminio, supuestamente para potenciar la "inmunidad", cuando **se ha demostrado que los adyuvantes con base de aluminio, pueden ocasionar graves problemas de salud (42) (43)**. Al utilizar el virus completo, **se introducen además de la proteína S de la espícula (que justamente es la que causa el daño, no el virus en sí)**, otras como la E de la cobertura, la M de la membrana, la N de la nucleocápside, etc., lo que supuestamente, constituye una ventaja teórica.

Tampoco debemos olvidar que además de los adyuvantes con base de aluminio, en las vacunas, se han encontrado otras "sustancias" peligrosas que producen micro y nanocontaminación. En un estudio (44), se analizaron las vacunas por los posibles efectos secundarios que pueden causar. Con el fin de aportar nueva información, se aplicó un método de investigación por microscopía electrónica al estudio de vacunas, con el objetivo de verificar la presencia de contaminantes sólidos mediante un Microscopio Electrónico de Barrido Ambiental equipado con una microsonda de rayos X. Los resultados de esta nueva investigación, muestran la **presencia de material particulado micro y nanométrico compuesto por elementos inorgánicos en muestras de vacunas que no son declarados entre los componentes y cuya presencia indebida es, por el momento, inexplicable.** Una parte considerable de esos contaminantes particulados, ya han sido verificados en otras matrices y reportados en la literatura como no biodegradables y no biocompatibles. **Los análisis realizados, muestran que en todas las muestras controladas, las vacunas contienen cuerpos extraños no biocompatibles y biopersistentes no declarados por los productores, contra los cuales el organismo reacciona en cualquier caso.** La hipótesis que manejan los autores, es que esa contaminación sea accidental ya que probablemente se deba a componentes o procedimientos contaminados de procesos industriales (por ejemplo, filtraciones) utilizados para producir vacunas, no investigados y no detectados por los productores; no obstante, aunque haya una razón accidental, la realidad es que esos contaminantes, están presentes, con lo que ello conlleva.

Si es verdad que las muestras del virus que lleva la "vacuna" fueron extraídas de pacientes de China:

¿Cómo es posible que a día de hoy no haya una micrografía electrónica que muestre el grado de purificación (45)?

Analicemos los siguientes estudios (que dieron origen a todo); a sus autores se les preguntó acerca de si sus micrografías electrónicas muestran el virus purificado; sus respuestas fueron las siguientes:

Respuesta estudio 1 (46): "La imagen es el virus que brota de una célula infectada. No es un virus purificado."

Respuesta estudio 2 (47): "No pudimos estimar el grado de purificación porque no purificamos y concentramos el virus cultivado en células."

Respuesta estudio 3 (48): "No obtuvimos una micrografía electrónica que mostrara el grado de purificación".

Respuesta estudio 4 (49): "[Mostramos] una imagen de partículas de virus sedimentadas, no purificadas."

Con respecto a estos cuatro estudios, está claro que lo que se muestra en las micrografías electrónicas (EM) es el resultado final del experimento, lo que significa que no hay otro resultado del que podrían haber hecho EM. **Si los autores de estos estudios reconocen que sus micrografías electrónicas (EM publicados) no muestran partículas purificadas, entonces definitivamente no poseen partículas purificadas que afirman ser virales.** En este contexto, debe observarse que algunos investigadores usan el término "aislamiento" en sus documentos, pero los procedimientos descritos en estos documentos no representan un proceso de aislamiento (purificación) adecuado. En consecuencia, en este contexto el término "aislamiento" es mal usado.

Por lo tanto, **los autores de cuatro de los principales artículos de principios de 2020 que afirman el descubrimiento de un nuevo coronavirus, reconocen que no tenían pruebas de que el origen del genoma del virus fuera partículas virales o restos celulares, puros o impuros, o partículas de ningún tipo. En otras palabras, la existencia del ARN del SARS-CoV-2 se basa en la fe, no en los hechos.**

Esto realmente significa que **no se puede concluir que las secuencias de genes de ARN, que los científicos tomaron de las muestras de tejido preparadas en los ensayos in vitro mencionados y para las cuales las pruebas de PCR finalmente se están "calibrando", pertenecen a un virus específico, en este caso SARS-CoV-2. Además, no hay pruebas científicas de que esas secuencias de ARN sean el agente causal de lo que se llama Covid-19.**

Hay una quinta publicación (50), que junto con las otras 4 anteriores, fue pionera en hablar del nuevo coronavirus allá por febrero de 2020. No se ha obtenido respuesta de los autores, pero sí podemos analizar la publicación:

“Recolectamos líquido de lavado broncoalveolar (BALF) y realizamos una secuenciación metatranscriptómica profunda. La muestra clínica se manipuló en un laboratorio de nivel 3 de bioseguridad en el Centro Clínico de Salud Pública de Shanghai. **Se extrajo el ARN total de 200 µl de BALF** y se construyó una biblioteca metatranscriptómica para la secuenciación de pares (lecturas de 150 pb) utilizando un Illumina MiniSeq como se describió anteriormente”.

“En total, **generamos 56 565 928 lecturas de secuencia que fueron ensambladas de nuevo** y seleccionadas para posibles agentes etiológicos”.

“La secuencia del genoma de este virus, así como sus extremos, se **determinaron y confirmaron mediante PCR con transcripción inversa (RT-PCR) y amplificación rápida 5' / 3' de extremos de cDNA (RACE)**, respectivamente. Esta cepa de virus se designó como coronavirus WH-Human 1 (WHCV) (y también se ha denominado '2019-nCoV') y su secuencia de genoma completo (29 903 nt) se le ha asignado el número de acceso de GenBank MN908947”.

“La organización del genoma viral del WHCV, se determinó por alineación de secuencias con dos miembros representativos del género Betacoronavirus: **un coronavirus asociado con humanos (SARS-CoV Tor2**, número de acceso de GenBank AY274119) **[2003]** y un coronavirus asociado con murciélagos (murciélago SL-CoVZC45, Número de registro de GenBank MG772933)”.

En ningún momento se habla de aislamiento, ni purificación. Utilizan para la determinación y confirmación, RT-PCR, que ha quedado sobradamente demostrado que no sirve para esa finalidad. Como comenté en el anterior apartado, **cuando afirman que recogen ARN de SARS de los pacientes mediante la técnica de la RT-PCR, ya sabemos que en realidad no es así, sino que lo que recogen realmente son fragmentos de coronavirus endógenos humanos en fase extracelular y cuando afirman que secuencian el genoma completo del SARS de un paciente, es porque rellenan los huecos que les faltan (porque la RT-PCR sólo detecta pequeños fragmentos de ARN), con plantillas recogidas de bases de datos genómicas, usando un ordenador.** Así que básicamente, los fragmentos de virus que les faltan para completar su SARS-CoV-2 “teóricamente detectado”, lo rellenan de manera ficticia haciéndolo coincidir con una secuencia consenso de una base de datos como la de [Gen Bank \(51\)](#). Hasta ellos mismos reconocen que es un coronavirus asociado con humanos.

Historia del aislamiento del virus

Autoridades sanitarias chinas

Anunciaron el 7 de enero de 2020 que se había identificado “un nuevo tipo de virus” “similar al asociado con el SARS y el MERS” (informe relacionado, no fuente original del gobierno chino). El método subyacente se describe a continuación:

“Recopilamos y analizamos prospectivamente datos sobre pacientes con infección por 2019-nCoV **confirmada por laboratorio mediante RT-PCR en tiempo real y secuenciación de próxima generación**”.

“Los datos se obtuvieron con formularios de recopilación de datos estandarizados compartidos por la OMS y el Consorcio Internacional de Infecciones Emergentes y Respiratorias Agudas Graves a partir de registros médicos electrónicos”.

Otra vez, utilizan RT-PCR, con lo cual, todo queda invalidado, además, tampoco aparece la palabra, aislamiento ni purificación por ningún sitio, ni tampoco ninguna prueba clara de haberlo conseguido.

Centro Para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)

Tras el anuncio chino, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), declaró que se había aislado el virus, dicha declaración, con fecha del 28 de enero de 2020 (actualizada en diciembre de 2020), es inequívoca:

“El SARS-CoV-2, el virus que causa el Covid-19, fue aislado en el laboratorio y está disponible para la investigación de la comunidad científica y médica”

Poco después empezaron a reconocer lo contrario, incluso en sus propios documentos ([52](#)) ([53](#)) ([54](#)) ([55](#)).

OMS

Dado que no las autoridades chinas no proporcionaron a la OMS una muestra de SARS-CoV-2 aislado/purificado y por tanto, los detalles sobre el aislamiento no estaban disponibles; la OMS, decidió "personalizar" su prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa en tiempo real (rRT-PCR) utilizando el virus corona SARS 2003 supuestamente aislado y "similar" según ellos (posteriormente rebautizado como SARS-CoV-1) como "punto de referencia" (o proxy), para detectar fragmentos genéticos del SARS-CoV-2 de 2019.

Buscó el consejo del **Dr. Christian Drosten** y sus colegas del Instituto de Virología de Berlín en el Hospital Charité. Posteriormente se envió a la OMS el estudio titulado “Detección del nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV) mediante RT-PCR en tiempo real”), publicación que como quedó demostrado en el anterior apartado, está plagada de errores científicos y en la que los propios autores reconocen que **“los aislados de virus o muestras de pacientes infectados no estaban disponibles ...”**.

La información que proporcionaron a la OMS fue la siguiente:

“Las secuencias del genoma sugieren la presencia de un virus estrechamente relacionado con los miembros de una especie viral denominada CoV relacionada

con el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), una especie definida por el agente del brote de SARS en humanos en 2002/03”.

“Informamos sobre el establecimiento y validación de un flujo de trabajo de diagnóstico para el cribado de 2019-nCoV y la confirmación específica **[utilizando la prueba RT-PCR], diseñado en ausencia de aislados de virus disponibles o muestras originales de pacientes.** El diseño y la validación fueron posibles gracias a la estrecha relación genética con el SARS-CoV de 2003, y fueron ayudados por el uso de tecnología de ácido nucleico sintético” (56).

Lo que esta afirmación audaz sugiere, es que no se requirió el aislamiento/purificación de 2019-nCoV y que la "validación" estaría habilitada por "la estrecha relación genética con el 2003-SARS-CoV".
Errores científicos de tremenda gravedad.

Las recomendaciones del estudio Drosten (respaldado y financiado por la Fundación Gates) relativas al uso de la prueba RT-PCR aplicada a 2019-nCoV, fueron luego respaldadas firmemente por el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom.

En todo este tiempo transcurrido, se han producido múltiples solicitudes individuales de información a múltiples instituciones, sobre las pruebas del aislamiento (como se comenta al inicio de este apartado) y ni en uno solo de los casos, se ha demostrado la existencia de dichas pruebas; hasta un total de 90 instituciones.

Se nos dice que el virus está en todas partes: en el aire, en nuestra respiración, atrapado en máscaras, sin embargo, las autoridades de salud pública parecen no estar en posesión de ninguna muestra clínica cultivable del patógeno ofensivo.

En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud ordenó a las autoridades que no buscaran un virus, sino que confiaran en una [prueba](#) del genoma, la RT-PCR, que no es [específica](#) para el SARS-CoV-2.

En algunas de las solicitudes de Libertad de Información sobre muestras clínicas cultivables o evidencia directa de aislamiento viral (por [ejemplo](#)), no solo no contienen información que demuestre el aislamiento, sino que además, se refieren a la prueba proxy RT-PCR, citando una publicación en Eurosurveillance, a modo de [demostración](#); no obstante, esto, además de inútil es absurdo ya que en la propia publicación se dice:

“La detección de virus por PCR con transcripción inversa (RT-PCR) de muestras respiratorias se utiliza ampliamente para diagnosticar y monitorear la infección por SARS-CoV-2 y, cada vez más, para inferir la infectividad de un individuo. Sin embargo, la RT-PCR no distingue entre virus infecciosos y no infecciosos. La propagación del virus a partir de muestras clínicas confirma la presencia de virus infecciosos, pero no está ampliamente disponible (y) requiere instalaciones de nivel 3 de bioseguridad”

Además, los CDC [admiten](#) que "actualmente no hay disponibles aislados cuantificados del 2019-nCoV", y que utilizaron un cultivo de células de adenocarcinoma alveolar de pulmón humano modificado genéticamente para "imitar una muestra clínica".

Por lo tanto, después de todo lo dicho, parece que tenemos organismos de salud pública sin muestras clínicas del aislamiento y que encima utilizan para diagnosticar, una prueba que no es específica y no distingue entre infectividad y no infectividad, un requisito para que las instalaciones de nivel 3 de bioseguridad incluso busquen un virus, aún así, nos han llevado a creer que está en nuestras narices.

En este punto, conviene hablar sobre los postulados de Koch:

Robert Koch enunció sus ya famosos postulados en el curso de sus investigaciones sobre el carbunco bacteridiano, una enfermedad que se transmitía de forma frecuente al hombre desde el ganado lanar y vacuno. En sus investigaciones sobre el carbunco bacteridiano, Koch descubrió que el patógeno se encontraba siempre en la sangre de los animales enfermos, por lo que, en una primera fase de investigación, tomó pequeñas muestras de sangre de estos animales y se las inoculó a animales sanos. El resultado fue la transmisión de la enfermedad y, por tanto, el establecimiento de la etiología de la enfermedad.

En una segunda fase de investigación, descubrió que el patógeno podía ser aislado de los individuos enfermos y cultivado en el laboratorio sin perder su capacidad patogénica, ya que cuando se les inoculaba a nuevos individuos se reproducía la enfermedad.

A partir de estas investigaciones, propuso los siguientes postulados:

- La bacteria patógena debe aislarse siempre de animales enfermos y nunca de animales sanos.
- Cuando un animal está enfermo la bacteria debe aislarse en cultivo puro.
- Si la bacteria se inocula a otro individuo debe reproducirse la enfermedad.
- La bacteria debe aislarse nuevamente en cultivo puro.

Para establecer una conexión causal, de una forma u otra, es decir, más allá del aislamiento y la purificación del virus, habría sido absolutamente necesario llevar a cabo un experimento que satisfaga los cuatro postulados mencionados. Pero no existe tal experimento, como Amory Devereux y Rosemary Frei revelaron en su momento ([57](#)). **La necesidad de cumplir con estos postulados con respecto al SARS-CoV-2 se demuestra, sobre todo, por el hecho de que se han hecho intentos para cumplirlos. Pero incluso los investigadores que afirman haberlo hecho, en realidad, no tuvieron éxito.**

Asintomáticos

El discurso oficial se basa en la figura del asintomático (persona portadora de la enfermedad pero que no presenta síntomas), término que quizá, confunden con el de supercontagiodores. Ambos tienen el virus, pero en diferente cantidad, obviamente el de menor cantidad, no desarrollará síntomas y por tanto, o no contagia o lo hará muy poco. Dichos asintomáticos son los principales responsables de la transmisión del virus según esa versión, curiosamente, se ha demostrado que esa afirmación, también es incorrecta, unos dicen que no contagian (58) (59) (60); y otros, que la posibilidad existe, pero que siempre lo hacen en menor proporción que los sintomáticos (en algunos casos la diferencia de esa proporción es muy grande) (61), lo cual ha sido reconocido por el propio [Fauci](#): siempre son las personas sintomáticas las que conducen una epidemia. La información revisada indica que se han descrito casos de transmisión asintomática del SARS-CoV-2 aunque los datos disponibles muestran que la capacidad de estos individuos para transmitir la infección es siempre menor que la de los sintomáticos y presintomáticos (62); **se dispone de escasos datos sobre la tasa de transmisión de las personas realmente asintomáticas y se desconoce cuál es su papel en la dinámica de transmisión de la enfermedad.**

La OMS explica que es importante distinguir la transmisión a partir de aquellas personas infectadas que nunca desarrollan síntomas (transmisión asintomática) de la transmisión presintomática, que es aquella a partir de sujetos asintomáticos en el momento de la transmisión pero que desarrollarán síntomas más adelante. Afirma que las personas infectadas pueden transmitir la infección tanto si son sintomáticos como si no. Si bien hace referencia a varios estudios en los que está descrita la transmisión a partir de sujetos presintomáticos y sujetos con infección asintomática; también indica **que es difícil estudiar la transmisión desde sujetos asintomáticos** y que los estudios disponibles sugieren que los individuos asintomáticos tienen menos probabilidades de transmitir el virus que aquellos que desarrollan síntomas (63).

Científicos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, han desarrollado una investigación que muestra que los asintomáticos de coronavirus transmiten el virus pero que no son tan contagiosos como los que sí desarrollan síntomas. Concretamente, según su modelo, publicado en JAMA Network Open, los asintomáticos contagian un 25 por ciento menos (64).

Recojo también, la información que aporta una metaanálisis que trata de determinar la extensión de la infección asintomática y su potencial de transmisión en la población. Esta revisión incluyó 9 estudios con riesgo de sesgo bajo, con un total de 559 casos confirmados por RT-PCR de los que 83 eran asintomáticos. Todos los casos tuvieron un seguimiento de al menos 7 días, para poder distinguir los casos asintomáticos de aquellos presintomáticos. Cuatro de estos estudios ofrecían una supuesta evidencia directa de la transmisión de casos asintomáticos, sugiriendo tasas más bajas que en los casos sintomáticos. Las tasas de

transmisión de los casos asintomáticos oscilaban entre el 0 y el 2.2% (0,8-15.4% entre los sintomáticos) (65).

En otro estudio (66), estudiaron a 455 contactos que estuvieron expuestos al portador asintomático del virus Covid-19. Se dividieron en tres grupos: 35 pacientes, 196 familiares y 224 personal hospitalario. Extrajeron su información epidemiológica, historias clínicas, resultados de exámenes auxiliares y esquemas terapéuticos. **No se detectaron infecciones por coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) en los 455 contactos** mediante la prueba de ácido nucleico. **La conclusión a la que llegan es que la infectividad de los portadores asintomáticos del SARS-CoV-2 podría ser débil.**

En un [estudio](#) realizado en la Universidad de California en San Francisco, indican la presencia de **supuestas nuevas variedades del SARS-CoV-2 resistentes a las "vacunas", que están extendiéndose entre las personas "vacunadas", principalmente**. La investigación se basó en 1373 casos de personas que buscaron tratamiento en el área de la bahía de San Francisco, entre el 1 de febrero y el 30 de junio. El equipo de investigadores dirigido por el **eminente virólogo, Dr. Charles Chiu**, encontró que **quienes nunca desarrollan síntomas durante una infección "avanzada" son portadores de niveles muy bajos del virus, y por tanto no serían propagadores de este**. En la misma línea van otros estudios que muestran que la [tasa de transmisión de personas asintomáticas es 20 veces menor que la de los pacientes sintomáticos](#) (que son examinados y aislados de todos modos, independientemente de su estado de vacunación), **por lo que la probabilidad de que una persona sana asintomática que no sabe que porta el virus infecte a otra persona, es significativamente menor que el 1%**.

Hay algo, quizá lo más importante, que no debemos de olvidar. Toda esta discusión sobre la figura del asintomático, también se basa en un test PCR, que en este caso, ha dado positivo, pero la persona en cuestión, no muestra síntomas. Como ha quedado sobradamente demostrado en el apartado anterior, ese método de diagnóstico, no es válido, por tanto, los resultados de los diferentes estudios que utilizan esos test, también son científicamente no válidos. **Para poder asegurar que los asintomáticos existen realmente, primero habría que demostrar la existencia del virus y luego, disponer de otros métodos de diagnóstico, ya que los métodos actuales como el PCR (97% de error), presentan muy poca especificidad y fiabilidad. Por tanto, a día de hoy, creer en la figura del asintomático, también es un acto de fe.**

Por otro lado, **la OMS ha reconocido que el virus no se ha encontrado en muestras de aire (67)**. Como sabemos, es aceptado que el receptor que utiliza el virus para interactuar con la célula es el ACE2 y como demuestro más adelante, dichos receptores, no se expresan en los pulmones. También sabemos, que el virus no puede ser cultivado en células del alvéolo pulmonar (A549) (68). En el pulmón sólo es posible cultivarlo en células de cáncer metastásico, y las células metastásicas no son específicas de pulmón. De igual forma, sabemos que **la transmisión por vía aérea (gotas y aerosoles) no está**

probada científicamente, lo cual sólo puede hacerse mediante cultivo y secuenciación de la muestra objeto del estudio, como reconocía el propio Ministerio de Sanidad español en la página 8 de la actualización de 12 de noviembre de 2020 de un documento de información científico-técnica acerca de Covid-19 (69). Otro detalle importante, es que la neumonía característica de la Covid-19 es bilateral, simétrica e intersticial, lo que prueba que la patogenia se produce a través de la sangre, ya que en el intersticio pulmonar se encuentran los capilares sanguíneos. Analizando lo dicho y aceptando que la Covid-19 está producida por el SARS-CoV-2 y que el receptor celular de dicho coronavirus, es el ACE2; y sabiendo que este virus no puede ser cultivado en células pulmonares naturales y que el receptor ACE2 no se encuentra en tejido pulmonar, **tenemos que concluir necesariamente que la Covid-19 no se trasmite por vía aérea (70) y que las mascarillas son inútiles para frenar la transmisión.** Incluso a nivel casero, la transmisión del virus por cualquier vía, es muy escasa (71), además se ha comprobado que la transmisión en superficies cuenta con muy baja probabilidad de suceder (72).

Esa transmisión vía asintomáticos, fue la principal razón que utilizaron muchos gobiernos, por un lado, para encerrarnos en casa sin justificación científica (73) (74) (75) (se ha demostrado que **los encierros no solo no evitaron el contagio**, sino que **fueron contraproducentes (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85 86) (87) (87b)**, hasta tal punto, que según un reciente estudio (88), **los niños nacidos durante los encierros muestran deterioro en sus funciones cerebrales** o que incluso provocaron que **en Inglaterra se suicidaran 5 veces más niños de los que murieron por Covid (89)**, o que los servicios de salud mental en Australia estén a niveles '[sin precedentes](#)' en medio de los continuos bloqueos de Covid, o que a nivel internacional, haya un aumento sin precedentes del [suicidio](#) infantil (recordemos que cerraron colegios con el pretexto de un supuesto bien común, partiendo de la premisa de que eran focos de contagios y considerando a los niños como portadores peligrosos y, al igual que con todo lo demás, también en este caso se ha demostrado que fue un error, al no tener justificación científica alguna que lo respaldara (90)); por otro, para recomendarnos lo que llamaron "distanciamiento social" y que la ciencia también demostró que era erróneo (91) (92); y por último, para obligarnos a llevar mascarilla, lo cual, es un nuevo error, ya que no existe ninguna base científica que lo justifique, más bien lo contrario; no sólo no protege del contagio, sino que además es tremendamente peligrosa para el ser humano, pudiendo ocasionar graves problemas de salud, especialmente en niños (93).

En Estados Unidos, los datos sugieren que el Gobierno, al igual que otros muchos, está empeorando la pandemia, no mejorando. Los casos y muertes por Covid-19 se están acercando nuevamente a los niveles máximos aún con los mandatos de mascarillas, los encierros, el distanciamiento social y la distribución de 365 millones de dosis de "vacunas" antiCovid-19. Según [USA Facts](#), el promedio de siete días para los nuevos casos fue de 136 636 y 1000 para las muertes el 23 de agosto de 2021. En el máximo de Covid-19, el día 9 de enero, antes de que la campaña de "vacunación" masiva entrara en pleno apogeo, pero después de casi un año completo de mandatos de mascarillas y distanciamientos,

hubo un promedio de siete días de 249 501 casos y 3340 muertes. El promedio de siete días el 23 de agosto de 2020, para los casos, fue de 40 408 y 962 muertes.

Algunos profesionales médicos están cuestionando si **las acciones del gobierno ponen en peligro la inmunidad de rebaño natural**. La inmunidad colectiva ocurre cuando suficientes personas en una población tienen tal nivel de anticuerpos contra un patógeno de una infección previa que la probabilidad de que alguien se infecte (y transmita) el patógeno se reduce considerablemente. El fenómeno afectaría a personas previamente infectadas, así como a personas que nunca estuvieron expuestas.

Los casos de Covid-19 comenzaron a aumentar en julio, siete meses después de que las "vacunas" contra el Covid-19 se distribuyeran de forma gratuita a millones de estadounidenses bajo autorización de uso de emergencia. Después de que el número de casos y muertes comenzó a aumentar repentinamente, el pánico se instaló. Fauci, la Dra. Rochelle Walensky, directora de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, y el Dr. Vivek Murthy, Cirujano General de los Estados Unidos, celebraron una conferencia de prensa el [18](#) de agosto para afirmar que las "vacunas" de refuerzo serían necesarias para todos los adultos "vacunados" en los próximos meses. **Fauci reconoció que no hay datos que respalden la idea de que un refuerzo pueda reducir la transmisión**. Las principales preocupaciones de los médicos y científicos es si las "vacunas" están creando variantes resistentes y un fenómeno conocido como mejora dependiente de anticuerpos (ADE), que se produce cuando los anticuerpos no impiden que el virus entre en una célula, sino que aumentan su capacidad, como un caballo de Troya; explicando así el aumento de muertes y de contagios y demostrando que realmente los encierros, el distanciamiento, las mascarillas y la "vacunación", mas que mejorar la situación, claramente, la han empeorado.

Nuestro sistema [inmunológico](#) es una red compleja de órganos, tejidos y células que nos ayudan a combatir infecciones y otras enfermedades. Durante los últimos 18 meses, dado que la mayor parte del mundo ha utilizado cubrebocas, permanecido en confinamiento y distanciado entre sí, los niños y los adultos no han estado expuestos a virus y bacterias como lo harían de forma normal.

Cuando los patógenos como virus o bacterias atacan y se multiplican, pueden causar una enfermedad o dolencia que nos enferma. Nuestro sistema inmunológico tiene varias partes, pero las dos principales son: el sistema inmunológico innato, con el que nacemos, y el sistema inmunológico adaptativo, que se desarrolla a medida que estamos expuesto a patógenos. Estos dos sistemas trabajan juntos para proteger nuestra salud.

Al igual que una computadora bien programada, un sistema inmunológico saludable mantiene un registro de cada patógeno al que ha estado expuesto para que pueda reconocerlo rápidamente si se [expone](#) de nuevo. El sistema inmunológico se activa cuando el cuerpo se [expone](#) a una proteína que no reconoce, llamada antígeno.

Nuestro sistema inmunológico puede volverse hipersensible a un antígeno y causar una reacción exagerada que puede ser fatal, como un shock anafiláctico. **A algunos expertos en salud les preocupa que sea posible que los niños hayan experimentado un daño mayor en su sistema inmunológico que los adultos, ya que han pasado la mayor parte de los últimos 18 meses lejos de casi todas las exposiciones.**

Muchos expertos creen que un período corto de tiempo sin contacto con patógenos no debilita la respuesta inmunológica de un adulto a la exposición en el futuro. **Sin embargo, utilizar cubrebocas, el distanciamiento social y los confinamientos han creado un entorno en el que se ha impedido que los seres humanos entren en contacto con las estrategias ambientales que apoyan y estimulan su sistema inmunológico reduciendo el riesgo de infectarse. Por lo que los investigadores han descubierto, son los bebés y los niños quienes podrían tener la respuesta más evidente al distanciamiento social.** Desde principios de 2020, los médicos y hospitales han notado que existen menos infecciones bacterianas y virales que los niños contraen.

Algunos expertos están llamando a una gran cantidad de infecciones por VRS en bebés una "deuda de inmunidad" que se creó cuando los bebés que nacieron durante 2020 no estuvieron expuestos a otros patógenos.

Los hospitales de Nueva Zelanda reportan muchos bebés enfermos con infecciones por VRS y la mayoría con oxígeno.

De acuerdo con The Guardian, Nueva Zelanda reportó una reducción del 99.9% en la gripe y del 98% en el VSR durante 2020. Esto casi eliminó el pico de muertes que ocurre durante los meses de invierno por gripe y el VSR. A corto plazo, es posible que haya evitado una saturación del sistema de atención médica mientras otras personas recibían cuidados por el Covid-19. Sin embargo, **a largo plazo, es posible que haya creado un problema adicional en bebés y niños.** Cuando su sistema inmunológico no se enfrenta a situaciones complicadas a una edad temprana, puede provocar brotes más grandes, lo que agrava el sistema de atención médica. **A principios de julio de 2021, Nueva Zelanda notó casi 1000 casos de VSR durante cinco semanas. La cantidad habitual reportada es 1743 durante 29 semanas.** En Canadá, el epidemiólogo Michael Baker, con sede en Wellington, advierte que su país también podría ver una tendencia similar en los casos de VSR en el próximo año, y cree que los bebés prematuros tienen un mayor riesgo.

Los expertos en salud descubrieron que obligar a los niños a utilizar un cubrebocas durante largos períodos de tiempo mientras están en la escuela y participan en actividades, ha hecho más daño que bien, en especial si se considera que los niños tienen un riesgo menor de contagiarse de Covid-19 (como demostraré más adelante en este informe).

Aunque es posible que los efectos a largo plazo del distanciamiento social, el uso del cubrebocas y los confinamientos no se aprecien por completo durante años, se sabe que los efectos psicológicos del

aislamiento social, incluyendo la soledad y el estrés, pueden afectar a nuestra respuesta inmunológica inmediata. Cuando nos sentimos solos, nuestro sistema inmunológico, está reprimido. Los [estudios](#) han descubierto que las personas que se sienten conectadas de forma social tienen una probabilidad 50% menor de morir durante el estudio y las personas con vínculos sociales también son menos susceptibles a contraer el resfriado común. **2020 creó diferentes tipos de factores estresantes que podrían haber tenido un efecto dañino en el sistema inmunológico. El cortisol estimula la producción de azúcar y la epinefrina y la norepinefrina, suben la presión arterial.**

Una [carta](#) firmada por más de 130 profesionales médicos del Reino Unido acusó al primer ministro británico, Boris Johnson, y a otros funcionarios del gobierno de causar "daños masivos, permanentes e innecesarios" al país. Describe 10 formas en las que los autores argumentaron que las políticas del gobierno del Reino Unido no solo no protegieron a los ciudadanos, sino que en muchos casos causaron más e innecesarias dañar. Acusan a los funcionarios del gobierno de no medir los daños de las políticas de encierro, de exagerar la amenaza del virus y de realizar pruebas masivas inadecuadas a los niños: **"Pruebas repetidas en niños para encontrar casos asintomáticos que es poco probable que propaguen el virus, y tratarlos como una especie de peligro biológico es dañino, no tiene ningún propósito de salud pública y debe detenerse".**

La carta también llamó la atención a los funcionarios por suprimir activamente la discusión sobre el tratamiento temprano utilizando protocolos que se implementan con éxito en otros lugares, y dijo que la vacunación de toda la población adulta nunca debería haber sido un requisito previo para poner fin a las restricciones. Los autores concluyeron:

"El enfoque del Reino Unido hacia la Covid ha fracasado palpablemente. En el aparente deseo de proteger a un grupo vulnerable, los ancianos, las políticas implementadas han causado un daño colateral generalizado y un daño desproporcionado a muchos otros grupos vulnerables, especialmente a los niños".

No debemos de perder de vista los datos de mortalidad de un país como Bielorrusia ([94](#)), que se ha hecho famoso por su negativa a imponer restricciones, mascarillas, distancia social, confinamiento o el uso de hidrogel. El 25 de diciembre del año pasado, Lukashenko, declaró que no iban a vacunar a nadie contra el coronavirus. "La mortalidad por todas las causas es comparable a la de anteriores olas fuertes de gripe estacional", dice el Swiss Policy Research. Oficialmente, 1424 personas murieron por el coronavirus en 2020 y 2247 a finales de marzo de 2021. Son cifras absolutas muy bajas, mucho más de lo que pronosticaban los modelos epidemiológicos para el caso de no imponer el confinamiento ni medidas de restricción. "La tasa de mortalidad del país es una de las más bajas de Europa", reconocía en septiembre del año pasado el British Medical Journal. Junto a lugares como Dakota del Sur, Florida, Suecia y Tanzania, Bielorrusia es otro un ejemplo que evidencia que las restricciones no sirven para nada y, en consecuencia, de que las previsiones que se llevaron a cabo al comienzo de la pandemia, como las del Imperial College de Londres, eran falsas.

En términos de mortalidad, los resultados son los mismos, tanto si los gobiernos imponen restricciones, como si no (95). Hay países como Austria en los que se ha constatado que la aparición del supuesto SARS-CoV-2 (incluso en los primeros momentos), no ha supuesto ningún cambio en la curva de víctimas de coronavirus con respecto a otros años y los índices de mortalidad también son los habituales, tanto en hombres como en mujeres y en los diferentes grupos de edad (96). Una prueba más de que los supuestos "expertos sanitarios" se equivocan, es que en el Reino Unido después de que se levantaron las restricciones, los casos Covid, más que aumentar, han descendido hasta en un 40% (1).

Un ejemplo de la sinrazón: recientemente, el Presidente francés, señor Macron, ha tratado de justificar las medidas tomadas, en base a un modelo, proporcionado por el Instituto Pasteur (97). Vamos a analizar dicho modelo:

- En primer lugar, el estudio, es una preimpresión publicada en la plataforma HAL el 28 de junio de 2021. Por lo tanto, en esta etapa, es un documento de trabajo, que no ha sido publicado en una revista revisada por pares. Por tanto, queda por confirmar su valor científico.
- De los 8 autores de este artículo, 4, forman parte del consejo científico de Covid (Yazdan Yazdanpanah, Arnaud Fontanet, Daniel Benamouzig, Simon Cauchemez), que representa casi $\frac{1}{4}$ de los miembros del consejo científico que incluye 17 miembros.
- Este trabajo es un modelado numérico, basado en un modelo matemático, por lo que no ha sido objeto de experimentos específicos.
- Se basa en muchas suposiciones y en más de 100 parámetros arbitrarios: las ecuaciones matemáticas están incompletas y no permiten que un investigador independiente reproduzca el modelo. Los datos de entrada de esta modelización son inconsistentes con los resultados obtenidos. De hecho, el modelo se basa en particular en un estudio observacional sobre 970 128 contactos dentro de los hogares, durante un período de 24 días, que muestra una transmisión entre un 40% y un 50% menor para las personas vacunadas durante más de 21 días. Así, en la modelización del Institut Pasteur, se programa un factor de 2 para la transmisión del virus por vacunados frente a no vacunados. El resultado obtenido es entonces inconsistente con este valor de referencia ya que el cálculo da un contagio dividido por 12 para los vacunados en comparación con los no vacunados, ¿cómo puede encontrar un aumento de un factor de 6 entre los datos ingresados y los datos obtenidos al final del modelo?
- El artículo se basa en otros supuestos a los que se les da un peso significativo en el modelo matemático: la eficacia de la vacuna al 95% (valor basado en la variante original que aún no se ha confirmado con las variantes que circulan actualmente en Francia (Alfa 44% y Delta 28% el 12 de julio); una eficiencia del 80% de infectividad (datos obtenidos con la variante Alfa); 90% de efectividad frente a la hospitalización (hipótesis resultante del propio modelado y que no ha sido validada en la vida real).

El modelo simula diferentes tasas de cobertura de vacunación o diferentes estrategias de frenado (confinamiento de toda la población o solo de los no vacunados) y sirve como guía para las medidas gubernamentales, que en parte se establecen en el preimpreso.

Es importante comprender que un modelo solo puede simular los elementos incluidos en el modelo matemático. Así, para hacer el paralelismo con el comportamiento de los materiales, se podría modelar una varilla de acero seleccionando solo una parte de su comportamiento real (un comportamiento elástico por ejemplo sin incluir su deformación permanente o su rotura). Entonces, el modelo concluiría que esta varilla de acero puede estirarse hasta el infinito sin romperse, lo cual es totalmente incorrecto. Este paralelismo, permite mostrar la fragilidad de un modelo que supuestamente representa la evolución de una nueva epidemia multifactorial y extremadamente compleja, seleccionando sólo unos pocos parámetros que desconocemos si están adaptados a las variantes actuales que circulan en Francia.

A partir de sus modelos, ayer el servicio británico de salud volvió a la carga con algo insólito: las vacunas han evitado 23,4 millones de infecciones en Inglaterra. La sanidad cada vez habla menos de lo que ha pasado y más sobre lo que podría haber pasado. Se llama ciencia-ficción.

Mascarillas

De acuerdo con el **conocimiento actual que tenemos del virus, su tamaño es de 60 a 140 nm, mientras que las mascarillas quirúrgicas y no quirúrgicas cuentan con un diámetro de hueco que varía entre 55 y 440 µm, lo cual, es más de 1000 veces mayor, permitiendo al virus pasar libremente la barrera de la mascarilla.** En lo que se refiere a los efectos fisiológicos de llevarla puesta; se produce una restricción mecánica de la respiración por aumento de la resistencia en el movimiento del aire, tanto en la exhalación como en la inhalación. En condiciones normales a nivel del mar, el aire contiene 20,93% de oxígeno y 0,03% de dióxido de carbono, proporcionando presiones parciales de 100 mmHg y 40 mmHg de estos gases en sangre, respectivamente; proporción, que se ve claramente alterada al respirar con una mascarilla. El aire capturado entre la mascarilla y nuestra cara, es reinhalado repetidas veces, conteniendo bajas concentraciones de los dos gases antes mencionados, pudiendo producir **hipoxemia** (reducción del valor en sangre arterial de la presión parcial de O₂ inferior a 60 mmHg) e **hipercapnia** (aumento de la presión parcial arterial de CO₂ igual o mayor a 50 mmHg). La hipoxemia severa, puede además, provocar problemas cardiopulmonares y neurológicos. Bajos niveles de oxígeno en la sangre arterial, pueden provocar **isquemia miocárdica** (reducción del flujo sanguíneo al corazón, reduce la capacidad del músculo cardíaco de bombear sangre), **serias arritmias** (es un trastorno de la frecuencia cardíaca (pulso) o del ritmo cardíaco), **disfunción ventricular izquierda o derecha** (es cualquier forma de alteración del funcionamiento cardíaco que se origina en los ventrículos), **mareos, hipotensión, síncope** (es una pérdida brusca y temporal de la conciencia y del tono postural, de duración breve y con recuperación espontánea) e **hipertensión pulmonar** (es un tipo de

presión arterial alta que afecta a las arterias de los pulmones y al lado derecho del corazón). Además de las anteriormente citadas, el uso de la mascarilla, puede tener otras consecuencias: **pérdida de masa muscular** por la falta de oxígeno; **eritemas** (inflamación de la epidermis produciendo dermatitis de contacto por irritación de las sustancias químicas propias de las mascarillas (especialmente formaldehído y tolueno), así como el desarrollo de futuras alergias cutáneas por rechazo de tales sustancias), y el **agravamiento de patologías cutáneas faciales ya existentes** (se han multiplicado los casos de dermatitis bucal y proliferación fúngica (hongos)); **rinitis** (así como a nivel oral podría producirse **cuadros de sequedad bucal e infecciones fúngicas** por la mayor temperatura y humedad presentes en el compartimento estanco que se genera entre la boca y la mascarilla); **afecciones del metabolismo** (la disminución regular de la cantidad de oxígeno que accede al organismo a que acabamos de aludir da como consecuencia una menor cantidad de oxígeno en sangre, es decir, déficit crónico de oxígeno celular y tisular. Cuando la célula recibe menos oxígeno, se produce hipoxia celular, que inhibe la fabricación de energía en el nivel mitocondrial. Esto es especialmente grave en el caso de las personas en edad escolar, pues la hipoxia permanente en la etapa del desarrollo del cerebro puede disminuir señaladamente su futura potencialidad cognitiva, y particularmente perverso en el conjunto de las personas, pues la hipercapnia puede producir a medio plazo acidosis en las células, el mejor caldo de cultivo de los tumores y cánceres intersticiales); **pérdida de reflejos** (reducción de las habilidades motoras finas, ya que ni los nervios pueden transmitir fidedignamente las órdenes motrices, ni los músculos implicados pueden producir la energía necesaria para su ejecución); **daños del sistema inmunológico** (se menoscaba y se pasa a ser inmunodeprimido, en los que las consecuencias de un resfriado común o las de una gripe estacionaria serán mucho más graves y aumentarán su letalidad de forma considerable. La razón principal estriba en que el organismo no se mantiene alerta, puesto que no está sometido al intercambio natural y deseable con los habituales gérmenes y bacterias que propicia la cercanía de otras personas y las interrelaciones sociales).

Una crónica pequeña hipoxemia o hipercapnia como resultado del uso de la mascarilla, pueden causar una exacerbación de condiciones cardiopulmonares, metabólicas, vasculares y neurológicas; en adición a ellas, respirar a través de los residuos bacterianos y gérmenes de ambas capas de la mascarilla, puede causar otros problemas de salud. Estos componentes tóxicos son continuamente reinhalados, causándonos autocontaminación. Además aumenta la temperatura y la humedad entre la cara y la mascarilla, lo cual a su vez, favorece el desprendimiento de sustancias tóxicas del material de la mascarilla. Una revisión de la bibliografía, nos muestra que el **aerosol de las mascarillas, contiene una contaminación de entre 13 y 202 549 virus diferentes. Respirar aire contaminado con altas concentraciones de partículas bacterianas tóxicas y con bajos niveles de oxígeno y altos de dióxido de carbono, desafían continuamente la homeostasis del cuerpo, provocando toxicidad e inmunosupresión.**

Mientras respiramos, podemos inhalar esos agentes patógenos con facilidad a través del tracto respiratorio, puesto que igualmente la molécula de oxígeno es

unas decenas de veces mayor que cualquier agente vírico. No existe además evidencia científica de que el virus pueda transmitirse en el aire suspendido en gotículas o aerosoles y pueda ser transportado así con capacidad de infección, ni tampoco a través de superficies (98) (reconocido por el propio Ministerio de Sanidad (pag 8 (99) y por la OMS (100)). Finalmente, debería tenerse en cuenta que más del 50% de las infecciones víricas ocurren a través de la mucosa del ojo, por lo que en buena lógica deberíamos cubrir también nuestras retinas oculares.

Analizando todo lo expuesto anteriormente y considerando la alta y variada incidencia del uso permanente y habitual de las mascarillas en los procesos fisiológicos del organismo; parece razonable dudar de la justificación que la vigente normativa sanitaria establece para justificar su uso, basada únicamente en supuestos datos epidemiológicos que sólo existen en los medios "informativos". Frente a tal evidencia, los múltiples efectos negativos sobre la fisiología del organismo, que serán irreversibles en mayor medida cuanto más jóvenes sean las personas que utilizan las mascarillas y cuanto más tiempo se prolongue la medida de "protección", siendo de gravedad en edades tempranas, por el número de horas diarias que se les obliga a usarla.

Para los niños y adolescentes, las mascarillas son una absoluta aberración. Tienen un sistema inmunológico extremadamente activo y adaptativo y necesitan una interacción constante con el microbioma de la Tierra. Su cerebro también es increíblemente activo, ya que tiene mucho que aprender. El cerebro del niño, o el cerebro del joven, está sediento de oxígeno. Cuanto más metabólicamente activo es el órgano, más oxígeno necesita. Todos los órganos de los niños y adolescentes son metabólicamente activos. Privar de oxígeno al cerebro de un niño o adolescente, o restringir su oxigenación de cualquier forma, no sólo es peligroso para su salud, es absolutamente criminal. La deficiencia de oxígeno inhibe el desarrollo del cerebro y el daño resultante no puede revertirse. El niño necesita que su cerebro aprenda y el cerebro necesita oxígeno para funcionar. No necesitamos un estudio clínico para eso. Esto es fisiología simple e indiscutible. La deficiencia de oxígeno inducida consciente y sistemáticamente, es un peligro para la salud absolutamente deliberado y una contraindicación médica absoluta. En medicina, una contraindicación médica absoluta significa que ese fármaco, esa terapia, ese método o medida; no debe usarse y no se permite su uso. Para coaccionar por la fuerza a toda una población a utilizar una contraindicación médica absoluta, debe haber razones definidas y serias para ello y, éstas deben ser presentadas a órganos interdisciplinarios e independientes competentes para su verificación y autorización.

Si bien hay que niños que toleran la mascarilla con relativa facilidad, hay otros de los que no se puede esperar que la usen en conciencia, especialmente cuando la boca y la protección de la nariz en los niños más pequeños, no es necesaria; además, encontramos testimonios de padres, profesores y médicos sobre estigmatización, exclusión y comportamiento agresivo hacia los niños que no usan mascarilla por razones psicológicas o médicas. El uso inadecuado de mascarillas, que suele ser el caso de los niños, puede aumentar el riesgo de propagación y transmisión de patógenos como consecuencia de una mayor

tendencia a poner sus dedos en su cara y, por lo tanto, puede ser peor que no usar una mascarilla en algunos casos.

Si analizamos el espectro de síntomas de los informes de quejas por el uso de mascarillas, los niños presentan en más del 66% una amplia variedad de ellos, tanto en el plano físico (erupciones, dolores de cabeza, etc), como en el mental (miedos, irritabilidad, etc), como en el intelectual (desórdenes de concentración). Además de las deficiencias agudas de salud, en algunos casos, significativamente experimentadas, los efectos a largo plazo en varias áreas de desarrollo como: lenguaje, juegos, aprendizaje, comunicación, desarrollo sensoriomotor y empatía; son difíciles de evaluar. Los frecuentemente reportados dolores de cabeza y dificultades de concentración, deben ser profundamente estudiados por su importancia para el desarrollo cognitivo del niño. La ocurrencia de efectos secundarios en niños como consecuencia de llevar mascarilla, debe ser tomada en cuenta muy seriamente y requiere de una clarificación precisa de las consecuencias para su salud, de la situación (duración, descansos y tipo de mascarilla) y de la situación del colegio. No debemos olvidar que la incidencia del coronavirus en niños es prácticamente nula y que no se ha demostrado que el virus esté en el aire y tenga capacidad de infección. También es importante recordar, que no se ha demostrado su transmisión a través de superficies. Por tanto, analizando todo lo anterior y considerando también que sí se ha demostrado que dichas mascarillas, no protegen del virus; lo más lógico, científicamente recomendable y beneficioso para el normal desarrollo y para la salud física de los niños ([101](#)), es que no tengan que usar mascarilla y esto, se puede hacer extensivo a los adultos.

Se sabe desde hace [décadas](#) que las mascarillas faciales no funcionan contra las epidemias de virus respiratorios. Entonces, ¿por qué gran parte del mundo, sin embargo, ha caído en la locura de la [mascarilla](#)?

Las autoridades sanitarias a nivel mundial, se han basado en el modelo de las "gotitas" y dicho modelo, no funciona, está obsoleto. Las gotitas respiratorias, que por definición no se pueden inhalar, casi no juegan ningún papel en la transmisión del virus. En cambio, los virus respiratorios se transmiten a través de aerosoles mucho más pequeños, para los cuales, la mascarilla es inútil. Esas mismas autoridades, se fijaron para aplicar su "modelo", en países asiáticos que al principio de todo presentaban baja tasa de infección y supusieron que se debía al uso de las mascarillas; suposición incorrecta porque se olvidaron de los controles fronterizos rápidos que realizaron y de la existencia de factores metabólicos e inmunológicos que podrían haber ayudado a reducir la tasa de contagios. También se fijaron en lo que hacía la República Checa, que fue el primer país no asiático, en introducir las mascarillas allá por la primavera de 2020; debido a que la tasa de infección checa inicialmente se mantuvo baja, muchos 'expertos en salud' concluyeron falsamente que esto se debía a las máscaras. En realidad, la mayor parte de Europa del Este simplemente se perdió la primera ola de la epidemia.

Desde el punto de vista científico, durante años los estudios nos han demostrado que las mascarillas no funcionan para virus de naturaleza respiratoria, no

obstante, por arte de magia, al principio de la pandemia, empezaron a aparecer algunos que decían lo contrario. Como se ha demostrado, estaban equivocados, no obstante, curiosamente, son los que esas autoridades corrieron a utilizar para justificar lo injustificable. En realidad, estos estudios fueron una mezcla de datos de observación confusos, modelos poco realistas y resultados de laboratorio "cocinados" estadísticamente.

Otro factor que contribuyó a la implementación de los mandatos de mascarillas fue la noción de "transmisión asintomática", no obstante, como se ha demostrado en el presente apartado, aunque sigue siendo un tema de amplio debate, la ciencia, ha demostrado en multitud de investigaciones que ese tipo de transmisión, si se produce, es despreciable y siempre muy inferior a la de personas sintomáticas.

Otro factor crucial para que nos impusieran las mascarillas, es lo que podemos llamar el "círculo vicioso" entre la ciencia y la política: los políticos decían "seguir la ciencia", pero los científicos seguían la política, obviando por completo el presupuesto rigor científico, simplemente, para que los políticos estuvieran contentos y dieran la ansiada imagen al mundo de que estaban trabajando por nuestro supuesto bien.

Obviamente, no podemos olvidarnos de los medios de "comunicación", alias medios de "desinformación". Han tenido un papel clave en todo esto, de igual forma que hemos hablado de "círculo vicioso" ciencia-política, también podemos hablar de "círculo vicioso" periodismo-política. La gran mayoría de los "medios de comunicación" amplificaron la ciencia fraudulenta y la presión política que impulsa los mandatos de la máscara. Solo algunos medios de comunicación independientes y algunos expertos verdaderamente independientes, cuestionaron la validez de la evidencia subyacente. Sin embargo, sus voces fueron reprimidas debido a que las dudosas organizaciones de "verificación de hechos" aplicaron con entusiasmo las pautas oficiales y restringieron o censuraron muchos artículos y videos que criticaban las máscaras faciales.

Llegamos al punto culminante, el aspecto sociológico (que explica no sólo el tema de la mascarilla, también todo lo demás relacionado con la supuesta pandemia), la falta de capacidad propia de pensamiento de la mayoría de los ciudadanos que les impide, probablemente por disonancia cognitiva (el psicólogo social [Leon Festinger](#) sugirió que los individuos tienen una fuerte necesidad de que sus creencias, actitudes y su conducta sean coherentes entre sí, evitando contradicciones entre estos elementos. Cuando existe inconsistencia entre éstas, el conflicto conduce a la falta de armonía de las ideas mantenidas por la persona, algo que en muchas ocasiones genera malestar), cuestionar el discurso oficial y los "círculos viciosos" inherentes a él; impulsados y espoleados por esos que llamamos "médicos" o "sanitarios" y que en su mayoría faltan al juramento que han hecho de velar por el bienestar de los pacientes, simplemente, para salvar su estatus de vida o porque sufran también de disonancia cognitiva. Después de que los mandatos de máscaras se implementaron a nivel mundial y se gastaron cientos de miles de millones de dólares en mascarillas, pronto se hizo evidente, una vez más, que las máscaras simplemente no funcionan contra las epidemias

de virus respiratorios (consulte los cuadros a continuación). Pero en ese momento, ni los políticos, ni los 'expertos en salud', ni los ciudadanos engañados que tuvieron que usarlos durante meses quisieron admitirlo más.

Sobre el uso de las mascarillas, además de sobre otras cosas, el Dr. Franz Allerberger, director de la Agencia Austriaca de Salud y Seguridad Alimentaria (AGES), ha hecho una declaraciones (102) tremendamente directas y esclarecedoras. También los doctores Peter McCullough y Jay Bhattacharya, han hablado, entre otros, sobre ese tema (103) y también el Dr. Jeffrey Barke en referencia a los niños (104). Otro dato importante, es que países en los que no se usa la mascarilla, se acercan a cero muertes diarias (105) (106). Para el director del NIH, el mandato del uso de mascarillas en las escuelas, no tiene base científica. El Dr. Vernon Coleman afirma que las mascarillas producen cáncer. Más de 30 estudios, demuestran la inutilidad de las mascarillas.

Otras fuentes consultadas para este apartado: ((107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129)).

NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD

Según el discurso oficial, la enfermedad Covid, es una enfermedad respiratoria que se produce en los pulmones y en la que el virus utilizando la proteína espiga, se replica entrando en las células a través de los receptores ACE2 de las mismas.

Curiosamente, esos receptores apenas se expresan en las células pulmonares, donde sí que lo hacen y ampliamente, es en los ovarios. Hay unas proteínas retrovirales humanas (1), llamadas sincitinas, que presentan homologías muy importantes con la proteína espiga del SARS-CoV-2. Para ser más exactos, dicha homología, se da con: la sincitina 1 (Syn1) (codificada por los HERV-W que se encuentran en el cromosoma 7 humano) y con la sincitina 2 (Syn2) (que se encuentra en el cromosoma 6); también con los retrovirus de tipo "K" (HERK). Es lógico pensar que se van a producir interferencias, dada la similitud de la proteína del virus y las nuestras. Los retrovirus endógenos de tipo K (HERV-K) se han relacionado con enfermedad de las motoneuronas (las parálisis), que se pueden producir por reacción cruzada o por aumento de expresión, en un número importante de vacunados. Las sincitinas de tipo 1, al producir la fusión de la trofoblasto en sincitiotrofoblasto, son imprescindibles para una adecuada formación de la placenta. Si por casualidad dicha fusión no tuviera lugar adecuadamente por alguna reacción cruzada con las sincitinas 1, puede darse la placentogénesis normal **pudiendo producir una preeclampsia y el grave síndrome de HELLP** (que tiene bastantes síntomas similares con los de la Covid-19 grave) y también, **puede facilitar el ABORTO**. Además de lo dicho anteriormente, es importante recordar que la sincitina 1, es imprescindible para la fecundación en sí misma, ya que es de vital importancia para que tenga lugar la fusión entre el óvulo y el espermatozoide; de igual forma, sabemos que la sobreexpresión de la sincitina 1, está relacionada con **enfermedades**

autoinmunes como la esclerosis múltiple, la diabetes tipo 1 y la esquizofrenia (2) (3) (4) (5) (6) (7).

Hace unos 8 meses, **los doctores Michael Yeadon y Wolfgang Wodarg, enviaron una petición a la EMA, advirtiendo de los peligros de las "vacunas" para las embarazadas (8).** Ambos médicos exigieron que se suspendieran todos los estudios de la "vacuna" contra el SARS CoV-2, en particular el estudio de BioNtech/Pfizer sobre su "vacuna" BNT162b.

Sus preocupaciones se dividieron en los siguientes puntos:

- 1) **La formación de los llamados "anticuerpos no neutralizantes" que pueden conducir a una reacción inmune agresiva y exagerada, especialmente cuando el individuo vacunado entra en contacto con el virus real ("salvaje") después de la inyección.** Esta "amplificación dependiente de anticuerpos" (ADE) se ha conocido a partir de experimentos con vacunas de coronavirus en gatos, que inicialmente toleraron la vacunación pero murieron después de contraer el virus "salvaje".
- 2) Se espera que las vacunas produzcan anticuerpos contra las proteínas de pico del SARS-CoV-2. Sin embargo, como dije antes, **las proteínas de pico presentan homologías con la sincitinas, que son esenciales para la formación de la placenta en mamíferos como los humanos. Debe descartarse que una vacuna Covid-19 podría desencadenar una reacción inmune contra la sincitina-1, ya que de lo contrario la infertilidad de duración indefinida podría resultar en mujeres vacunadas.**
- 3) Las vacunas de ARNm de BioNTech/Pfizer contienen **polietilenglicol (PEG). El 70% de las personas desarrollan anticuerpos contra esta sustancia, lo que significa que muchas personas pueden desarrollar reacciones alérgicas potencialmente mortales a la "vacuna".**
- 4) El estudio de Pfizer (en ese momento) no permite una estimación realista de los efectos tardíos de la vacuna Covid-19. Millones de personas estarían expuestas a un riesgo inaceptable una vez que se aprobaran las vacunas.

Durante una reciente conferencia el Dr. Yeadon, mencionó que recientemente se realizó un estudio en 15 mujeres que recibieron la vacuna Pfizer, se extrajeron muestras de sangre cada pocos días y los investigadores midieron los anticuerpos contra la proteína de pico. En el estudio, **los investigadores también midieron los anticuerpos contra la placenta y encontraron que dentro de los primeros 1-4 días, se producía un aumento de dos y medio a 300% en los anticuerpos contra su propia placenta.**

El Dr. Yeadon dijo que no puede estar seguro de cuál será el efecto y no está seguro de si será suficiente para causar pérdidas en el primer trimestre, pero dijo que cree que sí porque la literatura académica muestra que **las mujeres que tienen enfermedades autoinmunes tienen "más probabilidades de tener**

pérdidas en el primer trimestre", y lo que ha hecho esta vacuna es "inducir una respuesta autoinmune". "Lamento decir esto, pero ese es un ataque autoinmune inducido por la vacuna en su propia placenta, y creo que solo se puede esperar que eso suceda en todas las mujeres en edad fértil".

También se expresan en los testículos, para ser más exactos, en las células productoras de testosterona, llamadas células de Leydig. Si por casualidad, como consecuencia de la proteína trasgénica vacunal o de la formación de un depósito de complejos antígeno-anticuerpo en el testículo o del ARN vacunal (silenciamiento génico); tuviera lugar algún tipo de interferencia con el receptor ACE2, **podría dar lugar a infertilidad**. Es importante recordar que el ACE2, es un elemento constitutivo del testículo, es decir, no es dependiente de las hormonas y eso llevaría a que no se produjera la maduración en el testículo. Es imprescindible para que se produzca testosterona en el testículo y obviamente, para la maduración de las células de Leydig. El receptor ACE2, también se expresa en las células de Sertoli, con lo cual, también podría existir interferencia con la formación de espermatozoides ([9](#)) ([10](#)) ([11](#)) ([12](#)).

El receptor ACE2, además de en ovarios y testículos, lo podemos encontrar en: neumocitos tipo ii, corazón, riñón, endotelio vascular en general, plaquetas (lo cual, producirá una activación plaquetaria con la inoculación y, esto a su vez, puede producir procesos trombóticos, como ya hemos comprobado).

La infección se basa en la unión de la proteína S (glucoproteína de pico) a la ACE (enzima convertidora de angiotensina) 2 en las células huésped. El endotelio vascular puede ser infectado por el SARS-CoV-2 que desencadena la producción de especies de oxígeno reactivo mitocondrial, así como, el cambio glucolítico. Paradójicamente, la ACE2 es protectora en el sistema cardiovascular y la proteína S promueve la lesión pulmonar al disminuir el nivel de ACE2 en los pulmones infectados. Ha quedado demostrado, que la proteína Spike, por sí sola puede dañar las células endoteliales vasculares por regulación a la baja de los ACE2, y consecuentemente inhibiendo la función mitocondrial. Se ha comprobado, por tanto, que la proteína S, tiene un efecto directo sobre el endotelio vascular, que es la pared de células que recubre por dentro los vasos sanguíneos. El endotelio está relacionado con la vasodilatación y con la formación de trombos, al estar alterada la pared del endotelio, se pone en marcha una serie de mecanismos que son trombogénicos. Atendiendo a todo lo expresado anteriormente, se podría decir que **la enfermedad es vascular y no respiratoria**, lo cual, explica la formación de coágulos (también los formados tras la inoculación de ciertas "vacunas"), los derrames cerebrales, los daños arteriales en otras partes del cuerpo y otros síntomas como los "pies Covid"; todos con un común trasfondo vascular ([13](#)).

Evidentemente, con todo esto, **ha quedado demostrado científicamente, que la proteína S no se debería usar de ninguna forma, por ser patógena**; si se eliminan las capacidades de replicación del virus, éste sigue teniendo un efecto dañino importante en las células vasculares, simplemente en virtud de su

capacidad de unirse a este receptor ACE2, el receptor de la proteína S. Aún con todo esto, dicha proteína, sí se sigue usando:

Uno de los métodos de inmunización contra Covid-19 implica la inyección de la proteína de pico purificada, genéticamente modificada, en el receptor para inducir una respuesta inmune frente al virus. Existen varios riesgos a largo plazo asociados con este enfoque. **La proteína espiga que se encuentra en estas "vacunas" puede inducir una enfermedad autoinmune.** Existen varias formas para generarla, una de ellas, es la inducida por la propagación del epítipo, cuando un antígeno extraño, como la proteína de pico, es presentado por una célula presentadora de antígeno que también tiene moléculas propias unidas a su moléculas MHC ([14](#)).

Además, como se ha comentado antes, dicha proteína, emplea como receptor, la enzima convertidora de angiotensina 2, que es una enzima que contiene Zn; esa interacción tiene el potencial para aumentar el Zn intracelular y se ha demostrado que los **iones de zinc causan la transformación de TDP-43 a su configuración patológica de priones.** El plegamiento de TDP-43 y FUS en su prión patológico, está confirmado que causa esclerosis lateral amiotrófica (ELA), degeneración lobar fronto temporal (DLFT, es un término que engloba un grupo heterogéneo de enfermedades neuropatológicamente caracterizado por la presencia de inclusiones proteicas anormales en el citoplasma o en el núcleo de neuronas y células gliales), enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades neurológicas degenerativas ([15](#)) ([16](#)) ([17](#)).

Las pequeñas nanopartículas que componen algunas de las nuevas vacunas de proteína de pico purificada Covid-19, tienen un mayor potencial para cruzar la barrera hematoencefálica, aumentando la penetración de la proteína en el cerebro, lo que podría conducir a un daño neurológico crónico.

Otras fuentes consultadas para este apartado: (([18](#)) ([19](#)) ([20](#)) ([21](#)) ([22](#)) ([23](#)) ([24](#)) ([25](#))).

MORTALIDAD-LETALIDAD

Lo primero, sería diferenciar entre ambos términos:

La tasa de mortalidad se calcula tomando como referencia a la población total, mientras que la de letalidad solo tiene en cuenta a las personas afectadas por una determinada enfermedad.

Según el discurso oficial, el virus es bastante peligroso ([1](#)), justificando así la vacunación masiva y obviando por completo la posibilidad de la utilización de tratamientos contra la enfermedad. Una vez más, la ciencia y el análisis independiente de los datos, han demostrado que dicho discurso, es erróneo; el

virus presenta una mortalidad bastante baja, de 0.047 a 0.23% (2) (3) (4), muy inferior a la de la gripe común (5) y por debajo de la calculada por la OMS (6). Otro detalle importante, es que la mortalidad más alta, se da entre personas que padecían enfermedades previas, concretamente, el 99% de las muertes (7). Si comparamos la mortalidad vial del 2020, con la mortalidad por Covid de enero de 2020 hasta julio de 2021, las propias cifras oficiales, parecen indicar, según el rango de edad, que ha habido más muertes en la carretera que por Covid (8). En un reciente estudio, realizado por el Dr. Ioannidis de la Universidad de Stanford, se analiza la tasa de letalidad por infección Covid-19 en distintas poblaciones y rangos de edad, con énfasis en los ancianos. La tasa de letalidad por la infección es aún menor de lo que se pensaba para poblaciones de alto riesgo por su elevada edad. Si traducimos los datos del estudio y los convertimos a tasa de supervivencia a la infección:

Rango de edad	Tasa media de letalidad (%)	Tasa media de supervivencia (%)
0-19	0.0027	99.9973
20-29	0.014	99.986
30-39	0.031	99.969
40-49	0.082	99.918
50-59	0.27	99.973
60-69	0.59	99.41
Más de 70	2.4	97.6
Media	0.47	99.51

La tasa de mortalidad por Covid-19 es más baja que la tasa de mortalidad por influenza; y ambos están fuertemente influenciados por la neumonía como causa sintomática de muerte. Un investigador ha profundizado en el historial de casos de gripe de los CDC y la OMS y ahora de casos de Covid. Ryan Christian tiene una extensa colección de publicaciones con docenas de citas de sus investigaciones (9). Su investigación en curso indica que el virus Covid-19 no es más mortal que la gripe; y Christian utiliza referencias históricas de muertes por influenza que se reportan en exceso y se combinan (10):

Citando un informe oculto de 2011 de la Organización Mundial de la Salud sobre el virus H5N1 aviar y un nuevo virus de influenza humana A (H1N1): "La política contra la pandemia nunca se basó en pruebas, sino en el miedo a los peores escenarios. [...] En ambas pandemias de miedo, las afirmaciones exageradas de una grave amenaza para la salud pública se derivaron principalmente de la defensa de la enfermedad por parte de los expertos en influenza. En el altamente competitivo mercado de la gobernanza de la salud, la lucha por la atención, los presupuestos y las subvenciones, es feroz"

Y otro documento del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU: "Los datos estadounidenses sobre muertes por influenza son falsos y engañosos. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) reconocen una diferencia entre la muerte por influenza y la muerte asociada a la influenza,

pero usan los términos indistintamente. Además, existen importantes incompatibilidades estadísticas entre las estimaciones oficiales y los datos de las estadísticas vitales nacionales. Para agravar estos problemas está la comercialización del miedo, una estrategia de comunicación de los CDC en la que los expertos médicos "predicen resultados nefastos" durante las temporadas de influenza.

Los ejemplos históricos citados establecen la línea de base para ver cómo se combinan tres conjuntos diferentes de enfermedades en 2021 para mantener una política de pandemia de Covid-19 basada en el miedo, los peores escenarios y datos falsos. **Desde el sitio web de los CDC nos dicen que las muertes por neumonía, influenza y Covid ([11](#)) (PIC) se informan como muertes por Covid-19 sin diferenciación:**

"Según los datos de vigilancia de mortalidad del NCHS disponibles el 29 de julio de 2021, el 7,4% de las muertes que ocurrieron durante la semana que finalizó el 24 de julio de 2021 (semana 29) se debieron a neumonía, influenza y/o Covid-19 (PIC). Este porcentaje está por encima del umbral epidémico del 5,5% para la semana 29 ([12](#)).

Entre las 1381 muertes por PIC reportadas para esta semana (semana 29), 642 tenían Covid-19 como una causa subyacente o contribuyente de muerte en el certificado de defunción, y una incluyó influenza, lo que indica que la mortalidad actual por PIC se debe principalmente a Covid-19 y no a influenza. Los datos presentados son preliminares y pueden cambiar a medida que se reciben y procesan más datos ([13](#))"

Todas las muertes por neumonía, influenza y Covid (el grupo PIC) se informan exclusivamente como muertes por Covid; y todos esos datos dependen de cómo los hospitales "codifican" la muerte. Si todas las muertes están codificadas como muertes por Covid, entonces los datos de mortalidad de los CDC se compilan en base a líneas de base falsas.

Un [artículo](#) reciente sugiere que en muchos países, las muertes por Covid se han informado en exceso, mientras que en otros, es posible que no se hayan informado. El estudio afirma que el recuento excesivo de muertes probablemente ocurrió en varios países, y lo más probable es que siga ocurriendo, específicamente en países con "pruebas intensivas y alta sensibilización y / o incentivos para los diagnósticos de Covid-19". En el otro lado de la moneda, en otros lugares, como África, por ejemplo, ha habido una aparente falta de información. El documento también señala que la atribución de muertes en el caso de Covid necesita "mucho precaución", y que las estimaciones de muertes en exceso están sujetas a una cantidad sustancial de variabilidad y también incluyen los efectos indirectos de la pandemia, así como los efectos de las medidas tomadas. Según el estudio; se sabe que los certificados de defunción, incluso antes de Covid, son propensos a errores. Agregue una pandemia con pautas poco claras sobre lo que es una muerte por Covid, y el problema empeora.

Además, la forma en que se definen las muertes por Covid-19 no es [estándar](#) en todos los países, y el estudio señala que Covid-19 es una "sindemia" en la que la mayoría de las muertes ocurren en personas con varias enfermedades subyacentes.

En [Perú](#), la cifra oficial de muertos fue revisada en junio de 69 342 a 185 380, luego de que el gobierno ordenara una revisión científica de los registros médicos. El nuevo recuento incluyó muertes sin pruebas o pruebas negativas. En junio de 2020, Salud Pública de Toronto (Canadá) [tuiteó](#) que "Las personas que han muerto con Covid-19, pero no como resultado de Covid-19, se incluyen en el recuento de casos de muertes por Covid-19 en Toronto". De hecho, la salud pública de Ontario (Canadá) [establece](#) claramente (nota al pie # 7) que las muertes se marcarán como muertes por Covid, ya sea que esté claro o no si la Covid fue la causa o contribuyó a la muerte. El Dr. Ngozi [Ezike](#), Director del Departamento de Salud Pública de Illinois, señaló que todas las personas que fallecen y dan positivo en la prueba de Covid-19, independientemente de la causa de la muerte, se marcarán como una muerte de Covid-19.

En Alemania el [80%](#) de las muertes atribuidas al Covid se deberían a otras causas, señalan investigadores independientes. El director del instituto independiente de investigación en salud IGES de Berlín, Dr. Bertram Häussler, señala que es probable que el 80% de las muertes por Covid notificadas en Alemania por el Instituto Robert Koch (RKI, por la sigla en alemán), sean atribuibles a otras causas. "Hemos determinado que en un 80% de las muertes oficiales por Covid notificadas desde principios de julio, la infección subyacente se remonta a más de cinco semanas y, por tanto, hay que suponer que [el virus] Covid no fue la verdadera causa de la muerte". Unos 3.8 millones de personas sobrevivieron a la Covid o virus PCCh (Partido Comunista de China) y los cálculos matemáticos señalan que de ellas unas 100 morirían cada día por causas habituales de muerte. "Ahora sucede que esos casos se asignan a una infección de Covid, según los reportes del departamento de salud desde hace meses". "Se han [reportado](#) más muertes de las que realmente han sido causadas por Covid". El Dr. Häussler señala que el RKI sabe de la inexactitud de sus datos, y no hace nada por corregir esa situación: "Pero quieren asegurarse de que no falte ninguna muerte de Covid en las estadísticas. Ante la masificación de este tipo de informes, las estadísticas de mortalidad están cada vez más distorsionadas".

Covid-19 no es más mortal que la gripe A MENOS QUE se haya "vacunado"; en cuyo caso puede ser más peligroso. La "vacuna" es ineficaz para detener la enfermedad grave de Covid y, según sugieren los datos, en realidad puede empeorar las cosas, creando una necesidad perpetua de modificaciones continuas de refuerzo para contrarrestar el problema inicial.

Como ha quedado demostrado, en contra de lo que se cuenta con el discurso oficial para justificar la vacunación compulsiva de la población; la mortalidad del virus es bastante baja y por tanto, su peligrosidad también, no siendo mayor que la de una gripe común. Lo cual, transforma automáticamente en innecesaria la vacunación y más, cuando existen

tratamientos alternativos mucho más eficaces que los sueros experimentales.

Además de lo mencionado sobre la "codificación", es muy importante recordar, que los datos reales de mortalidad y letalidad, serán muy inferiores a la que muestran los datos oficiales, sencillamente, porque dichos datos están siendo recogidos empleando como método de diagnóstico el test PCR y, como quedó demostrado en el primer apartado, los porcentajes de error de esa forma de diagnóstico, son altísimos; así quedó recogido en una sentencia judicial del Tribunal de Apelaciones en Portugal (14) (que confirma otra sentencia previa en un tribunal ordinario (15)), en la que se especifica que de los casos diagnosticados, solo se aceptan como reales un 0.9 %, de tal forma, que de 17 000 diagnosticados con un PCR, solo se aceptan 152 (16); dice textualmente:

"Sobre la base de la evidencia científica actualmente disponible, esta prueba [la prueba de RT-PCR] no es en sí misma capaz de determinar con certeza si la positividad corresponde realmente a una infección con el virus SARS-CoV-2, y por varias razones, dos de las cuales son fundamentales: la confiabilidad de la prueba depende del número de ciclos utilizados; la fiabilidad de la prueba depende de la carga viral presente"

"Dadas las dudas científicas expresadas por los expertos, es decir, los que intervienen, sobre la fiabilidad de las pruebas de PCR, la falta de información sobre los parámetros analíticos de las pruebas y la falta de un diagnóstico médico sobre la presencia de una infección o una infección riesgo comprobado, este tribunal nunca puede determinar si C era realmente un portador del virus SARS-CoV-2 o si A, B y D estaban expuestos a un alto riesgo"

Aceptando, por tanto, la publicación de Rita Jaafar (17) presentada como prueba, en la que se demuestra que para una persona diagnosticada con **un test PCR con un umbral de ciclos de 35 o más, como se está haciendo en la mayoría de laboratorios; el diagnóstico presentará un error del 97%**. Acepta también otra publicación de Elena Surkova (18), en la que se establece que **cada prueba de diagnóstico debe interpretarse en el contexto de la probabilidad real de enfermedad, evaluada antes de realizar la prueba en sí; la evaluación de la probabilidad previa a la prueba incluye síntomas, historial médico previo de Covid-19 o presencia de anticuerpos, cualquier exposición potencial a Covid-19 y la probabilidad de un diagnóstico alternativo. Cuando existe una baja probabilidad previa a la prueba, los resultados positivos deben interpretarse con precaución y, es necesaria una segunda muestra probada para confirmación.**

Un diagnóstico médico es un acto que solo un médico está legalmente autorizado a realizar y del que ese médico es el único y total responsable. Ninguna otra persona o institución, incluida cualquier agencia gubernamental o tribunal, tiene tal autoridad. Nadie puede ser declarado enfermo o peligroso para la salud por

decreto o ley, ni siquiera como consecuencia automática y administrativa del resultado de una prueba de laboratorio, independientemente del tipo que sea. Además, **el tribunal determinó que la Autoridad Sanitaria de Azores violó el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos** al no proporcionar pruebas de que el consentimiento informado requerido por esa declaración, se recibió de las personas sometidas a pruebas de PCR, quienes se quejaron de las medidas de cuarentena forzada que se les impusieron.

También quedó recogido en otra sentencia del Tribunal Administrativo de Viena (19), en la que se ha dado la razón a un recurso interpuesto por el FPÖ (Partido de la Libertad de Austria, conservador) contra la prohibición de su reunión registrada para el 31 de enero en Viena. “La prohibición fue injustificada”, dice en nombre de la República. En la motivación de la sentencia, el tribunal afirma, basándose en estudios científicos, que la justificación de la prohibición, presentada por la Dirección Regional de Policía de Viena, carece de todo fundamento. El tribunal está de acuerdo con las afirmaciones de la demanda en todos sus puntos e incluso va más allá de los argumentos expuestos por el propio FPÖ. En particular, los criterios y definiciones utilizados para determinar el número de enfermos de Corona se cuestionan masivamente en la sentencia.

“El test PCR no es adecuado para el diagnóstico”.

Se indica explícitamente que, incluso según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “un test PCR no es diagnóstico y, por tanto, no indica por sí mismo que una persona esté enferma o infectada”. Sin embargo, el Ministro de Sanidad austríaco utiliza una definición de caso muy diferente y mucho más amplia para la enfermedad Covid-19, que no puede utilizarse para justificar la denegación de una reunión, porque:

Si la Comisión Corona (del gobierno austríaco) utilizó la definición de caso de la Ministra de Sanidad, y no la de la OMS, entonces **cualquier hallazgo de cifras de “enfermos/infectados” que haya presentado, es erróneo.**

El tribunal concluye que en la información del Servicio de Salud de la ciudad de Viena, en la que se basó la prohibición de la Dirección Provincial de Policía de Viena, **“no hay declaraciones y conclusiones válidas y basadas en pruebas sobre la aparición de la epidemia”.**

El tribunal dice, literalmente:

Asumiendo las definiciones del Ministro de Sanidad, “Case definition Covid-19” del 23/12/2020, un “caso confirmado” es: 1) cualquier persona con detección de ácido nucleico específico del SARS-CoV-2 (prueba PCR, nota), independientemente de la manifestación clínica o 2) cualquier persona, con detección de antígeno específico del SARS-CoV, que cumpla los criterios clínicos o 3) cualquier persona, con detección de antígeno específico del SARS-CoV, que

cumpla los criterios epidemiológicos. Así pues, ninguno de los tres "casos confirmados" definidos por el Ministro de Sanidad cumple los requisitos del término de la OMS "persona enferma/infectada".

El colectivo Reinfocovid en Francia ha elaborado un [estudio](#) en el que se analiza el balance beneficio/riesgo de la "vacunación" masiva, comparando la mortalidad relacionada con Covid-19 con la letalidad relacionada con la "vacunación" por grupos de edad:

Comparan la mortalidad total del paciente Covid-19 para los 16 meses de epidemia, frente a la fatalidad ligada a la "vacuna" en 6 meses de la "vacunación". Esta hipótesis sobreestima el beneficio de la "vacunación" porque supone que la "vacuna" es 100% efectiva y que los "vacunados" no se verán afectados por la mortalidad por Covid-19. Se adoptó la hipótesis de una distribución homogénea en los diferentes grupos de edad, del riesgo de muerte o de secuelas graves, para estimar el beneficio/riesgo de las "vacunas". Los datos de farmacovigilancia pasiva, como los del ANSM, subestiman la escalada de efectos secundarios y podemos suponer que estos aumentos son tanto más débiles a medida que las personas son mayores y con una esperanza de vida baja. Los resultados relativos a la mortalidad por Covid-19 se expresaron en "riesgo por 100 000 habitantes". En cuanto a los efectos secundarios relacionados con la "vacuna" expresados como "riesgo por 100 000 vacunados"; los resultados se obtuvieron dividiendo el número de muertes relacionadas con la "vacuna" por el número de personas que fueron "vacunadas" (número de primeras dosis). También se analizaron las secuelas muy graves, incluida la muerte, la discapacidad y los efectos potencialmente mortales de acuerdo con las declaraciones de efectos secundarios reportadas a la Agencia Nacional para la Seguridad de Medicamentos y Productos Sanitarios (ANSM).

"Queda claro que para las personas menores de 45 años, el riesgo de muerte después de la "vacunación" es 1.4 veces mayor (Astrazeneca) en comparación con la mortalidad por Covid-19 y el riesgo de secuelas muy graves que conducen a una discapacidad, una muerte o un pronóstico potencialmente mortal, es hasta 5.2 veces mayor para Pfizer. Para las personas sin comorbilidad, la "vacuna" es dañina para los menores de 65 años. Para los niños con comorbilidad, el riesgo de muerte relacionado con la "vacunación" es de 41 a 56 veces mayor que con Covid-19. Y dado que ningún niño sano ha muerto de Covid-19, el riesgo de vacunación es simplemente infinitamente mayor.

"Agregue a esta observación a corto plazo, el hecho de que **los efectos secundarios a mediano y largo plazo (3 a 10 años) son completamente desconocidos.** También debe recordarse que estas "vacunas" solo han recibido autorización de comercialización condicional, lo que significa que la evaluación de su eficacia y seguridad aún está en curso. También **debe tenerse en cuenta que, por lo general, se necesitan 10 años para garantizar la seguridad de una vacuna** (no obstante la FDA con su supuesta autorización, quiere hacernos

creer que el suero de Pfizer es seguro, cuando realmente, los datos dicen claramente que no lo es, ni esa ni ningún otro los otros sueros, como demostraré más adelante en este informe).

“Tenga en cuenta que ya no podremos establecer el beneficio / riesgo de las “vacunas” Covid después del 16 de julio de 2021, porque Santé Publique France ya no publica los datos brutos necesarios para estos cálculos”....Una casualidad, el que los datos de contagios y fallecimientos entre vacunados, sean alarmantes (como veremos más adelante en el informe), seguro que no tiene nada que ver.

Tratamientos Covid

Desde el inicio de la pandemia de coronavirus, se han registrado en el planeta no menos de 2700 ensayos clínicos de tratamientos experimentales contra la Covid-19. Estas pruebas involucran a humanos, esto es lo que muestran los datos de la Plataforma Internacional de Registro de Ensayos Clínicos, que recopila registros de estudios de este tipo a punto de iniciarse.

Hasta la fecha, alrededor de 1600 ensayos están reclutando voluntarios o ya han completado esta etapa de experimentos, ya sea con medicamentos, algunos tipos de vacunas e incluso terapias alternativas. En América Latina, Brasil es el país con más ensayos clínicos relacionados con la Covid-19, planificados o en ejecución en su territorio: 159. En el mundo, el líder es Estados Unidos, con 532.

Algunos ejemplos de líneas de investigación que se han seguido ([20](#)):

- *Medicamentos antivirales*: remdesivir, favipiravir, merimepodib, lopinavir, ritonavir, arbidol (umifenovir), ribavirina, interferones.
- *Antimicrobianos*: teicoplanina.
- *Terapia antiinflamatoria*: corticoesteroides, tocilizumab, anakinra, ciclosporina, colchicina.
- *Antitérmicos y antiinflamatorios no esteroideos*: ibuprofeno, meloxicam, paracetamol.
- *Antihipertensivos* : IECAs y ARA-II.
- *Estatinas*.
- *Calcifediol (vitamina D3 activada)*.
- *Inmunoterapia*: bamlanivimab, etesevimab, casirivimab, imdevimab, terapia con inmunoglobulinas intravenosas (IVIG), terapia con plasma de convalecientes (CP), terapia con anticuerpos monoclonales específicos (mAb), ensayos clínicos con anticuerpos monoclonales.

- *Antibióticos:* azitromicina.
- Inhibición de la replicación del genoma viral actuando sobre la ARN polimerasa: tenofovir/emtricitabina (TDF/FTC), favipiravir.
- *Tratamientos antitrombóticos y anticoagulantes:* heparina de bajo peso molecular (HBPM).
- *Fármacos que se están evaluando y cuya eficacia es incierta:* amlodipino, losartán.
- *Fármacos para prevenir la Covid-19.*

Tratamientos efectivos probados

Dentro de todas esas líneas, aún cuando las autoridades han tratado de ocultarlos para favorecer la vacunación (21) (22); se han encontrado varios (individuales o mediante mezclas) cuya efectividad ya ha sido científicamente probada (23) (24) (25): ivermectina ((26) (27) (28) (29) (30) (31) (32)); Dr. Zalenko (zinc + hidroxiclороquina (baja dosis) + azitromicina) (33) (34) (35) (36); budesonida (37); cloroquina (38); telmisartan (39); dióxido de cloro (40); eritromicina + azitromicina + claritromicina (41); remdesivir + dexametasona (42); baricitinib + remdesivir (43), [artemisinina y proguanil](#) (la artemisinina se usa en cuatro países para tratar el Covid. El más conocido que trata con la artemisinina es Madagascar, que tiene 954 muertes por Covid, una tasa de 35 dpm. Esto es el 2% de la tasa de Estados Unidos).

A modo de ejemplo práctico, podemos comentar el caso de una bloguera y su marido enfermo de neumonía (44) (supuesto Covid) que se negó a que le aplicaran los protocolos de los hospitales, como intubar o el uso de ventiladores, que se sabe que hace daño a los pulmones inflamados de los enfermos con neumonía bilateral (45) (46) (47) (48). En su lugar exigió que le aplicaran vitamina C intravenosa, zinc intravenoso, vitamina D y para la inflamación pulmonar el esteroide inhalado Budesonida. Resultado: en 3 días y medio estaba fuera de cuidados intensivos y en 5 días fuera del hospital, habiendo entrado con una saturación del 72%. Por otro lado, el presentador de podcast y comentarista deportivo de la UFC, Joe [Rogan](#), aseguró a sus más de 13 millones de seguidores que se curó de Covid en tres días tomando, entre otros medicamentos, Ivermectina.

Veamos otro ejemplo práctico. En Australia, el 18 de agosto de 2021, Craig Kelly, diputado de Hughes en Nueva Gales del Sur, celebró una sesión de preguntas y respuestas con el Dr. Brian M. [Tyson](#) sobre tratamientos tempranos y otras políticas adoptadas para la Covid: "Hemos tratado el Covid-19 desde el principio. Hemos estado usando un tratamiento temprano. Nuestros éxitos han sido sobresalientes". Explica que en su práctica médica, el tratamiento temprano se refiere al tratamiento antes del séptimo día de la infección. **De los 6000 pacientes de Covid que se han tratado antes del séptimo día, solo cuatro personas terminaron en el hospital y una tasa de mortalidad del 0%.**

"Como todo en la medicina, el tratamiento temprano gana". Describió varios tratamientos que utilizaron basándose en conocimientos previos sobre tratamientos para infecciones virales y en los síntomas que presentaban los pacientes. "Luego apareció la ivermectina, aproximadamente en octubre, y comenzamos a ver la respuesta a la ivermectina, especialmente en pacientes enfermos. Entonces, la ivermectina pareció hacer algo que no esperábamos, que básicamente fue destruir el virus. Evitó la unión y también agregó un efecto antiinflamatorio y un ionóforo de zinc. Lo siguiente que sabes es que, en dos o tres días, estos pacientes cambiaron. Estos son **pacientes que se estaban preparando para estar con ventiladores. Las oxigenaciones pasaron del 84% al 94% en 48 a 72 horas.** Así es como empezó el protocolo. Está siguiendo la ciencia. Está siguiendo el proceso de reevaluación. Y no puedo expresar lo importante que es eso. **La ivermectina, hidroxiclороquina, zinc, zithromax y los esteroides son medicamentos seguros y pueden usarse para tratar Covid**".

Tratamientos prometedores

También hay otros englobados en esas líneas de investigación, que aún están en fase de ensayo, pero que resultan prometedores:

- *Suero desarrollado en Brasil*

Desarrollado por el instituto Butantan, vinculado al gobierno del estado de São Paulo.

El suero, un líquido inyectable rico en anticuerpos contra el coronavirus, está destinado a personas ya infectadas y busca frenar el agravamiento de la enfermedad, evitando, por ejemplo, que ataque a los pulmones.

- *Antiviral en pruebas*

Es un antiviral oral, un inhibidor de la proteasa, una enzima esencial para que el virus se multiplique. Está siendo desarrollado por Pfizer y ya se está probando con pacientes. Según la compañía, mostró una acción "potente" en pruebas in vitro en el laboratorio y está diseñado para usarse ante los primeros síntomas de la Covid-19.

Los inhibidores de la proteasa ya se utilizan contra el VIH y los virus de la hepatitis C. Incluso uno de estos fármacos, lopinavir-ritonavir, originalmente utilizado contra el VIH, fue incluido en un importante proyecto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para probar tratamientos considerados prometedores por la entidad contra la Covid-19. Sin embargo, unos meses después del inicio del proyecto, llamado Solidaridad, la OMS anunció que había detenido los estudios con lopinavir-ritonavir ya que las investigaciones no demostraron que el

tratamiento tuviera efecto en la reducción de la mortalidad en personas hospitalizadas.

- *Cóctel: metas alcanzadas en la tercera fase (REGN-COV2)*

En la fase 3, en la que participaron más de 4500 personas, las pruebas con un cóctel desarrollado por la farmacéutica Roche tuvieron buenos resultados.

El cóctel, una combinación de las sustancias casirivimab e imdevimab con aplicación intravenosa, es un tipo de tratamiento que se basa en los llamados anticuerpos monoclonales, y que se aplica cuando los anticuerpos de una persona que se ha recuperado de la enfermedad se aíslan y se copian en el laboratorio. Los voluntarios eran personas infectadas con el coronavirus, no hospitalizadas, pero sí con riesgo de que se agravara la enfermedad. Según Roche, el cóctel redujo el riesgo de hospitalización y muerte en un 70%, en comparación con el placebo (un tratamiento inocuo). Este fue el principal objetivo a verificar por el estudio. En los objetivos secundarios también han tenido buenos resultados, como el de reducir la duración de los síntomas de 14 a 10 días. Los efectos adversos fueron estadísticamente poco significativos, ya que solo se presentaron en el 1% de los pacientes.

Hay varios otros experimentos en curso con casirivimab e imdevimab, incluido el proyecto Recovery, un conjunto de pruebas a gran escala en Reino Unido con posibles tratamientos para la Covid-19.

- *El antiviral que puede reducir la carga del virus*

El 6 de marzo, las compañías farmacéuticas MSD y Ridgeback presentaron los resultados preliminares de un ensayo clínico de fase 2 con el antiviral oral molnupiravir, en el que participaron 202 personas infectadas por el coronavirus en EE.UU. y no hospitalizadas. Según un comunicado, después del quinto día de tratamiento, la carga viral se redujo entre los que recibieron tratamiento. Además, los efectos adversos se consideraron irrelevantes y no relacionados con el fármaco. Los detalles y más resultados de la fase 2, incluidos los objetivos principales, se darán a conocer pronto, según el consorcio.

También se están llevando a cabo otros ensayos de fase 2 y 3 con el antivírico. El molnupiravir inhibe la replicación de virus de ARN como el SARS-CoV-2, y ha tenido buenos resultados en el laboratorio no solo con este patógeno, sino con otros como el SARS-CoV-1 y el MERS.

- *Anticuerpos monoclonales*

Se trata de un tratamiento producido por la farmacéutica Regeneron que utiliza anticuerpos monoclonales que se adhieren al virus para evitar que continúe

infectando y duplicándose. Se trata de una potente infusión de anticuerpos que se aplica de manera intravenosa para neutralizar el virus, en lugar de amortiguar la respuesta inflamatoria del cuerpo ante la enfermedad.

Los resultados logrados por el llamado Recovery trial (un ensayo clínico internacional que busca tratamientos que puedan ser beneficiosos para pacientes hospitalizados con covid-19) sugieren que podría ayudar a una de cada tres personas hospitalizadas con Covid-19 grave. En los ensayos, el tratamiento redujo la mortalidad de personas hospitalizadas cuyo sistema inmunológico no ha generado una respuesta de anticuerpos, denominados seronegativos.

- *Plitidepsina*

Es un fármaco desarrollado para tratar cánceres hematológicos como el mieloma múltiple, cuyo uso está aprobado en Australia (no en Europa, ni en Estados Unidos). La diana terapéutica de este fármaco es la proteína eEF1A2, una proteína celular que el virus necesita para replicarse y para la traducción de proteínas virales. Según estudios in vitro la plitidepsina tiene un potencial 100 veces mayor que otros antivirales para evitar la replicación del SARS-CoV2, incluso frente a variantes como la B.1.1.7. Se han presentado resultados preliminares del ensayo clínico fase II con plitidepsina para el tratamiento de pacientes adultos con Covid-19 que requieren ingreso hospitalario (APLICOVPC). Según estos resultados (comunicados por la empresa), el uso del fármaco demostraría una reducción notable de la carga viral en los pacientes entre los días 4 y 7 posteriores al inicio del tratamiento, una reducción en el tiempo de hospitalización y, una disminución precoz de síntomas o signos derivados de la infección Covid-19. Una de las ventajas de este nuevo fármaco es que hay abundantes pruebas de que no es tóxico a dosis moderadas. Estos resultados han avalado la aprobación del ensayo clínico de fase III NEPTUNO en Reino Unido, que determinará la eficacia de este fármaco para el tratamiento de pacientes hospitalizados con infección moderada de Covid-19. No obstante, no hay aún suficiente evidencia para recomendar su uso fuera de ensayos clínicos.

- *Tempol*

De administración oral, ha arrojado resultados prometedores en el tratamiento de esta enfermedad, como sugiere el estudio hecho sobre cultivos celulares. Puede limitar la infección del virus SARS-CoV-2, al alterar la actividad de la enzima viral denominada ARN replicasa, que permite al nuevo coronavirus replicar su genoma y hacer copias de sí mismo una vez que está dentro de la célula. Para llevar a cabo esta investigación los científicos probaron si esa enzima requiere de cúmulos de hierro y sulfuro como soporte de su estructura y hallaron que en el caso del SARS-CoV-2, dicha enzima necesita de dos cúmulos de hierro y sulfuro para funcionar de manera óptima. Con este hallazgo, los investigadores pueden explotar las debilidades del virus, ya que el fármaco puede reducir esos cúmulos

de hierro y sulfuro, de hecho, comprobaron gracias a experimentos en cultivos celulares, que ese medicamento puede inhibir el proceso de multiplicación del virus. Además, según estudios previos de ese fármaco en animales, es posible que las dosis del medicamento usadas en los experimentos antivirales puedan conseguirse en tejidos que son objetivo primario del coronavirus, como las glándulas salivales y los pulmones.

- *Otilimab*

El estudio OSCAR fase II ha arrojado resultados muy interesantes sobre otilimab. Éste presentó un beneficio clínico potencialmente importante en un subgrupo de pacientes que muestran un elevado riesgo ante la Covid-19. Se trata de un anticuerpo monoclonal que sido utilizado en pacientes hospitalizados por insuficiencia respiratoria secundaria a infección por Covid-19 con necesidad de soporte ventilatorio. El estudio se ha desarrollado en siete hospitales de Madrid, Barcelona y La Rioja. De acuerdo a los resultados del estudio, el 65.1% de los pacientes con edades superiores a los 70 años se mostraban libres de insuficiencia respiratoria 28 días después de haber recibido otilimab junto con el tratamiento estándar, en comparación con el 45.9% de los pacientes que únicamente recibió el tratamiento estándar. La diferencia en la tasa de mortalidad hasta el día 60, muestra una diferencia del 14.4% en favor de otilimab.

- *Clofamizina*

Fármaco utilizado para el tratamiento de la lepra, podría ser un candidato potencial para tratar a pacientes con Covid-19. De acuerdo a los resultados de un estudio liderado por el virólogo del Sanford Burnham Prebys Medical Discovery Institute, Sumit Chanda, la clofamizina tiene capacidad para inhibir la replicación del SARS-CoV-2 y el MERS-CoV en cultivos celulares humanos y de mono, además de en tejido pulmonar humano. Mediante modelos de hámster infectado con el SARS-CoV-2 la administración de la clofamizina ha conseguido reducir de forma significativa la cantidad de partículas víricas presentes en los pulmones. Cabe señalar que este medicamento se ha administrado también de forma conjunta con remdesivir (dosis baja) llegando a mejorar notablemente el control viral en el modelo de hámster.

- *VIR-7831*

COMET-ICE (Covid-19 Monoclonal antibody Efficacy Trial - Intent to Care Early), es otro de los estudios prometedores. Este se centra en la evaluación de VIR-7831 (GSK4182136) como una monoterapia destinada al tratamiento en fases tempranas de la Covid-19 en adultos que presentan un elevado riesgo de hospitalización. De acuerdo a los datos reportados de la fase III del ensayo con una muestra de 583 pacientes, se ha informado de una reducción del 85% en la muerte u hospitalización de pacientes a los que se les administró el medicamento en comparación con los que recibieron placebo. El ensayo es ciego y continúa su

curso por lo que se continuará analizando a los pacientes durante 24 semanas más.

- AT.527

Este antiviral está siendo probado en pacientes con Covid-19 hospitalizados y se encuentra en la fase II de su ensayo clínico. Se trata de un medicamento que actúa como bloqueador de la enzima ARN polimerasa viral necesaria para la replicación viral.

La UE ya incluye cinco terapias prometedoras (49) (50) (51) (52), dentro de lo que llaman "Cartera Covid"; todos los productos incluidos (para tres de ellos, se solicitaría una extensión sobre las indicaciones autorizadas) están en una etapa avanzada de desarrollo y se les asocia un alto potencial para recibir la autorización en octubre de 2021. Cuatro son anticuerpos monoclonales que están en fase de revisión continua en la Agencia Europea del Medicamento (EMA); otro es un inmunosupresor autorizado para otras patologías y del que se espera que se extiendan las indicaciones para el beneficio de estos pacientes. Los cuatro anticuerpos son: una combinación de bamlanivimab y etesevimab de la farmacéutica Eli Lilly (hasta el momento han mostrado una reducción en las hospitalizaciones y mortalidad en casos de Covid-19 de leves a moderado); una combinación de casirivimab y imdevimab de Regeneron y Hoffman-La Roche; regdanivimab de Celltrion y sotrovimab de GlaxoSmithKline y Vir Biotechnology. En cuanto al inmunosupresor, por su parte, se trata de baricitinib desarrollado por Eli Lilly (actualmente está aprobado para determinados casos de artritis reumatoide).

Por otro lado, la OMS, prueba otros tres medicamentos: artesunato, imatinib e infliximab. Los tres han sido seleccionados por un supuesto panel independiente de científicos, por su potencial para reducir el riesgo de muerte en personas hospitalizadas por Covid-19. El artesunato (Ipca) se utiliza contra el paludismo grave y formaba parte de la lista de medicamentos esenciales de octubre de 2013 y del tratamiento de la malaria de 2010, ambos de la OMS. El imatinib (Novartis), se utiliza para el tratamiento de ciertos tipos de cáncer, como la leucemia, desde mayo de 2001. El infliximab (Johnson & Johnson) se utiliza para la artritis reumatoide y enfermedades autoinmunes, como el Crohn. Fue aprobado su uso en Estados Unidos en 1998 y el año siguiente en la Unión Europea (53).

Como ha quedado demostrado, existen tratamientos efectivos para la enfermedad llamada Covid-19, por tanto, el dogma oficial que dice que las "vacunas" son la única manera de superar la enfermedad, es también erróneo. Es algo que además es obligatorio comunicar a las personas antes de la inoculación y, esto, no se está haciendo.

Inmunidad

Una persona puede quedar inmune a una enfermedad específica de diversas maneras; para algunas enfermedades, como el sarampión y la varicela, tener la enfermedad, por lo general, conduce a una inmunidad de por vida; la vacunación es otra manera de quedar inmune a una enfermedad. Estas dos formas de inmunización, por enfermedad o vacunación, son ejemplos de inmunidad activa, que surge cuando el sistema inmunológico de una persona funciona para producir anticuerpos y activar otras células inmunológicas para ciertos patógenos. Si la persona se encuentra nuevamente con ese patógeno, las células inmunológicas a largo plazo específicas estarán preparadas para combatirlo.

Un tipo de inmunidad diferente, llamada inmunidad pasiva, surge cuando una persona recibe los anticuerpos de alguien más; cuando estos se introducen en el cuerpo de la persona, los anticuerpos "prestados" ayudan a prevenir o combatir ciertas enfermedades infecciosas. La protección que ofrece la inmunidad pasiva es a corto plazo, y por lo general dura unas cuantas semanas o meses, pero brinda protección de inmediato.

Si comparamos la inmunidad natural tras pasar la enfermedad, con la que puedes obtener tras la inoculación de las "vacunas"; siempre es mejor la inmunidad natural, justamente eso, es lo que consiguen esos tratamientos, evitando la mortalidad (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70), además, los infectados Covid no transmiten el virus al pasar la enfermedad (71) (72), cosa que sí parece que sucede con los vacunados, de hecho, con estas "vacunas", no se alcanzará la inmunidad de grupo (73) (74) (75), reconocido hasta por el inmunólogo jefe de Islandia, Þórólfur Guðnason (76) o por el señor Andrew Pollard, director del Centro de Vacunas de Oxford y padre de la "vacuna de Oxford (77); los vacunados infectados, se convierten en un peligro para los no vacunados y para otros vacunados (78) (79) (80); son capaces, incluso, de propagar la variante Delta, supuestamente tan peligrosa (81) (82), lo cual, incluso ha sido reconocido por el propio Fauci (83).

Un análisis (84) de millones de resultados de pruebas de coronavirus en Dinamarca, descubrió que las personas que tenían una infección previa seguían estando protegidas 6 meses después de la infección inicial. Otros dos estudios (85) (86), también encontraron que los individuos que se recuperaron del coronavirus desarrollaron niveles "robustos" de células B y células T (necesarias para combatir el virus) y "estas células pueden persistir en el cuerpo por un tiempo muy, muy largo." Las células plasmáticas de médula ósea de larga vida (BMPC) son una fuente persistente y esencial de anticuerpos protectores. Las personas convalecientes de Covid, tienen un riesgo significativamente menor de reinfección, la protección puede durar toda la vida" (87).

Otro estudio, monitoreo a 43 044 personas con anticuerpos positivos contra el SARS-CoV-2 durante hasta 35 semanas, y **solo el 0.7% se reinfectó**. Cuando se aplicó la secuenciación del genoma para estimar el riesgo de reinfección a nivel

de población, el riesgo se estimó en 0.1%. Una vez más, no hubo indicios de disminución de la inmunidad durante siete meses de seguimiento, y los investigadores concluyeron que la reinfección es rara. **La infección natural parece provocar una fuerte protección contra la reinfección con una eficacia >90% durante al menos siete meses" (88).**

Un estudio (89) publicado en marzo de 2021 sugiere que la mayoría de los adultos sanos de la Columbia Británica (Canadá) tienen inmunidad contra el Covid-19 a pesar de que algunos de ellos nunca se han infectado con él.

La Dra. Daniela Weiskopf, el Dr. Alessandro Sette y el Dr. Shane Crotty, del Instituto de Inmunología de La Jolla, analizaron (90) las células inmunitarias y los anticuerpos de casi 200 personas que habían estado expuestas al SARS-CoV-2 y se habían recuperado. **Los investigadores encontraron respuestas inmunitarias duraderas en la mayoría de las personas estudiadas. Los anticuerpos contra la proteína pico del SARS-CoV-2, que el virus utiliza para introducirse en las células, se encontraron en el 98% de los participantes un mes después de la aparición de los síntomas.** Como se ha visto en estudios anteriores, el número de anticuerpos variaba mucho entre los individuos. Pero, de forma prometedora, **sus niveles se mantuvieron bastante estables en el tiempo, disminuyendo sólo modestamente a los 6 u 8 meses de la infección.**

Las respuestas de anticuerpos dependen de las células T auxiliares especializadas que controlan la activación y selección del plasma productor de anticuerpos y células B de memoria. Las células T CD4 + y CD8 + también pueden contribuir directamente a la [protección](#) contra el SARS-CoV (91).

Las células B específicas del virus aumentaron con el tiempo. Las personas tenían más células B de memoria seis meses después del inicio de los síntomas que un mes después. Aunque el número de estas células parecía alcanzar una meseta después de unos meses, los niveles no disminuyeron durante el periodo estudiado.

Los niveles de células T para el virus también se mantuvieron altos tras la infección. Seis meses después del inicio de los síntomas, el 92% de los participantes tenía células T CD4+ que reconocían el virus. Estas células ayudan a coordinar la respuesta inmunitaria. **Aproximadamente la mitad de los participantes tenían células T CD8+,** que eliminan las células infectadas por el virus.

Lo explica también un estudio reciente (92), publicado en Clinical Microbiology and Infection:

"La presencia de células T específicas de SARS-CoV-2 con reacción cruzada en pacientes nunca expuestos sugiere una inmunidad celular inducida por otros coronavirus. También se detectaron respuestas de células T contra el SARS-CoV-2 en pacientes recuperados de Covid sin anticuerpos

detectables... La inmunidad celular es de suma importancia para contener la infección por SARS-CoV-2... y podría mantenerse independientemente de las respuestas de anticuerpos. **Las personas previamente infectadas desarrollan respuestas de células T mucho más fuertes contra los péptidos de la proteína de la espiga en comparación con las personas no infectadas después de la "vacuna" de ARNm.**"

El Dr. Ryan Cole (93) explica que la inmunidad natural produce una inmunidad amplia que no se puede igualar con la "vacuna":

"Una infección natural induce cientos y cientos de anticuerpos contra todas las proteínas del virus, incluyendo la envoltura, membrana, nucleocápside y spike. Docenas y docenas de estos anticuerpos neutralizan el virus cuando se encuentran de nuevo. Además, debido a la exposición del sistema inmunológico a estas proteínas (epítomas), nuestras células T también montan una memoria sólida. Nuestras células T son las "defensas" del sistema inmunológico y la primera línea de defensa contra los patógenos. La memoria de las células T para las personas infectadas con SARS-CoV-1 es de 17 años y aún funciona".

De acuerdo con Cole, parte de la razón de la disminución de la teórica inmunidad inducida por la "vacuna" se debe a que "generamos una respuesta de anticuerpos solo a la proteína spike y sus proteínas constituyentes" y "como el virus muta de forma preferente en la proteína spike, estas proteínas tienen una forma diferente y los anticuerpos ya no se pueden unir de manera eficiente a estas nuevas formas".

Según un estudio (94), es probable que **muchas personas presenten células T reactivas al SARS-CoV-2 debido a la exposición previa a los virus de la gripe y el CMV. Esto probablemente explica por qué Covid afecta principalmente a ancianos y pacientes con comorbilidades, y es "asintomático" o tiene síntomas leves para el resto de nosotros. Los seres humanos sanos no expuestos a Covid-19, muestran inmunidad preexistente de células T CD4 y CD8 al SARS-CoV-2.** Esta inmunidad cruzada posiblemente no sea demasiado sorprendente, ya que el resfriado común es causado por un coronavirus; **la protección adquirida tras haber estado expuestos en el pasado a otros coronavirus puede ayudar a estar protegido contra el Covid-19 (95).**

En muchos de los artículos se asume que la inmunidad de poblaciones e individuos es la misma. Sin embargo, la mayoría de las personas a estas alturas ya sabrán que el riesgo de enfermedad grave con el virus del SARS-CoV-2 es más probable en los ancianos, los que tienen una respuesta inmunitaria débil y los que se encuentran en determinadas categorías de riesgo, como los que reciben terapia contra el cáncer o pacientes cardíacos. También hay una suposición subyacente en estos artículos de que no hay inmunidad sin vacunas. Esto simplemente es falso. En septiembre de 2020, se demostró que **hasta el 50% de la población del Reino Unido mostraba diversas formas de inmunidad**

de células T al nuevo virus debido a la exposición a virus endémicos anteriores. Más recientemente se sugirió que esto podría llegar a ser hasta del 81%. Además, un estudio reciente encontró que las respuestas inmunes rápidas y eficientes de tipo memoria, ocurren de manera confiable en prácticamente todas las personas no vacunadas que están expuestas al SARS-CoV-2, ya sean sintomáticas o no. Por lo tanto, el número de individuos naturalmente inmunes habrá aumentado a través de la exposición al virus a lo largo del tiempo, incluso en ausencia de enfermedad sintomática (96).

Una vez que una persona se haya recuperado del SARS-CoV-2, habrá desarrollado inmunidad natural. Esta inmunidad cubre un amplio espectro de mecanismos defensivos. La mayoría de las personas conocen los anticuerpos y su importante papel en la neutralización de virus. **En el caso de la inmunidad natural, estos anticuerpos se generan contra todas las partes del virus y no solo la proteína de pico. Esto le da a las personas la capacidad de defenderse de muchas variaciones del SARS-CoV-2. Esto, junto con las herramientas adicionales (por ejemplo, inmunidad innata, de células T y de las mucosas) proporciona un arsenal completo de protección futura contra la infección por SARS-CoV-2 y virus estructuralmente relacionados** (97) (98). Un estudio reciente realizado en el Reino Unido por parte de la Oficina de Estadísticas Nacionales (99), encontró que el riesgo de reinfección era bajo, con una tasa estimada de 3.1 por cada 100 000 participantes que producían una prueba "fuerte positiva" (lo que significa que los resultados indicaron niveles significativos de carga viral en sus hisopos). Aquellos que fueron re infectados también parecieron experimentar síntomas más leves que la primera vez que contrajeron la enfermedad. Las personas eran más propensas a reportar síntomas dentro de los 35 días posteriores a la primera prueba positiva observada en su episodio inicial que en su episodio de reinfección, lo que sugiere que las reinfecciones tienen más probabilidades de ser asintomáticas. Los supervivientes de Covid-19 que se re infectan pueden tener menos probabilidades de propagar la enfermedad.

Investigadores de Irlanda llevaron a cabo una revisión sistemática que incluyó a 615 777 personas que se recuperaron del Covid-19, con una duración máxima de seguimiento de más de 10 meses. "La reinfección fue un evento poco común", anotaron, "y ningún estudio reportó un aumento en el riesgo de reinfección con el tiempo". **La tasa absoluta de reinfección osciló entre 0% y 1.1%, mientras que la tasa promedio de reinfección fue de solo 0.27%** (100).

En otro estudio publicado en Lancet (101), se encontró que un historial previo de infección por SARS-CoV-2 se asocia con un **84% menos de riesgo de infección, con efecto protector observado 7 meses después de la infección primaria. Este estudio muestra que una infección previa con SARS-CoV-2 induce inmunidad eficaz a futuras infecciones en la mayoría de las personas.**

En otro estudio publicado en el sitio web de los CDC (Centro para el Control de Enfermedades), el instituto estadounidense oficial para la vigilancia de enfermedades) ([102](#)), se investigó un grupo epidémico de la variante Gamma de SARS-CoV-2 entre los 44 empleados de una mina de oro en la Guayana Francesa. A pesar de la presencia de personas con factores de riesgo (11 hipertensión, 4 diabetes, 4 obesidad) no se han observado formas graves de Covid-19. **Podemos extraer dos conclusiones muy importantes:**

- **Las personas con una infección por Covid-19 de larga duración están 100% protegidas contra la variante Gamma; imejor que los vacunados!**
- **Las personas no "vacunadas" sin antecedentes de Covid tienen cargas virales (Ct) más bajas que las "vacunadas".**

La inmunidad natural a SARS-CoV-2 fue 100% efectiva contra esta variante.

- Ninguno de los 3 empleados con un largo historial de Covid-19 no "vacunado", tenía la enfermedad de Covid-19.
- Ninguno de los 3 empleados con un largo historial de Covid-19 y "vacunados" con una dosis, no tenía Covid-19.
- Mientras que 15 de las 25 personas "vacunadas" con dos dosis desarrollaron la enfermedad Covid-19.
- 3 de 4 empleados que no fueron "vacunados" y sin antecedentes de Covid-19, desarrollaron la enfermedad Covid-19.

Las cargas virales fueron menores en los no "vacunados" infectados con SARS-CoV-2 que en los "vacunados" (no todos los datos de los pacientes están disponibles). El número de Ct se correlaciona con la carga viral: cuanto menor es el Ct en el gen N, mayor es la carga viral.

- Cargas virales (Ct en el gen N) en personas no "vacunadas" sin antecedentes de Covid: 30, 34 e indetectable.
- Cargas virales (Ct en el gen N) en "vacunados" con una dosis: 25, 30, 23, 28, 26.
- Cargas virales (Ct en el gen N) en "vacunados" con dos dosis: 26,1, 27, 26, 22, 29, 32, 24, 26, 27, 26, 36, 29, 35, 31.

Un estudio reciente de personas que desarrollaron inmunidad natural durante la primera ola de SARS-CoV-2, mostró que su plasma contiene cuatro anticuerpos que son extremadamente potentes contra 23 variantes de SARS, incluidas variantes preocupantes ([103](#)). Para agregar a

esta protección, incluso el sistema inmunológico innato, que es la primera línea de defensa contra la enfermedad, puede entrenarse para tener un umbral de activación adecuado a nuevos patógenos que son estructuralmente similares a los que se han encontrado anteriormente.

Desafortunadamente, muchas de las nuevas "vacunas" Covid están diseñadas para evadir la mayor parte del sistema inmunológico innato, por lo que no prepararán este proceso. La importancia del sistema inmunológico innato se puede ver en personas que tienen deficiencias en la producción de interferón, un importante compuesto de señalización en el sistema inmunológico innato. Las personas con esta deficiencia tienen tasas más altas de enfermedad grave y muerte ([104](#)).

Los datos presentados al **Ministerio de Salud de Israel** ([105](#)) el 17 de julio de 2021 revelaron que, de los más de **7 700 casos de Covid-19 reportados desde mayo de 2021, solo 72 ocurrieron en personas que ya tuvieron Covid-19, una tasa menor al 1%. Por el contrario, más de 3 000 casos, o casi el 40% ocurrieron en personas que ya recibieron la "vacuna" anti Covid-19.** De acuerdo con Israel National News:

"Tenemos un total de 835 792 israelíes que se sabe que se han recuperado del virus y los 72 casos de reinfección representan el 0.0086% de las personas que ya estaban infectadas con Covid.

Por el contrario, los israelíes que ya recibieron la "vacuna" tenían 6.72 veces más probabilidades de infectarse después de recibirla que después de la infección natural, con más de 3 000 de los 5 193 499, o el 0.0578%, de israelíes que se vacunaron e infectaron en la última ola".

En otras palabras, **las personas que ya recibieron la "vacuna" tenían una probabilidad casi 700% mayor de desarrollar Covid-19 que las que tenían inmunidad natural gracias a una infección previa**, y esto se debe a la variante Delta, que ha provocado más infecciones en Israel.

En un [estudio](#) realizado en la **Universidad de California en San Francisco**, indican la presencia de **supuestas nuevas variedades del SARS-CoV-2 resistentes a las "vacunas, que están extendiéndose entre las personas "vacunadas", principalmente**. La investigación se basó en 1373 casos de personas que buscaron tratamiento en el área de la bahía de San Francisco, entre el 1 de febrero y el 30 de junio. El equipo de investigadores dirigido por el **eminente virólogo, Dr. Charles Chiu**, encontró que **la inmunidad natural protege más a las personas que la ofrecida por las "vacunas"**.

En otro estudio ([106](#)), trataron de evaluar la necesidad de la vacunación Covid-19 en personas previamente infectadas con SARS-CoV-2. Entre los 52 238 empleados incluidos, 1359 (53%) de 2579 sujetos previamente infectados permanecieron sin vacunar, en comparación con 22 777 (41%) de 49 659 no infectados previamente. **Ninguno de los 1359 sujetos previamente**

infectados que permanecieron no "vacunados" tuvieron una infección por SARS-CoV-2 durante la duración del estudio. Llegaron a la conclusión de que es poco probable que las personas que han tenido infección por SARS-CoV-2, se beneficien de la "vacunación" contra Covid-19, por la escasa posibilidad de reinfección.

Mientras los gobiernos insisten en decirle a las personas que las "vacunas" ofrecen una mejor protección que la infección natural, un nuevo [estudio](#) realizado en Israel, como otros que hemos visto anteriormente, sugiere lo contrario: **la infección natural ofrece un escudo mucho mejor contra el virus que las "vacunas"**.

El estudio fue descrito por Bloomberg como "el análisis más grande del mundo real que compara la inmunidad natural, obtenida de una infección anterior, con la protección proporcionada por una de las "vacunas" más potentes actualmente en uso". Este estudio cuestiona aún más la credibilidad de depender de las vacunas, dado que el estudio mostró que, en última instancia, **los "vacunados" tenían 13 veces más probabilidades de estar infectados que los que estaban infectados anteriormente y 27 veces más probabilidades de tener síntomas.** "Este análisis demuestra que la inmunidad natural brinda una protección más duradera y más fuerte contra la infección, la enfermedad sintomática y la hospitalización de la variante Delta".

Alex [Berenson](#), un periodista científico que ha cuestionado repetidamente la eficacia de las "vacunas" y mascarillas para prevenir la Covid, promocionó el estudio como suficiente para "poner fin a cualquier debate sobre las "vacunas" frente a la inmunidad natural". Aquí hay un extracto de un informe de [Science Magazine](#):

"El nuevo análisis se basa en la base de datos de Maccabi Healthcare Services, que inscribe a unos 2.5 millones de israelíes. El estudio, dirigido por Tal Patalon y Sivan Gazit en KSM, encontró en dos análisis que las personas que fueron "vacunadas" en enero y febrero tenían luego, en junio, julio y la primera quincena de agosto, **de seis a 13 veces más probabilidades de infectarse que las personas no "vacunadas"** que pasaron el virus de manera natural. En un análisis, comparando a más de 32 000 personas en el sistema de salud, encontraron que **el riesgo de desarrollar Covid-19 sintomático fue 27 veces mayor entre los "vacunados" y el riesgo de hospitalización ocho veces mayor"**.

Como el primer país en lograr una amplia cobertura de la "vacuna", Israel se encuentra ahora en una situación impensable: el número de casos diarios ha alcanzado nuevos niveles récord, como veremos en el apartado de eficacia de las "vacunas".

Como ha quedado sobradamente demostrado, la inmunidad natural es superior a la inmunidad inducida por la "vacunación" porque incluye las defensas inmunitarias innatas, así como la inmunidad específica que se dirige a múltiples partes del virus y no solo a la proteína de pico dirigida

por la "inmunidad" inducida por la vacuna (107). **Por tanto, el dogma del discurso oficial que dice que las "vacunas" "inmunizan" y que dicha "inmunización" es la única duradera, es también completamente erróneo (más adelante, demostraré que dichas "vacunas" no son efectivas y, por tanto, no "inmunizan"). La existencia de tratamientos que han mostrado una efectividad muy superior a la de los sueros experimentales y la baja tasa de mortalidad de la enfermedad, convierten además, a esos sueros, en innecesarios.** Desde muchos medios de "comunicación" se ha contado que estamos en una pandemia de no "vacunados" ya que los "vacunados", supuestamente, están "inmunizados"; el Dr. Byram Bridle deja muy claro en Fox tv que es una [falacia](#).

En reconocimiento de esta circunstancia, la Universidad George Mason (GMU, por la sigla en inglés), Virginia, fue obligada a conceder la exención médica de la "vacuna" Covid a uno de sus profesores, después de que demandara ante una corte estatal según [informa](#) en su página web New Civil Liberties Alliance (NCLA). De esta manera, el veterano profesor de leyes, Todd Zywicki, no tendrá que vacunarse, no obstante, deberá realizarse pruebas de Covid todas las semanas mientras esté en el campus universitario, y en los eventos deberá estar a más de dos metros de distancia de otras personas. **Distintas pruebas positivas de anticuerpos contra el Covid, que le realizaron el año pasado al profesor Zywicki muestran que su inmunidad natural es sólida, e incluso su inmunólogo personal considera que no es necesario que se inocule la "vacuna", y sostiene que ordenar procedimientos innecesarios viola la ética médica.** Contando con este triunfo legal a favor de la inmunidad natural contra el Covid, la NCLA insiste en que se reconozca que ésta hace **innecesaria la "vacuna" contra el virus.**

Además, mientras la inmunidad natural normal eventualmente eliminaría las cepas "potentes" de un virus en circulación, la "inmunidad" inducida por la vacuna hace lo contrario (108). El Dr. Sucharit Bhakdi afirma que la inmunidad de grupo ya está presente, las vacunas son innecesarias (109).

Otras fuentes consultadas para este apartado: (([110](#)) ([111](#)) ([112](#)) ([113](#)) ([114](#)) ([115](#)) ([116](#)) ([117](#)) ([118](#)) ([119](#))).

"VACUNAS"

Existe en la sociedad (no en los medios de comunicación), un debate sobre la peligrosidad y al mismo tiempo sobre la eficacia de este tipo de preparados experimentales. Es evidente que la sustancia a la que se insiste en llamar "vacuna" es un suero que no ha superado la fase de experimentación clínica y que no ha sido autorizado por la Agencia Española del Medicamento; por tanto, no es seguro.

Tipos de "vacunas"

Los principales tipos de "vacunas" contra la Covid-19, son (1) (2) (3):

- "Vacunas" de ARN mensajero (ARNm). Este tipo de "vacuna" usa ARNm genéticamente modificado para brindarle a tus células instrucciones sobre cómo producir la proteína S que se encuentra en la superficie del virus de la Covid-19. Después de la "vacunación", tus células inmunitarias comienzan a producir las partes de la proteína S y a mostrarlas en la superficie de las células. Esto hace que el organismo produzca anticuerpos. Una vez que envía las instrucciones, supuestamente el ARNm se degrada inmediatamente. Teóricamente, nunca ingresa al núcleo de las células, donde se almacena tu ADN. Tanto la "vacuna" contra la Covid-19 de Pfizer-BioNTech como la de Moderna, utilizan ARNm.
- "Vacunas" basada en un vector. En este tipo de "vacuna", el material genético del virus de la Covid-19 se coloca en una versión modificada de otro virus (vector viral). Cuando el vector viral ingresa en las células, entrega el material genético del virus de la Covid-19 que brinda instrucciones a las células para hacer copias de la proteína S. Una vez que las células muestran las proteínas S en su superficie, el sistema inmunitario responde mediante la creación de anticuerpos y glóbulos blancos de defensa. Si más adelante te infectas con el virus de la Covid-19, los anticuerpos combatirán el virus. La "vacuna" Janssen de Johnson & Johnson y la de AstraZeneca y la Universidad de Oxford, se incluyen en este grupo.
- "Vacunas" de subunidades proteicas. Solo incluyen las partes de un virus que mejor estimulan al sistema inmunitario. Este tipo de "vacuna" contra la Covid-19 contiene proteínas S. Una vez que el sistema inmunitario reconoce las proteínas S, crea anticuerpos y glóbulos blancos de defensa. La "vacuna" de Novavax, pertenece a este grupo.
- "Vacunas" con virus inactivados o atenuados. Utilizan un virus previamente inactivado o atenuado, de modo que no provoca la enfermedad, pero aún así genera una respuesta inmunitaria. La "vacuna" Sinovac, pertenece a este grupo.
- "Vacunas" que utilizan ADN en su estrategia. El ácido nucleico [penetra](#) y se inserta en las células humanas, que producirán copias de la proteína viral (generalmente, la proteína S), es decir, [utilizan ADN](#) que codifica la proteína de la espiga del SARS-CoV-2. A este grupo pertenece la "vacuna" de Zydus Cadila (India) (ZyCoV-D).

En lo que se refiere a los sueros que utilizan el ARNm, los más novedosos, en teoría, supuestamente, una vez que el ARNm mensajero ha penetrado citoplasma de una célula del paciente vacunado, se traduce por el ribosomas, que fabrican la proteína objetivo que luego se someterá a un proceso de plegado postraduccional que permitirá la formación de una proteína tridimensional completamente

funcional. El ARNm "vacunas" de Moderna (mRNA-1273) y de Pfizer / BioNTech (BNT162b2) codifica la proteína pico SARS-CoV-2 responsable de unión al receptor ACE2, responsable en última instancia de la entrada del virus en las células. En estudios preclínicos, supuestamente, se observó que anticuerpos producidos después de la vacunación que se unen a la proteína de pico, principalmente su dominio de unión al receptor, neutralizan el virus evitando que se una al receptor ACE2 en las células diana (4).

Ciencia en las "vacunas"

Existen dos tipos de "vacunas" de ARNm: autorreplicantes (también llamadas auto- amplificado) y no replicantes. Las "vacunas" comercializadas por Pfizer y Moderna son del tipo que no se replica. Éste es el tipo más simple y consta de una cadena de ARNm, que está empaquetado y que es inoculado en el cuerpo. Penetrará en nuestras células para producir el antígeno (proteína de pico del SARS-CoV-2) que estimulará nuestra sistema inmunitario. Las vacunas de ARNm autorreplicantes, incluyen no sólo la secuencia genética del antígeno requerido, sino también la maquinaria de replicación de ARN necesaria para que el ARNm se amplifique un mayor número de veces una vez que penetra en el citoplasma celular, asegurando una mayor producción de antígenos, por la célula afectada. Este tipo de "vacuna" produce una mayor cantidad de antígeno que teóricamente ayuda a lograr una mayor respuesta inmune en forma de anticuerpos neutralizantes.

En ambos tipos de "vacunas", el ARNm está envuelto en una cápsula protectora, como nanopartículas de lípidos, que lo protegerán de su rápida degradación a medida que viaja a través de nuestro cuerpo y permite su eficiente penetración a través de la membrana celular externa (5).

Sabemos que los retrovirus introducen su material genético permanentemente en nuestro ADN. De hecho, el 8% de nuestro código genético es de origen viral, conocido como "genes retrovirales". Sin embargo, cientos de miles de mutaciones aleatorias similares, podrían haber sido dañinas para las personas afectadas y probablemente haber provocado una enfermedad grave o la muerte.

Las empresas comerciales que fabrican "vacunas" de ARNm, los funcionarios de salud del gobierno y varias universidades, aseguran firmemente que dicho material genético no puede introducirse en nuestro genoma. Se basan en el concepto de unidireccionalidad del flujo de información genética celular para afirmar que no hay posibilidad de mutagénesis de nuestro ADN mediante la inserción de ARNm, ya que es literalmente imposible que entre en el núcleo celular.

Los únicos argumentos "probatorios" para esta afirmación son:

1.- Imposibilidad de la unión física al ADN: el ARNm no puede pasar del citoplasma al núcleo debido al efecto barrera que la membrana nuclear supone y debido a que el ARNm es degradado naturalmente después de la traducción en proteínas en el citosol.

2.- Ausencia de transcriptasa inversa (RT): afirman que, incluso si lograra ingresar al núcleo, no podría convertirse en ADN y entrar en nuestro genoma ya que no hay RT que permita tal conversión.

Hasta ahora, **las "vacunas" de ARNm nunca se habían utilizado clínicamente, por lo que estas afirmaciones, no han sido probadas de manera confiable a nivel clínico.** El primero de estos argumentos que rechazan cualquier riesgo de mutagénesis, se basa en la idea simplista de que el ADN del núcleo es transcrito en ARNm que atraviesa la membrana nuclear y cuando llega al citoplasma se traduce en proteínas leyéndolo en los ribosomas. Está **perfectamente probado que el proceso ADN-ARNm-Proteínas no es un proceso exclusivamente unidireccional y que la dirección opuesta, es perfectamente posible. Hay 4 situaciones en las que esto puede suceder: las dos primeras en células en división celular y las dos siguientes en células en interfase (6).**

Mecanismos de integración en el ADN nuclear:

- 1) Integración del ADN. A pesar de ser un riesgo no estudiado para los receptores de la "vacuna", la literatura científica claramente demuestra la alta probabilidad de que estos contaminantes, presenten peligros de mutagénesis autoinmune y/o inserción genómica. Estos riesgos siempre se han subestimado. En un ensayo inicial de terapia génica, expertos de la División de Terapia Génica de la FDA estimaron que el riesgo de que se produzcan mutaciones o cáncer por fragmentos de ADN humano o retroviral, es de 1 en un billón. Trágicamente, cuando se administraron fragmentos de ADN retrovírico y humano a niños con enfermedad SC1D en un ensayo de terapia génica, 4 de 9 (44%) de los niños desarrollaron leucemia (7).
- 2) Integración del ARN. El uso por parte de los virus de sus propios RT para el intercambio de ARN por ADN, se conoce desde hace décadas. Entre los más estudiados, están los virus de la inmunodeficiencia humana. RT, también conocida como ADN polimerasa dependiente de ARN, es una enzima presente en retrovirus que atraviesa la cadena de ARNm y sintetiza una cadena de ADN complementaria (ADNc) a partir de la plantilla de ARNm. Además, RT participa en la formación de una doble hélice de ADN de una sola cadena de ADNc (8).

Se ha identificado actividad de RT endógena específica en espermatozoides, que puede revertir la transcripción de ARN exógeno directamente y generar copias de ADNc. Estas copias se pueden transferir como estructuras

extracromosómicas y pasadas a la descendencia de una manera no mendeliana (9).

El uso de ARNm en una vacuna puede inducir alteraciones genéticas que puede transmitirse a la descendencia a través del espermatozoides afectado, pero su uso especialmente en mujeres embarazadas podría producir una mutagénesis del células en crecimiento del feto, alterando la diferenciación inherente a la formación de órganos en desarrollo (10).

Una parte esencial de la retórica oficial, es que por las razones anteriormente citadas, el ARNm nunca puede modificar el ADN, sin embargo, como se demuestra, esa afirmación también es incorrecta (11) (12).

Las "vacunas" Covid-19 pueden potencialmente inducir nuevos eventos adversos crónicos catastróficos porque contienen o inducen la producción de proteína de pico. Las modulaciones relacionadas con la proteína de pico, incluidos los cambios en la secuencia de ARNm, los cambios en la secuencia de aminoácidos, la ruta de entrada, la cantidad recibida, la coadministración con adyuvantes u otros excipientes y la colocación de la proteína de pico en otros virus (vectores de vacuna de adenovirus); podrían crear una enfermedad crónica más grave y más común que con la infección natural Covid-19. También existe el riesgo de diseminación de la "vacuna" Covid-19 basada en adenovirus y el potencial de contaminación de los animales en el suministro de alimentos. **Son muchos y variados los riesgos potenciales que presentan (riesgo de enfermedad por priones; riesgo de autoinmunidad; riesgo de penetración de la barrera hematoencefálica; riesgo de los nuevos adyuvantes; incorporación en el anfitrión, el receptor de la "vacuna", en su ADN; diseminación viral; VIH e infecciones secundarias y contaminación de las fuentes de alimentos),** todos ellos, sugieren que la aprobación comercial/regulatoria de las vacunas específicas de Covid-19 fue prematura (13).

Hay un gran motivo de preocupación porque todas las "vacunas" Covid-19 aprobadas, contienen o codifican una proteína de pico. Las "vacunas" generalmente incorporan pequeños cambios en la secuencia de aminoácidos de la proteína espiga o en su secuencia de ARNm. No se sabe si estos cambios podrían inducir más enfermedades crónicas, incluida la enfermedad por priones, que la proteína de pico de tipo salvaje. Debido a que todas las "vacunas" se crearon antes de que se conociera el riesgo de las proteínas de pico, es dudoso que esta preocupación se haya abordado antes del desarrollo y comercialización de las mismas.

Existen riesgos, aún no evaluados, asociados a las nuevas plataformas de vacunas basadas en tecnología de ARNm y vectorizadas que ameritan más investigaciones. Por ejemplo, **el riesgo de generar enfermedad por priones debido al potencial de convertir proteínas de unión a ARN y ADN en sus**

conformaciones priónicas patológicas, algo que se podría ver a medio y largo plazo; **o la carcinogenicidad** (aún no evaluada) de las vacunas, **en especial de las vectorizadas con adenovirus humanos y de chimpancé**. Hay estudios que han demostrado que los virus que infectan a una especie, pueden causar tumores si se inyectan en otra especie. Un adenovirus humano de tipo 12 inyectado en primates no humanos bebés, provocó un cáncer de ojo 12 a 36 meses después de la inyección. Uno a tres años después de la inyección, el adenovirus humano provocó masas tumorales que eran indistinguibles del retinoblastoma humano, un tumor de retina que afecta a los niños. Por lo tanto, **tampoco se puede descartar que una vacuna de adenovirus pueda provocar cáncer en los seres humanos, cuando se inyecta en edades tempranas**. Las líneas celulares humanas (por ejemplo de riñón de embrión humano HEK 293, o de retina de feto humano), se han modificado con la ayuda de los adenovirus para transformarlas en líneas celulares inmortales ([14](#)).

Adicionalmente, **es necesario tener en cuenta que, tal como se observó durante el proceso de desarrollo de vacunas para el virus SARS-CoV-1 en 2003 (que es 80% similar al SARS-CoV-2), existe la posibilidad de que se genere una enfermedad potenciada por el uso de vacunas o anticuerpos (ADE), y/o una inmunopatología Th2 de tipo alérgica y anafiláctica**. En aquel entonces, los ensayos en animales mostraron inmunopatologías y procesos inflamatorios graves en el 100% de los animales inoculados, independiente el tipo de vacuna utilizada, al exponerlos al virus salvaje o circulante ([15](#)).

Consecuencias de las "vacunas": Eventos adversos y muertes

Si analizamos los datos oficiales recogidos en las diferentes bases de datos, comprobamos la cruda realidad; la administración del suero, ha dado lugar a: muertes (**oficialmente entre Estados Unidos (VAERS), Europa (EUDRAVIGILANCE) y Reino Unido (YELLOW CARD-NHS); hay ya 38 775 fallecidos y 3 992 259 eventos adversos reportados**), abortos espontáneos o partos prematuros ([16](#)) ([17](#)) ([18](#)) ([19](#)) ([20](#)) ([21](#)) ([22](#)) (**el 82% de las mujeres embarazadas que reciben la "vacuna" en las primeras 20 semanas de gestación o en los 30 días siguientes al embarazo, sufren abortos espontáneos** ([23](#)), aún así, los CDC están recomendando la "vacuna" Covid a embarazadas y encima, basándose en un [estudio](#) que ni siquiera, está revisado por pares, exactamente lo mismo que hizo la OMS para los PCR con cero rigurosidad científica), trastornos cardíacos ([24](#)) ([25](#)) ([26](#)) ([27](#)) ([28](#)) ([29](#)) ([30](#)) ([31](#)) ([32](#)), parálisis de Bell ([33](#)) ([34](#)) ([35](#)) ([36](#)), síndrome de Guillain-Barré ([37](#)) ([38](#)) ([39](#)), trastornos de la coagulación sanguínea ([40](#)) ([41](#)) ([42](#)) ([43](#)) ([44](#)) ([45](#)) ([46](#)), perjuicio del sistema inmunológico ([47](#)) ([48](#)) ([49](#)), trastornos neuronales ([50](#)) ([51](#)) ([52](#)) ([53](#)) ([54](#)), uveítis (inflamación ocular que puede causar ceguera permanente) ([60](#)), [artralgia](#) (dolor articular) y otros efectos secundarios ([61](#)) ([62](#)) ([63](#)) ([64](#)). **Es importante ser consciente de que según el informe Lazarus** ([65](#)) ([66](#)), **el número de eventos adversos reportados oficialmente, es solo el 1% de los reales, por lo tanto, para saber aproximadamente el número**

real de muertes y eventos adversos, las cantidades recogidas en las bases de datos anteriormente mencionadas, debemos multiplicarlas por 100. Se ha constatado que estas mal llamadas "vacunas", son las más peligrosas de la [historia](#) según los propios datos de los CDC y VAERS. En la actualidad, se han registrado más del [doble de muertes](#) después de las inyecciones de las "vacunas" Covid-19 durante los últimos 9 meses (desde que se autorizó el uso de emergencia de las inyecciones antiCovid-19), que las muertes registradas después de TODAS las vacunas durante los últimos 30 años.

De forma más detallada:

En Estados Unidos, hasta el 27 de agosto, **tenemos 650 077 eventos adversos reportados (67) (85 971 graves (68)) y 13 911 muertes (69)**. Los datos totales del VAERS para todos los grupos de edad combinados, muestran:

- 56 912 hospitalizaciones.
- 76 159 casos que requirieron cuidados urgentes.
- 103 837 visitas al médico.
- 5752 casos de anafilaxias.
- 4832 casos de parálisis de Bell.
- 1709 abortos
- 6217 ataques al corazón.
- 5222 casos de pericarditis y miocarditis.
- 18 098 casos de discapacidad permanente.
- 2870 casos de trombocitopenia / plaquetas bajas.
- 26 655 casos de reacciones alérgicas severas.
- 14 328 casos en los que peligró la vida del paciente.
- 7578 casos por herpes.

En Europa, hasta el 28 de [agosto \(70\) \(71\)](#), **tenemos 23 252 muertos y 2 166 285 eventos adversos reportados (50% graves)**. Desarrollado por vacuna:

Eventos Adversos Eudra	Moderna	Pfizer	AstraZeneca	Janssen	Total
Datos a 28 de agosto 2021	Lesiones				
Desórdenes generales	66 120	233 060	252 726	18 073	569 979
Desórdenes del sistema	44 413	157 906	200 612	14 451	417 382

Eventos Adversos Eudra	Moderna	Pfizer	AstraZeneca	Janssen	Total
nervioso					
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	31 854	119 361	146 034	11 210	308 459
Desórdenes gastrointestinales	21 962	79 775	94 704	6418	202 859
Desórdenes de la piel y tejido subcutáneo	13 759	43 628	44 382	2134	103 903
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	10 583	38 718	33 244	2327	84 872
Infecciones e infestaciones	7206	29 213	23 713	1424	61 556
Desórdenes vasculares	6672	24 682	23 161	2174	56 689
Investigaciones	4891	22 233	21 049	3621	51 794
Desórdenes cardiacos	6927	22 767	15 620	998	46 312
Desórdenes linfáticos y de la sangre	4896	24 474	11 375	617	41 362
Desórdenes psiquiátricos	4835	16 131	18 169	895	40 030
Desórdenes de la vista	3956	14 054	16 991	927	35 928
Subtotal	228 074	826 002	901 780	65 269	2 021 125
Otros	20 545	62 764	58 324	3527	145 160
Total	248 619	888 766	960 104	68 796	2 166 285

Muertes	Moderna	Pfizer	AstraZeneca	Janssen	Total
Datos a 28 de agosto 2021	Fallecimientos				
Desórdenes generales	2364	3176	1220	239	6999
Desórdenes cardiacos	646	1683	583	110	3022
Desórdenes del sistema nervioso	609	1242	793	118	2762
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	582	1330	602	84	2598
Infecciones e infestaciones	385	1101	316	47	1849
Desórdenes vasculares	234	477	361	95	1167
Desórdenes gastrointestinales	222	478	252	44	996
Investigaciones	115	360	110	62	647
Desórdenes linfáticos y de la sangre	56	152	203	27	438
Lesiones, envenenamiento y complicaciones de procedimientos	113	173	139	12	437
Desórdenes del metabolismo y nutrición	136	201	67	19	423
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	121	142	69	22	354
Desórdenes urinarios y renales	103	187	46	9	345
Desórdenes psiquiátricos	105	150	43	10	308
Trastornos de la piel y tejidos subcutáneos	51	99	35	4	189
Cirujía y procedimientos médicos	67	30	21	35	153
Trastornos hepatobiliares	24	53	48	8	133
Subtotal	5933	11 034	4908	945	22 820
Otros	96	232	83	21	432
Total	6029	11 266	4991	966	23 252

En el Reino Unido, hasta el 25 de agosto (72) (73) **tenemos 1612 muertes y 1 175 897 eventos adversos reportados.** 1319 casos de anafilaxis severa; Parálisis de Bell (se producen pero no hay datos); 434 trombocitopenia; 12 síndrome de extravasación capilar; 33 221 desórdenes de la menstruación o

sangrado inesperado; 759 miocarditis-pericarditis; reacciones cutáneas (se producen pero no hay datos, fundamentalmente con Moderna); 463 síndrome de Guillain-Barré. La lista es más larga, se puede comprobar accediendo a las referencias (74) (75) (76) (77). **El número de muertes por las "vacunas" Covid en el Reino Unido en 6 meses, es un 407% mayor que las muertes debidas a las otras vacunas juntas en los últimos 11 años (78) (79). Las reacciones adversas a las inyecciones de Covid-19 son 17.5 veces más altas que las reacciones adversas a todas las demás vacunas combinadas desde 2010 (80) (81).**

En [Australia](#), hasta el 02 de septiembre:

De más de 32 millones de pruebas de Covid-19 realizadas, el gobierno ha registrado un poco más de 56 000 como "positivas" y de ellas hay 1019 muertes. Las autoridades australianas informan de 466 [muertes](#) (hasta el 17 de agosto) después de las inyecciones antiCovid-19. Tienen 49 574 casos de eventos adversos y 164 819 casos con síntomas.

No hay informes disponibles sobre Janssen (inyecciones de J&J) que recibió la aprobación provisional en Australia el 25 de junio de 2021. [Aquí](#) hay una lista de todas las lesiones reportadas, ingresadas y divulgadas por la TGA hasta el 17 de agosto de 2021.

En el caso de Estados Unidos, **hay que destacar que de las muertes reportadas en VAERS, el 67% de ellas, ocurren dentro de los 21 días siguientes a la "vacunación"** (82). Excluyendo los "informes extranjeros" presentados en el VAERS, hasta el 27 de agosto, se informaron [514 270](#) eventos adversos, incluidas [6296](#) muertes y [39 947](#) lesiones graves. **De las 6296 muertes reportadas, 789 ocurrieron dentro de las 24 horas posteriores a la "vacunación" (83), el 1140 ocurrieron dentro de las 48 horas posteriores a la "vacunación" (84) y 2009 ocurrieron en personas que experimentaron un inicio de los síntomas dentro de las 48 horas posteriores a la "vacunación" (85).** Esto nos da una idea de la rapidez con la que causan el daño y, analizando el conjunto de todos los datos; de la poca seguridad con la que cuentan estos [sueros experimentales](#) ((86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129) (130) (131) (132) (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139) (140) (141) (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) (150) (151) (152) (153) (154) (155) (156) (157) (158) (159) (160)).

Además de las pruebas bibliográficas, hay otras muchas que también muestran cuál es la auténtica realidad de las "vacunas". Por ejemplo, reportes de los eventos adversos que encontramos en redes o en publicaciones divulgativas (161) (162); o vídeos explicativos como el siguiente, basado en datos oficiales (163) (enlace alternativo [164](#)) o como estos [otros](#): (165) (166) (167) (168) (169)

([170](#)) ([171](#)) ([172](#)) ([173](#)) ([174](#)) ([175](#)) ([176](#)) ([177](#)) ([178](#)) ([179](#)) ([180](#)) ([181](#)) ([182](#)) ([183](#)) ([184](#)) ([185](#)) ([186](#)) ([187](#)) ([188](#)) ([189](#)) ([190](#)) ([191](#)) ([192](#)) ([193](#)) ([194](#)) ([195](#)) ([196](#)) ([197](#)) ([198](#)) ([199](#)) ([200](#)) ([201](#)) ([202](#)) ([203](#)) ([204](#)) ([205](#)) ([206](#)) ([207](#)) ([208](#)) ([209](#)) ([210](#)) ([211](#)) ([212](#)) ([213](#)) ([214](#)) ([215](#)) ([216](#)) ([217](#)) ([218](#)) ([219](#)) ([220](#)) ([221](#)) ([222](#)) ([223](#)) ([224](#)) ([225](#)) ([226](#)) ([227](#)) ([228](#)) ([229](#)) ([230](#)) ([231](#)) ([232](#)); o audios informativos de diferente naturaleza ([233](#)) ([234](#)) ([235](#)) ([236](#)) ([237](#)) ([238](#)) ([239](#)) ([240](#)) ([241](#)); o testimonios de profesionales como los biólogos: Dña. Almudena Zaragoza y D. Fernando López Mirones ([242](#)) ([243](#)) ([244](#)) ([245](#)) ([246](#)) ([247](#)), o de diferentes médicos con diferentes especialidades:

Dr. Robert Malone (inventor de las vacunas con soporte de ARNm) ([248](#)); Dr. Peter McCullough ([249](#)) ([250](#)) ([251](#)) ([252](#)); distintos profesionales recogidos en un vídeo de AFLDS (America's Frontline Doctors) ([253](#)) (entre ellos el Dr. Cole, patólogo independiente ([254](#))); Dr. Laurent Mucchielli, director de investigación del Centro Nacional francés para la Investigación Científica (CNRS) ([255](#)); Dr. Byram Bridle ([256](#)) ([257](#)) ([258](#)); Dra. Anna Goodwin ([259](#)); Dra. Cindy de Villiers ([260](#)); Dr. Michael Yeadon (ex vicepresidente y director científico de Pfizer) ([261](#)) ([262](#)); Dr. Josh Guetzkow ([263](#)) ([264](#)); Dr. Vladimir Zalenko ([265](#)) ([266](#)) ([267](#)) ([1](#)) ([1](#)); Dr. Trinidad Castellero (ex-Ministro de Salud de Panamá) ([268](#)); Dra. Shelley Cole ([269](#)); Dra. Karina Acevedo-Whitehouse ([270](#)); Dra. Simone Gold ([271](#)) ([272](#)) ([273](#)) ([274](#)); Dra. Carrie Madej ([275](#)) ([276](#)); Dra. Jessica Rose ([277](#)) ([278](#)) ([279](#)); Dra. Martínez Albarracín ([280](#)) ([281](#)); Dra. Judy Mikovitz y Dr. Joseph Mercola ([282](#)); Dra. Sherri Tenpenny ([283](#)) ([284](#)); Dra. Dolores Cahill ([285](#)) ([286](#)); Dr. Roger Hodkinson ([287](#)) ([288](#)); Dra. Stephanie Seneff y Dr. Joseph Mercola ([289](#)); Dr. Tom Cowan ([290](#)) ([291](#)); 5 doctores (Dra. Chistine Northrup, Dra. Carrie Madej, Dra. Lee Merritt, Dra. Sherri Tenpenny y Dr. Larry) ([292](#)); Dra. Chistine Northrup ([293](#)) ([294](#)); Dra. Lee Merritt ([295](#)) ([296](#)) ([297](#)) ([298](#)); Dr. Steve Hotze ([299](#)) ([300](#)); Dra. Roxana Bruno ([301](#)) ([302](#)) ([303](#)); Dra. Chinda Brandolino ([304](#)); Dra. Natalia Prego ([305](#)); Dr. Geert Vanden Bossche ([306](#)) ([307](#)); Dra. Jane Ruby ([308](#)) ([309](#)) ([310](#)) ([311](#)); Dr. Sucharit Bhakdi ([312](#)); Dr. Ben Edwards ([313](#)); Dra. Jane Lindsay ([314](#)); Dr. David Martin ([315](#)); Dr. Charles Hoffe ([316](#)) ([317](#)) ([318](#)); Dr. Chris Shaw ([319](#)); Dra. Viviane Brunet ([320](#)); Dr. Alain Tortosa ([321](#)); Dra. Judy Mikovitz y Dr. Robert O. Young ([322](#)); Dr. Andrew Kaufman ([323](#)); Dra. Carrie Madej y Dr. Andrew Kaufman ([324](#)); Dra. Nadya Popel ([325](#)); Dr. Antonio Alarcos ([326](#)) ([327](#)) ([328](#)) ([329](#)); Dr. Richard Fleming ([330](#)) ([331](#)); Dra. Stella Immanuelle ([332](#)); Dr. Bryan Ardis ([333](#)); Dra. Karladine Graves ([334](#)); Dr. Vernon Coleman ([335](#)) ([336](#)); Dr. Ben Edwards ([337](#)); Dra. Angelina Farella ([338](#)); Dr. Roy Martina ([339](#)); Dr. Ryan ([340](#)); Dr. Mark Trozzi ([341](#)); Dra. Janci Chunn Lindsay ([342](#)); Dr. Pierre Kory ([343](#)); Dr. Peter Breggin ([344](#)); Dr. Andrew Wakefield ([345](#)); Kate Shemirani y Dr. Kevin Corbett ([346](#)); Dr. Joel S. Hirschhorn ([347](#)); Dr. Steven Pelech, Dr. Paul Alexander, Dra. Keren Epstein-Gilboa, Dr. Mark Trozzi, Dr. Stephan Malthouse ([348](#)); Dr. Barre Lando ([349](#)); Dr. David Bauer ([350](#)); Dr. Dan Stock ([351](#)); Dr. Marcelo Martínez ([352](#)); Dr. Ruiz Valdepeñas ([353](#)) (enlace alternativo [354](#)); Dr. Luis Miguel Benito ([355](#)); Dr. Wolfgang Wodarg y Dr. Stefan Hockertz ([356](#)); Prof. Luc Montagnier and Dr. Wolfgang Wodarg ([357](#)); Dr. Russell Blaylock ([358](#)); Dra. Tess Lawrie; Dr. José Trascos; Dr. Richard Urso; Dra. Anne McCloskey; Dra. Patricia Callisperis; Dr. Bryan Tyson; Dra. Christina Parks; Dra. Amanda Vollmer; médicos que cuentan las experiencias que viven con los eventos

adversos de las "vacunas" y otros aspectos relacionados con su [seguridad](#) (359) (360) (361), o en general [hablando](#) sobre el virus y las "vacunas" (362) (363) (364) (365).

Se ha analizado las sangre de "vacunados: la Dra. Jane Ruby afirma que los [resultados](#) encontrados son horribles, lo cual es confirmado por médicos [franceses](#) y por médicos y abogados [alemanes](#). A principios de julio, el Dr. Philippe van Welbergen, Director Médico de Clínicas Biomédicas, fue [entrevistado](#) en un canal comunitario de Sudáfrica. Explicó que cuando sus pacientes comenzaron a quejarse de fatiga crónica, mareos, problemas de memoria, incluso a veces parálisis y aparición tardía de menstruación abundante (mujeres de 60 años o más), tomó muestras de sangre. **Su sangre tenía estructuras inusuales en forma de tubo, algunas partículas que se iluminaban y muchas células dañadas.** Fueron visibles [pocas células sanas](#). Hasta tres meses antes, nunca había visto estas formaciones en sangre. En una conferencia médica en los Países Bajos, descubrió que se estaba discutiendo sobre sangre similar; algunas muestras de sangre incluso mostraron glóbulos rojos y azules, que no eran materia orgánica. "Al unir los puntos, descubrimos que **todos habían recibido la 'vacuna' de Covid**", dijo el Dr. van Welbergen. En el siguiente [vídeo](#), se explica como las "vacunas" de ARNm, afectan a las células, **el 62% de los pacientes recientemente "vacunados" tienen evidencia de coagulación y presentan daños permanentes.** Las "vacunas" Covid destrozan las células [I](#) y el [sistema inmunológico](#).

Como hemos comprobado, la lista de eventos adversos de las "vacunas" no tiene fin, ni por el número de ellos, ni por la variedad; mientras, los prospectos de éstas, son papeles en blanco (366). Las consecuencias de las mal llamadas "vacunas", así como otros aspectos del discurso oficial, han sido denunciados públicamente, incluso, en parlamentos de diferentes países (367) (368) (369) (370) (371) o por algún diputado fuera del parlamento, como es el caso Dña. Luz Belinda Rodríguez (diputada del parlamento andaluz) (372) o en [medios de comunicación](#). El **Primer Ministro australiano**: "Es culpa de cada cual, si muere a causa de la vacuna, porque **es su obligación obtener la aprobación por escrito de su médico de cabecera, antes de vacunarse**" (373). Recientemente el Dr. **Luc Montagnier**, galardonado con el **premio Nobel de Medicina** en el año 1984 por el descubrimiento y codificación del VIH; ha hecho unas declaraciones de tremendo impacto (374):

Ha confirmado que no hay posibilidad de supervivencia para las personas que recibieron alguna forma de "vacuna". "No hay esperanza ni tratamiento posible para quienes ya han sido vacunados. Debemos estar preparados para incinerar los cuerpos". Apoyó las afirmaciones de otros virólogos destacados después de estudiar los componentes de la vacuna. "Todos morirán por la mejora dependiente de anticuerpos. No se puede decir nada más. Es un gran error, ¿no? Un error científico y también un error médico. Es un error inaceptable. Los libros de historia mostrarán esto, porque es la vacunación la que está creando las variantes".

De igual forma, confirmando lo que dice el Dr. Montagnier, **4 doctores de tremendo prestigio como son: Judy Mikovitz, Sherry Tenpenny, Dolores Cahill y María Mirande, afirman que un gran número de "vacunados" morirán** (375) (376) (377), según el Dr. Peter [McCullough](#): **"El programa de 'vacunación' masiva contra la Covid será 'uno de los más mortales' de la historia"**, incluso, otro autor ha establecido una correlación entre las dosis de "vacunas" administradas y la (IA) incidencia acumulada a 14 días y el porcentaje de ocupación de camas UCIs (378). Siguiendo en la misma línea, el director del Instituto de Patología de la Universidad de Heidelberg, **Dr. Peter Schirmacher**, que ha realizado más de cuarenta autopsias en personas que han fallecido dos semanas después de su "vacunación"; ha dicho que en su opinión, se subestima la frecuencia de las consecuencias fatales de las "vacunas"; según él, **entre un 30 y un 40% de ellas murieron como consecuencia de la "vacuna"** (379). En países como: [Tailandia](#), [Vietnam](#), [Indonesia](#), [Taiwan](#) o [Israel](#), que aún teniendo incidencias muy bajas o incluso nulas, decidieron empezar a "vacunar"; los datos de fallecimientos son demoledores tras la "vacunación". Unos meses antes de que las primeras "vacunas" Covid-19 recibieran la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) a finales de 2020, una experta en seguridad de vacunas a nivel mundial, advirtió que **las circunstancias apresuradas hacían esencial "hacer bien [el monitoreo de la seguridad]" mediante el escrutinio "intensivo" y "robusto" de los eventos adversos después del despliegue experimental. Como afirmó esta experta, "desplegar cualquier nueva vacuna basada en datos de ensayos clínicos acelerados en una población sin un sistema de control de la seguridad que funcione es imprudente e irresponsable dadas las herramientas disponibles"**. Además, añadió, "cualquier inversión necesaria para reforzar el control de seguridad sería poco costosa en comparación con la enorme financiación asignada al desarrollo y la ampliación de la "vacuna" Covid". El pasado mes de septiembre, esa misma experta, Dra. Helen Petousis-Harris, escribió que "no evaluar la seguridad de las "vacunas" Covid con toda nuestra capacidad sería fundamentalmente un error" (381).

El Dr. [Montagnier](#), ha resumido los peligros potenciales de estas "vacunas":

- Efectos secundarios a corto plazo:

"Éstas no son las reacciones locales normales que se encuentran para cualquier vacuna, las reacciones graves involucran la vida del receptor, como un **shock anafiláctico relacionado con un componente de la mezcla de la 'vacuna', o alergias graves o una reacción autoinmune a la aplasia celular. En este grupo deberíamos incluir una serie de problemas sanguíneos letales que implican coágulos y pérdida de plaquetas que provocan accidentes cerebrovasculares, hemorragias cerebrales** y otros impactos".

- Falta de protección de la "vacuna":

“Los anticuerpos inducidos no neutralizan una infección viral, sino que la facilitan dependiendo del receptor. Es posible que este último ya haya estado expuesto al virus de forma asintomática. Los anticuerpos inducidos naturalmente pueden competir con los anticuerpos inducidos por la ‘vacuna’”.

“La producción de anticuerpos inducida por ‘vacunación’ en una población altamente expuesta al virus conducirá a la selección de variantes resistentes a estos anticuerpos. Estas variantes pueden ser más virulentas o más transmisibles. Esto es lo que estamos viendo ahora. Una carrera interminable de ‘vacunas’ contra el virus que siempre se convertirá en una ventaja para el virus”.

- Efectos a largo plazo:

“Contrariamente a lo que afirman los fabricantes de “vacunas” de ARN mensajero, **existe el riesgo de integración del ARN viral en el genoma humano.** Nuestras células tienen la capacidad de invertir la transcriptasa del ARN al ADN. Aunque se trata de un evento poco común, no se puede excluir su paso a través del ADN de las células germinales y su transmisión a las generaciones futuras”.

En cuanto a la tan comentada inmunidad colectiva, ha dicho: **“Las ‘vacunas’ actuales no previenen la transmisión del virus de persona a persona y los ‘vacunados’ son tan transmisivos como los no ‘vacunados’. Por lo tanto, la esperanza de una ‘inmunidad colectiva’ mediante un aumento en el número de ‘vacunados’ es totalmente inútil”.**

Defendió el tratamiento temprano de la infección con ivermectina y antibiótico bacteriano porque hay un cofactor bacteriano que amplifica los efectos del virus.

Las duras opiniones del Dr. Montagnier han sido compartidas por el estimado virólogo belga Dr. Vanden [Bossche](#):

"Dada la **enorme cantidad de escape inmunológico que provocarán las campañas de “vacunación” masiva y las medidas de contención complementarias,** es difícil imaginar cómo las intervenciones humanas no harían que **la pandemia de Covid-19 se convirtiera en un desastre increíble para la salud global e individual”.**

Un [estudio](#), encuentra que **miles de millones de personas “vacunadas” corren un riesgo real de sufrir una mejora dependiente de anticuerpos.** Según OurWorldInData.org, el 31.7% de la población mundial ha sido vacunada a día 21 de agosto de 2021. Eso es alrededor de 2400 millones de personas, y cada una de ellas ha tomado un suero médico experimental no probado y potencialmente mortal. Posiblemente el mayor experimento jamás realizado en la

humanidad. **El estudio proporciona una evidencia sólida de que las inyecciones de Covid-19 que se administran en todo el mundo, sin lugar a dudas, causarán efectos ADE en las personas cuando estén expuestas a la variante Delta o potencialmente a otros coronavirus.** Lo que el artículo describe es una mejora clásica dependiente de anticuerpos, lo que significa que una reacción hiperinflamatoria puede matar a la persona ya que su sistema inmunológico "preparado" reacciona de forma exagerada a nuevas infecciones. El documento afirma que las "vacunas" actuales deben desecharse y quizá, reemplazarse con vacunas nuevas de "segunda generación" que estén diseñadas para atacar los objetivos antigénicos de la variante Delta (esto no deja de ser una tontería porque si el virus Covid-19 realmente existe, entonces siempre mutará a una nueva forma y eludirá las inyecciones actuales que se ofrezcan, sin importar cuántas inyecciones se administren a la población mundial). **Solo la inmunidad natural podría poner fin a esta supuesta pandemia porque las inyecciones actuales que se ofrecen no previenen la infección y no previenen la transmisión.**

Con miles de millones de personas ya inyectadas, los hallazgos de este estudio científico sugieren que **es perfectamente plausible que miles de millones de personas puedan morir debido a la mejora dependiente de anticuerpos u otros efectos devastadores causados por las "vacunas" Covid-19, como el daño vascular de la proteína de pico.** Ya lo estamos viendo en el Reino Unido:

Según el [informe](#), desde el 1 de febrero de 2021 y hasta el 15 de agosto de 2021 ha habido 390 muertes entre la población no "vacunada", un aumento de 137 con respecto al último recuento realizado en el informe anterior donde la cifra confirmada fue de 253 hasta el 2 de agosto de 2021. Esto equivale al 0.2% de todas las infecciones confirmadas entre la población no "vacunada", en línea con la tasa de mortalidad promedio observada desde que comenzó la supuesta pandemia de Covid-19. Sin embargo, hasta el 15 de agosto de 2021 la población totalmente "vacunada" ha sufrido un total de 679 muertes. Esto en un aumento de 277 en el informe anterior donde la cifra confirmada fue 402. Equivale al 0.9% de todas las infecciones confirmadas entre la población completamente "vacunada". **Esto sugiere que la "vacuna" Covid-19 en realidad aumenta el riesgo de muerte en al menos un 338% en lugar de reducir el riesgo de muerte en un 95%.**

Fundamentalmente, en la actualidad, a la espera de los efectos a largo plazo, las [muertes](#) por las "vacunas", se están produciendo por dos razones diferentes:

Algunos miles de personas han muerto a causa de infecciones irruptivas porque las vacunas no son eficaces para prevenir una nueva infección. Lo que ahora está muy claro es que los sueros experimentales no son eficaces. El número de infecciones irruptivas se está acelerando por dos razones. A medida que más personas reciben la "vacuna", un grupo más grande de personas "vacunadas" genera más infecciones. Y con la nula efectividad de dichos sueros, aumentan las probabilidades de contraer una infección importante. Si bien, en general, muchas

infecciones irruptivas no causan problemas médicos importantes, en una fracción de los casos las víctimas necesitan hospitalización y algunas mueren.

La otra causa de muerte por "vacunación" son problemas sanguíneos complejos, a saber, diferentes tipos de coágulos sanguíneos, la pérdida de plaquetas sanguíneas y los episodios de hemorragia resultantes que son letales. Hay que pensar en términos de hemorragias cerebrales, accidentes cerebrovasculares y ataques cardíacos.

Otro estudio ([382](#)) publicado en Journal of American Medical Association (JAMA) muestra que 1 de cada 100 000 personas tenía miocarditis relacionada con la "vacuna" y 1.8 de cada 100 000 personas tenían pericarditis, en comparación con los datos de los CDC de que 4.8 personas de cada millón sufren miocarditis después de recibir una "vacuna" Covid. En otro [estudio](#) firmado por el franco-israelí Steve Ohana y la genetista británica Alexandra Henrion Caude; cito literalmente: "Mi nueva investigación con Alexandra revela un pico en el exceso de mortalidad entre los adultos jóvenes israelíes (de 20 a 49 años) en febrero-marzo de 2021. **Este pico coincide con el comienzo de la campaña de 'vacunación' en Israel**". Una explicación de este exceso de mortalidad causada por Covid-19 nos parece poco realista dada la inconsistencia observada desde febrero de 2021 entre las muertes por Covid y el exceso de mortalidad en adultos jóvenes. **Otros dos países que se han "vacunado" masivamente (Reino Unido y Hungría) están experimentando un fenómeno comparable, que no se observa en promedio en un grupo de 23 países europeos que han 'vacunado' de manera más moderada.** A nivel médico, fuentes recientes establecen el vínculo entre miocarditis y adultos jóvenes. Por otro lado, se observó un aumento del 20-30% en el paro cardíaco en adultos jóvenes israelíes en enero-mayo de 2021 (frente a 2019/2020). **Este cúmulo de observaciones debería conducir a nuestro juicio a frenar la campaña de vacunación mientras se aclara el origen del exceso de mortalidad de adultos jóvenes en países que han vacunado masivamente a su población contra el Covid-19**".

Un reciente [estudio](#), que realiza una revisión de los datos de los ensayos clínicos de las "vacunas" Covid-19 concluye que **no hay datos científicos que demuestren que las vacunas puedan mejorar la salud de la población**. No sólo eso, el informe dice que **los datos parecen apuntar en la dirección opuesta**, infiriendo que hay más daño que bien en recibirlas. Analizando cada una de las vacunas individualmente, el estudio se centra en los eventos adversos que se producen después de la vacunación con cada una de las "vacunas" actualmente disponibles, y alega que **"el deterioro real de la salud causado por las 'vacunas' es probablemente mucho peor de lo que sugieren la mayoría de las tablas de datos disponibles"**.

Un **abogado** de Ohio, **Thomas Renz**, abogado principal en varios casos importantes entablados contra agencias federales relacionados con fraude y violaciones de los derechos a la libertad médica; ha presentado una denuncia en

un tribunal federal de Estados Unidos en nombre de AFLDS, que se basa en una **declaración jurada**, bajo amenaza de perjurio, de una denunciante experta que atestiguó "que **ha habido al menos 45 000 muertes a causa de esta 'vacuna'**", estos números se basan en la cantidad de personas que **murieron dentro de los tres días posteriores a la "vacuna"** en un solo sistema que informa al gobierno federal. Según se sabe, hay alrededor de 11 o 12 sistemas que están reportando muertes y heridos al gobierno y, obviamente, **las cifras reales son "inmensamente más altas"** (383). Algo parecido ha hecho otro abogado, **Michael Green**, ha presentado una demanda colectiva en Hawai, contra los mandatos de "vacunas" del gobernador y el alcalde. **Dice que "la 'vacuna' está matando a personas en todo el país. Existen tratamientos efectivos. No es necesario hacer pruebas a personas asintomáticas porque los CDC dicen que no transmiten el virus"** (384).

Como ha quedado demostrado, el dogma de la supuesta seguridad de las vacunas, también es erróneo, los sueros experimentales, no son seguros.

Dado que las lesiones provocadas por las vacunas Covid se producen a una escala sin precedentes (y que médicos y científicos creíbles emiten advertencias urgentes sobre los daños a corto y largo plazo), puede resultar cada vez más difícil para la industria de las "vacunas" esconder sus problemas bajo la alfombra estadística.

En 1976, las autoridades de salud pública se vieron obligadas a detener el despliegue de una vacuna contra la gripe porcina que se movilizó rápidamente, después de que una avalancha de publicidad negativa y unos 4000 eventos adversos graves (incluyendo el síndrome de Guillain-Barré y la muerte), se hicieran imposibles de ignorar. Esta "debacle médica", ahora ampliamente reconocida como tal, se convirtió en el centro de atención de un episodio de 1979 de 60 Minutes. Con más de medio millón de lesiones causadas por las "vacunas" Covid notificadas ya sólo al VAERS, y muchas más notificadas en todo el mundo, los acontecimientos actuales empujeñen la "debacle" de 1976 (385).

Según un artículo publicado por Alex [Berenson](#), un informe filtrado revela que **Moderna** sabe que su inyección antiCovid-19 **ha causado más de 300 000 afectados en 3 meses y los ha ocultado a las autoridades sanitarias.**

Hace muy poco, **se ha publicado un vídeo y también algún artículo en homenaje a las víctimas de las "vacunas" y me gustaría recordarlos** (387) (388) (389); **en señal de profundo respeto. De igual forma, también, me gustaría recordar a todas aquellas personas que aunque no han muerto, sí han sufrido las terribles consecuencias de inyectarse los sueros experimentales y que han visto como su vida se ha convertido en un infierno** (390) (391) (392) (393) (394) (395) (396).

Consentimiento informado

Es de vital importancia desde el punto de vista legal (es algo por lo que, desde ese punto de vista, las autoridades y el personal sanitario, tienen la obligación de velar), pero es tanto o incluso más importante desde el punto de vista clínico. "La comprensión por parte del paciente es una parte fundamental del cumplimiento de los estándares de ética médica del consentimiento informado en los diseños de los estudios", escriben los doctores Timothy Cardozo y Ronald Veazey en un estudio titulado "Informed consent disclosure to vaccine trial subjects of risk of Covid-19 vaccines worsening clinical disease" ([386](#)). El objetivo del estudio fue determinar si existe suficiente literatura para exigir a los médicos que revelen el riesgo específico de que las "vacunas" Covid-19, puedan empeorar la enfermedad tras la exposición al virus circulante. Se revisó la literatura publicada para identificar evidencias preclínicas y clínicas de que las "vacunas" Covid-19 podrían empeorar la enfermedad tras la exposición al virus. Se revisaron los protocolos de ensayos clínicos para las "vacunas" Covid-19 para determinar si los riesgos se divulgaron adecuadamente.

Resultados del estudio

Las "vacunas" Covid-19 diseñadas para provocar anticuerpos neutralizantes, pueden sensibilizar a los receptores de la "vacuna" a una enfermedad más grave que si no estuvieran vacunados.

Las vacunas para el SARS, MERS y RSV nunca han sido aprobadas, y los datos generados en el desarrollo y prueba de estas vacunas sugieren una seria preocupación mecanicista: que las vacunas diseñadas empíricamente usando el enfoque tradicional (que consiste en la proteína Spike del coronavirus no modificada o mínimamente modificada para provocar anticuerpos neutralizantes), ya sean compuestos de proteína, vector viral, ADN o ARN e independientemente del método de administración, pueden empeorar la enfermedad Covid-19 a través de la potenciación dependiente de anticuerpos (ADE).

Este riesgo está lo suficientemente oculto en los protocolos de los ensayos clínicos y los formularios de consentimiento para los ensayos en curso de la "vacuna" Covid-19, que es poco probable que se produzca una comprensión adecuada de este riesgo por parte del paciente, obviando el consentimiento verdaderamente informado de los sujetos de estos ensayos.

Conclusiones extraídas del estudio e implicaciones clínicas

El riesgo específico y significativo de Covid-19 a través de la ADE, debería haber sido y debería ser divulgado de manera prominente e independiente a los sujetos de investigación que se encuentran

actualmente en ensayos de "vacunas", así como a aquellos que están siendo reclutados para los ensayos y futuros pacientes después de la aprobación de la "vacuna", con el fin de cumplir con el estándar de ética médica de comprensión del paciente para el consentimiento informado.

"Negacionistas"

En muchos medios de comunicación se habla de que el número de "negacionistas" de las mal llamadas "vacunas", es un porcentaje ínfimo, un 3% según ellos. Vamos a demostrar, que es un nuevo error del discurso oficial. Los datos reales independientes (no condicionados por los distintos gobiernos), fueron expuestos en mayo pasado, en un macroanálisis análisis a nivel mundial ([397](#)):

En el primer año completo de la pandemia de Covid-19, **un 32% de los adultos a nivel mundial, o 1300 millones de personas, no se vacunarían**, el 68% dijeron que estarían de acuerdo en vacunarse si una vacuna contra el coronavirus estuviera disponible para ellos sin costo alguno. Sin embargo, al igual que el número mundial, en la mayoría de los países, los porcentajes no alcanzaron el 70% estimado que, según algunos expertos, sería necesario vacunar para lograr la inmunidad colectiva en una población. Lo que es más importante, **si todos los que dijeron que estaban dispuestos a recibir la vacuna contra el coronavirus realmente lo hicieran, solo 38 de los 116 países y áreas que se analizaron durante la segunda mitad de 2020, alcanzarían el umbral mínimo estimado del 70% para lograr la inmunidad colectiva. Solo un país, Myanmar, superaría la estimación más alta del 90%**. Si observamos la prensa independiente, encontramos que los datos "oficiales", no cuadran con la realidad ([398](#)) ([399](#)) ([400](#)) ([401](#)) ([402](#)) ([403](#)) ([404](#)) ([405](#)) ([406](#)) ([407](#)) ([408](#)) ([409](#)) ([410](#)) ([411](#)) ([412](#)) ([413](#)) ([414](#)) ([415](#)) ([416](#)) ([417](#)) ([418](#)) ([419](#)) ([420](#)) ([421](#)) ([422](#)) ([423](#)) ([424](#)), incluso, el Dr. Raúl Ortiz de Lejarazu ([425](#)), reconoce que es bastante grande el número de los llamados "negacionistas" (también llamados "antivacunas") a nivel mundial.

En países como Rumanía y Bulgaria, hay un [rechazo](#) generalizado a los sueros experimentales y los datos de contagios son mucho mejores que los de países con una tasa alta de "vacunación", de tal forma que los respectivos gobiernos se van a deshacer de las "vacunas" sobrantes. Contrariamente a las expectativas fuertemente promovidas por políticos, medios de comunicación y establecimientos de salud pública, los búlgaros y rumanos vieron un número bajo de infecciones Covid-19 este verano, mientras continuaron negándose a recibir las "vacunas". De hecho, los dos países tienen algunas de las tasas más bajas de infecciones por Covid por cada 100 000 personas en Europa, según un [análisis estadístico](#) de países europeos del 22 de agosto:

"La tasa de "vacunación" actual en Rumanía es la mitad en comparación con la de Bulgaria (0.13 "vacunas" por cada 100 habitantes de media en los últimos siete días) y 7.5 veces más baja que la media de la UE (0.45 "vacunas" por cada 100 habitantes)", según [Romania Insider](#). "En el extremo opuesto, Dinamarca ha

administrado 0.94 dosis de "vacuna" por cada 100 habitantes en promedio durante los últimos siete días". Las tasas de "vacunación" de Bulgaria y Rumanía desde la publicación de la "vacuna" en 2020 no son significativamente diferentes.

Durante el verano, la tasa de vacunación del 25% de Rumania no la llevó a experimentar un aumento en las infecciones. "Las [autoridades](#) dicen que Rumanía ha recibido más de 16 millones de dosis de varias "vacunas" fabricadas en occidente, pero se ha utilizado menos del 55%, ya que el número de "vacunas" administradas diariamente se ha reducido a alrededor de 20 000 desde 100 000 el mes pasado. Una tasa de infección en desaceleración ha debilitado el ímpetu de algunos en Rumania para "vacunarse": solo se informaron 31 nuevos casos de Covid-19 y cinco muertes en la última semana de julio lo que se suma a un total nacional de 1.08 millones de infecciones y 33 786 muertes". La semana del 5 de julio vio un mínimo de 285 casos confirmados. Si bien las últimas semanas de agosto han experimentado un aumento a casi 4000 casos en una semana, sigue siendo mucho más bajo que las tasas de prevacunación y los primeros meses de 2021. El 29 de marzo vio 38 000 casos confirmados de Covid y las infecciones continuaron disminuyendo durante la primavera.

Los líderes políticos búlgaros tampoco han convencido a sus ciudadanos para que reciban la "vacuna". El país también ha experimentado un verano suave, con una disminución de las infecciones durante la primavera. Actualmente, solo el 16% de su población adulta se considera completamente "vacunada". "A día 14 de agosto, el 20.1% de la población adulta en [Bulgaria](#) ha recibido al menos una dosis de la "vacuna" contra Covid-19 y el 18.2% está doblemente "vacunado", según muestran los datos del Portal de información de coronavirus único". La mayoría de los meses de este verano han visto menos de [1000](#) casos confirmados semanales de Covid. En [Corea del norte](#), tampoco quieren "vacunas", le han ofrecido tres millones de "vacunas" chinas Sinovac del fondo Covax y las ha rechazado. El gobierno norcoreano ha expresado sus dudas sobre la eficacia de las "vacunas" contra el coronavirus. Los medios de comunicación públicos informan con frecuencia de incidentes en Estados Unidos y Europa en los que las personas "vacunadas" han tenido reacciones adversas. Hasta el 19 de agosto, el país asiático no había registrado ningún caso de coronavirus, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según se desprende de un estudio ([426](#)), si analizamos las causas de que existan esos "negacionistas", encontramos que claramente son razones científicas, hay una gran diferencia entre dichos "negacionistas" y los "covidianos"; los primeros, se cuestionan el discurso oficial y buscan fuentes de información científicas e independientes, no sujetas a condicionamientos de ninguna clase, que confirmen o desmientan dicho discurso. Los segundos, creen lo que dicen los medios de comunicación y no se cuestionan absolutamente nada. Evidentemente, esos "negacionistas", son los únicos que disponen de información real y con base científica contrastada; así por ejemplo, en Estados Unidos el 53% de los no vacunados, creen que las "vacunas" son más peligrosas que el virus, ese pensamiento es compartido por un 7% de los vacunados y por un 34% de los indecisos ([427](#)). Como se puede observar, cuanto más "negacionista", más cerca

están de la realidad que demuestran los datos de fallecimientos y nuevos contagios.

Otro de los dogmas del discurso oficial, es que los "negacionistas", son personas de una inteligencia limitada y escasa titulación. Vamos a demostrar, que esta consideración, también es errónea:

En un nuevo estudio ([428](#)), de investigadores de la Universidad Carnegie Mellon y la Universidad de Pittsburgh descubrieron que los estadounidenses con mayor nivel educativo, son también los que más vacilan en cuanto a "vacunas". Encuestaron a no menos de 5 millones de estadounidenses que respondieron a encuestas sobre si "probablemente" o "definitivamente no planeaban recibir una vacuna Covid".

Lo más "sorprendente" es el desglose de la vacilación por las vacunas por nivel de educación. **Encuentran que la asociación entre la vacilación y el nivel de educación sigue una curva en forma de U con la vacilación más alta en los más educados. Las personas con bajo nivel académico, tenían la menor vacilación, y la mayor vacilación se encontraba entre los que tenían un doctorado.**

Además, mientras que la mayor caída en la vacilación por las vacunas durante los primeros cinco meses de 2021, se daba entre los que presentaban nivel académico más bajo; los menos propensos a cambiar de opinión, fueron los que tenían un doctorado. El estudio también revela que la preocupación más común para aquellos que dudan en tomar la vacuna, son los posibles efectos secundarios, con la falta de confianza en el gobierno en segundo lugar.

Los resultados de la investigación desacreditan por completo la idea, amplificada por las narrativas de los medios, de que solo las personas "tontas" dudan en vacunarse. También demuele la caracterización de algunos elitistas que consideran como "sofisticados" a todos los vacunados". **Por tanto, según se desprende de estos estudios, las personas más inteligentes, las de mayor nivel académico, las menos volubles de opinión y las mejor informadas científicamente; están entre los "negacionistas".** Otro punto más de la retórica dogmática del discurso oficial, que se constata que es erróneo.

Otros aspectos relacionados con la pandemia que es bueno considerar para tener una visión global

Según parece, los médicos cobran por estar en los centros de vacunación ([429](#)) ([430](#)):

"Para mí, como médico residente, tengo que decir que el salario en los centros de vacunación es simplemente gigantesco. Aquí nos pagan 100 euros brutos la hora. A principios de año era una cantidad de 5 dígitos (15.600 euros) pero también ahora es mucho. Actualmente se encuentra en el rango de 4 dígitos. Sí, a veces he de decir que también tenía mala conciencia ganando tanto aquí. Al final, dejé a un lado mi conciencia culpable en algún momento y dije, así son las cosas ahora".

Según parece, no son los únicos:

También el personal sanitario cobra por estar en centros de vacunación ([431](#)) y no son los únicos, por ejemplo, en enero la Comunidad de Madrid, adjudicó de forma directa un contrato de seis meses a Cruz Roja por 804 098 euros para sumar 25 trabajadores a la inmunización de los más vulnerables ([432](#)), Comunidad que por cierto, llegó a pagar 2000 euros diarios por cada paciente en UCI a los hospitales privados ([433](#)), para una cantidad total de 19.2 millones de euros a la sanidad privada por atender a contagiados de la primera ola ([434](#)). 40 millones de euros en total a lo largo de la pandemia. También Andalucía, Extremadura, Navarra, Castilla y León y la Comunitat Valenciana, hicieron uso de la sanidad privada en la tercera ola y Catalunya en la primera ([435](#)).

En Cataluña, la Generalidad, fijaba en enero los precios que pagaría a los hospitales concertados y privados ([436](#)) ([437](#)) ([438](#)): 43 400 euros por paciente en la UCI. Los centros concertados decía, recibirán el mismo pago fijo del mes de febrero y si han atendido a pacientes con coronavirus cobrarán un 4% más. Además, los centros podrán facturar "actividad extraordinaria" derivada de la pandemia: además de los 43 400€ por paciente que haya estado en la UCI y reciba el alta, los hospitales recibirán 5000€ euros por paciente que no haya pasado por la UCI y haya estado ingresado más de 72 horas o haya muerto y 2500€ por cada enfermo que haya permanecido en el centro menos de tres días; se pagan 93€ por cada PCR hecho, por cada alta de convalecencia en hospitales de campaña (pabellones) 1381.30€, por cada alta de hospitalización a domicilio 942.08 € y por cada estancia de larga duración 85.55€. **Un detalle importante que no debemos de olvidar, es que esos ingresos, dependen de un diagnóstico con un test y ya sabemos que el número de falsos positivos que producen es altísimo aunque algunos se empeñen en obviarlo. El que un hospital cobre o no alguna de las cantidades mencionadas, depende de un test PCR o de alguna de las otras formas de diagnóstico,** por mucho que el área de prensa del Departamento de Salud diga que: "Lo que determina la tarifa es el motivo del ingreso" ([439](#)). Es obvio, que si un paciente entra en un hospital, es por un diagnóstico previo y porque el médico correspondiente considera que dicho paciente debe ser ingresado, es decir, antes hay un diagnóstico y aunque a algunos les pese o lo quieran tapar, los test son las herramientas que utilizan, independientemente del número de veces que repitan dicho test.

En [Cantabria](#), el Gobierno también retribuyó al personal sanitario implicado en el plan de "vacunación" contra la Covid-19 con más de 1.1 millones de euros para compensar la actividad extraordinaria que supuestamente llevó a cabo fuera de la

jornada ordinaria. De la cuantía total aprobada 900 000 euros se destinaron a los profesionales del Hospital Valdecilla de Santander, 150 000 a los del Hospital Sierrallana de Torrelavega, 60 000 a los del hospital comarcal de Laredo y 30 000 a los del Tres Mares de Reinosa.

A nivel público, es difícil trazar un camino hasta el valor final porque el valor de los servicios sanitarios públicos no está publicitado, pero un primer acercamiento, para que nos hagamos una idea, llevaría a situar la cifra total que han costado los pacientes Covid en la sanidad pública, sobre los 2300 millones desde marzo hasta finales de 2020. Para calcular estos datos primero hay que concretar el precio de la estancia en una cama de planta de hospital y otra de UCI. Para ello se han escogido los datos publicados por el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) que están actualizados. En 2020, un día de cama en un hospital público tenía un valor de 986 euros al día (todo incluido) mientras que la estancia en una Unidad de Vigilancia Intensiva, ascendía a 1713 euros. Una vez hallados estos datos, hay que ir al estándar o media de permanencia en un hospital que sufre un paciente con coronavirus. El Centro Europeo de Control de Enfermedades establece una primera pista: cuatro días después del ingreso hospitalario se entra en UCI (los pacientes que empeoran). En marzo de 2020, en España, la media de estancia en UCI llegó a los 25 días, a los que había que sumar unos doce en planta que requería ese paciente de gravedad. Además, a los pacientes que no necesitaban cuidados intensivos, se les solía tener unos doce días en la planta del hospital, hasta que dieran negativo ([440](#)). También en este caso utilizan los mismos métodos de diagnóstico, por tanto, también procede hacer las mismas consideraciones mencionadas para los hospitales privados y concertados.

Según parece, los médicos reciben dinero de las farmacéuticas ([441](#)):

En 2018, los médicos españoles recibieron 600 millones de las farmacéuticas. Desde 2018, estos pagos se publican con nombre y apellidos. La cifra es un 5% superior al 2017 y un 20% mayor que cuatro años antes. Las cifras de esta colaboración anual las publica desde 2016 la propia patronal de Farmaindustria ([442](#)). Además de la publicación de la cuantía total que realiza la patronal, todos los laboratorios farmacéuticos asociados (más de 190 compañías), han publicado en sus webs la relación completa de sus colaboraciones con los médicos en el año 2018, con el nombre y apellido de cada destinatario. Si un médico no acepta este modelo de transparencia, no puede colaborar con la industria farmacéutica.

La mayor parte de los 600 millones, 259 millones de euros, la invirtieron los laboratorios en contratos con organizaciones y profesionales sanitarios para desarrollar proyectos de investigación. La siguiente partida con más ayudas es la que reciben los médicos de la industria farmacéutica para cubrir los gastos por acudir a congresos científicos (118 millones). Las prestaciones por servicios profesionales fueron de 84 millones de euros, y las donaciones, que sólo pueden ir destinadas a organizaciones sanitarias, ascendieron a 37.5 millones. Los portales de transparencia de Pfizer y Janssen publican los "[honorarios](#)" que han dado en 2020 a profesionales sanitarios, hospitales, comunidades autónomas y otras instituciones.

Según un artículo de D. Diego Pohl en la revista Plaza ([443](#)), ese mismo año, presuntamente, una multinacional farmacéutica paga un total de diez millones de euros a médicos e instituciones científicas que, en la gran mayoría de casos, debían posicionarse sobre algunos productos y cuya recomendación positiva suponía obtener ventas millonarias para esa compañía. El nombre de la multinacional es GSK, pero no es la única. Ese mismo año, las farmacéuticas Pfizer, Sanofi y MSD también pagaron decenas de millones de euros. En algunos casos esos pagos han llegado a altos funcionarios de la administración de la sanidad pública.

Un caso mediático: Filipe Froes, neumólogo y médico portugués experto en Covid-19, recibió más de 385 000 euros de 24 empresas farmacéuticas por su participación en conferencias y servicios como consultor. El importe abonado se refiere al periodo comprendido entre 2013 y agosto de 2021, siendo Pfizer la farmacéutica que más pagos realizó al especialista, por un [importe](#) de 146 748 euros. Solo entre 2020 y 2021, Filipe Froes recibió 26 407 euros de Pfizer para participar en reuniones médicas, conferencias y congresos. El neumólogo es consultor de la Dirección General de Salud (DGS), coordinador de la Oficina de Crisis de la Asociación Médica Portuguesa, miembro del Consejo Nacional de Salud Pública y experto de la Comisión Técnica Nacional de Vacunación de la DGS. El médico también es un comentarista habitual de los medios de comunicación sobre Covid-19. Habiendo recibido esas cantidades, su habitual defensa de las farmacéuticas y de la inoculación generalizada, son bastante sospechosas. Lo que nos tenemos que preguntar es cuántas personas están cobrando por defender a las farmacéuticas, por promover las "vacunas" o por hablar bien del gobierno correspondiente y de sus medidas antiCovid.

Según parece, con las "vacunas", los beneficios económicos para las farmacéuticas, son considerables ([444](#)):

Pfizer anunció unos beneficios netos en el primer trimestre de 4877 millones de dólares, un 45% más que en el mismo periodo del pasado año. Solo la "vacuna" ha reportado a la empresa 3500 millones de dólares, convirtiéndose en su producto más vendido.

AstraZeneca también informó de unos beneficios netos de 3144 millones de dólares en el periodo de 2020, un 159% más que el año anterior.

Moderna, otra de las empresas cuya "vacuna" está presente en todo el mundo, anunció unos beneficios netos de 1733 millones de dólares en el primer trimestre de 2021 con la "vacuna" contra la Covid-19. Se han hecho pedidos de 1500 millones de dosis de la "vacuna" para 2021 y 2022, con 460 millones de dosis para la UE y 500 millones para los Estados Unidos. Esto le costará a la Unión Europea 10 300 millones y a los Estados Unidos 7500 millones. Se estima que la empresa generará unos 18 400 millones de dólares en ingresos por las ventas de "vacunas" contra el coronavirus solo este año. El [margen de beneficio](#) de Moderna es del 44% por dosis, generando unos 8000 millones de dólares en beneficios para 2021. A pesar de este alto margen, la empresa ha indicado que espera aumentar los precios de las "vacunas" una vez que termine la pandemia.

El fabricante, presuntamente, está empleando estructuras de "[evasión de impuestos](#)" para [trasladar](#) sus ganancias a Suiza y al estado estadounidense de Delaware. Moderna embolsará ganancias libres de impuestos con los pinchazos financiados con fondos públicos. Un contrato filtrado entre Moderna y la Comisión Europea muestra que los pagos por las "vacunas" ordenadas por la UE van a una subsidiaria recientemente establecida de Moderna en Basilea. Suiza es conocida por sus bajas tasas impositivas y sus acuerdos fiscales secretos. Debido a este secreto, es imposible saber exactamente cuántos impuestos paga Moderna en Suiza, pero al contabilizar sus ganancias en esta jurisdicción de impuestos bajos, es probable que Moderna pague poco en impuestos sobre los miles de millones de euros que puede ganar con la crisis del coronavirus.

Además, las patentes de la "vacuna" de Moderna están registradas en Delaware, Estados Unidos, un verdadero paraíso para las patentes. Delaware no grava los ingresos que provienen de activos intangibles, como las patentes. Es probable que gran parte de las ganancias obtenidas por Moderna se transfieran a Delaware a través del pago de regalías por el uso de patentes, donde se gravarán con una tasa baja.

[Rovi](#) es el principal fabricante de la "vacuna" Moderna contra el coronavirus fuera de Estados Unidos. La empresa fabrica en Granada el principio activo de ARNm de Moderna, materia prima que sirve para 100 millones de dosis. Es una de las pocas empresas del mundo que pueden realizar el ciclo completo de la "vacuna".

La familia López-Belmonte, principales accionistas de Rovi, vendió aproximadamente un 3% del capital social del laboratorio. La operación llegó en un momento en el que las acciones de la empresa cotizaban en máximos históricos gracias al acuerdo de fabricación de la "vacuna".

La venta coincide en un momento de crecimiento bursátil extraordinario para el laboratorio, al calor de las noticias sobre el acuerdo de producción para Moderna. En el último año, su capitalización se ha revalorizado un 125%, a un ritmo especialmente intenso en verano pasado cuando anunció el acuerdo.

Gracias a la pandemia los beneficios aumentaron el año pasado un 65% y el valor bursátil de la empresa supera ahora los 3000 millones de euros.

La tecnología para estas "vacunas" se desarrolló utilizando fondos públicos y los precios a los que se venden las "vacunas" a los gobiernos de todo el mundo permiten a las empresas farmacéuticas obtener ganancias masivas, NEGOCIO REDONDO POR TODAS PARTES. El tiempo medio para que una vacuna para cualquier enfermedad salga al mercado, es de [5-10](#) años, siendo el tiempo récord hasta ahora, [4](#) años. Para el caso de la enfermedad conocida como Covid-19, en menos de dos años tenemos [320](#) en fase de desarrollo y 12 que han logrado pasar a la fase 3 (inyectándose ya o muy próximas a poder hacerlo): Pfizer, Moderna, Astrazeneca, Janssen, Cansino, Sinovac, Shinopharm, Gamaleya, Novavax, Bharat, Sanofi, Curevax. Estas cifras nos demuestran dos cosas: las farmacéuticas ven un negocio muy lucrativo (no olvidemos que no dejan de ser empresas que buscan el mayor margen de

beneficio posible) y que teóricamente (así lo demuestran los datos reales) es imposible que puedan ser efectivas, las prisas nunca son buenas consejeras, lo cual además, las convierte en peligrosas (ya estamos comprobando con datos reales, la escasa seguridad con que cuentan), puesto que es materialmente imposible que hayan hecho estudios a medio y largo plazo antes de comenzar a inocularse. Aún así, la mayoría de: políticos, instituciones, medios de "comunicación", e incluso de médicos o sanitarios; las recomiendan...Curioso, ¿verdad? El problema es que lo que aquí está en juego es la salud personal y la colectiva de la propia raza humana; las inyecciones no se pueden devolver como hacemos cuando hemos comprado un producto defectuoso.

Es interesante leer el testimonio ([445](#)) de Ivor Cummings (Ingeniero bioquímico que ha pasado los últimos nueve años investigando la salud metabólica y que conoce muchos detalles de las farmacéuticas) sobre las "vacunas" y el tema Covid:

"Las compañías farmacéuticas reconocieron que es posible que las "vacunas" no tengan ningún impacto en los contagios", dice. "En teoría no debería influir en los contagios. Y los datos del mundo real dicen que no. Entonces, la presión para vacunar no se basa en ninguna ciencia. Simplemente se basa en un deseo. Y es necesario cuestionar ese deseo".

"¿Cuál es la obsesión de intentar vacunar a todas las personas? Siento que parte de esto tiene que ver con el lucro y la influencia farmacéutica. Y también para poder justificar un pasaporte o permisos de vacunación".

"Y en parte, creo que existe el temor de que tener un grupo de control sustancial, digamos que el 20 % o 30 % de las personas sin vacunar, demuestre que a menos que tengan afecciones médicas, en realidad no están en la peor situación y no contagian. Entonces, creo que ahora existe un deseo por eliminar el grupo de control".

"Un grupo de control demuestra que el medicamento o las medidas de confinamiento no son tan buenas. Entonces, creo que ese es otro impulsor. La desesperación es la clave para deshacerse del grupo de control y vacunar a todas las personas, pero llega un punto en el que ya no puede percibir eso".

De hecho, esto es justo lo que han hecho Moderna y Pfizer, ambos eliminaron los grupos de control originales en sus pruebas iniciales de la vacuna antiCovid al proporcionarles la "vacuna" real de ARNm. Esto se hizo a pesar de que los ensayos estarán, supuestamente, en curso durante otros dos años.

"Todo es una especie de farsa, y no es necesario ser un teórico de la conspiración para decir que se trata de una farsa. En el fondo, la ciencia elemental se invirtió, le dieron la vuelta, se maceró y la tiraron al orinal. Y eso sin tocar temas complicados. Es una locura".

"Quiero decir, que la mayoría de las personas ni siquiera se dieron cuenta de que la vacuna está bajo autorización de uso de emergencia (EUA). Un hombre en

Irlanda fue a siete farmacias y les preguntó: ¿Cuál es el riesgo que corre mi hija de 20 años de contraer Covid? ¿Y cuál es el riesgo que tiene de sufrir efectos secundarios a causa del medicamento? Y no pudieron responder”.

“Casi todos dijeron: 'Esto está completamente probado'. Les mostró los documentos y les dijo que es solo para uso de emergencia. Y no, en realidad no está completamente aprobada. Se sorprendieron un poco. Así que incluso todas las personas que administran [las “vacunas” antiCovid] no conocen ninguno de los hechos”.

“Los farmacéuticos pensaban que los efectos secundarios eran de 1 entre cientos de miles. Pero el folleto de Johnson & Johnson que trajo esta persona mostraba que había 1 en 10 000 posibilidades de un coágulo grave en el cerebro, la linfa o el bazo, etcétera”.

“Así que ni siquiera estaban al tanto del contenido del folleto. Por lo tanto, no existe el consentimiento informado ya que la persona que administra la “vacuna” no comprende los riesgos y en realidad la persona que los recibe tampoco”.

“En Irlanda, conozco personas dentro del sistema médico y la mayoría no se registra. Cuando las personas tienen una reacción, las envían a la sala de emergencias. La sala de emergencias simplemente trata el problema. Nadie toma un lápiz para tomar notas. Así se ha hecho durante todo el tiempo. Entonces, escuché la estimación de que, en promedio, los problemas registrados los podría multiplicar por 5 o 10 para obtener la cantidad real”.

Vacunación de niños-adolescentes

Me gustaría hacer mención especial a lo que las mal llamadas “vacunas”, están ocasionando en los jóvenes de entre 12 y 17 años, mostrando datos que están recogidos en bases de datos oficiales y que, por tanto, se encuentran al alcance de cualquier persona:

Los datos de seguridad aún están en desarrollo. No obstante, **ya se ha visto a corto plazo que cerca del 86% de los niños inoculados con la “vacuna” de ARNm** sufrieron alguna reacción adversa y en el estudio fase I/II de la “vacuna” a virus inactivado, se describió un caso grave de reacción adversa. **Se han reportado, entre otros: inflamación cardíaca (miocarditis aguda y miopericarditis) en adolescentes varones sanos de 14 a 19 años dentro de los 4 días posteriores a la recepción de la segunda dosis de la vacuna contra Covid-19, con hallazgos de troponina sérica elevada, un ECG anormal y una resonancia magnética cardíaca anormal; Síndrome de Guillain Barré, y coagulopatías.** Estos efectos no fueron observados en los ensayos clínicos previos, como así **tampoco era conocido el efecto dañino que posee por sí sola la proteína espiga, en ausencia de virus, a nivel vascular y mitocondrial, ni su posible biodistribución por todo el organismo.** Estos hallazgos científicos recientes, generan incertidumbre acerca de los efectos inesperados a mediano y largo plazo

derivados de la permanencia del antígeno vacunal en el plasma y de posibles reacciones inmunitarias cruzadas con órganos y tejidos, que puedan desencadenar la aparición de autoinmunidad. Debido a que son "vacunas" que se encuentran en fase experimental, debería evitarse la inoculación en los niños, por principio de precaución, ante el desconocimiento de la posible afectación de la fertilidad tanto en las niñas como en los niños, en su etapa reproductiva (1).

En Estados Unidos, hasta el 27 de agosto, según los últimos datos de VAERS para el rango de edad de 12-17 años, se han producido 12 879 eventos adversos en total, incluidos 912 clasificados como graves y 15 muertes notificadas (2). Las "vacunas" antiCovid-19 administradas a los adolescentes tienen 7.5 veces más muertes, 15 veces más discapacidades y 44 veces más hospitalizaciones que todas las demás vacunas aprobadas por la FDA COMBINADAS, que están recibiendo estos adolescentes. En Estados Unidos ha habido 3000 casos más, más muertes, más hospitalizaciones y más eventos potencialmente mortales en los últimos 9 meses entre los adolescentes, que en los últimos 5 años para TODAS las vacunas.

En un estudio publicado el 30 de julio (3), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) reconocieron casi 400 informes de niños de entre 12 y 17 años que experimentaron inflamación del corazón después de recibir la vacuna de Pfizer/BioNTech. El estudio de los CDC también **incluyó 14 informes de muertes después de la "vacunación" en adolescentes.** Entre los que murieron, cuatro tenían entre 12 y 15 años, y 10 ocurrieron en jóvenes de 16 a 17 años.

Aunque en las muertes revisadas por los CDC se incluyeron 2 reportes de muertes como "suicidios", hay otros 2 informes de "embolia pulmonar", 2 "hemorragias intracraneales", 1 informe de "insuficiencia cardíaca" y 1 "trastorno sanguíneo poco común".

Todas las muertes fueron revisadas por médicos de los CDC y seis muertes están pendientes de análisis adicionales. Se determinó que ninguno de los informes de muerte fue causado por una inflamación del corazón.

Cabe tener en cuenta que un estudio calcula que solo el 1% de la totalidad de los eventos adversos se llegan a reportar correctamente.

En general, el estudio de los CDC revisó los eventos adversos entre los jóvenes de 12 a 17 años informados al Sistema de notificación de eventos adversos de las vacunas (VAERS) en los Estados Unidos entre el 14 de diciembre de 2020 y el 16 de julio de 2021.

Según el estudio de los CDC, hasta el 16 de julio, alrededor de 8.9 millones de adolescentes estadounidenses de entre 12 y 17 años habían recibido la vacuna de Pfizer-BioNTech. **El VAERS recibió 9246 informes después de la**

vacunación con esta vacuna en este grupo de edad: el 9.3% fueron por eventos adversos graves, incluida la miocarditis (4.3% o 397 informes).

Los CDC también revisaron los eventos adversos para el grupo de edad de 12 a 17 años informados durante el mismo período de tiempo a [V-safe](#), un sistema de vigilancia de seguridad basado en teléfonos inteligentes controlado por los CDC y socios privados.

Según el estudio, 129 000 adolescentes estadounidenses de entre 12 y 17 años se inscribieron en V-safe después de la "vacunación" con Pfizer. Informaron reacciones locales (63.4%) y sistémicas (48.9%) con una frecuencia similar a la informada en los ensayos clínicos previos a la autorización. Las reacciones sistémicas fueron más frecuentes después de la dosis dos.

El estudio indicó que una pequeña cantidad de participantes de V-safe, informaron que fueron hospitalizados después de la "vacunación"; sin embargo, V-safe no registra un motivo de hospitalización y no se puede determinar si la hospitalización estaba relacionada con la "vacunación". Aunque los administra el CDC, el público no puede acceder a los datos de V-safe.

Aunque **el estudio de los CDC** no vinculó ninguna de las muertes que ocurrieron en el grupo de 12 a 17 años con la inflamación del corazón, sí **encontró que los eventos adversos graves reportados con mayor frecuencia en ese grupo de edad incluyeron: dolor en el pecho, aumento de los niveles de troponina, miocarditis y aumento de la proteína C reactiva.**

Según los CDC, **los hallazgos fueron consistentes con un diagnóstico de miocarditis, inflamación del músculo cardíaco que puede provocar arritmia cardíaca y la muerte.** El estudio estaba sujeto a varias limitaciones, que incluyen:

- VAERS es un sistema de vigilancia pasiva y está sujeto a informes insuficientes y sesgos de notificación.
- La documentación puede retrasarse o no estar disponible para revisión médica.
- La falta de una señal de seguridad estadística en el monitoreo planificado no excluye un problema de seguridad.
- El estudio no se diseñó para identificar todos los casos de miocarditis; solo se incluyeron los informes que enumeraban el término "miocarditis" de MedDRA.

La Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) agregó el 25 de junio (4) una advertencia a las hojas de datos de pacientes y proveedores para las "vacunas" Covid de Pfizer y Moderna, que indica un mayor riesgo de miocarditis y pericarditis después de la "vacunación". Recientemente, en Canadá

se ha añadido también una advertencia sobre la Parálisis de Bell para la vacuna de Pfizer (5).

Los informes de notas de advertencia de eventos adversos sugieren un mayor riesgo de miocarditis y pericarditis, particularmente después de la segunda dosis y con la aparición de los síntomas unos días después de la "vacunación".

Si se hace un análisis (6) de los primeros datos notificados por VAERS y usamos V-safe, después de la "vacunación" de niños de 12 a 15 años y de 16 a 25 años con una vacuna de ARNm y se consideran particularmente la miocarditis y la pericarditis:

El análisis de los resultados obtenidos a través de la base de datos VSD muestra que:

- Se observan más casos después de la segunda dosis de "vacuna" de ARNm.
- Una tasa de aparición de 12.6 casos por millón de miocarditis / pericarditis después de la segunda dosis de la "vacuna" de ARNm dentro de los 21 días posteriores a la "vacunación".
- Las tasas parecen ser más altas para los hombres que para las mujeres.

Los resultados obtenidos a través de VAERS muestran que:

- La edad media de los pacientes notificados es más joven después de la segunda dosis en comparación con la primera dosis.
- Predominio de pacientes masculinos en grupos de edad más jóvenes, especialmente después de la segunda dosis.
- Informes de miocarditis y pericarditis observados > casos esperados, especialmente después de la segunda dosis en grupos de edad más jóvenes.

La actualización de la FDA, siguió a una revisión de la información y la discusión correspondiente en una reunión del ACIP el 23 de junio, donde el comité reconoció 1200 casos de inflamación cardíaca en personas de 16 a 24 años y dijo que las "vacunas" de ARNm Covid deberían llevar una declaración de advertencia.

Según el informe del profesor D. Teodoro Martínez, en España han muerto 22 niños/jóvenes de 0 a 19 años de 664 121 contagiados, entre una población total de 9 219 654. Es decir 3.31 muertes por cada 100 000 contagiados y se han contagiado más o menos 1 de cada 14 niños/jóvenes, lo que significa que sobre la población total de niños que hay en España, **han muerto 0.24 niños de cada 100 000; un 0.00024%. El riesgo de muerte por "vacuna" en un niño/joven sano es entre 37 y 518 veces mayor que si pasa la Covid (7).**

Según otro documento elaborado por la Plataforma Iniciativa Conjunta, **la letalidad por la Covid-19 en personas de edad menor o igual a 19 años, es 557 veces menor que la del resto de población** (8).

Según un estudio realizado en Inglaterra, **los niños tienen un 99.995% de probabilidades de sobrevivir a la Covid-19** (9).

Los CDC, han estimado la **tasa de mortalidad por infección por Covid-19 entre los niños de 0 a 17 años, en 20 por cada 1 000 000** (10). En marzo, estimaba que un 42% de los niños entre 5 y 17 años, ya se habían infectado (11).

Según el [informe](#) del 31 de marzo de 2021 del **Comité de Pediatría Basada en la Evidencia, la mortalidad en menores de 14 años es 0.042 por cada 100 000 habitantes y una TLC (tasa de letalidad de casos) de 0.0094%**.

Según el análisis de los datos oficiales, hecho por Dña. Inés Sainz (científico de datos) (12), para el rango de edad de 0 a 19 años; ha habido 22 muertes de un total de 55.959 casos diagnosticados de un segmento de población de unos 9 millones de niños y adolescentes, por tanto, **la letalidad es de 0.00033% y la mortalidad de 0.00023%, es decir que a las personas de ese rango de edad, la enfermedad les afecta 650 veces menos que a la media de la población y que estos, tienen el doble de posibilidades de morir por las "vacunas" que de Covid.**

Analizando los datos oficiales del [NHS](#) en el Reino Unido, publicados semanalmente entre marzo de 2020 y el 11 de agosto de 2021, llegamos a una conclusión importante; **solo 1 de cada 1.7 millones de niños han muerto con Covid-19 en 18 meses, mientras que 1 de cada 9 niños sufrió una reacción adversa grave a la "vacuna" Covid-19 en los ensayos clínicos.**

Los profesionales que conforman el Seminario de Innovación en Atención Primaria (SIAP) han elaborado un [documento](#) en el que se analiza la vacunación Covid-19 en infancia y adolescencia: " **Los hechos descritos y las cuestiones planteadas nos obligan a compartir las dudas respecto a la vacunación Covid-19 en adolescentes**".

El Dr. Marty Makary es un experto médico y profesor de la Escuela de Medicina Johns Hopkins, la Escuela de Salud Pública Bloomberg y la Escuela de Negocios Carey. Su equipo de investigación "trabajó con la organización sin fines de lucro FAIR Health para **analizar aproximadamente 48 000 niños menores de 18 años diagnosticados con Covid** utilizando datos de seguros médicos de abril a agosto de 2020. Después de estudiar datos completos sobre miles de niños, el equipo **encontró una tasa de mortalidad de cero entre los niños sin una afección médica preexistente** (13).

Según una petición para evitar la "vacunación" infantil en Chile, cursada por más de **50 profesionales incluidos en la Agrupación de Profesionales de la Salud e Investigadores Independientes; hasta el 12 de julio de 2021, en**

este grupo la mortalidad fue del 0.002% y la letalidad del 0.035% (más del 60% tenía comorbilidades). En otras palabras, los niños y adolescentes tienen una **tasa de supervivencia del 99.97%**. Esto indica que la vacunación experimental masiva en niños y adolescentes no se encuentra justificada por emergencia o por alta letalidad.

El virus respiratorio sincitial (VRS) ha matado a más niños que el Covid en el Reino Unido (14). En Suecia, de más de un millón de escolares que vivieron sin encierros, distanciamiento social y mandatos de mascarilla durante la "primera ola", cero murieron por Covid.

Según un reciente [estudio](#) realizado por el profesor Retsef Levi, **la "vacunación" ha causado destrozos cardiovasculares entre los jóvenes. Tras la masiva inoculación de la "vacuna" entre chavales y jóvenes, se ha producido un exagerado acrecentamiento de infartos.** Aumento del 25% en paros cardíacos y ataques cardíacos (de 16 a 29 años). Incremento del 83.6% en infartos (mujeres de 20 a 29 años). En el siguiente [vídeo](#), el profesor explica los resultados.

Los niños parecen ser menos susceptibles que los adultos tanto a la infección como a la transmisión del SARS-CoV-2, países como Noruega mantuvieron bajas tasas de transmisión a pesar de mantener abiertas las escuelas primarias. Se sugiere un papel limitado de los niños pequeños en el mantenimiento de las cadenas de transmisión; **es probable que la vacunación infantil tenga un beneficio marginal en la reducción del riesgo para los demás.** Según disminuye la circulación del virus, aumenta la edad de la infección primaria y, dado que la edad está directamente asociada con la patogenicidad, **la vacunación de los niños probablemente conduciría a tasas de letalidad más altas.** Además, según la duración relativa de la hipotética inmunidad inducida por las vacunas y la infección, y la tasa de cambio antigénico viral; **la vacunación de los niños podría aumentar la frecuencia de grandes epidemias estacionales, lo que provocaría un aumento general de la morbilidad y la mortalidad inducidas por virus (15).**

En un estudio en Italia (16), no encontraron una relación entre las fechas de apertura de la escuela y el aumento del número reproductivo básico (R_t) del SARS-CoV-2; los cierres de escuelas no afectaron la tasa de disminución de R_t . Además, la incidencia de SARS-CoV-2 entre los estudiantes es menor que en la población general. La incidencia entre profesores es comparable a la registrada en la población general de la misma edad. Finalmente, **el rastreo de contactos en las escuelas resultó en una frecuencia muy baja de infecciones secundarias encontradas por prueba, y en una baja frecuencia en las agrupaciones a pesar de una gran cantidad de pruebas cada semana.** Cuando el contagiado era un profesor, la fuente primaria de ese contagio, con mucha frecuencia, era otro adulto. La incidencia entre las personas en edad escolar fue baja en comparación con la incidencia sostenida entre las personas de 45 a 49 años. El lapso de tiempo entre la apertura de las escuelas y el aumento de R_t , no fue uniforme en las regiones italianas con diferentes fechas de apertura de las escuelas y con tiempos de demora más cortos en las regiones donde las

escuelas abrieron más tarde. Por lo tanto, las infecciones por SARS-CoV-2 rara vez ocurren en la escuela y la transmisión de los estudiantes a los maestros es poco frecuente. **El análisis proporciona evidencia de que la apertura de escuelas no debe considerarse como un factor relevante que influya en la propagación de la epidemia de Covid-19 y que el cierre de escuelas no mejoró la disminución ya existente en el R_t de Covid-19.** En un [estudio](#), se ha demostrado que **los profesores no corren un mayor riesgo de hospitalización como resultado de la infección por Covid-19 que el resto de la población.**

En otro análisis (17), afirman que el beneficio potencial de la "vacunación" en los niños es muy escaso. La mayoría de los niños que contraen Covid-19, tienen una enfermedad leve. Hay riesgos bajos de hospitalización y muerte (alrededor de dos por millón de niños en el Reino Unido), así como de un síndrome inflamatorio multisistémico (que es muy poco común). También hay efectos indirectos (por ejemplo, educación interrumpida) y un posible Covid prolongado. Sin embargo, **la enfermedad grave por Covid es mucho menos común que en los adultos. Además, los niños pequeños y las escuelas parecen desempeñar un papel limitado en la transmisión. La "vacunación" de los niños tendría un beneficio marginal en la protección de otros,** particularmente una vez que las personas con mayor riesgo estén inmunizadas.

Un nuevo estudio (18), el más completo y quizá importante hasta la fecha se publicó en el Reino Unido el 7 de julio. Aunque en gran parte ignorado por la prensa convencional, el estudio es de gran importancia porque en realidad cuantifica los riesgos para la salud de Covid entre niños y adolescentes. Investigadores de prestigiosas instituciones médicas del Reino Unido, revisaron todos los casos de Covid que involucraban a niños y jóvenes (CYP) hospitalizados en el Reino Unido durante los primeros 12 meses de la pandemia. Entre los hallazgos clave del estudio:

- Solo 25 niños de 0 a 17 años en el Reino Unido murieron de Covid en los primeros 12 meses de la pandemia.
- De estas 25 muertes, 19 (76%) ocurrieron entre pacientes que tenían "comorbilidades crónicas" preexistentes y/o condiciones médicas "limitantes de la vida". Solo el 24% de las muertes por Covid ocurrieron entre niños sin "condiciones de salud subyacentes".
- **Esto significa que solo seis niños y jóvenes "sanos" en esta nación de 68 millones de personas murieron de Covid.**
- **Entre los 12.023 millones de niños y jóvenes del Reino Unido, la tasa de mortalidad fue del 0.002 por ciento. Expresada como probabilidad, la mortalidad por Covid en CYP fue 1 de 480 942.**

- Sin embargo, la gran mayoría de CYP en el Reino Unido (o cualquier nación occidental, incluidos los EE. UU.) NO tienen "comorbilidades crónicas" y/o padecen afecciones médicas que "limitan la vida".
- Una nota al pie del estudio, define las condiciones que limitan la vida como "enfermedades sin esperanza razonable de una cura que finalmente será fatal". Aproximadamente 3 de cada 1000 jóvenes tienen afecciones que se caracterizan como "limitantes de la vida".
- "Nuestros hallazgos enfatizan la importancia de las comorbilidades subyacentes como el principal factor de riesgo de muerte, ya que el 76% tenía enfermedades crónicas, el 64% tenía comorbilidades múltiples y el 60% tenía enfermedades que limitaban la vida".
- Entre los 25 niños del Reino Unido que murieron de Covid, 15 tenían una "afección neurológica que limitaba la vida", de los cuales 13 "tenían una neurodiscapacidad compleja debido a una combinación de una afección genética o metabólica subyacente, eventos hipóxico-isquémicos o prematurez"

Según el estudio, si bien muchas afecciones médicas "crónicas" pueden afectar a los niños, la mayoría de estas afecciones comunes no se observaron en la muy pequeña cantidad de niños que murieron de Covid. Los autores señalaron: "Es importante señalar que no observamos muertes en los grupos que se han considerado con mayor riesgo de infecciones respiratorias, como asma, fibrosis quística, diabetes tipo 1 o trisomía 21". **A excepción de seis niños, los que murieron de Covid-19 eran "clínicamente extremadamente vulnerables"**.

Con la información anterior considerada en el contexto actual, probablemente sea conservador al estimar que el 2 por ciento de los niños del Reino Unido (1 de cada 50) viven con las condiciones médicas extremadamente graves descritas anteriormente. Esto significaría que el 98 por ciento de los jóvenes no lo hace. Suponiendo que mis suposiciones sean razonables, se puede calcular **la tasa de mortalidad nacional entre los niños que no se consideran extremadamente vulnerables. Este porcentaje es 0.00005 (6 muertes divididas por un estimado de 11.783 millones de CYP "saludables")**. **Expresado como probabilidad de muerte, esto sería 1 en 1.964 millones (aproximadamente 1 en 2 millones)**.

Según este y otros estudios, las tasas de mortalidad por Covid varían significativamente según una categoría racial. Por ejemplo, entre la población de jóvenes blancos en el Reino Unido, solo 7 niños y adolescentes murieron de Covid. Aproximadamente el 86% de CYP en el Reino Unido son blancos. Sin embargo, esta cohorte comprendió solo el 28% de las 25 muertes por Covid. Dado que el 24 por ciento de los que murieron de Covid no tenían una enfermedad comórbida grave, podemos extrapolar que solo 2 niños no pertenecientes a minorías (7 x 0,24) sin una enfermedad crónica o que "limite la vida" preexistente, falleció de Covid.

Al extrapolar estas 2 muertes a la población estimada de 10.133 millones de jóvenes blancos que no padecen condiciones médicas extremas, obtenemos este dato importante, **la mortalidad por Covid entre jóvenes blancos "sanos" en el primer año de la pandemia fue de aproximadamente 1 en 5.066 millones (0.00002%)**. Básicamente, las probabilidades de que un niño pequeño muera a causa de Covid son menores que las probabilidades de que elija correctamente los seis números ganadores de la lotería. (Aunque son más altas, las probabilidades de que un niño sano de una minoría muera a causa de Covid también son extremadamente remotas).

Comparación de la mortalidad por Covid con la mortalidad por influenza

Este estudio ([19](#)) también confirma que la tasa de mortalidad infantil por Covid es significativamente más baja que la tasa de mortalidad por influenza.

Para los niños del Reino Unido menores de 18 años, los autores del estudio calcularon que la tasa de mortalidad por infección (IFR) de Covid entre los niños era del 0.005 por ciento (25 muertes por Covid divididas por un estimado de 470 000 "casos" acumulativos de Covid entre CYP a partir de febrero). Quizá más fácil de entender, entre los niños menores de 18 años en el Reino Unido, 1 de cada 20 000 infectados por este virus murió más tarde a causa de él. Entre los menores de 18 años, el IFR estimado para la influenza es de 1 en 10 000 (0.01 por ciento). Por lo tanto, para CYP, **la influenza es dos veces más mortal que Covid, (el IFR para Covid-19 sería aún más bajo si el denominador, el número "estimado" de casos, fuera mayor, lo cual sospecho que sí sucede)**.

Los hallazgos redujeron efectivamente el número estimado de CYP en el Reino Unido que murieron de Covid en un 59%, de 61 muertes a 25. El estudio señala que 61 CYP hospitalizados en el Reino Unido murieron en dos semanas de dar positivo a través de una prueba de PCR. El estudio distingue entre los jóvenes que murieron con el virus y aquellos que, según los investigadores, probablemente murieron "por" o debido al virus. Los autores concluyeron que el principal contribuyente a la muerte en más de la mitad de los 61 casos fatales que examinaron no fue el Covid-19. Y, como se señaló, solo seis de las 25 muertes por Covid ocurrieron entre niños sin afecciones médicas graves preexistentes. **Las evaluaciones exhaustivas de las causas de muerte realizadas en este análisis, sugieren que es muy probable que el número de muertes atribuidas a Covid también se haya informado en exceso en otras cohortes de edad. Las tasas de mortalidad e infección de todas las cohortes de edad también pueden ser significativamente más bajas de lo que se informa actualmente. La multitud de medidas de "protección" (no escuela, actividades sociales, actividades recreativas, enmascaramiento obligatorio, "distanciamiento social" forzado), sin lugar a dudas, causó un gran daño a la salud física y mental de los menores de edad.**

Ciertamente, según los hallazgos de este estudio, Covid-19 no causó un gran daño a la salud de los del grupo de edad examinado. Si bien el estudio se centró en niños menores de 18 años, uno imagina que los

hallazgos hubieran sido similares si los datos hubieran incluido información médica sobre la población en edad universitaria del Reino Unido de 18 a 22 años.

La evidencia científica actual muestra que la mayoría de los niños y adolescentes cursan un cuadro asintomático hasta en un 80%, y que al igual que los adultos prácticamente no transmiten la enfermedad, ni se consideran iniciadores de brotes en la comunidad. Por el contrario, se ha observado que los adultos mayores que conviven con niños tienen más posibilidades de padecer resfriados comunes, lo cual implica que por la inmunidad cruzada demostrada entre coronavirus, estarían protegidos de infecciones graves por el virus SARS-COV-2, sin aumentar en forma absoluta el riesgo de hospitalizaciones de este grupo etario (20).

Varios factores biológicos podrían contribuir a la reducción del riesgo de Covid-19 en los niños: primero, los niños expresan significativamente menos receptores ACE2, el punto de entrada del SARS-CoV-2 en las células humanas en comparación con los adultos; en segundo lugar, suelen estar expuestos a otros coronavirus estacionales y desarrollan inmunidad cruzada tanto humoral como celular. Por lo tanto, **los niños parecen menos susceptibles a la infección y, cuando están infectados, pueden tener un arsenal preformado de anticuerpos neutralizantes de reacción cruzada que podrían reducir la probabilidad de transmitir el virus.** Esta evidencia biológica se refleja en varios estudios epidemiológicos (21).

Hay un detalle muy importante que no debemos de olvidar, el que un niño esté o no esté infectado, depende del diagnóstico con un test (PCR fundamentalmente) y, como quedó sobradamente demostrado en el primer apartado, ese método para diagnosticar, presenta altísimos porcentajes de error; por tanto, es obvio que el número real de esos niños infectados es muchísimo menor y, consecuentemente, la letalidad y mortalidad serán mucho más pequeñas todavía.

Es importante destacar que, **dado que el riesgo de los niños es tan mínimo, no existe un marco jurídico que sustente la autorización de uso de emergencia de las vacunas antiCovid para ellos.** Aun así, la Administración de Alimentos y Medicamentos y los fabricantes de vacunas continúan con ese plan. Sólo se puede autorizar el uso de un producto médico en una población determinada si el beneficio supera el riesgo en esa misma población. Esto significa que, aunque los adultos se benefician, las vacunas antiCovid **no pueden autorizarse para los niños a menos que éstos obtengan beneficios reales y, como ha quedado demostrado, eso no sucede.** La eficacia de las vacunas contra la Covid-19 que las farmacéuticas informan para el grupo de niños y adolescentes, no aporta mayor beneficio al grupo, puesto que tienen una probabilidad de supervivencia del 99.96%, y su disminución del riesgo absoluto es cercano al 1.4%, dando una sobreestimación del efecto real al solo mostrar disminuciones del riesgo relativo del 100% (22).

Aunque es muy reconocido que hay bajo riesgo de que los niños padezcan Covid-19 grave, muchos creen que vacunar de forma masiva a los niños podría prevenir

también la transmisión ulterior, ya que protegería directamente a los adultos vulnerables y ayudaría a acabar con la pandemia. Sin embargo, hay múltiples supuestos que deben examinarse al momento de juzgar el requerimiento de vacunar a los niños contra el Covid-19. Incluso si se asume una protección contra el Covid-19 grave, dada su muy baja incidencia en los niños, sería necesario vacunar a un número muy alto para evitar un solo caso grave. Mientras tanto, un gran número de niños con un riesgo muy bajo de padecer una enfermedad grave estaría expuesto a los riesgos de la vacuna, ya sean conocidos o desconocidos.

Incluso si asumimos que esta protección existe, si consideramos las bajas tasas de transmisión, la alta proporción de niños que son postCovid y la mayoría de los adultos que están "vacunados" o que son postCovid, el número de niños que tendrían que recibir la "vacuna" para proteger a un solo adulto de un ataque grave de Covid-19 sería muy alto. Además, es probable que esta cifra se compare de forma desfavorable con el número de niños que resultarían perjudicados, incluso en el caso de eventos graves poco frecuentes.

Dado que los riesgos comprobados superan con creces los beneficios demostrados en los niños, las "vacunas" tampoco cumplen con la solicitud de licencia biológica requerida para hacer la aprobación final de comercialización. Por último, pero no menos importante, dado que no hay una "necesidad insatisfecha", no es necesario apresurar la aprobación de estas vacunas para los niños.

Como mencioné anteriormente, el 19 de julio de 2021, America's Frontline Doctors presentó una petición ([23](#)) **para detener la autorización de uso de emergencia de las "vacunas" antiCovid en niños menores de 18 años, cualquier persona con inmunidad natural y cualquier persona sin el consentimiento informado adecuado.** El grupo incluyó una declaración jurada de un denunciante de los CDC, un programador informático con experiencia en análisis de datos de atención médica que tiene acceso a los datos de Medicare y Medicaid mantenidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Durante los últimos 20 años, ha desarrollado más de 100 algoritmos de detección de fraudes en el cuidado de la salud para su uso en los sectores público y privado. De acuerdo con este denunciante, el **Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés) reporta menos muertes en un factor de cinco o más.** En su testimonio jurado, afirma que 45 000 personas en Estados Unidos murieron a los tres días de recibir la vacuna antiCovid al 9 de julio de 2021. La cantidad aumenta aún más cuando se observan las muertes que ocurren dentro de una o dos semanas después de recibir las vacunas.

Todo lo expuesto, convierte a cualquier "vacuna" contra esa enfermedad para niños, en innecesaria, además de muy [peligrosa](#) ([24](#)) ([25](#)) ([26](#)) ([27](#)) ([28](#)) ([29](#)) ([30](#)) ([31](#)) ([32](#)) ([33](#)) ([34](#)) ([35](#)) ([36](#)) ([37](#)) ([38](#)) ([39](#)) ([40](#)) ([41](#)) ([42](#)) ([43](#)) ([44](#)) ([45](#)) ([46](#)) ([47](#)) ([48](#)) ([49](#)) ([50](#)) ([51](#)) ([52](#)) ([53](#)) ([54](#)) ([55](#)) ([56](#)) ([57](#)) ([58](#)) ([59](#)) ([60](#)) ([61](#)) ([62](#)) ([63](#)) ([64](#)) ([65](#)) ([66](#)) ([67](#)) ([68](#)) ([69](#)) ([70](#)) ([71](#)) ([72](#)) ([73](#)) ([74](#)) ([75](#))

(76) (77) (78), incluso un premio Nobel lo ha dicho (79). La Ministra de Educación israelí, afirma que es un 'crimen' vacunar a los niños (80).

Es importante señalar también, que según **el informe Lazarus, menos de un 1% de los eventos adversos de las vacunas son reportados** (81), por tanto, los datos expresados anteriormente, en la realidad, son mucho peores.

Como ha quedado demostrado, en contra de lo que dice el discurso oficial, la vacunación infantil contra la Covid, ni es necesaria, ni es segura para los niños. No le aporta ningún beneficio a ellos, ni tampoco a los adultos. La enfermedad en los niños tiene una bajísima incidencia y ellos, no transmiten la enfermedad. Los riesgos, superan con creces a los beneficios, por tanto, su inoculación en niños-adolescentes, debería estar prohibida.

En el Reino Unido, parece que ya lo han entendido. En un [informe](#) independiente del Departamento de Salud y Asistencia Social: Declaración del JCVI sobre la "vacunación" Covid-19 de niños y jóvenes de 12 a 17 años: 15 de julio de 2021, publicado el 19 de julio:

"Con respecto a un programa de vacunación contra Covid-19 para niños y jóvenes, la principal consideración del JCVI sigue siendo los beneficios potenciales de la vacunación en términos de reducción de hospitalizaciones y muertes en la población. Dado que es probable que la interrupción de la educación tenga impactos de mediano a largo plazo en la salud pública, el JCVI también ha considerado el potencial de la vacunación para prevenir brotes en las instalaciones educativas. Estos posibles beneficios se han considerado frente a los posibles riesgos de la vacunación.

Existe buena evidencia de que la "vacuna" es relativamente reactogénica en este grupo de edad, siendo comunes los efectos secundarios de corta duración, incluida la fiebre. **Hay informes emergentes del Reino Unido y otros países de eventos adversos raros pero graves, que incluyen miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) y pericarditis (inflamación de la membrana alrededor del corazón), tras del uso de las "vacunas" ARNm de Pfizer-BioNTech y Moderna en adultos más jóvenes.**

Los datos sobre la incidencia de estos eventos en niños y jóvenes son actualmente limitados, y **los efectos sobre la salud a largo plazo de los eventos de miocarditis informados aún no se comprenden bien.**

Cualquier decisión sobre el despliegue de vacunas debe tomarse sobre la base de que los beneficios de la vacunación superan los riesgos para las personas vacunadas. Se debe proporcionar información clara sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacunación al niño y a las personas con responsabilidad parental antes de la vacunación.

El JCVI no recomienda actualmente la vacunación universal de rutina de niños y jóvenes menores de 18 años. Los beneficios para la salud en esta

población son pequeños y los beneficios para la población en general son muy inciertos. En este momento, el JCVI opina que los beneficios para la salud de la "vacunación" universal en niños y jóvenes menores de 18 años no superan los riesgos potenciales.

La evidencia indica claramente que casi todos los niños y jóvenes tienen un riesgo muy bajo de Covid-19. Cuando se observan síntomas en niños y jóvenes, generalmente son leves y poco diferentes de otras infecciones virales respiratorias leves que circulan cada año. La **incidencia de resultados graves por Covid-19 en niños y jóvenes es extremadamente baja**. La mayoría de los hospitalizados tenían graves problemas de salud subyacentes.

Para los niños y jóvenes sin condiciones de salud subyacentes que los pongan en alto riesgo de resultados severos de Covid-19, los beneficios de salud individuales directos de la vacuna Covid-19 son limitados. Dra. [Callisperis](#): "Vacunar a los niños con las vacunas antiCovid, es un genocidio", en la misma línea va el Dr. Brian M [Tyson](#). En Australia, el 18 de agosto de 2021, Craig Kelly, diputado de Hughes en Nueva Gales del Sur, celebró una sesión de preguntas y respuestas con el doctor. Kelly preguntó si le preocupaba vacunar a los adolescentes y el doctor respondió: "Absolutamente. Hemos tenido niños que han muerto a causa de estas 'vacunas'. No tenemos niños sanos que mueran a causa de Covid. Tenemos niños sanos que mueren a causa de estas 'vacunas'".

David Livermore, microbiólogo médico de la Universidad de East Anglia (UEA) en el Reino Unido, dice que el mundo tendrá que vivir con el coronavirus durante años, si no décadas. Él [cree](#) que la mejor solución en el futuro es no "vacunar" a las personas, sino fomentar una generación de niños que ya son naturalmente inmunes al virus. "Está claro que la supuesta protección mediada por la "vacuna" disminuye significativamente en cuatro a seis meses. Incluso la publicidad gubernamental reconoce esto. Por otro lado, la reinfección sigue siendo poco común entre los infectados en la primera ola, hace más de un año".

Paul [Hunter](#), un experto en enfermedades infecciosas de la UEA, está de acuerdo con Livermore y señala que **el riesgo de que los niños sufran los efectos secundarios causados por las "vacunas" Covid-19 supera los peligros que plantea el coronavirus**. "En las personas más jóvenes, la vacunación no es una opción libre de riesgos". Hunter también dice que "hasta la mitad" de todos los adolescentes en el Reino Unido ya han estado expuestos al coronavirus. Esto significa que ya tienen la inmunidad natural necesaria para defenderse de más infecciones por Covid-19. Por otro lado, **"vacunar" a los niños sería éticamente dudoso porque hay pocos o ningún beneficio al darles "vacunas"**. La "vacunación" de los niños se haría solo para satisfacer los intereses de los adultos.

El Comité Conjunto de Vacunas e Inmunizaciones, un comité asesor que ayuda al gobierno británico con respecto a las políticas de vacunación, [también](#) está en contra de recomendar "vacunas" para niños sanos. Según el comité, el riesgo de que los niños mueran a causa del virus es de uno en un millón, por lo que no es necesario que se "vacunen".

Efectividad

Otro aspecto importante que no debe ser obviado, es que **la ciencia ha demostrado que la efectividad real de esas "vacunas", es muy inferior a la que sus respectivos fabricantes han afirmado que tienen (1) (2) (3) (4) y además, en el caso de las que utilizan el ARNm, es altamente dependiente de la cantidad intacta de ese material con que cuentan esas "vacunas" (5).** Han utilizado un parámetro llamado reducción de riesgo relativo (RRR), cuando tendrían que haber utilizado la reducción de riesgo absoluto (ARR), para calcular el **NNV (número de personas "vacunadas" necesarias para evitar un nuevo contagio), que en el caso de Pfizer y a modo de ejemplo, es de 119 ya en la fase 3 del ensayo (es decir, son necesarias 119 personas "vacunadas" con Pfizer, para prevenir que 1 no se contagie).** Los datos de ARR para todas las vacunas autorizadas de emergencia son (6): **1.3% para AstraZeneca-Oxford, 1.2% para Moderna-NIH, 1.2% para J&J, 0.93% para Gamaleya y 0.84% para Pfizer-BioNTech.**

Un aspecto de vital importancia en todas las vacunas de ARNm, es la inestabilidad del ARN. Es la razón principal de los rigurosos requisitos técnicos en su elaboración y conservación y que ha sido abordado encapsulando el ARNm en nanopartículas lipídicas. El que una molécula de ARNm esté intacta, es vital para su potencial como vacuna; hasta tal punto, que incluso una reacción menor de degradación en cualquier lugar a lo largo de la cadena, puede ralentizar o incluso detener el proceso de traducción de esa cadena y, por lo tanto, dar lugar a la expresión incompleta del antígeno diana. Se ha constatado que científicos de la EMA encargados de garantizar la calidad de fabricación (la química, el método de fabricación y el control de todos los aspectos de la presentación que Pfizer ha remitido a la EMA), están muy preocupados sobre las especies de ARNm truncado y modificado presentes en el producto terminado. Existe una diferencia significativa en el % Integridad del ARN / especies truncadas, entre los lotes de los ensayos y los lotes comerciales propuestos (entre un 55 y un 78%). Se desconoce la causa y el impacto de esta pérdida de integridad del ARN en la seguridad y la eficacia de la vacuna; aún no se ha definido (7).

La falta de efectividad de las "vacunas" se está produciendo incluso en países con una alta tasa de "vacunación", como Inglaterra (Reino Unido) o Israel entre otros y, está siendo recogida en informes oficiales y en artículos periodísticos. En el caso del Reino Unido, incluso con el 75% de su población "vacunada", está experimentando un aumento de las muertes por Covid; hay que señalar, que no son los no "vacunados" los que mueren según el informe (8), entre las 300 010 personas estudiadas, **la tasa de mortalidad para las personas completamente "vacunadas" fue del 0.85%, mientras que para los no "vacunados" fue del 0,16%. Las personas completamente "vacunadas" son más propensas a la hospitalización que sus homólogos no "vacunados".** Según ese informe, de las 47 008 personas completamente "vacunadas", el 2.88% (1355 personas) terminaron en un hospital y entre las 151 054 personas no "vacunadas", solo el 1.95 por ciento (2960 personas) fueron

hospitalizadas (9). En el informe SPI-M-O (10), en su página 10 punto 32, dice lo siguiente: **“El resurgimiento tanto de las hospitalizaciones como de las muertes, está dominado por las personas que han recibido dos dosis de la ‘vacuna’, que comprenden alrededor del 60% y el 70% de la ola respectivamente (11).** Esto se puede atribuir a los altos niveles de captación en los grupos de edad de mayor riesgo, de modo que los **fallos de inmunización explican una enfermedad más grave que en los individuos no ‘vacunados’**”. En otro informe de la Salud pública, elaborado el 25 de junio de 2021 (12), se especifica que **las personas totalmente “vacunadas” tienen un 990% más de probabilidad de morir debido a la Covid-19 que las personas no “vacunadas” (13)** o también, que **el 62% de las muertes asociadas a la Covid-19, ahora mismo, están ocurriendo en personas “vacunadas” (14)** o que el 68% de las muertes por Covid en el rango de los 50, también es de “vacunados” (15). A día de hoy, **el número de muertos tras “vacunarse” es un 79% mayor que el debido a la propia enfermedad en el Reino Unido (16).** Según un informe de la Sanidad pública inglesa (17), **las personas completamente “vacunadas” tienen un 65% más de probabilidades de ser hospitalizadas y un 1540% más de probabilidades de morir debido a Covid-19 que las personas que no están “vacunadas” (18).** Desde febrero de 2021 hasta la fecha, **el 64% de las muertes por Covid ocurridas en Inglaterra, se producen entre gente “vacunada” contra la enfermedad (19).** Del último informe sobre variantes preocupantes de la Sanidad del Reino Unido del 20 de agosto de 2021, se deduce que **la “vacuna” Covid-19 en realidad aumenta el riesgo de muerte en al menos un 338% en lugar de reducir el riesgo de muerte en un 95%.** En su último informe, la agencia de Salud inglesa indica 224 muertes en 28 773 “vacunados” con doble dosis y 165 muertes en 121 402 no “vacunados”, todos infectados con la supuesta variante Delta, lo cual, se traduce en que la letalidad de esta variante es del 0.74% en los “vacunados” y sólo del 0.14% en los no “vacunados”. Por tanto, **la letalidad es mayor en los “vacunados”,** en otras palabras, si un “vacunado” está infectado, es más probable que muera. **El riesgo de muerte por Covid aumenta un 182% en personas totalmente “vacunadas”.**

Según el informe de la Sanidad pública escocesa (PHS) del 28 de julio, el **mayor porcentaje de personas fallecidas, es de personas “vacunados” (20) (21).** Si analizamos detalladamente los datos, podemos sacar varias conclusiones:

- **La “vacuna” no proporciona ningún beneficio para detener la tasa de infección por el virus Covid-19.**
- **La “vacuna” no evita la hospitalización por enfermedad sintomática grave.**
- **La “vacuna” no previene la insuficiencia respiratoria aguda grave que resulta de la infección por SARS-CoV-2.**
- **La población “vacunada” que es hospitalizada y luego muere por Covid-19 representa el 87% de todas las muertes.**

Estos resultados preocupantes también fueron confirmados por la [Cruz Roja](#) diciendo anteriormente: "Las personas 'vacunadas' no pueden contribuir con plasma sanguíneo convaleciente para ayudar a otros pacientes con Covid-19 en los hospitales. Ese plasma está compuesto por anticuerpos de personas que se han recuperado del virus, pero la vacuna elimina esos anticuerpos; haciendo que el plasma convaleciente sea ineficaz en el tratamiento de otros pacientes con Covid-19".

Analizando los datos de otro [informe](#) publicado el 11 de agosto, también de la Sanidad pública escocesa, se observa que **los totalmente "vacunados" representan el 73% de las muertes recientes por Covid-19**, además, los datos muestran que **los completamente "vacunados" tienen más de 5 veces más probabilidades de morir si se infectan con Covid-19**. Se han producido 5522 muertes dentro de los 28 días de haber recibido la "vacuna" Covid-19 en Escocia, según datos de Salud Pública publicados en el [informe](#) del 23 de junio.

Entonces, la pregunta más importante es: ¿La "vacuna", realmente, produce una "mejora dependiente de anticuerpos" que hace que la infección sea más mortal?

Desafortunadamente, los datos que comienzan a salir ahora parecen decir que sí. **Las personas parecen tener una enfermedad más grave cuando se exponen al virus después de la "vacunación"**. Eso explicaría por qué hay un porcentaje tan alto de muertes entre la población vacunada después de la exposición.

Si las "vacunas" Covid-19 funcionan, como nos quieren vender, entonces, ¿por qué ahora las muertes por Covid-19 son 44 veces más altas que en esta época el año pasado, y por qué el 75% de esas muertes son de personas que fueron "vacunadas"? (22) ([enlace](#) alternativo)

"Nos cuentan que la vacuna Covid brinda un alto nivel de protección y que los nuevos casos o "variante Delta" se encuentran entre los no "vacunados". Esta es una mentira descarada que se contradice con informes oficiales de todo el mundo. Sabemos con absoluta certeza que el 75% de los que se denominan "casos nuevos", "casos de avance", "variante Delta" se encuentran entre los que están completamente vacunados. También tenemos en las bases de datos de reacciones adversas a las "vacunas" que las muertes y enfermedades asociadas con las "vacunas" están aumentando rápidamente. Varios expertos altamente creíbles dicen que la supuesta variante Delta son en realidad las enfermedades causadas por la "vacuna". Otro dato perturbador es que son los vacunados quienes son la amenaza para la salud pública, no los no "vacunados". **Los vacunados eliminan los patógenos de la "vacuna" al igual que los pacientes de Covid eliminan los patógenos del virus. Con la mitad de la población estadounidense ahora "vacunada", las personas "vacunadas" están transmitiendo la enfermedad de Covid a la población sana.** La evidencia es clara de que la "vacuna" Covid es un juego en el que todos pierden y

ha hecho que decenas de millones de estadounidenses vacunados sean amenazas para todos, incluidos otros que están "vacunados"; Dr. Paul Craig Roberts (23).

Según el informe técnico sobre variantes preocupantes (actualización número 20), emitido por la Sanidad pública inglesa el 06 de agosto (24) que cubre datos sobre casos, hospitalizaciones y muertes debido a la variante Delta del 1 de febrero hasta el 2 de agosto de 2021; el riesgo relativo de muerte debido a Covid-19, si es menor de 50 años, está completamente "vacunado" y luego es hospitalizado con Covid-19, aumenta en un 177.5% (25) (26), por tanto, **los datos muestran que las inyecciones de Covid-19 están aumentando el riesgo de muerte por Covid-19 en personas menores de 50 años en una cantidad significativa. También revelan que hasta el 2 de agosto de 2021, el 65% de todas las supuestas muertes por Covid-19 desde febrero de 2021, han sido personas "vacunadas" contra la enfermedad. El informe también muestra que el riesgo de hospitalización y muerte es astronómicamente mayor si ha sido completamente "vacunado" y contrae el virus SARS-CoV-2. Las "vacunas" Covid-19 no previenen la infección ni la transmisión.**

Todo esto, fue confirmado recientemente en un documento publicado por el Grupo Asesor Científico para Emergencias (SAGE) (27), en el que dijeron que **la investigación ahora debería concentrarse en producir una vacuna que prevenga la transmisión y la infección debido a que las "vacunas" actuales no previenen la infección en la mayoría de los casos. Un porcentaje mucho mayor de personas están siendo hospitalizadas después de infectarse con Covid-19 una vez que están completamente "vacunadas", en comparación con aquellas que no han recibido una sola dosis de la "vacuna" Covid-19. Las "vacunas" Covid-19, supuestamente, están destinadas a reducir el riesgo de hospitalización hasta en un 95%; no obstante, los datos del informe, nos muestran que en realidad aumentan el riesgo de hospitalización en un 48%. Además, esas mal llamadas "vacunas" se supone que reducen en un 95% el riesgo de muerte por la enfermedad, sin embargo, los datos del informe, muestran una realidad muy diferente; cuando se exponen al virus, aumentan el riesgo de muerte en un 431.25%. La evidencia muestra que las vacunas Covid-19 o no funcionan o están empeorando a los receptores, posiblemente debido a la mejora dependiente de anticuerpos sobre la que se lleva tiempo advirtiendo al mundo.**

Según el último [informe](#) del PHS publicado el 25 de agosto, el 0.026% de los casos confirmados en la población no "vacunada" han resultado en hospitalización, mientras que el 0.046% de los casos confirmados entre los "vacunados" por completo han resultado en hospitalización. Por lo tanto, esto sugiere que **las inyecciones de Covid-19 en realidad aumentan el riesgo de hospitalización en un 77%, en lugar de disminuir el riesgo en un 95% como afirman las autoridades y los fabricantes de "vacunas";** el aumento en el riesgo de muerte es aún peor entre los "vacunados". El 73.6% de las muertes por Covid-19 durante esta ola de verano, es de personas "vacunadas",

mientras que los no "vacunados" representan solo el 26.3% de las supuestas muertes por Covid-19. Las inyecciones de Covid-19 en realidad **aumentan el riesgo de muerte en un 400%, en lugar de disminuir el riesgo en un 95%, como afirman las autoridades y los fabricantes de "vacunas"**.

Debemos combinar lo anterior con el hecho de que estamos todavía en verano, que es cuando las enfermedades respiratorias se mantienen a raya, así ha sido a lo largo de la historia de la humanidad (incluso la Covid-19 en 2020 no fue una anomalía a pesar de que no había una inyección antiCovid-19 disponible); es imposible concluir cualquier otra cosa que no sea que las inyecciones antiCovid-19 claramente no funcionan (es muy posible que hagan que empeore el receptor si está expuesto a Covid-19). ¿Estamos viendo los primeros signos de enfermedad potenciada por "vacunas"? Ciertamente lo parece y, por lo tanto, podría ser un invierno extremadamente duro para aquellos que hayan recibido una de los sueros experimentales.

En el caso de Israel, muchos de los contagios actuales, también se están dando entre "vacunados" (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41); hasta tal punto, que actualmente casi la totalidad de los nuevos contagios, se producen en "vacunados" (42) (43) (44). El propio Ministro de Salud israelí, ha reconocido la baja efectividad de las "vacunas" y ha afirmado que concretamente la de Pfizer, no sirve para evitar la transmisión del virus (45); también el propio Fauci (46) reconoce la baja efectividad, fomentando así, nuevos futuros pinchazos. En un reciente estudio sobre la vacuna Pfizer en Israel, se han encontrado unos resultados, bastantes esclarecedores; después de 6 meses y dos pinchazos, la supuesta efectividad de la "vacuna" es del 16% (47). Los últimos datos publicados referentes a nuevos contagios, son bastantes claros (48), **en todos los grupos de edad entre 20 y 89 años, el porcentaje de nuevos contagios entre personas "vacunadas", oscila entre 79 y 91%** (49). Se considera que Israel tiene una de las tasas de vacunación más altas del mundo, con 5,3 millones de sus ciudadanos que han sido inoculados con dos dosis. Hace semanas los titulares declararon que se había alcanzado la "inmunidad colectiva", no obstante, poco después, los titulares dieron paso a informes alarmantes de rápido aumento de casos y ahora, incluso, nos cuentan que parece que la tan promocionada "vacuna" de refuerzo de Covid podría estar fallando en la protección: " Los datos del Ministerio de Salud Interno muestran que **14 israelíes han sido infectados con Covid-19 una semana después de recibir una vacuna de refuerzo y algunos están hospitalizados**", informaba el canal 12 (50). En un [informe](#) realizado por científicos (Farmacéuticos, Doctores y Doctores en Ciencias) del colectivo Reinfocovid, se encontró que en Israel **el 90% de los casos nuevos que se producen en mayores de 50 años, son personas que están completamente "vacunadas". El 60% de los casos graves también están "vacunados". Las personas "vacunadas" tienen casi 7 veces más probabilidades de infectarse con SARS-CoV-2 que las personas inmunizadas por una infección natural** con una tasa de reinfección del 0.0086% para los no vacunados frente al 0.0578% para los vacunados. De los 143 pacientes con Covid hospitalizados la semana del 21 de julio, el 58% estaban "vacunados", el 39% no y el 3% estaban parcialmente "vacunados".

El director de Salud pública de Israel, confirma que el 50% de los nuevos casos de Covid, son de personas con la pauta completa (51). El Ministerio de Salud de Israel informó el miércoles 11 de agosto que 694 personas estaban siendo tratadas en hospitales debido a Covid-19, incluidos 400 pacientes en estado grave. Entre las personas en estado grave, el 64% estaba completamente "vacunado". Esto significa que había el doble de personas completamente "vacunadas" en estado grave debido a la enfermedad en comparación con las que no están "vacunadas" (52).

En una entrevista (53) (54) realizada en el Canal 13 de Israel, el **doctor Kobi Haviv, director del Hospital Herzog de Jerusalén**, mostró una dosis de la cruda realidad que hay ahora mismo en ese país:

- "El 95% de los pacientes graves están 'vacunados'".
- "El 85-90% de las hospitalizaciones son en personas totalmente 'vacunadas'".
- "Estamos abriendo más y más salas Covid".
- "La eficacia de la 'vacuna' está disminuyendo, prácticamente desapareciendo".

A pesar de la alta tasa de "vacunación", Israel acaba de imponer nuevas restricciones a su población, y el organismo responsable de generar sus políticas Covid, acaba de admitir que un cierre en septiembre ya no es una posibilidad remota. Desde el 20 de agosto, el país ha reactivado su sistema de pase verde completo, las mascarillas son obligatorias en todas las reuniones interiores y exteriores e incluso se exige que los padres completamente vacunados y responsables del cuidado de un niño en cuarentena también se aislen (para niños menores de 12 años) (55). A pesar de la "vacunación", la nación todavía sufre el peor promedio per cápita del mundo de casos de Covid en 7 días. Israel está en camino de superar los 11 000 casos de Covid diarios, una tasa de infección que es magnitudes más alta que un año antes, cuando todos en el país no estaban "vacunados". Los 'expertos' predicán ya la cuarta dosis porque las tres anteriores han fracasado. Si comparamos un país "supervacunado" como Israel (62% con la pauta completa) con otro muy cercano apenas "vacunado" como es Palestina (8.2% de la población está completamente "vacunada"); Israel sufre un alto número de casos, Palestina, ha experimentado una caída constante. Desde el 02 de septiembre, dos países como son: Portugal y Suecia, prohíben la entrada de viajeros procedentes de Israel.

Esa falta de efectividad (56) (57) se demuestra en cientos de publicaciones, también, a nivel mundial, que muestran contagios entre vacunados (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118)

([119](#)) ([120](#)) ([121](#)) ([122](#)) ([1](#)) ([1](#)). El siguiente vídeo (en el que se utilizan datos oficiales), al igual que se empleó en la demostración de la peligrosidad de las "vacunas", también podemos utilizarlo aquí como demostración de la poca efectividad de esos sueros experimentales ([123](#)) Lo que en él se representa para muchos países es: en línea roja continua, el número de muertes semanal antes de empezar la "vacunación"; en línea azul continúa, el número de muertes semanal después de empezar la "vacunación" y, en línea roja discontinua, el número de muertes esperado si los sueros tuvieran realmente la efectividad que dicen los fabricantes.

En lugares con diferentes tasas de "vacunación" (tomadas de ([124](#))) en agosto de 2021, se observa una tasa importante de contagios entre "vacunados": en Argentina con el 17.65% de su población totalmente "vacunada", 9 de cada 10 muertos por Covid, son personas "vacunadas" ([125](#)), 43 119 muertos por Covid "vacunados" ([126](#)); en Islandia, con el 69.23% totalmente "vacunados", la nación está estableciendo récords diarios de nuevas infecciones, principalmente entre los "vacunados" ([127](#)), ha [registrado](#) en los últimos siete días 213 nuevas infecciones con picos diarios que no se han observado durante nueve meses, el 70% de los casos estaban completamente "vacunados" (148 personas); en la Habana (Cuba), con un 25% de la población cubana, al menos, con una dosis, el 72% de los nuevos contagios, se producen en personas con las 3 dosis ([128](#)) (incluso, según parece, presuntamente, están arrojando los cadáveres de los "vacunados" en fosas comunes ([129](#))); en Singapur con un 63.44% "vacunado", el 75% de los nuevos contagios, se producen en "vacunados" ([130](#)); en Australia con un 16.65% de personas "vacunadas", todos los nuevos casos menos 1, son de "vacunados" ([131](#)) ([132](#)); en Chile con el 64.57% de su población con la pauta completa, el 80% de los nuevos casos, se producen entre "vacunados" ([133](#)); en las Seychelles con el 68% de su población totalmente "vacunada", el 37% de los nuevos contagios, se da entre los "vacunados" ([134](#)); en Mongolia, con el 60.51% de su población con la pauta completa, experimentan infecciones por coronavirus, principalmente dentro de los segmentos "vacunados" de su población ([135](#)); en Gibraltar, con más del 99% de su población "vacunada" completamente desde el 01 de junio, los casos Covid han aumentado en un 2500% (obviamente, esos nuevos contagios, se producen solo entre "vacunados") ([136](#)); en Estados Unidos, con el 50.80% de sus ciudadanos con la pauta completa, a día 31 de julio, tiene 125 682 personas "vacunadas" contagiadas en 38 estados, de las cuales, 1400 han muerto ([137](#)); en el estado de [Nuevo León](#) en [Méjico](#), con el 39.87% de la población "vacunada" con una dosis y el 21% con las dos a principios de agosto, se informa de 3452 contagios entre "vacunados", de los cuales, 62 han fallecido (el Dr. [Sosa](#) afirma que los ingresos en UCI y los fallecimientos en las personas inoculadas están superando a los de aquellos NO "vacunados". La situación se está dando con todas las "vacunas", repito con todas las "vacunas"); en [Brazil](#) con el 24.34% de la población con la pauta completa a día 19 de agosto de 2021, en un período de 5 meses, 9878 personas han muerto de Covid teniendo la pauta completa y 28 660 personas "vacunadas" fueron hospitalizadas. Entre los que recibieron solo la primera de las dos dosis necesarias, [65 000](#) personas fueron hospitalizadas y [22 000](#) murieron a causa de la Covid-19; en [Malta](#), con el 79.28% de la población totalmente "vacunada", los casos de Covid se han disparado de 6.52 por millón el 26 de junio a 453.6 por millón el 17 de julio. Cabe

señalar que a los turistas no "vacunados" no se les permitió ingresar a Malta y, por lo tanto, no se les puede culpar de este brote. La mayor parte de los contagios, se da entre "vacunados".

Una nueva [investigación](#) ha encontrado que **las tasas de infección por coronavirus de Wuhan (Covid-19) entre los "no vacunados" están cayendo en picado al mismo tiempo que las infecciones entre los "completamente vacunados" se están disparando.** Resulta que **la inmunidad colectiva ya se ha logrado entre aquellos que no recibieron la "vacuna", mientras que la enfermedad mutada se está extendiendo como la pólvora entre los receptores de la misma que se han convertido en fábricas de virus andantes.** En el Reino Unido, por ejemplo, los "casos" sintomáticos de la enfermedad, aumentaron un 40% en una semana entre los que estaban completamente "vacunados". Por el contrario, durante el mismo período de tiempo, el número de casos entre los no "vacunados" se redujo en un 22%. "Esto sugiere que la ola entre los no 'vacunados' ha alcanzado su punto máximo y que la inmunidad de grupo natural se ha establecido, mientras que los individuos 'vacunados' en realidad se están volviendo más propensos a la infección": Dr. Joseph Mercola. Quizás la pieza más condenatoria de la nueva evidencia es el hecho de que **la inmunidad de grupo inducida por la "vacuna" es una imposibilidad.** "100 miembros de la tripulación totalmente inyectados dieron positivo a bordo del portaaviones de la defensa británica HMS Queen Elizabeth. El buque de la Armada tiene una tasa de casos de 1 en 16, la tasa de casos más alta registrada" afirma el Dr. Mercola. "Esto sugiere que la inmunidad colectiva inducida por la "vacuna" es imposible, ya que estas inyecciones aparentemente no pueden prevenir la Covid-19 incluso si el 100% de una población determinada las contrae".

Matemáticamente hablando, es imposible que las inyecciones de virus chino produzcan inmunidad colectiva. **Las únicas personas que tienen la oportunidad de producir inmunidad permanente son aquellas que simplemente dicen que no a la "vacuna".** Las cuatro actualmente disponibles proporcionan una reducción absoluta del riesgo de entre el 0.7% y el 1.3%, mientras que la tasa de mortalidad por infección no institucionalizada en todos los grupos de edad es de un mísero 0.26 %. **Dado que el riesgo absoluto que debe superarse es menor que la reducción absoluta del riesgo que pueden proporcionar estas inyecciones, la "vacunación" masiva simplemente no puede tener un impacto favorable**", según el Dr. Mercola. Lo que esto significa, por supuesto, es que la última "ola" de enfermedades y muertes es un producto directo de las personas que se vacunan. En otras palabras, **los "vacunados" son los culpables directos de propagar más enfermedades y muertes.**

Un [artículo](#) preimpreso del prestigioso Grupo de Investigación Clínica de la Universidad de Oxford, publicado el 10 de agosto en The Lancet, incluye hallazgos alarmantes y devastadores sobre la "vacuna" Covid. El estudio encontró que **los individuos "vacunados" llevan 251 veces más carga viral del virus Covid-19 en sus fosas nasales que los no "vacunados"**. Los científicos estudiaron a los trabajadores de la salud que no pudieron salir del hospital durante dos

semanas. Los datos mostraron que los trabajadores completamente "vacunados", aproximadamente dos meses después de la inyección con la "vacuna" Covid-19 de Oxford/AstraZeneca (AZD1222), adquirieron, portaron y presumiblemente transmitieron la variante Delta a sus colegas "vacunados". **"Las personas vacunadas" están provocando explosiones virales concentradas en sus comunidades y alimentando nuevas oleadas de Covid.** Es casi seguro que los trabajadores de la salud vacunados estén infectando a sus compañeros de trabajo y a sus pacientes, causando daños colaterales horribles".

Un estudio de los CDC ([138](#)) ([139](#)), revela que 3/4 de los nuevos casos de la variante Delta se producen entre personas "vacunadas", además, la tasa de hospitalización entre los "vacunados" fue más alta que la tasa de hospitalización entre los no "vacunados", de tal forma que 4 de cada 5 hospitalizados también son personas que han recibido la pauta completa. Por tanto, en contra de lo que algunos nos quieren hacer creer, es evidente que la "vacunación" no impide la hospitalización, por si fuera poco, encontraron que **la carga viral de los pacientes "vacunados", fue igual que la de los no vacunados y que el 79% de los infectados completamente "vacunados" fueron sintomáticos.**

En un [estudio](#) realizado en la Universidad de California en San Francisco, indica la presencia de supuestas nuevas variedades del SARS-CoV-2 resistentes a las "vacunas", que están extendiéndose entre las personas "vacunadas" principalmente. El equipo de investigadores dirigido por el **eminente virólogo, Dr. Charles Chiu**, encontró que **el 78% de las personas con el tratamiento experimental completo fueron infectadas por estas supuestas variedades mutantes.** Los resultados arrojan otra conclusión muy importante: **las personas vacunadas que presentan síntomas seguirán contaminando a otras. Dr. Chiu: "Eres esencialmente tan infeccioso como alguien que no estaba 'vacunado'".**

Con todo lo expuesto anteriormente, **el discurso oficial que dice que si los "vacunados" se infectaran, serían asintomáticos en la gran mayoría, que les daría más débilmente que a los no "vacunados" y que su carga viral sería muy inferior a la de los no "vacunados"; ha quedado totalmente desmentido.**

Si hacemos una comparación de la incidencia de Covid en los últimos 14 días (dos primeras semanas de julio 2021) entre países con tasas altas de "vacunación" y los de baja, observamos que para los **países con baja tasa** (media de 0.65% de la población) se situó en **15.7 por cada 100 000 habitantes**, mientras que para los **países con una tasa alta** (media 53.6% de la población), se sitúa en **515 por cada 100 000 habitantes**. Por tanto, es muy evidente, que **las "vacunas" ni son eficaces, ni son seguras; no previenen la enfermedad, no reducen la gravedad y ni mucho menos van a controlar la enfermedad** ([140](#)). Lo cual, es confirmado por un [estudio](#) realizado por el Dr. Geoff Mitchel: **los países con programas de**

"vacunación" activos tienen más muertes por Covid que los que no los tienen. Además, **"los países con un mayor porcentaje de su población "vacunada" tienen más muertes por Covid; las muertes por Covid han aumentado con la vacunación después de que se implementaron los programas de vacunación"**. **Entre los 104 países que no ofrecen programas de "vacunación" contra Covid demostrables, el 16/08/21, sus tasas de mortalidad promediaron inesperadamente menos 690 muertes por millón. Sin embargo, entre los 82 países que ofrecen programas de "vacunación" demostrable, sus tasas de mortalidad por Covid promediaron 828 muertes por millón, lo que es contraintuitivamente más alto que la tasa de mortalidad por Covid para los países no "vacunados"**. En los 82 países que ofrecen programas de "vacunación", no solo la tasa promedio de mortalidad por Covid fue mayor que en los países no "vacunados", sino que la cantidad de muertes aumentó a medida que aumentó la cantidad o el porcentaje de residentes "vacunados". Las conclusiones del estudio son:

- **Los países con programas de "vacunación" activos tienen más muertes por Covid que los que no los tienen.**
- **Los países con un mayor porcentaje de su población "vacunada" tienen más muertes por Covid.**
- **Las muertes por Covid han aumentado con la "vacunación" después de que se implementaron los programas de "vacunación".**

En un artículo, se recopilaron los [datos](#) (12 de agosto) que establecen los casos por millón de habitantes y las muertes por millón de habitantes de los países más "vacunados" (con más de 50% de media) y de los países menos "vacunados" (con una media inferior al 23%). **El promedio de casos para los países más "vacunados" se sitúa en 77 491 por millón en comparación con sólo 19 672 en los menos "vacunados". El promedio de muertes en los países más "vacunados" es de 1647 por millón en comparación con solo 427 muertes en los menos "vacunados"**.

Si analizamos los datos oficiales en España que nos proporciona el Ministerio de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III y comparamos los de hace un año, con los actuales, obtenemos unas conclusiones interesantes ([141](#)):

- **La Incidencia Acumulada (IA), era 8 veces menor que la actual.**
- **Los fallecidos Covid, eran 15 veces menos.**
- **El número de ingresos hospitalarios, era 9 veces inferior.**
- **El número de ingresados UCI, estaba 14 veces por debajo.**

Lo curioso, es que hace un año, nadie estaba “vacunado”; ahora hay un 64.10% (16 agosto 2021) ([142](#)) de la población totalmente “vacunada”. Por tanto, podemos deducir de las propias cifras oficiales, que las “vacunas” no solo no protegen, sino que han empeorado la situación. A la misma conclusión, llegan en un estudio hecho por Periodistas Por La [Verdad](#).

En un [artículo](#) del New York Times del 19 de agosto, titulado “Israel, Once the Model for Beating Covid, Faces New Surge of Infections”, se admite abiertamente que **las inyecciones de Covid-19 administradas a 2500 millones de personas en todo el mundo ya no funcionan muy bien, y que las personas que tomaron esas “vacunas” son ahora las que se enferman y mueren.** Está claro que la narrativa sobre las inyecciones de Covid-19 como la única ruta de regreso a la normalidad ahora se ha derrumbado. Lo mismo está sucediendo también en el Reino Unido, como hemos comprobado, los datos oficiales muestran que las inyecciones de Covid-19 aumentan el riesgo de hospitalización y muerte debido a Covid-19 en lugar de reducirlo.

Habría que preguntarle a las autoridades, ¿de qué sirve el certificado o pasaporte Covid en estas condiciones?

Los investigadores de repente están publicando análisis de la inmunidad menguante ([143](#)) y mostrando el fracaso de las “vacunas” ([144](#)) ([145](#)), en revistas prestigiosas como The Lancet, que prescriben de manera demasiado predecible inyecciones de refuerzo y vacunas nuevas y mejoradas como soluciones; hasta en la televisión, ya se reconoce la verdad ([146](#)), incluso por la propia directora de los CDC en EE.UU. ([147](#)).

A fines de julio, las pautas impuestas por los CDC para informar de las muertes por Covid representan una desviación éticamente cuestionable del estándar de la industria previamente establecido, con médicos forenses y otras personas sospechosamente instruidas para definir las “muertes que involucran Covid-19” como “muertes con confirmado o presunto Covid”. **Sin estas reglas de reporte sesgadas, se estima que un 90.2% menos de muertes se habrían atribuido al Covid ([148](#)).** Los CDC admiten que entre las muertes acumuladas “que involucran” a Covid desde 2020 (hasta el 25 de julio de 2021), Covid fue la única causa de muerte para solo el 5% ([149](#)). Para todas las demás muertes “que involucran” a Covid, los certificados de defunción citan un promedio de cuatro condiciones o causas contribuyentes adicionales.

Como ha quedado demostrado, las “vacunas” ni son eficaces, ni son seguras; no previenen la enfermedad, no reducen la gravedad, ni mucho menos van a controlar la enfermedad. No solo no protegen, sino que han empeorado la situación.

De acuerdo con los [datos](#) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, los “casos” de Covid-19 han tenido una tendencia a la baja desde que alcanzaron su punto máximo durante la primera y segunda semana de enero

de 2021. A primera vista, esta disminución parece ocurrir en conjunto con el lanzamiento de las "vacunas" antiCovid. El 1 de enero de 2021, solo el 0.5 % de la población de Estados Unidos había recibido una dosis de la "vacuna" antiCovid. A mediados de abril, alrededor del 31 % había recibido una o más dosis, mientras que para el 15 de junio, el 48.7 % ya se había "vacunado" por completo. Sin embargo, como se señaló en un [artículo](#) del portal de noticias STAT News del 12 de julio de 2021, los "casos" comenzaron a disminuir antes de que se aplicaran tantas "vacunas" antiCovid. "Al seguir los patrones de pandemias anteriores, la disminución de los nuevos casos de Covid-19 comenzó mucho antes de que una gran cantidad de personas hubiera recibido la 'vacuna'", Robert M. Kaplan, profesor emérito de la UCLA Fielding School of Public Health, escribió lo siguiente:

"Hace casi 50 años, los sociólogos médicos John y Sonja McKinlay examinaron las tasas de mortalidad de 10 enfermedades graves: tuberculosis, escarlatina, influenza, neumonía, difteria, tosferina, sarampión, viruela, fiebre tifoidea y poliomielitis. En cada caso, la nueva terapia o vacuna a la que se le atribuye el éxito se introdujo mucho después de que la enfermedad estuviera en declive. Hace poco tiempo, el historiador Thomas McKeown identificó que las muertes por bronquitis, neumonía e influenza comenzaron a disminuir 35 años antes de que aparecieran los nuevos medicamentos a los que se atribuyó su éxito. Estos análisis históricos son relevantes para la pandemia actual".

Como señaló Kaplan, **los "casos" de Covid-19 alcanzaron su punto máximo a principios de enero de 2021. El 8 de enero, se registraron más de 300 000 resultados positivos diarios. Para el 21 de febrero, se redujo a 55 000 casos diarios. Las "vacunas" antiCovid-19 recibieron la autorización de uso de emergencia a fines de diciembre de 2020, pero para el 21 de febrero, solo el 5.9 % de los adultos en Estados Unidos habían recibido las 2 dosis. A pesar de una tasa de "vacunación" tan baja, los nuevos "casos" disminuyeron en un 82 %.** Si se tiene en cuenta que las autoridades sanitarias afirman que necesitamos que el 70 % de las personas en Estados Unidos se "vacunen" para lograr la inmunidad colectiva y detener la propagación de este virus, esto no tiene sentido. **Es obvio que las "vacunas" antiCovid no tuvieron nada que ver con que disminuyeran los resultados positivos de las pruebas. La explicación más razonable para la disminución de las tasas de SARS-CoV-2 parece ser la inmunidad natural por infecciones previas,** que varían de un estado a otro. Kaplan cita un estudio realizado por los Institutos Nacionales de Salud, que sugiere que la prevalencia del SARS-CoV-2 fue 4.8 veces mayor de lo que se pensaba antes, gracias a una infección sin diagnosticar.

En otras palabras, afirman que por cada resultado positivo reportado, tal vez hubo casi cinco personas adicionales que tuvieron la infección, pero que no recibieron un diagnóstico. Para analizar a fondo estos datos, Kaplan calculó la tasa de inmunidad natural al dividir el nuevo número estimado de personas infectadas de forma natural entre la población de cualquier estado:

"Para mediados de febrero de 2021, se estima que 150 millones de personas en los Estados Unidos (el quintuple de 30 millones) podrían haber sido infectadas

con SARS-CoV-2. Para abril, calculé que la tasa de inmunidad natural estaba por encima del 55 % en 10 estados: Arizona, Iowa, Nebraska, Dakota del Norte, Oklahoma, Rhode Island, Dakota del Sur, Tennessee, Utah y Wisconsin.

En el otro extremo, calculé que la tasa de inmunidad natural estaba por debajo del 35 % en el Distrito de Columbia, Hawai, Maine, Maryland, New Hampshire, Oregón, Puerto Rico, Vermont, Virginia y Washington.

Para fines de 2020, las nuevas infecciones disminuían muy rápido en casi todos los 10 estados donde es posible que la mayoría haya tenido inmunidad natural, mucho antes de que un minúsculo porcentaje de personas en Estados Unidos estuvieran completamente "vacunadas". En el 80 % de estos estados, el día en que los nuevos casos estaban en su punto máximo ocurrió antes de que las "vacunas" estuvieran disponibles.

En contraste, los 10 estados con tasas más bajas de infecciones previas tenían muchas más probabilidades de experimentar nuevos aumentos en los casos de Covid-19 en marzo y abril. A finales de mayo, los estados con menos infecciones nuevas tenían tasas de "vacunación" más bajas que los estados con más infecciones nuevas".

La verdad es que los casos de SARS-CoV-2 estaban más altos en los estados donde la inmunidad natural era baja y la tasa de "vacunación" era alta. Mientras tanto, en los estados donde la inmunidad natural (debido a la exposición no diagnosticada) era alta y la tasa de "vacunación" era baja, el número de casos nuevos diarios también era menor.

Esto tiene sentido, si la [inmunidad](#) natural es tan efectiva. También tiene sentido si las "vacunas" antiCovid no ofrecen una protección significativa contra la infección, que también sabemos que es el caso. En primer lugar, ésta es una "vacuna" que aún no se ha probado y no tenemos idea del daño a corto plazo y mucho menos a largo plazo, ya que cualquier esfuerzo razonable para recopilar estos datos se ha eliminado. En segundo lugar, la capacidad de sobrevivir al Covid-19 fuera de las casas de retiro es del 99.74 %. Si tiene menos de 40 años, su probabilidad de sobrevivir al Covid-19 es del 99.99 %. No puede mejorar sus posibilidades de sobrevivir más allá de eso, por lo que **las "vacunas" antiCovid no pueden terminar con la pandemia.** Mientras tanto, las "vacunas" antiCovid vienen con una lista cada vez mayor de posibles efectos secundarios que pueden quitar años o décadas de su esperanza de vida natural. **Las "vacunas" son innecesarias para cualquier persona con inmunidad natural,** sin embargo, eso es lo que recomiendan los CDC.

Los no "vacunados" no son culpables de nada

Ultimamente, se está culpando a los no "vacunados", de los nuevos contagios y de la aparición de las nuevas supuestas olas causadas por supuestas nuevas variantes. Sencillamente, es falso, como otras muchas afirmaciones que han

lanzado los diferentes gobiernos y muchos medios de "comunicación". En este caso, lo hacen para tapar la vergonzosa eficacia de las mal llamadas "vacunas". Como ha quedado demostrado, simplemente no funcionan y para disimularlo, primero se inventan una nueva "variante" y luego acusan a los renuentes de ser los culpables de su transmisión. Pero, ¿no decían que estaban "inmunizados" los "vacunados"? ¿No garantizaban una alta efectividad las "vacunas" según sus fabricantes?, entonces, ¿cómo es que a nivel mundial, la mayor parte de los nuevos contagios y fallecimientos, se dan en personas "vacunadas"? ¿Cómo es que los países con mayor tasa de "vacunación" son, justamente, los que presentan mayor tasa de fallecimientos y contagios?...Curioso que la ciencia haya demostrado que, realmente, los peligrosos son los "vacunados"; desmontando una vez más un nuevo "error" del discurso oficial.

Sin olvidar todo lo demostrado anteriormente, para constatar la falsedad de tales afirmaciones, vamos a utilizar un [documento](#) de posicionamiento recién emitido por el "Consejo de Emergencia Pública Israelí para la Crisis Covid" que detalla lo que llaman suposiciones defectuosas y problemas éticos inherentes a culpar a los no "vacunados" por la última ola de Covid.

La primera suposición defectuosa, y posiblemente la más frecuentemente reportada, es que las personas no "vacunadas" se infectan con Covid más que las "vacunadas". El documento cita datos que muestran que **"la tasa de individuos "vacunados" entre individuos con casos verificados de Covid, es cercana e incluso idéntica a su proporción relativa en la población, incluso cuando se ordena por grupo de edad, y a pesar de que la normativa del Ministerio de Salud fomenta un gran número de pruebas entre los no 'vacunados'"**.

La segunda suposición falsa, que los no "vacunados" infectan a otros más fácilmente que los "vacunados". Los datos de los CDC, Public Health England y otros estudios demuestran que una vez infectados, **la carga viral es como máximo similar (aunque suele ser inferior como se ha demostrado en el presente informe) tanto en los "vacunados" como en los no "vacunados". Dado que la carga viral es el factor más importante en la capacidad de infectar a otros, tanto los "vacunados" como los no "vacunados" representan un riesgo similar de transmitir el virus a otros.**

La tercera suposición falsa es que la transmisión asintomática es común. Los estudios muestran que la tasa de transmisión de personas asintomáticas es 20 veces menor que la de los pacientes sintomáticos (que son examinados y aislados de todos modos, independientemente de su estado de "vacunación"), por lo que **la probabilidad de que una persona sana asintomática que no sabe que porta el virus infecte a otra persona es significativamente menor que el 1%.**

El documento también señala que los países altamente "vacunados" como Islandia también están experimentando una nueva ola de Covid a pesar de su muy alta tasa (80% - 90%). **"Por lo tanto, las personas no "vacunadas" no son lo que hace que la pandemia continúe, ni ponen en peligro a los**

"vacunados" en ese aspecto. De hecho, parece que la esperanza de erradicar el Covid mediante el logro de la "inmunidad colectiva" a través de la 'vacunación' de un porcentaje suficientemente alto de la población, ha demostrado ser poco realista".

"No hay evidencia científica alguna que respalde la afirmación de que las personas no "vacunadas" están arriesgando la salud pública de ninguna manera más que las personas 'vacunadas'" y que "la 'vacunación' debe tratarse como un medio principal para proporcionar protección personal contra enfermedades graves o muerte, especialmente para las personas en alto riesgo".

A pesar de la falta de base científica, los políticos, los funcionarios de salud y muchos en los medios de comunicación continúan culpando a los no "vacunados" por el último aumento de Covid. Esto plantea una serie de cuestiones éticas que el consejo abordó en su documento.

Estos ataques a la elección de las personas de no tomar una intervención médica es una pendiente resbaladiza. Ya sea alguien que tiene una enfermedad pulmonar y continúa fumando, o un superviviente de un ataque cardíaco que se niega a alterar su dieta, o que haya alrededor de un 80% de las personas que no toman la "vacuna" para prevenir la gripe estacional. **"La misión del sistema de salud es servir al público, y no debe ejercer ninguna consideración que restrinja la libertad individual".**

Las decisiones de salud deben tomarse libremente, de lo contrario, habrá una pérdida de confianza entre los pacientes y los proveedores de atención médica: **"La política de salud pública es efectiva solo cuando se basa en la educación y el diálogo. El discurso agresivo podría resultar en la pérdida de confianza de sectores significativos del público y conducir a la reducción de las tasas de otras vacunas de rutina que son de crucial importancia".**

Culpar a los no "vacunados" podría "fomentar la ilusión de que la 'vacunación' protege contra el contagio" y puede hacer que las personas "vacunadas" piensen que están más seguras de lo que realmente están.

Al concluir su posición, el Consejo escribe: **"En una democracia, en cuyo núcleo están la dignidad humana y los derechos humanos, no hay lugar para llamamientos e incitaciones de este tipo. El derecho de la sociedad a la protección prevalece sobre el derecho del individuo a la libertad sólo cuando existe un peligro real (como se hace en el caso de los pacientes psicóticos violentos, o en el caso muy diferente de los presos). Es un error restringir la libertad de una persona debido a un riesgo potencial remoto"**

"La elección de vacunarse debe permanecer en manos de cada persona, de acuerdo con su comprensión y valores. Instamos al gobierno a pedir de

inmediato el fin del discurso agresivo antes mencionado, al tiempo que da explicaciones al público que son científicas y accesibles que destacan que las personas que aún no han sido vacunadas no son un factor que perpetúe la pandemia y ponga en peligro al público".

Aprobación como medicamento de la "vacuna" de Pfizer

Aún con todo lo expuesto aquí sobre su seguridad y eficacia reales, para algunos medios o políticos (aunque hay división de opiniones y realmente, no está muy claro), la mal llamada "vacuna" ya tiene la [autorización](#) como medicamento en Estados Unidos y por tanto, debería de dejar de tener autorización de emergencia para la "vacunación" de personas mayores de 16 años.

¿Cómo puede ser posible la aprobación cuando el historial de seguridad de esta "vacuna" es mucho peor que cualquier otra vacuna en el pasado, incluidas muchas que fueron retiradas del mercado?

Vamos a mostrar los "trucos":

Parte de la respuesta a esa pregunta es que **los CDC no informan de la estadística más relevante para medir la eficacia: el estado de "vacunación" de los pacientes con Covid**. ¿Cuántas de las nuevas infecciones y las nuevas muertes se producen en personas "vacunadas" y cuántas en las no "vacunadas"? Por supuesto, esta información se conoce en las bases de datos de los CDC; es escandaloso que las cifras no se hagan públicas.

Asimismo, los datos sobre transmisibilidad, comparando poblaciones "vacunadas" y no "vacunadas", no se están reportando y no fueron parte de los ensayos clínicos del otoño pasado.

Existen varios sistemas para informar las reacciones a las "vacunas", incluidas las muertes, pero el único disponible para el público es el VAERS. Está incompleto porque no hay incentivos para informar al VAERS y es un proceso engorroso; debemos recordar que sólo un 1% de los casos reales, son reportados.

Podemos comparar los informes de las "vacunas" Covid con los de años anteriores, cuando también hubo cientos de millones de vacunas, incluidas las vacunas anuales contra la gripe y los programas de vacunación infantiles. La comparación es [dramática](#). **Este año hubo más del doble de muertes relacionadas con las "vacunas" Covid que la suma total de todas las muertes por vacunas en los 30 años de historia de VAERS.** Dado este historial de seguridad, ¿cómo existe la posibilidad de aprobación? Aquí es donde entra el fraude estadístico:

El criterio de seguridad que han elegido es un cálculo oscuro llamado PRR (Proportional Reporting Ratio). Como su nombre indica, **se basa en RATIOS de diferentes tipos de eventos y es completamente ciego a la TASA ABSOLUTA de tales eventos**. El PRR mide la distribución de diferentes tipos de eventos adversos, por ejemplo, coágulos de sangre, ataques cardíacos y muertes. Si esas proporciones están muy fuera de línea con la gran variedad de reacciones a las vacunas en el pasado, PRR lo detectaría. Por ejemplo, si las nuevas "vacunas" causan un riesgo extraordinario de miocarditis, pero todo lo demás es bajo, PRR señalaría eso. Pero si la miocarditis fuera solo un riesgo entre los muchos que se han informado de vacunas pasadas, entonces PRR no lo detectaría.

El verdadero escándalo es que **PRR ignora los números absolutos de riesgo. La PRR se define de tal manera que busca PATRONES inusuales de eventos adversos, pero es completamente insensible a TASAS inusuales de eventos adversos**. Por supuesto, son las tasas y no los patrones lo que preocupa principalmente, y el PRR NO está diseñado para reflejar eso.

Por ejemplo, supongamos que tenemos 2 vacunas:

La vacuna A tiene 1 muerte reportada por millón de vacunas, 3 ataques cardíacos reportados por millón y 20 dolores de cabeza reportados por millón.

La vacuna B tiene 1 muerte reportada por cada cien vacunas, 3 ataques cardíacos reportados por cada cien y 20 dolores de cabeza reportados por cada cien.

La vacuna A es bastante segura y la vacuna B es extremadamente peligrosa. ¡Y sin embargo, la fórmula para el cálculo de PRR producirá el mismo resultado para las vacunas A y B!

Claramente, **la PRR no es un criterio apropiado para evaluar la seguridad de una vacuna en particular**. PODEMOS AFIRMAR, POR TANTO, QUE LOS DATOS ESTÁN "COCINADOS", ALGO QUE TAMBIÉN SUCEDIÓ CON LOS DATOS DE EFICACIA DE LOS SUEROS, COMO HA QUEDADO DEMOSTRADO.

Como podremos comprobar, el texto de la carta, se interpreta de diferentes maneras:

Para algunos, la FDA, realmente, no [aprobó](#) totalmente la "vacuna" de Pfizer, sino que solo 'reexaminó' su 'autorización para uso de emergencia' con otro nombre. Cada inyección contra la Covid, incluida la de Pfizer, lleva menos de un año de uso y, por definición, sigue siendo experimental. La "vacuna" de Pfizer, como la de Moderna, se basa en un experimento "novedoso" que utiliza ARN mensajero que secuestra la maquinaria de las células humanas para producir anticuerpos de pico. Nunca antes se había usado algo así en humanos, convirtiendo el lanzamiento de la "vacuna" es un experimento gigante. El hecho es que los ensayos clínicos de Pfizer no terminan hasta [mayo](#) de 2023. Cada día surgen más

preguntas sobre cuáles serán los efectos a largo plazo de la "vacuna" Pfizer en el sistema inmunológico, en la Covid, en las enfermedades crónicas, en la fertilidad, etc. Dado que nadie conoce las respuestas a estas preguntas, la "vacuna" es obviamente todavía experimental.

Para otros [sí](#) está aprobada. El documento se abre con esta declaración: "El 23 de agosto de 2021, la FDA aprobó la primera "vacuna" Covid-19. La "vacuna" se conoce como la vacuna Pfizer-BioNTech Covid-19, y ahora se comercializará como Comirnaty, para la prevención de la enfermedad Covid-19 en personas de 16 años o más. La "vacuna" también sigue estando disponible bajo autorización de uso de emergencia (EUA), incluso para personas de 12 a 15 años de edad y para la administración de una tercera dosis en determinadas personas inmunodeprimidas".

Debemos ser [conscientes](#) de que la FDA está haciendo una distinción entre lo que podríamos llamar la "vieja 'vacuna' Pfizer" y la "nueva 'vacuna' Pfizer". Son idénticos en sus ingredientes. Son la misma "vacuna". Pero a los viales de la "vacuna vieja" se les otorgó la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) antes de la licencia completa de la "vacuna" por parte de la FDA el 23 de agosto; y los viales de la "nueva vacuna" ciertamente se usarán bajo licencia completa (aprobación). La "vacuna antigua" tiene la etiqueta "Vacuna Pfizer-BioNTech Covid-19" y la "vacuna nueva" tiene la etiqueta "COMIRNATY". Nuevamente, son exactamente la misma "vacuna".

La "vacuna antigua" seguirá teniendo el estatus EUA: se puede inyectar en personas de 12 años o más, y se puede usar como una tercera dosis para ciertos individuos inmunodeprimidos. La "nueva vacuna", que cuenta con la aprobación total de la FDA, CONTINÚA TAMBIÉN TENIENDO ESTADO EUA, y por lo tanto, también puede inyectarse en personas de 12 años o más, y usarse como una tercera dosis para ciertos individuos inmunodeprimidos. La "vacuna nueva" y totalmente aprobada conserva su anterior estado EUA. AMBAS están totalmente aprobadas y certificadas como un producto experimental de emergencia.

El razonamiento de la FDA podría ser el siguiente: la agencia quiere asegurarse de que los viales que lleven la etiqueta de la "vacuna nueva" totalmente aprobada se puedan inyectar en personas a las que no se les aplica la aprobación total: personas de entre 12 y 15 años y ciertas personas inmunodeprimidas, así como, para la tercera dosis. La FDA aprobó por completo la "nueva vacuna" y también retuvo la Autorización de uso de emergencia (EUA) para la "nueva vacuna". Ambas.

Si hacemos un examen más detallado de los documentos de "autorización completa" hace que algunos estadounidenses se sientan engañados. Está el asunto de que Pfizer-BioNTech todavía parece tener las protecciones legales que acompañan a la autorización de uso de emergencia, todo mientras supuestamente tiene la aprobación "completa" de la FDA. ¿Cómo ha conseguido la empresa farmacéutica semejante "efecto" comercial?

Tras un examen más crítico de los documentos, parece que la empresa, con la ayuda indispensable de unos medios de comunicación cómplices y de la administración Biden, ha llevado a cabo una clásica maniobra de engaño. Examinemos el lenguaje técnico utilizado en el torpemente redactado comunicado. La nueva etiqueta para la "vacuna" "totalmente autorizada" se llama "Comirnaty".

El 11 de diciembre de 2020, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) emitió una Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para el uso de emergencia de la "vacuna" de Pfizer-BioNTech Covid-19 para la prevención de la Covid-19 en individuos de 16 años de edad y mayores de acuerdo con la Sección 564 de la Ley, declaró la FDA en una carta a la Directora Senior Global de Pfizer, la Sra. Elaine Harkins. La FDA volvió a emitir la carta de autorización el: 23 de diciembre de 2020, el 25 de febrero de 2021, el 10 de mayo de 2021, el 25 de junio de 2021 y el 12 de agosto de 2021.

El 23 de agosto de 2021, la FDA aprobó la solicitud de licencia de productos biológicos (BLA) presentada por BioNTech Manufacturing GmbH para COMIRNATY ("vacuna" Covid-19, ARNm) para la inmunización activa para prevenir la Covid-19 causada por el SARS-CoV-2 en individuos de 16 años o más.

La doctoranda en bioquímica y biología molecular Kathleen Lee captó el cambio de lenguaje y decidió presionar más. "[Llamé](#) al número de Pfizer BioNtech 1-800-666-7248. La grabación dice claramente que no ha sido aprobado por la FDA. El BNT162B2 de Pfizer está todavía bajo la autorización de uso de emergencia. Esto aclara esa desordenada autorización de la FDA entre Comirnaty y Pfizer BioNtech. Pasando por alto la extraña elección de un código de área, decidí llamar y confirmé que esto sigue siendo así. Pero podría tratarse de una grabación antigua". Lee continuó expresando su análisis de la aparente [discrepancia](#). "Es un engaño, si el vial dice Comirnaty, está aprobado por la FDA. Si el vial dice Pfizer BioNtech, está bajo aprobación de uso de emergencia y no están sujetos a la responsabilidad. Primero hay que deshacerse de millones de dosis".

Si el próximo lote de "vacunas" que se dispensa se produjera bajo la etiqueta de Cominarty, entonces eso parecería reconciliar la cuestión. Aunque ese no es el caso. Escondido en las notas a pie de página de los documentos de Pfizer-BioNTech hay una nota que pone en perspectiva que las "vacunas" actualmente etiquetadas todavía están bajo la autorización de uso de emergencia (EUA). Aunque COMIRNATY ('Vacuna' Covid-19, ARNm) está aprobada para prevenir la Covid-19 en individuos de 16 años o más, no hay suficiente "vacuna" aprobada disponible para su distribución a esta población en su totalidad en el momento de la reedición de esta EUA. Además, no hay productos aprobados para prevenir la Covid-19 en individuos de 12 a 15 años, o que estén aprobados para proporcionar una dosis adicional a la población inmunocomprometida descrita en esta EUA.

El abogado Robert Barnes llegó al meollo de la cuestión en un [post](#): "No hay una "vacuna" autorizada 'disponible' aprobada por la FDA. Esto es lo que está

sucediendo. Si la FDA aprobara y autorizara la "vacuna" Covid-19, tendría que revocar las "vacunas" de EUA y someter al fabricante de "vacunas" a un mayor riesgo de responsabilidad. Así que sólo aprobó una futura "vacuna" que no está 'disponible', ¿cómo va a haber vacunas de cualquier EUA si la ley no las permite si hay una vacuna autorizada disponible?"

Dr. Paul Craig [Roberts](#): "Los especuladores de la 'vacuna' Covid afirman que ahora que la 'vacuna' está oficialmente aprobada, puede ser obligatoria. Esto es falso por dos razones:

- Una razón es que todos **los procedimientos médicos, que incluyen la inoculación, requieren bajo la ley "consentimiento informado". Por lo tanto, la "vacunación" no puede ser legalmente obligatoria.** Las corporaciones estadounidenses están tratando de sortear la ley diciendo que no requieren que nadie se "vacune", pero si elige trabajar para la corporación, la "vacunación" es una condición de empleo.
- La otra razón es que **la FDA no dio la aprobación final a las existencias que quedan de la "vacuna" de Pfizer. Este suministro fue autorizado solo bajo uso de emergencia y permanece bajo esa autorización.** La FDA reautorizó o renovó la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) de las existencias existentes.

La FDA diferencia entre la "vacuna" EUA, que protege a Pfizer de la responsabilidad, y la "vacuna" aprobada, con el nombre de Comirnaty. Las "vacunas" son las mismas, pero a la aprobada no se le ha dado inmunidad de responsabilidad, por lo que hay una diferencia legal. Es poco probable que Pfizer comercialice Comirnaty hasta que pueda obtener inmunidad de responsabilidad por la aprobada. Mientras tanto, hay un suministro de la vacuna autorizada por la EUA para ser utilizada.

La conclusión es que la "vacuna" actualmente en uso y producida bajo la autorización de la EUA no tiene la aprobación final de la FDA. Para Comirnaty aprobado y aún por producir, Pfizer es responsable de muertes y lesiones. Por lo tanto, las dosis de la nueva producción aprobada no están disponibles. La FDA y las farmacéuticas cuentan con que los no "vacunados", así como los médicos, no noten la distinción y vayan por la "vacuna" EUA no aprobada pensando que finalmente está aprobada y, por lo tanto, es segura.

En una [carta](#) escrita por el Dr. Robert Malone (no olvidemos que es el inventor de las vacunas de ARNm), tras la supuesta autorización a la "vacuna" de Pfizer, explica una serie de detalles muy interesantes que ahondan en lo expuesto anteriormente:

NO OFRECE APROBACIÓN TOTAL. Extiende la EUA (autorización de emergencia) para permitir el suministro de Pfizer bajo EUA debido al suministro limitado de la

versión BioNTech. "Los productos son legalmente distintos con ciertas diferencias que no afectan la seguridad ni la eficacia (página 2, [carta de Pfizer](#)):

- Aquí la FDA admite que la "vacuna" Pfizer con licencia y la "vacuna" autorizada de Pfizer son idénticas en cuanto a seguridad / eficacia, pero son "legalmente distintas".
- Ese es el "código" que les permite que en uno de los casos tenga responsabilidad del fabricante, y en el otro no. También es un "código" para cubrirse; **"no queremos imponer un mandato al producto EUA porque es ilegal, pero probablemente podamos salirnos con la nuestra con un mandato sobre el producto con licencia"**.
- Página 12 AA (Condiciones con respecto al uso del producto con licencia). Esto le dice que sí, autorizamos la "vacuna", pero hay una gran cantidad de la vieja "vacuna" por ahí, en realidad "una cantidad significativa" y esta cantidad, se considerará bajo una EUA y se seguirá utilizando.
- ¿Por qué harían eso? ¿Por qué especificar que versiones idénticas del producto serán legalmente diferentes? Porque **necesitan la licencia para imponer los mandatos, pero necesitan la EUA para evadir la responsabilidad.**
- **Junto con la licencia viene la responsabilidad del fabricante, si bien todos los productos EUA recibieron un escudo de responsabilidad.**
- Desafortunadamente, nuestros gobiernos preferirían que nos quedemos sin recursos si nos lesionamos con las "vacunas", en lugar de que Pfizer defienda su producto en los tribunales. **Quieren que pensemos que la "vacuna" que estamos recibiendo tiene licencia, lo que hará que las personas se presenten a "vacunarse" porque piensan que ahora puede ser obligatorio, pero en cambio, es casi seguro que recibiremos los viales de EUA en su lugar, para salvar a Pfizer.** Existe un programa de lesiones CACP, pero aún no ha pagado por una sola lesión de la "vacuna" Covid.

Señala además otros puntos importantes respecto al anuncio de la FDA:

- Las afirmaciones de eficacia se basan en datos obsoletos.
- La decisión es prematura, respecto a los riesgos de miocarditis y pericarditis.
- El monitoreo continuo de los datos de seguridad de la FDA es inadecuado.
- Los riesgos del embarazo siguen sin conocerse.
- Esta fue una acción dilatoria motivada políticamente por la FDA.

- ¿Por qué no aprobar también la versión de Pfizer? ¿Por qué dejarlo bajo EUA?
- Cuando la prensa dice que "la vacuna Pfizer está totalmente aprobada", realmente, no lo está.
- THE BLA (Biologics License Application) reconoce problemas de miocardio a largo plazo con un seguimiento de 5 años consistente con el rango más bajo para LTFU para productos de terapia génica.

¿La FDA está reconociendo la clasificación de la terapia génica? **Estos productos han sido clasificados por la FDA como productos de terapia genética que requieren hasta 15 años de seguimiento a largo plazo en estudios. Esto fue reconocido por Moderna en su presentación del segundo trimestre de 2020.**

- **Se sabe que la detección de señales de seguridad mediante análisis de desproporcionalidad (PRR) es inadecuada.**
- Utilizando métodos publicados por los CDC, normalizando para las personas "vacunadas", Children's Health Defense calcula que hay 176 veces más informes en VAERS de muertes asociadas con las vacunas C19 que de las vacunas contra la gripe. 35 veces el número de H1N1.
- Además, utilizando datos del Ministerio de Salud de Israel, combinados con el estudio de Dagan, hemos estimado entre 35-86 000 EXCESO de muertes en Estados Unidos, debido a Covid en los "vacunados" (> = 1 dosis)
- Rango total de muertes que pueden estar asociadas con las "vacunas" C19: 65 000-176 000 (no se puede asignar causalidad).
- Se debe tener en cuenta el total de muertes por C19 en Estados Unidos. Desde el inicio de la "vacunación": alrededor de 300 000.
- Estas alarmantes señales de seguridad, relacionadas con la muerte, junto con una serie de eventos cardíacos, neurológicos y tromboembólicos justifican la adopción del término: **Síndrome Posvacunal Covid.**

Las pruebas de las "vacunas" Moderna y Pfizer se realizaron, como es habitual, con un grupo de control, es decir, con un grupo dentro del ensayo que recibió un placebo y no la "vacuna" de prueba. Sin embargo, **durante el ensayo, las farmacéuticas decidieron romper el protocolo y notificar al grupo de control que no estaban "vacunados", por lo que a casi todo el grupo de control se le administró la "vacuna".**

Según ha informado la [NPR](#), la radio pública de los Estados Unidos, **la disolución intencional del grupo placebo viola el propósito científico de probar si la "vacuna" tiene alguna eficacia; cualquier beneficio real y/o problemas de seguridad no podrá ser evidenciado, ya que sin un grupo de control, no hay nada con lo que comparar al grupo vacunado.**

Para que quede clara la gravedad de la decisión adoptada y la metodología empleada, la autorización y aprobación final de la agencia norteamericana del medicamento (FDA) para las "vacunas" se basa en el resultado de estos ensayos, por lo que no hay forma de medir la eficacia, efectividad o seguridad de la vacuna en sí.

No queda nadie dentro del grupo de control, que dé un valor estadísticamente válido, para proporcionar una comparación adecuada de los resultados para personas vacunadas frente a las no vacunadas.

¿Cómo puede considerarse eficaz la "vacuna" cuando no hay un grupo de personas no "vacunadas" con las que comparar los resultados?

El British Medical Journal [[BMJ](#)] anunciaba que la FDA estaba preparada para otorgar la aprobación total a la "vacuna" Pfizer **sin discusión pública de los datos**:

"Los defensores de la transparencia han criticado la decisión de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) de no celebrar una reunión formal del comité asesor para discutir la solicitud de Pfizer para la aprobación total de su 'vacuna' Covid-19"

La "vacuna" ya se ha inoculado a millones de los estadounidenses a través de una autorización de uso de emergencia. **Las empresas suelen solicitar la aprobación después de que haya transcurrido un período más largo para que haya más datos disponibles para su revisión.**

Kim Witczak, una defensora de la seguridad de los medicamentos que se desempeña como representante del consumidor en el Comité Asesor de Drogas Psicofarmacológicas de la FDA, dijo que la decisión eliminó un mecanismo importante para examinar los datos. **"Estas reuniones públicas son imprescindibles para crear confianza y seguridad, especialmente cuando las "vacunas" llegaron al mercado a la velocidad del rayo con una autorización de emergencia. Estas reuniones ofrecen una plataforma donde se puedan plantear preguntas, problemas abordados y datos examinados de antemano, antes de cualquier aprobación".** Witczak es uno de los más de 30 signatarios de una [petición](#) ciudadana pidiendo a la FDA que se abstenga de aprobar completamente cualquier "vacuna" Covid-19 este año para recopilar más datos. Ella advirtió que sin una reunión: "No tenemos idea de cómo se ven los datos". "Es preocupante que se esté recibiendo la aprobación total basada en datos de 6 meses a pesar de que los ensayos fueron diseñados para dos años". **"La aprobación total de las "vacunas" Covid-19 debe realizarse en un foro público abierto para que todos lo vean. Podría establecer un precedente muy peligroso de estándares reducidos para futuras aprobaciones"**. En dicha petición se indicaban lo siguientes puntos a realizar antes de cualquier autorización:

- Completar al menos 2 años de seguimiento de los participantes inscritos originalmente en ensayos clínicos fundamentales, incluso si los ensayos fueron cegados y ahora carecen de un control de placebo. Todos los ensayos de fase 3 del fabricante de "vacunas" ya se diseñaron con esta duración planificada.
- Asegurarse de que exista evidencia sustancial de efectividad clínica que supere los daños en poblaciones especiales tales como: lactantes, niños y adolescentes; aquellos con infección anterior por SARS-CoV-2; inmunodeprimidos; mujeres embarazadas; mujeres en lactancia; adultos mayores frágiles; e individuos con cáncer, trastornos autoinmunitarios y afecciones hematológicas.
- Una evaluación de seguridad completa de la proteína Spike que se produce in situ por los tejidos corporales después de la administración de la "vacuna", y la biodistribución completa de dicha proteína, la farmacocinética y la toxicidad específica del tejido.
- Finalización de los estudios de biodistribución de la "vacuna" desde el lugar de administración e implicaciones de seguridad de la traducción del ARNm en tejidos distantes.
- Investigación exhaustiva tanto de todas las reacciones adversas graves notificadas después de la "vacunación", como de las muertes, notificadas en los sistemas de farmacovigilancia de los Estados Unidos y el mundo.
- Evaluación de la seguridad en personas que reciben más de dos dosis.
- Inclusión de expertos en terapia y administración de genes en el Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados (VRBPAC), en reconocimiento del hecho de que las nuevas "vacunas" Covid funcionan sobre la premisa de la administración de genes, a diferencia de las vacunas convencionales.
- Hacer cumplir estrictos requisitos de conflicto de intereses para garantizar que las personas involucradas en el análisis de datos y los procesos de toma de decisiones relacionados con BLA no tengan ningún conflicto de intereses con los fabricantes de "vacunas".

Una "vacuna" Covid-19 debe ser aprobada cuando, y solo cuando, haya evidencias sustanciales que demuestren que los beneficios del producto superan los daños para la población receptora indicada; es decir que: garantizar el acceso a las "vacunas" una vez finalizada la emergencia de salud pública, o garantizar el acceso adecuado a las "vacunas" en toda la población, o para habilitar mandatos de "vacunas" o para reforzar la confianza del público, NO SON RAZONES VÁLIDAS PARA AUTORIZAR NINGUNA "VACUNA", por mucho que las autoridades o los medios de "comunicación" estén empeñados en decir lo contrario, ellos venden propaganda, pero la ciencia la desmiente una vez más.

Diana Zuckerman, presidenta del Centro Nacional de Investigación en Salud, quien también ha hablado en reuniones recientes de VRBPAC: "Es obvio que la FDA no tiene la intención de escuchar la opinión de nadie más. Pero si toma decisiones a puerta cerrada, puede alimentar la vacilación. **Es importante tener una discusión pública sobre qué tipo de datos hay y cuáles son las limitaciones. Cuando pensamos en riesgo versus beneficio, necesitamos saber**".

Joshua Sharfstein, vicedecano de práctica de salud pública y participación comunitaria en la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg y excomisionado adjunto de la FDA durante la administración Obama, dijo que **las reuniones del comité asesor** eran más que una forma de recibir aportes científicos de expertos externos. "También es una oportunidad para educar al público sobre el importante trabajo que la FDA ha realizado al revisar una enorme cantidad de datos sobre un producto". "Es **una oportunidad para que se hagan y respondan preguntas, lo que genera confianza pública**". "Si no hay reuniones del comité asesor antes de la concesión de la licencia, la FDA debería considerar tomar medidas adicionales para explicar la base de sus decisiones al público".

El 18 de agosto, antes de la noticia de que la FDA no celebraría una reunión formal del comité, el presidente de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América, **Barbara Alexander**, elogió el impacto de las **reuniones del VRBPAC** como "**una parte crítica y necesaria**" del proceso para evaluar si se deben administrar dosis de refuerzo.

El Dr. Paul E. **Alexander** es un antiguo miembro de la Universidad McMaster de Canadá y ahora es el director de Medicina Basada en la Evidencia y Metodología de la Investigación de la Fundación Verdad por la Salud. En una conferencia emitida el jueves día 26 de agosto de 2021 en LifesiteNews, criticó el método y los plazos con los que las "vacunas" Covid han sido aprobadas y puestas a disposición del público en general. "Normalmente las 'vacunas' tardan entre 8, 10, 12 y hasta 15 años desde su concepción, antes de ser producidas en masa. Pero ahora mismo tenemos una situación en la que tenemos a los desarrolladores de 'vacunas' de manita con la FDA y los NIH y los CDC, hasta el punto de que han llevado las "vacunas" al público en tres o cuatro meses, lo cual, es un verdadero problema debido a la falta de información contrastada sobre la eficacia de las "vacunas".

El investigador advirtió del peligro de contar simplemente con la eficacia de un medicamento para demostrar su utilidad y seguridad. De hecho, dijo que "tal vez sea más importante tener en cuenta la evidencia de los daños, y si esos daños, esos riesgos, superan a los beneficios, entonces ese dispositivo médico, ese medicamento, esa vacuna, no puede salir al mercado. Ese ensayo tiene que detenerse. Si al realizar la parte de seguridad del ensayo vemos que los riesgos son mucho mayores que los beneficios, entonces es un problema. Y en ese caso, hay que detener el

ensayo. En este caso, para estos ensayos de "vacunas", no se hicieron las pruebas adecuadas con animales, ni las pruebas de seguridad adecuadas. La duración del seguimiento claramente no existe. No podemos afirmar adecuadamente cuáles son las señales de seguridad... porque simplemente no se estudió. La información no está disponible para nadie, ni para el público, ni para los científicos, ni para los médicos. Sólo nos basamos en lo que dicen los desarrolladores de la "vacuna" y la FDA".

A raíz de los informes sobre el aumento de las lesiones después de tomar una inyección de Covid, Alexander dijo que la FDA "parece estar fallando al público estadounidense porque no está haciendo la debida diligencia y protegiendo al público estadounidense". **Este incumplimiento de los protocolos de seguridad es tan atroz que el experto médico sugirió que se había infringido el Código de Nuremberg, el código ético internacional redactado en 1947 tras los Juicios de Nuremberg.** Los fabricantes de las 'vacunas' Covid actualmente disponibles decidieron eludir el uso de estudios en animales, estudios de toxicidad adecuados, estudios farmacodinámicos; los estudios de toxicidad reproductiva tampoco se hicieron para estas "vacunas" Covid. **Los participantes deben estar debidamente informados para poder dar su consentimiento informado y eso significa explicar al participante los beneficios y los daños. Vacunarse no es simplemente 'séntate ahí, súbete las mangas y deja que te ponga este pinchazo'. Vacunarse implica que te expliquen los beneficios y los daños en función de tu propio perfil de riesgo; tiene que ser alguien que te conozca, como tu proveedor de servicios médicos, tu clínico, etc., no alguien que trabaje en una farmacia CVS o en un Wal-Mart o en un aparcamiento para coches. Es realmente incomprensible lo que se ha hecho ahora.** La FDA en este momento se encuentra en una posición muy cuestionable, especialmente con este presidente que ahora está presionando para dar la aprobación completa de la FDA a Pfizer, lo cual, dio sus frutos el lunes cuando la FDA concedió a la "vacuna" de ARNm de Pfizer su aprobación completa".

Deborah Conrad, una asistente médica con sede en Nueva York, dijo en la conferencia que el hospital en el que trabaja ha visto llegar a "**cantidades sin precedentes de pacientes" con afecciones que normalmente no afectarían a alguien de su edad o sin antecedentes de mala salud, todos los cuales se habían "vacunado" contra la Covid. En consecuencia, ver que la FDA aprueba la inyección de Pfizer es «aterrador para mí**". A partir de marzo de 2021 aproximadamente, empezó a encontrar entre los pacientes mayores niveles de "hipoglucemia... insuficiencia renal, estamos viendo muchas sepsis... infecciones del tracto urinario, embolias pulmonares... accidentes cerebrovasculares idiopáticos. Los pacientes suelen preguntar si la "vacuna" es la culpable de su repentina afección. Vemos cosas raras, extrañas, y no hay ninguna razón. Podría ser un par de semanas después de la "vacunación". Podría ser seis semanas después de la "vacunación". Podría ser meses después".

Existe una gran [diferencia](#) en el mundo real entre los productos aprobados por la EJA en comparación con los que la FDA ha autorizado en su totalidad. Los

productos EUA son experimentales según la ley de Estados Unidos. Tanto el Código de Nuremberg como las regulaciones federales establecen que nadie puede obligar a un ser humano a participar en este experimento. Bajo 21 Código de EE. UU. Sec.360bbb-3 (e) (1) (A) (ii) (III), "autorización para productos médicos para uso en emergencias", es ilegal negarle a alguien un trabajo o una educación porque se niega ser un sujeto experimental. En cambio, **los destinatarios potenciales tienen el derecho absoluto de rechazar las "vacunas" EUA. Las leyes estadounidenses, sin embargo, permiten que los empleadores y las escuelas exijan a los estudiantes y trabajadores que tomen "vacunas" autorizadas. Las "vacunas" Covid aprobadas por la EUA tienen un escudo de responsabilidad extraordinario bajo la Ley de Preparación Pública de 2005.** Los fabricantes, distribuidores, proveedores y planificadores gubernamentales de vacunas son inmunes a la responsabilidad. La única forma en que una parte lesionada puede demandar es si puede probar una mala conducta intencional y si el gobierno de los Estados Unidos también ha iniciado una acción judicial contra la parte por mala conducta intencional. Ninguna demanda de este tipo ha tenido éxito. El Gobierno ha creado un programa de compensación extremadamente tacaño, el Programa de Compensación por Lesiones de Contramedidas, para reparar las lesiones de todos los productos EUA. Los parsimoniosos administradores del programa han compensado a menos del 4% de los solicitantes hasta la fecha, y ni una sola lesión por la "vacuna" Covid, a pesar de que los médicos, las familias y los receptores de la "vacuna" lesionados han informado más de 600 000 lesiones por la "vacuna" Covid.

Parece que la FDA ejecutó un ardid inteligente en el que emitió fallos separados para una "vacuna" de Pfizer Inc.-BioNTech que se usa ampliamente en los Estados Unidos y otro fallo para una "vacuna" similar del socio y desarrollador de la plataforma de ARNm de Pfizer con sede en Alemania. BioNTech de Mainz. **Solo BioNTech obtuvo la aprobación de la FDA, pero condicionada a la finalización de una serie de pruebas adicionales en grupos selectos, incluidos bebés, mujeres embarazadas y jóvenes, para 2027. La "vacuna" de Estados Unidos, Pfizer-BioNTech Covid-19, solo obtuvo la extensión de su Autorización de uso de emergencia (EUA), ino aprobación completa**

El Dr. Robert Malone, recientemente a [añadido](#) a lo dicho: "Hay una carta para Pfizer y una carta para BioNTech. El New York Times y el Washington Post se equivocaron. **La autorización no es para Pfizer. La autorización es para BioNTech y solo se iniciará en el momento en que el producto BioNTech esté disponible**".

Al menos por el momento, la "vacuna" Pfizer Comirnaty no tiene protección de responsabilidad. Los viales del producto de marca, que dicen "Comirnaty" en la etiqueta, están sujetos a las mismas leyes de responsabilidad del producto que otros productos estadounidenses. Las vacunas para adultos con licencia, incluida la nueva Comirnaty, no gozan de ningún escudo de responsabilidad, las personas lesionadas por la "vacuna" Comirnaty podrían demandar por daños y perjuicios. Por lo tanto, es poco probable que Pfizer permita que cualquier estadounidense

tome una "vacuna" Comirnaty hasta que de alguna manera pueda arreglar la inmunidad para este producto.

Los estadounidenses, a quienes se les haya dicho que la "vacuna" Pfizer Covid ahora tiene licencia, asumirán comprensiblemente que los mandatos de la "vacuna" Covid son legales. Pero solo las "vacunas" autorizadas por la EUA, por las que nadie tiene ninguna responsabilidad real, estarán disponibles durante las próximas semanas cuando se cumplan muchos plazos de mandato escolar.

Si bien los medios de comunicación han proclamado que la FDA ha aprobado las "vacunas" Covid, la FDA no ha aprobado las "vacunas" Pfizer BioNTech, ni ninguna "vacuna" Covid para el grupo de edad de 12 a 15 años, ni ninguna dosis de refuerzo para nadie.

Veamos que es lo que [piensa](#) la gente de la credibilidad de la FDA y los CDC en función de las acciones durante la pandemia; la mejor forma es analizando también lo que piensan los profesionales sanitarios:

La confianza en las ambas instituciones ha disminuido drásticamente durante la pandemia de Covid-19 entre los profesionales de la salud, según una encuesta de junio de WebMD / Medscape.

De las casi 2000 enfermeras estadounidenses encuestadas entre el 25 de mayo y el 3 de junio, el 77% dijo que su confianza en los CDC ha disminuido desde el inicio de la pandemia y el 51% dijo que su confianza en la FDA ha disminuido. De manera similar, de casi 450 médicos estadounidenses encuestados en el mismo período de tiempo, el 77% dijo que su confianza en los CDC ha disminuido y el 48% dijo que su confianza en la FDA ha disminuido.

Además de la falta de confianza, muchos profesionales de la salud dijeron que no estaban de acuerdo con las acciones de los CDC y la FDA sobre Covid-19. Aproximadamente la mitad de los médicos y enfermeras dijeron que no estaban de acuerdo con la toma de decisiones de la FDA durante la pandemia, en comparación con el 36% de los lectores de WebMD. Casi el 60% de los médicos y el 65% de las enfermeras dijeron que no estaban de acuerdo con las pautas generales para la pandemia de los CDC, mientras que el 39% de los lectores de WebMD opinaban lo mismo.

Un [artículo](#) muy nuevo se titula "Cómo la falta de transparencia de la FDA socava la confianza pública". Un ex funcionario de la FDA dijo lo siguiente:

"Como estadounidenses, entendemos que se requiere un cierto nivel de secreto para aspectos particulares del gobierno federal, como el ejército, la seguridad nacional y áreas relacionadas. Sin embargo, este tipo de secreto no debe incluir decisiones de salud pública, decisiones de la FDA y otras ciencias de la salud. Desafortunadamente, nuestra FDA lo ve de manera diferente. Cualquiera que

deseo obtener documentos de la FDA debe pasar por una larga espera y rellenar innumerables solicitudes de FOIA para obtenerlos. Pero la mejor pregunta es: ¿Por qué la FDA no comparte de manera proactiva todo lo relacionado con la salud pública? Aún más problemático, cuando uno pasa por la FOIA, los registros de la FDA a menudo se redactan de manera absurda hasta el punto de la hilaridad. En la misma línea que su falta de transparencia documental”.

Una [encuesta](#) en mayo encontró que solo el 52% de los estadounidenses tiene mucha confianza en los CDC. Otras agencias de salud fueron incluso más bajas: solo el 37% de los estadounidenses dijeron que tenían mucha confianza en los Institutos Nacionales de Salud o la FDA. La encuesta encontró que la confianza no es solo un problema para las agencias federales de salud. Los departamentos de salud estatales tienen la confianza del 41% de los estadounidenses, y los departamentos de salud locales solo lo hicieron un poco mejor con un 44%.

En una [encuesta](#) realizada en julio, se encontró que una fracción significativa de los estadounidenses ha perdido su confianza en los funcionarios de salud pública. La encuesta realizada a 1000 estadounidenses entre el 30 de junio y el 1 de julio de 2021 encontró que uno de cada tres encuestados dudaba que las “vacunas” para Covid-19 fueran tan seguras como las describe el gobierno. Cuando se les preguntó si pensaban que “los funcionarios de salud pública están mintiendo sobre la seguridad de las ‘vacunas’ Covid-19”, el 32% de los encuestados estuvo de acuerdo y el 20% no estaba muy seguro.

Entre los que no confían en el nivel de seguridad anunciado por las autoridades, el 21% eran personas “vacunadas” y la mitad no estaban “vacunadas”. Mientras tanto, los que pretendían seguir rechazando la “vacunación” constituían el 60%. Casi dos tercios de los encuestados (62%) confirmaron que estaban completamente “vacunados”, mientras que el 32% no habían recibido las dosis.

En otra [encuesta](#) también realizada en julio, se buscaron las opiniones sobre la FDA. Una encuesta de 252 especialistas en dermatología, gastroenterología, nefrología, neurología y reumatología reveló que la confianza en la FDA está disminuyendo rápidamente. Solo el 36% expresa un alto nivel de seguridad en la agencia, y casi la mitad informa que su confianza en la FDA se ha erosionado en el último año. El sentimiento es más negativo en lo que se refiere a ser imparcial / apolítico, la velocidad de las revisiones de la Solicitud de Nuevos Medicamentos (NDA) y la transparencia con la comunidad médica. La insatisfacción parece provenir de movimientos impredecibles e inesperados de la agencia, que difieren según la especialidad.

Lo que podemos sacar como conclusión de todas estas encuestas y del análisis de las decisiones tomadas desde el inicio de la pandemia, es que en el caso de los CDC y la FDA: “Cuando el río suena, es porque la cantidad de agua que lleva es masiva”. La credibilidad que tienen es nula y se la han ganado a pulso, siendo la guinda del pastel, la autorización o no autorización del suero experimental de Pfizer. Los datos de seguridad y eficacia, son desastrosos y aún así...Hay un dato que lo explica absolutamente todo; que **la campaña de vacunación masiva**

contra la gripe porcina pandémica de 1976 se canceló después de que murieran solo 53 personas. ¿Por qué en este caso no sucede lo mismo con miles de muertos y millones de afectados por los eventos adversos que ocasionan las “vacunas” antiCovid, de los cuales, encima, más de la mitad son graves? Que cada uno saque sus propias conclusiones.

El senador Ron Johnson (R-Wis.), envió el jueves una [carta](#) a la Dra. Janet Woodruff, comisionada interina de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA), exigiendo respuestas a cinco preguntas muy lógicas, relacionadas con la aprobación de la FDA de la “vacuna” Covid de Pfizer Comirnaty y que resumen perfectamente todas las inquietudes que podemos tener:

¿Por qué la FDA no otorgó la licencia completa para la “vacuna” Pfizer-BioNTech que está en uso y disponible en los Estados Unidos?

¿En qué se “diferencian legalmente” las “vacunas” Covid-19 de Comirnaty y Pfizer-BioNTech y cuáles son las “ciertas diferencias”?

No hay duda de que la acción de la FDA dará lugar a más mandatos de “vacunas” y una mayor presión sobre aquellos que actualmente eligen no “vacunarse”. Su carta a Pfizer sugiere que “no hay suficientes “vacunas” aprobadas disponibles para su distribución”. ¿Existe suficiente suministro en los Estados Unidos de la “vacuna” Comirnaty para garantizar que quienes se vacunen según los mandatos reciban la versión aprobada por la FDA? ¿O es más probable (o seguro) que se “vacunen” con la “vacuna” administrada bajo la EUA reemitida?

Si hay un suministro insuficiente de “vacunas” comunitarias para quienes sucumben a la coerción de los mandatos, ¿no está la FDA respaldando de facto los mandatos de “vacunas” que utilizan “vacunas” EUA?

¿Se otorgarán las mismas protecciones legales a las personas que reciban cualquiera de las “vacunas” si resultan lesionadas por la “vacuna”? ¿Si no, porque no?

Si la “vacuna” de Pfizer-BioNTech está siendo tratada como una “vacuna” “totalmente autorizada”, entonces ya no debería recibir las protecciones que ofrece la EUA. Hay una manera de que el pueblo estadounidense pueda averiguarlo con seguridad, que la gente empiece a demandar.

Conflicto de intereses

En septiembre de 2016 Bill & Melinda Gates Foundation [donó](#) a la multinacional farmacéutica Pfizer Inc un capital de 16 millones y medio de dólares para la investigación de una vacuna para proteger a los recién nacidos contra el estreptococo B. La vacuna aún no se ha desarrollado.

En 2019, Pfizer hizo un nombramiento muy conflictivo para su junta directiva, Scott Gottlieb, que acababa de dimitir como director de la FDA tres meses antes.

Junto a Gottlieb en la Junta Directiva de Pfizer se encuentra la Dra. [Susan Desmond-Hellmann](#), quien dirigió la Fundación Bill y Melinda Gates hasta 2020. La Fundación Gates posee [acciones](#) en Pfizer. La mayor parte de las acciones de Biontech, fueron adquiridas por la Bill & Melinda Gates Foundation el 30 de agosto de 2019 según consta en la documentación presentada por la compañía ante la Comisión de Valores de Estados Unidos (SEC). En la carta de [acuerdo](#) de la adquisición de las acciones de la compañía, curiosamente, se incluyó el siguiente párrafo:

Respuesta Pandémica:

En caso de pandemia, la Fundación Bill y Melinda Gates puede solicitar a la compañía que acepte trabajar en un contrato financiado vía subvención para dar respuesta a dicha pandemia pudiendo incluir el desarrollo de un medicamento, vacuna o diagnóstico.

Otra persona que vincula a Pfizer y Gates es la profesora Holly Janes, experta en bioestadística de la ciudad natal de Gates, Seattle, en el centro de investigación del cáncer Fred Huff. Janes también es miembro del Comité de Vacunas de la FDA hasta 2023. En particular, co-diseñó los controvertidos ensayos para las "vacunas" de ARNm de Pfizer y Moderna para el NIAID de Fauci en su centro de Seattle, que también está [financiado](#) por la Fundación Gates.

Janes es profesora en el Centro de Investigación del Cáncer Fred Hutchinson, División de Vacunas y Enfermedades Infecciosas, conocido como Fred Hutch. Anteriormente, recibió dinero para investigación de la Fundación Gates por un período de seis años cuando trabajó para la Fundación Gates de 2006 a 2012 para desarrollar "apoyo estadístico y de diseño de estudios para ensayos de rendimiento de vacunas preclínicas". La profesora Janes también ayudó a desarrollar el programa que rastrea los datos de las vacunas en la Universidad John Hopkins.

La persona que [dirige](#) la FDA como "Directora interina" es Janet Woodcock. Ha estado en la FDA desde 1986, casi tanto tiempo como Fauci en el NIAID. Woodcock fue la elección de Biden para encabezar la FDA, pero con una oposición masiva de 28 grupos, incluidos fiscales generales estatales y grupos de ciudadanos; obligó a nombrarla "actuando", lo que no necesita el escrutinio del Congreso.

Woodcock fue directamente [responsable](#) de la aprobación por parte de la FDA de opioides mortales a pesar de las objeciones de sus propios científicos y otros asesores. Hace dos décadas, como jefe de la unidad responsable de la FDA, Woodcock jugó un papel decisivo en la aprobación de un poderoso opioide, Zohydro, a pesar de que el propio comité asesor científico de la FDA votó 11-2 para mantener el medicamento fuera del mercado porque no era seguro. Drugs.com en línea escribe: "La hidrocodona (Zohydro) puede ralentizar o detener su respiración. Nunca use Zohydro ER en cantidades mayores o por más tiempo de lo recetado. Tráguela entera para evitar la exposición a una dosis potencialmente mortal. La hidrocodona puede crear hábito, incluso en dosis

regulares". Woodcock luego aprobó la venta de una pastilla narcótica de alta concentración, OxyContin, como "más segura y más eficaz que otros analgésicos" basándose en las afirmaciones falsas del fabricante ahora en bancarrota, Purdue Pharma. Desde entonces, unos 500 000 estadounidenses han muerto como resultado de la adicción a los [opioides](#) .

Actualmente el mayor [donante](#) y benefactor de la OMS es la Fundación Bill & Melinda Gates con una aportación anual de 250 millones de euros. El siguiente mayor donante es GAVI (Global Alliance Vaccine Immunization), agencia encargada de distribuir las vacunas anuales por todos los países del mundo, con una aportación de 316 de millones de dólares anuales. GAVI, a su vez, también recibe su financiación de la fundación de Bill Gates (Bill Gates es el principal benefactor de [GAVI](#)) y de compañías farmacéuticas. Las farmacéuticas que más contribuyen a financiar la OMS son GlaxoSmithKline, Novartis, Sanofi Pasteur y Merck con un total de 90 millones de dólares durante el 2020. Tras una apariencia neutral y científica, este conglomerado de intereses y negocios parece más orientado a servir intereses comerciales que a ofrecer un desinteresado y filántrópico servicio de salud pública.

Según el Profesor [Peronne](#), un médico francés de mucho prestigio y que trabajó con la OMS hasta el 2009: "La OMS pertenece a la fundación Bill y Melinda Gates. De hecho, cuando la OMS no recibe los fondos de los Estados, las nóminas llevan el nombre de la Fundación Gates" (Programa en Sud Radio, junto con André Bercoff, 16 de junio del 2020).

"El 90% del Programa de Medicamentos ahora está financiado por la Fundación Bill & Melinda Gates, están dando el dinero solo para los asuntos que le interesa a Bill Gates, de tal manera, que el programa solo se centra en los proyectos para los que tiene dinero, el resto se queda sobre el papel. Por ejemplo, ya no se trabaja nada sobre el programa de uso racional de los medicamentos".

Por otro lado, las relaciones del magnate con la dictadura comunista de china son excelentes. En septiembre de 2015, Bill Gates a través de TerraPower firmó un acuerdo con la Corporación Nacional Nuclear de China de propiedad estatal para construir un reactor nuclear de última generación en Xiapu, provincia de Fujian, China. Desde hace tiempo la relación de Bill Gates con China es cuando menos sospechosa.

La [directora](#) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) trabajó para la industria farmacéutica y el 91% del presupuesto de su agencia proviene de esta industria. El pasado 25 de marzo, Gerald Hauser, diputado del Partido de la Libertad de Austria (FPÖ), reveló en una intervención parlamentaria los vínculos de la directora ejecutiva de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), Emer Cooke, con la industria farmacéutica, de la que "ha sido lobista durante ocho años" desde diversos puestos. Además, según la documentación presentada por Hauser en su intervención, el 91% del presupuesto de la EMA proviene de la misma industria farmacéutica, la cual depende de la agencia para que sus medicamentos sean aprobados. Si miramos el currículum de la señora Emer Cooke, vemos que desde 1985 trabaja para la industria farmacéutica en distintos

puestos. Interesa saber que desde 1991 hasta 1998 fue presidente de la EFPIA que es la organización lobby de las empresas farmacéuticas más grandes de Europa, es decir, sus jefes eran Pfizer, Moderna, Astrazeneca, Novartis, Johnson & Johnson, y ahora, curiosamente, es responsable de la autorización, control y efectividad de "vacunas".

El [caso](#) de Federico Martínón, coordinador del centro de la OMS en seguridad vacunal y jefe de pediatría del Hospital Universitario de Santiago de Compostela, ha vuelto a poner en evidencia las promiscuas relaciones entre las farmacéuticas y las autoridades sanitarias. Martínón es pediatra, partidario de la "vacunación" obligatoria y es un intenso promotor a través de su cuenta de Twitter de la inoculación de las "vacunas" Covid en menores, destacando la fiabilidad de la vacuna de Janssen en la red social. No es casualidad. El pasado mes de junio, la farmacéutica Janssen le hizo entrega de sus premios "Afectivo Efectivo" por "su entrega personal, su enorme empatía con los más pequeños y su exitosa trayectoria profesional internacional". En la web de este premio no se cuantifica las cantidades que suponen la entrega de este premio, ya sea en dinero o en especie, pero esta circunstancia le ha valido a Martinon para ser la persona de referencia de varias televisiones. Su presencia como miembro del Comité Asesor de Vacunas de la OMS es sin duda llamativa. Una publicación de Eldiario.es del año 2019 reveló que Martínón, junto a su compañera María Garcés, cobraron individualmente casi 100 000 y 36 000 euros cada uno de las compañías Pfizer y GlaxoSmithKline (GSK), entre los años 2017 y 2018.

PROTEÍNA SPIKE

El mejor resumen que se puede dar desde el punto de vista científico, es que **es peligrosa**, lo cual, ha sido dicho entre otros [\(1\)](#) [\(2\)](#) [\(3\)](#) [\(4\)](#) [\(5\)](#) [\(6\)](#) [\(7\)](#) [\(8\)](#) [\(9\)](#) [\(10\)](#) [\(11\)](#) [\(12\)](#) [\(13\)](#) [\(14\)](#) [\(15\)](#) [\(16\)](#) [\(17\)](#), por el Dr. Robert Malone, inventor de las vacunas con soporte de ARNm [\(18\)](#). Veamos las cosas que sabemos de la proteína en cuestión y que me llevan a hacer tal afirmación:

- El virus SARS-CoV-2 (y otros integrantes de la familia de los coronavirus) tienen en su membrana a la proteína Spike. Varios de los coronavirus utilizan esta proteína para poder tener acceso a las células que van a infectar [\(19\)](#).
- No es necesario haber aislado y purificado correctamente el virus SARS-CoV-2 para producir secuencias de ADN o ARNm de la proteína espiga, ya que la información de su secuencia genómica (que consta de unos 3000 nucleótidos y es un trímero formado por tres péptidos, cada uno con dos subunidades S1 y S2); está, supuestamente, publicada en las bases de datos y bibliotecas genómicas existentes, además, la tecnología capaz de sintetizar ARNm ya existe y diversos investigadores independientes lo han realizado y comprobado [\(20\)](#).

- La proteína [espiga](#) del SARS-CoV-2 induce senescencia paracrina y adhesión de leucocitos en células endoteliales, podría [destruir](#) la **inmunidad natural**. La insuficiencia inmunológica puede deberse a una acumulación de proteínas de pico inducidas por la vacuna dentro del cuerpo. **La teórica respuesta inmune" desencadenada por los pinchazos puede tener un coste letal, incluso en una etapa posterior.** Los telómeros (es el final de un cromosoma) del receptor de la vacuna se inactivan. Desactiva la transcripción de AUF1 y WRN eliminando los telómeros. La telomerasa es una enzima del ADN humano que regula el envejecimiento. Los telómeros que encapsulan el ADN se acortan con el tiempo a medida que los humanos envejecen.

Las proteínas de la "vacuna" tienen "efectos nocivos sobre la telomerasa, lo que perjudica su síntesis". Con esta actividad inhibida, es inevitable que aparezca el agotamiento de las células inmunes. Este puede ser el "regalo" de la Spike. Las proteínas de pico "pueden estar crónicamente presentes" y de forma continua suprimir la telomerasa.

La destrucción de los telómeros inducida por la "vacuna", que se asocia con la enfermedad de Alzheimer, Parkinson, ferroptosis, hipotálamo y autofagia, está sucediendo. Es posible eliminar los telómeros con "células que carecen de WRN". Es una forma de muerte celular: [letalidad sintética](#). **Sin la telomerasa, las células clave del cuerpo no pueden reponerse y se agotan mucho antes de lo debido al transcurso de una vida normal. Básicamente estamos viendo los efectos de la quimioterapia con la proteína de pico.** Pero de una manera muy singular. Las células que se replican rápidamente se están agotando. Ahora podemos explicar los informes demasiado comunes de pérdida de cabello.

- La proteína por sí sola (sin necesidad de estar asociado al virus) puede ocasionar daño en diversos tejidos y órganos ya que altera el eje Renina-Angiotensina-Aldosterona, daña los endotelios e induce a la desregulación de las mitocondrias, lo que lleva a hipertensión, inflamación y formación de trombos (en otras palabras, al cuadro clínico de Covid-19) ([21](#)) ([22](#)) ([23](#)). No hay mucha más evidencia científica de esto, porque no se han hecho estudios semejantes hasta hace poco, pero en estos otros ([24](#)) ([25](#)), también se ve ya ese potencial patogénico de la proteína.

La acción de la proteína S e incluso de sus fragmentos (subunidad S1 y probablemente solo del RBD o dominio de unión al receptor) explican perfectamente, la causa del bloqueo de los receptores ACE2, los síntomas debidos a la Covid grave (microtrombos e hiperinflamación) y el daño producido por la "vacuna".

Dicho bloqueo daña las células que contienen estos receptores que se encuentran distribuidos por muchos tejidos, principalmente, los vasos sanguíneos, las plaquetas y las células inmunes (lo que explica los trombos, lesiones hemorrágicas e hiperinflamación) y por diversos órganos, principalmente, el corazón, riñones, gónadas, cerebro e hígado.

La evidencia acumulada ha definido la Covid-19 como una enfermedad vascular. La lesión de los vasos sanguíneos causa daño pulmonar progresivo e insuficiencia multiorgánica en la Covid-19 grave, debido a edemas, coagulación intravascular, inflamación vascular e infiltración celular inflamatoria desregulada. Se han propuesto múltiples mecanismos para la disfunción vascular en la enfermedad; sin embargo, se sabe poco sobre la acción directa del SARS-CoV-2 sobre la CE (células endoteliales vasculares).

El ACE2 es el receptor mejor establecido para la proteína de espiga, aunque se han descrito otros receptores de la superficie celular tales como: neuropilina-1 (NRP1), receptores de tipo toll (TLRs) e integrinas de unión a RGD. En particular, la integrina $\alpha 5\beta 1$ es una integrina de unión a RGD (secuencia de tripéptidos) que tras la unión, media la entrada de SARS-CoV-2 y la infección de células epiteliales y monocitos in vitro y aumenta la carga viral pulmonar y la inflamación in vivo. La ligadura de la integrina $\alpha 5\beta 1$ por motivo de la fibronectina (es una glicoproteína adhesiva presente en forma soluble en plasma e insoluble en la matriz extracelular de la mayoría de los tejidos) RGD, activa la expresión de genes proinflamatorios en la CE, pero no se ha abordado la unión del pico a $\alpha 5\beta 1$ en la CE y su impacto en la respuesta inflamatoria de la CE.

En un estudio ([26](#)), demuestran que **la unión de la proteína a la integrina $\alpha 5\beta 1$ activa el programa inflamatorio de la CE. La proteína Spike estimula la expresión de moléculas de adhesión ICAM1 y VCAM1 y la unión de leucocitos a monocapas de EC como TNFa (citoquina), un inductor bien conocido de respuestas inflamatorias de EC sostenidas.**

Los neutrófilos, los macrófagos y las células epiteliales pulmonares reaccionan a la proteína a través de la activación de la producción de citocinas inducida por el receptor tipo toll, un mecanismo subyacente a la tormenta de citocinas observada en el Covid-19 grave. La integrina $\alpha 5\beta 1$ se expresa ampliamente en las células inmunitarias y puede cooperar con receptores de tipo toll para estimular sus vías de señalización. Sin embargo, las CE humanas expresan pocos o ningún receptor de tipo toll en su superficie, lo que implica que las interacciones entre los receptores de toll y la integrina $\alpha 5\beta 1$, no contribuyen al efecto proinflamatorio del pico en el endotelio.

La vasopermeabilidad excesiva que conduce al edema es otro sello distintivo del Covid-19 grave. La unión de la proteína a la integrina $\alpha 5\beta 1$, a través de RGD, estimula la hiperpermeabilidad de las monocapas de EC. La hiperpermeabilidad inducida, es imitada por su dominio de unión al receptor y el tripéptido RGD y prevenida mediante anticuerpos neutralizantes contra la integrina $\alpha 5\beta 1$ y la subunidad de la integrina $\alpha 5$.

La proteína interfiere con la distribución periférica del CD31 (antígeno) observada en monocapas de CE estables. Debido a que el CD31 exhibe propiedades adhesivas y se concentra principalmente en las uniones entre las células adyacentes, su localización alterada en la CE es consistente con un aumento de la vasopermeabilidad.

Al unirse a $\alpha 5\beta 1$, la proteína cambia el fenotipo de EC para promover la inflamación vascular. Tras la activación de $\alpha 5\beta 1$ mediada por la Spike, las CE pierden su capacidad para controlar la permeabilidad o inactivar los leucocitos, características ambas de la disfunción de las CE. Estos hallazgos proporcionan información sobre los mecanismos que hacen de la Covid-19 una enfermedad vascular y fomentan el desarrollo de enfoques terapéuticos que se centran directamente en los cambios vasculares mediados por $\alpha 5\beta 1$.

Dos inhibidores de $\alpha 5\beta 1$, volociximab y ATN-161, desarrollados como agentes terapéuticos prometedores, bloquearon la adhesión de leucocitos inducida por la proteína y la hiperpermeabilidad de la CE. De hecho, ya se ha demostrado que ATN-161 inhibe la infección por el virus del SARS-CoV-2 in vivo.

- **Las proteínas de pico de la "vacuna" Covid dañan la proteína de la placenta en mujeres vacunadas**, parecen "hacer eco" con la proteína placentaria en mujeres embarazadas vacunadas. Recientemente se realizó un estudio en 15 mujeres que recibieron la vacuna Pfizer, se extrajeron muestras de sangre cada pocos días y los investigadores midieron los anticuerpos contra la proteína de pico. En el estudio, los investigadores también midieron los anticuerpos contra la placenta y encontraron que dentro de los primeros 1-4 días, un aumento de 2.5 a 300% en los anticuerpos contra su propia placenta ([27](#)). Un estudio con 1600 mujeres confirma que la "vacuna" Covid altera la [regla](#). Esas [alteraciones](#) en el ciclo menstrual, con base en lo que ya se sabe sobre la acción de las vacunas de ARNm (Pfizer y Moderna), podrían darse:
 1. Porque el ARNm de las "vacunas" se distribuye en órganos y tejidos, incluyendo los ovarios, a las 48 a 96 horas post vacunación, elevando su concentración de forma notoria en ellos.
 2. Por tener ARNm encapsulado en nanomoléculas que lo protegen y evitan su degradación, lo cual, favorece el que pueda entrar en las células ováricas y comenzar a producir la proteína Spike. Se sabe que

ACE2 (el receptor de Spike) está ampliamente expresado en ovario, útero, vagina y placenta. Además, el eje renina-angiotensina-aldosterona (que desregula Spike al hacer contacto con ACE2) regula el desarrollo de folículos y la ovulación, modula la formación de vasos sanguíneos que aportan nutrientes al cuerpo lúteo y su degeneración y afecta el tejido endometrial y al desarrollo del embrión.

3. Porque la presencia de Spike en los órganos reproductores femeninos puede alterar las funciones reproductivas a través de su acción sobre ACE2

El 25% de las mujeres que contraen "Covid-19" también ven alteraciones en su ciclo. El Covid-19 asociado a SARS-CoV-2 es en muchos aspectos clínicamente indistinguible del Covid-19 post vacunación (asociado a la producción endógena de la proteína Spike por nuestras células). La diferencia es que no se ha visto que el virus SARS-CoV-2 sea capaz de replicar de forma eficiente en el ovario, ni cuanta proteína Spike se genera en el ovario tras esa infección, mientras que conforme a los datos presentados arriba, sí es real que las células ováricas producirán esa proteína.

- Las "vacunas" de ARNm y las vectorizadas contra SARS-CoV-2, se basan en (por dos mecanismos diferentes) lograr que nuestras células comiencen a producir la proteína. **Sabemos que el ARNm (y presumiblemente, los vectores virales de las "vacunas"), no se limita a los sitios de inoculación; que viaja por el torrente sanguíneo y la linfa hacia otros tejidos y órganos** (28) (29) (30), incluyendo el sistema nervioso; reconocido en un documento interno de Pfizer (31), en un documento del regulador Japonés (32) o en el primer informe de una autopsia practicada a una persona vacunada (33); esto se sabía, al menos, desde el 2017, por un estudio hecho con una vacuna de ARNm contra el virus de Influenza A que estaba en etapa preclínica (34).
- **La proteína Spike induce a que las células donde se encuentra, generen exosomas** (bolsitas hechas de membrana de los organelos de las células) **que contienen microARNs y que estos viajan hacia el sistema nervioso, ejerciendo una inflamación descontrolada en el cerebro** (35).
- **En diversos estudios se afirma que la proteína S cambia la señalización celular al unirse al receptor ACE2, esto significa que da instrucciones a la célula para que altere sus funciones, lo que es particularmente grave en las células inmunes ya que las vuelve ineficientes, facilitando los procesos inflamatorios y la susceptibilidad a enfermarse por cualquier patógeno** (36) (37) (38).

- Otros investigadores también han estudiado los **problemas producidos por la proteína espiga y los anticuerpos que el organismo genera cuando es inyectada, atacando hasta 28 tejidos humanos, lo que explica las enfermedades autoinmunes que los "vacunados" pueden desarrollar** ([39](#)) ([40](#)).
- El daño directo a bazo y páncreas (órganos en que acumulan las LNP vacunales) y el estado basal de inflamación crónica, deterioro de la respuesta inmunológica y alteración de la coagulación; parecen ser los mecanismos fisiopatológicos que contribuyen al aumento de la morbimortalidad de la Covid-19 en las personas diabéticas, así como al mayor daño producido por las "vacunas" Covid en los diabéticos ([41](#)).
- Stephanie Seneff, la científica investigadora principal del Instituto de Tecnología de Massachusetts; dijo que ahora está claro que el contenido de la "vacuna" que se está administrando, **las nanopartículas lipídicas (LNP) que contienen el ARNm codificante de la proteína espiga, llegan al bazo y a las glándulas, incluidos los ovarios y las glándulas suprarrenales, y mientras se va vertiendo circula por el torrente sanguíneo, donde está causando un daño sistémico.** Los receptores ACE2 son comunes en el corazón y el cerebro, y así es como la proteína espiga causa problemas cardiovasculares y cognitivos.

La patología y los síntomas que están teniendo muchos vacunados Covid (trombosis con trombocitopenia, accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares y miocarditis) se correlaciona perfectamente con los problemas que causa la proteína espiga, según se ha determinado experimentalmente. Está recogido en los estudios científicos citados en este apartado. **Es de destacar que en otros órganos donde se acumulan las nanopartículas lipídicas como el ovario, se están produciendo diversas alteraciones como lo demuestra la notificación de un elevado número de mujeres con problemas relacionados con la menstruación** ([42](#)).

- **La secuencia del ARNm que tiene la información para que nuestras células elaboren Spike** (al menos en la "vacuna" Pfizer) **tiene** unas regiones que se conocen como "**péptido señal**", lo que sugiere que la **proteína no se queda dentro del citoplasma de las células que la están produciendo posteriormente a la "vacunación", sino que se va a la membrana.** De ahí, que se pueda dar el "**shedding**" ([43](#)) ([44](#)) o **eliminación de Spike en orina o saliva de las personas "vacunadas"**; recogido en un documento interno de Pfizer ([45](#)), analizado por doctores de prestigio ([46](#)) ([47](#)) ([48](#)) ([49](#)), recogido en un documento interno de los CDC ([50](#)) o comentado en artículos periodísticos ([51](#)).

Por una parte se constata el hecho de que la epidemia no termina con una curva en campana característica de cualquier epidemia, sino que se

producen nuevas variantes y oleadas de enfermos y hospitalizados desde que se inició la "vacunación" masiva (sin contar la olas artificiales infladas por test PCR inespecíficos). Esto es especialmente relevante durante las temporadas invernales en los distintos hemisferios terrestres, en las que aumenta el nº de casos leves y graves, al igual que ocurre en las epidemias gripales. Hay que tener en cuenta que el Síndrome Covid Grave es una complicación autoinmune de un proceso de tipo gripal, como lo demuestra el dato de que a los siete días de enfermar es cuando se desencadena el cuadro hiperinflamatorio grave y ya no se corresponde con cultivo viral positivo.

Por otra parte conocemos numerosos casos, algunos de ellos muy mediáticos como el de un conocido presentador de Tv española, en el que él recién vacunado enferma y contagia a su familia. El fenómeno del contagio es una EVIDENCIA aunque la explicación de dicho fenómeno no sea simple. Los vectores portadores de la información patógena pueden ser partículas de tipo viral que emitan los "vacunados" sintomáticos (sabemos que las células diana de la proteína espiga generan exosomas que contienen micro ARNs) o bien fragmentos peptídicos de la proteína espiga eliminados por los "vacunados" por la saliva o la orina, ya que ha sido demostrado que no es precisa la proteína completa para unirse al receptor celular y causar daño compatible con el cuadro Covid.

No debemos olvidar que hace tiempo que se lleva trabajando en vacunas que se autotransmiten como una enfermedad, sin necesidad física de vacunar ([52](#)) ([53](#)), lo cual, hace todavía más probable que la transmisión de la esa proteína, sea real.

VARIANTES

Una palabra de moda en el discurso oficial, ampliamente utilizada por las autoridades para fomentar la vacunación y que no suele estar bien empleada. Lo primero, sería definir qué significa el término y, para ello, habría que hacerlo en conjunto con otros dos: cepas y mutaciones.

Mutaciones, son cambios que tienen los virus a nivel genético. Esas mutaciones, se agrupan en variantes, "ramas" o linajes (por ejemplo, una de las variantes más conocidas es la B.1.1.7 del Reino Unido; incluye 23 mutaciones con respecto al virus encontrado en China). Cuando hay demasiadas mutaciones que provocan un cambio sustancial, entonces se forma una nueva cepa o nueva especie de virus. Considerando lo expuesto, las autoridades, no están empleando el término de forma adecuada.

Las mutaciones ocurren con bastante frecuencia en los virus de ARN. Estos surgen típicamente cuando el virus está bajo presión selectiva, por ejemplo, por anticuerpos que limitan pero no eliminan la replicación

viral. La noticia positiva es que alguna vez se pensó que las cepas más antiguas del virus del resfriado, que ahora son relativamente inofensivas, eran mucho más peligrosas, han mutado a través de una serie de variantes en algo menos dañino (1). Los virus tienen "inteligencia biológica" por lo que "tienden a mutar hacia mejor" y, esas mutaciones "lo que hacen es "disminuir la agresividad de los mismos", al virus no le interesa matar a la población a la que afecta, ya que sin células de otros no se puede reproducir y, por tanto, si acaba con la población, acaba consigo mismo. Dicho de otra manera, las mutaciones lo que hacen es disminuir la agresividad del virus una vez que se ha expandido y se establece. En el caso del SARS-CoV-2, la mayoría de las mutaciones se producen en proteína de pico, aunque se han encontrado mutaciones a lo largo de todo el genoma. Hay regiones del SARS-CoV-2 que parecen cambiar constantemente, lo cual sugiere que el virus puede tolerar bien esos cambios. En otras regiones, las mutaciones son muy escasas, señalando puntos críticos en el genoma que no pueden tolerar mutaciones. Que el virus mute es incluso útil, así es como se ha logrado rastrear el paso del mismo por todo el planeta. Conforme avanza la pandemia, el "genoma" del virus ha ido cambiando, y científicos de distintos países han compartido sus "secuencias" en bases de datos abiertas que investigadores de otras regiones pueden consultar.

Una mutación genética no es más que un cambio en una o más letras del genoma. Y, de hecho, la mayor parte del tiempo las mutaciones no tienen ningún efecto. El genoma del coronavirus, por ejemplo, está compuesto de 30 mil letras organizadas en grupos de tres. Cada uno de esos tripletes provee el código para crear unidades llamadas aminoácidos, que serán los tabiques de las 29 proteínas que componen al virus: desde las que supuestamente usa para infectar a nuestras células hasta las que emplea para camuflar su propio material genético de los sistemas siempre vigilantes del cuerpo humano. Distintos tripletes pueden codificar el mismo aminoácido. Por ello, una mutación en una o más letras no necesariamente cambiará el aminoácido final. Incluso si lo hiciera, eso no significa que la proteína se comportará de diferente manera.

Virus como los de influenza, el VIH y el SARS-CoV-2, mutan frecuentemente. Por eso, cuando la pandemia de Covid-19 comenzó en China, la comunidad científica se había preparado para lidiar con un patógeno que siguiera esa regla. Pero encontraron algo distinto. Este coronavirus muta menos que otros virus, la clave está en una sola proteína. Los coronavirus como familia, incluyendo a los cuatro que infectan humanos, poseen una proteína llamada exoribonucleasa que funciona como mecanismo de corrección. En el momento de que el SARS-CoV-2, por ejemplo, crea una réplica de su genoma dentro de una célula humana, la exoribonucleasa es la clave para que el virus mute menos, pues puede detectar errores o mutaciones, regresarse y corregirlas. A veces, por supuesto, se equivoca. Y la nueva copia del coronavirus termina con algunas alteraciones.

Al hablar de mutaciones, el miedo más frecuente es que aparezca una variante genética del virus que sea más agresiva, más dañina y más fácil de transmitirse entre personas. Con respecto al SARS-CoV-2, hay algunos trabajos en la bibliografía que hablan sobre esa posibilidad, uno de los más citados en el

discurso oficial para justificar su mensaje, es el titulado: "Spike mutation pipeline reveals the emergence of a more transmissible form of SARS-CoV-2" (2), de abril de 2020. Es un estudio preliminar publicado en bioRxiv en el que científicos del Laboratorio Nacional de Los Alamos aseguran haber analizado más de 6.000 secuencias del coronavirus recopiladas por Global Initiative for Sharing All Influenza Data. Lo primero en que debemos fijarnos, es en el nombre de la revista; en ésta solo se publican estudios preliminares, nunca definitivos y por tanto, no revisados por otros expertos para verificar su veracidad. Es decir, publicar un paper conlleva tiempo ya que debe pasar un riguroso proceso de revisión para comprobar que se ha seguido el método científico. Este estudio preliminar sin embargo no ha pasado el peer review aún, por lo que no puede considerarse algo "definitivo".

El análisis del Laboratorio Nacional de Los Álamos identificó un total de 14 mutaciones de SARS-CoV-2 entre los casi 30 000 bases partes del ARN del genoma del virus. Las mutaciones en cierto modo son normales: un virus muta continuamente y diferencias genéticas no tienen por qué significar comportamiento y funcionamiento distinto siempre. En este caso, los investigadores se fijaron en una mutación concreta llamada D614G, que se da en la proteína Spike (S) y es la responsable del cambio en las puntas/picos del virus. La conclusión que extrajeron los investigadores fue que la nueva mutación, que parecía haberse originado en Europa, consiguió dominar frente al coronavirus original que surgió de Wuhan en China. La cepa proveniente de Europa era la que parecía haberse distribuido más a nivel global. Indicaban que en cuestión de semanas fue la mutación dominante en algunas regiones donde llegó. Basándose en ello, aseguraban que era más infecciosa que la original, lo cual, ya es bastante temerario e imprudente desde el punto de vista científico, ya que olvidan por completo algo tan básico como otros factores externos, como simplemente el comportamiento social, y las medidas tomadas para frenar la expansión del coronavirus; no demostró si el mayor contagio se debía concretamente al cambio en el genoma del virus o a factores externos. Otro problema que presenta, es que los datos recogidos por la investigación del Laboratorio de Álamos no son datos recogidos al azar, sino que provienen en su mayoría de Europa y América del Norte, y hay que tomarlos por tanto con precaución. Es decir, hay una sobrerrepresentación con respecto a otras regiones donde la pandemia llegó.

Cuando estas mutaciones son importantes, generan una variante del virus original (OMS, 30/12/2020) y cuando ellas mejoran su capacidad de infección, ingreso a la célula humana y por ende su patogenicidad, se les denomina Variantes de Preocupación (Variants of Concern -VOC- por sus siglas en Inglés). En el caso del SARS-CoV-2, los estudios actuales se han focalizado en identificar las mutaciones ocurridas en la región del genoma que codifica para la proteína S, por su papel clave en el ingreso del virus a la célula humana.

A día de hoy, supuestamente, se han identificado varias docenas de mutaciones con cambios estructurales en la proteína S, incluso varios estudios han reportado mutaciones que evaden el ataque de anticuerpos monoclonales a la proteína S del virus y además, también se habla de que mutaciones como K417N y E484K,

encontradas en las variantes brasileñas y sudafricana, pueden reducir apreciablemente la neutralización del virus por anticuerpos hasta en 10 veces; todo parece muy grave y lo parece todavía más, ayudado por la propaganda de los medios de desinformación, para mantener la campaña del miedo y así, favorecer la vacunación masiva. Curiosamente, lo que esos medios no cuentan, es que todavía no se ha definido con claridad el efecto en la eficacia de los anticuerpos policlonales del sistema inmune, de igual forma, tampoco cuentan que la única manera de demostrar si una mutación cambia realmente la manera en que el virus se comporta, es realizando un montón de experimentos que llevan bastante tiempo y, la ciencia, por el momento, no ha ofrecido respuestas claras al respecto.

A principios de abril de 2021, había una gran preocupación entre algunos científicos de que las estrategias de vacunación subóptimas crearían una presión de selección sobre el virus facilitando la aparición de variantes. Sin embargo, ahora podemos ver que la tasa de letalidad de la última variante Delta se ha reducido al 0.1%. Anteriormente se había calculado que era del 1.9% para la variante Alpha (Kent). La tasa de letalidad por infección será aún menor, ya que no se diagnostican todos los casos (3). Lo que no está muy claro es si la "vacunación" ha aumentado la velocidad a la que llegan a predominar determinadas variantes. **Debido a que la "vacunación" se dirige a una respuesta inmune específica a la proteína de pico, es teóricamente posible que las variantes que puedan evadir esta respuesta inmune particular se seleccionen en la población "vacunada". Los no "vacunados" tienen una respuesta inmune muy amplia a todas las partes del virus a través de diferentes partes del sistema inmunológico que pueden no crear la misma presión de selección.** Esta hipótesis sugiere más bien lo contrario de lo que se está propagando en los medios.

Las tres primeras variantes importantes surgieron de Brasil, Sudáfrica y el Reino Unido, que fueron todos sitios de ensayos de vacunas, curiosamente. Desde entonces, ha habido más variantes que han aparecido después del despliegue de la vacunación en varios países más. Algunos expertos han especulado sobre la coincidencia de este tipo de hechos y actualmente se está estudiando este fenómeno. En un estudio publicado recientemente como preimpresión y aún no revisado formalmente, Theodora Hatzioannou, viróloga de la Universidad Rockefeller en Nueva York, y sus colegas crearon un "pseudo-coronavirus" que lleva una versión no variante de la proteína de pico. Esto se cultivó en presencia de anticuerpos individuales extraídos de la sangre de personas que habían recibido una de las dos "vacunas" Covid-19 autorizadas por la FDA, una de Pfizer / BioNTech y otra de Moderna. Algunos anticuerpos estimularon al pseudo-SARS-CoV-2 a adquirir varias mutaciones. Intentaron el experimento nuevamente sin anticuerpos presentes y ninguna de las tres mutaciones, desarrollaron las mismas maniobras evasivas.

"Estos datos muestran que estas mutaciones que se acumulan en la proteína de pico son mutaciones de escape de anticuerpos", dice Hatzioannou. "Tan pronto como agregas un anticuerpo específico, ves mutaciones específicas".

Hatzioannou y otros creen que también se pueden encontrar pistas en los genomas de los virus que se establecieron a largo plazo en los cuerpos de pacientes inmunodeprimidos con Covid-19. La teoría predominante era que las mutaciones de escape podrían haber surgido en personas con infecciones crónicas, que podrían estar recibiendo tratamientos con anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia y, por lo tanto, sobrecargar las presiones selectivas a las que tiene que enfrentarse el virus (4). En este estudio (5), se muestra como los anticuerpos generados por los "vacunados" son presión selectiva que disminuye la "eficacia protectora" en los "vacunados".

Este estudio (6) menciona cómo es normal (y esperado) que cambien la dominancia las variantes, y explica el mecanismo por el cual sucede. También muestra que una variante que comenzó a dominar (y por la que el mundo se conmocionó como está haciendo ahora con las nuevas variantes) no es más virulenta, sino más transmisible, que es lo que se esperaría bajo la teoría evolutiva (se selecciona hacia las variantes más transmisibles y eso va de la mano con menor virulencia). Otros dos estudios (7) (8), demuestran que las variantes D614, no son más infecciosas ni transmisibles. En este comentario en la revista Nature (9), se hace hincapié en el error de hablar de que las variantes son más virulentas cuando no lo son.

Los investigadores japoneses que crearon pseudovirus que llevan la mutación, no han encontrado que la variante Delta confiera una mayor infectividad en el laboratorio, y en la India, otras variantes de coronavirus que incluyen la misma mutación han tenido mucho menos éxito que ella (10).

Según una investigación publicada la semana pasada en Scientific Reports (11), **las personas "vacunadas" pueden desempeñar un papel clave para ayudar a que las 'variantes' del SARS-CoV-2 evolucionen en otras que evadan las "vacunas" Covid existentes.** Los investigadores concluyeron que hay tres factores de riesgo específicos que favorecen la aparición y el establecimiento de una cepa resistente a la vacuna. Estos serían, según ellos: una alta probabilidad de aparición inicial de la cepa resistente; elevado número de personas infectadas; y baja tasa de "vacunación". Sin embargo, el análisis también mostró que **el mayor riesgo de establecer una cepa resistente ocurre cuando una gran fracción de la población ya ha sido "vacunada" pero la transmisión no está controlada.** El equipo de científicos dijo que sus hallazgos siguen lo que se conoce como presión selectiva, la fuerza que impulsa a cualquier organismo a evolucionar, confirmado también por el Dr. Antonio [Alarcos](#).

En general, "cuantas más personas estén infectadas, más posibilidades hay de que surja la resistencia a la 'vacuna'", dijo Fyodor Kondrashov, del Instituto de Ciencia y Tecnología de Austria (12).

Los datos son consistentes con un estudio publicado la semana pasada (13) por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, que mostró que **las personas "vacunadas" pueden transmitir la variante Delta con la misma facilidad que las personas no "vacunadas"**.

Un documento (14) elaborado por el Grupo Asesor Científico para Emergencias que asesora al Gobierno del Reino Unido sobre futuras variantes de Covid-19 y las consecuencias de ellas, establece claramente que es probable que surja una nueva variante con una tasa de letalidad del 35%, y la razón es que **las actuales inyecciones de Covid-19 que se ofrecen no previenen la infección o transmisión de las variantes existentes de Covid-19**. El documento, se publicó en la web del Gobierno del Reino Unido el 26 de julio de 2021 y explora varios escenarios potenciales que podrían ocurrir en el futuro debido al programa de "vacunación" actual y al uso de medicamentos antivirales. El Grupo Asesor Científico para Emergencias (**SAGE**) declara en el documento que la erradicación del Covid-19 es extremadamente improbable y que tienen una alta confianza en que "siempre habrá variantes". Sin embargo, **afirman que la cantidad de variantes depende de una cosa ... El número de medidas de control implementadas por el gobierno del Reino Unido.**

SAGE describe un escenario dentro del documento que establece que existe una posibilidad realista de que pueda surgir una variante de Covid-19 que cause una enfermedad mucho más grave en la población en general de lo que ha ocurrido hasta la fecha. Afirman que incluso podría matar hasta el 35% de las personas a las que infecta. La razón que dan para que ocurra este escenario es que es **muy poco probable que las "vacunas" actuales de Covid-19 que se ofrecen continúen brindando protección contra enfermedades graves** si hay una desviación significativa en la secuencia del gen de pico de las variantes futuras. Sin embargo, SAGE afirma que se esperaría un aumento en las hospitalizaciones y muertes incluso si la secuencia del gen del pico no se desvía en variantes futuras, fundamentalmente porque según reconoce, **las "vacunas" actuales "no previenen completamente la infección en la MAYORÍA de las personas"**. También admite en el documento, que el **programa de "vacunas" actual podría conducir al desastre**. Afirman que **a medida que las "vacunas" contra Covid-19 se implementan en toda la población, podrían crear una presión de selección para variantes que pueden escapar de la supuesta "inmunidad adquirida por 'vacuna'"**. De igual forma, afirman claramente que **los métodos utilizados para predecir mutaciones en el virus Covid-19 nunca han involucrado el uso del virus Covid-19 en sí. En su lugar, han utilizado métodos artificiales para generar y expresar las supuestas variantes de picos, como levadura, fagos o expresión de otro virus.**

Un estudio (15) publicado en la revista PLOS Biology en 2015, diezma por completo la idea de que las "vacunas" para el coronavirus de Wuhan (Covid-19) están ayudando de alguna manera a detener la propagación. Lo que el estudio encontró es que **algunas vacunas**, que el estudio describe como **"imperfectas", en realidad contribuyen a una mayor propagación de la enfermedad**. Las inyecciones "con fugas", ahora sabemos que ejercen una presión selectiva sobre los virus de tal manera que mutan y se pueden volver más virulentos. En el caso de la gripe de Wuhan, esto, puede explicar el que estamos viendo un aumento repentino en la propagación de nuevas "variantes" como "Delta". **Los que reciben esas inyecciones "imperfectas", terminan**

convirtiéndose en incubadoras andantes de estas nuevas cepas, que parecen extenderse de los vacunados a otras con las que entran en contacto.

"¿Podrían algunas vacunas impulsar la evolución de patógenos más virulentos?", se pregunta el estudio en su resumen. "La sabiduría convencional es que la selección natural eliminará patógenos altamente letales si la muerte del huésped reduce en gran medida la transmisión". **"Las vacunas que mantienen vivos a los huéspedes pero aún así permiten la transmisión, podrían permitir que circulen cepas muy virulentas en una población".** La llamada "inmunidad" provocada por las inyecciones no puede prevenir la infección, la replicación viral y la transmisión. "Nuestros datos muestran que las vacunas anti-enfermedad que no previenen la transmisión pueden crear condiciones que promuevan la aparición de cepas de patógenos que causan enfermedades más graves en huéspedes no vacunados". Si bien la inmunidad natural normal eventualmente eliminaría las cepas "potentes" de un virus en circulación, la "inmunidad" inducida por la vacuna hace lo contrario. Las vacunas con "fugas" no solo no logran eliminar las cepas virales "potentes", sino que en realidad crean más de ellas.

"Existe una expectativa teórica de que algunos tipos de vacunas podrían impulsar la evolución de patógenos más virulentos ('más potentes')", explica el estudio. "Esta idea se deriva de la noción de que la selección natural elimina las cepas de patógenos que son tan 'potentes' que matan a sus huéspedes y, por lo tanto, a sí mismos. Las vacunas que permiten que los huéspedes sobrevivan pero no previenen la propagación del patógeno, relajan esta selección; permitiendo que se produzca la evolución de patógenos todavía más potentes". Las vacunas "perfectas", como las llaman, no provocan la creación y propagación de nuevas cepas patógenas "potentes" porque bloquean efectivamente la transmisión.

Las "vacunas" contra el SARS-CoV-2, diseñadas para inducir anticuerpos neutralizantes (protectores), también pueden empeorar la enfermedad Covid-19 a través de los anticuerpos facilitadores de la infección (16). Esto se conoce como la mejora dependiente de anticuerpos (ADE) o magnificación de la enfermedad dependiente de anticuerpos y ocurre independientemente de la vacuna, la plataforma y método de entrega (17) (18). En marzo de 2020, los inmunólogos expertos en vacunas y en coronavirus evaluaron los riesgos de la vacuna contra Covid-19 basándose en los ensayos previos en modelos animales de las vacunas contra el SARS-CoV-1 y el MERS. El grupo de expertos concluyó que la ADE y la inmunopatología eran una preocupación real para las "vacunas" contra Covid-19, pero que su riesgo no justificaba el retraso de los ensayos clínicos, aunque reconocieron que sería necesario un seguimiento continuo de los vacunados (19). En una publicación reciente, se ha reportado que los anticuerpos potenciadores de la infección (anticuerpos facilitadores de la enfermedad) dirigidos contra la proteína Spike del SARS-CoV-2 facilitan la infección del virus in vitro, pero no in vivo (20). Sin embargo, un trabajo publicado el 9 de agosto de 2021 afirma que

la aparición de variantes del SARS-CoV-2, como la variante Delta, puede inclinar la balanza a favor de la intensificación de la infección por acción de los anticuerpos facilitadores (21). Los autores sostienen que se puede suponer razonablemente que el "equilibrio" entre los anticuerpos neutralizantes y los anticuerpos facilitadores puede diferir mucho, según la cepa del virus. Los anticuerpos facilitadores de Covid-19 reconocen tanto la cepa original de Wuhan como la nueva variante Delta. Los datos más recientes indican que la variante Delta es especialmente bien reconocidas por los anticuerpos facilitadores de la infección. Esto significa que la **ADE puede ocurrir en las personas que reciben "vacunas" basadas en la secuencia de la Spike de la cepa original de Wuhan y luego se exponen a la variante Delta. Por lo tanto, el riesgo de ADE debe considerarse e investigarse más a fondo, ya que puede representar un riesgo potencialmente peligroso de la "vacunación" masiva durante la actual circulación de la variante Delta.** Aunque el riesgo potencial de ADE se anticipó antes del uso masivo de las vacunas Covid-19, la capacidad de los anticuerpos del SARS-CoV-2 para la intensificación de la infección no está siendo monitoreado sistemáticamente para ningún grupo de edad o condición médica al que actualmente se le administra la "vacuna". Además, a pesar de que una gran proporción de la población ya tiene anticuerpos (22), las pruebas para determinar la presencia de los anticuerpos anti-SARS-CoV-2 antes de la administración de la "vacuna", no se realizan de forma rutinaria. La ADE de la variante Delta tampoco se está evaluado específicamente. Incluso [Fauci](#), ha reconocido que los anticuerpos supuestamente creados por las "vacunas" Covid, son los causantes de que el virus se haga más fuerte.

Todos los virus mutan y tratar de culpar a los humanos por este fenómeno es tan estúpido como divisivo. La tasa actual de hospitalización y la tasa de mortalidad de la variante Delta es considerablemente más baja que para las variantes anteriores y, por lo tanto, las historias de miedo a su alrededor se han extraviado por completo. A pesar de lo que dicen los medios de desinformación, **hasta el día de hoy, no existe ninguna evidencia científica robusta de que ninguna de las variantes identificadas para el SARS-CoV-2, sea más transmisible o más mortal que la original, por definición, las variantes son clínicamente idénticas** (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32). En lo que se refiere a la famosa variante Delta:

Los datos del Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas de la Universidad Johns Hopkins, muestran que en EE.UU. desde el 5 de julio, los casos por millón han pasado de 35 casos a más de 350 casos. Pero a pesar de esto, una investigación realizada por el periodista Taylor Penley para The Western Journal, muestra que la tasa de letalidad en Estados Unidos comenzó a disminuir bruscamente alrededor del 15 de julio. Los datos de Johns Hopkins muestran que la tasa de letalidad pasó de alrededor de 2.29 por ciento el 15 de julio a alrededor de 0.70 por ciento a partir del martes 10 de agosto. Múltiples fuentes señalan que los datos no son concluyentes sobre si la variante Delta posterior a la "vacuna" es o no más mortal.

Debido a que los datos no son concluyentes, a los llamados expertos en salud pública les gusta señalar que la mayoría de las muertes por Covid-19 en los

Estados Unidos probablemente se deba a la variante Delta, ignorando convenientemente el hecho de que la mayoría de los casos actuales de Covid-19 se podrían deber a alguna otra teórica variante posterior a la "vacuna", creada por ellas.

Para complicar aún más las cosas está el hecho de que los analistas no están teniendo en cuenta a las personas que están completamente "vacunadas" contra el Covid-19. Esto significa que ni siquiera se tienen en cuenta las tasas de mortalidad de las personas completamente "vacunadas", y mucho menos en comparación con las tasas de mortalidad de las personas no "vacunadas". Por tanto, **considerando: todo lo expuesto anteriormente, el que la existencia del virus no haya sido demostrada y que los métodos actuales de diagnóstico de la enfermedad no son válidos para tal fin; es imposible justificar de forma práctica, que una supuesta variante es más transmisible o más infecciosa que otra.**

Si se les pregunta a los fabricantes de test sobre la detección específica de la variante Delta mediante esos test, la verdad sale a relucir enseguida: la mayor parte de dichos test, no nos dicen la supuesta variante que tiene la persona (33), ¿entonces cómo pueden asegurar que una variante X es la dominante? ¿Cómo pueden ofrecer estadísticas diferenciadas por variantes, si el método oficial de diagnóstico es el test PCR? Todavía voy más allá, si el virus no se ha demostrado que esté aislado y purificado, ¿cómo es posible que se esté hablando de variantes de ese virus? (34), ¿cómo se puede decir que una cosa es igual o distinta o parecida a otra, si no sabemos cómo es esa cosa?

También en este caso, la ciencia, ha demostrado que el discurso oficial, es incorrecto. Las "vacunas", no solo no protegen de las famosas variantes, sino que además, convierten a los inoculados en más propensos a contraerlas (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41). Por otro lado, esas "vacunas" son también las responsables de la supuesta aparición de esas nuevas variantes (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52), incluso dicho por un premio Nobel (53). Las "vacunas" hacen más peligroso el virus para los vacunados, especialmente la de Pfizer (54), lo cual ha sido confirmado por el Dr. Malone (55). Un destacado experto en vacunas francés, el profesor **Christian Perronne**, ha afirmado en una entrevista que **las personas "vacunadas" corren el riesgo de las nuevas variantes y deben ser puestas en cuarentena.**

Entre otras cuestiones, cuando el entrevistador pregunta: "¿Los no "vacunados" deberían tener miedo de las "variantes" actuales que existen y de las "variantes" venideras?", el profesor contestó:

"¡Exactamente al revés! **Las personas "vacunadas" corren el riesgo de padecer las nuevas variantes. En la transmisión, se ha demostrado ahora en varios países que las personas vacunadas deben ser puestas en cuarentena y aisladas de la sociedad. Las personas no "vacunadas" no son peligrosas; las personas "vacunadas" son peligrosas para los demás.** Eso ha sido probado en Israel ahora, donde estoy en contacto con muchos

médicos. Ahora están teniendo grandes problemas en Israel: **los casos graves en los hospitales se encuentran entre las personas "vacunadas"**. Y en el Reino Unido también, tenías un programa de vacunación más amplio y también hay problemas".

El Dr. Vanden [Bosche](#):

"La presión de selección evolutiva sobre el virus a través del "escape inmune" crea cepas cada vez más virulentas del virus que tienen una ventaja competitiva sobre otras variantes y tendrán cada vez más el potencial de romper las defensas de los anticuerpos, proporcionadas por el sistema inmunológico inducido por la "vacuna". Esto es 'resistencia a las vacunas'. **Lo que sucede es que los fabricantes de "vacunas" siguen intentando burlar las variantes, pero fracasan. Por lo tanto, siguen impulsando refuerzos y "vacunas" anuales**. Este es el enfoque más es mejor. Esto se ve favorecido por la supresión de muchos hechos negativos sobre las vacunas por parte de los grandes medios".

"Habrá más mutaciones o variantes a los que el sistema inmunológico adaptativo de las "vacunas" ofrezca poca resistencia. Al mismo tiempo, disminuirá la eficacia inmunitaria innata o natural. A menos que las personas tomen una serie de medidas para aumentar su inmunidad natural".

Bosche apunta constantemente a la falta de evidencia científica de que el programa de "vacunación" masiva global, que no tiene precedentes, funcione.

Él destaca que **los programas de vacunación históricos siempre han enfatizado la importancia de vacunar a las poblaciones de manera profiláctica en ausencia de presión de infección**.

También argumenta que si se usaran diferentes tipos de vacunas que proporcionaran inmunidad esterilizante, es decir, que evitaran el escape inmunológico y mataran todos los virus en los vacunados, la situación sería completamente diferente. La mayoría de la gente no comprende que **las "vacunas" experimentales actuales en realidad no matan el virus; y que tanto los "vacunados" como los no "vacunados" diseminan el virus. Estas "vacunas" no detienen la transmisión viral**. Y todas las medidas de control del contagio simplemente no funcionan con la eficacia suficiente para detener la propagación generalizada del virus en sus diversas formas.

Pero hay palabras más fuertes recientemente dichas por Bosche a las que hay que prestar atención:

"Toda persona que está 'parcial' o 'totalmente' 'vacunada' es un sistema de incubación de la enfermedad andante que pone a todos los demás en riesgo de contraer una 'variante' mortal causada por la 'vacuna' que podría matarlos. Los 'vacunados' son asesinos ambulantes que transmiten enfermedades a otros. Recibir una inyección para la gripe Fauci no

solo es una tontería; también es una forma de asesinato en el sentido de que las personas no "vacunadas" ahora corren el riesgo de contraer las enfermedades mortales que se fabrican dentro de los cuerpos de los "vacunados". Si Trump nunca hubiera introducido la vacuna en primer lugar, la pandemia habría desaparecido hace mucho tiempo. **Dado que sus "vacunas" continúan siendo promovidas, la variante 'Delta' se está extendiendo como un incendio forestal, y pronto será seguida por otras 'variantes' a medida que ingresemos a la temporada de otoño".**

En Australia, el 18 de agosto de 2021, Craig Kelly, diputado de Hughes en Nueva Gales del Sur, celebró una sesión de preguntas y respuestas con el Dr. Brian M. [Tyson](#). Kelly preguntó si el Dr. Tyson estaba viendo "casos", en los que las personas que han recibido dos inyecciones están infectadas con Covid:

"Tenemos una alta tasa de casos. Probablemente tenemos entre el 30 y el 40% de todos nuestros pacientes que dieron positivo con las pautas completas. El más enfermo de los pacientes que he tenido hasta ahora ha sido 'vacunado'. Estamos viendo un aumento de las hospitalizaciones en los grupos vacunados. Si compara lo que está sucediendo en Israel y el Reino Unido, tienen números de casos entre vacunados mucho, mucho más altos. Creo que Israel está hasta el 95 por ciento. El Reino Unido, creo, está al 65%. Todos los casos destacados de mis pacientes hospitalizados están vacunados. Son las 'vacunas' las que están impulsando las variantes; si presiono lo suficiente sobre el virus para que cambie, lo hará, (sabemos que los virus de ARN cambian porque la influenza cambia cada año y cada año tenemos que tener una nueva vacuna). De todos es conocido que si vacuno en masa a una gran población durante una pandemia, voy a cambiar el virus. Y eso es exactamente lo que está sucediendo".

El SARS-CoV-2, supuestamente, es un virus particularmente complejo, que tiene un genoma de ARN dos veces y media más largo que el del virus de la influenza. Sin embargo, independientemente de los posibles sistemas para controlar la integridad de la posible replicación viral, cuanto más largo sea el genoma, mayor será su riesgo de mutación. Por tanto, es muy poco probable que una vacuna contra Covid-19 sea la solución contra Covid-19 ([56](#)).

Varios medios de comunicación en el mundo han publicado simultáneamente una historia alegando que las personas no vacunadas están arriesgando su propia salud y se convertirán en posibles fábricas de variantes del coronavirus. De manera similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró recientemente que "cuanto más permitimos que el virus se propague, más oportunidades tiene el virus de cambiar". Esto en sí mismo es un escándalo dado que las "vacunas" utilizan una tecnología completamente nueva, cuya eficacia se ha demostrado que es muy baja, cuyos efectos a corto plazo ya se están viendo y para las que no existen datos a medio y largo plazo. De hecho, en un estudio realizado en Israel, se señala que "los médicos deben tener un alto nivel de sospecha de los síntomas notificados y evitar descartar las quejas relacionadas con la "vacuna" hasta que se confirme otro motivo" ([57](#)).

Uno de los enfoques de mayor sentido común para revisar los datos de Covid-19, en medio del brote de la variante Delta, es observar el porcentaje de personas vacunadas en una población regional, y luego mirar el porcentaje de personas vacunadas en el hospital con síntomas "relacionados con Covid". Si la enfermedad Covid es lo suficientemente grave como para requerir hospitalización, entonces el paciente debe estar grave o gravemente enfermo. Una revisión de las poblaciones/hospitalizaciones del área de Los Ángeles y San Francisco, California, mostró previamente que el porcentaje de pacientes de Covid-19 hospitalizados con la "vacuna" es idéntico al porcentaje de personas "vacunadas" en la población atendida por el hospital (58). Los mismos resultados se reflejaron en las estadísticas publicadas por la Salud pública escocesa, el porcentaje de personas vacunadas hospitalizadas es idéntico al porcentaje de personas "vacunadas" en la población atendida (59). Por tanto, **la "vacuna" no proporciona ningún beneficio con una enfermedad Covid-19 lo suficientemente grave como para requerir hospitalización.**

Los datos epidemiológicos disponibles a nivel mundial son suficientes para demostrar que la "vacunación" no protege contra la contaminación y transmisión de SARS-CoV-2, en particular del Delta actual (o India), lo cual, contradice las reiteradas declaraciones de representantes del poder ejecutivo y de muchos medios de "comunicación". La "vacunación" no es la solución milagrosa anunciada para frenar la epidemia, el chantaje formulado por unos y por otros, referentes a "vacunación" general o a supuestas medidas de contención, se basa en una mentira.

PRESENCIA DE SUSTANCIAS PELIGROSAS

Por si todo lo dicho y demostrado anteriormente fuera poco, también existe un **informe preliminar (en espera del pericial) sobre el contenido de un vial de la "vacuna" Comirnaty (Pfizer)**; al final del mismo, se incluye un anexo en el que se explica y demuestra, la toxicidad de lo encontrado (1), el cual, ha dado la vuelta al mundo y ha sido reconocido y aceptado por una experta médica e investigadora farmacéutica tan respetada como la Dra. Jane Ruby (2) (3) (4) (la presencia de óxido de grafeno, también se ha constatado en la vacuna de AstraZeneca (5), en la vacuna antigripal Vaxigrip (6) y en la de Moderna (7)); por el conocido científico alemán Andreas Kalcker (8), que va más allá y dice que está en todas las "vacunas"; por otros científicos, e incluso por algún empleado de Pfizer (9). **Los resultados no pueden ser más alarmantes (10) y además, dan una posible explicación científica al fenómeno del magnetismo detectado en la mayoría de los "vacunados" Covid, que ha sido constatado a nivel mundial (11) (12) (13) (14) (15) (16)** y de lo que han hablado doctores, que además, exponen sus propias hipótesis (17) (18) (19) (20) (21) y alguna investigación particular. Para dicho fenómeno, ni los fabricantes, ni la OMS, ni los diferentes gobiernos; ofrecen alguna explicación. En Japón, se acaban de retirar 2.6 millones de dosis de la "vacuna" Moderna, por la presencia de sustancias extrañas en los viales. Se investiga la muerte de dos personas después de ser inyectados y se suspende la "vacunación" con Moderna. A día de hoy, la farmacéutica ya ha reconocido la contaminación de su suero.

Grafeno y derivados

El grafeno ha sido calificado como un "material milagroso", y sus inventores recibieron el premio Nobel de Física cuando lo descubrieron en el año 2004, pero hay numerosos estudios que alertan sobre el potencial peligro del manejo del grafeno para la salud de los seres humanos, animales y medio ambiente. Sin embargo, este novedoso material se puede encontrar ya en el mercado para diferentes fines, los cuales van desde productos para la construcción o la agricultura, pinturas, cosméticos, en bases de soluciones acuosas como simples sueros fisiológicos o líquidos de cigarrillos electrónicos, e incluso, su uso se recoge en varias patentes para vacunas, incluidas inyecciones contra el Covid-19...Todo esto no solo está pasando sin que existan pruebas que avalen su seguridad, sino con la existencia de una gran literatura científica que advierte de sus potenciales peligros y de la falta de estudios actuales para comprenderlos más profundamente ([22](#)).

Es fácil dejarse llevar cuando escuchas hablar sobre el grafeno. Compuesto por capas de carbono de un solo átomo de espesor, el grafeno es increíblemente ligero, increíblemente fuerte, extremadamente flexible, magnético y altamente conductor tanto de calor como de electricidad. Sus propiedades encierran la promesa de una revolución tecnológica absoluta en tantos campos que se le ha llegado a llamar un "material milagroso", pero a pesar de toda la euforia: al igual que con cualquier nueva tecnología, las desventajas potenciales deben tenerse en cuenta desde el principio.

Es un material compuesto por una capa de carbono del grosor de un átomo. Es increíblemente liviano pero al mismo tiempo increíblemente resistente, flexible y además capaz de conducir a la perfección cargas eléctricas y temperatura. Tan solo hace 17 años que los laboratorios han conseguido aislar el grafeno y desde entonces la industria trata de conseguir transformarlo en un material que pueda dar de sí todo el potencial que parece ofrecer en usos y aplicaciones comerciales, aunque parece que no se han destinado tantos esfuerzos monetarios y de investigación en indagar sobre sus posibles efectos negativos. **En el año 2014, dos alarmantes estudios explicaron los nefastos efectos negativos del grafeno y de sus derivados en la salud del ser humano** ([23](#)) ([24](#)). En el primero examinaron cómo las nanopartículas de óxido de grafeno podrían interactuar con el medio ambiente si encontraran su camino hacia las fuentes de agua superficiales o subterráneas y llegaron a la conclusión de que un derrame de **este tipo de nanopartículas puede tener el potencial de causar daño a la materia orgánica, plantas, peces, animales y humanos**. El área afectada podría propagarse rápidamente y podría tomar algún tiempo para volver a ser segura; en el segundo, examinaron la toxicidad potencial del grafeno en las células humanas, descubriendo que los **bordes irregulares de las nanopartículas de grafeno, súper afilados y súper fuertes, perforan fácilmente a través de las membranas celulares en los pulmones, la piel y las células inmunes humanas, lo que sugiere el enorme potencial del material para poder causar daños graves en seres humanos y otros animales**.

En otro estudio de 2018 (25), sugieren "la existencia de un potencial efecto tóxico a la exposición a diferentes formas de grafeno de manera dosis-dependiente, principal pero no exclusivamente en la exposición respiratoria", y añadieron que "se debe seguir realizando estudios más precisos para llegar a un consenso en relación a los niveles máximos de exposición permitidos, y los requisitos a exigir en medidas de protección individual". Hicieron una revisión bibliográfica de las publicaciones relacionadas con el grafeno y derivados de los últimos 10 años. Dicen los autores, "existen numerosos estudios sobre la exposición a este nuevo material, revelando la gran preocupación existente justificada por la cantidad de recursos destinados a la investigación sobre sus aplicaciones". **Los resultados muestran potenciales efectos citotóxicos del grafeno, su almacenamiento, las distintas vías de exposición, las distintas formas de grafeno utilizadas en la industria, así como las diferencias entre estas formas en su efecto nocivo. De los 17 estudios revisados, 11 de ellos revelaron potenciales efectos sobre la salud. Los autores también señalaron que la exposición humana a los nanomateriales puede ocurrir a través de múltiples rutas, como inhalación, ingestión, inyección, implantación y absorción cutánea.**

Los nanotubos de carbono y el grafeno son insolubles en agua, por ello se funcionalizan, para mejorar su solubilidad y su unión a ciertos fármacos. Los nanotubos de carbono de una sola capa se suelen funcionalizar con un grupo carboxilo (SWCNT-COOH). Para funcionalizar láminas de grafeno monocapa se recurre al óxido de grafeno, que se reduce parcialmente para mejorar su conductividad eléctrica dando lugar al llamado óxido de grafeno reducido (RGO).

Experimentos recientes de toxicidad en modelos animales, demuestran que **los nanotubos de carbono inyectados (CNT) y el óxido de grafeno (GO), migran a través del cuerpo y se acumulan en diferentes sitios de distintos órganos, resultando en daños a células y órganos.** Inflamación y formación de pequeños nódulos en los pulmones e inducción de aterosclerosis. Se ha informado de lesiones en la arteria del corazón animal. **Tanto GO como CNTs, pueden desencadenar la producción de radicales de estrés oxidativo en determinadas condiciones y exposición, que conduce a la muerte celular y eventual lesión de órganos.** Estas investigaciones conciernen específicamente al hombre, a su reproducción, que ha demostrado ser sensible a factores exógenos y sufre un deterioro continuo. Las causas de este deterioro de la reproducción masculina son complejas y no se comprenden bien, pero se cree que el estrés oxidativo reactivo es uno de los principales factores. En los espermatozoides, el estrés oxidativo se ha relacionado al daño del ADN y la membrana celular, lo que resulta en una motilidad reducida (26). **El impacto biológico del grafeno y sus derivados como el óxido de grafeno, es grande; entre otras cosas, puede causar inflamación, estrés oxidativo, daño en el ADN, citotoxicidad, apoptosis, necrosis, etc. Además atraviesa las distintas barreras hematoaérea, hematotesticular, hematoencefálica, hematoplacentaria y se acumula en pulmones, hígado y bazo entre otros.**

La familia de compuestos derivada del grafeno (GFNs), penetran a través de las barreras fisiológicas o estructuras celulares por diferentes vías de exposición o rutas de administración, introduciéndose en el cuerpo o células eventualmente y resultando altamente tóxicos. Después de entrar en el cuerpo, llegan a varios lugares a través de la circulación sanguínea o de diferentes barreras biológicas y pueden quedar retenidos en diferentes grados en distintos órganos. Debido a su tamaño nanométrico, pueden alcanzar órganos profundos, atravesando las barreras fisiológicas normales, como pueden ser: la barra sangre-aire, sangre-testículos, sangre-cerebro y sangre-placenta ([27](#)).

De todas las investigaciones que hasta la actualidad, se han hecho sobre las posibles aplicaciones del grafeno y sus derivados; hay una que llama tremendamente la atención, por los tiempos que corren. En ella se estudia a nivel nanométrico la interacción del óxido de grafeno, con el SARS-CoV-2, concretamente con la proteína spike, con el receptor ACE2 y con el complejo formado por ambos. Encuentran que el OG, presenta afinidad por las tres estructuras y demuestran que esa interacción interrumpe la infectividad, incluso en la presencia de algunas mutaciones de la proteína ([28](#)).

Hace muy poco, se ha descubierto una patente que corrobora la posibilidad de presencia de óxido de grafeno; es una patente de una vacuna Covid, en la que las cargas moleculares y las proteínas recombinantes de RBD de la proteína Spike, las cargan en una plataforma, red, o maya de grafeno ([29](#)). También se han encontrado otras tres en las que grafeno forma parte de una solución salina y en algún caso, hasta inoculable por vía oral o incluso respiratoria; llegando a pretender que puedan utilizarse también como vacuna contra el SARS, MERS y corona ([30](#)) ([31](#)) ([32](#)). En 2006, ya había una patente doble en la que se desarrolla el funcionamiento de las "vacunas" Covid, lo cuál es bastante [sospechoso](#):

2006-05-09 Solicitud presentada por la Universidad de Stanford

(El Gobierno de Estados Unidos tiene derechos sobre la patente)

2006-12-07 Publicación de [US20060275371A1](#)

2012-08-21 Publicación de [US8246995B2](#)

2012-08-21 Solicitud concedida

En ella, se describe cómo elaborar una base acuosa con grafeno, y funcionalizarlo con 3 polímeros en una pócima acuosa, en la que cargar las proteínas y moléculas de ARNm, para ser transportado y liberado en las células ([33](#)). La patente no solo describe el funcionamiento de las mal llamadas "vacunas" Covid (los fármacos Covid), sino que además los 3 polímeros necesarios para la pócima descritos en la Patente, son los que están en las "vacunas" que actualmente tenemos. Además, se ha encontrado otra, que claramente genera todavía más sospechas sobre todo lo relacionado con la "pandemia" ([34](#)) ([35](#)) ([36](#)).

Actualmente, hay un [estudio](#) todavía en marcha, en el que se está utilizando un hidrogel con grafeno, para facilitar la liberación del ARNm de distintos fármacos, fundamentalmente "vacunas". "Este hidrogel transformable no solo puede encapsular y proteger el ARNm de la degradación, sino también apuntar a los ganglios linfáticos para supuestamente activar las células inmunes", explican los autores. Curiosamente, en la [Patente](#) de Moderna, en la sección 219, al final de la página nos dice; "...el ARNm puede ser encapsulado en cualquier tipo de hidrogel conocido que formaría un gel al ser inyectado en el sujeto. Los hidrogeles son una red de cadenas de polímeros que son hidrofílicos...Los hidrogeles también poseen un cierto grado de flexibilidad muy similar al propio tejido natural, debido a su contenido en agua. ...El hidrogel aquí descrito puede ser utilizado para encapsular las nanopartículas de lípidos que son biocompatibles, biodegradables y/o porosas."

El doctor Robert O. Young en [un artículo](#), habla sobre un estudio en el que se analizan las "vacunas" Covid: "**La microscopía electrónica de barrido y transmisión revela óxido de grafeno en las "vacunas" CoV-19**". Se muestra el análisis de las cuatro vacunas que están autorizadas en España y que han sido analizadas con diversas metodologías confirmando la presencia de óxido de grafeno en todas ellas además de nanopartículas con compuestos inorgánicos metálicos y tóxicos. Se obtuvieron imágenes de las fracciones acuosas de las vacunas para evaluar visualmente la posible presencia de partículas de carbono o grafeno. Las observaciones bajo microscopía óptica revelaron abundancia de objetos laminares 2D transparentes que muestran gran similitud con imágenes de la literatura, y con imágenes obtenidas del estándar rGO (óxido de grafeno reducido) (SIGMA). Se obtuvieron imágenes de grandes láminas transparentes de tamaño y formas variables, mostrando onduladas y planas, irregulares. Las láminas más pequeñas de formas poligonales, también similares a las escamas descritas en la literatura se pueden revelar con microscopía de campo oscuro y contraste de fase.

Las cápsidas de liposomas son cápsulas de lípidos grasos. Se nos dice que su propósito es envolver el ARNm para evitar que el material genético se descomponga antes de que alcance su objetivo: las células de nuestro cuerpo. **Las cuatro "vacunas" de Covid contienen niveles relativamente altos de óxido de grafeno; las cápsidas de liposomas Pfizer y Moderna son 100% óxido de grafeno (después de extraer el ARNm)**. El óxido de grafeno es citotóxico, genotóxico y magnetotóxico. El liposoma entrega el óxido de grafeno a órganos, glándulas y tejidos específicos, a saber: los ovarios y los testículos; médula ósea; corazón; y cerebro.

También se encontró en la inyección de Pfizer, Trypanosoma cruzi, un parásito del cual varias variantes son letales y es una de las muchas causas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA. No se sabe si se trataba de un ingrediente al azar o si se colocó a propósito y se encontrará en todas las "vacunas" de Pfizer.

En las "vacunas" de AstraZeneca, el Dr. Young y su equipo identificaron histidina, sacarosa, polietilenglicol ("PEG") y alcohol etileno, que

también estaban contenidos en las inyecciones de Pfizer, Moderna y Janssen. El PEG fue el único adyuvante declarado en la hoja de datos que enumera los ingredientes de la inyección de AstraZeneca.

Janssen también contiene partículas compuestas de acero inoxidable que se pegan con un «pegamento a base de carbono» de óxido de grafeno reducido. Este agregado es altamente magnético y puede desencadenar la coagulación sanguínea patológica y el "Efecto Covid" o el "Efecto proteína Spike".

La "vacuna" Moderna también contiene muchos cuerpos extraños esféricos con algunas cavidades en forma de burbuja. Esta composición de nanopartículas altamente tóxica son puntos cuánticos de seleniuro de cadmio que son citotóxicos y genotóxicos. Los puntos cuánticos son nanopartículas semiconductoras que brillan de un color particular después de ser iluminadas por la luz.

La cuantificación de ARN en la muestra de Pfizer se realizó con protocolos convencionales. **Según las imágenes microscópicas obtenidas, la mayor parte de esta absorbancia podría deberse a láminas similares al grafeno, abundantes en la suspensión de fluidos de la muestra.** Las conclusiones están respaldadas además por la alta fluorescencia de la muestra con un máximo a 340 nm, de acuerdo con los valores máximos de rGO. Debe recordarse que el ARN no muestra fluorescencia espontánea bajo exposición a los rayos UV.

"Los sueros de Pfizer, Moderna, Astrazeneca y Janssen NO son "vacunas", sino agregados de nanopartículas de óxido de grafeno complejados con diferentes nanoelementos unidos a ácidos nucleicos modificados genéticamente de ARNm de células animales o vero y células fetales humanas abortadas. Una vez más, los ingredientes de estas llamadas "vacunas" son altamente magnetotóxicos, citotóxicos y genotóxicos para las membranas celulares de plantas, insectos, aves, animales y humanos y su genética, lo que ya ha provocado lesiones graves (estimadas en más de 500 millones) y / o eventuales muerte (estimada en más de 35 millones)". En el siguiente [vídeo](#), lo explica todo.

Según el Dr. Young, se estima que 500 millones de personas en todo el mundo ya han resultado heridas y potencialmente 35 millones han muerto debido a las inyecciones de Covid. Es probable que esto aumente en los próximos meses, ya que las personas que han recibido dos inyecciones tienen 13 veces más probabilidades de resultar lesionadas, hospitalizadas o muertas por la llamada "variante Delta" en comparación con aquellas con inmunidad natural.

El código genético de la proteína Spike en las "vacunas" se genera por computadora, es "creado por el hombre" y se puede alterar fácilmente. Y, el óxido de grafeno en los tejidos del cuerpo (cerebro, tejido conectivo, potencialmente en los músculos) interactuará con frecuencias pulsantes dentro del rango 5G, dijo el Dr. Young, esto será lo que causará la próxima "ola" predicha en octubre.

Entre los componentes reconocidos de las "vacunas" Covid ([37](#)) ([38](#)) ([39](#)) ([40](#)) ([41](#)), hay algunos, cuando menos, inquietantes, es el caso del SM-102 de la de Moderna.

SM-102

En sí mismo, es una formulación lipídica sintética que necesita de un solvente orgánico para solubilizarlo. Hay principalmente dos posibilidades: cloroformo o DMSO.

Si nos vamos a la descripción del producto de Cayman Chemical Company, es un amino lípido ionizable extremadamente tóxico que se ha utilizado en combinación con otros lípidos en la formación de nanopartículas lipídicas. La administración de ARN mensajero de luciferasa en nanopartículas lipídicas que contienen SM-102 induce la expresión de luciferasa hepática en ratones ([42](#)).

Según el fabricante, en su presentación ante la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) ([43](#)), **este químico (disuelto en cloroformo) no es apto para su uso en animales ni en humanos, es solo para investigación.** Causa "toxicidad aguda fatal en contacto con la piel", aseverando también que el SM-102 "provoca daños al sistema nervioso central, los riñones, el hígado y el sistema respiratorio a través de exposiciones prolongadas o repetidas".

Supuestamente, el cloroformo no se usa en la vacuna, lo que se supone que se utiliza con el SM-102 es el DMSO (dimetilsulfoxido), empleado como disolvente en varios medicamentos. No obstante, si los prospectos de las vacunas están en blanco y las fichas técnicas no dan ese dato, ¿cómo sabemos si el SM-102 que reconocen estar usando, es el que tiene como disolvente el DMSO o el que utiliza el cloroformo?

DMSO

Es un compuesto orgánico incoloro de azufre y un solvente ampliamente reconocido para sustancias hidrófobas tanto in vivo como in vitro. Es una molécula aprótica polar de naturaleza anfipática, ideal para disolver moléculas polares y apolares poco solubles. El DMSO se utiliza ampliamente como disolvente en toxicología y farmacología, para la criopreservación de células y como potenciador de la penetración durante los tratamientos topológicos. Es generalmente aceptado como no tóxico por debajo del 10% (v/v) y, en la práctica, se asume que los efectos secundarios del compuesto, son insignificantes.

Su principal característica, es la capacidad de disolver una gran variedad de estructuras químicas de sustancias (vitaminas, antibióticos, hormonas, sales, citostáticos, alcaloides). El DMSO es un importante solvente aprotónico bipolar, es menos tóxico que otros de este grupo, como la dimetilformamida o la dimetilacetamida. Debido a su fuerte solubilidad, se usa como solvente en reacciones químicas que involucran sales inorgánicas, en particular en reacciones de sustitución nucleofílica. Las propiedades ácidas del DMSO son débiles, por lo

que se ha convertido en un solvente importante en la química de los aniones de carbono. La segunda propiedad por la que es popular el dimetilsulfóxido es el transporte; el suministro de cualquier sustancia activa desde la superficie a las capas más profundas de la piel, está regulado por la función de barrera del estrato córneo (es la capa más externa de la epidermis y comprende, en promedio, unas 20 subcapas de células muertas, aplanadas, en función de la parte del cuerpo que recubre la piel. Estas células muertas se desprenden regularmente en un proceso conocido por descamación) (44).

Existe evidencia de que el DMSO puede aumentar la difusión a través del estrato córneo al alterar la función de barrera. Esto probablemente se deba a interacciones aprotónicas con lípidos intercelulares y también puede incluir un cambio reversible en los principales grupos de lípidos que crean una estructura más permeable. El DMSO también puede desempeñar un papel en la separación, formando un microambiente del disolvente dentro del tejido, que puede extraer eficazmente los solutos del portador. Finalmente, el DMSO puede tener un fuerte efecto solubilizante en agentes menos solubles en varios portadores, aumentando la penetración simplemente al entregar una mayor concentración a la barrera de la membrana. Además cuenta con propiedades antiinflamatorias, analgésicas, antibacterianas y por último, mejora el suministro de sangre local a los tejidos isquémicos. Tiene aplicaciones en: odontología, oncología, cirugía, virología, dermatovenerología, tratamiento del sistema musculoesquelético o en urología (45).

Se absorbe rápidamente cuando se administra por vía dérmica u oral. Se excreta principalmente a través de los riñones, pero una pequeña parte se excreta a través de los pulmones y el hígado. Parte del DMSO se transforma en el metabolito volátil dimetil sulfuro, que da un olor característico a ajo u ostra cuando se excreta a través de los pulmones. El DMSO puede inducir la liberación de histamina, lo que puede ser el motivo de reacciones adversas como rubor, disnea, calambres abdominales y reacciones cardiovasculares.

Los efectos del DMSO difieren según la dosis y la vía de administración. La introducción de concentraciones de DMSO superiores al 50% en la sangre resultó en hemólisis instantánea, acumulación de glóbulos blancos y precipitación de fibrinógeno, mientras que la inyección directa de DMSO por vía intravenosa podría causar irritación local y necrosis. Entre los efectos secundarios más habitualmente reportados, están: reacciones gastrointestinales, reacciones cardiovasculares y respiratorias, reacciones dermatológicas, reacciones neurológicas o reacciones urogenitales (46).

En biología celular, también se usa como inductor de la diferenciación celular, eliminador de radicales libres y radioprotector, pero con mayor frecuencia para la criopreservación. En ocasiones se usa mezclado con etilenglicol, lo que reduce la cantidad y la toxicidad de los crioprotectores individuales. Además, atraviesa fácilmente la mayoría de las membranas de los tejidos de los animales inferiores y del hombre. **El DMSO también puede mejorar la permeabilidad de otros compuestos de bajo peso molecular, haciéndolos pasar por membranas o**

penetrando más profundamente en un tejido con respecto a como lo harían normalmente.

La mayoría de los conocimientos sobre los efectos moleculares del DMSO se obtuvieron el siglo pasado, a menudo utilizando altas dosis. Mientras tanto, la ciencia biomédica ha evolucionado hacia técnicas de alto rendimiento más sensibles y hacia nuevas áreas de investigación, incluidas las modificaciones del epigenoma y el silenciamiento de genes mediado por microARN.

Recientemente, se ha descubierto en un estudio (47), **la capacidad de DMSO para inducir cambios en los procesos celulares en las células cardíacas y hepáticas, pero más gravemente, induce alteraciones en el miARN y el paisaje epigenético en el modelo cardíaco de maduración 3D.** Los cambios en los procesos celulares pueden tener consecuencias para las conclusiones extraídas de los ensayos celulares y, por lo tanto, también en cualquier aplicación de estos hallazgos (por ejemplo, conclusiones falsas negativas de toxicidad de fármacos). Además, los cambios extremos en los miARN y las alteraciones en el panorama epigenético, pueden representar una amenaza, especialmente para la tecnología de reproducción asistida. La hipermetilación de todo el genoma inducida por la desregulación global de los mecanismos de metilación, especialmente cuando afecta a genes importantes en el desarrollo, puede tener consecuencias negativas directamente, más adelante en la vida o posiblemente en generaciones posteriores.

En general, **se debe evitar el uso de DMSO siempre que sea posible.** Sin embargo, por el momento, el DMSO es indispensable dentro de las aplicaciones biotecnológicas. En estos casos, se deben considerar los efectos que puede tener el DMSO y se debe mantener la concentración lo más baja posible, porque **incluso a concentraciones bajas, el DMSO no es inerte.**

En otro estudio de la toxicidad del compuesto (48), los autores concluyeron que el DMSO al 10% aumenta la toxicidad del hígado y el riñón de ratas. Los investigadores deben tener cuidado de reducir la cantidad de solvente orgánico (o reducir su concentración en experimentos in vitro) a la mínima dosis posible. **En otro estudio (49), los autores demuestran que el DMSO, induce apoptosis retiniana in vivo en ratas, incluso con bajas concentraciones. Estos resultados destacan las preocupaciones de seguridad del uso de concentraciones bajas de DMSO como disolvente para la administración in vivo y en ensayos biológicos, llegando a recomendar, que se empleen distintos agentes solubilizantes al DMSO para solubilizar fármacos.** En otro estudio (50), intentaron disolver un profármaco en DMSO, debido a su alto grado de hidrofobicidad, pero **encontraron que este disolvente mostraba una alta toxicidad en ensayos in vitro, aumenta la permeabilidad celular en tal grado que induce la apoptosis.** Por este motivo, intentaron buscar un disolvente alternativo al DMSO. En este trabajo se demuestra que el etanol presenta menor toxicidad in vitro. También se ha encontrado alta toxicidad en las diferentes líneas celulares de Fibroblastos, Glioblastoma, Neuroblastoma y HeLa, así como en los animales tratados.

Nanopartículas lipídicas

El SM-102, supuestamente, lo usan para la formación de nanopartículas lipídicas (LNP).

Se clasifican como nanopartículas lipídicas a todas aquellas cuyo componente principal son lípidos. Éstas se caracterizan por ser las que tienen un uso más extendido, debido principalmente a que presentan propiedades óptimas de biocompatibilidad y biodegradabilidad. **También cuentan con una gran similitud con las membranas biológicas, ya que facilita su entrada en la célula.**

En su aplicación para la terapia génica, las nanopartículas lipídicas están formadas por lípidos catiónicos que aportan la carga positiva necesaria para la formación de complejos con la carga negativa de los ácidos nucleicos. Con este objetivo, se utilizan lípidos catiónicos sintéticos formados por una estructura de cabeza catiónica, cola hidrofóbica y un dominio de unión entre ambos. Las diferencias entre los distintos dominios dan lugar a los diferentes lípidos catiónicos sintéticos que se utilizan para la formación de liposomas como vectores en terapia génica. Podemos decir que consisten en una mezcla de fosfolípidos, colesterol, lípidos PEGilados y lípidos catiónicos o ionizables. Los fosfolípidos y el colesterol tienen funciones estructurales y estabilizadoras, mientras que los lípidos PEGilados apoyan la circulación prolongada. Los lípidos catiónicos/ionizables se incluyen para permitir la formación de complejos de las moléculas de ARNm cargadas negativamente y permitir la salida del ARNm del endosoma al citosol para su traducción ([51](#)).

Los datos respaldan que algunos LNP que contienen lípidos ionizables/catiónicos, son altamente inflamatorios y posiblemente citotóxicos. Un estudio preclínico mostró que el ARNm complejo con LNP tiene actividad adyuvante ([52](#)). Los ensayos clínicos en humanos de las vacunas Pfizer/BioNTech y Moderna han informado de efectos secundarios a menudo relacionados con la inflamación como: dolor, hinchazón, fiebre y somnolencia. Bajo la presunción de que esta plataforma de vacuna no es inflamatoria, los efectos secundarios informados se interpretaron como que la vacuna es potente y genera una respuesta inmune.

En un estudio ([53](#)) centrado en el lugar de la inyección, **se analizaron las propiedades inflamatorias de los LNP** utilizados para los estudios preclínicos de vacunas en ratones. Utilizando técnicas complementarias, **mostraron que la administración intradérmica o intranasal en ratones de LNP utilizados en estudios preclínicos, desencadena una inflamación caracterizada por infiltración leucocítica, activación de diferentes vías inflamatorias y secreción de un grupo diverso de citocinas inflamatorias** (pequeñas proteínas, secretadas por células, que modulan el sistema inmunitario) **y quimiocinas** (de la familia de las citocinas, quimioatrayentes, que juegan un papel vital en la migración celular a través de las vénulas de la sangre hacia los tejidos y viceversa, y en la inducción del movimiento celular en respuesta a un gradiente químico (quimiocina) por un proceso denominado quimiotaxis. También

regulan el desarrollo de órganos linfoides, diferenciación de linfocitos T, intervienen en metástasis celular, y recientemente se ha demostrado que tienen una función neuromoduladora).

El ARNm se modifica con nucleósidos y se purifica específicamente para evitar la activación de vías inflamatorias innatas; no obstante, **el componente lipídico catiónico/ionizable de los LNP suele ser inflamatorio y citotóxico. El componente lipídico ionizable patentado de estos LNP también es inflamatorio. Además, la activación observada de otras vías inflamatorias y la muerte celular, podrían acentuar aún más los efectos secundarios experimentados.** Sin embargo, se necesitan más estudios para determinar la naturaleza exacta de las respuestas inflamatorias desencadenadas por las vacunas de ARNm-LNP en humanos.

Las personas a menudo presentan efectos secundarios más graves y sistémicos después de la vacuna de refuerzo. Esto plantea la **posibilidad de que la respuesta inmune adaptativa amplifique de alguna manera los efectos secundarios inducidos por la vacuna.** Un culpable identificado hasta ahora es el PEG, que es inmunogénico ([54](#)). Se ha informado de que **los anticuerpos formados contra PEG apoyan una reacción llamada anafilactoide** (pseudoalergia relacionada con la activación del complemento (CARP)). La investigación ha demostrado que los LNP ingresan fácilmente al cerebro y pueden desencadenar reacciones inmunes, especialmente después de la segunda dosis ([55](#)). Es de destacar que, dado que **el PEG es un compuesto que se usa con frecuencia en cosméticos y pastas dentales, muchas personas podrían tener anticuerpos anti-PEG, así por ejemplo, más del 70% de la población estadounidense es alérgica al PEG, por lo que estas vacunas les pueden causar reacciones alérgicas y anafilaxia** ([56](#)). El problema con estos compuestos químicos no es tanto su efecto nocivo directo (que ya hemos demostrado que tiene), es el poder de penetración que tienen en la piel. Es decir, **su grado de peligrosidad depende sobre todo del resto de ingredientes que compongan el producto, ya que al tener un gran poder de penetración, junto con los PEG, también entran otras sustancias tóxicas** ([57](#)) ([58](#)).

Mientras que el ARNm transfecta principalmente células cercanas al sitio de inyección, podría, hipotéticamente, llegar a cualquier célula del cuerpo. La proteína traducida resultante podría presentarse en forma de péptidos o mostrarse como una proteína completa en la membrana celular. En ambos casos, las células con el péptido/proteína de la vacuna en sus superficies podrían ser atacadas y destruidas por células del sistema inmunológico adaptativo e innato, células CD8 + T y NK.

Los efectos secundarios de la primera "vacuna", probablemente estén asociados con una fuerte inflamación inducida por los LNP. Por el contrario, después de la segunda vacunación, los efectos secundarios podrían exacerbarse aún más por las respuestas inmunitarias dirigidas a las células que expresan la proteína de la vacuna o sus derivados peptídicos. **En general, el entorno inflamatorio robusto inducido por los LNP, combinado con la presentación**

de los péptidos/proteínas derivados de la vacuna fuera de las células presentadoras de antígenos, podría causar daño tisular y exacerbar los efectos secundarios.

En las últimas décadas, las nanopartículas cargadas con fármacos se han desarrollado rápidamente en diferentes campos de la industria, la tecnología y la medicina. Los sistemas nanoestructurados se han utilizado con éxito en la industria farmacéutica porque pueden separar eficazmente varios grupos de agentes terapéuticos y cambiar las características y el comportamiento de las sustancias activas en medios biológicos. La investigación que involucra sistemas de nanopartículas aplicados a medicamentos ha jugado un papel importante en la obtención de métodos diagnósticos y terapéuticos nuevos o mejorados para la promoción de la salud. Las nano formulaciones se pueden administrar a través de rutas sistémicas o se pueden usar como plataforma, agentes de formación de imágenes y con fines de administración de genes. Al mismo tiempo, el advenimiento de los sistemas cargados con nanofármacos ha promovido investigaciones novedosas sobre métodos sintéticos y tecnologías de bioconjugación. Diversos estudios sobre los cambios en la estructura, forma, propiedades químicas de las nanopartículas (NP).

El desarrollo de nanoportadores para dispositivos de administración de fármacos ha avanzado considerablemente. Sin embargo, las preguntas sobre la aplicación biológica de estos sistemas no han sido completamente respondidas. Uno de los principales problemas relacionados con la seguridad y la eficacia de tales plataformas de administración es la compatibilidad sanguínea.

En general, las nanopartículas (NP) entran en la circulación sanguínea como objetos extraños (59). Por un lado, pueden provocar una serie de reacciones inflamatorias y reacciones inmunes, resultando en la rápida eliminación de las células inmunes y del sistema retículo endotelial, afectando su durabilidad en la circulación sanguínea. Por otro lado, la premisa del sistema portador de fármacos para desempeñar un papel terapéutico depende de si provocan coagulación y activación plaquetaria, ausencia de hemólisis y eliminación de células inmunes. Para diferentes formas de sistemas portadores de nanofármacos, podemos encontrar las características, elementos y estrategias de afrontamiento de las reacciones adversas en sangre que podemos encontrar en investigaciones previas. Estas reacciones adversas pueden incluir destrucción de células sanguíneas, sistema de coagulación anormal, efectos anormales de las proteínas plasmáticas, comportamiento anormal de las células sanguíneas, reacciones inmunes e inflamatorias adversas y estimulación vascular excesiva.

Dado el tamaño de los NP, la compatibilidad sanguínea puede ser menor debido a su mayor relación área de superficie/volumen. Las NP deben activar simultáneamente las plaquetas, la hemólisis, los factores de coagulación o las moléculas de señalización de los leucocitos, y no deben causar daño a las células endoteliales. Estos eventos están relacionados con la aparición de trombosis, reología sanguínea, hemólisis y eventos inflamatorios.

Además, el sistema respiratorio, la piel y el tracto gastrointestinal son formas comunes de que las NP ingresen al cuerpo durante la exposición diaria, mientras que la inyección intravenosa es la forma más común para la mayoría de las NP utilizadas en biomedicina. En todos los casos, los NP llegarán a la sangre e interactuarán con los componentes sanguíneos. Si se produce daño entre las células sanguíneas circulantes, los materiales que pueden liberar compuestos farmacológicos a demanda no son seguros ni eficaces. Los efectos nocivos de los sistemas sanguíneos incompatibles pueden incluir hematomas en el lugar de la inyección, reacciones inmunogénicas y embolia, que pueden provocar infarto y accidente cerebrovascular.

Los científicos han sabido durante casi una década que **las nanopartículas de lípidos como las que se usan actualmente en las nuevas "vacunas" de ARNm Covid se acumulan en los ovarios y son potencialmente tóxicas para la salud reproductiva**. Tanto las vacunas de ARNm de Moderna como las de Pfizer utilizan lípidos o lipoproteínas de nanopartículas especializadas como portadores de su ingrediente principal: la proteína de ARNm inestable que hace que las células produzcan la proteína de pico del coronavirus y provoque una respuesta inmune. Estas son las moléculas que requieren temperaturas extremadamente bajas para preservar la estabilidad del lípido que encierra el frágil ARNm.

Investigadores alemanes informaron en su [artículo](#) publicado hace nueve años, "Acumulación de nanoportadores en el ovario": **Existe un "riesgo potencial de toxicidad de todos los sistemas de administración de fármacos a nanoescala"** y una acumulación de diferentes moléculas portadoras microscópicas en ovarios de roedores. **Su investigación involucró la inyección de "nanoportadores" de lípidos, incluidos algunos con un ingrediente común a las "vacunas" Covid de ARNm de Pfizer y Moderna: polietilenglicol.**

En lugar de cargar los portadores con medicamentos o ARNm, los investigadores del Departamento de Tecnología Farmacéutica y Biofarmacéutica de Halle-Wittenberg de la Universidad Martin Luther y la Universidad de Regensburg cargaron los nanoportadores con un tinte fluorescente que pudieron rastrear. **Informaron de una "alta acumulación local de nanopartículas" en "ubicaciones específicas de los ovarios"** en todos los ratones y ratas tratados con cinco sistemas de administración de fármacos nanoportadores diferentes de diferentes tamaños. La intensidad de la fluorescencia fue detectable en los ovarios solo dos horas después de la inyección y aumentó dentro de los ovarios después de 24 horas y permaneció constante en un nivel alto durante varios días. Se detectó una señal de fluorescencia brillante incluso 25 días después de la inyección, informaron.

Los investigadores alemanes advirtieron que esta acumulación en los ovarios podría alertar sobre un "importante problema de toxicidad en humanos". Quizás, "bien podría abrir un nuevo campo de terapias ováricas dirigidas", informaron y concluyeron que se necesitaban más estudios para descubrir el impacto desconocido del fenómeno.

Estos hallazgos se confirman con un "[estudio](#) de biodistribución" de Pfizer de su sistema portador de nanopartículas lipídicas en animales de laboratorio que mostró que **las moléculas nanoportadoras de la "vacuna" abandonan el sitio del músculo de inyección, ingresan a la circulación sanguínea y luego se acumulan en órganos y tejidos, incluidos el bazo y la médula ósea, el hígado, las glándulas suprarrenales y especialmente los ovarios.**

El estudio de biodistribución examinó solo las proteínas portadoras de nanopartículas y no incluyó el ARNm del ingrediente de la "vacuna", que presumiblemente se administraría dentro del portador en el experimento del mundo real y desencadenaría la producción de proteína de pico en la célula en la que aterriza. **Los riesgos de los ingredientes de las "vacunas" Covid para la fertilidad están demasiado bien documentados como para haber sido simplemente ignorados. Existe un grave riesgo para la capacidad para concebir y llevar un bebé a término.**

La doctora Elizabeth Lee [Vliet](#), médico independiente especializada en el impacto de las hormonas reproductivas en la salud general y cofundadora de la Truth for Health [Foundation](#): "De hecho, los estudios han [demostrado](#) que es probable que las NP [nanopartículas] tengan efectos tóxicos en muchos órganos, como el cerebro, el hígado y los pulmones, que son los órganos diana más estudiados". "Solo recientemente, se ha prestado atención a la toxicidad reproductiva de los nanomateriales". La doctora, hace referencia a dos artículos importantes, uno de [2015](#) y otro de [2018](#):

La acumulación de nanopartículas daña los órganos (testículo, epidídimo, ovario y útero) al destruir células específicas, lo que provoca una disfunción de los órganos reproductivos que afecta negativamente a los espermatozoides y los óvulos y puede interrumpir el ciclo ovárico. Además, los NP pueden alterar los niveles de hormonas secretadas, provocando cambios en el comportamiento sexual, según los investigadores.

"No es solo el comportamiento sexual", dijo Vliet, quien ha practicado la medicina climaterica enfocándose en la salud reproductiva y el impacto de las hormonas en la salud general durante 35 años. "Es la salud y la función óptima de todos los órganos de nuestro cuerpo".

En el estudio de 2015 al que se hace referencia, los investigadores inyectaron un polímero de PEG en cachorros de rata y concluyeron que "la exposición neonatal a PEG-b-PLA podría afectar el desarrollo y la función del eje hipotalámico-pituitario-ovárico (HPO) y, por lo tanto, alterar las funciones del aparato reproductor sistema en ratas hembras adultas". En otras palabras, **los recién nacidos expuestos a estas nanopartículas no desarrollaron sistemas reproductivos normales.**

En el de 2018, investigadores de los fabricantes de "vacunas" Covid Moderna y AstraZeneca UK y otras tres compañías farmacéuticas, analizaron la seguridad del ARNm modificado formulado en nanopartículas lipídicas (LNP) después de

infusiones intravenosas repetidas a ratas y monos. **Describieron "hallazgos primarios relacionados con la seguridad" que fueron "principalmente impulsados por LNP". Estos incluyeron un aumento de la hematopoyesis (producción de componentes sanguíneos) en el hígado, el bazo y la médula ósea (ratas) y "hemorragia mínima en el corazón (monos)". Otros hallazgos relacionados con la seguridad en la rata incluyeron "cambios en los parámetros de coagulación en todas las dosis, así como daño hepático", y en el mono, se observaron "necrosis esplénica" y "disminución de linfocitos".**

No hay evidencia de que los fabricantes de "vacunas" hayan analizado los efectos de la LPN (o ARNm) en los órganos reproductivos o la función reproductiva. Los investigadores concluyeron: "El trabajo futuro se orientará a evaluar las diferentes vías de administración, los efectos de la dosificación crónica y el riesgo para los animales jóvenes, ya que los jóvenes pueden ser particularmente importantes en el contexto de una enfermedad rara"

Dos años no es mucho tiempo para responder a todas las preguntas planteadas en el estudio sobre los efectos potenciales a largo plazo del ARNm modificado o LPN en animales jóvenes, y mucho menos en humanos. Sin embargo, los CDC actualmente promueven la "vacuna" experimental de Pfizer para todos los niños mayores de 12 años y para las madres embarazadas y lactantes.

Polisorbato 80

Los polisorbatos son ésteres complejos de especies estructuralmente diversas y (en algunos casos) químicamente reactivas. PS-20 y PS-80 (Tween 20 y Tween 80) son mezclas de ésteres de ácidos grasos estructuralmente relacionados de polioxietilensorbitán y ácido láurico o ácido oleico, respectivamente. En PS-20, la fracción de monolaurato comprende del 40 al 60% de las cadenas de alquilo, con grupos alquilo de diferentes longitudes de cadena que constituyen el resto de las moléculas. En PS-80, aproximadamente el 60% de las cadenas de alquilo se derivan del ácido oleico, y el resto de los ésteres se derivan de otros ácidos grasos. Todos los polisorbatos disponibles comercialmente también contienen cantidades medibles de ésteres de ácidos grasos de polioxietileno, polioxietileno de sorbitán y polioxietileno de isosorbida. Por auto-oxidación intrínseca producen hidro y alquil-peróxidos reactivos, así como aldehídos reactivos, tales como formaldehído y acetaldehído, que inducen la inmunogenicidad de las proteínas solubles. Debido a las diversas reacciones secundarias en la síntesis de polisorbato 80 y sus diferentes subproductos resultantes, el polisorbato 80, obviamente, es una mezcla que no contiene solo monoésteres, también polietilenglicol (PEG), diésteres, triésteres e incluso tetraésteres en diferentes grados de polimerizaciones de polioxietileno.

Es uno de los tensioactivos no iónicos más comunes que se utilizan actualmente en una gran variedad de formulaciones, incluidas inyecciones de medicamentos chinos tradicionales y biofarmacéuticos de proteínas. También ampliamente utilizado como agente solubilizante para mejorar la solubilidad de fármacos poco solubles en diferentes productos farmacéuticos tales como: cremas, ungüentos,

lociones o tabletas. Además, investigadores encontraron que el polisorbato 80 es el responsable de romper la barrera sangre-cerebro. Se ha informado de que especialmente las inyecciones que lo contienen, desencadenan efectos adversos, incluyendo hemólisis y reacciones anafilactoides (60).

El uso cada vez mayor de anticuerpos monoclonales (MAb) en el tratamiento de enfermedades neoplásicas, autoinmunes e inflamatorias, ha provocado un **aumento espectacular de las reacciones de hipersensibilidad en todo el mundo**, lo que complica el uso de MAb como terapias de primera línea y limita la supervivencia y la calidad de vida del paciente. Los orígenes de la anafilaxia no se comprenden bien, aunque su mecanismo es bastante sencillo. Por lo general, **se atribuye a alguna propiedad intrínseca indefinida o propiedades de un bioterapéutico**, a pesar del hecho de que las formulaciones bioterapéuticas son necesariamente complejas e incluyen una gran cantidad de excipientes funcionales. Esos ayudan a que los productos farmacéuticos cumplan con los estrictos desafíos de la vida útil, la estabilización, la solubilidad, la reconstitución después de la liofilización y la propensión de las proteínas a agregarse, especialmente a las altas concentraciones que se usan típicamente para reducir el volumen y el tiempo de administración de MAb.

Aproximadamente el 70% de todas las formulaciones de MAb contienen PS-20 o PS-80. Los tensioactivos de polisorbato (PS) son una de esas familias de excipientes incorporados en muchos productos bioterapéuticos para prevenir la agregación de proteínas y la pérdida de eficacia asociada. Aunque los polisorbatos son efectivos en esa función, contienen enlaces éter (dentro de restos polioxietileno) y cadenas de alquilo insaturadas que se autooxidan espontáneamente en soluciones acuosas para formar especies químicas inmunogénicas y anafilactogénicas, incluidos hidro- y alquil-peróxidos, epoxiácidos y aldehídos como formaldehído y acetaldehído. Los polisorbatos también se hidrolizan en soluciones acuosas para liberar ácidos grasos libres que pueden aumentar la turbidez de la solución. La anafilaxia, por otro lado, es una reacción alérgica que, aunque grave, generalmente se pasa por alto y se acepta como una propiedad inevitable de las propias proteínas bioterapéuticas. Se han hecho pocos o ningún intento por diferenciar y segregar su fuente real en los productos biológicos. Aunque la inmunogenicidad inducida por polisorbato no deseada está bien documentada, se ha prestado poca atención a la anafilaxia inducida por polisorbato. Es comprensible que las autoridades reguladoras se centren en gran medida en una eficacia comparable en la evaluación de biosimilares. Pero una eficacia similar no implica necesariamente un perfil de seguridad similar entre productos innovadores y biosimilares. Tanto la inmunogenicidad como la anafilaxia no deseadas, deben constituir componentes importantes de la evaluación de la seguridad de los bioterapéuticos.

La anafilaxia generalmente es de inicio rápido y se manifiesta en minutos u horas. En algunos casos, puede causar la muerte. El mecanismo subyacente es la liberación de mediadores de ciertos tipos de glóbulos blancos que pueden desencadenarse por mecanismos inmunológicos o no inmunológicos. Las causas más comunes incluyen picaduras de insectos, alergias alimentarias y medicamentos. En la última categoría, los excipientes de **polisorbato PS-80 y**

PS-20 de uso común se encuentran en más del 70% de MAb y otros bioterapéuticos proteicos, y ahora **se ha demostrado que causan anafilaxia en pacientes que reciben esos medicamentos**. Los síntomas de anafilaxia se inician como promedio a los 5-30 minutos, si la exposición es intravenosa, afectando la piel, el sistema respiratorio, el tracto gastrointestinal, el corazón y la vasculatura, y el sistema nervioso central. Los síntomas incluyen urticaria, picazón, enrojecimiento o hinchazón (angioedema), edema lingual, laríngeo y faríngeo, secreción nasal y edema conjuntival. Síntomas respiratorios posibles incluyen: falta de aliento, espasmo bronquial y la obstrucción de la vía aérea superior secundaria a la inflamación. El espasmo de la arteria coronaria puede asociarse con una caída de la presión arterial o con un shock, lo que a veces conduce a un infarto de miocardio posterior, arritmia o paro cardíaco.

Cada vez más, **las propiedades anafilactogénicas del PS-80 están bien documentadas en la literatura clínica**. La identificación de la causa mecánica precisa de la anafilaxia inducida por polisorbato es complicada por la compleja naturaleza química de los tensioactivos polisorbatos. **Los estudios preclínicos en animales han identificado una serie de especies moleculares específicas que inducen anafilaxia**.

Se sabe que los tensioactivos aumentan en general la permeabilidad de la piel. En una prueba de permeabilidad al agua epitelial, se observó que la inyección de polisorbato 80 en una solución salina normal en conejos, producía rápida y regularmente un edema corneal, que se acompañaba de una citólisis (es el proceso por el cual la célula se rompe) endotelial corneal marcada y un aumento de la permeabilidad vascular del limbo. El polisorbato 80 también aumentó y disminuyó alternativamente la resistencia osmótica de los eritrocitos, dependiendo la naturaleza del efecto de la concentración de tensioactivo. Se presume que la respuesta al polisorbato 80 se debe a su influencia en la membrana plasmática de eritrocitos ([61](#)).

Estrechamente relacionados con el mantenimiento de los equilibrios osmóticos están la difusión transmembrana y el transporte activo de electrolitos. La función normal de todos los tipos de células depende de las características adecuadas de permeabilidad iónica del plasma membrana. Los cambios en la capacidad de controlar el intercambio de iones se ven habitualmente en células tales como neuronas, células secretoras y otras cuyo función primaria depende directamente de una diferencia de potencial eléctrico a través del membrana ([62](#)).

El efecto electrofisiológico de los polisorbatos en varios tejidos naturales también se ha estudiado. La Adición de polisorbato 80 a sangre de rata diluida, en concentraciones sin efecto hemolítico, produjo un aumento en el potencial eléctrico transmembrana del eritrocito. En el yeyuno aislado de rata, el polisorbato 80 aumentó las diferencias de potencial transmural en un 20 a 34 % y corrientes de corto circuito en 66 a 112 %, también disminuyó la resistencia del tejido neto del 19 hasta 30 % ([63](#)).

Los polisorbatos también influyen en el transporte de moléculas más grandes a través de membranas y, por lo tanto, puede afectar la

actividad y toxicidad del fármaco. El polisorbato 80 disminuyó en ratones, la toxicidad oral aguda de tetraciclina, norsulfazol, teofilina, tubazida, procainamida, amidopirina y pentobarbital. En otro estudio, aumentó la concentración solubilizada de butilparabeno, pero disminuyó in vitro la penetración percutánea del conservante a través de la piel de cerdo de Guinea. En dos estudios sobre el mecanismo del efecto inhibitor de polisorbato 80 sobre la absorción intramuscular de fármacos, se encontró que la inhibición de la absorción no puede atribuirse a un efecto directo o indirecto sobre la pared del capilar. Se concluyó que el efecto se debió principalmente a su influencia sobre el espacio extracelular y en la permeabilidad del tejido conectivo.

Los polisorbatos producen varios efectos aparentemente dispares en sistemas neuromusculares. El polisorbato 80 estimula la motilidad colónica en conejos anestesiados, en cambio, reduce la contracción in vitro de las células del músculo liso del intestino delgado cuando se evalúa esta función midiendo la actividad contráctil del íleon de cobaya estimulado eléctricamente. El polisorbato 80 muestra un efecto vasodilatador coronario y aumentó la frecuencia cardíaca en corazones de conejillo de indias y de conejos cuando está presente a 2,4 mg/l en el fluido de perfusión. Si se incrementa gradualmente la concentración de polisorbato 80 de 0,7 a 4,0 mg/l, se observa un aumento relacionado con la dosis, en el gasto coronario. A dosis más altas, se observa una ligera disminución en la amplitud de la contracción y un aumento en la frecuencia cardíaca.

En otro estudio, se analizaron en perros los efectos cardiovasculares de dos concentraciones de polisorbato 80. Una solución de dextrano al 10% con 0.05% de polisorbato 80, inyectada en la aurícula izquierda, causó alteraciones cardíacas en los cuatro perros estudiados. Las reacciones consistieron en una reducción de las dimensiones cardíacas con o sin hipotensión y taquicardia. La administración de una concentración más baja de polisorbato 80 (0.01%) indujo reacciones en 6 de 14 perros.

En otro estudio con ratones, recibieron inyecciones intraperitoneales de 0.3 ml de una solución salina de polisorbato 80 al 25% antes de la inmunización con ovoalbúmina absorbida en Al (OH); se observó que no había respuesta primaria de IgE, lo que indica que el polisorbato 80 inhibió esta respuesta.

Ya en 1985, Masini et al, demostraron liberación de histamina inducida por polisorbato en tejidos periféricos y mastocitos aislados, así como respuestas hemodinámicas (64). En 1997, Bergh et al, informaron que la exposición al aire a soluciones acuosas de PS-80 producía formaldehído y acetaldehído en cantidades que podrían provocar reacciones alérgicas en algunas personas (65). Los últimos autores advirtieron proféticamente a los desarrolladores de fármacos que tuvieran en cuenta la posibilidad de que se formen compuestos alergénicos durante la fabricación, el almacenamiento y la manipulación de productos que contienen polisorbato y tensioactivos químicamente similares.

Coors y col, llevó a cabo un examen exhaustivo de PS-80 como inductor de reacciones anafilactoides graves (66). Su amplio complemento de metodologías de detección sensibles y bien aceptadas incluyó pruebas de punción cutánea,

ensayos de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA), inmunotransferencia de inmunoglobulina E (IgE) y detección por citometría de flujo de la activación de basófilos en pacientes de control y otros con antecedentes médicos de Choque anafiláctico debido a la administración intravenosa de un producto multivitamínico durante el embarazo (un sustituto de los medicamentos administrados por vía intravenosa). Ni los ELISA ni las inmunotransferencias identificaron ningún anticuerpo IgE específico de polisorbato, lo que confirma la naturaleza no inmunológica de la reacción anafilactoide. **Este estudio demostró que el PS-80 puede causar reacciones anafilactoides no inmunológicas graves.**

Sun y col, evaluaron el efecto de sensibilización de PS-80 de diferentes lotes de fabricación en perros, observando diferentes grados de reacción anafilactoide (67). De manera similar, al evaluar 10 lotes de soluciones de PS-80 de diferentes proveedores, Yang et al, encontraron que **las impurezas de PS-80 formadas espontáneamente, como los peróxidos y los residuos de ácidos grasos oxidados** (presentes en niveles variables en cada lote analizado) **inducían reacciones anafilactoides** en un modelo de pez cebra in vivo (68).

Qiu y col, demostraron que **el polisorbato 80 induce reacciones anafilácticas no inmunes típicas** (pseudoalergia) en perros, caracterizadas por la liberación de histamina y anticuerpos IgE invariables (69). PS-80 indujo la liberación de histamina con un aumento del doble de SC5b-9, un aumento de 2,5 veces de C4d y un aumento de 1,3 veces de Bb, mientras que la IgE permaneció sin cambios. PS-80 causó malestar cardiopulmonar en perros y activó sus sistemas de complemento a través de vías clásicas y alternativas, como se indica para preparaciones tanto in vivo como in vitro.

Badiu y col, informaron **múltiples casos de anafilaxia inducida por PS-80 que surgen de la administración de varias vacunas** (70). Una niña de 17 años experimentó urticaria generalizada, angioedema palpebral, rinoconjuntivitis, disnea y sibilancias una hora después de su tercera administración intramuscular de la vacuna contra el virus del papiloma humano tetravalente Gardasil (Merck), que contiene PS-80. Las pruebas intradérmicas fueron positivas con ese producto, mientras que las pruebas cutáneas con la vacuna bivalente (que no contiene PS-80) fueron negativas. Las pruebas de punción de PS-80 fueron positivas en el paciente y negativas en 10 controles sanos. El resultado de la prueba de activación de basófilos CD203 fue negativo para PS-80 en todas las diluciones probadas y no se encontró IgE específica. Los autores también hicieron pruebas cutáneas de dos vacunas contra la influenza: una que contenía PS-80 (Fluarix de GlaxoSmithKline), que resultó en una reacción positiva, y otra vacuna contra la influenza sin adyuvantes ni conservantes (Vaxigrip de Sanofi Pasteur MSD),

Limaye y col, informaron de un caso de reacción alérgica a la eritropoyetina en el que un paciente desarrolló prurito generalizado, eritema y angioedema orofacial (71). La formulación de eritropoyetina de Eprex (Johnson & Johnson) contenía eritropoyetina humana recombinante y PS-80 como excipiente (0,15 mg/ml). Las pruebas intradérmicas secuenciales y de punción cutánea con concentraciones crecientes de eso y Neupogen filgrastim de Amgen (que contiene polisorbato a 0,04 mg / ml) dieron reacciones positivas, mientras que una preparación de

eritropoyetina sin polisorbato arrojó resultados negativos. Las pruebas intradérmicas con polisorbato de grado farmacéutico dieron como resultado una reacción local positiva seguida de angioedema orofacial leve una hora más tarde. No se observó reacción en un sujeto de control (72). Purcell y col, también identificó al polisorbato 80 como la causa probable de una respuesta inmune a la eritropoyetina cuando la albúmina humana fue reemplazada por polisorbato 80 y glicina (44).

Se ha informado de hipersensibilidad a fármacos y anafilaxia para el factor VIII, darbopoyetina, eritropoyetina y varios MAb, todos los cuales contienen un tensioactivo polisorbato (73) (74) (75) (76). Se han descrito lesiones urticariformes en pacientes en tratamiento con infliximab, adalimumab, etanercept y ustekinumab, cuatro fármacos MAb que contienen polisorbato 80 (77) (78). Además, se han informado respuestas anafilácticas inducidas por polisorbato en clases de fármacos no biológicos que contienen polisorbato (79) (80) (81).

Hay numerosos informes disponibles sobre la promoción de tumores y la cocarcinogénesis por parte de los polisorbatos. Se ha demostrado la promoción de tumores y la cocarcinogénesis con una serie de agentes cancerígenos conocidos. Se ha comprobado que si se administran conjuntamente con un polisorbato, la producción de tumores, es aún mayor. El realce del tumor por los polisorbatos se ha relacionado con la hiperplasia epidérmica. Un segundo mecanismo posible es la inhibición de la reparación del ADN. Un tercer mecanismo posible, es el de un efecto sobre las membranas biológicas (82).

En un estudio de carcinogenicidad de administración dietética de 2 años de polisorbato 80 (5%, 10% y 20%) en ratas macho y hembra, se observó un ligero aumento en el desarrollo de fibroadenomas (son bultos sólidos y no cancerosos en las mamas) ya que se observaron tumores esporádicos en las glándulas mamarias de las ratas hembras, incluyendo los del grupo de control, pero no se demostró carcinogenicidad. En otro estudio de 2 años de carcinogenicidad en administración dietética de polisorbato 80 (25 000 ppm y 50 000 ppm) en 50 ratas F344 / N machos o hembras, la mitad de ellas sobrevivieron, y la incidencia de los feocromocitomas (tumor raro que suele comenzar en las células de una de las glándulas suprarrenales) suprarrenales aumentaron en el grupo de machos alimentados con 50 000 ppm. No hay diferencias en las tasas de tumorigénesis (es un proceso mediante el cual las células normales se transforman en células cancerosas) en otros órganos entre el grupo experimental y el grupo control. En otro estudio de carcinogenicidad de administración dietética de 2 años de polisorbato 80 (25 000 ppm y 50 000 ppm) en 50 ratones B6C3F1 machos o hembras, aproximadamente el 50-60% de los animales sobrevivieron, y las lesiones hiperplásicas de la mucosa gástrica anterior aumentaron significativamente en ratones machos y hembras en el grupo de 50 000 ppm. No se detectó tumorigénesis en un experimento en que se administró una dieta experimental suplementada con polisorbato 80 a ratones G57BL durante 10 semanas (100 mg / ratón / día), seguido de dieta basal durante las siguientes 8 semanas y luego dieta comercial hasta las 51 semanas). En un estudio de pintura

de la piel de 80 mg de solución de polisorbato 80 en 50 ratones (6 veces por semana durante 52 semanas), un tumor cutáneo benigno se desarrolló en un ratón y en un estudio de inyección subcutánea de 2 ml de 6% solución de polisorbato 80 en 20 ratas (3 veces por semana durante 40 semanas), los se formaron fibrosarcomas en los sitios de inyección en 11 ratones. En otro estudio de inyección intratraqueal de 0.2 ml de polisorbato 80 al 5% en 50 hámsteres sirios (una vez a la semana de por vida) no se pudo demostrar ninguna tumorigénesis (83).

En un estudio de toxicidad a dosis repetidas, se observó diarrea como síntoma principal. Es habitual que la diarrea tras la administración de una gran cantidad de una sustancia, se consideró que se debía a la causa física y, por lo tanto, no se consideró que fuera un efecto tóxico. Sin embargo, sí se produjo una irritación local de la mucosa gastrointestinal por polisorbatos, se sospecha que afectan la digestión, junto con factores físicos resultantes de un poliol pobremente absorbido; y la diarrea, por lo tanto, se evaluó como efecto tóxico desde el punto de vista de seguridad (84).

Se informó de resultados positivos para los polisorbatos 65 y 80 en algunas pruebas in vitro estudiando la aberración cromosómica, pero la genotoxicidad no se consideró como un problema debido a la baja frecuencia de aberraciones y los resultados negativos obtenidos en un ensayo de micronúcleos de médula ósea in vivo (85).

FENÓMENOS EXTRAÑOS

No debemos obviar que han sucedido cosas "extrañas" que provocan serias dudas sobre todo lo que rodea a la "pandemia", por ejemplo: lo sucedido con Moderna y el NIAID, que desde diciembre 2019 ya tenían una "vacuna" candidata contra Covid (1); o que en 2017, ya existieran test para Covid-19 (2); o que un documento interno de la FDA del 22 de octubre de 2020, ya recogiera algunos de los eventos adversos graves que estamos viendo y que aún conociéndolos, en diciembre se autorizara el uso de emergencia (3); o que un representante de Moderna reconozca que todos los vacunados forman parte de un experimento, ante una persona que sufrió el síndrome de Guillain-Barré después de que se le administrara la "vacuna" (4) (5); o que Moderna y Pfizer, perdieran "accidentalmente" los grupos de control de prueba de las "vacuna" (6); o que haya 73 patentes emitidas entre 2008 y 2019, que tienen los elementos supuestamente novedosos del SARS CoV-2, específicamente en lo que se refiere al sitio de clivaje polibásico, el dominio de unión al receptor de ACE2 y la proteína espiga (7); o que Pfizer patentara la primera "vacuna" Covid, en el año 2000 (8); o que ya en el 2009, la Dra. Rima Laibow (9) (10), nos advirtiera de cosas que hoy estamos viendo con las "vacunas".

ASPECTOS LEGALES RELACIONADOS CON LAS "VACUNAS"

Una vez que ya con el presente informe ha quedado demostrado, punto por punto, que el discurso oficial sobre la "pandemia" no tiene ninguna justificación científica que lo avale; ahora vamos a demostrar, que legalmente también es difícilmente justificable. Utilizaré un documento de respuesta que la Junta de Castilla y León dio a un escrito de un médico con más de 20 años de experiencia, en el que informaba sobre presuntas irregularidades observadas en un centro de "vacunación" ([1](#)), expuesto públicamente [aquí](#). Para ello, utilizaré un documento redactado por la asociación Liberum ([2](#)), en el que se exponen una serie de puntos, que perfectamente sirven para el objetivo que nos ocupa. Únicamente expondré las conclusiones a las que llegan (para ver los pormenores legales, visionar el documento pinchando en el enlace):

- "La información clínica al paciente es un derecho de este último y una obligación a cargo de los profesionales sanitarios que le atienden, tal y como se recoge en las leyes sanitarias, más si se trata de la administración de un fármaco experimental (con autorización comercial condicionada) donde la información ha de ser mucho más exhaustiva que en el resto de actuaciones clínicas, y ha de formalizarse el consentimiento informado siempre por escrito".
- "Ante intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, o que suponen riesgos de notoria y previsible repercusión negativa para la salud del paciente (hipótesis que podría plantearse en algunos tratamientos farmacológicos con riesgos importantes asociados), además de la información clínica verbal, es inexcusable recabar el consentimiento informado por escrito".
- "La normativa sanitaria española y las resoluciones judiciales de nuestros Tribunales, atribuyen al médico, por encima de cualquier otro profesional, la responsabilidad principal en materia de información clínica a los pacientes y, expresamente, respecto de la información relativa a los tratamientos farmacológicos y su correspondiente seguimiento".
- "Los fármacos de origen biológico, y más concretamente de origen biológico humano, entre otros, son considerados en el vigente Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio «medicamentos de terapia avanzada», que han de estar sujetos a garantías sanitarias reforzadas en materia de seguridad y trazabilidad".
- "En algunos países de nuestro entorno (Francia, Reino Unido, Suiza, Australia) existe una preocupación especial por advertir a los pacientes de los teóricos riesgos de los productos de origen humano, hasta el punto de exigirse en determinados casos incluir dicha información en las fichas técnicas y prospectos de los medicamentos de esa naturaleza. De lo anterior se deriva que el médico prescriptor no debe ser ajeno a las

circunstancias de este tipo de fármacos a la hora de valorar la actuación terapéutica más conveniente”.

“Pues bien, es evidente que nada de lo anteriormente expuesto se está cumpliendo en la actualidad en relación a los fármacos de terapia génica para la Covid-19, puesto que ni los médicos están expidiendo la correspondiente receta (1), ni se está informando al paciente conforme a lo previsto en el art.10 de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, ni se está examinando el historial clínico a nivel individual en relación con patologías, alergias o contraindicaciones, ni mucho menos se está recabando el consentimiento informado del paciente por escrito, en cumplimiento del art. 8.2 de la ya mencionada Ley 41/2002”. Dr. Francis Christian: Se está violando el principio del consentimiento informado ante las vacunas (3).

El Dr. Reiner Fuellmich, (abogado litigante conocido por haber demandado con éxito a grandes empresas como Volkswagen y Deutsche Bank), junto con un grupo de expertos de diferentes áreas, planea llevar ante la justicia a: gobiernos, autoridades sanitarias, laboratorios, médicos y a todos los involucrados en las medidas forzadas que se tomaron contra la pandemia (encierros, distanciamiento social, uso de máscaras, vacunación) y que causaron graves daños a millones de personas en todo el mundo (4).

Fuellmich explica que todos los gobiernos del mundo basaron sus decisiones de encerrar a la gente, de obligarlas a usar las mascarillas y finalmente de vacunarlos; en los test PCR, que se han usado y usan, con una amplificación de entre 40 y 45, aún cuando el estándar aceptable es 24, dando lugar a un 97% de falsos positivos. Es decir, cuando se amplifica tantas veces el material, el test siempre da positivo porque detecta cualquier material como virus (5) (6). Según él, no existe la inmunidad cuando los fabricantes de las vacunas hacen daño a las personas conscientemente, es decir; aun sabiendo que estas vacunas experimentales (que él llama “terapia genética”) no son seguras, se las han administrado a la gente (7) (8).

Por todo lo publicado en los medios de “comunicación”, se podría pensar que a las compañías de las “vacunas” se les otorgó inmunidad como condición para lanzar su “vacuna” experimental. No obstante, la Corte Suprema de los Estados Unidos ha sostenido en el pasado que “el fraude vicia todo” (9) y si estas compañías de sueros experimentales le dijeron al gobierno que su preparado era “seguro” cuando su propia lista de ingredientes dice lo contrario; entonces puede ser que esas empresas hayan cometido fraude y, el fraude vicia todo. Por lo tanto, tal vez un tribunal dictamine que esas compañías de “vacunas” NO tienen inmunidad, por mucho que algunos intenten [taparlo](#).

Por supuesto, probar legalmente el fraude es algo difícil de hacer. Pero tal vez esto ayude: las empresas farmacéuticas están obligadas a poner un inserto en sus productos que enumere los ingredientes y todos los efectos secundarios conocidos, lo cual, para estas “vacunas”, no se cumple ya que están en blanco.

Derechos

Algo que conviene tener muy presente, es que algunas actuaciones ([10](#)) ([11](#)) ([12](#)) ([13](#)); son de extrema gravedad para la naturaleza del ser humano y tremendamente graves desde un punto de vista legal (algunos incluso, llegan a cruzar otras líneas legales, muy peligrosas, que pueden tener nefastas consecuencias para la convivencia ([14](#)) ([15](#) [16](#))). En nuestro país, existe una jerarquía normativa, en cuyo punto más alto, está la Constitución e inmediatamente debajo, los tratados internacionales (cuyo obligado cumplimiento, queda recogido en la propia Constitución) que a su vez, están justo por encima de cualquier ley orgánica ([17](#)).

La Constitución Española en su art. 9.3 establece que la Constitución garantiza el principio de jerarquía normativa. En el art. 1 del Código Civil también se acoge la jerarquía normativa, sobre todo en sus referencias a la prioridad de las fuentes del Derecho que deben aplicarse: así la ley tiene preferencia sobre la costumbre, y ambas sobre los principios generales del Derecho. En este precepto resulta especialmente valioso para el principio de jerarquía normativa, el art. 1.2 que establece: Carecerán de validez las disposiciones que contradigan una de rango superior. Concretamente en las actuaciones mencionadas, los detalles expresados VIOLAN dicha jerarquía normativa, también artículos de esos tratados-reglamentos y de leyes nacionales: el 6.2 de la Declaración Universal de Bioética y de Derechos Humanos ([18](#)), el art. 1 del Código de Nuremberg ([19](#)), el art 7.3.2. de la Resolución 2361 del Consejo Europeo ([20](#)), los art. 2.4 y 21.1 de la Ley del Paciente ([21](#)) en su última actualización de 05/06/21; y también, la protección de datos personales (que es un derecho fundamental recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española y regulado por el Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD), y la Ley de protección de datos (LOPDGDD). La normativa en protección de datos se complementa con la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre; su incumplimiento puede ocasionar a la persona (por ejemplo, al dueño de un local que pide el certificado de vacunación para permitir la entrada), una multa de hasta 600.000 €). CUALQUIER DISCRIMINACIÓN POR MOTIVO DE SER RENUENTE A LA VACUNACIÓN, VIOLA TODO LO EXPRESADO ANTERIORMENTE Y, CONSECUENTEMENTE, AL NO SER CONFORME A DERECHO, ES DENUNCIABLE. Hay dos claros ejemplos: el pasaporte Covid y la restricción de acceso a locales.

El pasaporte Covid entró en vigor el 1 de julio en los países miembros de la Unión Europea. Permite viajar sin restricciones a las personas que hayan completado su pauta de vacunación contra la Covid-19. Por contra, quienes todavía no estén vacunados, deben tener en cuenta los distintos requisitos para entrar a la región de destino, ya que no todos los Estados miembros siguen el semáforo comunitario y aplican sus propios criterios.

En los países al margen del marco comunitario es casi indispensable la presentación de un test que acredite no estar infectado días antes de llegar al lugar escogido. Existen excepciones, como Estonia o Rumanía, que catalogan a España como país "verde" y como un territorio con menos de 150 casos de incidencia, por lo que no es necesario presentar pruebas de ningún tipo.

En el caso de que se requieran, gran parte de los territorios admiten los test de antígenos, una medida más barata y rápida que las PCR, pero estas últimas siguen siendo las favoritas. De hecho, algunas regiones exigen una segunda prueba al llegar, como ocurre en Chipre. Finlandia, por su parte, realiza test gratuitos nada más aterrizar, aunque recomienda realizarse un test adicional 72 horas después.

En otros territorios, las personas que hayan superado la enfermedad podrán aportar un documento que lo acredite con un máximo de seis meses desde que se contrajo. De esta forma estarán exentos de presentar otro tipo de pruebas. En Hungría, un país que tiene muy restringido el turismo, solo se permite el acceso a aquellos que hayan sido positivos en el pasado.

El pasaporte podría parecer una medida enfocada a dinamizar el sector comercial de países con mayor poder económico, pero como se ha señalado, convergen en esta disposición varios posibles contextos de vulneración; por un lado **genera discriminación** al coartar la libre movilidad de las personas no vacunadas, violando los tratados internacionales mencionados anteriormente; y por otro, **viola la protección de los datos personales tanto de vacunados como de no vacunados**, que como hemos visto, es otro derecho fundamental de los seres humanos, que se encuentra ampliamente amparado, por los ámbitos jurídicos a lo largo del mundo.

El rechazo a los denominados “pasaportes epidemiológicos” o “certificados de inmunidad” ha sido generalizado desde diversos sectores y sobre la base de argumentos de variada naturaleza: médicos y científicos, éticos y jurídicos. Esta cartilla o pasaporte de este tipo implica una clara diferenciación entre quienes puedan contar con un certificado acreditativo de haber pasado la enfermedad o de no estar contagiados en un momento o período determinado, y quienes no puedan contar con el mismo por el mero hecho de no haber caído enfermos o no poder costearse la prueba, entre otros posibles motivos.

Desde el punto de vista jurídico-constitucional, las medidas que presumen un trato jurídico diferente de unos colectivos respecto a otros deben superar un triple canon de validez:

En primer lugar, **tenemos que determinar si la medida diferenciadora adoptada responde a una finalidad legítima**. El pasaporte Covid pretende, en primer término, distinguir entre quienes han pasado la enfermedad o, en su caso, cuentan con pruebas que acrediten no estar contagiados, por un lado, y quienes están enfermos, no la han sufrido aún o no cuentan con tales pruebas concluyentes, por otro lado. A partir de esa clasificación, se trataría de permitir a los primeros una vuelta a la normalidad de sus actividades recuperando el pleno ejercicio de sus derechos de movilidad (junto a otros asociados a ésta) y, con ello, contribuir a la reactivación económica; mientras los segundos mantendrían restringida su movilidad y otros derechos por razones de salud pública. Reactivar la economía y velar por la salud pública son, en principio, legítimas atribuibles a la idea del pasaporte Covid.

En segundo lugar, la medida cuestionada **ha de ser idónea o adecuada al fin perseguido**. En este punto ya vemos más obstáculos para su cumplimiento. **El limitado conocimiento que tiene la ciencia sobre el supuesto virus SARS-CoV-2 y la enfermedad que desencadena (Covid-19), no permite afirmar con suficiente certeza algunos de los presupuestos que la medida de la cartilla Covid toma como esenciales. Así, como ha quedado demostrado, no cabe atribuir inmunidad permanente a quienes han sido vacunados, se ha demostrado la escasa efectividad de esas "vacunas", lo cual, hace posibles nuevos contagios (que también ha quedado demostrado que suceden); por otro lado, también se ha constatado que la fiabilidad de los PCR que se vienen realizando, ni de lejos, es suficiente para garantizar una fiable identificación de personas contagiadas o no. Atendiendo a todo esto, es imposible justificar medidas de levantamiento parcial de las restricciones a las personas supuestamente inmunes a partir de un pasaporte o certificado epidemiológico.** En consecuencia, y desde este punto de vista, podría concluirse que tales pasaportes o certificados no son en sí mismas medidas antijurídicas pero, para el caso concreto de la enfermedad provocada por el virus SARS-CoV-2 y ante el estado actual de la pandemia y del conocimiento científico sobre la misma, resulta una medida injustificada por falta de idoneidad o utilidad a los objetivos que persigue. Sencillamente, un pasaporte Covid, no nos garantiza, en las circunstancias concretas del caso, el logro de los fines u objetivos que, teóricamente, lo motivan o justifican.

Para finalizar, toda medida que suponga un trato jurídico diferenciado **debe resultar proporcional en sus efectos o resultados, de forma que éstos superen o compensen los costes que genera**. Dichos costes se cifran en el grado de afectación que otros derechos o bienes jurídicos sufren como consecuencia de la medida adoptada. El pasaporte Covid incide, en primer lugar, en el derecho a la libre circulación de quienes no tengan acceso al mismo y, sobre la base de ello, en todos los demás derechos fundamentales que necesitan de la libertad de movimientos para su ejercicio efectivo: celebrar reuniones familiares, participar en reuniones o manifestaciones, asistir a clases, abrir el propio negocio, entre otros muchos ejemplos. En segundo lugar, la expedición y posterior uso del pasaporte Covid tiene incidencia directa sobre la intimidad personal, en relación a los datos relativos a la salud de las personas, de forma que el pleno ejercicio de muchos derechos quedaría condicionado a la revelación de esos datos tan sensibles. Y finalmente, la cartilla Covid tiene un impacto de alcance transversal sobre todos los derechos que directa o indirectamente se vean afectados por la misma: la diferencia de trato jurídico que establece atiende a una cualidad personal, el estado de salud, que puede considerarse discriminatoria en determinados contextos en que no estaría justificado distinguir entre las personas con base en dicho argumento. **En definitiva, la expedición de un pasaporte Covid constituye una medida con un impacto condicionante del ejercicio de otros derechos fundamentales potencialmente expansivo.**

Para que supuestamente no haya discriminación, el pasaporte Covid, como hemos visto, no es un requisito indispensable para viajar, te dan otras opciones; el problema es que **sí existe una discriminación clara de firma indirecta. El pasaporte es gratuito y tiene una validez de un año y si no estás**

vacunado o no has pasado la enfermedad, se te obliga a hacerte un test PCR o test de antígenos, cada vez que vayas a viajar y, esos test, los pagas tú. Es una coacción indirecta para que te vacunes y una clarísima forma de discriminación, violando todos los tratados internacionales anteriormente citados.

En el caso de la persona que nos prohíbe entrar a un local, esa denuncia se puede hacer por tres causas diferentes: DISCRIMINACIÓN, INCUMPLIMIENTO DE LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y POR UN POSIBLE DELITO DE INCITACIÓN AL ODIOS:

Discriminación

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal ([22](#)).

TÍTULO XXI.

DELITOS CONTRA LA CONSTITUCIÓN. CAPÍTULO IV.

DE LOS DELITOS RELATIVOS AL EJERCICIO DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES Y LIBERTADES PÚBLICAS

SECCIÓN 1. De los delitos cometidos con ocasión del ejercicio de los derechos fundamentales y de las libertades públicas garantizados por la Constitución.

Artículo 510.

1. Los que provocaren a la discriminación, al odio o a la violencia contra grupos o asociaciones, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, enfermedad o minusvalía, serán castigados con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.

2. Serán castigados con la misma pena los que, con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad, difundieren informaciones injuriosas sobre grupos o asociaciones en relación a su ideología, religión o creencias, la pertenencia de sus miembros a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, enfermedad o minusvalía.

Artículo 511.

1. Incurrirá en la pena de prisión de seis meses a dos años y multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de uno a tres años el particular encargado de un servicio público que deniegue a una persona una prestación a la que tenga derecho por razón de su ideología, religión o creencias, su pertenencia a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, situación familiar, enfermedad o minusvalía.

2. Las mismas penas serán aplicables cuando los hechos se cometan contra una asociación, fundación, sociedad o corporación o contra sus miembros por razón de su ideología, religión o creencias, la pertenencia de sus miembros o de alguno de ellos a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, situación familiar, enfermedad o minusvalía.

3. Los funcionarios públicos que cometan alguno de los hechos previstos en este artículo, incurrirán en las mismas penas en su mitad superior y en la de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de dos a cuatro años.

Artículo 512.

Los que en el ejercicio de sus actividades profesionales o empresariales denegaren a una persona una prestación a la que tenga derecho por razón de su ideología, religión o creencias, su pertenencia a una etnia, raza o nación, su sexo, orientación sexual, situación familiar, enfermedad o minusvalía, incurrirán en la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de profesión, oficio, industria o comercio, por un período de uno a cuatro años.

Derecho de admisión

Los dueños de algunos locales, hacen referencia a que legalmente, pueden negar la entrada a su local, en base al derecho de admisión en relación al estado de vacunación de la persona que desea entrar. Vamos a ver si tienen razón, analicemos los pormenores legales de ese derecho:

Se define en nuestro ordenamiento jurídico como la "...facultad que tienen los titulares de espectáculos públicos, actividades recreativas y establecimientos públicos para determinar las condiciones de acceso y permanencia en los mismos, dentro de los límites establecidos legal y reglamentariamente...".

Tales límites se regulan, en la legislación estatal, en el Real Decreto 2816/1982, de 27 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento General de Policía de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas. Por su parte, todas las Comunidades Autónomas (excepto Cantabria) han aprobado Leyes específicas (o como en el caso de Galicia, Decreto) sobre las normas de funcionamiento de establecimientos públicos, espectáculos públicos y actividades recreativas, entre las que se incluye, más o menos pormenorizada, la regulación del derecho de admisión.

Como señala la Sentencia de la Sección 7ª, de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, de 2 de julio de 2001 (Rec: 7405/1996; Ponente: Ramón Trillo Torres) esta normativa está orientada a preservar muy especialmente el orden público y la seguridad ciudadana. De ahí que las nefastas consecuencias de inaplicar la normativa vigente, o la aplicación arbitraria o negligente de la misma –como sucedió en los casos del Madrid Arena o de la muerte de un joven por la paliza de un portero en una discoteca madrileña–, generen una justificadísima alarma

social que, como en este último caso mencionado, pueden terminar por modificar la regulación.

La jurisprudencia ha aclarado que "... las condiciones y requisitos (del derecho de admisión) están referidos siempre al titular del establecimiento..., siendo los usuarios y consumidores titulares del derecho de acceso, no del de admisión..."

Aclarado este punto, la normativa vigente señala que es el titular del establecimiento público, espectáculo público o actividad recreativa quien está habilitado para ejercerlo directamente, si bien también puede ejercerse por el personal acreditado como servicio de admisión (que actuará bajo la dependencia del titular). El personal acreditado desempeñará el servicio de admisión en exclusiva, no portará armas de ningún tipo y deberá informar inmediatamente al personal encargado de la seguridad privada (esto es, vigilantes de seguridad, si los hubiere) o, en su defecto, a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en caso de alteraciones del orden en los accesos, o en el interior de los establecimientos o recintos

Toda la normativa vigente prevé como principio general que el derecho de admisión debe ejercerse, por imperativo constitucional, con respeto a la dignidad de las personas y a sus derechos fundamentales, sin que en ningún caso pueda producirse discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Se prevé, además, la obligación de los titulares de espectáculos públicos, actividades recreativas o establecimientos públicos de adoptar las medidas necesarias para facilitar el acceso y permanencia de las personas con discapacidad.

La casuística jurisprudencial ha permitido concretar estos principios generales. Así, la Sentencia nº 440 de la Sección 1ª de la AP de Alicante (Rec: 184/1997; Ponente: Carmen Paloma GONZÁLEZ PASTOR) condenó al portero de un pub que denegó la entrada a dos personas de raza negra por el delito del art. 512 del Código Penal (relativo al ejercicio de los derechos fundamentales y libertades públicas)⁷, mientras que absolvió al gerente del mismo, porque "... no ha resultado acreditado que transmitiera orden alguna al portero acerca de la prohibición de entrada en el pub de personas de color ...".

Por su parte, la Sentencia nº 308 de la Sección 4ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Andalucía, de 12 de marzo de 2009, (Rec: 377/2007; Ponente: Juan María JIMÉNEZ JIMÉNEZ) declaró que no puede limitarse la entrada de público mayor de edad en aras de la libertad de empresa y que, por tanto, debe prevalecer el derecho a la igualdad frente a aquélla. Como señala la Sentencia, "...ninguna razón justifica que en base a un mero criterio organizador de clientes del empresario, se justifique la exclusión de un establecimiento abierto al público, de un segmento o grupo de consumidores por la mera razón de su edad. Exclusión que solo se justifica cuando se trata de los menores de edad...".

La AP de Oviedo, en Sentencia nº 370, de la Sección 2ª de la Sala de lo penal, de 13 de noviembre de 2000 (Rec: 329/2000; Ponente: Antonio LANZOS ROBLES)

estimó el Recurso de Apelación y condenó a la empleada de un supermercado como autora criminalmente responsable de una falta de vejación injusta, al prohibir la entrada en el supermercado a la denunciante, que empujaba la silla en la que llevaba a su hijo minusválido menor de edad⁸, y permitir, a continuación, la entrada de un minusválido adulto en su silla de ruedas.

Siempre que se respeten los principios generales mencionados para el ejercicio del derecho de admisión, cada establecimiento concreto puede aplicar condiciones particulares de admisión, sobre las que pesa la exigencia de aprobación del órgano autonómico competente y de publicidad. En concreto, la Sentencia nº 934, de la Sección 5ª, de 30 de septiembre de 1999 del TSJ de Cataluña (Rec: 129/1996; Ponente: Joaquín VIVES DE LA CORTADA FERRER-CALBETÓ) señala que "... han de constar 'bien visibles', colocados en los lugares de acceso y haciendo constar claramente tales requisitos...".

En concreto, la Sentencia nº 934, de la Sección 5ª, de 30 de septiembre de 1999 del TSJ de Cataluña (Rec: 129/1996; Ponente: Joaquín VIVES DE LA CORTADA FERRER-CALBETÓ) señala que "... han de constar 'bien visibles', colocados en los lugares de acceso y haciendo constar claramente tales requisitos...".

Esta obligación de publicidad de las condiciones particulares de admisión es, justamente, la que permite el ejercicio legítimo de este derecho, pues el artículo 59 del RD 2816/1982, en relación con "... los espectadores, asistentes y el público en general...", determina que "... el público no podrá ... entrar en el recinto o local sin cumplir los requisitos a los que la Empresa tuviese condicionado el derecho de admisión, a través de su publicidad o mediante carteles, bien visibles, colocados en los lugares de acceso, haciendo constar claramente tales requisitos.

Si no existe esta publicidad, se entenderá que no hay ninguna limitación específica, por lo que no basta con solamente tener el cartel que pone reservado el derecho de admisión sino que tiene que aparecer visiblemente las condiciones de entrada. No obstante, las personas consumidoras o usuarias de los establecimientos que consideren que el ejercicio del derecho de admisión o las condiciones de acceso, tal como están previstas o les han sido aplicadas, no son conformes a lo previsto en el reglamento, aparte de solicitar una hoja de reclamación en el establecimiento, podrán formular denuncia o reclamación ante la administración competente para sancionar o ante la vía jurisdiccional procedente (23).

En este sentido, la Sentencia de la Sección 6ª de la Sala tercera del Tribunal Supremo, de 21 de abril de 1994 (Rec: 6910/1991; Ponente: José María SÁNCHEZ ANDRADE Y SAL), justificó la denegación de acceso a una sala de baile "... por no observar la obligación impuesta a los clientes de esta clase de empresas, en el art. 21 Decreto 231/65, ..."11, "... dado que -como en caso análogo al que resuelve la sentencia apelada-, ha declarado el Tribunal Constitucional en Sentencia de 14 junio 1985, la prohibición de acceso a un

casino –e igual podría decirse de una Sala de Baile–”, “se trata de una decisión adoptada por terceros particulares, sobre la base de suposiciones fundadas de las que no cabe decir que por sí misma vulnera el principio de igualdad, ya que constituye una actividad protectora de los intereses de la propia entidad privada”. Por su parte, la Sentencia nº 1268, de la Sección 9ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Madrid (Rec: 727/1997; Ponente: Juan Miguel MASSIGOGE BENEGIU) confirmó la sanción pecuniaria impuesta al titular de un establecimiento por haber denegado la entrada a una cliente vestida con traje de novia. La Sala considera acreditado que se le negó el acceso sin que constara cartel en la puerta reservándose el derecho de admisión, ni se le presentara documento con las condiciones para ser admitido.

La actual regulación prevé expresamente las situaciones en las que debe impedirse el acceso (y la permanencia de personas) a establecimientos y espectáculos públicos, y actividades recreativas, sistematizando los supuestos previstos tanto en la normativa estatal como en la autonómica. Dichas situaciones serían las siguientes:

- 1) Cuando el aforo establecido esté completo, razón por la cual los establecimientos tienen la obligación de colocar en la entrada un rótulo indicativo del aforo máximo permitido. Cuando se haya cumplido el horario de cierre del local.
- 2) Cuando el espectáculo o actividad recreativa haya comenzado, de acuerdo con sus condiciones específicas.
- 3) Cuando quien pretenda acceder al espectáculo público, actividad recreativa o establecimiento público se encuentre en alguna de las siguientes circunstancias, o manifieste alguno de los siguientes comportamientos ([24](#)):
 - Carecer de la edad exigida.
 - Consumir drogas u otras sustancias estupefacientes, o mostrar síntomas de haberlas consumido, así como dar signos evidentes de embriaguez.
 - Dificultar el desarrollo del espectáculo o actividad, o bien el funcionamiento normal del establecimiento.
 - Manifestar actitudes violentas o comportamientos agresivos, provocar altercados o llevar símbolos que inciten a la violencia, el racismo o la xenofobia; portar armas y otros objetos susceptibles de ser utilizados como tales, salvo que, de conformidad con la normativa específica aplicable, se trate de miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o de escoltas privados integrados en empresas de seguridad privada, y accedan al establecimiento en el ejercicio de sus funciones; poner en peligro o causar molestias a otros espectadores o usuarios.

Como puede apreciarse, todas ellas responden a la necesidad de proteger la juventud e infancia y preservar el orden público y seguridad ciudadana. Razón por la cual la jurisprudencia considera que existe infracción administrativa por la mera constatación de los hechos, aplicando en este punto el principio general administrativo de presunción de veracidad de las actas policiales, independientemente de la falta de intencionalidad del titular del establecimiento, y desechando que tal sanción administrativa implique la aplicación de una supuesta responsabilidad objetiva.

Si no se acredita la existencia de ninguna de estas circunstancias que obligan a prohibir la entrada y permanencia en un establecimiento o espectáculo público, o a una actividad recreativa, no estaría justificado denegar el acceso a los mismos. En este sentido, la Sentencia nº 127, de la Sección 10ª del TSJ de Madrid, de 7 de febrero de 2013 (Rec: 947/2012; Ponente: Emilia Teresa DÍAZ FERNÁNDEZ) confirmó la sanción impuesta a un establecimiento de ocio por denegar el acceso a su zona de nieve a un ciudadano "...porque así se ha ordenado y grabado en la base de datos del centro...sin facilitar ningún dato de los motivos por los que se deniega la entrada...". Motivo por el cual la STSJ entiende "... que ha existido una vulneración del derecho de acceso o admisión,...

El incumplimiento por el titular del establecimiento público o de la persona física o jurídica que organice el espectáculo público o actividad recreativa, de las obligaciones que le impone la normativa, conlleva, asimismo, la declaración de responsabilidad civil subsidiaria en el caso de que se produzca algún ilícito penal.

En Canarias, el derecho de admisión se encuentra recogido en el Decreto 86/2013, de 1 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de actividades clasificadas y espectáculos públicos y en su artículo 47, viene definido el derecho de admisión como la facultad que tienen las personas titulares de los establecimientos que sirven de soporte a la realización de actividades musicales, de restauración o de juego y apuestas y la persona promotora u organizadora del espectáculo público, de determinar las condiciones de acceso. **El ejercicio del derecho de admisión no puede comportar, en ningún caso, discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión, discapacidad, orientación sexual, identidad de género las personas o cualquier otra condición o circunstancia personal o social de usuarias de los establecimientos y de los espacios abiertos al público, tanto en lo referente a las condiciones de acceso como a la permanencia en los establecimientos y al uso y disfrute de los servicios que prestan** (25)

Las condiciones de acceso sobre las que se tiene que regir el titular del derecho de admisión, deben ser concretas y objetivas y en ningún caso pueden ser arbitrarias, ni improcedentes, ni basarse en criterios discriminatorios que puedan producir indefensión a las personas usuarias o consumidoras. Tampoco pueden ser contrarias a las costumbres vigentes de la sociedad.

A modo de resumen:

El derecho de admisión se configura como una facultad de los titulares de establecimientos públicos, actividades recreativas y espectáculos públicos, cuyo ejercicio encuentra un límite inquebrantable en los principios básicos de igualdad y prohibición de discriminación del artículo 14 de la CE. Así, vulnera este derecho fundamental impedir la entrada a personas de color (como declaró la Sentencia nº 440 de la Sección 1ª de la Audiencia Provincial de Alicante), a personas mayores de edad (en este sentido, Sentencia nº 308 de la Sección 4ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Andalucía, de 12 de marzo de 2009), o a minusválidos (así, la Sentencia de la AP de Oviedo nº 370, de la Sección de la Sala de lo Penal, de 13 de noviembre de 2000). Igualmente, vulneraría el artículo 14 impedir la entrada a un usuario o espectador por su sexo u orientación sexual, o cualquier otra circunstancia personal o social que no responda a las condiciones de seguridad y orden público que el titular de un establecimiento, espectáculo o actividad pública o recreativa tiene el deber de observar.

Siempre que se respete el límite del artículo 14 de la CE, la legislación permite la aplicación de normas específicas de admisión en cada establecimiento o espectáculo, sujetas, en todo caso, a visado y aprobación, bien por el órgano competente en materia de espectáculos de la comunidad autónoma (como establecen las leyes de Aragón, Cataluña y Murcia), bien por el órgano competente para otorgar las preceptivas autorizaciones o licencia (como establece la ley de Andalucía). El ejercicio legítimo del derecho de admisión sobre la base de normas particulares exige, asimismo, su publicidad, en concreto, en un lugar perfectamente visible y en un cartel legible para los usuarios, clientes o espectadores. Con ello se garantiza que tales normas específicas respondan a criterios de objetividad, es decir, que respeten los límites constitucionales y legales.

El incumplimiento de los requisitos legales para el ejercicio legítimo del derecho de admisión implica la comisión de una infracción administrativa, sancionada con multa cuyo importe se fija por la normativa autonómica aplicable. Las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado actuarán a requerimiento del usuario, cliente o espectador que denuncie la práctica abusiva o discriminatoria del derecho de admisión, iniciándose un procedimiento administrativo sancionador que terminará con la imposición, en su caso, de alguna de las sanciones previstas en la regulación autonómica al efecto. Ello sin perjuicio de que, en los casos más graves, se pueda declarar la responsabilidad civil subsidiaria del titular del establecimiento, espectáculo público o actividad recreativa.

Discriminación en el ámbito laboral

La acreditación de una supuesta inmunidad ha empezado a introducirse como factor distorsionante en los procesos de búsqueda de empleo, selección de

personal y contratación. Incluso muchos demandantes de empleo incluyen en sus currículums el dato relativo a su inmunidad tras haber superado la enfermedad o su estado de vacunación, pudiendo los empresarios tomar dichos datos de salud como criterio decisivo para la contratación de personal.

En primer lugar, se debe destacar que una persona no está obligada a responder a determinadas preguntas en una entrevista de trabajo, por lo que los profesionales de Recursos Humanos y los altos cargos de las diferentes compañías deben ser conscientes de que, al realizar cierto tipo de preguntas o exigir test y certificados de haber pasado una determinada enfermedad, estarían vulnerando el derecho a la intimidad de la persona e irían en contra de la Ley Orgánica de Protección de Datos y del artículo 14 de la Constitución española.

Sin embargo, hay quien argumenta que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece la obligación por parte del empresario de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores que están a su servicio; si bien es cierto que esto no significa que se pueda exigir la vacunación o la realización de una de las pruebas para detectar la enfermedad.

Sí se podrá, y de hecho sería lo recomendable, poner a disposición de los empleados este tipo de pruebas del mismo modo que se hace con otro tipo de reconocimientos médicos; además, sería fundamental ofrecer en las compañías todo tipo de productos y equipos de prevención (mascarillas, gel hidroalcohólico, guantes, termómetros...).

De la misma forma, y con la finalidad de luchar contra esta pandemia, considero que es muy importante que, desde el ámbito laboral, se trate de concienciar al personal sobre la necesidad de continuar con las medidas de protección y prevención; insistiendo en el hecho de que una persona vacunada sigue siendo susceptible de infectarse y de contagiar a los demás.

Como sabemos, nuestra normativa laboral prohíbe la discriminación directa o indirecta para el empleo por muy diversas razones. Entre tales razones no se contempla expresamente ni la enfermedad ni la salud.

Entre las causas de discriminación prohibidas por nuestra legislación laboral se encuentran otras que pueden verse afectadas por la práctica de requerir el llamado pasaporte Covid para optar a un empleo. Podemos indicar, en primer lugar, la condición social, por el efecto condicionante que tendría el coste de la prueba y la correspondiente cartilla para aquellos que no puedan justificar acudir al servicio público de salud y tengan que procurársela por cauces privados. En segundo lugar, la información que procura acreditar el pasaporte Covid (fundamentalmente, haber superado la enfermedad y ser inmune, supuestamente, a ella) plantea un peculiar encaje en las causas de discriminación apuntadas. Lo paradójico de la eventual exigencia de un pasaporte de inmunidad para ser contratado es que el hecho de no haber pasado la enfermedad, esto es, el hecho de estar y haber estado sano, se revelaría como un factor de salud discapacitante a los ojos del empresario contratante, que nada tiene que ver con los requerimientos técnicos o de cualificación de la labor a desarrollar. Y

consiguientemente, el hecho de haber enfermado y, afortunadamente, superar la enfermedad aparece como una ventaja competitiva en el difícil trance de la búsqueda de empleo. Por lo tanto, podemos concluir que el pasaporte Covid introduce muy claramente un criterio de selección en el momento de la contratación que atiende a un dato sobre el estado de salud de los candidatos: su exposición pasada y futura a una enfermedad concreta, de donde se deriva la preferencia por aquellos considerados inmunes y la exclusión de aquellos que al no haber pasado la enfermedad serían considerados (de forma totalmente desproporcionada) no aptos para desempeñar el trabajo.

Podemos dar un paso más allá, mucho más dantesco. El demandante de empleo puede llegar a considerar como asumible el riesgo de contagiarse deliberadamente para, una vez superada la enfermedad y obtenida su cartilla Covid, tener más opciones de ser contratado.

Además, si lo vemos desde una óptica empresarial, este pasaporte Covid garantizaría al empresario un ahorro de los costes asociados a las ausencias y bajas laborales relacionadas con el Covid-19 (donde se incluyen no sólo el contagio sino también los períodos de aislamientos preventivos derivados del contagio de contactos estrechos de un trabajador).

Por lo tanto, es más que palpable que el hecho de no haber pasado una enfermedad a la que están expuestas todas las personas no podemos aceptarlo como un criterio válido determinante de la aptitud para desempeñar un empleo y, por tanto, de diferenciación entre candidatos aptos y no aptos. Estaríamos ante una diferencia de trato que no obedece a razones objetivas y razonables determinadas por las exigencias físicas y/o técnicas requeridas por el concreto tipo de actividad a realizar sino, más bien, a elementos subjetivos y aleatorios inasumibles jurídicamente por su efecto discriminatorio. Piénsese que una persona que no ha pasado la enfermedad derivada del SARS-CoV-2, y que quizá nunca resulte contagiada, quedaría sistemáticamente excluida del acceso a todo tipo de empleo por un mero cálculo de riesgos empresarial.

La consecuencia de requerir la acreditación de inmunidad, que supone haber pasado la enfermedad derivada del SARS-CoV-2, es considerar faltos de aptitud para el trabajo a aquellos que nunca se han contagiado; circunstancia ésta (estar y haber estado sano) que en ningún caso puede justificar una discriminación en el acceso al empleo.

La Agencia Española de Protección de datos, ya ha hecho una advertencia muy clara en el caso de solicitud de datos sanitarios personales a candidatos que optan a un puesto de trabajo (perfectamente, se puede hacer extensivo al certificado Covid). Estas prácticas, según la AEPD, constituyen una vulneración de la normativa de protección de datos aplicable. Añaden que este tipo de información es un dato personal relativo a la salud, que el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) califica de categoría especial en su artículo 9, por lo que su recogida y utilización por la posible empresa empleadora está sujeta a la normativa de protección de datos, fundamentalmente el citado RGPD y la Ley

Orgánica de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (LOPDPGDD), que resultan plenamente aplicables ([26](#)).

Incitación al odio

Como concepto, se persigue la conducta de alguien que promueva, ya sea de manera directa o indirecta, el odio, hostilidad, discriminación o violencia contra un grupo, una parte de dicho grupo o contra una persona determinada.

Es importante hacer mención que los casos de incitación al odio están muy tasados, es decir, que se deben cumplir una serie de supuestos muy concretos para que podamos hablar de este tipo de delito.

Estas razones para la incitación al odio serán:

- Racistas
- Antisemitas
- Ideológicas
- Religiosas o creencias
- Situación familiar
- De contenido o identidad sexual
- De género
- Enfermedad o discapacidad

Junto con estos requisitos debe cumplirse también el hecho de que se cree una situación de violencia, hostilidad o discriminación contra ese grupo determinado.

Cuando hablamos del tipo básico, la pena puede ser de uno a cuatro años de prisión y multa de seis a doce meses (Artículo 510.1 del Código Penal).

“Serán castigados con una pena de prisión de uno a cuatro años y multa de seis a doce meses:

- a) Quienes públicamente fomenten, promuevan o inciten directa o indirectamente al odio, hostilidad, discriminación o violencia contra un grupo, una parte del mismo o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad.
- b) Quienes produzcan, elaboren, posean con la finalidad de distribuir, faciliten a terceras personas el acceso, distribuyan, difundan o vendan escritos o cualquier otra clase de material o soportes que por su contenido sean idóneos para fomentar, promover, o incitar directa o indirectamente al odio, hostilidad, discriminación o violencia contra un grupo, una parte del mismo, o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél, por

motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad.

- c) Públicamente nieguen, trivialicen gravemente o enaltezcan los delitos de genocidio, de lesa humanidad o contra las personas y bienes protegidos en caso de conflicto armado, o enaltezcan a sus autores, cuando se hubieran cometido contra un grupo o una parte del mismo, o contra una persona determinada por razón de su pertenencia al mismo, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, la situación familiar o la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad, cuando de este modo se promueva o favorezca un clima de violencia, hostilidad, odio o discriminación contra los mismos”.

Ahora bien, si hablamos del subtipo atenuado, la pena puede ser de seis meses a dos años y multa de seis a doce meses (Artículo 510.2 del Código Penal):

“Serán castigados con la pena de prisión de seis meses a dos años y multa de seis a doce meses:

- a) Quienes lesionen la dignidad de las personas mediante acciones que entrañen humillación, menosprecio o descrédito de alguno de los grupos a que se refiere el apartado anterior, o de una parte de los mismos, o de cualquier persona determinada por razón de su pertenencia a ellos por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad, o produzcan, elaboren, posean con la finalidad de distribuir, faciliten a terceras personas el acceso, distribuyan, difundan o vendan escritos o cualquier otra clase de material o soportes que por su contenido sean idóneos para lesionar la dignidad de las personas por representar una grave humillación, menosprecio o descrédito de alguno de los grupos mencionados, de una parte de ellos, o de cualquier persona determinada por razón de su pertenencia a los mismos.
- b) Quienes enaltezcan o justifiquen por cualquier medio de expresión pública o de difusión los delitos que hubieran sido cometidos contra un grupo, una parte del mismo, o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad, o a quienes hayan participado en su ejecución.

Los hechos serán castigados con una pena de uno a cuatro años de prisión y multa de seis a doce meses cuando de ese modo se promueva o favorezca un clima de violencia, hostilidad, odio o discriminación contra los mencionados grupos.

Otros dos aspectos que implican restricciones o directamente, la supresión de derechos fundamentales y que son inherentes al discurso oficial de la "pandemia", son: el toque de queda y el uso de mascarillas.

Toque de queda

La libertad de movimiento, es un derecho recogido en la Constitución ([27](#)), concretamente en su art. 19:

En mayo de 2019, el Tribunal Constitucional dictaba por unanimidad una sentencia por la cual se declaraba inconstitucional un precepto incorporado en la Ley Orgánica de Régimen Electoral General. El precepto limitaba el derecho fundamental a la protección de datos; pero lo hacía de manera genérica: no especificaba el interés público esencial que permitiría la limitación, no establecía pormenorizadamente las restricciones posibles del derecho y no establecía las garantías adecuadas (sentencia 76/2019, de 22 de mayo, fundamentos jurídicos 7 y 8).

Según jurisprudencia constitucional consolidada, los derechos fundamentales son los que se ejercen frente a los poderes públicos. No son absolutos. Pero para que un Gobierno pueda restringirlos tiene que ampararse en una ley orgánica que se lo permita; aunque no de manera genérica. El precepto de la ley orgánica debe especificar el derecho a limitar, el interés público esencial que permite hacerlo y las condiciones y garantías de la limitación. Básicamente, es lo que el Tribunal Constitucional ha entendido por "respetar el contenido esencial del derecho" exigido por el artículo 53.1 de la Constitución. Además, una vez que el Gobierno tome la medida restrictiva en amparo de esta legislación se podrá juzgar, a su vez, su proporcionalidad: si la acción limitadora es útil, necesaria y proporcionada. Así es cuando, por ejemplo, el Ejecutivo limita el derecho fundamental de manifestación al cambiar su itinerario o cuando restringe el derecho de huelga al establecer los servicios mínimos.

Son, en definitiva, dos pasos; pero el segundo no cabe sin el primero. No podemos entrar a juzgar la proporcionalidad de una medida gubernamental limitadora de derechos fundamentales sin el amparo previo de una ley orgánica que permita específicamente la restricción. La medida gubernamental limitadora de derechos fundamentales sin amparo específico en ley orgánica es inconstitucional; aunque sea justificada.

La Ley Orgánica de Medidas Sanitarias de 1986 prevé, en su artículo tercero, que "con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria (...) podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo

de carácter transmisible". Ni se especifica el derecho fundamental que puede ser restringido por esas autoridades sanitarias ni, por supuesto, las condiciones y garantías de esa limitación.

Por tanto, esa remisión genérica a las "medidas oportunas" en absoluto cumple con los requisitos para permitir una acción gubernamental de limitación de derechos generalizada. En todo caso, permitirá una restricción de derechos a personas individualizadas con la consiguiente autorización judicial (artículo 8.6 de la Ley de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa).

Hoy por hoy, la única legislación que especifica la limitación de la libertad de circulación con las consiguientes condiciones y garantías es la Ley Orgánica de los Estados de Alarma, Excepción y Sitio. Tenía razón el Gobierno al señalar que sólo al amparo de dicha ley, un Ejecutivo puede limitar de manera generalizada la libertad de circulación. También tienen razón la Fiscalía y la jueza de Lleida al denegar el confinamiento decretado por el Govern. Ni el 'Govern' puede limitar la libertad de circulación, ni el Gobierno gallego o el vasco podían prohibir otro derecho fundamental, el del voto. Aunque tanto el Ejecutivo catalán, como el gallego o el vasco, justifiquen esta medida. Y aunque todos podamos pensar que está justificada.

Justificar limitaciones de derechos fundamentales sin amparo legal rompe con la base de nuestro Estado constitucional de Derecho. Pensar que nuestros gobiernos nos protegerán sin necesidad de los controles establecidos hasta ahora es desconocer nuestra propia naturaleza. Es importante que salgamos cuanto antes de esa ilusión halagadora y exijamos que las limitaciones de derechos se hagan conforme a nuestro sistema constitucional. El miedo no lo justifica todo.

Tras la finalización del estado de alarma, muchos gobiernos autonómicos intentaron mantener restricciones de derechos, como el de libertad de movimiento, mediante los toques de queda; no obstante, tal posibilidad fue impedida en primer lugar por los TSJ de las CCAA y luego por el Tribunal Supremo, tras los recursos de los gobiernos de esas CCAA. Por ejemplo, para el caso de Baleares, la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo ([28](#)), consideró que **medidas restrictivas tan severas y extensas como el toque de queda o el máximo de personas en las reuniones familiares y sociales pueden adoptarse al amparo de la Ley Orgánica 3/1986 (artículo 3) siempre que "la justificación sustantiva de las medidas sanitarias, a la vista de las circunstancias específicas del caso, esté a la altura de la intensidad y la extensión de la restricción de derechos fundamentales de que se trate"**.

El alto Tribunal ha considerado que no procede autorizar estas medidas basándose únicamente en principios de prudencia, entendiéndose que no quedan suficientemente justificadas las restricciones acordadas por el Consell de Govern. "No se ha justificado que la adopción de unas medidas tan intensas y severas resulten indispensables".

El Supremo avisa que **este tipo de medidas restrictivas de derechos adoptadas por las comunidades autónomas una vez levantado el estado de alarma, por ser tan severas y extensivas, requerirían de una ley específica que les dé cobertura y les preste la suficiente seguridad jurídica.**

La sentencia explica que **la única norma con rango de ley orgánica que podría dar cobertura a la restricción de derechos fundamentales en sus elementos básicos es el artículo 3 de la Ley Orgánica 3/1986. Puede utilizarse como fundamento normativo siempre que se justifique que las medidas sanitarias que se adopten estén a la altura de la intensidad y extensión de la restricción de los derechos fundamentales afectados.** No obstante, el TS ignora las garantías formales que la Constitución ofrece frente a la limitación de los derechos fundamentales y considera que una norma general dictada por un gobierno regional es suficiente si ofrece una «justificación» material.

Esta sugerencia aparece en dos de las resoluciones dictadas por el Tribunal Supremo en relación con las restricciones por Covid-19 una vez se ha levantado el estado de alarma, pese a que ambas coinciden en validar, en términos generales, que la Ley de 1986 de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública puede servir para limitar algunos derechos fundamentales en relación con la situación sanitaria. No obstante, los magistrados exigen una justificación por parte de los gobiernos autonómicos que “esté a la altura de la intensidad y la extensión” de las restricciones que se acuerden.

Estas premisas ya se incluían en la resolución del pasado 11 de mayo que rechazó el recurso del Gobierno Canarias contra la decisión del Tribunal Superior de Justicia de no validar el cierre perimetral de las islas. En ambas se alude además a la conveniencia de contar con una ley específica para afrontar la pandemia que logra “la máxima seguridad jurídica”.

Dicho de otra forma, **cualquier medida restrictiva de derechos fundamentales tomada por razones sanitarias, debe estar debidamente justificada.**

El sistema constitucional configuró una garantía normativo-formal en virtud de la cual las limitaciones de los derechos fundamentales sólo podían introducirse a través de un instrumento cualificado de las Cortes Generales, la ley orgánica y una garantía procesal consistente en un recurso de amparo de naturaleza reparadora, y no preventiva. Con la expresión de la buena intención de luchar contra la difusión del coronavirus al margen de la declaración del estado de alarma, en un clima de miedo en gran parte de la población, muchos gobiernos autonómicos se apresuraron en el segundo semestre de 2020 a dictar normas restrictivas para, supuestamente, frenar el virus. La intención, confesada, de los gobiernos autonómicos de introducir profundas limitaciones en los derechos fundamentales lejos de ser cortada de raíz intentó ser moderada con la intervención del poder judicial en la fase de aprobación de las medidas atribuyéndole la competencia de «autorizar» tales restricciones con resultados

claramente decepcionantes en términos de defensa de los derechos fundamentales. Ante la previsible profusión de normas autonómicas restrictivas de derechos fundamentales tras el segundo estado de alarma nacional se intentó introducir una armonización de las normas autonómicas restrictivas de derechos creando un peculiar recurso ante el Tribunal Supremo frente a las decisiones de los Tribunales Superiores de Justicia de las comunidades autónomas. Las resoluciones del Tribunal Supremo en el ejercicio de esta nueva competencia, sin embargo, han avalado la degradación de las garantías normativo-formales de los derechos fundamentales. La ley orgánica como instrumento cualificado para introducir limitaciones de derechos fundamentales ha quedado así marginada, consagrándose la posibilidad de que las mismas puedan ser aprobadas por un ejecutivo autonómico. No podríamos aplicar el adagio «hard cases make bad law» porque ni siquiera hay «cases». Quizá cuadre mejor la canción mexicana: «buenas intenciones, malas decisiones»

Por otro lado, tenemos la sentencia del Tribunal Constitucional, con respecto al estado de alarma ([29](#)):

La sentencia sostiene que esa "altísima intensidad" en la restricción de derechos llevó de hecho a su suspensión, lo cual "excede lo que la ley orgánica permite" para los estados de alarma, que es una "limitación" de derechos. No hubo una limitación de derechos fundamentales, sino un "vaciamiento". El fallo lo explica afirmando que, "a menos que se quiera despojar de significado sustantivo alguno al término 'suspensión', parece difícil negar que una norma que prohíbe circular a todas las personas, por cualquier sitio y en cualquier momento, salvo en los casos expresamente considerados como justificados, supone un vaciamiento de hecho o, si se quiere, una suspensión del derecho, proscritos como se ha reiterado ya en el estado de alarma.

Explica la sentencia que si el problema no solo es sanitario, sino "de orden público" generado, implica una "grave alteración" que "podría legitimar la declaración del estado de excepción"

Dicho de otra forma, solo con el estado de excepción, se pondrían suspender derechos fundamentales, que es lo que intentan hacer algunas CC.AA. y lo que sí consiguió hacer el Gobierno de España, evidentemente, de forma ilegal.

Hace poco de más de un mes de la sentencia del Supremo y menos de una semana, de la sentencia del Constitucional y los TSJ de muchas CC.AA., han cambiado su criterio con respecto a esas restricciones, supuestamente, por un aumento del número de contagios como justificación. Como sabemos, esos supuestos contagios, han sido diagnosticados con un test PCR y sabemos, porque ha quedado demostrado, que no se pueden utilizar para diagnosticar, es decir, que no cumplen con los requisitos especificados en la sentencia del Supremo y, por tanto, no son conformes a derecho.

Uso de mascarillas

Sin contar con los graves efectos que pueden producir en la salud de las personas y, especialmente, en los niños (ya han sido desarrollados en el presente trabajo); vamos a tratar el tema, desde un punto de vista legal, exclusivamente.

En la Constitución hay varios artículos importantes a este respecto:

art.15. "Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes."

Vulneración del derecho a la integridad física y moral

art.18. "Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen."

Vulneración del derecho al honor y la propia imagen

art. 17 y 20. "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad" y "Estas libertades tienen su límite en el respeto a los derechos reconocidos en este Título, en los preceptos de las leyes que lo desarrollen y, especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia."

Vulneración del derecho de libertad individual y derecho a la información

Si nos planteamos que el uso de la mascarilla se impuso a los españoles por medio de una simple orden ministerial, concretamente por la Orden SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulan las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 publicada en el «BOE» núm. 142, de 20/05/2020, con entrada en vigor el 21/05/2020 y fue dictada por el Ministerio de Sanidad, llego a la conclusión y a la más firme convicción que la imposición, por parte del Gobierno, del uso de la mascarilla, es inconstitucional.

La citada orden ministerial dispone en su exposición de motivos, que con carácter general, el uso de mascarillas es obligatorio en personas de seis años en adelante en la vía pública, en espacios al aire libre y en cualquier espacio cerrado de uso público o que se encuentre abierto al público, siempre que no sea posible mantener una distancia de seguridad interpersonal de al menos dos metros, siendo recomendable su uso para la población infantil de entre tres y cinco años.

En el art. 1 de la citada norma, se nos hace saber que la orden tiene por objeto regular el uso obligatorio de mascarilla por parte de la población y que se entenderá cumplida la obligación mediante el uso de cualquier tipo de mascarilla, preferentemente higiénicas y quirúrgicas, que cubra nariz y boca.

Es evidente que se está estableciendo, por medio de una orden ministerial, (norma inferior de rango), la obligatoriedad de que los ciudadanos realicen una prestación personal obligatoria (usar la mascarilla), de carácter patrimonial y público. Carácter patrimonial, porque afecta a nuestro patrimonio al tener que comprarlas obligatoriamente y pagarlas con IGIC incluido (cuestión distinta sería si nos la regalara el Estado) y público, porque las prestaciones patrimoniales de carácter público, son obligaciones de Derecho que deben ser establecidas por Ley y que son coactivas.

Coactividad, se ha de entender como el modo en el que se establece una prestación (modo unilateral por el poder establecido), sin que intervenga para nada la voluntad popular y en este caso, no se puede evitar la exigencia del uso obligatorio de la mascarilla, absteniéndose de realizar el presupuesto de hecho al que se vincula la prestación. Esta libertad de abstenerse de cumplir con la prestación personal, carece de sentido en este caso, ya que significaría la renuncia a poder ejercer derechos fundamentales del ciudadano como sería salir a la calle o poder realizar actividades cotidianas e incluso poder transitar libremente renunciado a mantener una vida más o menos normal.

Por otro lado, la orden ministerial anticonstitucional que nos obliga al uso de mascarilla hace alusión a los procedimientos para la exigencia de su cumplimiento, ya que la autoridad policial podrá exigir el uso de la mascarilla de forma forzosa, multando a los infractores con fuertes sanciones que afectaran al patrimonio del ciudadano infractor.

La figura de la prestación patrimonial de carácter público, que es una creación doctrinal y jurisprudencial, antes que legal, parece tener una justificación sociológica y política. La prestación patrimonial de carácter público sirve para dotar de cobertura doctrinal a todos estos supuestos, a la vez que, al exigirse su establecimiento a través de ley, se le somete a una cierta racionalidad.

Por lo tanto, como consecuencia de este planteamiento, la inconstitucionalidad de la obligación del uso de la mascarilla a toda la población viene establecida porque se incumple por parte del gobierno el art. 31.3 de la Constitución Española:

“... 3. Sólo podrán establecerse prestaciones personales o patrimoniales de carácter público con arreglo a la ley...”

Teniendo en cuenta que se nos obliga a hacer una prestación personal y patrimonial de carácter público mediante una norma inferior como es una orden ministerial y no con una ley, la inconstitucionalidad de la obligatoriedad del uso de la mascarilla a toda la población en territorio nacional, es más que evidente.

Desde la implantación por las Cortes de Cádiz de 1812 del servicio militar por primera vez, de todos los varones y sin discriminaciones y excepcionando los deberes jurídico-tributarios que surgen de la necesidad del pago de un tributo que incluye también aspectos formales como hacer facturas, no se había producido una obligatoriedad de prestación pública por el Estado a los españoles, hasta la implantación del uso de mascarillas por el Gobierno. Mientras que el pago de

tributos se estableció por la Constitución de 1978 y una posterior ley y el servicio militar se implantó por otra Constitución, la de 1812, el uso de mascarillas se ha impuesto por una orden ministerial, despreciándose la legalidad constitucional española y afectando a derechos fundamentales de los ciudadanos con el desprecio a la Norma Suprema española a base de una norma inferior, llamada orden ministerial, de rango reglamentario que emana de cualquiera de los ministros del Gobierno de España adoptada en virtud de la potestad ejecutiva del Gobierno. Jerárquicamente, se sitúa por debajo del real decreto del presidente del Gobierno y del real decreto del Consejo de Ministros.

El artículo 31 de la Constitución Española que se ha infringido, entre otros, por el gobierno al imponernos una prestación social por medio de una O.M., se integra en el Capítulo II del Título I de la propia Constitución, y por lo tanto, todos y cada uno de los derechos y deberes de los ciudadanos españoles recogidos en el mencionado capítulo, tienen unas especiales medidas de protección establecidas por la propia Constitución, que el gobierno, se han saltado a la torera.

Ante la tremenda infracción del ordenamiento jurídico español que ha cometido el Gobierno y contra la orden ministerial dictada por el Ministerio de Sanidad, Orden SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulaban las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla cabe interponer un recurso de inconstitucionalidad, ya que el art. 53.1 y el art. 161.1.a de la Constitución Española disponen que contra las Leyes y disposiciones normativas con fuerza de ley que vulneren los derechos y libertades recogidos en el Capítulo II del Título I, cabe recurso de inconstitucionalidad.

El Defensor del Pueblo, como alto comisionado de las Cortes Generales para la defensa de los derechos recogidos en el Título I de la Constitución, encuadrándose el artículo 31 de la Constitución dentro del mencionado Título I, en virtud de lo establecido en el artículo 54 de la Constitución Española; debería haber interpuesto un recurso de inconstitucionalidad contra la mencionada orden ministerial en defensa de los derechos y libertades de los españoles, al vulnerar la orden ministerial el art. 31.3 de la Constitución Española. El artículo 53.1 de la Constitución Española dispone que sólo por ley podrá regularse el ejercicio de los derechos y libertades y que en todo caso esta ley deberá respetar el contenido esencial de los derechos y libertades recogidos en el Capítulo II del Título I de la Constitución Española.

Como consecuencia de la conversión de este ejecutivo en poder legislativo mediante leyes habilitantes; ni se ha molestado en publicar un decreto ley para obligar a todos los ciudadanos a usar mascarilla, como hizo con el confinamiento de la población, aun sabiendo que el artículo 86.1 de la Constitución Española, prohíbe la adopción de Decretos-Leyes (y por supuesto de órdenes ministeriales) que afecten a los derechos, deberes y libertades recogidos en el Título I de la Constitución, aun en los supuestos de extraordinaria y urgente necesidad en los que, para la regulación de otras materias, sí resulta procedente recurrir a los Decretos Leyes.

La conculcación del principio constitucional de reserva de ley que recoge el art. 31.3 de la Constitución, es otra infracción más de este Gobierno a la Carta Magna y a nuestros derechos y libertades como ciudadanos libres de una nación occidental, la más antigua de Europa y una de las más antiguas del mundo.

El artículo 31 de la Constitución Española (al igual que ocurre con los demás preceptos del Capítulo II del Título I de la Constitución) vincula directamente a las Administraciones Públicas (sin necesidad de mediación del legislador ordinario ni de desarrollo normativo alguno), tal y como se desprende de la STC 80/1982, no pudiendo dictar normas que afecten a los derechos fundamentales.

Dice la citada sentencia del Tribunal Constitucional:

“Que la Constitución es precisamente eso, nuestra norma suprema y no una declaración programática o principal es algo que se afirma de modo inequívoco y general en su art. 9.1 donde se dice que «los ciudadanos y los poderes públicos están sujetos a la Constitución», sujeción o vinculatoriedad normativa que se predica en presente de indicativo, esto es, desde su entrada en vigor, que tuvo lugar, según la disposición final, el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado». Decisiones reiteradas de este Tribunal en cuanto intérprete supremo de la Constitución (art. 1 de la LOTC) han declarado ese indubitable valor de la Constitución como norma. Pero si es cierto que tal valor necesita ser modulado en lo concerniente a los arts. 39 a 52 en los términos del art. 53.3 de la C.E., no puede haber duda a propósito de la vinculatoriedad inmediata (es decir, sin necesidad de mediación del legislador ordinario) de los arts. 14 a 38, componentes del capítulo segundo del título primero, pues el párrafo primero del art. 53 declara que los derechos y libertades reconocidos en dicho capítulo «vinculan a todos los poderes públicos». Que el ejercicio de tales derechos haya de regularse sólo por ley y la necesidad de que ésta respete su contenido esencial, implican que esos derechos ya existen, con carácter vinculante para todos los poderes públicos entre los cuales se insertan obviamente «los Jueces y Magistrados integrantes del poder judicial» (art. 117 de la C.E.), desde el momento mismo de la entrada en vigor del texto constitucional. Uno de tales derechos es el de igualdad ante la Ley que tienen todos los españoles, sin que pueda prevalecer discriminación alguna entre ellos por razón de nacimiento (art. 14 de la C.E.).”

Con la obligatoriedad del uso de la mascarilla realizada por medio de una orden ministerial, el Gobierno se aleja de los principios que observan las normas y regulaciones de los derechos y libertades de los ciudadanos en Europa Occidental

Lo que algunos se empeñan en hacernos ver con desinformación, es que en este caso, hay un derecho, la salud pública, por encima de otro, la libertad individual. El problema es que para que eso se cumpla, tendría que estar demostrada la existencia de una pandemia, para eso, a su vez, tendría que estar demostrada la existencia del agente infeccioso y, por último, tendría que estar demostrado que las medidas que se toman garantizan buenos resultados de cara a esa salud pública. Como ha quedado demostrado en el presente informe, ninguna de las tres cosas ha sido demostrada, por tanto, en este caso y desde un punto de vista

científico exclusivamente, no procede hacer la consideración de prevalencia de un derecho sobre el otro.

En la República Checa, el Tribunal Supremo ha anulado el mandato de las mascarillas, por tercera vez ha pedido evidencias científicas de su utilidad que avalen su uso (33).

La existencia del virus, no ha quedado demostrada y los datos de contagios, sabemos que están inflados por la utilización de la PCR como método de diagnóstico (30) (31) (32); consecuentemente, no es posible demostrar la existencia de una pandemia. Si esto es así, absolutamente todas las medidas sanitarias impuestas, son inconstitucionales.

Fuentes consultadas para este apartado : ((34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41)).

Obediencia debida

Algo importante que deben recordar los miembros de las FCSE a la hora de cumplir con sus obligaciones, es que son funcionarios y, como tales, deben cumplir con unos principios de conducta. No deben obediencia a ningún político ni a intereses partidistas, tampoco a intereses personales; sólo a la Constitución.

El conflicto de la obediencia del funcionario público o del empleado de la Administración en general, se produce en multitud de casos y situaciones cuando se ve en la disyuntiva de cumplir o no cumplir una orden de un superior, atendiendo al enfrentamiento entre dos nociones del deber: el deber de imparcialidad y el deber de obediencia.

Principios de conducta de los Funcionarios Públicos:

El Estatuto Básico del Empleado Público aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, en su artículo 54, referido a los Principios de conducta, señala como principios de conducta los siguientes:

1. Tratarán con atención y respeto a los ciudadanos, a sus superiores y a los restantes empleados públicos.
2. El desempeño de las tareas correspondientes a su puesto de trabajo se realizará de forma diligente y cumpliendo la jornada y el horario establecidos.
3. **Obedecerán las instrucciones y órdenes profesionales de los superiores, salvo que constituyan una infracción manifiesta del ordenamiento jurídico, en cuyo caso las pondrán inmediatamente en conocimiento de los órganos de inspección procedentes.**
4. Informarán a los ciudadanos sobre aquellas materias o asuntos que tengan derecho a conocer, y facilitarán el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.

5. Administrarán los recursos y bienes públicos con austeridad, y no utilizarán los mismos en provecho propio o de personas allegadas. Tendrán, asimismo, el deber de velar por su conservación.

Se rechazará cualquier regalo, favor o servicio en condiciones ventajosas que vaya más allá de los usos habituales, sociales y de cortesía, sin perjuicio de lo establecido en el Código Penal.

7. Garantizarán la constancia y permanencia de los documentos para su transmisión y entrega a sus posteriores responsables.

8. Mantendrán actualizada su formación y cualificación.

9. Observarán las normas sobre seguridad y salud laboral.

10. Pondrán en conocimiento de sus superiores o de los órganos competentes las propuestas que consideren adecuadas para mejorar el desarrollo de las funciones de la unidad en la que estén destinados. A estos efectos se podrá prever la creación de la instancia adecuada competente para centralizar la recepción de las propuestas de los empleados públicos o administrados que sirvan para mejorar la eficacia en el servicio.

11. Garantizarán la atención al ciudadano en la lengua que lo solicite siempre que sea oficial en el territorio.

¿Hasta dónde llega la obediencia a un superior de un empleado público?

La respuesta está en la propia Constitución y en su propio Estatuto Básico, el límite es la LEY, "Obedecerán las instrucciones y órdenes profesionales de los superiores, salvo que constituyan una infracción manifiesta del ordenamiento jurídico..." **traspasando dicho límite, el empleado o funcionario público estará incurriendo en un delito, al cumplir una orden que constituya una infracción manifiestamente ilegal.**

Obviamente, el empleado o funcionario público, no es un jurista y por consiguiente, no tiene porque conocer que dice exactamente toda la normativa tan variada que existe; no obstante, lo que si debe procurar, es que ante una orden o instrucción que entienda contraria al ordenamiento jurídico, antes de proceder a ejecutarla o cumplirla, debe intentar que el Superior del que depende y que le ha dado dicha orden, se la dé por escrito. Si aún así, entiende que dicha orden es manifiestamente ilegal, debe ponerlo en conocimiento de los órganos de inspección procedentes.

El cumplimiento de una orden ilegal, puede tener sanciones de muy diverso tipo, dependiendo del tipo de orden que se haya asumido o ejecutado, por ejemplo si dicha orden es contraria a la Constitución y se ha ejecutado, se puede haber incurrido en una infracción muy grave, desde el punto de vista disciplinario, sin entrar en otras sanciones, por ejemplo de tipo penal, dependiendo de la gravedad de la sanción, puede ser sancionado con alguna de las siguientes:

- a) Separación del servicio de los funcionarios, que en el caso de los funcionarios interinos comportará la revocación de su nombramiento, y que sólo podrá sancionar la comisión de faltas muy graves.
- b) Despido disciplinario del personal laboral, que sólo podrá sancionar la comisión de faltas muy graves y comportará la inhabilitación para ser titular de un nuevo contrato de trabajo con funciones similares a las que desempeñaban.
- c) Suspensión firme de funciones, o de empleo y sueldo en el caso del personal laboral, con una duración máxima de 6 años.
- d) Traslado forzoso, con o sin cambio de localidad de residencia, por el período que en cada caso se establezca.
- e) Demérito, que consistirá en la penalización a efectos de carrera, promoción o movilidad voluntaria.
- f) Apercibimiento.
- g) Cualquier otra que se establezca por ley.

Es interesante señalar, la sentencia entre otras, del Tribunal Supremo de 20 de julio de 1998 que ha declarado: **“en materia de obediencia debida y de cumplimiento de un deber...es requisito esencial que el mandato al que se obedece no tenga como contenido una acción u omisión manifiestamente ilícita. Y tan esencial es éste requisito que su falta afecta al mismo concepto en que se pretende fundar la exención de responsabilidad criminal, de modo que no cabe hablar de obediencia debida, ni como eximente completa ni como incompleta...”**.

El mejor resumen de todas las aberraciones jurídicas que estamos padeciendo como consecuencia de una supuesta pandemia, nos lo ofrece la abogada Dña. Cristina Armas en el siguiente [vídeo](#) o en este [otro](#) y el abogado D. Fran Parejo, en [otro](#).

Fuentes consultadas para este apartado: (([42](#)) ([43](#)) ([44](#)) ([45](#)) ([46](#)) ([47](#))).

Vacunación obligatoria

Desde el punto de vista jurídico, existen impedimentos para hacerla obligatoria. El primero, es que **en España no está reconocido el principio compensatorio**, algo con lo que actualmente solo cuentan una veintena de países, entre ellos Francia y el Reino Unido, donde se está planteando con más fuerza la obligatoriedad de la vacuna. Con este sistema, **el Estado tendría una responsabilidad patrimonial sobre las posibles complicaciones de la vacuna; incluso en aquellos territorios donde sí se cumple el principio compensatorio, existen problemas para poder hacer obligatoria la administración de la “vacuna” para la Covid-19, atendiendo al principio de responsabilidad.**

Se distinguen diferentes tipos de vacunas. Las obligatorias son aquellas que tienen garantizada su fiabilidad, que no han registrado problemas y que están relacionadas con enfermedades bien conocidas. Como ejemplo, una sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en la que se dictaminó que la vacunación obligatoria "es necesaria en una sociedad democrática", pero haciendo referencia a una denuncia presentada en 2015 por un grupo de padres checos a los que se les había impuesto administrar vacunas a sus hijos, para enfermedades muy conocidas como el tétanos, la polio, las paperas o la rubéola, éstas dosis llevan años administrándose a la población infantil, aseguran el no contagio de la enfermedad y no suponen problemas.

Que las vacunas, en ocasiones, pueden producir efectos adversos (lesiones, daños) es un hecho incuestionable. De ahí que los órganos judiciales, como no podía ser de otra manera a la vista de los peritajes técnicos, hayan reconocido los efectos adversos de las vacunas y las lesiones que han producido a las personas inoculadas, la mayoría de las veces por una reacción adversa infrecuente o inesperada, aunque conocida, reconociendo entonces el derecho a indemnización por los daños y lesiones sufridas (48).

Entre las sentencias que afirman la responsabilidad patrimonial por los efectos adversos de una vacunación, pueden citarse la sentencia, de 7 de octubre de 2003, del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León -JUR/2004/75019-, que reconoce la responsabilidad patrimonial por las lesiones y secuelas generadas por la vacunación obligatoria de la viruela, razonando que a la fecha en la que la persona afectada fue sometida a vacunación obligatoria contra la viruela se podía decir, con la opinión de la mayoría de los profesionales del momento, que eran mayores los riesgos por efectos secundarios, que los efectos preventivos de la enfermedad que podían justificar la imposición de la obligación de vacunación; y la sentencia, de 12 de junio de 2008, del Tribunal Superior de Justicia de Valencia -JUR/2008/302069-, por la vacunación obligatoria de una persona contra la viruela, que le produjo como efecto secundario una encefalitis vírica, que le generó una epilepsia.

Resulta oportuno citar también la sentencia, de 30 de septiembre de 2010, del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña -JUR/2010/393471, que no reconoce responsabilidad patrimonial por los efectos secundarios de la inoculación de la vacuna contra la gripe, precisando, en lo que aquí importa, que tampoco hay responsabilidad por falta de información de lo que se ha dado en llamar "efectos adversos de una vacunación" o "reacciones impredecibles", que no permiten determinar la infracción de un deber de información que se revelaría desproporcionado absolutamente y que impediría el ejercicio de la función médica de curar, puesto que todo medicamento y toda actuación en el ámbito de la salud conlleva un riesgo.

En el caso de las "vacunas" para la Covid-19, la realidad innegable que estamos viendo es que la lista de eventos adversos a corto plazo (algunos de extrema gravedad) que ocasionan no tiene fin, ni en número, ni en variedad. Además, no ha habido tiempo para certificar la seguridad (los fabricantes no han proporcionado datos a medio y largo plazo), con

la que ya cuentan los otros fármacos, por lo tanto existe una inseguridad jurídica y una incertidumbre científica.

En una publicación del abogado Mario Rueda (49), se analiza el tema considerando vacunas probadas, de constatada seguridad y eficacia (es decir, sin autorización de emergencia y con datos claros de los posibles eventos adversos a corto, medio y largo plazo) comprobando que se trata de un problema complicado de resolver, puesto que hemos de tener en cuenta dos factores que se dan normalmente en el momento en que se tiene que vacunar a una persona; el primero, el hecho de que se nos dice que por medio de la vacunación no sólo se está protegiendo a aquella persona que se vacuna sino a la colectividad, y segundo, el hecho de que lo normal es que quien recibe la vacuna sea un menor, y en consecuencia la decisión la toman los padres ya que no puede prestar consentimiento racional el hijo que la recibe. La conclusión a la que llega, es que podría ser obligatoria, **siempre y cuando exista un peligro de carácter inminente y extraordinario para la salud pública y tenga un carácter temporal, cuya duración nunca vaya más allá de lo que dure la causa que origina el peligro (cosa que en el caso del virus SARS-CoV-2 y la Covid, es imposible de demostrar, primero por la inexistencia de una prueba clara de la existencia del virus y segundo, porque los métodos de diagnóstico que se utilizan, no son validos)**. Como norma general, el hecho de no vacunarse no supone un peligro para nadie, por tanto, fuera del supuesto mencionado, debe prevalecer el derecho a no vacunarse y, que cuando se trate de menores, la decisión sea tomada por los padres.

El otro impedimento jurídico para hacer la administración de esta “vacuna” obligatoria, es que **en la actual Constitución Española no está recogido el derecho a la salud como tal, sino el derecho a la protección de la salud**. El derecho a la salud no existe, es imposible que exista porque el Estado no puede garantizar que las personas no enfermen, lo que está recogido en el artículo 43, es el derecho a la protección de la salud. Por tanto, no existe el conflicto de derechos que, en todo caso llevaría a aplicar la técnica de ponderación de derechos, en la que tendrían que tenerse en cuenta el artículo 15 y el 17, relativos al derecho a la integridad física y moral y a la libertad.

De cualquier forma, según el Dr. Juan Luis Beltrán Aguirre, **nos encontramos en un campo de actuación administrativa donde impera la incertidumbre y la inseguridad jurídica (50)**. La Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, permite a las autoridades sanitarias adoptar determinadas medidas ablatorias cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia y necesidad. Entre ellas, internamientos forzados de enfermos contagiosos y la administración forzosa de vacunas, pero sin que dicha Ley Orgánica establezca garantía jurídica alguna dirigida a velar por la legitimidad y adecuación de las concretas actuaciones administrativas que conlleven la privación o restricción de la libertad personal o de otros derechos constitucionales que puedan verse afectados. Por su parte, el artículo 28 de la Ley General de Sanidad, muy sucintamente enumera unos principios a los que deben acomodarse las medidas limitativas que actúe la Administración, pero absteniéndose también de incorporar reglas sustantivas y procedimentales que establezcan y concreten

las garantías jurídicas pertinentes. Finalmente, el artículo 8.6 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, exige la autorización judicial para intervenciones ablatorias por razones de salud pública, pero sin diseñar un concreto procedimiento garantista de los derechos afectados, de manera que los jueces de lo contencioso-administrativo se ven abocados a acudir, por analogía, al procedimiento establecido en el artículo 763 LEC, declarado inconstitucional, pero no nulo, por el Tribunal Constitucional en su sentencia 132/2010, de 2 de diciembre.

En este punto, conviene hablar sobre la reciente sentencia ([51](#)) del Tribunal Constitucional sobre la vacunación forzosa, recogida en lo dispuesto en el número 5 del art. 38.2 b) de la nueva Ley de Salud de Galicia, que es el que faculta a las autoridades sanitarias autonómicas a imponer la vacunación obligatoria a la ciudadanía gallega, a fin de controlar las enfermedades infecciosas transmisibles (cualquiera, no sólo la covid-19) en situaciones de grave riesgo para la salud pública. El Constitucional, en su auto, cuyo ponente ha sido el magistrado Andrés Ollero, sostiene que no se puede imponer el pinchazo a nadie porque en la actualidad no hay cobertura legal para sancionar la negativa a inocularse. La resolución subraya que **la vacunación obligatoria no es una medida preventiva que aparezca expresamente contemplada en la Ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública por lo que no hay paraguas legal que ampare una inyección forzosa que "supone una intervención corporal coactiva y practicada al margen de la voluntad del ciudadano"**. Por tanto, lo dicho por Dr. Beltrán, ya no procede, la incertidumbre e inseguridad jurídica, se han transformado en certeza y seguridad jurídica, **no se puede imponer la vacunación obligatoria**. D. Carlos Astiz, presidente de la Fundación Derechos Constitucionales, expresa su opinión en contra de que la vacunación fuera obligatoria ([52](#)).

El tribunal alega que levantar la suspensión al precepto que faculta a vacunar a la fuerza a los gallegos que ya decretó el pasado abril podría **"provocar perjuicios ciertos y efectivos que pueden resultar irreparables o de difícil reparación, en la medida en que la vacunación puede imponerse en contra de la voluntad del ciudadano"**.

Obligaciones del personal sanitario

La OMC [manifiesta](#) que su Código Deontológico establece que "la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia".

El médico debe lealtad al enfermo y tiene que asistirle, nunca puede abandonarle, aunque ello le suponga un riesgo personal que debe ser minimizado. Al mismo tiempo, tiene que protegerse y proteger de la extensión de la enfermedad a los demás con todo lo que tenga disponible.

La Comisión Central de Deontología de la OMC, sostiene este razonamiento a partir de lo que recogen varios artículos del Código de Deontología de la profesión

sobre la atención de pacientes en "circunstancias excepcionales". En este sentido, deja clara la postura que han de seguir los facultativos en cada momento.

El artículo 5.3, del Código señala: **"La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia. El médico no puede negar la asistencia por temor a que la enfermedad o las circunstancias del paciente le supongan un riesgo personal"**.

El artículo 6.1, del Código señala: **"Todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado"**.

Otro artículo, el 6.2, insiste: **"El médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona**. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario". Este riesgo vital "inminente e inevitable" se refiere a que "si el facultativo tiene factores de alto riesgo, como una edad avanzada o comorbilidad podrá, legítimamente, puede ser eximido de ocupar posiciones y realizar tareas de alto peligro".

Socorrer al enfermo es una cuestión de ética y los médicos están obligados a ello por su juramento hipocrático, pero, además, no hacerlo es un delito previsto y penado por nuestro Código Penal y conocido como delito de "omisión del deber de socorro".

Este delito se produce cuando alguien observa que otra persona está ante una situación de peligro y, o bien no la auxilia, o bien no solicita ayuda de un tercero que pueda hacerlo, si el que lo presencia no está en disposición de ello.

Se trata de un delito que se comete por omisión, es decir, por mera inactividad, en este caso, por dejar de ayudar y que puede cometerlo cualquier persona (artículo 195 del Código Penal), pero en el artículo 196 se regula específicamente para los profesionales obligados a prestar asistencia sanitaria, que merece mayor reproche penal.

El delito específico para el profesional sanitario castiga, en concreto, dos conductas; la primera es denegar asistencia sanitaria. En este caso se presume que existe un previo requerimiento, que no necesariamente debe proceder de un superior jerárquico. La segunda modalidad es la de abandonar los servicios sanitarios. En ambos casos se exige que exista, a consecuencia de cualquiera de esos comportamientos, un riesgo para la salud de la víctima que debe ser grave. Es necesario, además, que ese profesional tenga la obligación legal o reglamentaria de prestar esa asistencia, ya que en caso contrario será impune su conducta. **Esto indica que el médico u otro sanitario que no asisten a la víctima han de encontrarse en activo, en servicio y en el ejercicio de sus funciones profesionales. Si el profesional no está en el momento en que**

debe prestar el auxilio ejerciendo el servicio o profesión, será aplicable el tipo general del art. 195 CP. Habrá que tener en cuenta las normas administrativas que regulan las profesiones médicas y sanitarias, que serán las que determinen la obligación de socorrer o de no abandonar el servicio.

Se exige que el sanitario conozca el requerimiento para actuar según sus conocimientos profesionales ante una situación de necesidad de asistencia sanitaria a un enfermo y, además, que sepa que su inactividad supone ese riesgo grave para la salud de esa persona. Si ese riesgo existe, se presume que el profesional, precisamente por su condición de tal, conocía las consecuencias de su inactividad. **Se les exige actuar cuando deben hacerlo, teniendo responsabilidad si incurre en conductas de omisión o incluso si su actuación es llevada a cabo de un modo improcedente. Es decir, no solamente es responsable de prestar auxilio sino de hacerlo correctamente para no generar daño.**

Deberá hacer frente también a la responsabilidad civil que derivará de la comisión del delito, es decir, deberá indemnizar a la víctima o a sus familiares, por los daños y perjuicios causados por su inactividad. En este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo nº 648/2015, de 22 de octubre, en un caso de un médico de urgencias que se negó a abandonar el recinto médico, a pesar del reiterado requerimiento de funcionarios de policía, para atender a una víctima de accidente de tráfico a 60 m de la entrada del hospital, dictamina que es perfectamente compatible la responsabilidad civil derivada del delito con las indemnizaciones por responsabilidad patrimonial de la administración por el funcionamiento irregular de un servicio público que se obtengan en vía administrativa, pues expresamente se indica que "no es el fallecimiento de la víctima el objeto de la indemnización sino la "pérdida de oportunidad", " la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente".

Ha sido noticia la condena a dos sanitarios que dejaron morir a un hombre a tan solo 70 metros de un centro de salud. La sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, condena a un médico a multa de 1920 euros y a un enfermero de 1680 euros, además de la inhabilitación especial para la profesión sanitaria de seis meses para ambos y una indemnización de 40 000 euros para la viuda y de 30 000 para cada uno de los hijos.

Otro caso similar es el de la sentencia del Tribunal Supremo nº 56/2008 de 28 enero, que se dictó ante una denegación de auxilio para asistir externamente a una persona que se encontraba en situación de riesgo para su salud a unos 50 metros del centro médico donde el acusado desempeñaba sus funciones. Los hechos describen como el conductor de un vehículo que sufrió un episodio cardíaco perdió el control del mismo empujándose contra unos contenedores, ante la gravedad que presentaba el mismo una persona llamó telefónicamente a los servicios sanitarios de emergencia y otro ciudadano se dirigió a un centro de salud para solicitar ayuda, el que se encontraba a unos 50 m del lugar del suceso, comunicada la situación de necesidad de asistencia sanitaria al médico del centro, este se limitó a llamar a los servicios de emergencia, sin salir a ver lo que

sucedía, no habiendo fallecido el conductor cuando tuvo conocimiento del hecho el acusado. Dice la sentencia que "la única justificación que podría alegar, derivada de la no exigibilidad de otra conducta, sería la de encontrarse, en el momento de ser requeridos sus servicios, realizando un acto médico cuyo abandono pudiera, a su vez, suponer un riesgo para el paciente que estaba atendiendo".

En el caso específico de los enfermeros, en su Código Deontológico, en su artículo 4, dice lo siguiente:

"La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos, que se hallan garantizados por la Constitución Española y la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, **la Enfermera/o está obligado a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud**".

En el artículo 15, señala lo siguiente:

"La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cual pueda ser el padecimiento, edad o circunstancias de dichas personas".

En el artículo 52, se dice lo siguiente:

"La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aquejen. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes".

En el artículo 53, se dice lo siguiente:

"La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientado su atención hacia las personas que requieran sus cuidados".

La objeción de conciencia en el ámbito de la Enfermería está reconocida expresamente en el artículo 9, letra I), de los Estatutos generales (Real Decreto 1.231/2001, de 8 de noviembre) de la Enfermería y en el artículo 22 del Código Deontológico de la Enfermería española :

Artículo 9. Derechos de los colegiados. Los colegiados tendrán los derechos siguientes:

(...)

l) A la objeción de conciencia y al secreto profesional, **cuyos límites vendrán determinados por el ordenamiento constitucional y por las normas éticas de la profesión recogidas en el Código Deontológico**".

Algunos de ellos, están usando el artículo 22 del citado Código para no atender a pacientes no "vacunados"; dicho artículo dice:

"De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a **la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto**", es decir, se deduce que la objeción debe ser un "acto" individual de cada sanitario que la solicite y para cada caso, no como una regla general, por ejemplo al aborto; en ningún momento se habla de objeción de grupos de sanitarios de forma simultánea o hacia colectivos como por ejemplo, los "no vacunados". Independientemente de cual sea la razón, se transforma en discriminación, de la cual, ya hemos hablado en el presente informe. "El Consejo General y los Colegios velarán para que ningún/a Enfermero/a pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho".

En palabras del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, se entiende por "objeción de conciencia" la negativa de una persona a realizar ciertos actos o tomar parte en determinadas actividades, jurídicamente exigibles para el sujeto, para evitar una lesión grave de la propia conciencia. El Estado de Derecho, en la medida en que reconoce el derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa, puede regular el ejercicio de la objeción de conciencia como manifestación del pluralismo ético y religioso presente en la sociedad. La objeción de conciencia consiste en manifestar la incompatibilidad entre los dictados de la conciencia individual y determinadas normas del ordenamiento jurídico al que la persona se encuentra sujeta, con objeto de ser eximida de llevarlas a cabo sin sufrir sanción. El concepto de objeción de conciencia incluye los siguientes elementos:

- La existencia de una norma jurídica de obligado cumplimiento, cuyo contenido puede afectar a las creencias religiosas o morales de los individuos, y que no puede obviarse sin incurrir en sanción. Es necesario que el contenido de la norma jurídica sea tal que pueda resultar incompatible con las convicciones morales o religiosas de los individuos y **no meramente contrario a ciertas opiniones o intereses personales de éstos**.
- La existencia de un dictado inequívoco de la conciencia individual opuesto al mandato jurídico, requisito sobre el que el ordenamiento jurídico puede requerir verificación.
- La ausencia en el ordenamiento jurídico de normas que permitan resolver el conflicto entre una o varias normas y la conciencia individual o posibiliten alternativas aceptables para el objeto.

- **La manifestación del propio sujeto del conflicto surgido entre la norma y su conciencia, sin que sea relevante la mera presunción sobre la existencia de conflicto.** En consecuencia, son inválidas las manifestaciones realicen terceras personas en nombre de algún colectivo.

Aunque no se cuestiona el fundamento ético de la objeción de conciencia, no es unánime la opinión de que la objeción deba ser considerada y, por tanto, regulada como un derecho fundamental autónomo, reconocido en el artículo 16 de la Constitución, respecto del cual el Estado quedaría obligado a su tutela y garantía. Algunos consideran que se debe reconocer la objeción de conciencia como forma de dar solución a la tensión que, en determinados casos, se produce entre la conciencia individual y las normas jurídicas de obligado cumplimiento para el sujeto. En cualquier caso, la objeción de conciencia está relacionada con el derecho fundamental a la "libertad ideológica y religiosa", establecido por la Constitución Española en su artículo 16,1: "Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley". Como es sabido, **la única forma de objeción de conciencia explícitamente regulada por la Constitución es la objeción al servicio militar** (art. 30.2), por lo que, respecto de otras objeciones de conciencia, se discute si cabe aceptar la existencia de un derecho general a actuar de acuerdo con los dictados de la conciencia o, por el contrario, conviene especificar en cada caso los límites y justificación de la objeción a fin de que ésta tenga el debido reconocimiento jurídico.

Partiendo de la obligación ya existente para los poderes públicos de regular, por ejemplo, la objeción de conciencia al aborto, derivada de las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 2/2010, conviene plantearse si tal objeción debe ser complementada de modo que se regulen otras situaciones frecuentes en el ámbito de la salud y la asistencia sanitaria. Existen, profesionales sanitarios que se niegan a ser partícipes de algunas prestaciones sanitarias aludiendo a que su conciencia les obliga moralmente a rechazarlas. **Otra realidad de nuestro tiempo es el reconocimiento de la autonomía de la persona como principio moral fundamental; un principio al que se acoge tanto el objetor de conciencia, como la persona que acude al servicio sanitario público en busca de una prestación permitida y garantizada por la ley.**

Se produce, en consecuencia, un conflicto entre el derecho a la libertad del profesional objetor y el de la persona que solicita una prestación que puede ser objetada por dicho profesional. Por una parte, ésta reclama su derecho a ser atendida por el servicio público sanitario, en tanto los objetores se acogen al derecho a la libertad ideológica para negarse a ejecutar ciertas prácticas. Visto de otra forma, el conflicto se da entre el deber del objetor a obedecer a su conciencia, y el de ese mismo objetor, como profesional de la sanidad, a atender sus obligaciones como empleado público.

No hay una posición clara de nuestro Tribunal Constitucional en relación con la objeción de conciencia. En un primer momento (1985), a propósito del aborto, afirmó que el citado derecho de objeción de conciencia existe y puede ser ejercido con independencia de que se halla dictado o no una ley reguladora de esta materia, añadiendo que la objeción forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artº 16.1 de la Constitución, de manera que es directamente aplicable en materia de derechos fundamentales. Sin embargo, posteriormente (1987), a propósito de la objeción de conciencia al servicio militar, declaró que **la objeción de conciencia con carácter general, es decir el derecho a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las convicciones personales, no está reconocido ni cabe imaginar que lo estuviera en nuestro Derecho o en Derecho alguno, pues significaría la negación misma del Estado y que lo que puede ocurrir es que se admita excepcionalmente respecto a un deber concreto, para lo cual es necesario la interposición de una ley que así lo reconozca.**

El Tribunal Supremo, en la senda del Tribunal Constitucional, rechaza que tenga cabida en nuestro ordenamiento constitucional un derecho general a la objeción de conciencia susceptible de hacerse valer pese a no contar con un reconocimiento formal en el texto fundamental o en la ley y que pueda sustentarse en el artículo 16 de la Constitución (derecho a la libertad ideológica o religiosa), señalando como argumentos los que a continuación se mencionan:

En primer lugar, **el único supuesto en el que la Constitución contempla la objeción de conciencia frente a la exigencia del cumplimiento de un deber público es el de la objeción de conciencia al servicio militar.**

En segundo lugar, **el Tribunal Constitucional solamente ha admitido, fuera de ese caso, el derecho a objetar por motivos de conciencia del personal sanitario que ha de intervenir en la práctica del aborto en las modalidades en que fue despenalizado.**

La libertad religiosa e ideológica no solo encuentra un límite en la necesaria compatibilidad con los demás derechos y bienes constitucionalmente garantizados, sino que topa con un límite específico y expresamente establecido, cual es "el mantenimiento del orden público protegido por la ley".

Entiende el Tribunal Supremo que la objeción de conciencia del personal sanitario en el caso de la interrupción del embarazo es un supuesto límite, por lo que es muy difícil extraer del mismo un principio general, siendo más claro el precedente relativo a la condena penal de unos padres que, a causa de sus creencias religiosas, no autorizaron una transfusión sanguínea para su hijo menor, que luego falleció. Ciertamente, el Tribunal Constitucional consideró que la condena penal impuesta a los mismos supuso una violación de la libertad religiosa de los padres, lo que al menos implícitamente supone admitir que la libertad religiosa puede tener algún reflejo en el modo de comportarse.

Según la ley de ordenación de las profesiones sanitarias, el ejercicio de dichas profesiones se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas por la ley y por los principios y valores contenidos en el Código Deontológico. La referencia a los principios y valores deontológicos, como límite para el ejercicio de las profesiones sanitarias, otorga a las normas colegiales (donde se contienen los citados principios y valores) una fuerza legal indiscutible. Tiene dicho nuestro Tribunal Constitucional que **los códigos deontológicos no constituyen simples tratados de deberes morales, sino que determinan obligaciones de necesario cumplimiento para los colegiados, si bien la legitimidad para su establecimiento y para su exigencia de respeto deriva de las potestades públicas delegadas por la ley a favor de los colegios, siendo éste el supuesto que contemplamos, que supone una remisión legislativa.**

El problema del contenido tampoco puede desligarse del análisis de los límites del derecho, que se establecen, exigiendo el mínimo sacrificio del derecho imprescindible para la protección del interés constitucional que el Estado exhibe como conflictivo con la libertad de conciencia.

Los límites que existen por razones subjetivas están para el objetor: en la relación privada de trabajo, la libertad de empresa y las exigencias de la organización productiva (no ya los rígidos márgenes del contrato de trabajo, como sabemos), y para el personal estatutario y funcionario al servicio de la Administración Sanitaria, el principio de jerarquía y el buen funcionamiento del servicio público sólo operativo para el personal no sanitario y para el personal directivo. Estos límites sólo presentan actividad cuando el empleador público o privado demuestra objetivamente la imposibilidad de sustitución del objetor en la tarea conflictiva para su conciencia.

Analicemos un [caso](#) práctico de objeción de conciencia de enfermeros y médicos que se dio en España en 2012 y que ahonda en los límites de la objeción. El caso se refiere a lo que sucedió con la atención sanitaria a inmigrantes ilegales y que es perfectamente extrapolable a la atención de personas no "vacunadas" como "colectivo":

El Consejo General de Enfermería advirtió a los enfermeros sobre la "inviabilidad jurídica" de la figura de la objeción de conciencia ante casos de no beneficiarios de la asistencia sanitaria en España. Por ello, tratar a inmigrantes en situación irregular podía ser considerado como "desobediencia civil o insumisión" con todas las consecuencias jurídicas, judiciales y laborales que esto conlleva. Tras consultar con los servicios jurídicos de la organización, se constató que "no cabía esta figura en este supuesto".

En este sentido, se aclara que el Ministerio de Sanidad es la única entidad estatal con plena competencia para decidir y determinar qué personas pueden acceder a las prestaciones sanitarias con cargo a los fondos públicos. Por ello, cuenta con la potestad de acudir al Estado de Derecho y así hacer cumplir dichas normas si no se acata la obligación de los sanitarios de

seguirlas. El consejo subraya que las discrepancias deben ser puestas en valor a través de los trámites legales. No obstante, dentro de los mismos "no se encuentra la objeción de conciencia".

En relación a ello, se especifica que esta figura sólo puede considerarse como un derecho individual, nunca colectivo. Además, se observa que afirmar la soberanía de la conciencia en cualquier supuesto, sin restricciones ni límites, significa convertir el estado de derecho "en algo materialmente impracticable".

Por todo lo anterior, **el consejo recuerda la imposibilidad de objetar ante las medidas adoptadas por Sanidad.** Es decir, que según lo que marca la ley, que es lo que reconoce Sanidad que es la institución que dicta las normas sanitarias y a las cuales, está sujeto todo el personal sanitario por orden jerárquico y que, por tanto, deben obedecer; cualquier persona con derecho a asistencia sanitaria, tiene que ser atendida, por encima de cualquier objeción de conciencia.

La [objeción](#) se admitiría como válida sólo cuando existe una participación directa del profesional, como sería en el caso de un aborto, practicar la intervención, la prescripción de medicamentos con fines abortivos o la prestación de servicios de anestesia y de enfermería durante el procedimiento. Por otra parte, se ha reportado la negativa del profesional farmacéutico para despachar receta por anticoncepción de emergencia a una víctima de violación, situaciones lamentablemente también reportadas por otros autores. Respecto de este punto, existe **jurisprudencia en la Corte Europea de Derechos Humanos al determinar que los farmacéuticos podían manifestar su libertad de conciencia respecto a sus convicciones religiosas en la esfera de su vida privada o personal, sin negar las diligencias necesarias para proveer las prescripciones referentes a esta anticoncepción.** Estas diferentes posturas han sido determinantes para que algunas organizaciones profesionales hayan establecido directrices éticas para guiar al personal sanitario respecto a la objeción de conciencia, las que, si bien **reconocen el derecho profesional para objetar, también reconocen el derecho de la población a recibir una atención de calidad sin riesgo para su vida y su salud, planteando alternativas que no perjudiquen a ninguna de las partes involucradas, recomendando: la derivación oportuna del paciente a un profesional no objetor, el traslado oportuno del paciente a otro centro asistencial, la no posibilidad de objetar frente a situaciones de emergencia, evitar prácticas discriminatorias, el respeto por las diferencias personales y culturales en la relación profesional-paciente y entre los propios profesionales.**

Es fundamental reconocer la existencia de límites, siendo indispensable preguntarse: ¿existe como consecuencia de esta objeción un perjuicio directo para la vida o la salud del paciente? ¿Existe disponibilidad de que otro/a profesional ejecute o brinde la atención en salud que el paciente necesita? ¿Es factible plantear la derivación del paciente a otro profesional o a otro centro asistencial para que se le brinde la atención necesaria? ¿Qué sucederá en aquellas

situaciones de urgencia en las que es imprescindible ejecutar la acción objetada para salvar la vida del paciente? ¿Qué sucederá en aquellas situaciones en las que el único profesional disponible es el profesional objetor? ¿Es deber del objetor explicitar frente al paciente o frente a su superior jerárquico su objeción de conciencia? ¿En qué momento de la atención en salud el objetor debe explicitar su objeción de conciencia? ¿Puede el objetor manipular la información e incluso ocultar parte de la información al paciente o autoridades por considerar que al hacerlo se transforma en facilitador del acto que va en contra de su conciencia? ¿Puede un profesional negarse a cumplir un acuerdo tomado por el equipo médico tratante por discrepar de la decisión? ¿Debe el profesional respetar la voluntad y autonomía del paciente aun cuando vaya en contra de su conciencia?

Todas estas interrogantes, y posiblemente otras, se deben evaluar considerando que el derecho **a la objeción de conciencia no puede ser absoluto si involucra la vida o la salud de otros**, debiendo las decisiones involucrar el contexto en el que se desarrolla la problemática, considerando el derecho fundamental de la dignidad humana, respetando el sistema de valores, de creencias y convicciones tanto del profesional objetor, como de la o las persona (s) posiblemente afectadas. **El conflicto se presenta cuando se contraponen el derecho a la libertad de conciencia y la autonomía del profesional objetor, versus el derecho a la autonomía y necesidad de atención en salud del paciente, considerando que la salud y la vida son bienes jurídicos que hay que asegurar por encima de un deber de obediencia u objeción de conciencia.** El problema se hace más patente cuando esta objeción formulada por un profesional se contrapone con el también legítimo derecho del otro u otros para recibir una atención en salud que está respaldada por ley.

En general, la objeción de conciencia por parte del profesional sanitario debiera respetarse cuando se trate de una verdadera objeción, que no se confunda con una medida para imponer una determinada postura ética o religiosa, o como un acto discriminatorio hacia los pacientes o una forma de eludir responsabilidades por parte del profesional frente a hechos conflictivos. Es prioritario que bajo ninguna circunstancia se determine una acción de maleficencia o perjuicio para la vida o salud del paciente.

Por otra parte, debe existir la seguridad de que otro profesional pueda resolver adecuadamente el problema de salud al que se objeta y cuya prestación se encuentra respaldada por ley. También se considera el traslado oportuno y eficaz del paciente a otro centro asistencial, siempre que las condiciones del momento lo permitan, siendo una excepción las situaciones de urgencia, en la que la gravedad de la condición clínica o las serias consecuencias en la salud del paciente, así como otras situaciones que pueden llegar a involucrar incluso la seguridad de otras personas, no permitan este traslado en forma expedita.

Respecto de los deberes del profesional, se considera que debe explicitar con anterioridad su objeción al superior jerárquico, para que la institución pueda tomar los resguardos necesarios, garantizando el acceso de la población a los mejores estándares de salud, respaldados por la legalidad vigente en esa comunidad. El objetor debiera exponer lo más precozmente posible ante su paciente las situaciones que motivarán su objeción, otorgando la libertad y

facilidad para que el paciente opte por otro profesional, planteando incluso que el profesional objetor efectúe la derivación a un profesional no objetor; siempre que no estemos en una situación de emergencia sanitaria y siempre que no se haga causando una discriminación del paciente.

Vamos a analizar, a modo de ejemplo, un caso particular y la respuesta legal de un abogado:

Una enfermera (es decir, un único sanitario de forma individual) que trabaja en un centro sociosanitario, en el que ingresa hace unos días un **paciente**, procedente de una residencia, en fase final de vida, con **una disfagia severa y un GDS 7** (es decir, un caso concreto de un paciente, no general para todos los pacientes en las mismas circunstancias). **La coordinadora le indica que le coloque una sonda nasogástrica solicitada por la familia** (orden directa de un superior jerárquico), a lo que **la enfermera se niega** y no se la coloca ya que **no le parecía ético llevar a cabo esta técnica cruenta, dada la situación del paciente** (no ha informado previamente y por escrito a sus superiores jerárquicos).

Al día siguiente, **esta misma coordinadora y el director del centro, le entregan un documento con acuse de recibo en el que le solicitan devuelva contestación con los motivos que justifiquen su negativa a la realización del procedimiento y a la recolocación de la sonda en caso de que el paciente se la retire.**

En primer término y sin ni siquiera entrar a valorar la decisión que toma de no colocar la sonda nasogástrica, manifestar que, **respecto de un deber profesional, como es cumplimentar la orden dada por su coordinador de colocar dicha sonda nasogástrica, el profesional debería haber explicitado anterioridad su objeción de conciencia al superior jerárquico,** para que la institución o centro sociosanitario en este caso, hubiese puesto los medios necesarios, garantizado el acceso de los pacientes a los mejores estándares de salud, respaldados por la legalidad vigente, pudiéndose así optar por otro profesional.

Si la objeción de conciencia se plantea como un derecho, basado en la libertad de conciencia individual de las personas, también deberá reconocerse el derecho de los pacientes a una atención de salud de calidad, con respeto a su dignidad y necesidades, y a la voluntad de los pacientes y, en su caso, de sus familiares.

Sobre este último apartado deben ser tenidos en cuenta el art 5.3 y sobre todo el artículo 9.3, a) y 9.6 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En la práctica clínica suelen producirse estos conflictos de tensión creciente cuando se plantean situaciones relacionadas con esta y otras materias, donde se confrontan los derechos del paciente con los derechos y deberes del profesional "objetor". No podemos dejar de mencionar algo importantísimo, como es que **los**

familiares habían solicitado que se le recolocara dicha sonda y que ello debería primar si no existe un documento del enfermo de voluntades anticipadas, como en este caso. Como hemos visto, **la legislación prevé expresamente que se tenga en cuenta la voluntad del paciente o de sus familiares para prestar o no una asistencia, por encima de cualquier objeción.**

Analicemos el único “campo sanitario” en el que la justicia ha reconocido la objeción de conciencia (es decir, el más favorable judicialmente para el objetor), el aborto:

La regulación contenida en el segundo párrafo del artículo 19.2 de la LO 2/2010 se caracteriza por contener, de forma casi exclusiva, una enumeración de los límites que se establecen para el ejercicio de la objeción de conciencia al aborto. De forma resumida, las restricciones serían las siguientes:

- Sólo podrá ejercitarse por los profesionales sanitarios directamente implicados en la IVE.
- **El ejercicio del derecho no podrá menoscabar el ejercicio ni la calidad de la asistencia a la abortante.**
- **Se requiere que se haga con carácter previo y por escrito.**
- La objeción **no impedirá que los profesionales sanitarios dispensen tratamiento y atención médica a las mujeres que soliciten la interrupción de su embarazo, antes y después de la práctica del aborto.**

Hemos de partir de la idea de que la objeción de conciencia al aborto se incluye dentro del contenido esencial de la libertad ideológica, religiosa y de culto, por lo que el legislador debe respetar los criterios que el Tribunal Constitucional establece para fijar restricciones a los derechos fundamentales al regular su ejercicio:

- Los derechos fundamentales sólo pueden ceder ante los límites que la propia Constitución expresamente imponga, o ante los que de manera mediata o indirecta se infieran de la misma con el fin de preservar otros derechos o bienes jurídicamente protegidos.
- Los límites que se establezcan no pueden obstruir el derecho fundamental más allá de lo razonable.
- Se debe atender a la proporcionalidad entre el derecho que se sacrifica y la situación en la que se halla aquél a quien se le impone la misma.
- En todo caso, ha de respetarse el contenido esencial del derecho.

A lo anterior hay que añadir el principio, fijado por la jurisprudencia constitucional, en virtud del cual la interpretación de las normas del ordenamiento jurídico debe realizarse de la forma más favorable a la efectividad de los derechos fundamentales.

Resulta procedente examinar dos límites a la objeción: no puede menoscabar el acceso y la calidad asistencial de la IVE y no impide la obligación de dispensar, en todo caso, tratamiento y atención médica a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido al aborto:

El derecho a la objeción de conciencia respecto al aborto, según la jurisprudencia constitucional, constituye parte del contenido esencial de derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto, regulada en el artículo 16 CE, dentro de la Sección Primera, Capítulo II, Título I, con el rango de derecho fundamental. Por otra parte, el derecho a la prestación sanitaria se incardina en el ámbito del derecho a la salud, comprendido en el artículo 43 de la Carta Magna, que a su vez está incluido en el Capítulo III del Título I, bajo el epígrafe "De los principios rectores de la política económica social". De lo anterior, así como de la confrontación entre los distintos niveles de protección que señala el artículo 53 CE para ambos derechos, resulta una conclusión: caso de existir un conflicto irreductible entre ambos derechos, será el derecho a la atención sanitaria el que deberá primar.

Otras fuentes consultadas para este apartado: (([53](#)) ([54](#)) ([55](#)) ([56](#)) ([57](#)) ([58](#)) ([59](#)) ([60](#)) ([61](#)) ([62](#)) ([63](#))).

CONCLUSIONES

Científicas

- El virus que supuestamente causa la enfermedad conocida como Covid-19, no hay pruebas claras de que haya sido aislado, purificado y mucho menos secuenciado. Cuando afirman que recogen ARN de SARS de los pacientes mediante la técnica de la RT-PCR, ya sabemos que en realidad no es así, sino que lo que recogen realmente son fragmentos de coronavirus endógenos humanos en fase extracelular y cuando afirman que secuencian el genoma completo del SARS de un paciente, es porque rellenan los huecos que les faltan (porque la RT-PCR sólo detecta pequeños fragmentos de ARN), con plantillas recogidas de bases de datos genómicas, usando un ordenador. Por lo tanto, ahora mismo, con las pruebas de que disponemos, creer en su existencia, es un acto de fe.
- Los métodos que se utilizan para diagnosticar el supuesto virus, no son válidos para tal objetivo. Solo se detectan fragmentos del virus si la PCR da positivo a los 24 ciclos de amplificación, una PCR por encima de 35 ciclos no es fiable. Se sabe que todas las pruebas RT-PCR que se han hecho en España para SARS-CoV-2, se han realizado entre 40 y 45 ciclos de amplificación, lo cual, supone muchos claros falsos positivos y por tanto, que los datos de contagios y fallecimientos, estén inflados. La RT-PCR

diseñada para el SARS-CoV-2 carece de especificidad, no detecta únicamente al SARS-CoV-2, está detectando retrovirus endógenos humanos en su fase extracelular. El test de anticuerpos, presenta una escasa sensibilidad y especificidad y el test de antígenos, presenta una sensibilidad inferior al 30%, no es aconsejable introducirlos en la rutina de diagnóstico.

- Es falso que los “asintomáticos” sean la principal forma de transmisión del virus. Aunque muy poco probable, si existiera, siempre sería en mucha menor proporción que las personas sintomáticas; la tasa de transmisión es hasta 20 veces menor. Para poder asegurar que los asintomáticos existen realmente, primero habría que demostrar la existencia del virus y luego, disponer de otros métodos de diagnóstico, ya que los métodos actuales como el PCR (97% de error), presentan muy poca especificidad y fiabilidad; y por último, demostrar con esos nuevos métodos de diagnóstico, que el supuesto virus se transmite por el aire. Por tanto, a día de hoy, creer en la figura del asintomático, también es un acto de fe.
- La transmisión por vía aérea (gotas y aerosoles) no está probada científicamente. La neumonía característica de la Covid-19 es bilateral, simétrica e intersticial, lo que prueba que la patogenia se produce a través de la sangre, ya que en el intersticio pulmonar se encuentran los capilares sanguíneos. Analizando lo dicho y aceptando que la Covid-19 está producida por el SARS-CoV-2 y que el receptor celular de dicho coronavirus, es el ACE2; y sabiendo que este virus no puede ser cultivado en células pulmonares naturales y que el receptor ACE2 no se encuentra en tejido pulmonar, tenemos que concluir necesariamente que la Covid-19 no se trasmite por vía aérea y que las mascarillas son inútiles para frenar la transmisión. Incluso a nivel casero, la transmisión del virus por cualquier vía, es muy escasa, y la transmisión en superficies también cuenta con muy baja probabilidad de suceder.
- Los encierros no solo no evitaron el contagio, sino que fueron contraproducentes, hasta tal punto, que los niños nacidos durante los encierros muestran deterioro en sus funciones cerebrales y además, provocaron que en Inglaterra se suicidaran 5 veces más niños de los que murieron por Covid o que a nivel mundial haya un aumento sin precedentes del suicidio infantil; recordemos que cerraron colegios con el pretexto de un supuesto bien común, partiendo de la premisa de que eran focos de contagios y considerando a los niños como portadores peligrosos y, al igual que con todo lo demás, también en este caso se ha demostrado que fue un error, al no tener justificación científica alguna que lo respaldara.
- Lo que llamaron “distanciamiento social”, no resulta efectivo y el uso de mascarillas a modo de protección y para evitar la propagación, no tiene ninguna base científica que lo justifique, no sólo no protege del contagio, sino que además es tremendamente peligrosa para el ser humano, pudiendo ocasionar graves problemas de salud, especialmente en niños. Utilizar mascarillas, el distanciamiento social y los confinamientos, han

creado un entorno en el que se ha impedido que los seres humanos entren en contacto con las estrategias ambientales que apoyan y estimulan su sistema inmunológico reduciendo el riesgo de infectarse. Son los bebés y los niños quienes podrían tener la respuesta más negativa al distanciamiento social. Algunos expertos están llamando a una gran cantidad de infecciones por VRS en bebés una "deuda de inmunidad" que se creó cuando los bebés que nacieron durante 2020 no estuvieron expuestos a otros patógenos. Los niños nacidos durante los encierros, además, muestran deterioro en sus funciones cerebrales. Aunque es posible que los efectos a largo plazo del distanciamiento social, el uso de mascarillas y los confinamientos no se aprecien por completo durante años, se sabe que los efectos psicológicos del aislamiento social, incluyendo la soledad y el estrés, pueden afectar a nuestra respuesta inmunológica inmediata, lo cual, facilita la infección de agentes patógenos.

- La proteína S no se debería usar de ninguna forma, por ser patógena. Induce senescencia paracrina y adhesión de leucocitos en células endoteliales; podría destruir la inmunidad natural. Puede ocasionar daño en diversos tejidos y órganos ya que altera el eje Renina-Angiotensina-Aldosterona, daña los endotelios e induce a la desregulación de las mitocondrias. Dañan la proteína de la placenta en mujeres "vacunadas". Induce a que las células donde se encuentra, generen exosomas que contienen microARNs y que estos viajan hacia el sistema nervioso, ejerciendo una inflamación descontrolada en el cerebro. Cambia la señalización celular al unirse al receptor ACE2, esto significa que da instrucciones a la célula para que altere sus funciones, lo que es particularmente grave en las células inmunes ya que las vuelve ineficientes, facilitando los procesos inflamatorios y la susceptibilidad a enfermarse por cualquier patógeno. La proteína espiga y los anticuerpos que el organismo genera cuando es inyectada, atacan hasta 28 tejidos humanos, lo cual, permite explicar las enfermedades autoinmunes que vemos en los "vacunados". No se queda dentro del citoplasma de las células que la están produciendo posteriormente a la "vacunación", sino que se va a la membrana, de ahí, que se pueda dar el "shedding" o eliminación de Spike en orina o saliva de las personas "vacunadas" y que facilita que exista la posibilidad de transmisión a los no "vacunados".
- El virus presenta una mortalidad bastante baja, de 0.047 a 0.23%, muy inferior a la de la gripe común y por debajo de la calculada por la OMS. La mortalidad más alta, se da entre personas que padecían enfermedades previas, concretamente, el 99% de las muertes, lo cual nos dice que fortaleciendo nuestro sistema inmunológico y cuidando nuestra salud, muy probablemente, estamos protegidos contra la supuesta enfermedad.
- Disponemos ya de tratamientos alternativos contra la Covid que presentan una alta efectividad, lo cual, unido a la baja mortalidad del virus, convierte a la "vacunación", en innecesaria además de peligrosa.
- La inmunidad natural es superior a la inmunidad inducida por la "vacunación" porque incluye las defensas inmunitarias innatas, así como la

inmunidad específica que se dirige a múltiples partes del virus y no solo a la proteína de pico dirigida por la supuesta "inmunidad" inducida por la "vacuna". Los "vacunados" tienen de 6 a 13 veces más probabilidades de infectarse que las personas no "vacunadas" que pasaron el virus de manera natural. El riesgo de desarrollar Covid-19 sintomático es hasta 27 veces mayor entre los "vacunados" y el riesgo de hospitalización hasta 8 veces mayor. Además nos ofrece otro beneficio añadido, mientras la inmunidad natural normal eventualmente eliminaría las cepas "potentes" de un virus en circulación, la "inmunidad" inducida por la "vacuna" hace lo contrario.

- Los sueros experimentales mal llamados "vacunas" no son seguros, ni eficaces. No previenen la enfermedad, no reducen la gravedad, ni mucho menos van a controlar la enfermedad. No solo no protegen, sino que han empeorado la situación. Los datos epidemiológicos disponibles a nivel mundial son suficientes para demostrar que la "vacunación" no protege contra la contaminación y transmisión de SARS-CoV-2, lo cual, contradice las reiteradas declaraciones de representantes del poder ejecutivo y de muchos medios de "comunicación". La "vacunación" no es la solución milagrosa anunciada para frenar la epidemia, el chantaje formulado por unos y por otros, referente a "vacunación" general o a supuestas medidas de contención, se basa en una mentira. Si hacemos una comparación de la incidencia de Covid en los últimos 14 días de julio entre países con tasas altas de "vacunación" y los de baja, observamos que para los países con baja tasa (media de 0.65% de la población) se sitúa en 15.7 por cada 100 000 habitantes, mientras que para los países con una tasa alta (media 53.6% de la población), se sitúa en 515 por cada 100 000 habitantes. En agosto, el promedio de muertes en los países más "vacunados" es de 1647 por millón en comparación con solo 427 muertes en los menos "vacunados". Los países con programas de "vacunación" activos tienen más muertes por Covid que los que no los tienen. Los países con un mayor porcentaje de su población "vacunada" tienen más muertes por Covid. Las muertes por Covid han aumentado con la "vacunación" después de que se implementaron los programas de "vacunación". Si en España comparamos los datos de hace un año con los actuales: la Incidencia Acumulada (IA), era 8 veces menor que la actual; los fallecidos Covid eran 15 veces menos; el número de ingresos hospitalarios era 9 veces inferior y el número de ingresados UCI estaba 14 veces por debajo. Con estos datos, es absolutamente imposible desde un punto de vista científico, decir que los sueros son seguros y/o eficaces.
- En lo que se refiere a la supuesta autorización para Pfizer, la FDA ejecutó un ardid "inteligente" en el que emitió fallos separados para una "vacuna" de Pfizer Inc.-BioNTech que se usa ampliamente en los Estados Unidos y otro fallo para una "vacuna" similar del socio y desarrollador de la plataforma de ARNm de Pfizer con sede en Alemania, BioNTech de Mainz. Solo BioNTech obtuvo la aprobación de la FDA, pero condicionada a la finalización de una serie de pruebas adicionales en grupos selectos, incluidos bebés, mujeres embarazadas y jóvenes, para 2027. La "vacuna" de Estados Unidos, Pfizer-BioNTech Covid-19, solo obtuvo la extensión de

su Autorización de uso de emergencia (EUA), no aprobación completa. La autorización no es para Pfizer, es para BioNTech y solo se iniciará en el momento en que el producto BioNTech esté disponible. Al menos por el momento, la "vacuna" Pfizer Comirnaty no tiene protección de responsabilidad. Los viales del producto, que dicen "Comirnaty" en la etiqueta, están sujetos a las mismas leyes de responsabilidad del producto que otros productos estadounidenses. Las "vacunas" para adultos con licencia, incluida la nueva Comirnaty, no gozan de ningún escudo de responsabilidad, las personas lesionadas por la "vacuna" Comirnaty, podrían demandar por daños y perjuicios. Por lo tanto, es poco probable que Pfizer permita que cualquier estadounidense tome una "vacuna" Comirnaty hasta que de alguna manera pueda arreglar la inmunidad para este producto.

- Las personas más inteligentes, las de mayor nivel académico, las menos volubles de opinión y las mejor informadas científicamente; están entre los "negacionistas".
- La "vacunación" infantil contra la Covid, ni es necesaria, ni es segura para los niños. No les aporta ningún beneficio a ellos, ni tampoco a los adultos. La enfermedad en los niños tiene una bajísima incidencia y además, no se ha demostrado que ellos transmitan la enfermedad. Los riesgos, superan con creces a los beneficios. Las "vacunas" antiCovid-19 administradas a los adolescentes americanos tienen 7.5 veces más muertes, 15 veces más discapacidades y 44 veces más hospitalizaciones que todas las demás vacunas aprobadas por la FDA combinadas, que están recibiendo estos adolescentes. En Estados Unidos ha habido 3000 casos más, más muertes, más hospitalizaciones y más eventos potencialmente mortales en los últimos 9 meses entre los adolescentes, que en los últimos 5 años para todas las vacunas. Incluso si asumimos que esta protección existe, si consideramos las bajas tasas de transmisión, la alta proporción de niños que son postCovid y la mayoría de los adultos que están "vacunados" o que son postCovid, el número de niños que tendrían que recibir la "vacuna" para proteger a un solo adulto de un teórico ataque grave de Covid-19 sería muy alto. Además, es probable que esta cifra se compare de forma desfavorable con el número de niños que resultarían perjudicados, incluso en el caso de eventos graves poco frecuentes. Dado que los riesgos comprobados superan con creces los beneficios demostrados en los niños, las "vacunas" tampoco cumplen con la solicitud de licencia biológica requerida para hacer la aprobación final de comercialización. No debemos olvidar que cerca del 86% de los niños inoculados con la "vacuna" de ARNm sufrieron alguna reacción adversa durante los ensayos. Solo 1 de cada 1.7 millones de niños han muerto con Covid-19 en 18 meses, mientras que 1 de cada 9 niños sufrió una reacción adversa grave a la "vacuna" Covid-19 en los ensayos clínicos.
- Se está culpando a los no "vacunados", de los nuevos contagios y de la aparición de las nuevas supuestas olas causadas por supuestas nuevas variantes. Sencillamente, es falso. La tasa de individuos "vacunados" entre individuos con casos verificados de Covid, es cercana e incluso idéntica a su

proporción relativa en la población. La carga viral es como máximo similar entre "vacunados" y no "vacunados" (aunque suele ser inferior en los no "vacunados", pudiendo llegar a ser hasta 251 veces inferior); es decir, que tanto los "vacunados" como los no "vacunados" representan como máximo, un riesgo similar de transmitir el virus a otros. La probabilidad de que una persona sana asintomática que no sabe que porta el virus infecte a otra persona, es significativamente menor que el 1%. Las personas no "vacunadas" no son lo que hace que la pandemia continúe, ni ponen en peligro a los "vacunados", de hecho, parece que la esperanza de erradicar la Covid mediante el logro de la "inmunidad colectiva" a través de la "vacunación" de un porcentaje suficientemente alto de la población, ha demostrado ser poco realista. No hay evidencia científica alguna que respalde la afirmación de que las personas no "vacunadas" están arriesgando la salud pública de ninguna manera más que las personas "vacunadas" y que "la "vacunación" Covid debe tratarse como un medio principal para proporcionar protección personal contra enfermedades graves o muerte, especialmente para las personas en alto riesgo. Culpar a los no "vacunados" podría "fomentar la ilusión de que la "vacunación" protege contra el contagio y puede hacer que las personas "vacunadas" piensen que están más seguras de lo que realmente están.

- Aunque sabemos que algunas vacunas, "imperfectas o con fugas", en realidad pueden contribuir a una mayor propagación de la enfermedad al ejercer una presión selectiva sobre los virus, de tal manera que pueden mutar y se pueden volver más virulentos y, aunque también sabemos que el ADE puede representar un riesgo potencialmente peligroso de la vacunación masiva durante la actual circulación de la variante Delta; hasta el día de hoy, no existe ninguna evidencia científica robusta de que ninguna de las variantes identificadas para el SARS-CoV-2, sea más transmisible o más mortal que la original. El programa de "vacunas" actual podría conducir al desastre. Si esas variantes existieran, serían provocadas por las propias "vacunas", es decir, algo que no es peligroso, lo podrían convertir en algo que sí lo es. De igual forma, los métodos utilizados para predecir mutaciones en el virus, nunca han involucrado el uso del virus Covid-19 en sí. En su lugar, han utilizado métodos artificiales para generar y expresar las supuestas variantes de picos, como levadura, fagos o expresión de otro virus. Hablar de variantes de un virus cuya existencia no se ha probado, es científicamente imposible.
- En las "vacunas", hay "sustancias" que podemos definir como "inquietantes", que pueden ser potencialmente peligrosas y que pueden ocasionar problemas de salud de diferente gravedad.

Las nuevas "vacunas" Covid, crean peligros potenciales que podrían ser peores que las propias infecciones por Covid-19. El plan para inmunizar rápidamente a la población mundial con "vacunas" Covid-19 que contienen o codifican la proteína Spike y que supuestamente confiere unos pocos meses de seguridad, es extremadamente arriesgado. El hecho de colocar las "vacunas" en el mercado, es aun más irresponsable cuando científicamente ha quedado demostrado que

realmente es esa proteína y no el virus en sí mismo, la que causa el mal. Esta política de inmunización tiene el potencial para resultar en un evento catastrófico una vez se ha visto la gravedad de los efectos adversos a corto plazo y tras constatar que los ensayos indican que no se posee información sobre los posibles efectos adversos a medio y largo plazo, sobre los cuales además y de forma muy preocupante, se pueden hacer suposiciones con una buena base científica.

Es muy obvio desde un punto de vista científico, que la "vacunación" no debería de existir. El discurso oficial del que hablaba en la introducción, carece de justificación científica e incluso legal; obviamente, tiene que cambiar y empezar ese cambio, por parar la vacunación (1) (2). Muchas personas de varios ámbitos sociales con capacidad de influencia directa o indirecta y poder en la toma de decisiones y puesta en práctica de las mismas, tienen que asumir responsabilidades por la defensa y ejecución práctica de dicho discurso y cumplir, si procede, con las consecuencias legales. Los errores del discurso oficial, han sido expuestos y, consecuentemente, no hay excusa; como ha dejado bien claro el famoso abogado Dr. Reiner Fuellmich. De igual forma, la retórica oficial a nivel mundial, queda claramente en entredicho con las pruebas aportadas por el Profesor Sucharit Bhakdi (3).

Legales

- Los médicos no están expidiendo la correspondiente receta para cada pinchazo, además, ni se está informando al paciente conforme a lo previsto en el art.10 de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, ni se está examinando el historial clínico a nivel individual en relación con patologías, alergias o contraindicaciones, ni mucho menos se está recabando el consentimiento informado del paciente por escrito, en cumplimiento del art. 8.2 de la ya mencionada Ley 41/2002.
- La expedición de un pasaporte Covid constituye una medida con un impacto condicionante del ejercicio de otros derechos fundamentales potencialmente expansivo. Resulta una medida injustificada por falta de idoneidad o utilidad a los objetivos que persigue, no nos garantiza, en las circunstancias concretas del caso, el logro de los fines u objetivos que, teóricamente, lo motivan o justifican.
- Toda la normativa vigente prevé como principio general que el derecho de admisión debe ejercerse, por imperativo constitucional, con respeto a la dignidad de las personas y a sus derechos fundamentales, sin que en ningún caso pueda producirse discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. El derecho de admisión se configura como una facultad de los titulares de establecimientos públicos, actividades recreativas y espectáculos públicos, cuyo ejercicio encuentra un límite inquebrantable en los principios básicos de igualdad y prohibición de discriminación del artículo 14 de la CE. Así, por ejemplo, vulnera este derecho fundamental impedir la entrada a personas de color, a personas

mayores de edad o a minusválidos. Igualmente, vulneraría el artículo 14 impedir la entrada a un usuario o espectador por su sexo u orientación sexual, o cualquier otra circunstancia personal o social que no responda a las condiciones de seguridad y orden público que el titular de un establecimiento, espectáculo o actividad pública o recreativa tiene el deber de observar.

- En lo que se refiere a la solicitud del pasaporte o certificado Covid en el ámbito laboral; podemos concluir que el pasaporte Covid introduce muy claramente un criterio de selección en el momento de la contratación que atiende a un dato sobre el estado de salud de los candidatos: su exposición pasada y futura a una enfermedad concreta, de donde se deriva la preferencia por aquellos considerados inmunes y la exclusión de aquellos que al no haber pasado la enfermedad serían considerados (de forma totalmente desproporcionada) no aptos para desempeñar el trabajo. Estaríamos ante una diferencia de trato que no obedece a razones objetivas y razonables determinadas por las exigencias físicas y/o técnicas requeridas por el concreto tipo de actividad a realizar sino, más bien, a elementos subjetivos y aleatorios inasumibles jurídicamente por su efecto discriminatorio.
- Cualquier medida restrictiva de derechos fundamentales tomada por razones sanitarias, debe estar debidamente justificada. Requerirían de una ley específica que les dé cobertura y les preste la suficiente seguridad jurídica. La única norma con rango de ley orgánica que podría dar cobertura a la restricción de derechos fundamentales en sus elementos básicos es el artículo 3 de la Ley Orgánica 3/1986. Puede utilizarse como fundamento normativo siempre que se justifique que las medidas sanitarias que se adopten estén a la altura de la intensidad y extensión de la restricción de los derechos fundamentales afectados.
- En la “pandemia”, las distintas restricciones o directamente, supresiones de derechos fundamentales, se han hecho bajo la premisa de la primacía del derecho de la salud pública, por encima de otro, la libertad individual. El problema es que para que eso se cumpla, tendría que estar demostrada la existencia de una pandemia, para eso, a su vez, tendría que estar demostrada la existencia del agente infeccioso y, por último, tendría que estar demostrado que las medidas que se toman garantizan buenos resultados de cara a esa salud pública. Como ha quedado demostrado en el presente informe, ninguna de las tres cosas ha sido demostrada, por tanto, en este caso y desde un punto de vista científico exclusivamente, no procede hacer la consideración de prevalencia de un derecho sobre el otro. La existencia del virus, no ha quedado demostrada y los datos de contagios, sabemos que están inflados por la utilización de la PCR como método de diagnóstico; consecuentemente, no es posible demostrar la existencia de una pandemia. Si esto es así, absolutamente todas las medidas sanitarias impuestas, son inconstitucionales.

- El conflicto de la obediencia del funcionario público o del empleado de la Administración en general, se produce en multitud de casos y situaciones cuando se ve en la disyuntiva de cumplir o no cumplir una orden de un superior, atendiendo al enfrentamiento entre dos nociones del deber: el deber de imparcialidad y el deber de obediencia. Obedecerán las instrucciones y órdenes profesionales de los superiores, salvo que constituyan una infracción manifiesta del ordenamiento jurídico...” traspasando dicho límite, el empleado o funcionario público estará incurriendo en un delito, al cumplir una orden que constituya una infracción manifiestamente ilegal.
- La vacunación obligatoria no se puede imponer. En España no está reconocido el principio compensatorio, por tanto, el Estado tendría una responsabilidad patrimonial sobre las posibles complicaciones de la vacuna; incluso en aquellos territorios donde sí se cumple el principio compensatorio, existen problemas para poder hacer obligatoria la administración de la vacuna para la Covid-19, atendiendo al principio de responsabilidad. Además en la actual Constitución Española no está recogido el derecho a la salud como tal, sino el derecho a la protección de la salud.
- La objeción de conciencia, aunque es reconocida como derecho, tiene límites, en contra de lo que algunos profesionales sanitarios creen. No es algo a lo que agarrarse legalmente por bienestar personal, cuando otros derechos fundamentales se ven afectados. Disfrazar una diferencia de pensamiento con los no “vacunados” bajo el manto de una pseudo-objeción por supuesto daño moral, además de no estar permitido legalmente, constata una manifiesta falta de respeto a otra forma de pensar e implica una flagrante discriminación de todo aquel que no piensa como el objetor. Si eso se permitiera, sería exactamente lo mismo que permitir al personal sanitario rechazar a un paciente por su sexo, raza o religión; aún cuando todos ellos tienen derecho a la atención sanitaria, lo cual, como ya he comentado en este informe, constituiría una clara discriminación, de forma totalmente similar a la que algunos dueños de locales ejercerían con el certificado Covid y que ya hemos visto que tampoco es legal.