

DECLARACIÓN DEL PUNTO DE VISTA DEL GRUPO DE PERTH SOBRE EL “VIH”-SIDA

Noviembre del 2011

Traducido por el [TIG](#)

Puesto que:

1. Los especialistas en el “VIH”-Sida afirman que los miembros del Grupo de Perth son pseudo científicos peligrosos y negacionistas del Sida.
2. Algunos disidentes, incluyendo al presidente y a otros miembros del grupo Rethinking AIDS (RA, por sus siglas en inglés, o Replanteando el Sida), afirman que no nos diferenciamos de los especialistas en el “VIH”-Sida,

pensamos que era necesario hacer una declaración breve explicando nuestros puntos de vista.

Según algunos miembros de RA:

1. Estamos de acuerdo con los especialistas en el Sida con que el Sida existe.

Sí, es cierto. Es innegable que a comienzos de los años 80 surgió un fenómeno, es decir, índices muy altos de pneumocystis carinii (PCP), Sarcoma de Kaposi, y otras pocas enfermedades raras, en una minoría de hombres homosexuales jóvenes que vivían principalmente en la ciudad de Nueva York, Los Ángeles, Amsterdam y Sidney. Algunos de esos hombres también presentaban un conteo de células T4 bajos, que según los inmunólogos, desempeñan un papel clave en la inmunocompetencia. Las enfermedades nombradas, por definición, en presencia de pocas células T4 (inmunodeficiencia), se volvieron conocidas como Sida. Después de que se sostuvo que se descubrió el “VIH” y su papel causal en el Sida, se agregaron a la lista de enfermedades indicadoras del Sida muchas otras enfermedades que no son tan raras, como la tuberculosis, la mayoría de las cuales no estaban relacionadas con las que se presentaban en los hombres homosexuales. Es decir, el “VIH” se convirtió en la causa de una serie de enfermedades, incluyendo las que ya eran endémicas en los países en desarrollo. Se puede cuestionar lo siguiente:

- a) los perfiles de las enfermedades que caracterizaron a los diferentes grupos de riesgo¹⁻⁴;

- b) el papel de las células T4 (inmunodeficiencia) en el desarrollo del síndrome clínico^{2, 5-7};
- c) la existencia y el papel del “VIH” en el desarrollo del Sida^{2, 5-17}.

pero no se pueden dar razones en contra de la teoría del “VIH” del Sida basándose en el síndrome clínico. Por ejemplo, se sostuvo que la teoría del VIH del Sida es errónea porque, por definición, tuberculosis + VIH = Sida, mientras que tuberculosis – VIH = tuberculosis. Llamar Sida a la tuberculosis + VIH será un error sola y exclusivamente si se tienen pruebas precedentes de que o el VIH no existe, o si existe, de que no es una de las causas de la tuberculosis. La noción de que el Sida en los hombres homosexuales se puede descartar debido a una/s definición/es problemáticas, demuestra que no es cierto que apareció un fenómeno totalmente nuevo en dichos hombres al final de los años 70 y, al menos en los países desarrollados, los hombres homosexuales aun sufren un síndrome nuevo y mortal que tiene que tener una explicación. El síndrome clínico existe independientemente de cómo se lo llame.

- 2. Estamos de acuerdo con los especialistas en el Sida de que las prácticas sexuales desempeñan un papel en el Sida.

Sí, es cierto. La evidencia en la literatura científica demuestra más allá de toda duda razonable que el coito es un factor sumamente significativo, que lleva al desarrollo de una prueba de anticuerpos positiva y al Sida tanto en los hombres como en las mujeres. Sin embargo el análisis de los datos también muestra que a) el factor de riesgo para tener una prueba de anticuerpos positiva y el Sida tanto en los hombres como en las mujeres es el coito anal pasivo; b) no es el acto en sí mismo (la orientación sexual), sino su práctica muy frecuente, especialmente si está relacionada con lesiones gastrointestinales y consumo de droga (nitritos, cocaína, heroína).

- 3. A diferencia de los miembros de Rethinking AIDS (Replanteando el Sida), no pensamos que las pruebas de anticuerpos no tengan sentido.

Es cierto, no pensamos que las pruebas no tengan sentido. Es bien conocida nuestra opinión de que los datos corrientes a disposición no demuestran la existencia de un retrovirus “VIH”. Si no se demostró la existencia del “VIH”, no puede haber anticuerpos contra el “VIH”. Sin embargo la literatura científica presenta una abundante evidencia de que existe una relación entre una prueba de anticuerpos positiva, cualquiera que sea su génesis, y el riesgo presente o futuro de desarrollar una enfermedad. Esto no extraña, puesto que es evidente de los primerísimos artículos sobre las pruebas de anticuerpos^{18, 19} que la prueba fue

desarrollada para establecer la relación entre una prueba positiva y el Sida, no entre una prueba positiva y el VIH. Con el pasar de los años, se ajustaron los criterios para una prueba de anticuerpos contra el VIH positiva para encajar con los perfiles de los pacientes con Sida en los países desarrollados. Las páginas 1 a 7 de nuestra “Monografía sobre la transmisión materno-fetal”²⁰ trata el “ajuste” de las pruebas de anticuerpos contra el VIH, y la profesora Elizabeth Dax trató la cuestión en su testimonio en la audiencia Parenzee del 2006²¹. Este tema es mucho más complicado en los países en desarrollo. Por ejemplo, la mayoría de los individuos “libres del VIH” que están infectados por la micobacteria de la lepra, así como sus relaciones sanas, tienen perfiles de anticuerpos del Western blot que en la mayoría del mundo se considerarían positivos al VIH. Es significativo que la tuberculosis, que es la principal enfermedad indicadora del Sida en los países en desarrollo, está causada por una micobacteria que comparte muchas características antigénicas con la bacteria de la lepra²².

Mientras que nosotros opinamos que la literatura científica no sostiene la existencia de anticuerpos (del VIH) retrovirales, existen amplias pruebas que los anticuerpos que reaccionan con los antígenos en los sets de pruebas del “VIH” puede que sean anticuerpos asociados a a) la activación policlonal no específica generalizada típica de los pacientes positivos al VIH y de los pacientes con Sida; b) agentes infecciosos como las bacterias y los hongos, incluyendo las micobacterias, E. coli y Candida albicans^{16, 23, 24}; c) auto-anticuerpos sintetizados por primera vez; o d) inmunoglobulinas que se volvieron auto reactivas debido a la alteración del redox celular²⁵. Desgraciadamente, puesto que es muy poco probable que los individuos a quienes se les hacen pruebas estén conscientes de la naturaleza problemática del “aislamiento del VIH”, o de la serie de mecanismos “que no son el VIH” que puede que subyazgan a una prueba de anticuerpos positiva, creerán que ser positivo al “VIH” no significa nada más que una infección por un virus mortal. Sólo nos queda especular sobre las consecuencias psicológicas y físicas de dicha creencia.

4. No desaprobamos el uso de fármacos “antirretrovirales” (ARVs) para el tratamiento del Sida.

Es verdad, y hay una serie de motivos por los que lo hacemos:

- a) No estudiamos la literatura científica.
- b) Puesto que opinamos que no se demostró que el “VIH” exista, no puede haber fármacos antirretrovirales. Sin embargo esto no significa que dichos fármacos no puedan o no deberían ser utilizadas para tratar el Sida. Puede que induzcan efectos a través de otros medios diferentes que el “anti VIH”.

Por ejemplo, si el científico francés Jean Umber tiene razón, los inhibidores de proteasas son agentes reductores, y por consiguiente puede que actúen como antioxidantes. También hay pruebas de que tanto los inhibidores de la transcriptasa inversa como los inhibidores de la proteasa tienen múltiples efectos farmacológicos, incluyendo “agentes potenciadores de la apoptosis, antibacterianos, antimicóticos, anti malaria, anti SARS y anti gripe” y “antitumorales”²⁶. Es simplista descartar los antirretrovirales sobre la base de su toxicidad. Todos los fármacos son tóxicos en mayor o menor medida, y la decisión de utilizar un fármaco determinado se basa en la evaluación que efectúa el clínico de la relación entre su beneficio y su toxicidad. Aunque no estamos familiarizados con la literatura, sabemos que los especialistas en el VIH sostienen que los antirretrovirales son eficaces y que recomiendan su uso. Incluso hay médicos disidentes que piensan que hay situaciones en las que se justifica su uso. También es un hecho que la mayoría de los tratamientos con los antirretrovirales se experimentaron en gays, y los mismos expertos que recomiendan su uso en este grupo publicaron datos que muestran que su eficacia es problemática en los países que tienen el lastre del Sida más grande. Tal como May y cols. afirmaron en la revista Lancet en el 2006:

“La discrepancia entre la clara mejoría que registramos en la respuesta virológica y los índices de progresión clínica que aparentemente empeoran, podrían estar relacionados con la modificación de las características demográficas de los participantes en el estudio, que cuenta con un número de pacientes en aumento procedentes de zonas con alta incidencia de tuberculosis. Por ejemplo, en el estudio suizo de cohortes del VIH, había un aumento constante del número de pacientes procedentes de África subsahariana. Estos pacientes eran más jóvenes, era más probable que fuesen mujeres, y más probable que se hubieran infectado heterosexualmente que otros participantes en el estudio. Además, tenían conteos de células CD4 más bajos al momento en que se presentaron, y la tuberculosis era el evento que define al Sida más frecuente. Se han visto tendencias semejantes en otros países europeos y en Norteamérica²⁷.”

También es importante subrayar que los antirretrovirales, sin importar de qué manera son beneficiosos, no demuestran la teoría del VIH del Sida.

Querriamos recordarles a los que piensan que somos pseudo científicos peligrosos lo siguiente:

1. Nuestras políticas en materia de salud pública coinciden y de hecho van más allá de las de los especialistas en el VIH. Por consiguiente no es posible que seamos peligrosos.

Nosotros abogamos por lo siguiente:

- a. Las prácticas sexuales seguras se aplican al coito anal pasivo tanto con compañeros positivos como negativos al VIH.
 - b. Jeringas limpias, pero la mejor opción es no consumir drogas, y por consiguiente no tener necesidad de utilizar jeringas.
 - c. Hacer pruebas a toda la sangre y productos sanguíneos.
2. Hay dos formas anticuadas de demostrar que somos pseudo científicos:
 - a. Nos costó mucho lograr publicar artículos en las revistas científicas. Dichos sujetos, quienquiera que sean, deberían escribir a los directores de dichas revistas presentándoles sus pruebas.
 - b. Cualquier científico que entienda la teoría de la oxidación celular del Sida, no tendrá dificultades en diseñar experimentos para demostrar que nuestra teoría es errónea. Parece que Montagnier lo entiende porque hace tiempo que es un apologista¹² de nuestra teoría, al menos en África²⁸. La pericia necesaria para realizar dichos experimentos encaja bien con las habilidades que tienen los especialistas en el VIH que cuentan con un laboratorio de tamaño razonable. En cuanto a los fondos para el Sida, el costo de dichos experimentos sería insignificante.

REFERENCIAS

1. E. Papadopulos-Eleopulos, V. F. Turner, J. M. Papadimitriou, H. Bialy. Sida en África. Distinguiendo los hechos de la ficción (AIDS in Africa: Distinguishing fact and fiction), publicado en World J Microbiol Biotechnol., 1995, 11, p. 135-143.
<http://www.theperthgroup.com/SCIPAPERS/africafactandfiction.html>
2. E. Papadopulos-Eleopulos, V. F. Turner, J. M. Papadimitriou, D. Causer. El factor VIII, el VIH y el Sida en los hemofílicos. Un análisis de su relación (Factor VIII, HIV and AIDS in haemophiliacs: an analysis of their relationship), publicado en Revista Genetica, 1995, 95, p. 25-50.
<http://www.theperthgroup.com/SCIPAPERS/ephemophilia.html>

3. E. Papadopulos-Eleopulos, V. F. Turner, J. M. Papadimitriou. El sarcoma de Kaposi y el VIH (Kaposi's sarcoma and HIV), publicado en Med Hypotheses, 1992, 39, p. 22-29. <http://www.theperthgroup.com/SCIPAPERS/ks.html>
4. La carta enviada a la revista Lancet que fue rechazada. <http://theperthgroup.com/REJECTED/LancetTBF.doc>
5. E. Papadopulos-Eleopulos, V. F. Turner, J. M. Papadimitriou, H. Bialy. La conexión con la hemofilia (The Haemophilia Connection), publicado en Continuum, 1995, 3(4), p. 17-19. <http://www.theperthgroup.com/CONTINUUM/HaemophiliaConn.pdf>
6. Respuesta a Jeanne Bergman sobre su afirmación de que el documental "House of Numbers miente acerca de las células T" (Response to Jeanne Bergman "HON lies about T cells"). <http://theperthgroup.com/HON/PGBergmanHONNov242009.html>
7. Respuesta a Jeanne Bergman "Respuestas verdaderas a preguntas falsas" (Response to Jeanne Bergman "Real Answers to Fake Questions"). <http://theperthgroup.com/HON/PGHONFakeQuestionsDec042009.html>
8. Comentario sobre las entrevistas extensivas del documental House of Numbers acerca de la existencia del VIH (Commentary on the House of Numbers extended interviews in regard to the existence of HIV). www.theperthgroup.com/OTHER/ENVCommentary.pdf
9. E. Papadopulos-Eleopulos, V. F. Turner, J. M. Papadimitriou, B. Hedland-Thomas, D. Causer, B. Page. Un análisis crítico de la hipótesis sobre la relación entre el VIH, las células T4 y el Sida (A critical analysis of the HIV-T4-cell-AIDS hypothesis), publicado en Genetica, 1995, 95, p. 5-24. <http://www.theperthgroup.com/SCIPAPERS/ept4cells.html>
10. E. Papadopulos-Eleopulos. Revaluación del Sida. ¿Acaso la causa primaria es la oxidación causada por los factores de riesgo? (Reappraisal of AIDS: Is the oxidation caused by the risk factors the primary cause?), publicado en Med Hypotheses, 1988, 25, p. 151-162. <http://www.theperthgroup.com/SCIPAPERS/reappraisalofaids.html>
11. E. Papadopulos-Eleopulos. Una retrospectiva a la teoría oxidativa del Sida (Looking back on the oxidative stress theory of AIDS), publicado en Continuum, 1998, 5(5), p. 30-35. <http://theperthgroup.com/CONTINUUM/lookingback.html>
12. E. Papadopulos-Eleopulos, B. A. Page, D. Causer, V. F. Turner, J. M. Papadimitriou, H. Alfonso. ¿Acaso Montagnier sería tan amable de aclarar si la causa primaria del Sida es el VIH o la oxidación debida a los factores de riesgo? (Would Montagnier please clarify whether HIV or oxidation by the risk factors is the primary cause of AIDS?), publicado en Med Hypotheses, 2006, 67(3), p. 666-668. <http://theperthgroup.com/SCIPAPERS/PGMontOSMH2006.pdf>
13. E. Papadopulos-Eleopulos, V. Turner, J. Papadimitriou, B. Page, D. Causer. Montagnier, las células T4 (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y nuestra teoría oxidativa del "VIH"-Sida (Montagnier, T4 cells (acquired immune deficiency) and our oxidative theory of "HIV"/AIDS), 2008 – artículo citado, disponible en: www.theperthgroup.com/Nobel/MontagnierOxidation.pdf

14. E. Papadopulos-Eleopulos, V. Turner, R. Weiss. Debate por mail con el profesor Robin Weiss sobre la existencia del VIH (Email debate with Professor Robin Weiss on the existence of HIV), 1999.
<http://www.theperthgroup.com/EMAILCORR/vftweiss.html>
15. E. Papadopulos-Eleopulos, V. F. Turner, J. M. Papadimitriou. El estrés oxidativo, el VIH, y el Sida (Oxidative stress, HIV and AIDS), publicado en Res Immunol, 1992, 143, p. 145-148. <http://www.theperthgroup.com/SCIPAPERS/oxstresshivaids.html>
16. E. Papadopulos-Eleopulos, V. F. Turner, J. M. Papadimitriou. ¿Acaso un Western blot positivo es prueba de infección por el VIH? (Is a positive Western blot proof of HIV infection?), publicado en Biotechnology, 1993, 11, p. 696-707.
<http://www.theperthgroup.com/SCIPAPERS/biotek8.html>
17. E. Papadopulos-Eleopulos, V. F. Turner, J. M. Papadimitriou, H. Alfonso, B. A. Page, D. Causer. Un análisis crítico de las pruebas a favor de la existencia del VIH. Una respuesta rápida. (A critical analysis of the evidence for the existence of HIV. Rapid Response), publicado en Online British Medical Journal, 2003.
<http://bmj.com/cgi/eletters/326/7387/495#3150r7>
18. M. G Sarngadharan, M. Popovic, L. Bruch, J. Schupbach, R. Gallo. Los anticuerpos reactivos ante los retrovirus linfotrópicos T de los seres humanos (HTLV-III) presentes en el suero de pacientes con Sida (Antibodies Reactive to Human T-Lymphotropic Retroviruses (HTLV-III) in the Serum of Patients with AIDS), publicado en Science, 1984, 224, p. 506-508.
19. S. H. Weiss, J. J. Goedert, M. G. Sarngadharan, A. J. Bodner, R. C. Gallo, W. A. Blattner. Prueba de rastreo para detectar los anticuerpos contra el HTLV-III (el agente causante del Sida). Especificidad, sensibilidad, y aplicaciones. (Screening test for HTLV-III (AIDS agent) antibodies. Specificity, sensitivity, and applications), publicado en JAMA, 1985, 253, p. 221-225.
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=2981369&dopt=Abstract
20. E. Papadopulos-Eleopulos, V. F. Turner, J. M. Papadimitriou, H. Alfonso, B. A. Page, D. Causer. Transmisión materno-fetal del VIH y su prevención con el AZT y la nevirapina (Mother to Child Transmission of HIV and its Prevention with AZT and Nevirapine). Perth, publicado por el Grupo de Perth, 2001.
21. Testimonio de Elizabeth Dax.
http://www.tig.org.za/Parenzee_prosecution_transcripts/index.htm6
22. O. Kashala, R. Marlink, M. Ilunga, M. Diese, B. Gormus, K. Xu. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana de tipo 1 (VIH-1) y los virus linfotrópicos de las células T de los seres humanos entre los pacientes con lepra y sus relaciones: correlación entre la reacción cruzada del VIH-1 y los anticuerpos contra el lipoarabinomannan. (Infection with human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) and human T cell lymphotropic viruses among leprosy patients and contacts: correlation between HIV-1 crossreactivity and antibodies to lipoarabinomannan), publicado en J Infect Dis, 1994, 169, p. 296-304.

23. E. Papadopulos-Eleopulos, V. F. Turner, J. M. Papadimitriou, D. Causer, B. A. Page. Las pruebas de anticuerpos contra el VIH y la carga viral –más preguntas sin respuesta y otra petición para que se las esclaresca (HIV antibody tests and viral load--more unanswered questions and a further plea for Clarification), publicado en Curr Med Res Opinion, 1998, 14, p. 185-186.
<http://www.theperthgroup.com/SCIPAPERS/furtherplea.html>
24. E. Papadopulos-Eleopulos, V. F. Turner, J. M. Papadimitriou, G. Stewart, D. Causer. Los anticuerpos contra el VIH. Otras preguntas y una petición para que se las esclaresca. (HIV antibodies: further questions and a plea for clarification), publicado en Curr Med Res Opinion, 1997, 13, p. 627-634.
<http://www.theperthgroup.com/SCIPAPERS/epcurmedres97.html>
25. J. A. McIntyre, D. R. Wagenknecht, W. P. Faulk. Los auto anticuerpos desensmascarados por las reacciones redox (Autoantibodies unmasked by redox reactions), publicado en Journal of Autoimmunity, 2005, 24(4), p. 311-317.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15927793
26. A. Mastrolorenzo, S. Rusconi, A. Scozzafava, G. Barbaro, C. T. Supuran. Los inhibidores de la proteasa del VIH-1. La última generación actual a diez años de su lanzamiento. De los fármacos antirretrovirales a las sustancias antimicóticas, antibacterianas y antitumorales basadas en los inhibidores de las asparto-proteasas. (Inhibitors of HIV-1 protease: current state of the art 10 years after their introduction. From antiretroviral drugs to antifungal, antibacterial and antitumor agents based on aspartic protease inhibitors), publicado en Current Medicinal Chemistry, 2007, 14(26), p. 2.734-2.748.
27. M. T. May, J. A. Sterne, D. Costagliola, C. A. Sabin, A. N. Phillips, A. C. Justice. Respuesta al tratamiento del VIH, y pronóstico en Europa y Norteamérica en la primera década de la terapia antirretroviral sumamente activa. Un análisis en colaboración (HIV treatment response and prognosis in Europe and North America in the first decade of highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis), publicado en Lancet, 2006, 368(9534), 451-458.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16890831
28. L. Montagnier. Los aportes de la investigación sobre la lucha contra el Sida en África (Apports de la recherche dans la lutte contre le Sida en Afrique), publicado en "El Sida en África" (Le sida en Afrique), ediciones M. Pietteur, Colección Resurgence, Bélgica, 2004. p. 179.