

INFORME SOBRE EL SIDA DEL HERMANO FRANCISCANO ITALIANO LUCIANO CHECCUCCI

Recientemente terminé una investigación sobre SIDA llamada SIDA, Una historia diferente (*L'altra storia dell'AIDS*), que se encuentra disponible en Internet en italiano, en la que traté de poner de relieve los enfoques más interesantes expresados en los trabajos de los diversos investigadores científicos que examiné.

Todos estos autores consideran que las afirmaciones de Robert Gallo y de Luc Montagnier de que el VIH es la causa del SIDA son falsas y afirman que el fracaso en el desarrollo de una vacuna y fármacos capaces de prevenir y curar el SIDA en forma radical se remonta al 23 de Abril de 1984, en ocasión de la conferencia de prensa del Dr. Robert Gallo, en la cual se anunció que un retrovirus descubierto por Gallo, entonces denominado HTLV-III, era la causa *probable* del SIDA y que era *probable* que en dos años iba a estar disponible una vacuna, sin antes haber presentado su *hipótesis* a la comunidad científica para poder ser analizada y luego confirmada o rechazada. Ello fue un craso ***quebrantamiento de las reglas fundamentales del método científico.***

A partir de ese momento todas las hipótesis alternativas razonables acerca de la etiología del SIDA fueron descartadas en forma deplorable sin haber sido investigadas.

Los expertos oficiales del SIDA consideran que la tesis de los científicos disidentes según la cual el SIDA tiene una causa diferente carece de bases científicas. Sin embargo, tal como lo explicamos más adelante, estos disidentes tienen razones válidas para expresar el mismo juicio acerca de los expertos. Si su punto de vista se difundiera más – hecho que actualmente es imposible a causa de la falta de voluntad de parte del establishment del SIDA – ello podría conducir a un replanteamiento de la etiología del SIDA que permitiría encontrar la solución correcta al síndrome.

Según los disidentes más destacados, ni siquiera se demostró la existencia del HIV, puesto que Gallo y Montagnier no siguieron las

reglas estándar de la virología para el aislamiento, es decir, las “Reglas del Pasteur” definidas en 1972 en ocasión de un simposio acerca del tema en el Instituto Pasteur de Paris, a saber:

Cultivo de linfocitos T sospechosos, purificación del fluido celular mediante ultracentrifugación, micrografía al microscopio electrónico del material depositado en el gradiente de densidad típico de los retrovirus, caracterización bioquímica de cualquier otra partícula que pudiera encontrarse en el gradiente de densidad, control de la capacidad infecciosa de estas partículas, que han sido identificadas bioquímicamente como retrovirus.¹

Este planteamiento histórico fue hecho por primera vez por la biofísica australiana Eleni Papapadopulos-Eleopulos y es apoyado por muchos otros. A pesar de que no existe unanimidad entre los científicos disidentes acerca del hecho de que el VIH no ha sido aislado, todos ellos concuerdan acerca de lo que consideran ser las verdaderas causas de la inmunodeficiencia adquirida, que son múltiples, ambientales y personales – no infecciosas – y que varían de un país a otro, tal como lo describen en sus estudios.

Pero existen otros motivos válidos para replantear el SIDA. En resumen:

- 1) Centenares de científicos, médicos, enfermeros, abogados, periodistas, estudiantes y simples observadores de todo el mundo cuestionan que el SIDA sea causado por un virus que se transmite a través de las relaciones sexuales y la sangre, y afirman que es debido a otras causas. El “Grupo para el replanteo científico de la hipótesis del VIH/SIDA” (Group for the Scientific Reappraisal of the HIV/AIDS Hypothesis), formado en 1991, al principio “contaba con aproximadamente cuarenta miembros, que se transformaron en más de cien después del Congreso Internacional sobre SIDA de 1992. A principio de 1995, los partidarios eran más de 400...”² Actualmente son más de 2600 y continúan aumentando.
- 2) **Como consecuencia de lo anterior (la conferencia de prensa de Robert Gallo), no existe documentación científica original que demuestre que el VIH es la causa del SIDA.**
- 3) Los test para la detección del VIH son inespecíficos y por lo tanto no son idóneos para que se considere que una persona está afectada por el SIDA. En realidad,

*Tal como fue señalado en una investigación publicada en Mayo de 2004 en The Business, los expertos ya sabían desde los primeros años en que se comenzó a investigar el SIDA que los test del VIH no podían ser empleados para diagnosticar el SIDA. Durante la convención de la Organización Mundial de la Sanidad (OMS) en Ginebra en 1986, se dijo que los test diagnósticos habían sido aprobados por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el rastreo preliminar de los donantes de sangre, pero no para ser empleados como test para detectar el SIDA. Sin embargo, debido a necesidades de salud pública, el empleo del test se había ampliado y la tentativa de detener este fenómeno, tal como lo admitió el Dr. Thomas Zuck de la propia FDA “simplemente se volvió impracticable” (“El escandaloso razonamiento de base de los test del VIH” de Neville Hodgkinson, *The Business Online.com*).*

En el artículo titulado “¿Un Western blot positivo es prueba de infección por VIH?” (Is a positive Western Blot proof of HIV infection?) escrito por Eleni Papadopulos-Eleopulos, Valendar F. Turner y John M. Papadimitriou, y reseñado por Christine Johnson se señala:

Finalmente, para que un test pueda ser considerado válido, debe ser reproducible. Empleando una sola muestra de sangre, las bandas deberían ser las mismas (o muy similares) en test repetidos varias veces, o en test efectuados por laboratorios diferentes. El CRSS realizó un estudio en el cual dos muestras positivas y dos muestras negativas fueron enviadas a 19 laboratorios para que realizaran un test WB. El mismo suero fue analizado varias veces en cada laboratorio, y las bandas que surgieron mostraron variaciones casi extremas entre los laboratorios y entre los test del mismo laboratorio.

Hay que señalar que los laboratorios eran “laboratorios de referencia” (“Reference Labs”), es decir, laboratorios que son considerados como de primera calidad.

Papadopulos-Eleopulos y cols., señalan que estos laboratorios “de primera” son sólo una pequeña parte de los laboratorios que realizan este test, y puesto que la mayor parte de los otros laboratorios no son tan acreditados como estos, se presume que se encontrarán más errores, y por lo tanto, más falsos positivos.

Otro problema parece ser el hecho de que si se repite el test varias veces en individuos que al principio eran seropositivos, un cierto número de ellos terminará siendo seronegativo. Si se llevan a cabo dos test Elisa y después dos WB, muchos

de estos individuos serán seronegativos en cada test sucesivo, a tal punto que cuando se llegue al cuarto test, solo unas pocas aun serán positivos. Si a este grupo de individuos se les hubiera realizado uno o dos test, se los consideraría infectados por el VIH, mientras que en realidad la mayor parte de ellos no lo está.

Éste es un defecto grave de los test de anticuerpos. El test oficial de rastreo es el Elisa, que muestra un porcentaje descomunal de resultados positivos falsos, pero la definición actual de SIDA del CDC acepta un simple resultado positivo en el test Elisa sin ninguna confirmación. Es decir, un solo Elisa positivo (además de una enfermedad correlacionada con el SIDA) trae aparejado que la gente reciba un diagnóstico oficial de SIDA.

Prácticamente, un resultado positivo en el test Elisa puede que no sea confirmado por un Western Blot, y en todo caso, tal como recién hemos visto, un simple test, o aun varios test sucesivos, pueden dar resultados positivos falsos, y una persona puede tener un resultado negativo al tercer, cuarto, quinto test, etc. Por consiguiente, a menudo un simple test de rastreo o incluso un test de rastreo junto con un test de confirmación (Elisa + WB) pueden dar un cuadro de la situación real que no es preciso.³

El Dr. Etienne de Harven y Jean-Claude Roussez, en *Las 10 más grandes mentiras acerca del SIDA (Les 10 plus gros mensonges sur le Sida)*, Dangles Éditions, 2005 precisan :

Aun hay algo más grave. Los test son tan poco específicos que los mismos productores indican que sus test no pueden ser empleados para afirmar o invalidar la presencia del “VIH”. También advierten que existen numerosas posibles causas que pueden traer aparejado resultados positivos falsos, unas sesenta en total. He aquí una lista resumida e incompleta: embarazo (en mujeres que ya han tenido otros hijos), hemofilia, transfusiones de sangre, tumores, enfermedades del hígado (hepatitis, cirrosis), tuberculosis, malaria, lepra, vacunación reciente (gripe, hepatitis B, tétano, etc.), fiebre, enfermedades auto inmunitarias, hiperlipidemia, tratamiento con gammaglobulinas, tratamiento con interferón, insuficiencia renal (con o sin hemodiálisis), infecciones respiratorias de las vías superiores (resfrío, gripe, etc.), infecciones por herpes simplex I y II, trasplante de órganos, poli artritis reumatoide, presencia en la sangre de algunos anticuerpos (anti esperma, anti hepatitis A y B, anti linfocitarios, anti glucídicos, anti colágeno, antinucleares, anti mitocondriales, HLA, etc.), diversas infecciones virales y mico bacterianas, el hecho de haber tenido otros resultados positivos falsos en otros test”⁴

No creo que haya nada más que comentar.

El test PCR (Reacción en cadena de la polimerasa) al que se le atribuye el conteo de la supuesta carga viral, es considerado un método seguro para amplificar el ADN del VIH. Sin embargo, no todos concuerdan con esto. El Dr. Etienne de Harven⁵ escribió lo siguiente en su artículo del 19 de Junio del año pasado titulado: La PCR para el supuesto conteo de la carga viral del VIH (PCR for the so-called measurement of Hiv viral load) publicado en www.rethinkingaids.com/tabid/126/Default.aspx:

En la conferencia de Thabo Mbeki de Mayo de 2000 en Pretoria, yo afirmé oficialmente que nunca se había visualizado ni una sola partícula retro viral mediante el uso del microscopio electrónico en la sangre de ningún paciente con una supuesta carga viral alta, y que esta afirmación nunca había sido rebatida;

En el debate del Parlamento europeo en Bruselas en Diciembre de 2003, yo le pedí directamente a Luc Montagnier que nos diera su definición de la “carga viral” y recibí una respuesta extremadamente ambigua (figura en la página 196 de las actas), un hecho que es muy posible que lo pueda confirmar el Profesor Gordon Stewart, quien participó en aquel debate.

En conclusión, los supuestos conteos de la “carga viral” del VIH mediante el método de la PCR no tienen ningún valor científico.

El mismo Dr. Kary B. Mullis, inventor de la PCR, premio Nobel de química 1993, afirma que su descubrimiento no puede ser utilizado para el conteo de la carga viral del VIH.

4) Los fármacos antirretrovirales tienen una toxicidad elevada. En particular, me refiero al AZT, producto que es incompatible con la vida, que después de su aprobación precipitada fue prescrito en una dosis letal de 1.000-1.500 mg por día. Sin embargo, desde 1995 con el comienzo de la “terapia coctel” o “HAART”, o “triterapia”, la dosis fue reducida a 300-500 mg por día, con el añadido de los inhibidores de las proteasas, que también presentan efectos secundarios potencialmente mortales. De todas maneras, esto significó un progreso, puesto que de esta manera disminuyeron las muertes y las graves enfermedades que provocan minusvalías debidas a ese fármaco, que de todas maneras aun presenta efectos potencialmente letales, que incluso sus mismos

defensores reconocen y entre los que se cuentan los siguientes, sólo para mencionar los más importantes:

La segunda sustancia es la azidotimidina (AZT), que desde 1986 ha sido el fármaco más prescrito para la profilaxis del SIDA. En los “seropositivos” y en los enfermos de SIDA, el AZT debería inhibir la proliferación del supuesto “retrovirus del VIH”. El AZT es altamente tóxico y produce efectos antimicrobianos, inmunosupresores y cancerígenos, además de alteraciones degenerativas del ADN en numerosos sistemas celulares del ser humano (tabla de Duesberg 1996, Giraldo 1999, Brink 2000) (Kremer, p. 231).

Era de esperar que debido a las propiedades químicas de esta sustancia, miles de estudios clínicos proporcionaran evidencia documentada de los daños tóxicos incompatibles con la vida provocados por el AZT en numerosas células inmunitarias y no inmunitarias del ser humano. Ni siquiera la publicación de numerosas pruebas científicas acerca de intoxicaciones públicamente legitimadas a través de la administración de AZT a mujeres embarazadas, neonatos y niños, fue capaz de detener este envenenamiento masivo, irracional y sin sentido desde un punto de vista terapéutico. (Gill 1987, Richman 1987, Bessen 1988, Gorard 1988, Helbert 1988, Yarchoan 1989, 1991, Pluda 1990, Till 1990, Dalakas 1990, Smothers 1991, McLeod 1992, Bacellar 1994, Parker 1994 Kumar 1994, Rosenthal 1994, Chiu 1995, Zaretsky 1995, Moye 1996, Giraldo 1999b, Brink 2000) (Kremer, p. 241).

5) Considerando la alta especialización científica de un número tan grande de disidentes, sería adecuado y correcto que el público conociese su punto de vista acerca de este síndrome, junto al de los « expertos del SIDA », pero

La desinformación orquestada por ciertos grupos de influencia supera todo lo que uno se pueda imaginar. Ello permitió recoger subvenciones descomunales procedentes principalmente de fondos públicos.

El lobby del virus no puede más dar marcha atrás, puesto que ello provocaría el escándalo médico más grande de todos los tiempos. Sin embargo, se levantan voces en el mundo entero y no son pocas. Cientos de científicos y médicos gritan su negativa de ver que a un virus virtual se lo proclama responsable de un síndrome de inmunodeficiencia. ¿Ya los habéis escuchado explicando sus argumentos en los periódicos, radio y televisión? No, por supuesto.

Estos oponentes valientes hablan a la pared. Existen demasiados intereses en juego que evitan que estos aguafiestas tengan libre acceso a los medios de información.” (Jean-Claude Roussez, SIDA, falacia científica y estafa humanitaria (SIDA: supercherie scientifique et arnaque humanitaire, Marco Pietteur éditeur, 2005) (versión inglesa: AIDS: Scientific Fraud and Humanitarian Swindle).

6) Ni siquiera las 5.000 firmas que médicos y científicos colocaron en la “Declaración de Durban” prueban que el VIH causa el SIDA. De hecho,

El segundo día de la Conferencia de especialistas (convocada por el Presidente de Sudáfrica Thabo Mbeki el 7 y 8 de Mayo de 2000 en Pretoria, unos días antes del Congreso mundial de SIDA en Durban, Sudáfrica), se formó un grupo mayoritario que incluía a “aquellos que básicamente concordaban con las convicciones oficiales”; mientras que en el grupo minoritario se encontraban “aquellos que habían criticado algunas cuestiones fundamentales de los procedimientos de los últimos 15 años”. Evidentemente, el grupo mayoritario presente en el “primer debate abierto y oficial acerca de la existencia del VIH/SIDA” no estaba dispuesto a familiarizarse con los argumentos de la minoría y menos aun a discutirlos abiertamente.

Nos despedimos con este acuerdo:

“Durante las próximas ocho semanas los participantes debían discutir en detalle y con la mayor objetividad posible las cuestiones pendientes a través de Internet, y durante el segundo encuentro a principios de Julio de 2000 se debían resumir los resultados” (Köhnlein 2000).

El acuerdo fue saboteado por la mayoría. En su calidad de presidente de la Fundación mundial contra el SIDA, el Dr. Montagnier abrió una subscripción de firmas de aproximadamente 5.000 médicos y científicos en apoyo a la teoría del VIH/SIDA y publicó estas afirmaciones, que ya se conocían desde hacía 16 años, en la famosa revista científica Nature, sin que los científicos y médicos del grupo crítico minoritario pudiesen siquiera tomar la palabra (Papadopoulos-Eleopoulos 2000c). Unos días antes del Congreso mundial de SIDA en Sudáfrica, la opinión pública mundial tenía que tener la impresión que no existían alternativas con respecto a la teoría del VIH/SIDA” (Kremer, p. 425).

7) Según lo que informan las estadísticas, en África sub-sahariana hay más de 22 millones de personas seropositivas. Pero se trata de cálculos aproximados que se basan en la “Definición de Bangui”. No es difícil darse cuenta – después de una reflexión correcta, sólo se necesita un poco de sentido común – que no se puede afirmar sin cuestionar, que en África las personas que tienen fiebres prolongadas durante uno o más meses, pérdida de peso superior al 10% y diarrea persistente son enfermos de SIDA, puesto que estos síntomas están asociados a las enfermedades que *siempre* afligieron a África. La inmunodeficiencia adquirida está presente en África de todos modos, pero depende sobre todo de otros factores. Difundir estas estadísticas erróneas basadas en falsedades no ayuda a resolver cuanto antes el problema del SIDA, sino que solo sirve para perpetuarlo.

7) Así como están las cosas, creo que es justo que cualquiera que se ocupa de SIDA pueda conocer, además de la información oficial, lo que dicen tantos eminentes científicos, médicos, investigadores, periodistas, etc., cuya profesionalidad no puede ser puesta en discusión, que afirman que el SIDA tiene una etiología diferente y que la medicina oficial del SIDA es un fraude científico enorme y uno de los escándalos más grandes en la historia de la medicina.

* * *

Con respecto a la situación en África, creo que es oportuno añadir aquí la traducción del siguiente capítulo tomado de “SIDA, Una historia diferente”.

La situación en África

A diferencia de lo que sucede en otros países, en África el SIDA puede ser diagnosticado simplemente en casos de fiebre, diarrea, pérdida de peso del 10% y tos persistente. Sin embargo estos síntomas están asociados con enfermedades presentes en África desde hace mucho tiempo, como tuberculosis, malaria, una larga serie de infecciones y otras

enfermedades, que son consecuencia de la pobreza, malnutrición, falta de higiene, etc. Antes de la aparición del SIDA, a estas enfermedades se las llamaba por su propio nombre, pero ahora están asociadas con el SIDA.

El Dr. Kremer señala lo siguiente:

En los países africanos, los estándares clínicos para el diagnóstico de SIDA y los estándares de los protocolos para determinar el nivel de anticuerpos contra los supuestos virus denominados VIH en realidad no corresponden con los estándares de los países occidentales. Independientemente de la raza y de los procedimientos diagnósticos específicos de cada país, las respuestas de las células inmunitarias y no inmunitarias programadas por la biología evolutiva frente al estrés nitro sativo y oxidativo son idénticas en todos los seres humanos. En África, sobre todo, se trata de procesos inflamatorios e infecciosos crónicos, falta de proteínas y carencias nutricionales (SIDA nutricional), contaminación del agua potable provocada por bacterias nitrificantes y contaminación de alimentos con nitrosaminas. Estos factores pueden conducir a una sintomatología clínica propia de infecciones oportunistas (SIDA) como consecuencia del pasaje inducido de TH1 a TH2 (con la consecuente predominancia de linfocitos TH2).

Las infecciones crónicas causadas por micobacterias, como la tuberculosis crónica o la forma lepromatosa de la lepra; por bacterias espiroquetas, como la forma terciaria de la sífilis; por el microorganismo causante de la malaria; por tripanosomas, toxoplasma y otros parásitos; por hongos como el Pneumocystis, por algunas formas de Cándida, histoplasma, criptococos y muchos otros, son siempre el fruto de una respuesta inmunitaria TH1 demasiado débil y de una alteración del equilibrio inmunitario celular entre TH1 y TH2 y el pasaje hacia un estado inmunitario TH2 acompañado de un aumento de producción de anticuerpos. Las infecciones causadas por parásitos provocan desde el principio una respuesta inmunitaria TH2 que va acompañada de un aumento de producción de anticuerpos. Las infecciones provocadas por parásitos provocan desde el comienzo una respuesta inmunitaria TH2 que puede volverse crónica. En África, los síntomas clínicos crónicos de tipo y duración no específicos, han sido diagnosticados desde 1985 como SIDA basándose en la definición de Bangui, y además, sin realizar el test que detecta los supuestos anticuerpos frente al VIH (Kremer, p. 394).

La definición de Bangui

Sam Burcher, miembro del Instituto de la ciencia en la sociedad de Londres (The Institute of Science in Society), nos brinda informaciones útiles para una mejor comprensión de la situación en África en su escrito “¿Hay una epidemia de SIDA en África?” (African AIDS epidemic?):

Ser positivo al VIH normalmente es un requisito para un diagnóstico de SIDA, pero realizar test para el VIH no es exactamente lo que sucede en África, donde no se requiere ningún test para el VIH para hacer un diagnóstico de SIDA. Esto es así porque en Octubre de 1985 un grupo de funcionarios de salud pública,, entre los que se encontraban representantes del CDC (Centro para el control de las enfermedades de los Estados Unidos) y la OMS (Organización mundial de la sanidad) se encontraron en una conferencia en Bangui, África Central, para ponerse de acuerdo sobre lo que significaba un diagnóstico de SIDA en África.

*Ello habría permitido que los médicos identificaran a los pacientes de SIDA y también que contaran en modo serio a esos pacientes. **La definición de Bangui es la siguiente**⁷: “fiebres prolongadas durante uno o más meses, pérdida de más del 10% del peso corporal y diarrea persistente”. Concordar con esta definición significó que se clasificó hábilmente como enfermedades relacionadas con el SIDA a las enfermedades tradicionales de África vinculadas a la miseria, guerras, hambre, clima tropical, aguas servidas a cielo abierto y agua contaminada. El consenso general acerca de las directivas de Bangui se debe al hecho que “esta definición resultó útil en zonas donde no había test disponibles”. Sin embargo, tal como ha señalado Charles Gilks del British Medical Journal⁸ en 1991: “la diarrea persistente acompañada de pérdida de peso puede asociarse a parásitos entéricos y bacterias normales”. Además, “en los países en los cuales la incidencia de tuberculosis es alta, un número sustancial de personas a las cuales se les diagnostica SIDA, puede que en realidad no estén afectadas por esta enfermedad”.*

Desde 1993, las enfermedades endémicas como la tuberculosis han sido incluidas entre las enfermedades definidas como SIDA, y en 2002 la OMS colocó al SIDA en el primer puesto entre las enfermedades más mortales, desplazando a la tuberculosis. El Servicio de cálculo estadístico (STATS) indicó que se trata de una tentativa de “mover los casos de muerte de un lado para el otro”.⁹ Recientemente se añadió el cáncer cervical a la lista de enfermedades definidas como SIDA, que es fácil de tratar si se lo detecta a tiempo, pero amenazador de la vida si no lo es.

El profesor Charles Geshekter de la Universidad de California, que viaja a África a menudo debido a sus investigaciones, descubrió que algunas clínicas prenatales estaban ofreciendo test del VIH y recogiendo datos. El problema es que el embarazo es una de las numerosas situaciones que pueden dar lugar a resultados positivos falsos cuando se utiliza el test “Elisa” estándar. Otras enfermedades conocidas que desencadenan resultados incorrectos son hepatitis, gripe, malaria, tuberculosis y vacunación reciente.

Por consiguiente, los resultados anuales de “seropositividad” de 4.000 mujeres embarazadas son extrapolados por las computadoras de la OMS para representar la incidencia de SIDA en toda la población, incluyendo hombres, mujeres, jóvenes y ancianos.

El profesor ‘disidente’ Jens Jerndal, miembro del grupo para el replanteamiento científico de la hipótesis VIH/SIDA indica que las estadísticas son trucos de magia para inflar los casos de SIDA, infundir terror y pánico en la población en general, y así permitir la introducción de prácticas médicas obligatorias o limitaciones a la libertad de movimiento de las personas de parte de quienes detentan el poder¹⁰. Por este motivo, el hecho de presentar la cifra acumulativa de aquellos que sufren de SIDA tiene un efecto mayor que el de presentar el número anual de nuevos casos, que daría un cuadro más preciso de la epidemia

También preocupa al profesor Jerndal la práctica de ampliar las definiciones de las enfermedades diagnosticadas como SIDA. Hoy se las considera como SIDA a por lo menos veintinueve enfermedades diferentes que existían antes del SIDA cuando están acompañadas por un test del HIV positivo, pero existen más de sesenta condiciones diferentes que pueden provocar un resultado positivo al test del SIDA, pero que no tienen nada que ver con el VIH ni con el SIDA. El mensaje de Jerndal es que al mundo se le vendió un dogma no demostrado de que el VIH causa el SIDA, con la consiguiente utilización de fármacos mortales de la medicina convencional.

Los diagnósticos equivocados pueden tener un efecto devastador en la vida de un paciente, pero aparte de la inexactitud de los resultados, un test del HIV positivo no significa absolutamente que luego se desarrollará el SIDA.¹¹ Pero realmente hasta ahora nunca se hizo una distinción entre los dos¹². ¿Quiénes se benefician de la invención de tantos casos de personas afectadas por una enfermedad mortal de proporciones colosales? En los Estados Unidos en el 2000, durante la presidencia de Clinton, el SIDA en África pero no en los Estados Unidos fue declarada una cuestión de seguridad nacional. Se dijo que mientras que en los Estados Unidos el

SIDA estuviera confinado a la comunidad homosexual, era controlable, pero una vez que se verificara la transmisión heterosexual en África, entonces todo el mundo iba a tener razón de tener miedo y por consiguiente se iban a disparar los presupuestos para el SIDA. Todos los africanos fueron catalogados injustamente como insaciables, promiscuos y temerarios mientras se ignora la cuestión clave acerca de la pobreza que los aflige. Las estadísticas informan que los porcentajes de infección en algunos países de África alcanzan el 25% y que las mujeres están más afectadas que los hombres¹³. Las estadísticas del Banco Mundial sobre África subsahariana informan que 29,4 millones de personas están afectadas por el SIDA, mientras que en El Cairo, Egipto, sólo se verificaron 215 casos de VIH/SIDA en una población de 65 millones de habitantes¹⁴.

Según el Canciller británico Gordon Brown, los programas de Naciones Unidas para eliminar la pobreza, que se comprometían a reducir en un 50% la deuda de los países de África sub-sahariana para el año 2015, ahora es más probable que se lleven a cabo en el 2147. Bajo los auspicios del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, cada año se transfieren 2,5 billones de dólares de los bancos de los países de África sub-sahariana a bancos y acreedores extranjeros.

Un golpe adicional es la propuesta del presidente Bush de recortar la mayoría de los fondos destinados a África¹⁵.

En África, las personas mueren de enfermedades causadas por las condiciones de vida inadecuadas y merecen recibir ayuda para mejorar su calidad de vida, principalmente a través de acceso a agua potable y buenos alimentos. Una ayuda constructiva les permitiría eliminar el hambre por sí mismos¹⁶, como los programas de agricultura sostenible. Y fomentando el empleo en los dormitorios de redes para mosquitos tratadas con insecticidas asequibles ayudaría a combatir la muerte anual de millones de niños por malaria¹⁷. Este tipo de ayuda podría sustituir a las medidas manipuladoras como los bienes de crédito fiscal norteamericanos endilgados a los países africanos.

Mientras millones estaban muriendo de hambre, las compañías farmacéuticas hacían absurdas “donaciones” de fármacos estimulantes del apetito a Sudán, e implantes de silicona a Malawi. Después, estas compañías requerían el pago de impuestos por sus regalos inútiles, caso contrario esos países no habrían podido utilizarlos¹⁸.

Es improbable que adosar nuevas y viejas enfermedades a la definición de SIDA sea útil para abordar los problemas claves de desnutrición y sanidad, pero podría

fomentar el empleo de fármacos. Para muchos africanos los costos de los fármacos convencionales aun son prohibitivos, y los gobiernos que los adquieren ven aumentar su deuda con el Banco Mundial. Para que cualquier terapia farmacológica sea realmente eficaz tiene que ser hecha junto con una adecuada alimentación y buenas condiciones sanitarias.

Uno de los fármacos más recientes que se utilizan en terapia combinada se llama Nevirapina, un inhibidor no nucleosídico de la transcriptasa inversa (NNRTI), que disminuye la carga viral en la infección por VIH. Este fármaco está causando efectos secundarios neuropsiquiátricos en los pacientes con el VIH que no tenían un historial anterior de enfermedades mentales¹⁹. Tres pacientes en tratamiento desarrollaron reacciones psicóticas a los fármacos. Otros dos pacientes trataron de suicidarse después de sufrir alucinaciones, mientras que el tercero sufrió de manía persecutoria y depresión después de comenzar con la nevirapina. Los efectos secundarios físicos incluyen hepatotoxicidad, disturbios gastrointestinales y reacciones cutáneas.

El Dr. David Rasnick, un ‘disidente del SIDA’ importante que ideó los inhibidores de las proteasas (PI’s), que son fármacos utilizados en el tratamiento de la infección por VIH, está seguro que los PI’s pueden ayudar a disminuir la carga viral pero no está convencido de que el VIH cause el SIDA. En una entrevista publicada en Octubre de 2000 en el San Francisco Herald afirmó: “En realidad, en este momento estoy bastante seguro que no existe ninguna epidemia de SIDA en África, donde estuve en Mayo y Junio de este año. La razón por la que afirmo esto, en pocas palabras, es porque hemos visto e interrogado a mucha gente, incluso a los ministros del gobierno, al director del consejo para la investigación médica de Sudáfrica, a los responsables del Centro norteamericano para el control de las enfermedades, etc., y a todos los que pudimos les preguntamos lo siguiente: “¿Cuántos son los casos de SIDA en Sudáfrica y cuántas las muertes debidas al SIDA?”, pero nunca nadie nos respondió. Hasta ahora no nos han respondido a esta pregunta, y de hecho, no creo que en Sudáfrica exista nada semejante al SIDA. Son siempre los mismos motivos que padecen los africanos desde hace generaciones y por lo que se muere en África, es decir, pobreza, desnutrición, falta de higiene, agua contaminada, este tipo de cosas. Ahora llamamos SIDA a aquello que antes más honestamente llamábamos con el viejo nombre”.

El profesor P. Addy, director del departamento de microbiología clínica de la Universidad de Ciencia y Tecnología de Kumasi, Ghana, apoya a las opiniones de los disidentes del SIDA y dijo: “Desde hace tiempo sé que el SIDA no es un

problema crítico en África, tal como se le hizo creer al mundo. El occidente apareció con esas estadísticas aterradoras sobre SIDA en África porque no es consciente de ciertas condiciones sociales y clínicas. En la mayoría de los países africanos las infecciones son muy comunes, especialmente aquellas provocadas por parásitos. Y estas son las condiciones que pueden comprometer o afectar fácilmente al sistema inmunitario”. Addy concluye de esta manera²⁰:

“El diagnóstico, el simple hecho de que se le diga a alguien que tiene SIDA es suficiente para matarlo y de hecho está matando a la gente”.

Algunas consideraciones acerca de las estadísticas de UNAIDS y OMS

En Mayo de 2000, en el primer encuentro de la comisión asesora internacional de SIDA en Pretoria convocada por el Presidente sudafricano Thabo Mbeki para llevar a cabo un debate abierto acerca de las causas del SIDA y el tratamiento del síndrome con AZT, Duesberg ilustró la situación demográfica en África de esta manera:

A todos nosotros que tuvimos que enfrentar la retórica norteamericana acerca del SIDA y las falsedades expresadas en ocasión de nuestro primer encuentro en Pretoria en Mayo de este año respecto a las “dimensiones catastróficas” del SIDA en África (Washington Post del 30 de Abril de 2000), nos sorprendió enterarnos del sano porcentaje de crecimiento de la población africana (del 2,4 al 2,8% al año comparado con el 1% en los Estados Unidos y el 0,5% en Europa, según informa USAIDS de Febrero/Marzo de 1999). El presidente Clinton es un ejemplo de esta retórica (en su respuesta a la carta que en 2000 el presidente Mbeki envió a los líderes políticos mundiales acerca del SIDA en África), quien recientemente definió al SIDA como una de las “amenazas a la seguridad nacional de los Estados Unidos” ... luego de los informes de las autoridades norteamericanas que consideran el alcance de las consecuencias de la pandemia ... especialmente en África ... y prevén que es posible que un cuarto de la población sudafricana esté destinada a morir de SIDA (Washington Post del 30 de Abril de 2000). También sorprende, considerando los datos a disposición, el informe alarmante de UNAIDS y OMS que anuncia que en África desde “principios de los años ochenta”, el número de personas “afectadas por el VIH/SIDA” y “consideradas” portadoras de anticuerpos frente al VIH, aumentó a más de 23 millones (Programa de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA – UNAIDS,

“Actualización sobre la epidemia de SIDA: Diciembre de 1999”, OMS, Informe epidemiológico semanal (Weekly Epidemiological Record n. 73, 1998, p. 373-380). Ni la OMS ni Naciones Unidas muestran que durante el mismo periodo en el que el continente africano tenía que haber sido plagado por una nueva epidemia de SIDA, la población africana tuvo un aumento de 147 millones de habitantes.

Análogamente, Sudáfrica tuvo un crecimiento demográfico de 17 millones de habitantes y para 1990 alcanzó 37 millones (Programa ambiental de Naciones Unidas, 5 de Junio de 2000) y 44 millones en 2000 (“HIV/SIDA en el mundo en vías de desarrollo”, Departamento norteamericano para el desarrollo internacional y Oficina Causus norteamericana, Mayo de 1999). ... Aunque los 23 millones de habitantes “considerados” seropositivos según la OMS están afectados “por el HIV/SIDA”, la organización no presenta ninguna prueba de que la morbilidad y la mortalidad superan cifras bajas, es decir, 75.000 casos por año (significa que se trata del 0,012% de la población africana señalada por la OMS (OMS, Informe epidemiológico semanal (Weekly Epidemiological Record, n. 73, 1998, p. 373-380).

Los datos efectivamente señalados en los informes epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud acerca de la morbilidad y mortalidad en general de los países africanos, son un poco más altos que la de los países occidentales; el 0,012% de la población africana en general se enferma y muere de SIDA cada año (OMS, Weekly Epidemiological Record, desde 1991), en comparación con el 0,001, 0,002% de la población en general de los países occidentales (CDC 1999, Instituto Robert Koch, 1999). Las afirmaciones propagandísticas absurdas acerca de la “pandemia en África”, proporcionadas por la OMS a los medios de comunicación masivos, se basan en extrapolaciones arbitrarias, obtenidas abusando de la “biotecnología norteamericana” (Duesberg 2000) (Kremer, p. 362-363).

Mientras tanto, el SIDA no “explotó exponencialmente” como muchos virólogos y especialistas en enfermedades infecciosas habían previsto dramáticamente y difundiendo el terror (por ejemplo, la OMS había afirmado en 1987 que “para 1990, 100 millones de personas estarán infectadas por el VIH”, previsión que se demostró totalmente infundada)” (Duesberg, p. 13).

Procedimiento que establece el número de seropositivos en África

Roberto Cappelletti – médico del Cuamm/Médicos con África, que tiene una amplia experiencia de trabajo en África sub-sahariana, durante una entrevista con Raffaello Zordan indicó el procedimiento que se utiliza para calcular el número aproximado de seropositivos:

Para tener una idea exacta del problema del SIDA es necesario razonar acerca de los casos concretos de enfermedad. Los datos publicados por la OMS a fines de Noviembre de cada año muestran que en África sub-sahariana los casos de SIDA eran 553.291 en 1996, 617.463 en 1997, 706.318 en 1998, 794.444 en 1999 y 876.009 en el año 2000. Se trata de casos acumulativos, lo que significa que se añaden nuevos casos a los de años anteriores, por lo cual siempre hay un aumento.

Pero veamos los nuevos casos de SIDA tomando cada año por separado: 64.172 en 1997, 88.855 en 1998, 88.126 en 1999, 81.565 en 2000. De estos datos se deduce que en África no existe ninguna epidemia en curso, sino solo una situación endémica bastante estable, con aproximadamente 80.000 casos por año en los últimos tres años.

La OMS hace comentarios engañosos cuando afirma que para el 15 de Noviembre de 2000 hubo un aumento del 10% de casos en África sub-sahariana comparado con el dato acumulado del año anterior. Pero si observamos los nuevos casos de cada año, resulta lo opuesto, es decir, que en el año 2000 hubo una disminución del 7% de casos.

La muestra de población elegida para la investigación son mujeres embarazadas que acuden a los consultorios donde se deberían detectar los embarazos en riesgo y dar terapias de apoyo. A estas mujeres se les hace sólo un test de anticuerpos VIH (sin un test confirmatorio). Luego, los datos acerca de los porcentajes de seropositividad se extienden a la población general mediante cálculos que no se hacen públicos. Pero sabemos que ningún test de anticuerpos VIH es 100% seguro; que siempre existe la posibilidad de que presenten resultados positivos falsos; que en África muchas enfermedades parasitarias pueden ser el motivo por el cual el test da un resultado positivo falso; que durante el embarazo se crea momentáneamente una situación inmunológica semejante al SIDA.

Actualmente los programas de cooperación para combatir el SIDA cuentan con una gran disponibilidad de fondos, comparado con su escasez para los programas

de lucha contra la pobreza y las enfermedades en general. Además, algunas estadísticas de la OMS, pero también algunas de la UNAIDS, legitiman esta distribución de fondos distorsionada. Además señalo que existen enormes intereses comerciales en juego que procuran extender el mercado de fármacos contra el SIDA en África. La decisión del G8 de financiar al Fondo mundial para el SIDA, que será utilizado casi exclusivamente para adquirir fármacos, es un negocio multimillonario. Hace años que las empresas farmacéuticas tratan de ampliar su mercado en África, e incluso hay préstamos ya preparados para los estados africanos que quieren adquirir los fármacos contra el SIDA.

En África especialmente es necesario contar con criterios seguros para el empleo de fármacos contra el SIDA. Éstos comprenden algunos exámenes de laboratorio que son demasiado costosos para las estructuras sanitarias africanas. Sin estos test, ¿Cómo se puede comenzar un tratamiento o controlar la eficacia de los fármacos? Por consiguiente, existe el riesgo que los fármacos se usen incorrectamente, y seguramente habrá muchas muertes debidas a los efectos tóxicos de los fármacos, cuya detección también es muy difícil.

Hoy en día sabemos que desde hace ahora veinte años muchos seropositivos no desarrollan la enfermedad. Entonces ¿Por qué no ayudar al sistema inmunitario de estos individuos para que éstos alcancen un estatus de seropositivos sanos en vez de tratar de destruir al virus? (nota del redactor: suponiendo que el virus exista de verdad y, si es así, que sea un virus patológico), es lo que se preguntan muchos inmunólogos, como el profesor Mario Clerici de Milán. Los fármacos actuales no pueden eliminar un virus completamente y lo que es más, no mejoran el funcionamiento inmunitario, puesto que neutralizan momentáneamente las reacciones inmunitarias esperando el colapso final.

También es increíble el modo con que la medicina moderna abolió el primer principio de no dañar. Experiencias recientes en la India indican que se pueden obtener los mejores resultados con los enfermos a través de un enfoque holístico, es decir, tomando en cuenta nutrición, situación psicológica y condición social. Es obvio que este enfoque es el más razonable. En África, se subvaloran aspectos importantes como la nutrición (desde hace tiempo se reconoce que la desnutrición proteico-calórica es la principal causa de inmunodeficiencia celular T) y las condiciones de vida particularmente duras.

En el informe sobre la sanidad mundial del 2000 (World Health Report 2000) de la OMS, se presenta un cálculo aproximado de 2,6 millones de muertes debidas al SIDA para el 1999, lo que coloca al SIDA en el primer lugar entre las

enfermedades infecciosas que causan mortalidad, mientras que la malaria ocupa el cuarto lugar causando aproximadamente un millón de muertes, después de la diarrea (2,2 millones) y la tuberculosis (1,6 millones).

Sin embargo, ello no corresponde con la experiencia médica en África. En el hospital Lacor de Uganda, las primeras causas de mortalidad hospitalaria durante 1992-1997 fueron: desnutrición (821 muertos), malaria (717), meningitis (437), SIDA (431), pulmonía (430), sarampión (416), diarrea (387), tuberculosis (373). Todos los médicos que tuvieron experiencias recientes en África concuerdan con que la malaria es el asesino principal. Aunque el SIDA es un problema serio, nadie lo considera como el problema principal.

Los datos del hospital Lacor muestran que por cada muerto de SIDA hay ocho muertes debidas a condiciones que son potencialmente tratables o prevenibles, con costos que seguramente serían mucho más inferiores que los fármacos antirretrovirales. Todos los hospitales regionales y locales, como por ejemplo aquellos que se encuentran en Uganda y Tanzania (los países que conozco mejor), están en condiciones precarias. También se necesitan fondos para hacer que estas estructuras vuelvan a tener un nivel aceptable mínimo”.

A este punto deberíamos preguntarnos – si realmente queremos ayudar a África – si es apropiado apoyar el envío de anticonceptivos y fármacos antirretrovirales o concentrarse principalmente en campañas alimenticias y sanitarias.

Estas informaciones científicas que estoy difundiendo son una pequeña contribución que puede ayudar a quienes están interesados en el problema del SIDA, puesto que, a pesar de la asignación de ingentes sumas de dinero en todo el mundo²¹ y de que aun se habla de 33 millones de personas afectadas por el virus²², hasta ahora no se halló una solución.

Hermano Luciano Checcucci
Convento de San Francisco
Florencia
Italia

REFERENCIAS

1 Heinrich Kremer, La revolución silenciosa en la medicina del cáncer y del SIDA, 2000, p. 165 (Edición italiana).

2 Peter Duesberg, Inventando el virus del SIDA (*Inventing the AIDS Virus*), p. 261 (Edición italiana).

3 Véase “El verdadero significado del test de anticuerpos para el HIV” (Understanding the HIV antibody test), *Journal of International Health Research*, n. 1, Mayo de 1994.

4 Véase “Reacción positiva falsa en los tests del VIH” (False positive reaction on the HIV tests) en “Los test del VIH no pueden diagnosticar infección por VIH” (*HIV tests cannot diagnose HIV infection*) (www.robortogirardo.com/eng/papers/Farber_Reply_April_2006.html).

5 El Dr. Etienne de Harven es ex profesor de biología celular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cornell en Nueva York y profesor emérito de patología de la Universidad de Toronto en Canadá. Durante los 25 años de su carrera profesional estudió principalmente, utilizando el microscopio electrónico, las ultra estructuras de los retrovirus en el Instituto Sloan Kettering de Nueva York y también trabajó 13 años en la Universidad de Toronto.

6 Véanse los extractos traducidos en español de la monografía escrita por Mbeki y otros autores “Castro Hlongwane...el VIH/SIDA y la lucha por la humanización de los africanos”: www.tig.org.za/TIGsp/Castro%20Hlongwane.htm

7 Organización Mundial de la Salud (OMS), Informe epidemiológico semanal (*Weekly Epidemiological Report*), n. 10 del 7 de Marzo de 1986, p. 71.

8 Charles F. Gilks, Para qué sirve una definición de los casos clínicos ante el SIDA en África (*What use is a clinical case definition for Aids in Africa*). *BMJ* n. 303, p. 1189-1190, 9 de Noviembre de 1991.

9 Tom Bethell, Inventando una epidemia. A las enfermedades tradicionales de África se las llama SIDA (*Inventing an Epidemic. The Traditional diseases of Africa are called AIDS*). *The American Spectator*, Abril de 2000.

10 “Una de las pocas fuentes de estadísticas sobre SIDA en África que se atienen a los hechos son los test de anticuerpos (llamados test de anticuerpos frente al VIH) que se llevan a cabo en mujeres embarazadas en una pocas clínicas prenatales.

Según se informa, los resultados muestran que un muy alto porcentaje de esas mujeres son “seropositivas”. ¿Por qué es así? ¡Porque existen más de 60 condiciones de salud diferentes que pueden ocasionar que un test dé un resultado positivo, y entre las que se encuentra el propio embarazo! Otras condiciones son vacunaciones e infecciones recientes, como hepatitis, malaria, tuberculosis y gripe.

Teniendo en cuenta que el test se realiza en mujeres embarazadas, que el embarazo es una de las causas reconocidas de un resultado positivo falso y que la mayoría de las mujeres que acuden a esas clínicas son pobres y a menudo desnutridas, es muy probable que también hayan estado en contacto con algunas de las otras condiciones, por lo que se puede prever que el test realizado en un alto porcentaje de ellas presentará un resultado positivo.

Sin embargo, ello no significa que de hecho sean seropositivas, y por cierto no significa que alguna vez desarrollen el SIDA.

Pero estos resultados de los test evidentemente incorrectos y esencialmente sin sentido son calculados y aplicados a toda la población africana, tanto a hombres como a mujeres, viejos y jóvenes, ricos y pobres. Como si se pudieran aplicar a todos por igual, y como si fueran prueba de la incidencia del SIDA. Ello no es así, y cualquiera que tenga un conocimiento elemental de los test y de estadística, tiene que ser consciente de ello. Sin embargo, este es el modo con el cual se elaboran y publicitan estadísticas sobre SIDA en África.

Por cierto, aparte de de las más de 60 causas comunes que pueden provocar un resultado positivo falso en el test, se demostró que los resultados de los test realizados en la misma persona pueden variar cada tanto, aun siendo llevados a cabo en el mismo laboratorio, y varían aun más de un laboratorio a otro y de un país a otro. La razón es que no existe un “gold standard” para el test, es decir, es arbitrario, pues depende de la calibración especial del test. Y este tipo de test es el que se utiliza para decirle a la gente que morirá de SIDA, y que tienen que tomar fármacos asquerosamente caros que los enferman gravemente y que incluso los matan, pero que nunca los pueden curar.

Este es el trasfondo de la negativa del ex presidente sudafricano Mbeki de ofrecer estos fármacos que además de ser a costa del gobierno no solo son ineficaces sino que también provocan daños mortales a mujeres embarazadas y neonatos, y a todo el mundo. Y Mbeki realmente tiene un muy buen motivo para hacerlo. [...]

Además, los informes de los casos de SIDA en África se basan en criterios que son muy distintos dependiendo de la zona, o dependiendo de las organizaciones. El hecho de que pareciera haber apoyo económico para los casos de SIDA, mientras no lo hay para viejas enfermedades, también impulsa a aquellos que se ocupan del tema a comunicar cualquier enfermedad como si fuera SIDA, cuando en realidad son casos clásicos de tuberculosis, malaria u otras enfermedades endémicas africanas.

Curiosamente, la tuberculosis y la malaria, ambas muy comunes en África, fueron incluidas – junto a otras enfermedades- entre las supuestas enfermedades asociadas con el SIDA, y todas pueden dar un resultado positivo falso en el supuesto test del VIH. ¿No es ingenioso? ¿Pueden ver la ilusión?” (Jens Jerndal, Juegos de magia. La quimera de las cifras denominadas estadísticas del SIDA) (*Smoke and Mirrors. The great illusionist number called Aids statistics*), *Health Counter News*. © Pascua de 2002).

11 Peter Duesberg, 1995, SIDA infeccioso, ¿Nos han engañado? (*Infectious Aids: Have We Been Misled*), ISBN 1-55643-204-6.

12 Eleni Papadopulos-Eleopulos, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, Harvey Bialy, SIDA en África, distinguiendo realidad y ficción (*Aids in Africa: distinguishing fact and fiction*). *World Journal of Microbiology & Biotechnology* (1995) 11, p.135-143.

13 Charles Gesheker, Un replanteamiento crítico de la investigación sobre SIDA en África y los estereotipos sexuales occidentales. Preparado para su presentación ante el consejo del encuentro de la asamblea general para el desarrollo de la investigación en ciencias sociales en África (CODESRIA) (*A critical reappraisal of African Aids Research and Western Sexual Stereotypes*). Prepared for Presentation to the General Assembly Meeting Council for the Development of Social Science Research in Africa (CODESRIA) en Dakar, Senegal, del 14 al 18 de Diciembre de 1998, revisado el 5 de Mayo de 1999.

14 www.worldbank/.org/afr/aids

15 Charlotte Denny, Brown y Bono hacen un llamamiento para que se duplique la ayuda en efectivo (*Charlotte Denny, Brown and Bono appeal for doubling of aid cash*). *The Guardian*, 17 de Febrero de 2004.

16 Corporate Watch. Boletín de noticias, 6ta. Edición (*Newsletter issue 6*). Abril y Mayo de 2002.

17 Mae-Wan Ho, Para que Etiopia se alimente a si misma (*Ethiopia to feed herself*). *Science in Society* 2002, n. 16, edición de otoño.

18 Sam Burcher, Contrarrestar la malaria (*Rolling Back Malaria*). *Science in Society* 2002, 13-14.

19 J. Wise, K. Mistry, S. Reid, Complicaciones neuropsiquiátricas del tratamiento con nevirapina (*Neuropsychiatric complications of nevirapine treatment*). *BMJ* Abril de 2002, n. 13, p. 324 (7342), 879.

20 Neville Hodgkinson, Lloro, amado país. Como África se convirtió en la víctima de una epidemia del VIH/SIDA que no existe (*Cry, Beloved Country. How Africa Became the Victim of a non-existent Epidemic of HIV/Aids*). <http://www.virusmyth.net>

21 “Ahora, veinte años más tarde y después que se gastaron 500 billones de dólares, aun no existe evidencia científica que demuestra que Gallo [y Montagnier] haya aislado el VIH de ningún paciente de SIDA que él haya estudiado, y tampoco existe ningún artículo publicado de ningún otro científico en ningún otro lugar del mundo que demuestre purificación directa del VIH de algún ser humano”, *El 23 de Abril es el día del Replanteamiento del SIDA* en (www.rethinkingaids.com/Content/April23rd/Tabid/101/Default.aspx).

22 Las estadísticas difundidas por la OMS y UNAIDS calculaban que había 40 millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo. En el informe de UNAIDS publicado en Noviembre de 2007 redujeron esta cifra a 33 millones, puesto que “adoptaron un método de medición más preciso”.