

## COMENTARIO DEL GRUPO DE PERTH SOBRE “LA TRAMPA DEL SIDA”

Es de suponer que “The AIDS Trap” (La trampa del SIDA) ha sido escrito para proporcionar una perspectiva disidente en un lenguaje llano para cualquiera que está pensando en hacerse un test del VIH. Tal vez pocas personas se fiarán de la información y el consejo ofrecidos en este informe. Sin embargo, es más probable que la mayoría discuta su contenido con sus médicos. Es decir, a los médicos, abiertamente o secretamente, se les informará de este documento y responderán acerca de éste cuando sus pacientes se los pidan. Otros médicos, como los de AIDSTruth.org, puede que respondan aun cuando no se les pida (pese a que ello puede parecer que contravenga sus normas internas). En este comentario incluimos respuestas que creemos que serían las típicas de los médicos interrogados por sus pacientes. Las preguntas que se tienen que hacer aquí son las siguientes: (i) ¿El informe ayudará a los pacientes a tomar una decisión? (ii) ¿Alguna de las afirmaciones vertidas en el informe llevará a que la gente tome medidas dañinas?

Las citas tomadas de “The AIDS Trap” (La trampa del SIDA) y del comunicado de prensa están en cursivas, mientras que nuestros comentarios están en escritura normal.

Por favor, cítese este material de la siguiente manera: El grupo de Perth: Comentario sobre el informe “La trampa” de Rethinking AIDS Septiembre de 2009.

=====

### *Publicaciones de Rethinking AIDS (Replanteando el SIDA) Nuevo informe sobre los tests del SIDA*

El comunicado de prensa informa acerca de un “Nuevo informe sobre los tests del SIDA”, pero sin embargo se ocupa solamente de los tests del “VIH”. No define lo que se entiende por “Tests del SIDA” pero es de suponer que se refiere a métodos de laboratorio utilizados para documentar la inmunodeficiencia (IDA= bajo número de células T4) o métodos de diagnóstico para las enfermedades relacionadas con el SIDA. Tal como revela el film de Brent Leung, mucha gente confunde los términos “VIH” y “SIDA” y no siempre es capaz de distinguir la diferencia entre ambos. El comunicado de prensa no palia esta situación.

***SAN FRANCISCO (Rethinking AIDS), 23 de Mayo de 2009 – El informe esboza cómo los tests del VIH (Virus de inmunodeficiencia humana) o del SIDA carecen de bases científicas y son inútiles como herramienta diagnóstica para determinar quién se contagiará el SIDA, y describe los peligros de resultar positivo en los tests.***

El hecho de que el informe no distinga entre los tests del VIH y las enfermedades del SIDA, significa que sostiene que no existe una base científica para el diagnóstico de las enfermedades relacionadas con el SIDA. Ello es incorrecto, pues respecto a los tests del “VIH”, (a) existe una base científica en el diagnóstico serológico; (b) el comité de RA [Rethinking AIDS] desconoce o niega los datos exhaustivos que relacionan la presencia de “anticuerpos contra el VIH”, independientemente de su origen, con una probabilidad mayor de desarrollar ciertas enfermedades, conocidas como enfermedades relacionadas con el SIDA, especialmente en sujetos que forman parte de los grupos a riesgo de SIDA. Es un despropósito científico afirmar que los tests “son inútiles como herramienta diagnóstica para determinar quién se contagiará el SIDA”. Más adelante se afirma en el informe que “Ellos [los tests de anticuerpos] analizan si tu sangre tiene niveles altos de las mismas proteínas halladas en niveles altos en la sangre de la mayoría de los primeros pacientes de SIDA”. Se supone que por “niveles altos de las mismas proteínas” se refiere a los anticuerpos responsables de un test ELISA y WB positivos, pese a que también se podría referir a un estado de hipergamaglobulinemia, una característica de laboratorio típica de los sujetos VIH-positivos. Ambos hallazgos son anormales y constituyen un signo de enfermedad actual o incipiente. Existe información más que suficiente de que éste constituye uno de los “peligros de resultar positivo en los tests”.

Parece que el comité no considera las ventajas de someterse a un test y ser hallado VIH-negativo.

*Este informe fue aprobado por el comité de Rethinking AIDS, una asociación de más de 2.600 médicos, científicos, y otros profesionales.*

Este informe no revela su autoría. David Crowe dice que los únicos nombres mencionados en este informe son los del “editor y del ilustrador”, dando a entender que estos dos sujetos son los responsables de su contenido científico. Pero también dice: “Estoy a favor de aceptar sugerencias de cambios en el informe en cualquier momento, y también Martin [Barnes] es muy flexible en este asunto. Obviamente podemos llegar a decidir que los cambios que no son radicales no se hagan inmediatamente o que no se hagan en absoluto”. Es decir, él (¿El comité de RA?) decide acerca del contenido de este informe.

En un mail enviado a David Crowe, Celia Farber le preguntó lo siguiente: “David, quiero hacerte una pregunta breve, me parece recordar que el informe circuló hace años, quizá hace meses, e invitaba a hacer observaciones críticas. ¿Pero eso sucedió realmente o estoy recordando algo equivocado?”

No vimos ninguna respuesta pero en un mail posterior enviado a Torsten Engelbrecht, Celia Farber escribió: “¿Estás seguro que no se le dio la copia al PG [el Grupo de Perth] mientras que todos los demás la recibieron?”. Nadie le pidió al Grupo de Perth que “hiciera observaciones críticas” acerca de este informe. Tal vez, tal como dice Celia, porque en cada asunto el comité de RA quiere tener la opinión de los “expertos más importantes”. Nosotros descubrimos el informe sólo por casualidad y la única vez que David Crowe nos pidió nuestra opinión fue después de que le enviáramos nuestro último mail donde dijimos que pensábamos colocar en nuestro sitio una exención de responsabilidad respecto al informe.

Independientemente de quien lo escribió o lo aprobó, se deduce que el informe recibió la bendición de “2.600 médicos, científicos y otros profesionales”. Tal vez el comité realmente buscó la opinión de algunos de estos sujetos pero seguramente no la de todos. Parece muy improbable que “2.600 médicos, científicos y otros profesionales” acepten el contenido de este documento.

*Queremos que conozcáis algunos hechos antes de que os hagáis lo que se denomina un test del VIH. Hechos que probablemente no os dirán los médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio y personal de las clínicas.*

Los técnicos de laboratorio, el “personal de las clínicas” que no son ni médicos ni enfermeras no asesoran a los pacientes.

*¡Un resultado positivo en un test de anticuerpos al VIH no significa que uno tenga SIDA o que se lo vaya a contagiar!*

¡Pero varios pacientes con un test positivo “tienen o se contagiarán el SIDA!”

**Correcto – los tests NO se utilizan para detectar la presencia de un virus.** A los tests utilizados más comunes – el ELISA y el Western Blot – se los denomina tests de anticuerpos. Estos no se realizan para ver si uno tiene el VIH. Se realizan para ver si tu sangre tiene niveles altos de las mismas proteínas que se hallan en niveles altos en la sangre de la mayoría de los primeros pacientes de SIDA. A éstos se los considera “anticuerpos”, es decir, huellas de un virus en tu sistema inmunitario pero no el virus mismo.

¿Quiénes son o qué se entiende por “los primeros pacientes de SIDA”?

A las proteínas presentes en el suero del paciente que son detectadas por los tests de anticuerpos no sólo “se las considera ‘anticuerpos’”. Por definición estas proteínas son anticuerpos. Los expertos del VIH responderán que los tests REALMENTE detectan un virus. Que REALMENTE detectan si tienes el VIH. Es verdad que los tests de anticuerpos del VIH son indirectos, como decenas de otros tests serológicos utilizados en la práctica clínica. Por ejemplo, los de la sífilis, fiebre glandular, brucelosis, infecciones por estreptococos y gripe. Cualquier médico explicará que no hay nada inusual o equivocado en la utilización de tests indirectos. Una radiografía es un test indirecto para detectar una pulmonía. Un electrocardiograma es un test indirecto para un ataque al corazón. Un ultrasonido Doppler es un test indirecto para detectar un coágulo sanguíneo en una vena de la pierna. Los tests serológicos se basan en el hecho que el sistema inmunitario produce anticuerpos como consecuencia de infecciones. ¿Entonces el comité de RA considera inválidos los diagnósticos serológicos?

Obsérvese que pese a que sea correcto, referirse a los anticuerpos como proteínas confunde a la gente, debido a la necesidad de distinguir entre proteínas (antígenos) presentes en los kits de los tests y anticuerpos en el suero del paciente, con los cuales reaccionan los antígenos.

*El problema es que las proteínas en el test también se hallan en las personas que están embarazadas o lo han estado, o que fueron vacunadas (como por ejemplo, contra la gripe) o recibieron transfusiones de sangre, utilizaron drogas, o tuvieron infecciones como herpes, varicela y sarampión. El sólo hecho de tener cualquiera de éstas puede causar un resultado positivo en el test.*

Esta afirmación no es clara. ¿Qué significa “las proteínas en el test”? ¿Se refiere (a) a las proteínas presentes en el kit del test; (b) a los anticuerpos presentes en el suero del paciente que reaccionan con estos antígenos; (c) a los antígenos/anticuerpos combinados químicamente presentes en el ELISA o a aquellos que constituyen las bandas en el Western blot?

Los médicos reconocen que ningún test es perfecto, ni el de anticuerpos ni los de ningún otro tipo. En lo que se refiere a este tema el informe no afirma nada nuevo.

Esta es una opinión que comparte Peter Duesberg, miembro preeminente del comité de RA: “Pienso que existe una cierta contradicción en aquellos que arguyen apasionadamente que el VIH no existe, porque esa misma

gente basa una buena parte de sus argumentos en el hecho que los tests de anticuerpos no son fiables. Bien, el hecho que los tests de anticuerpos no son fiables significa que existen tests de anticuerpos, y que hay un antígeno [el VIH]. Los tests de anticuerpos no hacen nada con certeza al 100%, pero al reconocer que no son fiables, están reconociendo que existe un antígeno [el VIH], y de que existen los tests. El test no es completamente aleatorio. No es fiable al 100%, lo mismo que la mayoría de los tests de anticuerpos”. (Siempre hemos sostenido que nadie demostró la existencia del “antígeno del VIH”, es decir, que las proteínas presentes en los kits de los tests (antígenos) son proteínas celulares y que los anticuerpos se dirigen contra estas proteínas (auto-anticuerpos) o bien contra otros anticuerpos con los que tienen una reacción cruzada). Cualquier médico puede confirmar que los tests de anticuerpos “no son fiables al 100 por ciento” pero también añadirá que son utilizados rutinariamente en la práctica médica y que son útiles a nivel clínico. Esta es una de las razones por las cuales los tests de anticuerpos no pueden ser utilizados para argüir contra la teoría del “VIH” del SIDA. Si existe el “VIH”, entonces existen los anticuerpos del “VIH”, y existen los tests del “VIH”.

Es verdad que puede haber un test de anticuerpos positivo en personas que “han sido vacunadas (como por ejemplo contra la gripe) o han recibido transfusiones de sangre, consumieron drogas o tuvieron infecciones como herpes, varicela o sarampión”. Si existe un virus, aunque sea un virus pasajero, tiene que haber anticuerpos. La cuestión es la siguiente: ¿Cómo se llega a saber cuáles tests son falsos y cuáles son verdaderos en estos individuos? ¿Cuando los consumidores de drogas y las personas que recibieron transfusiones se hacen un test falso y cuando se hacen un test verdadero?

*Los resultados de los tests están expuestos a todo tipo de interpretación dependiendo del laboratorio, clínica o país en donde se realiza el test. Por ejemplo, el mismo resultado del test se podría interpretar como positivo en Nueva York pero negativo en Canadá. En parte debido a esto, Canadá cuenta con diez veces menos casos de SIDA per cápita que los Estados Unidos. ¡Esto es una locura!*

Esto es incorrecto. Un Western blot negativo significa que no hay ninguna banda. Un test que carece de bandas suficientes para ser positivo bajo una determinada jurisdicción puede que sea indeterminado, es decir, ni positivo ni negativo, bajo otra. Comparar la prevalencia de Sida en Canadá versus la de los Estados Unidos, pese a que sea hecha “en parte”, es algo simplista. La diferencia entre los casos de SIDA per cápita en los Estados Unidos y Canadá puede que sea el resultado de muchos otros factores

significativos, incluida la definición de lo que se entiende por un caso de SIDA.

*Lo que es aun peor, dado que los tests del VIH no dan a conocer un resultado concreto positivo o negativo – sino que muestran solo algo en medio - se los interpreta. Cuando rellenas el formulario que te pregunta si eres negro, hispánico u homosexual estás dando información que hará más probable que un laboratorio interprete tu test como positivo que si fueras blanco o heterosexual. ¿Que es injusto? ¡Seguro!*

La afirmación según la cual “Los tests del VIH no dan a conocer un resultado concreto positivo o negativo” solo se aplica al ELISA. Por su propia naturaleza, la interpretación de un ELISA nunca puede ser cero (negativo). Esto no difiere del conteo de una muestra para detectar radiactividad. El conteo nunca puede ser cero (negativo). Por ello se tiene que considerar la interpretación de fondo y realizar otros ajustes antes de que el ELISA se introduzca en la práctica clínica. Los expertos del “VIH” conocen muy bien este hecho y siempre hacen las correcciones debidas; caso contrario todos serían VIH-positivos.

No es cierta la afirmación que “Los tests del VIH no dan a conocer un resultado concreto positivo o negativo”. Muchos tests, probablemente de hecho la mayoría de los tests son claramente positivos o negativos. Invariablemente los tests de laboratorio se interpretan a la luz de los datos clínicos. Dado que ningún test es específico al 100%, siempre habrá falsos positivos. Sin embargo, la probabilidad de que el resultado de un test positivo sea debido a una infección, es decir, su valor predictivo positivo, depende de la prevalencia de infección en el grupo representado por el individuo al que se le está realizando el test. Cuanta más alta es la prevalencia más alto es el valor predictivo. No hay nada “injusto” en esto. Es un hecho matemático y es como la medicina debería ser y es practicada. A no ser que surja algo más, esta afirmación ilustra la lamentable falta de conocimiento del comité de RA de los principios científicos subyacentes a la interpretación de los tests diagnósticos. También es digno de mención que, basándose en un test de anticuerpos y en los datos clínicos, inclusive en la prevalencia, el médico es incapaz de llegar a una conclusión definitiva, y pedirá un test PCR como test complementario para aclarar el estatus del “VIH”.

***Tampoco funcionan los tests de la “carga viral”.*** Los tests de “carga viral” utilizan una técnica denominada PCR para hallar y multiplicar cadenas pequeñas de código genético de tu sangre que supuestamente muestran la presencia y cantidad del VIH. Sin embargo, hallar una cadena no significa que se haya hallado un virus entero.

Es verdad que la PCR no detecta genomas completos. No obstante, un médico te explicará que no necesitas detectar más que una parte del VIH para detectar el VIH. Argüirá que una parte suficientemente característica permite la identificación del todo. Le dirá a su paciente que un anatomista experto es capaz de determinar que un esqueleto es humano solo examinando unos pocos huesos, y tal vez solo uno, y que incluso los amantes del arte amateurs pueden identificar una pintura partiendo de un fragmento. ¿Acaso no se puede reconocer la quinta sinfonía de Beethoven partiendo solamente de cuatro notas? ¿Quién no conoce la marca del coche cuyo emblema es una estrella de tres puntas?

El médico también podría señalar que varios genomas del VIH completos están archivados en el banco de datos del laboratorio de Los Álamos. Lo mismo dirá Peter Duesberg. Una vez que se acepta la existencia del “VIH” no se tiene otra opción que la de aceptar también que el hallazgo de una pequeña parte del “VIH” significa infección por “VIH”. Las “pequeñas cadenas” del genoma del VIH no pueden entrar en el organismo humano espontáneamente. Una pequeña cadena debe haber sido la consecuencia de una infección provocada por una partícula de virus capaz de replicarse. Es decir, una partícula que posee el genoma viral completo. Además, “cadenas pequeñas” del genoma del “VIH” no pueden ser residuos de infección pasada. Todos los retrovirologos están de acuerdo en que una vez que una persona se infectó con un retrovirus, siempre queda infectada. De hecho afirman que esta es la razón por la cual no son capaces de curar la infección por el VIH, porque el genoma del “VIH” subsiste en el ADN del paciente.

El médico también puede decir que si el conteo de células T4 del paciente es bajo, ello demuestra que el paciente no está infectado por “trozos” del VIH porque solo el virus entero, directa o indirectamente, mata las células T4.

*Nadie tiene ni siquiera una teoría de cómo el VIH puede llegar a matar eventualmente suficientes células T (en tu sistema inmunitario) y causar el Sida.*

La afirmación según la cual “Nadie tiene ni siquiera una teoría de cómo el VIH puede llegar a matar eventualmente suficientes células T” no sostiene que el VIH no mata las células T. Hay muchas teorías de cómo el VIH mata las células T4 y los expertos del VIH son los primeros en reconocer que ninguna es satisfactoria del todo. No obstante, según ellos, no cabe duda de que el VIH causa la muerte de las células T4, tal vez directamente o más probablemente indirectamente, pese a que no se conoce el mecanismo exacto. Se considera que existen otros agentes infecciosos

que provocan sus efectos indirectamente. Las bacterias que causan tétano y difteria actúan indirectamente, produciendo toxinas que se trasladan a partes diferentes del organismo donde ejercen sus efectos patológicos.

La fiebre reumática es causada por la infección de una bacteria conocida como estreptococo del grupo A. Las lesiones en las articulaciones y el corazón que caracterizan a esta enfermedad están causadas por “una reacción autoinmunitaria... que lleva a dañar los tejidos humanos como consecuencia de reacciones cruzadas entre epitopes en el organismo y en el huésped” (Principios de medicina interna Harrison, 17ava edición). El argumento presentado en “La trampa del SIDA” es que dado que no conocemos “cómo el VIH puede llegar a matar eventualmente suficientes células T”, el virus no es la causa del SIDA. Este es un argumento muy débil contra la teoría del VIH como causa del SIDA, un argumento que ningún científico o persona diplomada en medicina consideraría válido. Hay muchas teorías respecto a cómo el tabaco y las radiaciones causan cáncer, pero ninguna demostró ser correcta. ¿Los miembros del comité de RA serían capaces de decirle a los pacientes que el tabaco y la radiación no causan cáncer?

*Las investigaciones demostraron que los tests de “carga viral” no sirven para prever quien se contagiará el SIDA.*

Esta afirmación se basa más que probablemente en hallazgos publicados por Rodríguez y cols. de la Universidad Case Western Reserve de Cleveland, Ohio. En el comentario de Jon Cohen en la revista Science acerca de estos hallazgos, podemos leer: “... los investigadores informan que grupos de personas con cargas virales más elevadas perdieron más células CD4 cada año. Pero basándose en los casos individuales, la carga viral predijo con exactitud la disminución de las células CD4 de una persona solo del 4 al 6% de las veces. El inmunólogo Anthony Fauci dice: “Realmente es muy ilustrativo que cuando se observan los cohortes y se halla un fenómeno general – sí, el virus es alto y las CD4 son bajas – puede ser de poca, de muy poca importancia observar a los sujetos”.

Los médicos están de acuerdo en que nadie puede prever lo que sucederá a un sujeto en particular basándose en los niveles de carga viral. Lo mismo se aplica al nivel de la presión sanguínea de una persona. ¿Un miembro de RA preferiría tener una presión sanguínea de 150-110 o una presión sanguínea de 280-150? Después de todo, no todos los últimos tendrán una hemiplejía y muchas hemiplejías acaecen con niveles más bajos de presión sanguínea. ¿Que médico se atrevería a aconsejar a sus pacientes de no hacerse tomar la presión o de no tomar medicamentos para bajar la presión sanguínea?



*Probablemente te dirán que comiences a tomar fármacos para el SIDA inmediatamente. Estos fármacos podrían aparejar efectos secundarios como anemia, y tan serios que tu vida dependerá de transfusiones frecuentes. Puede que sufras de insuficiencia hepática, daño en los huesos, pérdida de la mayor parte de la piel del cuerpo, ataque cardíaco, y/o cambios graves en la forma de tu cuerpo debido a depósitos de grasas.*

Algunos “fármacos para el SIDA”, aquellos utilizados para tratar las enfermedades relacionadas con el SIDA, son los mismos fármacos empleados para tratar las mismas enfermedades si el paciente es VIH-negativo. ¿El comité de RA está insinuando que los pacientes con tuberculosis o PCP no deberían tomar los antimicrobianos convencionales recomendados que demuestran ser efectivos en el tratamiento de estas afecciones? ¿Aun si un consejo semejante puede ocasionar la muerte?

Si por “fármacos para el SIDA” el comité de RA quiere decir fármacos antirretrovirales (ARVs) incluyendo la HAART, entonces todos los fármacos tienen una relación riesgo-beneficio. La quimioterapia contra el cáncer es un ejemplo muy conocido y apreciado. Pese a que no se ha documentado la relación riesgo-beneficio de los ARVs en ensayos aleatorios, a doble ciego, controlados por grupos placebo, éstos (a) no causan invariablemente toxicidades graves; (b) pueden beneficiar a ciertos sujetos, a veces de manera espectacular. (Nuestra opinión de que no hay prueba de la existencia del “VIH” no excluye que estos fármacos tengan efectos benéficos. Los fármacos tienen muchos efectos, incluso los ARVs. Nuestro punto de vista se refiere a que los efectos benéficos, si es que hubiera alguno, tienen que ser la consecuencia de mecanismos no retrovirales. Ya publicamos nuestros motivos para afirmar esto último). Aun si el “VIH” existiera, nosotros y Anthony Brink demostramos que al menos dos de los ARVs no pueden tener un efecto antiretroviral. Y, a diferencia del comité de Rethinking AIDS, Montagnier está de acuerdo con nosotros (véase más adelante) – el pro-fármaco AZT no fosforilado no está trifosforilado suficientemente en el compuesto activo (pese a que, como siempre, él no reconoce que nosotros ya hemos publicado acerca de este hecho). Por lo tanto, al menos en lo que respecta al AZT, hemos acertado.

Estos pacientes deben recibir algún tratamiento. Si el comité de RA está aconsejando a los pacientes no tomar dichos fármacos, ¿Cuál alternativa están ofreciendo?

*Los fármacos del SIDA nunca curaron a nadie y tampoco prolongan la vida.*

¿Qué significa “nunca curaron”? ¿El “VIH” o las enfermedades relacionadas con el SIDA? Si se refiere al “VIH”, entonces el informe no dice nada nuevo. Los expertos en el VIH reconocen abiertamente que una vez que una persona está infectada, siempre queda infectada. No existe ningún fármaco y no se hallará ninguno capaz de curar el “VIH”.

Si por “Los fármacos del SIDA nunca curaron a nadie” quieren decir enfermedades relacionadas con el SIDA;

(a) ¿a qué fármacos se refiere, a los fármacos antifúngicos y antibacterianos que demostraron ser efectivos mucho antes de la era del SIDA?

(b) ¿a qué enfermedades se refiere, a aquellas agudas o las crónicas?

Repetimos, ¿El comité de RA aconsejaría a una persona que ha recibido un diagnóstico de PCP que no se trate, por ejemplo, con Septrin? ¿Cuál es la alternativa que ofrece RA?

El informe no incluye una lista de recomendaciones para tratar o prevenir el SIDA. El comité de RA ignoró totalmente nuestras previsiones en este aspecto, incluso aquellas demostradas por los mismos expertos del VIH.

Repetamos estas previsiones a aquellos que no están familiarizados con ellas.

El 10 de Julio de 1986, en la carta que Eleni Papadopulos-Eleopulos presentó otra vez a Nature acerca de su artículo “Replanteamiento del SIDA: ¿La causa primaria es la oxidación inducida por los factores de riesgo?” (*Reappraisal of AIDS : Is the oxidation induced by the risk factors the primary cause?*) (posteriormente publicado en Medical Hypothesis), ella escribió lo siguiente: “Si mi artículo lo único que hace es llamar la atención respecto a la naturaleza oxidativa de los factores de riesgo y su importancia biológica, entonces ofrece lo que es hasta ahora la única esperanza de tratamiento que detendrá y revertirá lo que de otra manera sería el curso fatal invariable de la enfermedad. Yo opino que esto solo es más que suficiente para justificar su publicación”.

En 1989 nosotros recomendamos la siguiente terapia combinatoria [denominada protocolo, según el revisor] para el sarcoma de Kaposi y la terapia del SIDA.

“1. Cese de ingestión de nitritos y cese del esperma que se deposita en el ano. La más larga sobrevivencia observada actualmente en los

pacientes de SIDA afectados por el sarcoma de Kaposi puede ser debida al cambio de estilo de vida.

2. Radioterapia localizada o hipertermia.
3. Administración de antioxidantes y especialmente de compuestos sulfhídricos, que se sabe que corrigen deficiencias inmunitarias, para inhibir los efectos tóxicos inducidos por la radiación en el tejido normal, lo que así permite una radiación local más radical, y también un aumento de los efectos de la hipertermia". (Se introdujo la radiación para que la publicación del artículo fuera aceptada).

Por lo menos un oncólogo lo apreció [y nos escribió lo siguiente]:

"Estimada Dra. Papadopulos-Eleopulos:

Espero que me disculpe por incomodarla pero quedé intrigado por una hipótesis que usted publicó en 1989 en el International Journal of Radiation Oncology Biology and Physics, Vol. 17, p. 695-698. Tal vez haya visto mi nombre ya que escribí el capítulo sobre SIDA en la Sexta edición de Radiation Oncology de Moss y Cox. De todos modos, ahora estoy preparando una actualización para la séptima edición y pienso hacer referencia a su hipótesis".

Montagnier y sus colegas fueron los primeros que publicaron pruebas de que el cese de exposición al semen, incluyendo al semen depositado en el ano, revierte un test de anticuerpos positivo y lleva a la normalización del conteo de células T4. Después se sucedieron informes elaborados por el MACS y otros estudios en homosexuales. (Pese a que los autores del MACS no explican los motivos, no es difícil de creer que dichos individuos cambiaron su estilo de vida).

En 1989 Eck demostró nuestra previsión que el organismo de los pacientes de SIDA y de aquellos a riesgo sufre de oxidación. Hasta la fecha, el mejor respaldo a nuestra afirmación de 1988 de que el SIDA puede ser prevenido y tratado utilizando "sustancias terapéuticas [antioxidantes en general y las que contienen grupos sulfhídricos] disponibles actualmente" fue publicado por investigadores de la Universidad de Stanford. Sin embargo, pese a que muy probablemente estaban al tanto de nuestro trabajo (porque les enviamos nuestras publicaciones) donde identificamos los agentes oxidantes a los cuales estaban expuestos los grupos de riesgo de SIDA, incluyendo la desnutrición, ellos escribieron lo siguiente: "Los sujetos infectados por el VIH estarían mejor atendidos si pudiéramos identificar el mecanismo que subyace a la depleción de GSH e intervenir, si es posible, para prevenir su

aparición”. El mejor consejo que pudieron dar a este respecto fue el siguiente: “sería prudente que esos sujetos eviten la exposición excesiva a la radiación UV y el consumo innecesario de fármacos que puedan agotar el GSH – por ejemplo alcohol y la prescripción de fármacos o formulas vendidas sin receta que contienen acetaminofen [paracetamol]”.

Actualmente todos sabemos (excepto los miembros del comité de RA) que Montagnier es el apologista preeminente de nuestra teoría oxidativa del SIDA y aboga para que los pacientes de SIDA sean tratados con antioxidantes. Ello es así a pesar del hecho que es obvio en su último libro, de que tiene una comprensión cuestionable acerca del tema. ¡También sabemos que Montagnier recomienda que los mismos pacientes al mismo tiempo sean tratados con antiretrovirales, que reconoce que pueden ser oxidantes!

En 2000, respondiendo a una pregunta acerca de la teoría del SIDA de Eleni Papadopulos-Eleopulos y los antioxidantes, Gallo afirmó que “Pueden ayudar; pero no son una cura”.

Pero tampoco los antiretrovirales son una cura, según los expertos del VIH. La diferencia es que hasta la fecha se gastaron billones de dólares tratando de hallar los fármacos antiretrovirales, los modos de administración y las combinaciones ventajosas más eficaces. No obstante, tal vez con una excepción, el estudio Herzenberg, no se ha gastado ni siquiera un centavo en investigación o en ensayos clínicos sobre el uso de compuestos antioxidantes para el tratamiento del SIDA.

Es verdad que muchas personas tratan a los pacientes de SIDA y a aquellos a riesgo de SIDA con “antioxidantes”. No obstante:

- (1) La mayoría no se da cuenta que los “antioxidantes” más conocidos puede que no sean antioxidantes.
- (2) Ya en 1982, EPE demostró que la función biológica no es linear. Parece que nadie en el campo del SIDA, incluyendo a aquellos que tratan pacientes con SIDA, están al tanto de esto. No nos caben dudas que si el estudio Herzenberg hubiera tomado en cuenta este hecho los resultados podrían haber sido mejorados considerablemente.
- (3) Los fármacos son absolutamente necesarios para tratar las enfermedades relacionadas con el SIDA y los “suplementos” lo son para corregir deficiencias demostradas. Se puede llegar a tener una salud duradera solo a través de la dieta (que con pocos ajustes se puede transformar de oxidante a reductora), evitando el estrés y

cesando la exposición a factores de riesgo que traen aparejadas enfermedades.

*Recibir un resultado positivo de un test del VIH es una amenaza a la vida misma. Tienes derecho a rechazar un test del VIH.*

Suponemos que el comité de RA está sosteniendo que el solo hecho de saber que se tiene un resultado positivo en el test de anticuerpos supone una amenaza a la vida – semejante a la costumbre tradicional de los aborígenes australianos de acusar de sus problemas al hueso [que hacen girar en sus rondas para que les de respuestas]. O sino, como Peter Duesberg arguye, el hecho de saber que se es VIH-positivo es de por si psicológicamente tóxico. Nadie, ni tampoco los médicos del SIDA, discuten esta afirmación. Dado que (a) el informe sostiene que “Un resultado positivo en un test de anticuerpos del VIH puede significar (pero no siempre) que tu sistema inmunitario fue dañado por infecciones repetidas, fuerte consumo de drogas o debido a reposo o nutrición inadecuadas”; (b) “Esta podría ser una llamada para despertar y poder cambiar el modo en que estás viviendo”, ¿No son estos excelentes motivos para hacerse un test del VIH? ¿Cómo se obtiene una “llamada para despertar” sin una alarma, especialmente si se trata de alguien en un grupo de riesgo de SIDA que es asintomático? ¿No es peligroso aconsejar a una persona que se prive de dicho test? Sin embargo, el comité de RA ofrece la siguiente contradicción: “Tienes derecho a rechazar un test del VIH”. De hecho, dos de los científicos más importantes del comité de RA se contradicen a ellos mismos acerca del significado del test.

En el ensayo de Henry Bauer denominado “¿Podemos aprender algo del caso Parenzee?”, dice que existían muchos problemas en el testimonio del Grupo de Perth que llevaron a que se perdiera el caso. Increíblemente, uno de ellos era nuestra supuesta incapacidad de proporcionar una teoría alternativa del SIDA y del significado de los tests de anticuerpos. (Tal vez Henry Bauer se olvidó de los varios intercambios de mails que tuvo con nosotros cuando se unió por primera vez al movimiento disidente).

Bauer escribió: “Si de hecho existe la necesidad de presentar una teoría alternativa, señalo sin falsa modestia las conclusiones a las que llegué recopilando los datos del test del VIH:

1. Un test del VIH positivo es una indicación totalmente **no específica** de una estimulación **reversible** del sistema inmunitario (estimulación que aun debe ser entendida del todo, pero que muy probablemente refleja estrés oxidativo, tal como el Grupo de Perth arguyó).

2. La posibilidad de que una dada estimulación del sistema inmunitario produzca una respuesta “HIV-positiva” depende de la edad del sujeto, sexo y raza”. (énfasis añadido)

No obstante, según Peter Duesberg, los tests de anticuerpos detectan los anticuerpos del VIH. De hecho, si existe un virus e infecta a los seres humanos, aunque sea “inocuo”, también deben existir anticuerpos. Lo que significa que para que Henry Bauer convenza a Peter Duesberg o a un jurado que el test detecta “estimulación”, primero debemos demostrar que no existen cosas tales como anticuerpos del “VIH”, es decir, el VIH. (Ahora, en su último artículo, Henry Bauer sostiene que los tests de anticuerpos detectan los anticuerpos del “VIH” y de hecho los anticuerpos neutralizan al “VIH” y lo vuelven un “virus pasajero” inocuo).

Si un paciente pide un consejo al comité de RA, ¿Qué se le dirá? ¿Que el test mide la estimulación no específica del sistema inmunitario? ¿O que mide los anticuerpos del “VIH”? ¿Quién decide, Henry Bauer o Peter Duesberg, o ambos? Si se trata de un retrovirus inocuo, el paciente puede que pregunte por qué las personas con anticuerpos contra este retrovirus inocuo se enfrentan a un riesgo mayor de morir. Hará la misma pregunta si el mecanismo es la estimulación inmunitaria no específica no relacionada con la infección retroviral. Cualquiera que sea el consejo, ¿Cómo le puede llegar a ayudar?

*Durante años el Premio Nobel Kary Mullis pidió públicamente que le mostraran referencias científicas de que el SIDA es causado por el virus VIH. Hasta ahora (2009) nadie proporcionó esta prueba. La evidencia epidemiológica que relaciona el “tener un resultado VIH-positivo” con los casos de SIDA simplemente no existe.*

Este informe contiene afirmaciones contradictorias. Por una lado se dice que “La evidencia epidemiológica que relaciona el “tener un resultado VIH-positivo” con los casos de SIDA simplemente no existe” y por el otro lado que a los anticuerpos se los “halla a altos niveles en la sangre de la mayoría de los primeros pacientes de SIDA”.

En 1989 Peter Duesberg escribió lo siguiente: “La correlación epidemiológica entre estos anticuerpos [anticuerpos del VIH] y el SIDA es la base primaria para la hipótesis de que el SIDA está causado por un virus... y los anticuerpos contra el VIH llegaron a ser parte de la definición de SIDA”. La cita está tomada del artículo intitulado “Virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirido. **Correlación** pero no causalidad” publicado en Proceedings of the National Academy of Sciences (énfasis añadido).

*Esto es trágico porque miles de personas están sufriendo los horrores de haber sido clasificadas "VIH-positivas".*

Este informe no cambiará esto. Los médicos no tendrán ningún problema en responder a las preguntas formuladas por los pacientes después de leer este informe. Aquellos que decidan hacerse un test y que son VIH-positivos sufrirán, lo mismo que los que tienen que decidir quién tiene razón acerca de los tests, si sus médicos o el comité de RA. Aquellos que decidan no hacerse un test se preocuparán acerca de su decisión. El no hacerse un test puede llegar a ser psicológicamente más tóxico que hacérselo. Después de todo, haciéndose un test es el único modo con el que un paciente puede descubrir si él o ella es VIH-negativo. Hay muchos miles de personas que pueden evitar el "sufrimiento que trae aparejado el horror de haber sido clasificadas "VIH-positivas"" si resultan VIH-negativas. Por otra parte, el único modo de evitar el "sufrimiento que trae aparejado el horror de haber sido clasificadas "VIH-positivas" es demostrar que no existen pruebas de que existe un retrovirus VIH.

*Aun no ha sido muy aceptada la importancia de liberar a los que dieron un resultado positivo de un sistema médico irreflexivo e indiferente.*

Muchos profesionales de la salud, sino todos, se indignarán mucho y con toda razón por ser encasillados como "irreflexivos e indiferentes". Esta afirmación es de una ignorancia inconcebible y no sirve para el caso ni para nadie.

Si el comité de RA cree en liberar a "los que tuvieron un resultado positivo de un sistema médico irreflexivo e indiferente", ¿Qué forma tomará esta liberación? ¿Qué alternativa proporcionará el comité de RA? Si un paciente con PCP acepta el consejo de no consultar a un médico "irreflexivo e indiferente" y va a pedir ayuda a los directores del comité de RA, ¿Qué ayuda le ofrecerán? Irónicamente, son los disidentes con el VIH o el SIDA los que se preocuparán más por este informe. Si ellos no consultan a un médico que forma parte del "sistema médico irreflexivo e indiferente", se arriesgan a no ser diagnosticados o a morir. No obstante, si efectivamente consultan a un médico, puede que se sientan que son culpables de traicionar al movimiento disidente.

Cuando Eliza Jane Scovill murió, Celia Farber nos escribió pidiéndonos ayuda y respondimos inmediatamente que estábamos encantados de hacerlo. En nuestro mail le aconsejamos con insistencia lo siguiente: "busca a un patólogo pediátrico del lugar, de ser posible un patólogo pediátrico forense. Nosotros trataremos de encontrar uno o dos nombres proporcionados por otro colega de Perth". Ella respondió que tenía un

patólogo: “Nuestro patólogo es un experto en medicina forense y trabaja a menudo en casos pediátricos pero aun así, si John [Papadimitriou] lo desea, me gustaría otro más para que examine el caso, solo para estar seguros”. Le pedimos que nos enviara los informes de la autopsia y los resultados del WB y cualquier otro test que fue utilizado para demostrar que Eliza estaba infectada por el VIH. Escribimos tres cuestiones acerca del WB y le pedimos a Christine que se las diera al abogado para pasárselas al juez de instrucción. Ella nos envió los resultados de la autopsia y John escribió un informe basado en estos resultados que satisficieron su solicitud: “Quiero estar segura de que el informe resiste el cuestionamiento y el escrutinio”. Basándose en los datos que Christine nos envió, John concluyó que la causa de la muerte no podía ser determinada.

A nosotros no nos proporcionaron ningún resultado del WB ni respuestas a nuestras preguntas. Después de numerosos mails (de 10 a 15), Christine nos dijo que el nombre de su patólogo era Mohammed Al-Bayati y que tenía otras pocas personas que también la estaban ayudando, incluyendo a Rodney Richards y “David Crowe está ayudando al patólogo corrigiendo y redactando su informe [el del patólogo]. Todd Miller está ayudando a David dándole un segundo vistazo a la corrección y a la redacción”. (¿Por qué motivo un patólogo tiene que pedir ayuda a profanos en la preparación de su informe?). En un mail posterior ella dijo que el “motivo” por el cual ella contaba con David Crowe era para “revisar las erratas”. (Por favor, nótese que en uno de los primeros mails que nos envió defendiendo su interferencia en el caso Parenzee, David Crowe dijo que él no interfirió sino que “Yo solía recibir los comentarios, y se los hacía llegar a él [al abogado defensor Kevin Borick] en un documento cohesivo, realizando todo trabajo de redacción que fuera necesario porque muchos científicos cometen errores de ortografía y pronunciación”). Nosotros no conocíamos a Al-Bayati y en ese momento sabíamos muy poco acerca de Rodney Richards. Y en ese mismo momento sucedió la desgracia de la implicación de Harvey Bialy (a quien conocemos) en los ensayos de pre absorción del comité de SIDA presidencial. Le señalamos a Christine Maggiore que “muchas manos en la masa, mal amasan”. Mientras tanto estábamos reuniendo pruebas para demostrar que independientemente de los resultados del WB, el test no demostró ninguna infección. Desgraciadamente Christine nunca nos envió los resultados del test. La única cosa que supimos posteriormente acerca del caso fue a través de un mail que Christine mandó a una lista no revelada que nos incluía, y que decía lo siguiente:

“Estimados amigos:



El informe del patólogo independiente sobre el caso de mi hija – terminado el 25 de Octubre y que fue sometido a varias series de tentativas de aniquilación por parte de varios expertos – ahora ha sido publicado para el análisis publico y el comentario en <http://www.aras.ab.ca/EJ/ej-report.html>

Agradezco vuestro apoyo durante todos estos días oscuros, oscuros”.

Más tarde leímos los informes de Al-Bayati y Andrew Maniotis y nos dimos cuenta que existían diferencias significativas entre sus informes y el de John. No se mencionaba si se cuestionaba si Eliza estaba infectada por el “VIH”, una condición necesaria para afirmar que Eliza murió de SIDA. Estábamos decepcionados de que al final Christine decidiera declinar nuestra ayuda pero no la culpamos en lo más mínimo. Ella se hallaba en una situación muy estresante y tenía la tarea nada envidiable de decidir cual consejo resultaría más beneficioso dadas las circunstancias.

*Se nos dice que el SIDA se transmite a través de las relaciones sexuales y de los fluidos corporales, pero esto nunca se demostró experimentalmente...La idea que el SIDA se podía difundir a través del sexo a cualquiera tenía una motivación política y desde entonces ha demostrado que era equivocada. La histeria en torno al sexo contribuyó a la desinformación acerca del SIDA.*

Cualquiera que esté familiarizado remotamente con la literatura científica y la epidemiología del SIDA sabe que existe una relación entre sexo y SIDA. En nuestras publicaciones puede hallarse una síntesis e interpretación de las pruebas. La mejor explicación puede hallarse en nuestra evidencia principal y contra interrogación en la audiencia Parenzee. Desgraciadamente, David Crowe rehusó adquirir estas transcripciones especiales del tribunal pese a que la persona que donó la mayor parte del dinero para este propósito le pidió expresamente que lo hiciera. La lectura de la parte final de los dos últimos mails que enviamos a David Crowe acerca del Grupo de Perth y la audiencia Parenzee bastan para darse cuenta que las pruebas disponibles muestran que “el sexo y los fluidos corpóreos” juegan un rol comprobado en el desarrollo del SIDA. De hecho los homosexuales no necesitaban que nosotros ni ningún otro científico les dijera que los problemas de salud que enfrentaron por primera vez a finales de 1970 estaban relacionados con el sexo y las drogas.

Demos aun otro vistazo a algunas pruebas. En el artículo mencionado antes, publicado por Peter Duesberg en Proceedings of the National Academy of Sciences en 1989, él escribió: “Pese a que el VIH no parece que cause el SIDA, puede servir en los Estados Unidos y en Europa como indicador sucedáneo del riesgo de SIDA por los siguientes motivos ... De

hecho, la probabilidad de ser positivo a los anticuerpos se correlaciona directamente con la frecuencia del consumo de drogas, transfusiones, y homosexualidad masculina”. Un año después en la misma publicación Peter Duesberg escribió: “Una explicación alternativa congruente de la alta prevalencia de anticuerpos al VIH (y a otros microbios) en grupos de riesgo de SIDA y pacientes de SIDA sugiere que el VIH es un indicador de los riesgos del SIDA norteamericano. La probabilidad de volverse positivo a los anticuerpos del VIH se correlaciona directamente con la frecuencia de inyecciones de drogas no esterilizadas, frecuencia de transfusiones y con la promiscuidad. No obstante, en los Estados Unidos, solo la promiscuidad acompañada por drogas afrodisíacas y psicoactivas, ejercida en su mayoría por homosexuales de entre 20 y 40 años y por algunos heterosexuales, parece correlacionada con las enfermedades del SIDA”. Por lo tanto, según Peter Duesberg, y en contradicción con “La trampa del SIDA”, efectivamente existe una correlación entre SIDA, VIH y promiscuidad sexual.

Dada la correlación susodicha y el hecho de que todos estamos de acuerdo en que el VIH (sea porque no se ha demostrado su existencia o porque es un virus pasajero inocuo), no es la causa del SIDA, se deduce que la causa debe ser algún/os otro/s factor/es relacionados con la promiscuidad sexual. Más adelante citamos algunas de las pruebas publicadas respecto a la relación entre relaciones sexuales, un test de anticuerpos positivo y el SIDA. No obstante, antes de hacerlo, sería útil enfatizar un hecho trascendental acerca de los STDs (enfermedades venéreas). Todas las enfermedades transmitidas sexualmente se transmiten bidireccionalmente. Es decir, de los compañeros (homosexuales y varones heterosexuales) activos (que donan semen) a los compañeros (homosexuales, mujeres heterosexuales) pasivos (que reciben semen) **y viceversa**.

Las únicas pruebas que tratan el tener o adquirir un test de anticuerpos positivo o el SIDA son epidemiológicas. No existen estudios donde al principio la presencia del “VIH” haya sido documentada en las secreciones genitales o rectales de una serie de primeros casos documentados desde donde se transmita a compañeros no infectados. En lugar de realizar este experimento básico, inequívoco, definitivo, los expertos del VIH dependen de los epidemiólogos para que realicen en su mayor parte análisis transversales de ciertos grupos de individuos y documenten factores de riesgo para establecer la presencia de un test de anticuerpos positivo o SIDA. Sin embargo, los análisis transversales no pueden demostrar la transmisión sexual de un virus porque (a) la infección ya ha tenido lugar, y (b) los expertos del VIH reconocen que existen modos no sexuales de

transmisión del “VIH”. Por consiguiente, los epidemiólogos también realizaron unos pocos estudios longitudinales donde se evalúan los factores de riesgo en los individuos que sufren seroconversión durante el curso del estudio. Los expertos del VIH afirman que dichos estudios demuestran la transmisión bidireccional del VIH pero nosotros opinamos que no existe dicha prueba en ningún estudio de este tipo en los homosexuales o heterosexuales. Retamos a cualquiera que tome partido en cualquier bando de este debate a presentar siquiera un estudio de este tipo. Es significativo que durante todas las semanas de testimonio en la audiencia Parenzee ni un solo perito del VIH, incluyendo a un experto en epidemiología del VIH, fue capaz de presentar pruebas que demostraran la transmisión desde el compañero pasivo al activo. El mismo experto no presentó dicho estudio posterior a la audiencia pese a que hubo solicitudes específicas y repetidas para que lo hiciera.

## **HOMOSEXUALES**

Que sepamos, el primer estudio epidemiológico que señaló la relación entre actividad sexual y el sarcoma de Kaposi, que es una de las primeras enfermedades relacionadas con el SIDA, fue publicado por Marmor, Friedman-Kien y sus colegas. En Mayo de 1982 ellos informaron en Lancet lo siguiente: “La distribución del número de compañeros diferentes por mes en periodos de tiempo diferentes antes de la enfermedad mostró que los pacientes eran más promiscuos que los sujetos del grupo de control. El 50% de los pacientes señaló que tenía relaciones sexuales con 10 o más compañeros diferentes durante un promedio de un mes en el año anterior a la aparición de la enfermedad, comparado con el 17% de los sujetos del grupo de control. Algunos señalaron niveles extremos de actividad sexual: el paciente más promiscuo calculó que había tenido coitos con un promedio de 90 compañeros diferentes por mes en el año anterior a la aparición de la enfermedad... Los modelos iniciales, elaborados para analizar nuestras hipótesis primarias de (1) infección adquirida a través de las relaciones sexuales y (2) un efecto cancerígeno de la exposición al amil nitrito, indicaron, después del ajuste, efectos significativos a nivel estadístico de cada una de estas variables en relación a los efectos de la otra”.

En su artículo actualizado publicado en 1984, concluyeron que: “Varios comportamientos sexuales enumerados como factores de riesgo en la Tabla 4 estaban muy correlacionados el uno con el otro, con el consumo de nitritos o con los títulos de anticuerpos contra el citomegalovirus. Por lo tanto, se llevaron a cabo análisis múltiples de regresión logística en este grupo de resultados, incluyendo relaciones sexuales, consumo de nitritos, títulos de anticuerpos contra el citomegalovirus y variables adicionales que

describen la incidencia de por vida de amebiasis, giardiasis, gonorrea y sífilis, para determinar cuales variables eran independientes estadísticamente en su relación con la enfermedad. El análisis de la regresión logística paso a paso indicó que el número de compañeros por mes en el coito anal-genital receptivo con eyaculación, el número de ocasiones de “puñeteo anal”, y títulos de anticuerpos contra el citomegalovirus, eran las únicas variables independientes y estadísticamente significativas para poder discriminar entre los pacientes y los sujetos del grupo de control”. Por consiguiente, este primer estudio estableció una correlación entre la exposición del compañero pasivo al semen y la enfermedad.

En el mismo año 1984, Gallo informó acerca de “ocho diferentes actos sexuales, seropositividad solo correlacionada con el coito anal receptivo... y con la estimulación manual del recto del sujeto... y que estaba correlacionada inversamente con el coito anal con penetración”. No hace falta decir que una relación contraria se halla totalmente en desacuerdo con la existencia de un agente transmitido por vía sexual.

En 1986 Gallo escribió que “Los resultados de este estudio y de estudios precedentes mostraron que el coito rectal receptivo... es un factor de riesgo importante con respecto a la infección por VLTH-III [un test de anticuerpos positivo]... No hallamos ninguna prueba de que otras formas de actividades sexuales contribuyeran al riesgo”.

En 1994 Cáceres analizó más de 20 estudios realizados en homosexuales y concluyó que “los informes citados ofrecen pruebas convincentes que el coito receptivo ano-genital sin el uso de preservativos supone el mayor riesgo respecto a la adquisición sexual de la infección por el VIH-1... existen pruebas epidemiológicas crecientes respecto a un riesgo pequeño ligado al sexo receptivo oro-genital, verosimilitud biológica, informes de casos creíbles y algunos estudios muestran un riesgo modesto, solo detectable con modelos potentes,... no ha sido señalado ningún riesgo o ningún riesgo no concreto de adquirir la infección por VIH-1 en relación al coito con penetración y con el sexo oro-anal”.

Los autores del estudio prospectivo en homosexuales más largo, duradero, mejor planeado y ejecutado, el estudio de cohortes del SIDA multicéntrico (MACS), demostraron que “en este estudio, el coito anal receptivo fue la ÚNICA práctica sexual que demostró estar relacionada independientemente con un riesgo aumentado de seroconversión al VIH”, y dieron un paso adicional y hallaron que “...la mayor actividad sexual [coito anal receptivo] como consecuencia del establecimiento de la infección por el VIH-1 lleva a una exposición a promotores o co-factores

que aumentan (o DETERMINAN) la velocidad de progresión al SIDA” (énfasis añadido). Este resultado no concuerda con la opinión aceptada en general que una persona necesita estar infectada solo una vez con un microorganismo para desarrollar una enfermedad o morir a causa de esa enfermedad. Sin embargo, estos resultados concuerdan con que la causa es el semen o un componente no infeccioso.

## **HETEROSEXUALES**

Hasta la fecha hubo solo dos estudios longitudinales en heterosexuales: el de Nancy Padian en los Estados Unidos y el del Grupo de estudios europeo publicado por de Vincenzi y sus colegas. Ambos estudios estaban formados por elementos transversales y prospectivos.

En sus estudios transversales, de Vincenzi señaló que las prácticas sexuales “además del coito anal... no estaban relacionadas con la infección del compañero”.

En el estudio prospectivo de cuatro años denominado del Grupo europeo, los autores afirmaron que 4 hombres y 8 mujeres se infectaron por haber tenido relaciones sexuales con el compañero seropositivo. Stuart Brody cuestionó su conclusión señalando que “El problema es que los sujetos mienten (hecho que a menudo se lo denomina eufemísticamente “respuesta conveniente a nivel social”) acerca de su práctica de coito anal y el consumo de drogas intravenosas, lo que afecta a la mayoría de los estudios sobre los factores de riesgo comportamentales respecto a la transmisión del VIH, y el estudio llevado a cabo por de Vincenzi y colegas no es una excepción. ¿Cómo se verificó la ausencia de contacto homosexual? ¿Cómo se comprobó la ausencia de coito anal en las mujeres? Si sólo 4 hombres y 6 mujeres entre las 121 parejas que no siempre utilizaban preservativos mintieron cuando negaron el coito anal en sus relaciones sexuales (o informaron mal acerca de los hechos por otras razones), no habría casos atribuibles al coito vaginal sin el uso del preservativo. Al menos era de esperar que se iban a decir tantas mentiras de este tipo. Antes de que al coito vaginal y anal se le asignen niveles comparables de riesgo y de que a los preservativos se les atribuya el salvar vidas, debe ser examinada más rigurosamente la explicación alternativa de que la enfermedad se transmite casi exclusivamente por vía anal e intravenosa. Otros investigadores hallaron que la infección por el VIH en las mujeres estaba relacionada con el coito anal (especialmente entre las compañeras de hombres bisexuales) y el número de exposiciones al caso índice [n.d.t.: el primer caso documentado de enfermedad en la familia], pero no estaba relacionada con el uso del preservativo o el número total de compañeros sexuales.<sup>3</sup>”. La referencia 3

es el artículo de Padian de 1987 acerca de la transmisión del varón a la mujer.

En su respuesta a Stuart Brody, de Vincenzi escribió lo siguiente:

“Estamos de acuerdo con el Dr. Brody en que nuestro análisis prospectivo carece de capacidad estadística para mostrar un riesgo incrementado relacionado con el coito anal. [Es decir, no podían excluir la posibilidad de que los tests de anticuerpos positivos fueran el resultado del coito anal y no del vaginal]. De hecho, nosotros hallamos dicha relación en el análisis transversal. Sin embargo, desde un punto de vista de salud pública, nadie debería afirmar de que no existe riesgo de transmisión del VIH a través del sexo vaginal, dado que la gran mayoría de los casos de SIDA en todo el mundo se presentan de este modo”. Es significativo que de Vincenzi reconoció que sus pruebas no demostraban que el VIH se transmite a través del coito pene-vaginal. Ni tampoco mencionó ninguna prueba que demostrara su afirmación de que “la gran mayoría de los casos de SIDA en todo el mundo se presentan” debido a la transmisión pene-vaginal.

En el estudio transversal de Padian, respecto a los factores de riesgo de la transmisión del varón a la mujer, Padian escribió que “El número total de exposiciones al caso índice (contacto sexual con eyaculación) y la práctica específica del coito anal... estaban relacionadas con la transmisión... El coito anal fue lo que llevó a una discriminación significativa entre las mujeres seronegativas y las seropositivas”.

Además, en esta sección transversal del estudio, Padian señaló a dos compañeros VIH-positivos de mujeres infectadas. No obstante, Padian cuestionó la validez de ambos casos y concluyó de esta manera: “Es decir, es posible que en este estudio la discrepancia entre la eficacia de la transmisión del varón a la mujer comparada con la de la mujer al varón pueda ser aun mayor”. De hecho la discrepancia podría ser infinitamente mayor porque podría no haber ninguna transmisión de la mujer al varón. Padian también añadió: “Por supuesto, dado que estamos basándonos en factores de riesgo, las mismas advertencias también se aplican a la clasificación de casos de transmisión del varón a la mujer”. Estas observaciones no parecen las de un científico que está convencido que “las pruebas de la transmisión sexual del VIH están bien documentadas, son concluyentes y se basan en métodos y prácticas estándar y no controvertidos de la ciencia médica”, tal como Padian lo afirma en el sitio AIDSTruth.

Tal como es bien sabido, en la parte prospectiva de su estudio, Padian no contó siquiera a una sola persona que pasara a tener un test de anticuerpos positivo. En un comentario publicado en el sitio AIDSTruth,

Padian afirmó que su estudio, que comenzó en 1987, no había sido pensado para demostrar la transmisión del VIH sino que para examinar los efectos de las “intervenciones comportamentales” en la transmisión del VIH. No obstante, cuando en 1988 Padian anunció por primera vez su estudio en curso en la conferencia internacional de SIDA en Amsterdam, no lo describió en cuanto a “intervenciones comportamentales”.

“Objetivo, *Examinar la eficiencia de la transmisión heterosexual del VIH* [énfasis añadido] y factores de riesgo relacionados. Métodos: Alistamos a los compañeros del sexo opuesto de sujetos infectados por el VIH o diagnosticados con SIDA o ARC de toda California. A los participantes se los entrevistó acerca de sus prácticas sexuales e historial médico; se llevaron a cabo tests de laboratorio para detectar el VIH y otros co-factores, y también exámenes físicos...Resultados:...en análisis multivariantes, solo la práctica del coito anal (p- 003) y la raza no blanca (p- 013) estaban relacionados en modo significativo con la infección...También alistamos compañeros de mujeres infectadas. Pese a que se indicó la práctica del coito sexual sin uso de preservativo (número medio de contactos sexuales = 399) ninguno de los veinte compañeros varones estaban infectados”.

No se mencionan “intervenciones comportamentales” y, mientras que en el sitio AIDSTruth Padian afirma que “El hecho que no atestiguamos transmisiones del VIH después de la intervención documenta el éxito de las intervenciones en prevenir la transmisión sexual del VIH”, en su artículo de 1997 escribió: “No obstante, la ausencia de infección seroincidente durante el curso del estudio no puede ser atribuida completamente a un cambio significativo del comportamiento. No hubo transmisión en el 25 por ciento de las parejas que no utilizaron el preservativo sistemáticamente en su última visita de control, ni en las 47 parejas que tuvieron relaciones sexuales intermitentemente sin el uso del preservativo durante toda la duración del seguimiento”.

Padian quiere que todos acepten que, puesto que después ella decidió clasificar su estudio como “intervenciones comportamentales” para prevenir la transmisión del VIH, es injusto utilizar sus resultados para cuestionar la prueba de la transmisión del VIH. Por consiguiente sigue siendo un misterio por qué el título de su artículo es “Transmisión heterosexual del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en California del Norte. Resultados de un estudio de diez años”. ¿Por qué no eligió un título que reflejara lo que después dio a entender que era su naturaleza verdadera? El hecho es que en este estudio había parejas heterosexuales discordantes que continuaron teniendo relaciones sexuales sin uso del preservativo y en quienes, sin embargo, no hubo seroconversión al VIH.

Se reconoce que la proporción que tuvo relaciones sexuales sin uso del preservativo disminuyó con el tiempo, y Padian lo atribuyó a su programa intenso de “intervenciones comportamentales”. No obstante, ningún científico puede afirmar que la tasa de transmisión nula observada en las parejas fue debida al éxito de las “intervenciones comportamentales” puesto que, al comienzo de su estudio, aproximadamente el 70% de las parejas tenían relaciones sexuales sin utilizar el preservativo, tal como lo fue el 25% a su término, a pesar de las varias y constantes “intervenciones comportamentales”. En una respuesta emotiva en el sitio AIDSTruth, Padian afirmó: “Cualquier tentativa de referirse a esta u a otra de nuestras publicaciones y estudios para reafirmar la falacia de que el VIH no es transmitido a nivel heterosexual u homosexual es una grande tergiversación de los hechos y una parodia de la investigación en la que participé durante más de una década”. Las pruebas muestran que es Padian la que no está dispuesta a enfrentar sus propios resultados. El reciclado de su estudio ilustra su falta de disposición para aceptar que estaba llevando a cabo un ensayo acerca de la transmisión sexual del “VIH”, le guste o no le guste. Y en este estudio no hubo ninguna seroconversión. Es significativo que en su comentario en el sitio AIDSTruth Padian no citó ninguna investigación propia como prueba de transmisión heterosexual. Tal como sucede con de Vincenzi, cuando llega el momento de citar pruebas de transmisión heterosexual, Padian cita a “todos los demás”. Sin embargo, cuando dice “todos los demás” se refiere a de Vincenzi y a Padian.

Desde el mismo principio de la era del SIDA, con pocas excepciones, hubo una predisposición epidemiológica marcada hacia la búsqueda de una causa infecciosa de un test de anticuerpos positivo y del SIDA. Es decir, pese al conocimiento de que el semen es tóxico e inmunosupresor, no se buscaron resultados que podrían haber arrojado luz sobre una causa no infecciosa del SIDA. La distinción es crucial, pues el factor de riesgo más significativo en lo que se refiere al semen es el número de episodios de sexo anal pasivo con eyaculación, mientras que para los agentes infecciosos es el número de compañeros. En caso de que esta distinción no sea clara, piénsese en lo siguiente: se informa que el volumen de la eyaculación del varón es de 0.1-11 ml. Tomemos 5 ml como cantidad típica. En tres meses, por ejemplo, un homosexual podría tener cien compañeros, lo que lo expondría a 500 ml de semen si tiene relaciones solo una vez con cada uno. O podría tener 50 compañeros y cuatro relaciones con cada uno de ellos, lo que lo expondría a un litro de semen.

Es decir, la mitad de compañeros podrían exponer al sujeto a una dosis doble de semen. Si el virus fuera la causa de un test de anticuerpos



positivo o del SIDA, entonces los cien compañeros representarían una amenaza mayor que los cincuenta compañeros, y viceversa. Si se hubiera llevado a cabo un estudio de este tipo se habría obtenido un fuerte indicio de una causalidad debida a un virus contra una no debida a un virus. Sin embargo, prácticamente ningún estudio epidemiológico señala dichos resultados. Lo que se señala es el número de compañeros (diferentes), no la frecuencia de sexo anal. La única excepción es el estudio de Janet Nicholson publicado en *Annals of Internal Medicine*:

“Durante el año anterior al test, los homosexuales que eran seropositivos tendían a tener un mayor número de compañeros ( $p = 0.009$ ), más episodios de coito anal receptivo ( $p < 0.001$ ), y más frecuente inserción de manos activa ( $p < 0.001$ ) y receptiva ( $p = 0.023$ ) en el recto... El número de episodios de coito anal receptivo por año era la variable más altamente relacionada con la seropositividad respecto al VLTH-III/LAV ( $F - 27.p < 0.001$ ). Después del ajuste en relación a esta variable, ninguna otra variable fue significativa a nivel estadístico”.

Es decir, en este estudio el número de episodios de sexo anal receptivo tuvo mucha más importancia significativa que el número de compañeros. Y en un subgrupo de hombres analizados el único factor de riesgo significativo fue la cantidad de semen. Por lo tanto los epidemiólogos se olvidaron del semen. La primera noción de que el semen puede haber sido la causa de inmunosupresión y SIDA fue descartada hasta el punto en que las pruebas que habrían podido dar peso a esta teoría ni siquiera fueron reunidas. Sin embargo, estos resultados deberían haber sido parte de cada uno de esos estudios. Pero cuando fue publicado un estudio como el de Nicholson, demostrando un fuerte indicio, parece que pasó desapercibido. Si cada estudio hubiera reunido los datos que reunió Nicholson, y hubiera obtenido el mismo resultado estadístico, los científicos habrían tenido realmente un motivo científico de peso para dudar de las afirmaciones de Montagnier y Gallo de que habían aislado un retrovirus que se transmite sexualmente y que es la causa del SIDA.

Las pruebas que citamos demuestran que:

- (1) Existe un factor/es relacionado/s con la actividad sexual que juega/n un papel en un resultado positivo en un test de anticuerpos y el SIDA.
- (2) El factor no son las drogas. En ningún lugar de la literatura del SIDA/VIH existen pruebas de que el receptor de la eyaculación está expuesto preferentemente a “drogas afrodisíacas y psicoactivas”.

- (3) El factor no es un agente/s infeccioso/s transmitido/s sexualmente. Los motivos son los siguientes:
- (a) por definición las enfermedades causadas por agentes transmitidos sexualmente son transmitidas bidireccionalmente, del compañero activo al pasivo (receptor) y del compañero pasivo al activo;
  - (b) una vez que está infectado por un agente transmitido sexualmente, el desarrollo de la enfermedad no depende de infecciones posteriores con el mismo agente o de actividad sexual adicional.
- (4) El hecho que solo el compañero pasivo tiene un resultado de test positivo y SIDA significa que la causa de ambos se comporta como el embarazo, es decir, pueden ser sexualmente adquiridos pero no sexualmente transmitidos.
- (5) La causa de un test de anticuerpos positivo y del SIDA, como el embarazo, debe ser un agente no infeccioso en la eyaculación (semen) o el semen mismo. A diferencia del embarazo, pero como el cáncer cervical, no es el semen en sí mismo sino las consecuencias de la exposición al mismo repetida durante un largo periodo de tiempo. El revestimiento de la vagina es grueso y actúa como una barrera contra la absorción. El revestimiento del recto es una única capa de células pensadas para la absorción. También es significativo que el semen queda retenido en el recto gracias a la efectividad de los músculos del esfínter anal. No existe un modo de retener semen dentro de la vagina, por lo que grandes cantidades de semen vaginal no son absorbidas y por lo tanto no pueden afectar a otros órganos. Lo mismo no puede afirmarse de las grandes cantidades de semen rectal que sí pueden ser absorbidas, especialmente si el revestimiento del tubo digestivo está traumatizado – un acontecimiento bien documentado en el sexo anal. Tal como sucede con el cáncer cervical, otros factores pueden estimular o inhibir el desarrollo del SIDA. Y tal como sucede con el cáncer cervical, los causantes pueden ser otros factores no relacionados con la actividad sexual.
- (6) Algunos factores además del semen, presentes en el tracto gastrointestinal, pueden contribuir a un test positivo, hecho que es respaldado por los siguientes datos: (a) microorganismos o productos microbianos presentes en el lumen del intestino también pueden ser absorbidos; (b) el 90% del peso seco de las heces son bacterias; (c) en los ratones, las inyecciones de extractos de la bacteria E. Coli, un

organismo altamente prevalente en el intestino humano, tienen como consecuencia anticuerpos que producen una banda p120 y una p41 en el Western blot del “VIH”. Dado que al menos el 30% de los individuos a bajo riesgo o no a riesgo tienen una banda p24 del “VIH”, estas circunstancias pueden provocar un resultado de test del Western blot que es positivo según los criterios de la mayoría de las jurisdicciones.

En conclusión, “el sexo y los fluidos corpóreos” ciertamente desempeñan un rol en provocar que el test de anticuerpos resulte positivo y en el SIDA. Afirmar lo contrario es dar consejos sobre la salud perjudiciales a la misma gente que hemos tratado de ayudar durante los últimos 25 años. El problema no es la orientación sexual, ni siquiera la práctica del coito anal receptivo por parte de homosexuales o de mujeres heterosexuales. El verdadero culpable es la exposición repetida a grandes dosis de semen. Parafraseando a Peter Duesberg, lo que mata es la dosis, no la droga. La afirmación de que “el sexo y los fluidos corpóreos” no desempeñan ningún papel en un resultado positivo en los tests de anticuerpos y en el desarrollo del SIDA es científicamente equivocada y peligrosa. Los expertos del VIH, habitualmente y por conveniencia, tachan de disidentes a todos y a cada uno que cuestiona su teoría. Por el hecho de hacer y publicar esta declaración el comité de RA proporciona a los expertos del VIH una plataforma altamente efectiva desde la cual vilipendiar a todos los disidentes. Especialmente puesto que el comité de RA afirma que las opiniones vertidas en este informe son representativas de una “asociación de más de 2.600 médicos, científicos, y otros profesionales”. El rechazo del comité de RA del papel del “sexo y de los fluidos corpóreos” en el SIDA redundaría en beneficio para los expertos en el VIH y lo hace a costa de aquellos de nosotros que identifican que tales pruebas se atienen a los hechos.

El año pasado leímos en la prensa popular que “Kevin de Cock, quien encabezó la batalla global contra el SIDA, dijo durante el fin de semana que...”Es bastante improbable que haya una epidemia heterosexual en países [fuera de África subsahariana]”. O que “... finalmente, el SIDA simplemente se convirtió en otra enfermedad”. Este año, en un artículo publicado en Lancet, se afirma que incluso en África subsahariana el SIDA es principalmente una enfermedad de homosexuales. Es decir, el SIDA es aun el SIDA y no “simplemente otra enfermedad” y el “VIH” es aun el VIH, el cual debe ser tratado con compuestos antirretrovirales. La única diferencia es que ahora el SIDA es una enfermedad de homosexuales y el “VIH” es aun un virus mortal pero que, a diferencia de todos los otros agentes transmitidos sexualmente, se difunde solamente a través del coito anal. Y esto no cambiará a menos que hagamos saber lo siguiente:

- (1) Hasta la fecha, nadie demostró la existencia del VIH. Lo que se denomina “aislamiento del VIH” no es más que un collage de fenómenos indeterminados que, solos o en combinación, no demuestran la existencia de un retrovirus, menos aun de un retrovirus singular “VIH”. El “patrón molecular” del “VIH” no puede ser el de los HERVs por el simple motivo de que nadie probó su existencia, tal como Gallo testificó en la audiencia Parezee. Existen también varios motivos por los cuales no es un retroide, SINE, LINE o LTR. Solo basta un motivo para ilustrar esta cuestión: Dado que todos los susodichos están presentes en todos nosotros, entonces el patrón molecular del “VIH” se debería hallar en todos nosotros. Sin embargo, hasta la fecha nadie probó la existencia del patrón molecular del “VIH” (el “genoma del VIH” completo) en las células no cultivadas de siquiera un solo paciente de SIDA, menos aun en todos nosotros. En lo que se refiere a la reciente, “nueva” interpretación de Andrew Maniotis acerca de los fracasos en las vacunas (fracasos en la seroconversión), por favor léase la presentación de Eleni Papadopulos-Eleopulos en la conferencia de SIDA de Ginebra, en el apéndice XI de nuestra monografía sobre transmisión materno-fetal y el análisis de los fracasos en las vacunas que escribimos para Celia Farber. Los fracasos en las vacunas no nos dicen nada acerca del ensayo que los expertos en el “VIH” “querían que el Dr. Duesberg hiciera en sí mismo”. La gente realmente logra una seroconversión después de una vacuna del “VIH” (es decir, “la gp120 del VIH”). El problema es que pese a esto, ellos posteriormente desarrollan un “perfil molecular del VIH” completo, es decir, “la infección por el VIH”.
- (2) No existen pruebas que demuestren que las células T4, T8, Th1, Th2 tienen funciones inmunológicas singulares.
- (3) Las pruebas indican que la causa del SIDA es la oxidación celular inducida por agentes oxidantes y malnutrición, a los cuales están sujetos los pacientes que pertenecen al grupo de riesgo de SIDA.
- (4) Puede que haya un modo mejor de tratar a los pacientes de SIDA que con la HAART.

## **SÍNTESIS**

Los pacientes que interrogan a sus médicos basándose en el contenido de este informe obtendrán respuestas racionales que refutan la mayoría de las afirmaciones. Ello los dejará aun más confundidos y, lejos de liberarlos de los médicos “irreflexivos e indiferentes”, los puede volver ciertamente hostiles y enfadados. Además, los médicos del SIDA señalaran que este

informe niega explícitamente (a) una conexión entre un test positivo y el SIDA; (b) una conexión entre el sexo y el SIDA; (c) el rol del tratamiento convencional en los sujetos seropositivos al VIH y con SIDA con o sin enfermedades relacionadas con el SIDA. Argüirán que dichas afirmaciones son erróneas y peligrosas para la salud de grandes grupos de personas.

El mensaje integral de este informe parece ser el siguiente:

1. El VIH existe. El comité de RA, como los expertos del VIH, afirma que existen pruebas que demuestran la existencia de un retrovirus VIH singular. Sin embargo, a diferencia de los expertos, el comité de RA afirma que el VIH no es la causa del SIDA. El retrovirus “VIH es un virus pasajero de larga data, no patogénico, que es neutralizado por los anticuerpos después de infecciones asintomáticas, perinatales o no perinatales (como todos los otros retrovirus humanos y animales)”. No obstante, la gran mayoría de los inmunólogos, por no decir todos, no creen más que haya motivos científicos que justifiquen la afirmación de larga data de que los virus son neutralizados por los anticuerpos. De hecho, ya en 2000 cuando David Rasnick y Charles Gesheker escribieron al Presidente Mbeki afirmando esto, nosotros respondimos y proporcionamos los motivos, incluyendo resultados experimentales publicados por Sabin en el lejano 1935, de que las pruebas científicas no apoyan esta afirmación.
2. El comité de RA, como los expertos del VIH, aceptan que existen anticuerpos contra el VIH. Si así fueran las cosas, entonces existen los tests de anticuerpos del VIH. Sin embargo, mientras que los expertos del VIH afirman que estos tests son altamente específicos, el comité de RA afirma que su especificidad es baja. Pero no indican cómo ellos son capaces de discriminar entre un resultado positivo verdadero y uno falso en el test de anticuerpos, como por ejemplo en una mujer embarazada. Además, a diferencia de los expertos del VIH, el comité de RA rechaza cualquier correlación entre un test del VIH positivo y el riesgo de SIDA. El comité no consigue ver que los datos clínicos, de laboratorio y seroepidemiológicos pueden tener una utilidad clínica, y pueden configurar la política en materia de salud pública aun si un retrovirus VIH no existe. En lugar de enfrentar este hecho el comité prefiere negar los datos.
3. Tal como lo hacen los expertos del VIH, también el comité de RA afirma que el VIH se transmite sexualmente.
4. Tanto los expertos en el VIH como el comité de RA afirman que el VIH mata a las células T4. No obstante, a diferencia de los expertos en el

VIH, el comité de RA sostiene que “Nadie cuenta siquiera con una teoría de cómo el VIH puede matar suficientes células T (en tu sistema inmunitario) y causar el SIDA”. Es decir, la diferencia entre los expertos y el comité de RA es solo una diferencia de grado.

5. En este momento, al menos algunos, por no decir todos los expertos del VIH están de acuerdo con nuestras pruebas de larga data de que las células T4 no juegan ningún papel en el desarrollo del síndrome clínico, pero el comité de RA no lo piensa así.
6. En este momento incluso Montagnier parece que estuviera de acuerdo con nosotros, al menos en lo que se refiere a uno de los fármacos antirretrovirales, en que los fármacos antirretrovirales no tienen efecto contra el VIH. Pero el comité de RA no lo piensa así. El comité de RA afirma que los ARVs son tóxicos, tal como lo hacen los expertos del VIH. El comité de RA nunca menciona su eficacia, o falta de eficacia. Montagnier dice que “el AZT tiene otra desventaja, pues para ser activo (es decir, para que pueda ser utilizado por la enzima transcriptasa inversa), debe recibir moléculas de fosfato (debe fosforilarse). La enzima celular que añade fosfatos solo está presente en cantidades suficientes en los linfocitos fuertemente activados. Éstos se presentan en grandes cantidades durante la fase avanzada de la enfermedad y son el objetivo preferido del virus. Sin embargo, el virus también puede infectar y replicarse en linfocitos menos activados, en los cuales la concentración de AZT fosforilado es demasiado débil para inhibir la transcriptasa inversa. Este es uno de los motivos por el cual el tratamiento de pacientes asintomáticos solo con AZT demostró ser decepcionante. Pero también existen otros motivos. Puesto que el AZT solo actúa durante la fase de transcripción inversa, las células ya infectadas no son del todo sensibles al AZT, puesto que la fase de transcripción inversa ya pasó y los genes virales ya se han insertado en los cromosomas de las células. Por consiguiente, en especial los macrófagos, que tienen una duración de vida bastante larga, aun cuando están infectados podrían producir cantidades considerables de virus, aun en presencia del AZT”. (Todo lo que uno tiene que hacer para ver que el AZT no está trifosforilado in vivo en ningún momento, y por lo tanto no sería capaz de actuar como un antirretroviral o un finalizador de la cadena del ADN, es leer nuestra monografía sobre el AZT o los libros de Anthony Brink).

En pocas palabras, la única diferencia cualitativa significativa entre los expertos del VIH y el comité de RA es que éste último afirma que el VIH es neutralizado por sus anticuerpos y que el sexo no juega ningún papel en el

SIDA. Pero ya se demostró repetidamente que ambas afirmaciones son erradas.

No mucho tiempo después que se formó Rethinking AIDS, escribimos una síntesis de nuestro trabajo a la fecha y le pedimos a David Crowe que la publicara en el sitio de RA. Nuestra síntesis concluía de esta manera:

“Si alguien opina que lo que afirmamos es equivocado le agradeceremos que nos haga llegar cualquier corrección utilizando pruebas documentadas. Por otro lado, si lo que afirmamos es correcto, entonces cualquiera que discute o escribe algo acerca de los temas afirmados más arriba, debe afirmar claramente que fuimos los primeros en plantear estas ideas y que presentamos pruebas científicas básicas detalladas para apoyar nuestras afirmaciones. Los motivos no son solamente éticos. Opinamos que cuando la gente lee artículos originales detallados científicamente tienen un cuadro mucho más claro de los hechos. De lo contrario, se obtiene como resultado distorsiones, interpretaciones equivocadas, contradicciones y tratamiento superficial de los hechos científicos”.

David Crowe rehusó nuestra solicitud partiendo del hecho de que estábamos pidiendo tener prioridad. El informe “La trampa del SIDA” es un buen ejemplo de distorsiones, interpretaciones equivocadas, contradicciones y tratamiento superficial de los hechos científicos.

En un mail que Peter Duesberg envió el 26 de Julio de 2009 a Janine Roberts, escribió:

“Estimada Janine:

¿No crees que es una ironía enfocar un debate sobre la “controversia de que el VIH fue aislado” en mi – Peter Duesberg?

¿Por qué no enfocar dicho debate en Montagnier, Barré-Sinoussi, el comité del Premio Nobel de 2008, Gallo, Weiss, Fauci, Nature y los más de 5.000 firmantes de la declaración de Durban de 2000, y muchos otros, quienes están más adelante y por encima de mi en su “controversia de que el VIH fue aislado”?”

Si no aceptamos el consejo de Peter Duesberg y no actuamos en consecuencia, ni siquiera 1.000 informes de “La trampa del SIDA” liberarán a los pacientes del test del “VIH”, del SIDA o de los fármacos antirretrovirales. Entonces empecemos por el comienzo – por Montagnier y Barré-Sinoussi.