



ESTUDIO DE LA PANDEMIA

ANÁLISIS CIENTÍFICO INDEPENDIENTE

Dr. Sergio J. Pérez Olivero

Licenciado y Doctor en Ciencias Químicas

OBJETIVO

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

INTRODUCCIÓN

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

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



ÍNDICE

<i>Diagnóstico de la enfermedad</i>	1
Pruebas analíticas para la detección de SARS-CoV-2.....	2
PCR.....	2
Consecuencias potenciales de los falsos positivos obtenidos al usar los test PCR.....	11
Otros test.....	12
<i>Mecanismos de transmisión</i>	17
Aislamiento del virus.....	17
Historia del aislamiento del virus.....	20
Asintomáticos.....	23
Mascarillas.....	27
<i>Naturaleza de la enfermedad</i>	30
<i>Mortalidad-Letalidad</i>	33
Tratamientos Covid.....	37
Tratamiento efectivos probados.....	38
Tratamientos prometedores.....	39
Inmunidad.....	43
<i>“Vacunas”</i>	50
Tipos de “vacunas”.....	50
Ciencia en las “vacunas”.....	51
Consecuencias de las “vacunas”: Eventos adversos y muertes.....	54
Consentimiento informado.....	62
“Negacionistas”.....	63
Otros aspectos relacionados con la pandemia que es bueno considerar para tener una visión global.....	65
“Vacunación” de niños-adolescentes.....	69
Comparación de la mortalidad por Covid con la mortalidad por influenza.....	76
Efectividad.....	79
<i>Proteína Spike</i>	86
<i>Variantes</i>	91
<i>Presencia de sustancias peligrosas</i>	100
Grafeno y derivados.....	100
SM-102.....	103
DMSO.....	104
Nanopartículas lipídicas.....	106
Polisorbato 80.....	109
<i>Fenómenos extraños</i>	115
<i>Aspectos legales relacionados con las “vacunas”</i>	116
Derechos.....	118
Discriminación.....	121
Derecho de admisión.....	122
Discriminación en el ámbito laboral.....	127
Incitación al odio.....	130
Toque de queda.....	132
Uso de mascarillas.....	136
Obediencia debida.....	140

ÍNDICE

Vacunación obligatoria.....	142
<i>Conclusiones</i>	145
Científicas.....	145
Legales.....	148

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

Pruebas analíticas para la detección de SARS-CoV-2

PCR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

entre 40 y 45 ciclos de amplificación, lo cual, supone muchos claros falsos positivos ([8](#)) ([9](#)) ([10](#)) ([11](#)) ([12](#)) ([13](#)) ([14](#)) ([15](#)) ([16](#)) ([17](#)) ([18](#)) ([19](#)).

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

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

Uno de los principios básicos de la medicina ha sido correlacionar la sintomatología clínica, la exploración física y las pruebas complementarias para llegar a cualquier diagnóstico de enfermedad. **Asumir que una persona totalmente asintomática está enferma de Covid-19 porque un test PCR con 40 ciclos de amplificación ha dado positivo, es simplemente una falsedad científica** ([22](#)). En el estudio de **La Scola** ([23](#)), comprobaron que el porcentaje de cultivos virales positivos obtenidos de las muestras nasofaríngeas (teóricamente SARS-CoV2) y el número de ciclos a los que se detectó la infección, se correlacionaban de forma inversa. Así, mientras **con 17 ciclos el test era totalmente preciso, a partir de ese número disminuía progresivamente alcanzando un nivel de error del 100% a partir del ciclo 34.**

Si se tratase de unos pocos casos, dichos diagnósticos probablemente erróneos no tendrían demasiada importancia, pero cuando ese error probablemente implica a 2/3 de los casi 207 millones de personas diagnosticados de Covid-19 hasta la actualidad, se trata de un error de proporciones monstruosas con enormes repercusiones sociales, sanitarias y económicas a nivel mundial. **De la misma forma, una parte significativa de los fallecimientos por infartos, cáncer, accidentes cerebrovasculares, traumatismos y otras enfermedades; han sido etiquetados erróneamente con Covid-19 solo por dar positivo a un test PCR amplificado 40 ciclos o más.**

Solo un virus, probado mediante aislamiento y purificación, puede ser un estándar de oro sólido, solo el aislamiento del virus, es decir, una prueba inequívoca de virus, puede ser el estándar de oro. No hay pruebas de que el

ARN que supuestamente han encontrado, sea de origen viral. Primero se necesita saber de dónde proviene el ARN para el cual están calibradas las pruebas de PCR y, para ello, primero debe ser aislado y purificado; esto es un requisito previo esencial para probar la existencia de un virus y, por lo tanto, demostrar que el ARN de la partícula en cuestión proviene de un nuevo virus.

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

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

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

- 1) A pesar de que la RT-PCR detecta directamente el ARN del SARS-CoV-2 en las muestras tomadas de secreciones respiratorias del paciente, antes de que se formen los anticuerpos, logrando detectar el virus muy tempranamente; sólo lo hace cuando la infección está vigente. Es decir, que si la persona ha estado expuesta al virus anteriormente, enfermándose o transcurriendo la infección de forma supuestamente asintomática, es imposible con esta prueba saberlo.

- 2) Los resultados correctos de la RT-PCR, dependerán de la toma de la muestra correcta. El frotis o exudado, no siempre se realiza de forma correcta, peor aún si lo hace el propio paciente en su casa. Por otro lado, el hisopo de algodón puede no recoger ninguna partícula vírica de la garganta, si la infección está avanzada, y el virus se concentra (supuestamente) principalmente en los pulmones, porque la cantidad de virus alojada en la garganta (supuestamente), varía considerablemente en el curso de la infección.
- 3) Con ésta técnica es imposible saber si el material genético del virus está indemne, es decir, que la muestra contiene virus intactos, con capacidad de infectar. Esto significa que con esta prueba no sabremos si el SARS-CoV-2 encontrado en materiales inertes, pueden o no seguir contagiando.
- 4) Una gran limitación de la RT-PCR a la hora del diagnóstico de la infección, es que exige varias horas de trabajo en el laboratorio. Porque antes de aplicar la PCR, es decir, iniciar la amplificación, se necesita separar y purificar el ARN vírico del resto de la muestra del paciente, y luego realizar la transcriptasa inversa (sintetizar ADN a partir de una molécula de ARN). Además del tiempo que requiere la prueba en sí con sus ciclos sucesivos de calentamiento y enfriamiento. Esto no sería un problema, si no fuera una pandemia: demasiadas pruebas y mucho tiempo requerido para dar respuesta oportuna a todos esos pacientes ([29](#)).

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

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

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

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

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

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

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

parainfluenza (tipo 2), Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae etc.” Es decir, **puede dar positivo con los principales patógenos respiratorios productores de neumonía intersticial** (35); reconocido hasta por la FDA y el CDC (36) (37).

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

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

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

diagnóstico de la Covid-19, porque no sabe distinguir entre el SARS-CoV-2 y la gripe (73) (74).

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

Con estas evidencias, no pueden afirmar en ningún caso, que las personas con PCR positiva se corresponden con una infección por SARS-CoV-2 y por tanto, tampoco pueden afirmar haber aislado el virus de ningún paciente. En consecuencia, los cierres perimetrales, hundimiento de la economía, ruina de los hosteleros y represión de la población, no está justificada por alerta sanitaria.

La historia de los PCR, no es nueva, hace más de 20 años, ya se hablaba de ellos y no para bien, precisamente (76). Hoy en día, tampoco se habla bien, el Dr. Franz Allerberger, director de la Agencia Austriaca de Salud y Seguridad Alimentaria (AGES), ha hecho unas declaraciones que no tienen desperdicio; cito textualmente: " Si no hubiera habido pruebas de PCR en todo el mundo, nadie se habría dado cuenta de Covid-19" (77) (enlace directo al [vídeo](#)).

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

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

A) Desde una perspectiva personal

A1) Relacionados con la salud

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

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

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

B) ***Perspectiva global***

B1)*Financieras*

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

B2)*Desempeño epidemiológico y diagnóstico*

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

B3)*Social*

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

Otros test

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

- 1) *Test de anticuerpos (también llamados serológicos)*. Muestra si tiene anticuerpos contra el virus. Podría usarse como prueba de que ya es inmune al coronavirus, pero podría reaccionar a los otros cuatro coronavirus

del resfriado común (reactividad cruzada). La prueba de anticuerpos no puede determinar si actualmente tiene un virus. Esta prueba, al igual que la PCR, no debe utilizarse para poner a alguien en cuarentena.

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

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

Se trata de test que no sirven para detectar si se está enfermo, porque los anticuerpos sólo aparecen, si lo hacen, diez días después de la infección, y cuya utilidad se limita a saber si una persona ha tenido contacto con el virus, con la posibilidad de que haya inexactitudes en el resultado. No servirían, por tanto, para diagnosticar infectados, algo que han advertido en los últimos días los microbiólogos. La Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, emitió un comunicado advirtiendo de que este tipo de pruebas "no son fiables ni en pacientes sintomáticos ni en individuos asintomáticos". Además, avisaba de que la detección de anticuerpos no garantiza la inmunidad del paciente, por lo que, independientemente del resultado, todos deberán seguir cumpliendo las mismas pruebas de detección. **La SEIMC pedía incluso que las autoridades sanitarias se replantearan la aprobación de estos test.**

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

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

síntomas. También se consideran poco fiables en la fase presintomática.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pruebas de verificación de estos test en varios países, también han hallado baja sensibilidad, como recoge *Nature* (84); el reportaje reflejaba el interés internacional por los test sensibles a anticuerpos IgG (los de protección a largo plazo). Cuando la sensibilidad y la especificidad (que evita los falsos positivos) son muy altas, estas pruebas deberían permitir dibujar el mapa inmunológico de la población y ayudar en la decisión de relajar el confinamiento. Algunos países han hablado de un 'pasaporte inmunitario', pero la escasa fiabilidad de las pruebas complica los planes. *Nature* cita a Peter Collington, microbiólogo de la Universidad Nacional Australiana en Canberra, recordando que los kits deben ser verificados con muchas personas antes de considerarse válidos, algo que con las prisas no se ha hecho. Algunos **test comerciales han demostrado una especificidad de menos del 40%**, según informa esta revista. Un análisis en Dinamarca probó nueve test. La sensibilidad de los que se realizan en el laboratorio oscilaba entre el 67 y el 93%; la de la mayoría de los test rápidos era mayor, pero algunos se basaban en datos de apenas unas decenas de personas. La sensibilidad y la especificidad de este tipo de pruebas debería ser bastante superior. **Un falso positivo cada 100 test puede no parecer mucho, pero si el plan es hacer las pruebas a decenas de miles de personas, los falsos positivos se convierten en un problema grave**. A veces es que, simplemente, hace falta más tiempo para recopilar evidencias.

A pesar de los datos favorables que han presentado algunos estudios, la Seimc destaca un parámetro que comprometería su fiabilidad. Se trata de que, **al no haberse evaluado su fiabilidad en fase precoz de aparición de los**

síntomas, no existen evidencias suficientes para posicionar su detección como cribado frente a otras técnicas.

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

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

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

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

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

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

- Habrá que tener en cuenta la normativa estatal vigente en cada momento.

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

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

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Aislamiento del virus

Lo primero que debemos señalar, es que la creencia preestablecida de que el virus ha sido aislado y secuenciado, presenta serias dudas; existen pruebas de que tal circunstancia, no se ha producido realmente ([1](#)) ([2](#)) ([3](#)) ([4](#)) ([5](#)) ([6](#)) ([7](#)) ([8](#)) ([9](#)) ([10](#)) ([11](#)) ([12](#)) ([13](#)) ([14](#)) ([15](#)) ([16](#)) ([17](#)) ([18](#)) ([19](#)) ([20](#)) ([21](#)) ([22](#)) (reconocido por los propios CDC y la FDA ([23](#)) ([24](#)) ([25](#)) ([26](#)), por el gobierno irlandés ([27](#)) ([28](#)), por el gobierno argentino ([29](#)), por el gobierno canadiense ([30](#)), por el gobierno de Uruguay ([31](#)) ([32](#)) (y así, hasta un total de 93 instituciones en diferentes países ([33](#)) ([34](#)), cuyas respuestas a las distintas solicitudes de información sobre el aislamiento, se han dividido en 6 partes ([parte 1](#)) ([parte 2](#)) ([parte 3](#)) ([parte 4](#)) ([parte 5](#)) ([parte 6](#))) y por el propio Drosten ([35](#))); no hay pruebas científicas claras que lo demuestren (no valen cepas artificiales recreadas sintéticamente partiendo de una secuencia informática, ni las que utilizan células Vero para ello (sabemos que los virus se pueden recombinar ([36](#)) ([37](#)) ([38](#)) y, por tanto, **no se puede demostrar que el supuesto "nuevo coronavirus" no sea un híbrido derivado de cultivos celulares**) ([39](#)) ([40](#))), aún cuando se ha ofrecido dinero para aquel que las presente ([41](#)). Por tanto, **creer en la existencia del virus con los datos y pruebas científicas de que disponemos hoy, se convierte en un acto de fe:**

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

Algunos dicen que la prueba de que el virus existe, es la "vacuna" CoronaVac ya que, supuestamente, contiene el virus inactivado. Supuestamente, el virus se hace crecer en células Vero de forma masiva. Se inactiva para garantizar que no sea infectivo, es decir, que no es capaz de replicarse. Este tipo de células Vero, proceden de un linaje de células de riñón de mono verde. Según dicen además, las muestras fueron extraídas de pacientes de China. La vacuna incluye una

sustancia adyuvante que en este caso es hidróxido de aluminio, supuestamente para potenciar la "inmunidad", cuando **se ha demostrado que los adyuvantes con base de aluminio, pueden ocasionar graves problemas de salud** (42) (43). Al utilizar el virus completo, **se introducen además de la proteína S de la espícula (que justamente es la que causa el daño, no el virus en sí)**, otras como la E de la cobertura, la M de la membrana, la N de la nucleocápside, etc., lo que supuestamente, constituye una ventaja teórica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"La secuencia del genoma de este virus, así como sus extremos, se **determinaron y confirmaron mediante PCR con transcripción inversa (RT-PCR) y amplificación rápida 5' / 3' de extremos de cDNA (RACE),**

respectivamente. Esta cepa de virus se designó como coronavirus WH-Human 1 (WHCV) (y también se ha denominado '2019-nCoV') y su secuencia de genoma completo (29 903 nt) se le ha asignado el número de acceso de GenBank MN908947”.

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

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

Historia del aislamiento del virus

Autoridades sanitarias chinas

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

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

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

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

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

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

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

OMS

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

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

La información que proporcionaron a la OMS fue la siguiente:

"Las secuencias del genoma sugieren la presencia de un virus estrechamente relacionado con los miembros de una especie viral denominada CoV relacionada con el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), una especie definida por el agente del brote de SARS en humanos en 2002/03".

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

Lo que esta afirmación audaz sugiere, es que no se requirió el aislamiento/purificación de 2019-nCoV y que la "validación" estaría

habilitada por "la estrecha relación genética con el 2003-SARS-CoV".
Errores científicos de tremenda gravedad.

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

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

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

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

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

A partir de estas investigaciones, propuso los siguientes postulados:

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

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

Asintomáticos

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

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

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

Recojo también, la información que aporta una metaanálisis que trata de determinar la extensión de la infección asintomática y su potencial de transmisión en la población. Esta revisión incluyó 9 estudios con riesgo de sesgo bajo, con un total de 559 casos confirmados por RT-PCR de los que 83 eran asintomáticos. Todos los casos tuvieron un seguimiento de al menos 7 días, para poder distinguir los casos asintomáticos de aquellos presintomáticos. Cuatro de estos estudios ofrecían una supuesta evidencia directa de la transmisión de casos asintomáticos, sugiriendo tasas más bajas que en los casos sintomáticos. Las tasas de transmisión de los casos asintomáticos oscilaban entre el 0 y el 2.2% (0,8-15.4% entre los sintomáticos) (65).

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

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

Por otro lado, **la OMS ha reconocido que el virus no se ha encontrado en muestras de aire (67)**. Como sabemos, es aceptado que el receptor que utiliza el virus para interactuar con la célula es el ACE2 y como demuestro más adelante, dichos receptores, no se expresan en los pulmones. También sabemos, que el virus no puede ser cultivado en células del alvéolo pulmonar (A549) (68). En el pulmón sólo es posible cultivarlo en células de cáncer metastásico, y las células metastásicas no son específicas de pulmón. De igual forma, sabemos que **la transmisión por vía aérea (gotas y aerosoles) no está probada científicamente, lo cual sólo puede hacerse mediante cultivo y secuenciación de la muestra objeto del estudio, como reconocía el propio Ministerio de Sanidad español en la página 8 de la actualización de 12 de noviembre de 2020 de un documento de información científico-técnica acerca de Covid-19 (69)**. Otro detalle importante, es que la neumonía característica de la Covid-19 es bilateral, simétrica e intersticial, lo que prueba que la patogenia se produce a través de la sangre, ya que en el intersticio pulmonar se encuentran los capilares sanguíneos. Analizando lo dicho y aceptando que la Covid-19 está producida por el SARS-CoV-2 y que el receptor celular de dicho coronavirus, es el ACE2; y sabiendo que este virus no puede ser cultivado en células pulmonares naturales y que el receptor ACE2 no se encuentra en tejido pulmonar, **tenemos que concluir necesariamente que la Covid-19 no se transmite por vía aérea (70) y que las mascarillas son inútiles para frenar la transmisión.** Incluso a nivel casero, la transmisión del virus por cualquier vía, es muy escasa (71), además se ha comprobado que la transmisión en superficies cuenta con muy baja probabilidad de suceder (72).

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

No debemos de perder de vista los datos de mortalidad de un país como Bielorrusia (94), que se ha hecho famoso por su negativa a imponer restricciones, mascarillas, distancia social, confinamiento o el uso de hidrogel. El 25 de diciembre del año pasado, Lukashenko, declaró que no iban a vacunar a nadie contra el coronavirus. "La mortalidad por todas las causas es comparable a la de anteriores olas fuertes de gripe estacional", dice el Swiss Policy Research. Oficialmente, 1424 personas murieron por el coronavirus en 2020 y 2247 a finales de marzo de 2021. Son cifras absolutas muy bajas, mucho más de lo que pronosticaban los modelos epidemiológicos para el caso de no imponer el confinamiento ni medidas de restricción. "La tasa de mortalidad del país es una de las más bajas de Europa", reconocía en septiembre del año pasado el British Medical Journal. Junto a lugares como Dakota del Sur, Florida, Suecia y Tanzania, Bielorrusia es otro un ejemplo que evidencia que las restricciones no sirven para nada y, en consecuencia, de que las previsiones que se llevaron a cabo al comienzo de la pandemia, como las del Imperial College de Londres, eran falsas. En términos de mortalidad, los resultados son los mismos, tanto si los gobiernos imponen restricciones, como si no (95). Hay países como Austria en los que se ha constatado que la aparición del supuesto SARS-CoV-2 (incluso en los primeros momentos), no ha supuesto ningún cambio en la curva de víctimas de coronavirus con respecto a otros años y los índices de mortalidad también son los habituales, tanto en hombres como en mujeres y en los diferentes grupos de edad (96). Una prueba más de que los supuestos "expertos sanitarios" se equivocan, es que en el Reino Unido después de que se levantaron las restricciones, los casos Covid, más que aumentar, han descendido hasta en un 40% (1).

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

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

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

Es importante comprender que un modelo solo puede simular los elementos incluidos en el modelo matemático. Así, para hacer el paralelismo con el comportamiento de los materiales, se podría modelar una varilla de acero seleccionando solo una parte de su comportamiento real (un comportamiento elástico por ejemplo sin incluir su deformación permanente o su rotura). Entonces, el modelo concluiría que esta varilla de acero puede estirarse hasta el infinito sin romperse, lo cual es totalmente incorrecto. Este paralelismo, permite mostrar la fragilidad de un modelo que supuestamente representa la evolución de

una nueva epidemia multifactorial y extremadamente compleja, seleccionando sólo unos pocos parámetros que desconocemos si están adaptados a las variantes actuales que circulan en Francia.

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

Mascarillas

De acuerdo con el **conocimiento actual que tenemos del virus, su tamaño es de 60 a 140 nm, mientras que las mascarillas quirúrgicas y no quirúrgicas cuentan con un diámetro de hueco que varía entre 55 y 440 µm, lo cual, es más de 1000 veces mayor, permitiendo al virus pasar libremente la barrera de la mascarilla.** En lo que se refiere a los efectos fisiológicos de llevarla puesta; se produce una restricción mecánica de la respiración por aumento de la resistencia en el movimiento del aire, tanto en la exhalación como en la inhalación. En condiciones normales a nivel del mar, el aire contiene 20,93% de oxígeno y 0,03% de dióxido de carbono, proporcionando presiones parciales de 100 mmHg y 40 mmHg de estos gases en sangre, respectivamente; proporción, que se ve claramente alterada al respirar con una mascarilla. El aire capturado entre la mascarilla y nuestra cara, es reinhalado repetidas veces, conteniendo bajas concentraciones de los dos gases antes mencionados, pudiendo producir **hipoxemia** (reducción del valor en sangre arterial de la presión parcial de O₂ inferior a 60 mmHg) e **hipercapnia** (aumento de la presión parcial arterial de CO₂ igual o mayor a 50 mmHg). La hipoxemia severa, puede además, provocar problemas cardiopulmonares y neurológicos. Bajos niveles de oxígeno en la sangre arterial, pueden provocar **isquemia miocárdica** (reducción del flujo sanguíneo al corazón, reduce la capacidad del músculo cardíaco de bombear sangre), **serias arritmias** (es un trastorno de la frecuencia cardíaca (pulso) o del ritmo cardíaco), **disfunción ventricular izquierda o derecha** (es cualquier forma de alteración del funcionamiento cardíaco que se origina en los ventrículos), **mareos, hipotensión, síncope** (es una pérdida brusca y temporal de la conciencia y del tono postural, de duración breve y con recuperación espontánea) e **hipertensión pulmonar** (es un tipo de presión arterial alta que afecta a las arterias de los pulmones y al lado derecho del corazón). Además de las anteriormente citadas, el uso de la mascarilla, puede tener otras consecuencias: **pérdida de masa muscular** por la falta de oxígeno; **eritemas** (inflamación de la epidermis produciendo dermatitis de contacto por irritación de las sustancias químicas propias de las mascarillas (especialmente formaldehído y tolueno), así como el desarrollo de futuras alergias cutáneas por rechazo de tales sustancias), y el **agravamiento de patologías cutáneas faciales ya existentes** (se han multiplicado los casos de dermatitis bucal y proliferación fúngica (hongos)); **rinitis** (así como a nivel oral podría producirse **cuadros de sequedad bucal e infecciones fúngicas** por la mayor temperatura y humedad presentes en el compartimento estanco que se genera entre la boca y la mascarilla); **afecciones del metabolismo** (la disminución regular de la cantidad de oxígeno que accede al organismo a que acabamos de aludir da como

consecuencia una menor cantidad de oxígeno en sangre, es decir, déficit crónico de oxígeno celular y tisular. Cuando la célula recibe menos oxígeno, se produce hipoxia celular, que inhibe la fabricación de energía en el nivel mitocondrial. Esto es especialmente grave en el caso de las personas en edad escolar, pues la hipoxia permanente en la etapa del desarrollo del cerebro puede disminuir señaladamente su futura potencialidad cognitiva, y particularmente perverso en el conjunto de las personas, pues la hipercapnia puede producir a medio plazo acidosis en las células, el mejor caldo de cultivo de los tumores y cánceres intersticiales); **pérdida de reflejos** (reducción de las habilidades motoras finas, ya que ni los nervios pueden transmitir fidedignamente las órdenes motrices, ni los músculos implicados pueden producir la energía necesaria para su ejecución); **daños del sistema inmunológico** (se menoscaba y se pasa a ser inmunodeprimido, en los que las consecuencias de un resfriado común o las de una gripe estacionaria serán mucho más graves y aumentarán su letalidad de forma considerable. La razón principal estriba en que el organismo no se mantiene alerta, puesto que no está sometido al intercambio natural y deseable con los habituales gérmenes y bacterias que propicia la cercanía de otras personas y las interrelaciones sociales).

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

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

Analizando todo lo expuesto anteriormente y considerando la alta y variada incidencia del uso permanente y habitual de las mascarillas en los procesos fisiológicos del organismo; parece razonable dudar de la justificación que la vigente normativa sanitaria establece para justificar su uso, basada únicamente en supuestos datos epidemiológicos que sólo existen en los medios

“informativos”. Frente a tal evidencia, los múltiples efectos negativos sobre la fisiología del organismo, que serán irreversibles en mayor medida cuanto más jóvenes sean las personas que utilizan las mascarillas y cuanto más tiempo se prolongue la medida de “protección”, siendo de gravedad en edades tempranas, por el número de horas diarias que se les obliga a usarla.

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

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

Si analizamos el espectro de síntomas de los informes de quejas por el uso de mascarillas, los niños presentan en más del 66% una amplia variedad de ellos, tanto en el plano físico (erupciones, dolores de cabeza, etc), como en el mental (miedos, irritabilidad, etc), como en el intelectual (desórdenes de concentración). Además de las deficiencias agudas de salud, en algunos casos, significativamente experimentadas, los efectos a largo plazo en varias áreas de desarrollo como: lenguaje, juegos, aprendizaje, comunicación, desarrollo sensoriomotor y empatía; son difíciles de evaluar. Los frecuentemente reportados dolores de cabeza y dificultades de concentración, deben ser profundamente estudiados por su importancia para el desarrollo cognitivo del niño. La ocurrencia de efectos secundarios en niños como consecuencia de llevar mascarilla, debe ser tenida en

cuenta muy seriamente y requiere de una clarificación precisa de las consecuencias para su salud, de la situación (duración, descansos y tipo de mascarilla) y de la situación del colegio. No debemos olvidar que la incidencia del coronavirus en niños es prácticamente nula y que no se ha demostrado que el virus esté en el aire y tenga capacidad de infección. También es importante recordar, que no se ha demostrado su transmisión a través de superficies. Por tanto, analizando todo lo anterior y considerando también que sí se ha demostrado que dichas mascarillas, no protegen del virus; lo más lógico, científicamente recomendable y beneficioso para el normal desarrollo y para la salud física de los niños ([101](#)), es que no tengan que usar mascarilla y esto, se puede hacer extensivo a los adultos.

Sobre el uso de las mascarillas, además de sobre otras cosas, el Dr. Franz Allerberger, director de la Agencia Austriaca de Salud y Seguridad Alimentaria (AGES), ha hecho una declaraciones ([102](#)) tremendamente directas y esclarecedoras. También los doctores Peter McCullough y Jay Bhattacharya, han hablado, entre otros, sobre ese tema ([103](#)), también el Dr. Jeffrey Barke en referencia a los niños ([104](#)). Otro dato importante, es que países en los que no se usa la mascarilla, se acercan a cero muertes diarias ([105](#)) ([106](#)).

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

NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD

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

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

anteriormente, es importante recordar que la sincitina 1, es imprescindible para la fecundación en sí misma, ya que es de vital importancia para que tenga lugar la fusión entre el óvulo y el espermatozoide; de igual forma, sabemos que la sobreexpresión de la sincitina 1, está relacionada con **enfermedades autoinmunes como la esclerosis múltiple, la diabetes tipo 1 y la esquizofrenia** (2) (3) (4) (5) (6) (7).

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

Sus preocupaciones se dividieron en los siguientes puntos:

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

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

El Dr. Yeadon dijo que no puede estar seguro de cuál será el efecto y no está seguro de si será suficiente para causar pérdidas en el primer trimestre, pero dijo que cree que sí porque la literatura académica muestra que **las mujeres que tienen enfermedades autoinmunes tienen "más probabilidades de tener pérdidas en el primer trimestre", y lo que ha hecho esta vacuna es "inducir una respuesta autoinmune". "Lamento decir esto, pero ese es un ataque autoinmune inducido por la vacuna en su propia placenta, y creo que solo se puede esperar que eso suceda en todas las mujeres en edad fértil".**

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

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

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

Evidentemente, con todo esto, **ha quedado demostrado científicamente, que la proteína S no se debería usar de ninguna forma, por ser patógena**; si se eliminan las capacidades de replicación del virus, éste sigue teniendo un efecto dañino importante en las células vasculares, simplemente en virtud de su capacidad de unirse a este receptor ACE2, el receptor de la proteína S. Aún con todo esto, dicha proteína, sí se sigue usando:

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

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

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

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

MORTALIDAD-LETALIDAD

Lo primero, sería diferenciar entre ambos términos:

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

Según el discurso oficial, el virus es bastante peligroso (1), justificando así la vacunación masiva y obviando por completo la posibilidad de la utilización de tratamientos contra la enfermedad. Una vez más, la ciencia y el análisis independiente de los datos, han demostrado que dicho discurso, es erróneo; el virus presenta una mortalidad bastante baja, de 0.047 a 0.23% (2) (3) (4), muy inferior a la de la gripe común (5) y por debajo de la calculada por la OMS (6). Otro detalle importante, es que la mortalidad más alta, se da entre personas que padecían enfermedades previas, concretamente, el 99% de las muertes (7). Si comparamos la mortalidad vial del 2020, con la mortalidad por Covid de enero de 2020 hasta julio de 2021, las propias cifras oficiales, parecen indicar, según el rango de edad, que ha habido más muertes en la carretera que por Covid (8).

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

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

Y otro [documento](#) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU: "Los datos estadounidenses sobre muertes por influenza son falsos y engañosos. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) reconocen una diferencia entre la muerte por influenza y la muerte asociada a la influenza, pero usan los términos indistintamente. Además, existen importantes incompatibilidades estadísticas entre las estimaciones oficiales y los datos de las estadísticas vitales nacionales. Para agravar estos problemas está la comercialización del miedo, una estrategia de comunicación de los CDC en la que los expertos médicos "predicen resultados nefastos" durante las temporadas de influenza.

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

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

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

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

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

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

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

“Sobre la base de la evidencia científica actualmente disponible, esta prueba [la prueba de RT-PCR] no es en sí misma capaz de determinar con

certeza si la positividad corresponde realmente a una infección con el virus SARS-CoV-2, y por varias razones, dos de las cuales son fundamentales: la confiabilidad de la prueba depende del número de ciclos utilizados; la fiabilidad de la prueba depende de la carga viral presente”

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

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

Un diagnóstico médico es un acto que solo un médico está legalmente autorizado a realizar y del que ese médico es el único y total responsable. Ninguna otra persona o institución, incluida cualquier agencia gubernamental o tribunal, tiene tal autoridad. Nadie puede ser declarado enfermo o peligroso para la salud por decreto o ley, ni siquiera como consecuencia automática y administrativa del resultado de una prueba de laboratorio, independientemente del tipo que sea. Además, **el tribunal determinó que la Autoridad Sanitaria de Azores violó el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos** al no proporcionar pruebas de que el consentimiento informado requerido por esa declaración, se recibió de las personas sometidas a pruebas de PCR, quienes se quejaron de las medidas de cuarentena forzada que se les impusieron.

También quedó recogido en otra sentencia del Tribunal Administrativo de Viena ([19](#)), en la que se ha dado la razón a un recurso interpuesto por el FPÖ (Partido de la Libertad de Austria, conservador) contra la prohibición de su reunión registrada para el 31 de enero en Viena. “La prohibición fue injustificada”, dice en nombre de la República. En la motivación de la sentencia, el tribunal afirma, basándose en estudios científicos, que la justificación de la prohibición, presentada por la Dirección Regional de Policía de Viena, carece de todo

fundamento. El tribunal está de acuerdo con las afirmaciones de la demanda en todos sus puntos e incluso va más allá de los argumentos expuestos por el propio FPÖ. En particular, los criterios y definiciones utilizados para determinar el número de enfermos de Corona se cuestionan masivamente en la sentencia.

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

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

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

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

El tribunal dice, literalmente:

Asumiendo las definiciones del Ministro de Sanidad, “Case definition Covid-19” del 23/12/2020, un “caso confirmado” es: 1) cualquier persona con detección de ácido nucleico específico del SARS-CoV-2 (prueba PCR, nota), independientemente de la manifestación clínica o 2) cualquier persona, con detección de antígeno específico del SARS-CoV, que cumpla los criterios clínicos o 3) cualquier persona, con detección de antígeno específico del SARS-CoV, que cumpla los criterios epidemiológicos. Así pues, ninguno de los tres “casos confirmados” definidos por el Ministro de Sanidad cumple los requisitos del término de la OMS “persona enferma/infectada”.

Tratamientos Covid

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

Hasta la fecha, alrededor de 1600 ensayos están reclutando voluntarios o ya han completado esta etapa de experimentos, ya sea con medicamentos, algunos tipos de vacunas e incluso terapias alternativas. En América Latina, Brasil es el país con

más ensayos clínicos relacionados con la Covid-19, planificados o en ejecución en su territorio: 159. En el mundo, el líder es Estados Unidos, con 532.

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

- *Medicamentos antivirales*: remdesivir, favipiravir, merimepodib, lopinavir, ritonavir, arbidol (umifenovir), ribavirina, interferones.
- *Antimicrobianos*: teicoplanina.
- *Terapia antiinflamatoria*: corticoesteroides, tocilizumab, anakinra, ciclosporina, colchicina.
- *Antitérmicos y antiinflamatorios no esteroideos*: ibuprofeno, meloxicam, paracetamol.
- *Antihipertensivos* : IECAs y ARA-II.
- *Estatinas*.
- *Calcifediol (vitamina D3 activada)*.
- *Inmunoterapia*: bamlanivimab, etesevimab, casirivimab, imdevimab, terapia con inmunoglobulinas intravenosas (IVIG), terapia con plasma de convalecientes (CP), terapia con anticuerpos monoclonales específicos (mAb), ensayos clínicos con anticuerpos monoclonales.
- *Antibióticos*: azitromicina.
- Inhibición de la replicación del genoma viral actuando sobre la ARN polimerasa: tenofovir/emtricitabina (TDF/FTC), favipiravir.
- *Tratamientos antitrombóticos y anticoagulantes*: heparina de bajo peso molecular (HBPM).
- *Fármacos que se están evaluando y cuya eficacia es incierta*: amlodipino, losartán.
- *Fármacos para prevenir la Covid-19*.

Tratamientos efectivos probados

Dentro de todas esas líneas, aún cuando las autoridades han tratado de ocultarlos para favorecer la vacunación ([21](#)) ([22](#)); se han encontrado varios (individuales o mediante mezclas) cuya efectividad ya ha sido científicamente probada ([23](#)) ([24](#)) ([25](#)): ivermectina (([26](#)) ([27](#)) ([28](#)) ([29](#)) ([30](#)) ([31](#)) ([32](#))); Dr. Zalenko (zinc + hidroxiclороquina (baja dosis) + azitromicina) ([33](#)) ([34](#)) ([35](#)) ([36](#)); budesonida ([37](#)); cloroquina ([38](#)); telmisartan ([39](#)); dióxido de cloro ([40](#)); eritromicina + azitromicina + claritromicina ([41](#)); remdesivir + dexametasona ([42](#)); baricitinib + remdesivir ([43](#)).

A modo de ejemplo práctico, podemos comentar el caso de una bloguera y su marido enfermo de neumonía (44) (supuesto Covid) que se negó a que le aplicaran los protocolos de los hospitales, como intubar o el uso de ventiladores, que se sabe que hace daño a los pulmones inflamados de los enfermos con neumonía bilateral (45) (46) (47) (48). En su lugar exigió que le aplicaran vitamina C intravenosa, Zinc intravenoso, vitamina D y para la inflamación pulmonar el esteroide inhalado Budesonida. Resultado: en 3 días y medio estaba fuera de cuidados intensivos y en 5 días fuera del hospital, habiendo entrado con una saturación del 72%.

Tratamientos prometedores

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

- *Suero desarrollado en Brasil*

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

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

- *Antiviral en pruebas*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Anticuerpos monoclonales*

Se trata de un tratamiento producido por la farmacéutica Regeneron que utiliza anticuerpos monoclonales que se adhieren al virus para evitar que continúe infectando y duplicándose. Se trata de una potente infusión de anticuerpos que se aplica de manera intravenosa para neutralizar el virus, en lugar de amortiguar la respuesta inflamatoria del cuerpo ante la enfermedad.

Los resultados logrados por el llamado Recovery trial (un ensayo clínico internacional que busca tratamientos que puedan ser beneficiosos para pacientes

hospitalizados con covid-19) sugieren que podría ayudar a una de cada tres personas hospitalizadas con Covid-19 grave. En los ensayos, el tratamiento redujo la mortalidad de personas hospitalizadas cuyo sistema inmunológico no ha generado una respuesta de anticuerpos, denominados seronegativos.

- *Plitidepsina*

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

- *Tempol*

De administración oral, ha arrojado resultados prometedores en el tratamiento de esta enfermedad, como sugiere el estudio hecho sobre cultivos celulares. Puede limitar la infección del virus SARS-CoV-2, al alterar la actividad de la enzima viral denominada ARN replicasa, que permite al nuevo coronavirus replicar su genoma y hacer copias de sí mismo una vez que está dentro de la célula. Para llevar a cabo esta investigación los científicos probaron si esa enzima requiere de cúmulos de hierro y sulfuro como soporte de su estructura y hallaron que en el caso del SARS-CoV-2, dicha enzima necesita de dos cúmulos de hierro y sulfuro para funcionar de manera óptima. Con este hallazgo, los investigadores pueden explotar las debilidades del virus, ya que el fármaco puede reducir esos cúmulos de hierro y sulfuro, de hecho, comprobaron gracias a experimentos en cultivos celulares, que ese medicamento puede inhibir el proceso de multiplicación del virus. Además, según estudios previos de ese fármaco en animales, es posible que las dosis del medicamento usadas en los experimentos antivirales puedan conseguirse en tejidos que son objetivo primario del coronavirus, como las glándulas salivales y los pulmones.

- *Otilimab*

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

- *Clofamizina*

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

- *VIR-7831*

COMET-ICE (Covid-19 Monoclonal antibody Efficacy Trial - Intent to Care Early), es otro de los estudios prometedores. Este se centra en la evaluación de VIR-7831 (GSK4182136) como una monoterapia destinada al tratamiento en fases tempranas de la Covid-19 en adultos que presentan un elevado riesgo de hospitalización. De acuerdo a los datos reportados de la fase III del ensayo con una muestra de 583 pacientes, se ha informado de una reducción del 85% en la muerte u hospitalización de pacientes a los que se les administró el medicamento en comparación con los que recibieron placebo. El ensayo es ciego y continúa su curso por lo que se continuará analizando a los pacientes durante 24 semanas más.

- *AT.527*

Este antiviral está siendo probado en pacientes con Covid-19 hospitalizados y se encuentra en la fase II de su ensayo clínico. Se trata de un medicamento que

actúa como bloqueador de la enzima ARN polimerasa viral necesaria para la replicación viral.

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

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

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

Inmunidad

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

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

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

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

Otro estudio, monitoreo a 43 044 personas con anticuerpos positivos contra el SARS-CoV-2 durante hasta 35 semanas, y **solo el 0.7% se reinfectó**. Cuando se aplicó la secuenciación del genoma para estimar el riesgo de reinfección a nivel de población, el riesgo se estimó en 0.1%. Una vez más, no hubo indicios de disminución de la inmunidad durante siete meses de seguimiento, y los investigadores concluyeron que la reinfección es rara. **La infección natural parece provocar una fuerte protección contra la reinfección con una eficacia >90% durante al menos siete meses" (88).**

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

La Dra. Daniela Weiskopf, el Dr. Alessandro Sette y el Dr. Shane Crotty, del Instituto de Inmunología de La Jolla, analizaron (90) las células inmunitarias y los anticuerpos de casi 200 personas que habían estado expuestas al SARS-CoV-2

y se habían recuperado. **Los investigadores encontraron respuestas inmunitarias duraderas en la mayoría de las personas estudiadas. Los anticuerpos contra la proteína pico del SARS-CoV-2, que el virus utiliza para introducirse en las células, se encontraron en el 98% de los participantes un mes después de la aparición de los síntomas.** Como se ha visto en estudios anteriores, el número de anticuerpos variaba mucho entre los individuos. Pero, de forma prometedora, **sus niveles se mantuvieron bastante estables en el tiempo, disminuyendo sólo modestamente a los 6 u 8 meses de la infección.**

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

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

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

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

“La presencia de células T específicas de SARS-CoV-2 con reacción cruzada en pacientes nunca expuestos sugiere una inmunidad celular inducida por otros coronavirus. También se detectaron respuestas de células T contra el SARS-CoV-2 en pacientes recuperados de Covid sin anticuerpos detectables... La inmunidad celular es de suma importancia para contener la infección por SARS-CoV-2... y podría mantenerse independientemente de las respuestas de anticuerpos. **Las personas previamente infectadas desarrollan respuestas de células T mucho más fuertes contra los péptidos de la proteína de la espiga en comparación con las personas no infectadas después de la vacuna de ARNm.”**

El Dr. Ryan Cole ([93](#)) explica que la inmunidad natural produce una inmunidad amplia que no se puede igualar con la “vacuna”:

“Una infección natural induce cientos y cientos de anticuerpos contra todas las proteínas del virus, incluyendo la envoltura, membrana, nucleocápside y spike. Docenas y docenas de estos anticuerpos

neutralizan el virus cuando se encuentran de nuevo. Además, debido a la exposición del sistema inmunológico a estas proteínas (epítomas), nuestras células T también montan una memoria sólida. Nuestras células T son las "defensas" del sistema inmunológico y la primera línea de defensa contra los patógenos. La memoria de las células T para las personas infectadas con SARS-CoV-1 es de 17 años y aún funciona".

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

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

En muchos de los artículos se asume que la inmunidad de poblaciones e individuos es la misma. Sin embargo, la mayoría de las personas a estas alturas ya sabrán que el riesgo de enfermedad grave con el virus del SARS-CoV-2 es más probable en los ancianos, los que tienen una respuesta inmunitaria débil y los que se encuentran en determinadas categorías de riesgo, como los que reciben terapia contra el cáncer o pacientes cardíacos. También hay una suposición subyacente en estos artículos de que no hay inmunidad sin vacunas. Esto simplemente es falso. En septiembre de 2020, se demostró que **hasta el 50% de la población del Reino Unido mostraba diversas formas de inmunidad de células T al nuevo virus debido a la exposición a virus endémicos anteriores. Más recientemente se sugirió que esto podría llegar a ser hasta del 81%.** Además, un estudio reciente encontró que **las respuestas inmunes rápidas y eficientes de tipo memoria, ocurren de manera confiable en prácticamente todas las personas no vacunadas que están expuestas al SARS-CoV-2, ya sean sintomáticas o no. Por lo tanto, el número de individuos naturalmente inmunes habrá aumentado a través de la exposición al virus a lo largo del tiempo, incluso en ausencia de enfermedad sintomática (96).**

Una vez que una persona se haya recuperado del SARS-CoV-2, habrá desarrollado inmunidad natural. Esta inmunidad cubre un amplio espectro de mecanismos defensivos. La mayoría de las personas conocen los anticuerpos y su

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un estudio reciente de personas que desarrollaron inmunidad natural durante la primera ola de SARS-CoV-2, mostró que su plasma contiene cuatro anticuerpos que son extremadamente potentes contra 23 variantes de SARS, incluidas variantes preocupantes (103). Para agregar a esta protección, incluso el sistema inmunológico innato, que es la primera línea de defensa contra la enfermedad, puede entrenarse para tener un umbral de activación adecuado a nuevos patógenos que son estructuralmente similares a los que se han encontrado anteriormente.

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

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

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

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

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

En un estudio ([106](#)), trataron de evaluar la necesidad de la vacunación Covid-19 en personas previamente infectadas con SARS-CoV-2. Entre los 52 238 empleados incluidos, 1359 (53%) de 2579 sujetos previamente infectados permanecieron sin vacunar, en comparación con 22 777 (41%) de 49 659 no infectados previamente. **Ninguno de los 1359 sujetos previamente infectados que permanecieron no vacunados tuvieron una infección por SARS-CoV-2 durante la duración del estudio. Llegaron a la conclusión de que es poco probable que las personas que han tenido infección por SARS-CoV-2, se beneficien de la vacunación contra Covid-19, por la escasa posibilidad de reinfección.**

Como ha quedado demostrado, la inmunidad natural es superior a la inmunidad inducida por la vacunación porque incluye las defensas inmunitarias innatas, así como la inmunidad específica que se dirige a múltiples partes del virus y no solo a la proteína de pico dirigida por la “inmunidad” inducida por la vacuna ([107](#)). **Por tanto, el dogma del discurso oficial que dice que las “vacunas” “inmunizan” y que dicha “inmunización” es la única duradera, es también completamente erróneo (más adelante, demostraré que dichas vacunas no son efectivas y, por tanto, no “inmunizan”). La existencia de tratamientos que han mostrado una efectividad muy superior a la de los sueros experimentales y la baja tasa de mortalidad de la enfermedad, convierten además, a esos sueros, en innecesarios.** Desde muchos medios de “comunicación” se ha contado que estamos en una pandemia de no vacunados ya que los vacunados, supuestamente, están “inmunizados”; el Dr. Byram Bridle deja muy claro en Fox tv que es una [falacia](#).

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

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

"VACUNAS"

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

Tipos de "vacunas"

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

- *"Vacunas" de ARN mensajero (ARNm).* Este tipo de vacuna usa ARNm genéticamente modificado para brindarle a tus células instrucciones sobre cómo producir la proteína S que se encuentra en la superficie del virus de la Covid-19. Después de la vacunación, tus células inmunitarias comienzan a producir las partes de la proteína S y a mostrarlas en la superficie de las células. Esto hace que el organismo produzca anticuerpos. Una vez que envía las instrucciones, supuestamente el ARNm se degrada inmediatamente. Teóricamente, nunca ingresa al núcleo de las células, donde se almacena tu ADN. Tanto la "vacuna" contra la Covid-19 de Pfizer-BioNTech como la de Moderna, utilizan ARNm.
- *"Vacunas" basada en un vector.* En este tipo de vacuna, el material genético del virus de la Covid-19 se coloca en una versión modificada de otro virus (vector viral). Cuando el vector viral ingresa en las células, entrega el material genético del virus de la Covid-19 que brinda instrucciones a las células para hacer copias de la proteína S. Una vez que las células muestran las proteínas S en su superficie, el sistema inmunitario responde mediante la creación de anticuerpos y glóbulos blancos de defensa. Si más adelante te infectas con el virus de la Covid-19, los anticuerpos combatirán el virus. La "vacuna" Janssen de Johnson & Johnson y la de AstraZeneca y la Universidad de Oxford, se incluyen en este grupo.
- *"Vacunas" de subunidades proteicas.* Solo incluyen las partes de un virus que mejor estimulan al sistema inmunitario. Este tipo de vacuna contra la Covid-19 contiene proteínas S. Una vez que el sistema inmunitario

reconoce las proteínas S, crea anticuerpos y glóbulos blancos de defensa. La "vacuna" de Novavax, pertenece a este grupo.

- "*Vacunas*" con virus inactivados o atenuados. Utilizan un virus previamente inactivado o atenuado, de modo que no provoca la enfermedad, pero aún así genera una respuesta inmunitaria. La "vacuna" Sinovac, pertenece a este grupo.
- "*Vacunas*" de ADN. El ácido nucleico penetra y se inserta en las células humanas, que producirán copias de la proteína viral (generalmente, la proteína S). A este grupo pertenece la "vacuna" de Zydus Cadila (India) (ZyCoV-D).

En lo que se refiere a los sueros que utilizan el ARNm, los más novedosos, en teoría, supuestamente, una vez que el ARNm mensajero ha penetrado citoplasma de una célula del paciente vacunado, se traduce por el ribosomas, que fabrican la proteína objetivo que luego se someterá a un proceso de plegado postraducciona que permitirá la formación de una proteína tridimensional completamente funcional. El ARNm vacunas de Moderna (mRNA-1273) y de Pfizer / BioNTech (BNT162b2) codifica la proteína pico SARS-CoV-2 responsable de unión al receptor ACE2, responsable en última instancia de la entrada del virus en las células. En estudios preclínicos, supuestamente, se observó que anticuerpos producidos después de la vacunación que se unen a la proteína de pico, principalmente su dominio de unión al receptor, neutralizan el virus evitando que se una al receptor ACE2 en las células diana (4).

Ciencia en las "vacunas"

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

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

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

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

Los únicos argumentos "probatorios" para esta afirmación son:

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

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

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

Mecanismos de integración en el ADN nuclear:

- 1) Integración del ADN. A pesar de ser un riesgo no estudiado para los receptores de la "vacuna", la literatura científica claramente demuestra la alta probabilidad de que estos contaminantes, presenten peligros de mutagénesis autoinmune y/o inserción genómica. Estos riesgos siempre se han subestimado. En un ensayo inicial de terapia génica, expertos de la División de Terapia Génica de la FDA estimaron que el riesgo de que se produzcan mutaciones o cáncer por fragmentos de ADN humano o retroviral, es de 1 en un billón. Trágicamente, cuando se administraron

fragmentos de ADN retrovívico y humano a niños con enfermedad SC1D en un ensayo de terapia génica, 4 de 9 (44%) de los niños desarrollaron leucemia (7).

- 2) Integración del ARN. El uso por parte de los virus de sus propios RT para el intercambio de ARN por ADN, se conoce desde hace décadas. Entre los más estudiados, están los virus de la inmunodeficiencia humana. RT, también conocida como ADN polimerasa dependiente de ARN, es una enzima presente en retrovirus que atraviesa la cadena de ARNm y sintetiza una cadena de ADN complementaria (ADNc) a partir de la plantilla de ARNm. Además, RT participa en la formación de una doble hélice de ADN de una sola cadena de ADNc (8).

Se ha identificado actividad de RT endógena específica en espermatozoides, que puede revertir la transcripción de ARN exógeno directamente y generar copias de ADNc. Estas copias se pueden transferir como estructuras extracromosómicas y pasadas a la descendencia de una manera no mendeliana (9).

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

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

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

fuentes de alimentos), todos ellos, sugieren que la aprobación comercial/regulatoria de las vacunas específicas de Covid-19 fue prematura ([13](#)).

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

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

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

Consecuencias de las "vacunas": Eventos adversos y muertes

Si analizamos los datos oficiales recogidos en las diferentes bases de datos, comprobamos la cruda realidad; la administración del suero, ha dado lugar a:

muertes (**oficialmente entre Estados Unidos (VAERS), Europa (EUDRAVIGILANCE) y Reino Unido (YELLOW CARD-NHS); hay ya 34 945 fallecidos y 3 662 991 eventos adversos reportados**), abortos espontáneos o partos prematuros ([16](#)) ([17](#)) ([18](#)) ([19](#)) ([20](#)) ([21](#)) ([22](#)) (**el 82% de las mujeres embarazadas que reciben la "vacuna" en las primeras 20 semanas de gestación o en los 30 días siguientes al embarazo, sufren abortos espontáneos** ([23](#))), trastornos cardíacos ([24](#)) ([25](#)) ([26](#)) ([27](#)) ([28](#)) ([29](#)) ([30](#)) ([31](#)) ([32](#)), parálisis de Bell ([33](#)) ([34](#)) ([35](#)) ([36](#)), síndrome de Guillain-Barré ([37](#)) ([38](#)) ([39](#)), trastornos de la coagulación sanguínea ([40](#)) ([41](#)) ([42](#)) ([43](#)) ([44](#)) ([45](#)) ([46](#)), perjuicio del sistema inmunológico ([47](#)) ([48](#)) ([49](#)), trastornos neuronales ([50](#)) ([51](#)) ([52](#)) ([53](#)) ([54](#)), uveítis (inflamación ocular que puede causar ceguera permanente) ([60](#)) y otros efectos secundarios ([61](#)) ([62](#)) ([63](#)) ([64](#)). **Es importante ser consciente de que según el informe Lazarus** ([65](#)) ([66](#)), **el número de eventos adversos reportados oficialmente, es solo el 1% de los reales, por lo tanto, para saber aproximadamente el número real de muertes y eventos adversos, las cantidades recogidas en las bases de datos anteriormente mencionadas, debemos multiplicarlas por 100. Se ha constatado que estas mal llamadas "vacunas", son las más peligrosas de la [historia](#) según los propios datos de los CDC y VAERS.**

De forma más detallada:

En Estados Unidos, hasta el 06 de agosto, **tenemos 571 831 eventos adversos reportados** ([67](#)) (**77 490 graves** ([68](#))) **y 12 791 muertes** ([69](#)). Los datos totales del VAERS para todos los grupos de edad combinados, muestran:

- 51 087 hospitalizaciones.
- 16 044 casos de discapacidad permanente.
- 13 139 casos en los que peligró la vida del paciente.
- El 21% de las muertes se relacionaron con trastornos cardíacos.
- El 54% de los que murieron eran hombres, el 43% eran mujeres y los informes de defunción restantes no incluían el sexo de los fallecidos.
- La edad media de fallecimiento fue de 73.1 años.
- Hasta el 6 de agosto, 2695 mujeres embarazadas informaron de eventos adversos relacionados con las vacunas Covid, incluidos 931 informes de aborto espontáneo o parto prematuro.
- De los 2585 casos de parálisis de Bell notificados, el 50% se atribuyeron a las vacunas de Pfizer, el 43% a Moderna y el 6% a J&J.

- 510 informes de síndrome de Guillain-Barré, con 40% de los casos atribuidos a Pfizer, 34% a Moderna y 25% a J&J.
- 123 496 informes de anafilaxia con el 45% de los casos atribuidos a la vacuna de Pfizer, el 47% a Moderna y el 8% a J&J.
- 8218 informes de trastornos de la coagulación sanguínea. De ellos, 3428 informes se atribuyeron a Pfizer, 3510 informes a Moderna y 1695 informes a J&J.
- 2076 casos de miocarditis y pericarditis con 1309 casos atribuidos a Pfizer, 690 casos a Moderna y 71 casos a la vacuna Covid de J&J.

En Europa, hasta el 31 de julio ([70](#)) ([71](#)), **tenemos 20 595 muertos y 1 960 607 eventos adversos reportados (968 870 graves)**. Desarrollado por vacuna:

Reacciones totales para la vacuna experimental de ARNm Tozinameran (código BNT162b2, Comirnaty) de BioNTech / Pfizer: 9868 muertes y 767 225 lesiones al 31/07/2021.

21 004 Trastornos de la sangre y del sistema linfático, incl. 126 muertes; 19 717 trastornos cardíacos incl. 1.489 muertes; 177 trastornos congénitos, familiares y genéticos, incl. 14 muertes; 9913 trastornos del oído y del laberinto, incl. 8 muertes; 471 trastornos endocrinos incl. 3 muertes; 11.693 trastornos oculares incl. 21 muertes; 69 612 trastornos gastrointestinales incl. 431 muertes; 205 214 trastornos generales y condiciones en el lugar de administración incl. 2.832 muertes; 779 trastornos hepato biliares incl. 46 muertes; 8405 trastornos del sistema inmunológico incl. 53 muertes; 24 114 Infecciones e infestaciones incl. 941 muertes; 9314 Lesiones, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos, incl. 146 muertes; 19 170 Investigaciones incl. 323 muertes; 5675 trastornos del metabolismo y de la nutrición incl. 178 muertes; 104 915 trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo incl. 122 muertes; 528 neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluidos quistes y pólipos) incl. 43 muertes; 137 631 trastornos del sistema nervioso incl. 1081 muertes; 719 Embarazo, puerperio y afecciones perinatales, incl. 24 muertes; 140 problemas del producto incl. 1 muerte; 13 659 trastornos psiquiátricos incl. 130 muertes; 2481 trastornos renales y urinarios incl. 157 muertes; 8028 trastornos del aparato reproductor y de las mamas, incl. 2 muertes; 33 642 trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos incl. 1.168 muertes; 36 970 trastornos de la piel y del tejido subcutáneo, incl. 87 muertes; 1289 circunstancias sociales incl. 13 muertes; 564 procedimientos médicos y quirúrgicos incl. 25 muertes; 21 401 trastornos vasculares incl. 404 muertes.

Total de reacciones para la vacuna de ARNm experimental ARNm-1273 (CX-024414) de Moderna: 5460 muertes y 212474 lesiones hasta el 31/07/2021.

3901 trastornos de la sangre y del sistema linfático, incl. 49 muertes; 6139 trastornos cardíacos incl. 599 muertes; 86 trastornos congénitos, familiares y genéticos, incl. 3 muertes; 2699 trastornos del oído y del laberinto; 165 trastornos endocrinos incl. 1 muerte; 3330 trastornos oculares incl. 13 muertes; 18 562 trastornos gastrointestinales incl. 200 muertes; 57 313 trastornos generales y condiciones del lugar de administración incl. 2188 muertes; 345 trastornos hepatobiliares incl. 20 muertes; 1803 trastornos del sistema inmunológico incl. 9 muertes; 6151 infecciones e infestaciones incl. 332 muertes; 4652 lesiones, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos, incl. 102 muertes; 4289 Investigaciones incl. 103 muertes; 2105 trastornos del metabolismo y de la nutrición incl. 125 muertes; 26 743 trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo, incl. 107 muertes; 252 neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluidos quistes y pólipos) incl. 27 muertes; 38 118 trastornos del sistema nervioso incl. 552 muertes; 432 embarazo, puerperio y afecciones perinatales, incl. 5 muertes; 46 problemas de productos; 4224 trastornos psiquiátricos incl. 90 muertes; 1306 trastornos renales y urinarios incl. 85 muertes; 1526 trastornos del aparato reproductor y de las mamas, incl. 2 muertes; 9377 trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos incl. 521 muertes; 11 300 trastornos de la piel y del tejido subcutáneo, incl. 45 muertes; 925 circunstancias sociales incl. 20 muertes; 700 procedimientos médicos y quirúrgicos incl. 55 muertes; 5985 trastornos vasculares incl. 207 muertes.

Reacciones totales para la vacuna experimental AZD1222 / VAXZEVRIA (CHADOX1 NCOV-19) de Oxford / AstraZeneca: 4534 muertes y 923 749 lesiones al 31/07/2021.

10 912 trastornos de la sangre y del sistema linfático, incl. 184 muertes; 15 131 trastornos cardíacos incl. 523 muertes; 132 trastornos congénitos familiares y genéticos incl. 3 muertes; 10 643 trastornos del oído y del laberinto; 415 trastornos endocrinos incl. 3 muertes; 16 108 trastornos oculares incl. 18 muertes; 91 912 trastornos gastrointestinales incl. 229 muertes; 244 487 trastornos generales y condiciones en el lugar de administración incl. 1.128 muertes; 729 trastornos hepatobiliares incl. 41 muertes; 3663 trastornos del sistema inmunológico incl. 18 muertes; 22 077 infecciones e infestaciones incl. 284 muertes; 10 114 lesiones envenenamiento y complicaciones de procedimientos, incl. 119 muertes; 20 068 investigaciones incl. 105 muertes; 11 087 trastornos del metabolismo y de la nutrición incl. 62 muertes; 140 986 trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo incl. 63 muertes; 446 neoplasias benignas malignas y no especificadas (incluidos quistes y pólipos) incl. 13 muertes; 194 032 trastornos del sistema nervioso incl. 727 muertes; 363 embarazo, puerperio y afecciones perinatales, incl. 8 muertes; 135 problemas del producto incl. 1 muerte; 17 296 trastornos psiquiátricos incl. 39 muertes; 3324 trastornos renales y urinarios incl. 40 muertes; 11 369 trastornos del aparato reproductor y de la mama; 31 980 trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos incl. 534 muertes; 42 437 trastornos de la piel y del tejido subcutáneo, incl. 30 muertes; 1093 circunstancias sociales incl. 7 muertes; 971

procedimientos médicos y quirúrgicos incl. 19 muertes; 21 839 trastornos vasculares incl. 336 muertes.

Total de reacciones para la vacuna experimental Covid-19 JANSSEN (AD26.COV2.S) de Johnson & Johnson: 733 muertes y 57 159 lesiones al 31/07/2021.

531 trastornos de la sangre y del sistema linfático, incl. 23 muertes; 867 trastornos cardíacos incl. 92 muertes; 21 trastornos congénitos, familiares y genéticos; 346 trastornos del oído y del laberinto; 24 trastornos endocrinos incl. 1 muerte; 705 trastornos oculares incl. 3 muertes; 5449 trastornos gastrointestinales incl. 27 muertes; 15 097 trastornos generales y condiciones en el lugar de administración incl. 177 muertes; 78 trastornos hepato biliares incl. 7 muertes; 231 trastornos del sistema inmunológico incl. 5 muertes; 915 Infecciones e infestaciones incl. 21 muertes; 529 lesiones, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos, incl. 11 muertes; 2936 investigaciones incl. 51 muertes; 305 trastornos del metabolismo y de la nutrición incl. 12 muertes; 9614 trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo incl. 18 muertes; 24 neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluidos quistes y pólipos) incl. 2 muertes; 12 240 trastornos del sistema nervioso incl. 90 muertes; 17 embarazo, puerperio y afecciones perinatales, incl. 1 muerte; 17 problemas con el producto; 659 trastornos psiquiátricos incl. 8 muertes; 207 trastornos renales y urinarios incl. 9 muertes; 354 trastornos del aparato reproductor y de las mamas, incl. 2 muertes; 1878 trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos incl. 57 muertes; 1602 trastornos de la piel y del tejido subcutáneo incl. 2 muertes; 143 circunstancias sociales incl. 3 muertes; 468 procedimientos médicos y quirúrgicos incl. 30 muertes; 1902 trastornos vasculares incl. 81 muertes.

En el Reino Unido, hasta el 04 de agosto ([72](#)) ([73](#)) **tenemos 1559 muertes y 1 130 553 eventos adversos reportados.** 1286 casos de anafilaxis severa; Parálisis de Bell (se producen pero no hay datos); 429 trombocitopenia; 11 síndrome de extravasación capilar; 30 304 desórdenes de la menstruación o sangrado inesperado; 602 miocarditis-pericarditis; reacciones cutáneas (se producen pero no hay datos, fundamentalmente con Moderna); 440 síndrome de Guillain-Barré. La lista es más larga, se puede comprobar accediendo a las referencias ([74](#)) ([75](#)) ([76](#)) ([77](#)). **El número de muertes por las "vacunas" Covid en el Reino Unido en 6 meses, es un 407% mayor que las muertes debidas a las otras vacunas juntas en los últimos 11 años ([78](#)) ([79](#)). Las reacciones adversas a las inyecciones de Covid-19 son 17.5 veces más altas que las reacciones adversas a todas las demás vacunas combinadas desde 2010 ([80](#)) ([81](#)).**

En el caso de Estados Unidos, **hay que destacar que de las muertes reportadas en VAERS, el 67% de ellas, ocurren dentro de los 21 días siguientes a la vacunación** ([82](#)). Excluyendo los "informes extranjeros" presentados en el VAERS, hasta el 06 de agosto, se informaron 451 049 eventos adversos, incluidas 5859 muertes y 36 871 lesiones graves. **De las 5859**

muerres reportadas, el 13% ocurrieron dentro de las 24 horas posteriores a la vacunación (83), el 19% ocurrió dentro de las 48 horas posteriores a la vacunación (84) y el 33% ocurrió en personas que experimentaron un inicio de los síntomas dentro de las 48 horas posteriores a la vacunación (85). Esto nos da una idea de la rapidez con la que causan el daño y, analizando el conjunto de todos los datos; de la poca seguridad con la que cuentan estos sueros experimentales ((86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129) (130) (131) (132) (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139) (140) (141) (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) (150) (151) (152) (153) (154) (155) (156) (157) (158) (159) (160)).

Además de las pruebas bibliográficas, hay otras muchas que también muestran cuál es la auténtica realidad de las "vacunas". Por ejemplo, reportes de los eventos adversos que encontramos en redes o en publicaciones divulgativas (161) (162); o vídeos explicativos como el siguiente, basado en datos oficiales (163) (enlace alternativo 164) o como estos otros: (165) (166) (167) (168) (169) (170) (171) (172) (173) (174) (175) (176) (177) (178) (179) (180) (181) (182) (183) (184) (185) (186) (187) (188) (189) (190) (191) (192) (193) (194) (195) (196) (197) (198) (199) (200) (201) (202) (203) (204) (205) (206) (207) (208) (209) (210) (211) (212) (213) (214) (215) (216) (217) (218) (219) (220) (221) (222) (223) (224) (225) (226) (227) (228) (229) (230) (231) (232); o audios informativos de diferente naturaleza (233) (234) (235) (236) (237) (238) (239) (240) (241); o testimonios de profesionales como los biólogos: Dña. Almudena Zaragoza y D. Fernando López Mirones (242) (243) (244) (245) (246) (247), o de diferentes médicos con diferentes especialidades:

Dr. Robert Malone (inventor de las vacunas con soporte de ARNm) (248); Dr. Peter McCullough (249) (250) (251) (252); distintos profesionales recogidos en un vídeo de AFLDS (America's Frontline Doctors) (253) (entre ellos el Dr. Cole, patólogo independiente (254)); Dr. Laurent Mucchielli, director de investigación del Centro Nacional francés para la Investigación Científica (CNRS) (255); Dr. Byram Bridle (256) (257) (258); Dra. Anna Goodwin (259); Dra. Cindy de Villiers (260); Dr. Michael Yeadon (ex vicepresidente y director científico de Pfizer) (261) (262); Dr. Josh Guetzkow (263) (264); Dr. Vladimir Zalenko (265) (266) (267); Dr. Trinidad Castellero (ex-Ministro de Salud de Panamá) (268); Dra. Shelley Cole (269); Dra. Karina Acevedo-Whitehouse (270); Dra. Simone Gold (271) (272) (273) (274); Dra. Carrie Madej (275) (276); Dra. Jessica Rose (277) (278) (279); Dra. Martínez Albarracín (280) (281); Dra. Judy Mikovitz y Dr. Joseph Mercola (282); Dra. Sherri Tenpenny (283) (284); Dra. Dolores Cahill (285) (286); Dr. Roger Hodkinson (287) (288); Dra. Stephanie Seneff y Dr. Joseph Mercola (289); Dr. Tom Cowan (290) (291); 5 doctores (Dra. Chistine Northrup, Dra. Carrie Madej, Dra. Lee Merritt, Dra. Sherri Tenpenny y Dr. Larry) (292); Dra. Chistine Northrup (293) (294); Dra. Lee Merritt (295) (296) (297) (298); Dr. Steve Hotze (299) (300); Dra. Roxana Bruno (301) (302) (303); Dra. Chinda Brandolino (304); Dra. Natalia Prego (305); Dr. Geert Vanden Bossche (306) (307); Dra.

Jane Ruby ([308](#)) ([309](#)) ([310](#)) ([311](#)); Dr. Sucharit Bhakdi ([312](#)); Dr. Ben Edwards ([313](#)); Dra. Jane Lindsay ([314](#)); Dr. David Martin ([315](#)); Dr. Charles Hoffe ([316](#)) ([317](#)) ([318](#)); Dr. Chris Shaw ([319](#)); Dra. Viviane Brunet ([320](#)); Dr. Alain Tortosa ([321](#)); Dra. Judy Mikovitz y Dr. Robert O. Young ([322](#)); Dr. Andrew Kaufman ([323](#)); Dra. Carrie Madej y Dr. Andrew Kaufman ([324](#)); Dra. Nadya Popel ([325](#)); Dr. Antonio Alarcos ([326](#)) ([327](#)) ([328](#)) ([329](#)); Dr. Richard Fleming ([330](#)) ([331](#)); Dra. Stella Immanuelle ([332](#)); Dr. Bryan Ardis ([333](#)); Dra. Karladine Graves ([334](#)); Dr. Vernon Coleman ([335](#)) ([336](#)); Dr. Ben Edwards ([337](#)); Dra. Angelina Farella ([338](#)); Dr. Roy Martina ([339](#)); Dr. Ryan ([340](#)); Dr. Mark Trozzi ([341](#)); Dra. Janci Chunn Lindsay ([342](#)); Dr. Pierre Kory ([343](#)); Dr. Peter Breggin ([344](#)); Dr. Andrew Wakefield ([345](#)); Kate Shemirani y Dr. Kevin Corbett ([346](#)); Dr. Joel S. Hirschhorn ([347](#)); Dr. Steven Pelech, Dr. Paul Alexander, Dra. Keren Epstein-Gilboa, Dr. Mark Trozzi, Dr. Stephan Malthouse ([348](#)); Dr. Barre Lando ([349](#)); Dr. David Bauer ([350](#)); Dr. Dan Stock ([351](#)); Dr. Marcelo Martínez ([352](#)); Dr. Ruiz Valdepeñas ([353](#)) (enlace alternativo [354](#)); Dr. Luis Miguel Benito ([355](#)); Dr. Wolfgang Wodarg y Dr. Stefan Hockertz ([356](#)); Prof. Luc Montagnier and Dr. Wolfgang Wodarg ([357](#)); Dr. Russell Blaylock ([358](#)); médicos que cuentan las experiencias que viven con los eventos adversos de las "vacunas" y otros aspectos relacionados con su seguridad ([359](#)) ([360](#)) ([361](#)), o en general hablando sobre el virus y las "vacunas" ([362](#)) ([363](#)) ([364](#)) ([365](#)).

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

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

De igual forma, confirmando lo que dice el Dr. Montagnier, **4 doctores de tremendo prestigio como son: Judy Mikovitz, Sherry Tenpenny, Dolores Cahill y María Mirande, afirman que un gran número de vacunados**

morirán (375) (376) (377), incluso, otro autor ha establecido una correlación entre las dosis de "vacunas" administradas y la (IA) incidencia acumulada a 14 días y el porcentaje de ocupación de camas UCIs (378). Siguiendo en la misma línea, el director del Instituto de Patología de la Universidad de Heidelberg, **Dr. Peter Schirmacher**, que ha realizado más de cuarenta autopsias en personas que han fallecido dos semanas después de su vacunación; ha dicho que en su opinión, se subestima la frecuencia de las consecuencias fatales de las vacunas, según él, **entre un 30 y un 40% de ellas murieron como consecuencia de la "vacuna"** (379). Las consecuencias de las vacunas ya son expuestas, incluso, en la televisión (380). Unos meses antes de que las primeras vacunas Covid-19 recibieran la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) a finales de 2020, una experta en seguridad de vacunas a nivel mundial advirtió que las circunstancias apresuradas hacían esencial "hacer bien [el monitoreo de la seguridad]" mediante el escrutinio "intensivo" y "robusto" de los eventos adversos después del despliegue experimental. Como afirmó esta experta, "desplegar cualquier nueva vacuna basada en datos de ensayos clínicos acelerados en una población sin un sistema de control de la seguridad que funcione es imprudente e irresponsable dadas las herramientas disponibles". Además, añadió, "cualquier inversión necesaria para reforzar el control de seguridad sería poco costosa en comparación con la enorme financiación asignada al desarrollo y la ampliación de la "vacuna" Covid". El pasado mes de septiembre, esa misma experta, Dra. Helen Petousis-Harris, escribió que "no evaluar la seguridad de las "vacunas" Covid con toda nuestra capacidad sería fundamentalmente un error" (381).

Un nuevo estudio (382) publicado en Journal of American Medical Association (JAMA) muestra que 1 de cada 100 000 personas tenía miocarditis relacionada con la vacuna y 1.8 de cada 100 000 personas tenían pericarditis, en comparación con los datos de los CDC de que 4.8 personas de cada millón sufren miocarditis después de recibir una "vacuna" Covid.

Un **abogado** de Ohio, **Thomas Renz**, abogado principal en varios casos importantes entablados contra agencias federales relacionados con fraude y violaciones de los derechos a la libertad médica; ha presentado una denuncia en un tribunal federal de EEUU en nombre de AFLDS, que se basa en una **declaración jurada**, bajo amenaza de perjurio, de una denunciante experta que atestiguó "que **ha habido al menos 45 000 muertes a causa de esta vacuna**", estos números se basan en la cantidad de personas que **murieron dentro de los tres días posteriores a la vacuna** en un solo sistema que informa al gobierno federal. Según se sabe, hay alrededor de 11 o 12 sistemas que están reportando muertes y heridos al gobierno y, obviamente, **las cifras reales son "inmensamente más altas"** (383). Algo parecido ha hecho otro abogado, **Michael Green**, ha presentado una demanda colectiva en Hawai, que al principio representaba a 1200 personas, contra los mandatos de vacunas del gobernador y el alcalde. **Dice que "la vacuna está matando a personas en todo el país. Existen tratamientos efectivos. No es necesario hacer pruebas a personas asintomáticas porque los CDC dicen que no transmiten el virus"** (384).

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

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

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

Consentimiento informado

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

Resultados del estudio

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

Las vacunas para el SARS, MERS y RSV nunca han sido aprobadas, y los datos generados en el desarrollo y prueba de estas vacunas sugieren una seria preocupación mecanicista: que las vacunas diseñadas empíricamente usando el enfoque tradicional (que consiste en la proteína

Spike del coronavirus no modificada o mínimamente modificada para provocar anticuerpos neutralizantes), **ya sean compuestos de proteína, vector viral, ADN o ARN e independientemente del método de administración, pueden empeorar la enfermedad Covid-19 a través de la potenciación dependiente de anticuerpos (ADE).**

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

Conclusiones extraídas del estudio e implicaciones clínicas

El riesgo específico y significativo de Covid-19 a través de la ADE, debería haber sido y debería ser divulgado de manera prominente e independiente a los sujetos de investigación que se encuentran actualmente en ensayos de vacunas, así como a aquellos que están siendo reclutados para los ensayos y futuros pacientes después de la aprobación de la vacuna, con el fin de cumplir con el estándar de ética médica de comprensión del paciente para el consentimiento informado.

"Negacionistas"

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

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

En el primer año completo de la pandemia de Covid-19, **un 32% de los adultos a nivel mundial, o 1300 millones de personas, no se vacunarían**, el 68% dijeron que estarían de acuerdo en vacunarse si una vacuna contra el coronavirus estuviera disponible para ellos sin costo alguno. Sin embargo, al igual que el número mundial, en la mayoría de los países, los porcentajes no alcanzaron el 70% estimado que, según algunos expertos, sería necesario vacunar para lograr la inmunidad colectiva en una población. Lo que es más importante, **si todos los**

que dijeron que estaban dispuestos a recibir la vacuna contra el coronavirus realmente lo hicieran, solo 38 de los 116 países y áreas que se analizaron durante la segunda mitad de 2020, alcanzarían el umbral mínimo estimado del 70% para lograr la inmunidad colectiva. Solo un país, Myanmar, superaría la estimación más alta del 90%. Si observamos la prensa independiente, encontramos que los datos "oficiales", no cuadran con la realidad ([398](#)) ([399](#)) ([400](#)) ([401](#)) ([402](#)) ([403](#)) ([404](#)) ([405](#)) ([406](#)) ([407](#)) ([408](#)) ([409](#)) ([410](#)) ([411](#)) ([412](#)) ([413](#)) ([414](#)) ([415](#)) ([416](#)) ([417](#)) ([418](#)) ([419](#)) ([420](#)) ([421](#)) ([422](#)) ([423](#)) ([424](#)), incluso, el Dr. Raúl Ortiz de Lejarazu ([425](#)), reconoce que es bastante grande el número de los llamados "negacionistas" (también llamados "antivacunas") a nivel mundial.

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

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

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

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

Además, mientras que la mayor caída en la vacilación por las vacunas durante los primeros cinco meses de 2021, se daba entre los que presentaban nivel académico más bajo; los menos propensos a cambiar

de opinión, fueron los que tenían un doctorado. El estudio también revela que la preocupación más común para aquellos que dudan en tomar la vacuna, son los posibles efectos secundarios, con la falta de confianza en el gobierno en segundo lugar.

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

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

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

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

Según parece, no son los únicos:

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

En Cataluña, la Generalidad, fijaba en enero los precios que pagaría a los hospitales concertados y privados (436) (437) (438): 43 400 euros por paciente en la UCI. Los centros concertados decía, recibirán el mismo pago fijo del mes de febrero y si han atendido a pacientes con coronavirus cobrarán un 4% más. Además, los centros podrán facturar "actividad extraordinaria" derivada de la pandemia: además de los 43 400€ por paciente que haya estado en la UCI y

reciba el alta, los hospitales recibirán 5000€ euros por paciente que no haya pasado por la UCI y haya estado ingresado más de 72 horas o haya muerto y 2500€ por cada enfermo que haya permanecido en el centro menos de tres días; se pagan 93€ por cada PCR hecho, por cada alta de convalecencia en hospitales de campaña (pabellones) 1381.30€, por cada alta de hospitalización a domicilio 942.08 € y por cada estancia de larga duración 85.55€. **Un detalle importante que no debemos de olvidar, es que esos ingresos, dependen de un diagnóstico con un test y ya sabemos que el número de falsos positivos que producen es altísimo aunque algunos se empeñen en obviarlo. El que un hospital cobre o no alguna de las cantidades mencionadas, depende de un test PCR o de alguna de las otras formas de diagnóstico,** por mucho que el área de prensa del Departamento de Salud diga que: "Lo que determina la tarifa es el motivo del ingreso" ([439](#)). Es obvio, que si un paciente entra en un hospital, es por un diagnóstico previo y porque el médico correspondiente considera que dicho paciente debe ser ingresado, es decir, antes hay un diagnóstico y aunque a algunos les pese o lo quieran tapar, los test son las herramientas que utilizan, independientemente del número de veces que repitan dicho test.

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

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

En 2018, los médicos españoles recibieron 600 millones de las farmacéuticas. Desde 2018, estos pagos se publican con nombre y apellidos. La cifra es un 5% superior al 2017 y un 20% mayor que hace cuatro años. Las cifras de esta colaboración anual las publica desde 2016 la propia patronal de Farmaindustria ([442](#)). Además de la publicación de la cuantía total que realiza la patronal, todos los laboratorios farmacéuticos asociados (más de 190 compañías), han publicado en sus webs la relación completa de sus colaboraciones con los médicos en el año

2018, con el nombre y apellido de cada destinatario. Si un médico no acepta este modelo de transparencia, no puede colaborar con la industria farmacéutica.

La mayor parte de los 600 millones, 259 millones de euros, la invirtieron los laboratorios en contratos con organizaciones y profesionales sanitarios para desarrollar proyectos de investigación. La siguiente partida con más ayudas es la que reciben los médicos de la industria farmacéutica para cubrir los gastos por acudir a congresos científicos (118 millones). Las prestaciones por servicios profesionales fueron de 84 millones de euros, y las donaciones, que sólo pueden ir destinadas a organizaciones sanitarias, ascendieron a 37.5 millones.

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

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

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

AstraZeneca también informó de unos beneficios netos de 3144 millones de dólares en el periodo de 2020, un 159% más que el año anterior. Moderna, otra de las empresas cuya "vacuna" está presente en todo el mundo, anunció unos beneficios netos de 1733 millones de dólares en el primer trimestre de 2021 con la "vacuna" contra la Covid-19.

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

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

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

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

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

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

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

“Quiero decir, que la mayoría de las personas ni siquiera se dieron cuenta de que la vacuna está bajo autorización de uso de emergencia (EUA). Un hombre en Irlanda fue a siete farmacias y les preguntó: ¿Cuál es el riesgo que corre mi hija de 20 años de contraer Covid? ¿Y cuál es el riesgo que tiene de sufrir efectos secundarios a causa del medicamento?’ Y no pudieron responder”.

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

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

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

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

Vacunación de niños-adolescentes

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

Los datos de seguridad aún están en desarrollo. No obstante, **ya se ha visto a corto plazo que cerca del 86% de los niños inoculados con la vacuna de ARNm** sufrieron alguna reacción adversa y en el estudio fase I/II de la vacuna a virus inactivado, se describió un caso grave de reacción adversa. **Se han reportado, entre otros: inflamación cardíaca (miocarditis aguda y miopericarditis) en adolescentes varones sanos de 14 a 19 años dentro de los 4 días posteriores a la recepción de la segunda dosis de la vacuna contra Covid-19, con hallazgos de troponina sérica elevada, un ECG anormal y una resonancia magnética cardíaca anormal; Síndrome de Guillain Barré, y coagulopatías.** Estos efectos no fueron observados en los ensayos clínicos previos, como así **tampoco era conocido el efecto dañino que posee por sí sola la proteína espiga, en ausencia de virus, a nivel vascular y mitocondrial, ni su posible biodistribución por todo el organismo.** Estos hallazgos científicos recientes, generan incertidumbre acerca de los efectos inesperados a mediano y largo plazo derivados de la permanencia del antígeno vacunal en el plasma y de posibles reacciones inmunitarias cruzadas con órganos y tejidos, que puedan desencadenar la aparición de autoinmunidad. Debido a que son "vacunas" que se encuentran en fase experimental, debería evitarse la inoculación en los niños, por principio de precaución, ante el desconocimiento de la posible afectación de la fertilidad tanto en las niñas como en los niños, en su etapa reproductiva ([1](#)).

En Estados Unidos, hasta el 06 de agosto, según los últimos datos de VAERS, se han producido 16 408 eventos adversos en total, incluidos 983 clasificados como graves y 18 muertes notificadas ([2](#)).

- Las muertes reportadas más recientes incluyen a un niño de 15 años (VAERS ID 1498080) que previamente tenía Covid, fue diagnosticado con miocardiopatía en mayo de 2021 y murió cuatro días después de recibir su segunda dosis de la vacuna de Pfizer el 18 de junio, cuando colapsó en un campo de fútbol y entró en taquicardia ventricular; y una niña de 13 años (VAERS ID 1 505250) que murió después de sufrir una afección cardíaca después de recibir su primera dosis de Pfizer.
- Otras muertes incluyen dos niños de 13 años (VAERS ID 1406840 y 1431289) que murieron dos días después de recibir la vacuna de Pfizer, un niño de 13 años que murió después de recibir la vacuna de Moderna (VAERS ID 1463061), tres niños de 15 años (VAERS ID 1187918, 1382906 y 1242573), cinco de 16 años (VAERS

ID 1420630, 1466009 , 1225942 , 1475434 y 1386841) y tres de 17 años (VAERS ID 1199455 , 1388042 y 1420762).

- 2424 informes de anafilaxia entre jóvenes de 12 a 17 años, y el 99% de los casos se atribuyen a la vacuna de Pfizer.
- 419 informes de miocarditis y pericarditis (inflamación del corazón) con 414 casos atribuidos a la vacuna de Pfizer.
- 81 informes de trastornos de la coagulación sanguínea, todos los casos atribuidos a Pfizer.

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

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

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

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

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

Según el estudio de los CDC, hasta el 16 de julio, alrededor de 8.9 millones de adolescentes estadounidenses de entre 12 y 17 años habían recibido la vacuna de Pfizer-BioNTech. **El VAERS recibió 9246 informes después de la vacunación con esta vacuna en este grupo de edad: el 9.3% fueron por eventos adversos graves, incluida la miocarditis (4.3% o 397 informes).**

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

Según el estudio, 129 000 adolescentes estadounidenses de entre 12 y 17 años se inscribieron en V-safe después de la vacunación con Pfizer. Informaron

reacciones locales (63,4%) y sistémicas (48,9%) con una frecuencia similar a la informada en los ensayos clínicos previos a la autorización. Las reacciones sistémicas fueron más frecuentes después de la dosis dos.

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

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

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

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

La Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) agregó el 25 de junio (4) una advertencia a las hojas de datos de pacientes y proveedores para las vacunas Covid de Pfizer y Moderna, que indica un mayor riesgo de miocarditis y pericarditis después de la vacunación. Recientemente, en Canadá se ha añadido también una advertencia sobre la Parálisis de Bell para la vacuna de Pfizer (5).

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

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

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

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

Los resultados obtenidos a través de VAERS muestran que:

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

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

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

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

Según un estudio realizado en Inglaterra, **los niños tienen un 99,995% de probabilidades de sobrevivir a la Covid-19 (9).**

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

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

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

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

Según una petición para evitar la vacunación infantil en Chile, cursada por más de **50 profesionales incluidos en la Agrupación de Profesionales de la Salud e Investigadores Independientes; hasta el 12 de julio de 2021, en este grupo la mortalidad fue del 0.002% y la letalidad del 0.035% (más del 60% tenía comorbilidades)**. En otras palabras, los niños y adolescentes tienen una **tasa de supervivencia del 99.97%**. Esto indica que la vacunación experimental masiva en niños y adolescentes no se encuentra justificada por emergencia o por alta letalidad.

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

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

epidemias estacionales, lo que provocaría un aumento general de la morbilidad y la mortalidad inducidas por virus (15).

En un estudio en Italia (16), no encontraron una relación entre las fechas de apertura de la escuela y el aumento del número reproductivo básico (R_t) del SARS-CoV-2; los cierres de escuelas no afectaron la tasa de disminución de R_t . Además, la incidencia de SARS-CoV-2 entre los estudiantes es menor que en la población general. La incidencia entre profesores es comparable a la registrada en la población general de la misma edad. Finalmente, **el rastreo de contactos en las escuelas resultó en una frecuencia muy baja de infecciones secundarias encontradas por prueba, y en una baja frecuencia en las agrupaciones a pesar de una gran cantidad de pruebas cada semana.** Cuando el contagiado era un profesor, la fuente primaria de ese contagio, con mucha frecuencia, era otro adulto. La incidencia entre las personas en edad escolar fue baja en comparación con la incidencia sostenida entre las personas de 45 a 49 años. El lapso de tiempo entre la apertura de las escuelas y el aumento de R_t , no fue uniforme en las regiones italianas con diferentes fechas de apertura de las escuelas y con tiempos de demora más cortos en las regiones donde las escuelas abrieron más tarde. Por lo tanto, las infecciones por SARS-CoV-2 rara vez ocurren en la escuela y la transmisión de los estudiantes a los maestros es poco frecuente. **El análisis proporciona evidencia de que la apertura de escuelas no debe considerarse como un factor relevante que influya en la propagación de la epidemia de Covid-19 y que el cierre de escuelas no mejoró la disminución ya existente en el R_t de Covid-19.**

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

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

- Solo 25 niños de 0 a 17 años en el Reino Unido murieron de Covid en los primeros 12 meses de la pandemia.

- De estas 25 muertes, 19 (76%) ocurrieron entre pacientes que tenían "comorbilidades crónicas" preexistentes y/o condiciones médicas "limitantes de la vida". Solo el 24% de las muertes por Covid ocurrieron entre niños sin "condiciones de salud subyacentes".
- **Esto significa que solo seis niños y jóvenes "sanos" en esta nación de 68 millones de personas murieron de Covid.**
- **Entre los 12.023 millones de niños y jóvenes del Reino Unido, la tasa de mortalidad fue del 0.002 por ciento. Expresada como probabilidad, la mortalidad por Covid en CYP fue 1 de 480 942.**
- Sin embargo, la gran mayoría de CYP en el Reino Unido (o cualquier nación occidental, incluidos los EE. UU.) NO tienen "comorbilidades crónicas" y/o padecen afecciones médicas que "limitan la vida".
- Una nota al pie del estudio, define las condiciones que limitan la vida como "enfermedades sin esperanza razonable de una cura que finalmente será fatal". Aproximadamente 3 de cada 1000 jóvenes tienen afecciones que se caracterizan como "limitantes de la vida".
- "Nuestros hallazgos enfatizan la importancia de las comorbilidades subyacentes como el principal factor de riesgo de muerte, ya que el 76% tenía enfermedades crónicas, el 64% tenía comorbilidades múltiples y el 60% tenía enfermedades que limitaban la vida".
- Entre los 25 niños del Reino Unido que murieron de Covid, 15 tenían una "afección neurológica que limitaba la vida", de los cuales 13 "tenían una neurodiscapacidad compleja debido a una combinación de una afección genética o metabólica subyacente, eventos hipóxico-isquémicos o prematuridad"

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

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

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

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

Comparación de la mortalidad por Covid con la mortalidad por influenza

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

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

Los hallazgos redujeron efectivamente el número estimado de CYP en el Reino Unido que murieron de Covid en un 59%, de 61 muertes a 25. El estudio señala que 61 CYP hospitalizados en el Reino Unido murieron en dos semanas de dar positivo a través de una prueba de PCR. El estudio distingue entre los jóvenes que murieron con el virus y aquellos que, según los investigadores, probablemente murieron "por" o debido al virus. Los autores concluyeron que el principal contribuyente a la muerte en más de la mitad de los 61 casos fatales que examinaron no fue el Covid-19. Y, como se señaló, solo seis de las 25 muertes por Covid ocurrieron entre niños sin afecciones médicas graves preexistentes. **Las evaluaciones exhaustivas de las causas de muerte realizadas en este análisis, sugieren que es muy probable que el número de muertes atribuidas a Covid también se haya informado en exceso en**

otras cohortes de edad. Las tasas de mortalidad e infección de todas las cohortes de edad también pueden ser significativamente más bajas de lo que se informa actualmente. La multitud de medidas de "protección" (no escuela, actividades sociales, actividades recreativas, enmascaramiento obligatorio, "distanciamiento social" forzado), sin lugar a dudas, causó un gran daño a la salud física y mental de los menores de edad.

Ciertamente, según los hallazgos de este estudio, Covid-19 no causó un gran daño a la salud de los del grupo de edad examinado. Si bien el estudio se centró en niños menores de 18 años, uno imagina que los hallazgos hubieran sido similares si los datos hubieran incluido información médica sobre la población en edad universitaria del Reino Unido de 18 a 22 años.

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

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

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

Es importante destacar que, **dado que el riesgo de los niños es tan mínimo, no existe un marco jurídico que sustente la autorización de uso de emergencia de las vacunas antiCovid para ellos.** Aun así, la Administración de Alimentos y Medicamentos y los fabricantes de vacunas continúan con ese plan. Sólo se puede autorizar el uso de un producto médico en una población determinada si el beneficio supera el riesgo en esa misma población. Esto significa que, aunque los adultos se benefician, las vacunas antiCovid **no pueden**

autorizarse para los niños a menos que éstos obtengan beneficios reales y, como ha quedado demostrado, eso no sucede. La eficacia de las vacunas contra la Covid-19 que las farmacéuticas informan para el grupo de niños y adolescentes, no aporta mayor beneficio al grupo, puesto que tienen una probabilidad de supervivencia del 99.96%, y su disminución del riesgo absoluto es cercano al 1.4%, dando una sobreestimación del efecto real al solo mostrar disminuciones del riesgo relativo del 100% ([22](#)).

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

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

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

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

antiCovid al 9 de julio de 2021. La cantidad aumenta aún más cuando se observan las muertes que ocurren dentro de una o dos semanas después de recibir las vacunas.

Todo lo expuesto, convierte a cualquier "vacuna" contra esa enfermedad para niños, en innecesaria, además de muy peligrosa (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78), incluso un premio Nobel lo ha dicho (79). La Ministra de Educación israelí, afirma que es un 'crimen' vacunar a los niños (80).

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

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

Efectividad

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

Un aspecto de vital importancia en todas las vacunas de ARNm, es la inestabilidad del ARN. Es la razón principal de los rigurosos requisitos técnicos en su elaboración y conservación y que ha sido abordado encapsulando el ARNm en nanopartículas lipídicas. El que una molécula de ARNm esté intacta, es vital para su potencial como vacuna; hasta tal punto, que incluso una reacción menor de degradación en cualquier lugar a lo largo de la cadena, puede ralentizar o incluso detener el proceso de traducción de esa cadena y, por lo tanto, dar lugar a la expresión incompleta del antígeno diana. Se ha constatado que científicos de la

EMA encargados de garantizar la calidad de fabricación (la química, el método de fabricación y el control de todos los aspectos de la presentación que Pfizer ha remitido a la EMA), están muy preocupados sobre las especies de ARNm truncado y modificado presentes en el producto terminado. Existe una diferencia significativa en el % Integridad del ARN / especies truncadas, entre los lotes de los ensayos y los lotes comerciales propuestos (entre un 55 y un 78%). Se desconoce la causa y el impacto de esta pérdida de integridad del ARN en la seguridad y la eficacia de la vacuna; aún no se ha definido (7).

La falta de efectividad de las "vacunas" se está produciendo incluso en países con una alta tasa de vacunación, como Inglaterra (Reino Unido) o Israel entre otros y, está siendo recogida en informes oficiales y en artículos periodísticos. En el caso del Reino Unido, incluso con el 75% de su población vacunada, está experimentando un aumento de las muertes por Covid; hay que señalar, que no son los no vacunados los que mueren según el informe (8), entre las 300 010 personas estudiadas, **la tasa de mortalidad para las personas completamente vacunadas fue del 0.85%, mientras que para los no vacunados fue del 0,16%. Las personas completamente vacunadas son más propensas a la hospitalización que sus homólogos no vacunados.** Según ese informe, de las 47 008 personas completamente vacunadas, el 2.88% (1355 personas) terminaron en un hospital y entre las 151 054 personas no vacunadas, solo el 1.95 por ciento (2960 personas) fueron hospitalizadas (9). En el informe SPI-M-O (10), en su página 10 punto 32, dice lo siguiente: **"El resurgimiento tanto de las hospitalizaciones como de las muertes, está dominado por las personas que han recibido dos dosis de la vacuna, que comprenden alrededor del 60% y el 70% de la ola respectivamente (11).** Esto se puede atribuir a los altos niveles de captación en los grupos de edad de mayor riesgo, de modo que los **fallos de inmunización explican una enfermedad más grave que en los individuos no vacunados".** En otro **informe de la Salud pública**, elaborado el 25 de junio de 2021 (12), se especifica que **las personas totalmente vacunadas tienen un 990% más de probabilidad de morir debido a la Covid-19 que las personas no vacunadas (13)** o también, que **el 62% de las muertes asociadas a la Covid-19, ahora mismo, están ocurriendo en personas vacunadas (14)** o que el 68% de las muertes por Covid en el rango de los 50, también es de vacunados (15). A día de hoy, **el número de muertos tras vacunarse es un 79% mayor que el debido a la propia enfermedad en el Reino Unido (16).** Según **un informe de la Sanidad pública inglesa (17), las personas completamente vacunadas tienen un 65% más de probabilidades de ser hospitalizadas y un 1540% más de probabilidades de morir debido a Covid-19 que las personas que no están vacunadas (18).** Desde febrero de 2021 hasta la fecha, **el 64% de las muertes por Covid ocurridas en Inglaterra, se producen entre gente vacunada contra la enfermedad (19).**

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

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

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

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

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

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

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

enfermedad de Covid a la población sana. La evidencia es clara de que la vacuna Covid es un juego en el que todos pierden y ha hecho que decenas de millones de estadounidenses vacunados sean amenazas para todos, incluidos otros que están vacunados"; Dr. Paul Craig Roberts ([23](#)).

Según el último informe técnico sobre variantes preocupantes (actualización número 20), emitido por la Sanidad pública inglesa el 06 de agosto ([24](#)) (mencionado antes), que cubre datos sobre casos, hospitalizaciones y muertes debido a la variante Delta del 1 de febrero hasta el 2 de agosto de 2021; el riesgo relativo de muerte debido a Covid-19, si es menor de 50 años, está completamente vacunado y luego es hospitalizado con Covid-19, aumenta en un 177,5% ([25](#)) ([26](#)), por tanto, **los datos muestran que las inyecciones de Covid-19 están aumentando el riesgo de muerte por Covid-19 en personas menores de 50 años en una cantidad significativa. También revela que hasta el 2 de agosto de 2021, el 65% de todas las supuestas muertes por Covid-19 desde febrero de 2021, han sido personas vacunadas contra la enfermedad. También muestra que el riesgo de hospitalización y muerte es astronómicamente mayor si ha sido completamente vacunado y contrae el virus SARS-CoV-2. Las vacunas Covid-19 no previenen la infección ni la transmisión.**

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

En el caso de Israel, muchos de los contagios actuales, también se están dando entre vacunados ([28](#)) ([29](#)) ([30](#)) ([31](#)) ([32](#)) ([33](#)) ([34](#)) ([35](#)) ([36](#)) ([37](#)) ([38](#)) ([39](#)) ([40](#)) ([41](#)); hasta tal punto, que actualmente casi la totalidad de los nuevos contagios, se producen en vacunados ([42](#)) ([43](#)) ([44](#)). El propio Ministro de Salud israelí, ha reconocido la baja efectividad de las "vacunas" y ha afirmado que concretamente la de Pfizer, no sirve para evitar la transmisión del virus ([45](#)); también el propio Fauci ([46](#)) reconoce la baja efectividad, fomentando así, nuevos futuros

pinchazos. En un reciente estudio sobre la vacuna Pfizer en Israel, se han encontrado unos resultados, bastantes esclarecedores; después de 6 meses y dos pinchazos, la supuesta efectividad de la "vacuna" es del 16% (47). Los últimos datos publicados referentes a nuevos contagios, son bastantes claros (48), **en todos los grupos de edad entre 20 y 89 años, el porcentaje de nuevos contagios entre personas vacunadas, oscila entre 79 y 91%** (49). Se considera que Israel tiene una de las tasas de vacunación más altas del mundo, con 5,3 millones de sus ciudadanos que han sido inoculados con dos dosis. Hace semanas los titulares declararon que se había alcanzado la "inmunidad colectiva", no obstante, poco después, los titulares dieron paso a informes alarmantes de rápido aumento de casos y ahora, incluso, nos cuentan que parece que la tan promocionada vacuna de refuerzo de Covid podría estar fallando en la protección: " Los datos del Ministerio de Salud Interno muestran que **14 israelíes han sido infectados con Covid-19 una semana después de recibir una vacuna de refuerzo y algunos están hospitalizados**", informaba el canal 12 hace muy poco (50).

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

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

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

A pesar de la alta tasa de vacunación, Israel acaba de imponer nuevas restricciones a su población, y el organismo responsable de generar sus políticas Covid, acaba de admitir que un cierre en septiembre ya no es una posibilidad remota. El gabinete del coronavirus de Israel anunció el martes por la noche que a partir del 20 de agosto, el país reactivará su sistema de pase verde completo. A partir del domingo, las mascarillas serán obligatorias en todas las reuniones

interiores y exteriores e incluso se exigirá que los padres completamente vacunados y responsables del cuidado de un niño en cuarentena también se aíslen (para niños menores de 12 años) (55).

Esa falta de efectividad (56) (57) se demuestra en cientos de publicaciones, también, a nivel mundial, que muestran contagios entre vacunados (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122). El siguiente vídeo (en el que se utilizan datos oficiales), al igual que se empleó en la demostración de la peligrosidad de las "vacunas", también podemos utilizarlo aquí como demostración de la poca efectividad de esos sueros experimentales (123) Lo que en él se representa para muchos países es: en línea roja continua, el número de muertes semanal antes de empezar la vacunación; en línea azul continúa, el número de muertes semanal después de empezar la vacunación y, en línea roja discontinua, el número de muertes esperado si los sueros tuvieran realmente la efectividad que dicen los fabricantes.

En lugares con diferentes tasas de vacunación (tomadas de (124)), se observa una tasa importante de contagios entre vacunados: en Argentina con el 17.65% de su población totalmente vacunada, 9 de cada 10 muertos por Covid, son personas vacunadas (125), 43 119 muertos por Covid vacunados (126); en Islandia, con el 69.06% totalmente vacunados, la nación está estableciendo récords diarios de nuevas infecciones, principalmente entre los vacunados (127); en la Habana (Cuba), con un 25% de la población cubana, al menos, con una dosis, el 72% de los nuevos contagios, se producen en personas con las 3 dosis (128) (incluso, según parece, presuntamente, están arrojando los cadáveres de los vacunados en fosas comunes (129)); en Singapur con un 63.44% vacunado, el 75% de los nuevos contagios, se producen en vacunados (130); en Australia con un 16.65% de personas vacunadas, todos los nuevos casos menos 1, son de vacunados (131) (132); en Chile con el 64.57% de su población con la pauta completa, el 80% de los nuevos casos, se producen entre vacunados (133); en las Sheychelles con el 68% de su población totalmente "vacunada", el 37% de los nuevos contagios, se da entre los vacunados (134); en Mongolia, con el 60.51% de su población con la pauta completa, experimentan infecciones por coronavirus, principalmente dentro de los segmentos vacunados de su población (135); en Gibraltar, con más del 99% de su población vacunada completamente desde el 01 de junio, los casos Covid han aumentado en un 2500% (obviamente, esos nuevos contagios, se producen solo entre vacunados) (136). En Estados Unidos, con el 50,80% de sus ciudadanos con la pauta completa, a día 31 de julio, tiene 125 682 personas vacunadas contagiadas en 38 estados, de las cuales, 1400 han muerto (137).

Un estudio de los CDC (138) (139), revela que 3/4 de los nuevos casos de la variante Delta se producen entre personas vacunadas, además, la tasa de hospitalización entre los vacunados fue más alta que la tasa de hospitalización entre los no vacunados, de tal forma que 4 de cada 5

hospitalizados también son personas que han recibido la pauta completa. Por tanto, en contra de lo que algunos nos quieren hacer creer, es evidente que la “vacunación” no impide la hospitalización, por si fuera poco, encontraron que la carga viral de los pacientes vacunados, fue igual que la de los no vacunados y que el 79% de los infectados completamente vacunados fueron sintomáticos, con lo cual, con todo esto y con lo expuesto anteriormente, **el discurso oficial que dice que si los vacunados se infectaran, serían asintomáticos en la gran mayoría, que les daría más débilmente que a los no vacunados y que su carga viral sería muy inferior a la de los no vacunados; ha quedado totalmente desmentido.**

Si hacemos una comparación de la incidencia de Covid en los últimos 14 días entre países con tasas altas de vacunación y los de baja, observamos que para los países con baja tasa (media de 0.65% de la población) se situó en 15.7 por cada 100 000 habitantes, mientras que para los países con una tasa alta (media 53.6% de la población), se sitúa en 515 por cada 100 000 habitantes. Por tanto, es muy evidente, que las “vacunas” ni son eficaces, ni son seguras; no previenen la enfermedad, no reducen la gravedad, ni mucho menos van a controlar la enfermedad ([140](#)).

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

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

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

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

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

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

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

PROTEÍNA SPIKE

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

- El virus SARS-CoV-2 (y otros integrantes de la familia de los coronavirus) tienen en su membrana a la proteína Spike. Varios de los coronavirus utilizan esta proteína para poder tener acceso a las células que van a infectar (19).
- No es necesario haber aislado y purificado correctamente el virus SARS-CoV-2 para producir secuencias de ADN o ARNm de la proteína espiga, ya que la información de su secuencia genómica (que consta de unos 3000 nucleótidos y es un trímero formado por tres péptidos, cada uno con dos subunidades S1 y S2); está, supuestamente, publicada en las bases de datos y bibliotecas genómicas existentes, además, la tecnología capaz de sintetizar ARNm ya existe y diversos investigadores independientes lo han realizado y comprobado (20).
- **La proteína por sí sola (sin necesidad de estar asociado al virus) puede ocasionar daño en diversos tejidos y órganos ya que altera el eje Renina-Angiotensina-Aldosterona, daña los endotelios e induce a la desregulación de las mitocondrias, lo que lleva a hipertensión, inflamación y formación de trombos (en otras palabras, al cuadro clínico de Covid-19) (21) (22) (23).** No hay mucha más evidencia científica de esto, porque no se han hecho estudios semejantes hasta hace

poco, pero en estos otros (24) (25), también se ve ya ese potencial patogénico de la proteína.

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

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

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

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

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

Los neutrófilos, los macrófagos y las células epiteliales pulmonares reaccionan a la proteína a través de la activación de la producción de citocinas inducida por el receptor tipo toll, un mecanismo subyacente a la

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

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

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

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

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

- **Las proteínas de pico de la vacuna Covid dañan la proteína de la placenta en mujeres vacunadas**, parecen "hacer eco" con la proteína placentaria en mujeres embarazadas vacunadas. Recientemente se realizó un estudio en 15 mujeres que recibieron la vacuna Pfizer, se extrajeron muestras de sangre cada pocos días y los investigadores midieron los anticuerpos contra la proteína de pico. En el estudio, los investigadores también midieron los anticuerpos contra la placenta y encontraron que dentro de los primeros 1-4 días, un aumento de dos y medio a 300 por ciento en los anticuerpos contra su propia placenta (27). Un estudio con 1600 mujeres confirma que la "vacuna" Covid altera la [regla](#).

- Las “vacunas” de ARNm y las vectorizadas contra SARS-CoV-2, se basan en (por dos mecanismos diferentes) lograr que nuestras células comiencen a producir la proteína. **Sabemos que el ARNm (y presumiblemente, los vectores virales de las vacunas), no se limita a los sitios de inoculación; que viaja por el torrente sanguíneo y la linfa hacia otros tejidos y órganos** (28) (29) (30), incluyendo el sistema nervioso; reconocido en un documento interno de Pfizer (31), en un documento del regulador Japonés (32) o en el primer informe de una autopsia practicada a una persona vacunada (33); esto se sabía, al menos, desde el 2017, por un estudio hecho con una vacuna de ARNm contra el virus de Influenza A que estaba en etapa preclínica (34).
- **La proteína Spike induce a que las células donde se encuentra, generen exosomas** (bolsitas hechas de membrana de los organelos de las células) **que contienen microARNs y que estos viajan hacia el sistema nervioso, ejerciendo una inflamación descontrolada en el cerebro** (35).
- **En diversos estudios se afirma que la proteína S cambia la señalización celular al unirse al receptor ACE2, esto significa que da instrucciones a la célula para que altere sus funciones, lo que es particularmente grave en las células inmunes ya que las vuelve ineficientes, facilitando los procesos inflamatorios y la susceptibilidad a enfermarse por cualquier patógeno** (36) (37) (38).
- Otros investigadores también han estudiado los **problemas producidos por la proteína espiga y los anticuerpos que el organismo genera cuando es inyectada, atacando hasta 28 tejidos humanos, lo que explica las enfermedades autoinmunes que los vacunados pueden desarrollar** (39) (40).
- El daño directo a bazo y páncreas (órganos en que acumulan las LNP vacunales) y el estado basal de inflamación crónica, deterioro de la respuesta inmunológica y alteración de la coagulación; parecen ser los mecanismos fisiopatológicos que contribuyen al aumento de la morbimortalidad de la Covid-19 en las personas diabéticas, así como al mayor daño producido por las vacunas Covid en los diabéticos (41).
- Stephanie Seneff, la científica investigadora principal del Instituto de Tecnología de Massachusetts; dijo que ahora está claro que el contenido de la “vacuna” que se está administrando, **las nanopartículas lipídicas (LNP) que contienen el ARNm codificante de la proteína espiga, llegan al bazo y a las glándulas, incluidos los ovarios y las glándulas suprarrenales, y mientras se va vertiendo circula por el torrente sanguíneo, donde está causando un daño sistémico.** Los receptores ACE2 son comunes en el corazón y el cerebro, y así es como la proteína espiga causa problemas cardiovasculares y cognitivos.

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

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

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

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

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

VARIANTES

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

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

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

Una mutación genética no es más que un cambio en una o más letras del genoma. Y, de hecho, la mayor parte del tiempo las mutaciones no tienen ningún efecto. El genoma del coronavirus, por ejemplo, está compuesto de 30 mil letras

organizadas en grupos de tres. Cada uno de esos tripletes provee el código para crear unidades llamadas aminoácidos, que serán los tabiques de las 29 proteínas que componen al virus: desde las que supuestamente usa para infectar a nuestras células hasta las que emplea para camuflar su propio material genético de los sistemas siempre vigilantes del cuerpo humano. Distintos tripletes pueden codificar el mismo aminoácido. Por ello, una mutación en una o más letras no necesariamente cambiará el aminoácido final. Incluso si lo hiciera, eso no significa que la proteína se comportará de diferente manera.

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

Al hablar de mutaciones, el miedo más frecuente es que aparezca una variante genética del virus que sea más agresiva, más dañina y más fácil de transmitirse entre personas. Con respecto al SARS-CoV-2, hay algunos trabajos en la bibliografía que hablan sobre esa posibilidad, uno de los más citados en el discurso oficial para justificar su mensaje, es el titulado: "Spike mutation pipeline reveals the emergence of a more transmissible form of SARS-CoV-2" (2), de abril de 2020. Es un estudio preliminar publicado en bioRxiv en el que científicos del Laboratorio Nacional de Los Alamos aseguran haber analizado más de 6.000 secuencias del coronavirus recopiladas por Global Initiative for Sharing All Influenza Data. Lo primero en que debemos fijarnos, es en el nombre de la revista; en ésta solo se publican estudios preliminares, nunca definitivos y por tanto, no revisados por otros expertos para verificar su veracidad. Es decir, publicar un paper conlleva tiempo ya que debe pasar un riguroso proceso de revisión para comprobar que se ha seguido el método científico. Este estudio preliminar sin embargo no ha pasado el peer review aún, por lo que no puede considerarse algo "definitivo".

El análisis del Laboratorio Nacional de Los Álamos identificó un total de 14 mutaciones de SARS-CoV-2 entre los casi 30 000 bases partes del ARN del genoma del virus. Las mutaciones en cierto modo son normales: un virus muta continuamente y diferencias genéticas no tienen por qué significar comportamiento y funcionamiento distinto siempre. En este caso, los investigadores se fijaron en una mutación concreta llamada D614G, que se da en la proteína Spike (S) y es la responsable del cambio en las puntas/picos del virus. La conclusión que extrajeron los investigadores fue que la nueva mutación, que parecía haberse originado en Europa, consiguió dominar frente al coronavirus original que surgió de Wuhan en China. La cepa proveniente de Europa era la que

parecía haberse distribuido más a nivel global. Indicaban que en cuestión de semanas fue la mutación dominante en algunas regiones donde llegó. Basándose en ello, aseguraban que era más infecciosa que la original, lo cual, ya es bastante temerario e imprudente desde el punto de vista científico, ya que olvidan por completo algo tan básico como otros factores externos, como simplemente el comportamiento social, y las medidas tomadas para frenar la expansión del coronavirus; no demostró si el mayor contagio se debía concretamente al cambio en el genoma del virus o a factores externos. Otro problema que presenta, es que los datos recogidos por la investigación del Laboratorio de Álamos no son datos recogidos al azar, sino que provienen en su mayoría de Europa y América del Norte, y hay que tomarlos por tanto con precaución. Es decir, hay una sobrerrepresentación con respecto a otras regiones donde la pandemia llegó.

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

A día de hoy, supuestamente, se han identificado varias docenas de mutaciones con cambios estructurales en la proteína S, incluso varios estudios han reportado mutaciones que evaden el ataque de anticuerpos monoclonales a la proteína S del virus y además, también se habla de que mutaciones como K417N y E484K, encontradas en las variantes brasileñas y sudafricana, pueden reducir apreciablemente la neutralización del virus por anticuerpos hasta en 10 veces; todo parece muy grave y lo parece todavía más, ayudado por la propaganda de los medios de desinformación, para mantener la campaña del miedo y así, favorecer la vacunación masiva. Curiosamente, lo que esos medios no cuentan, es que todavía no se ha definido con claridad el efecto en la eficacia de los anticuerpos policlonales del sistema inmune, de igual forma, tampoco cuentan que la única manera de demostrar si una mutación cambia realmente la manera en que el virus se comporta, es realizando un montón de experimentos que llevan bastante tiempo y, la ciencia, por el momento, no ha ofrecido respuestas claras al respecto.

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

amplia a todas las partes del virus a través de diferentes partes del sistema inmunológico que pueden no crear la misma presión de selección. Esta hipótesis sugiere más bien lo contrario de lo que se está propagando en los medios.

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

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

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

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

Los investigadores japoneses que crearon pseudovirus que llevan la mutación, no han encontrado que la variante Delta confiera una mayor infectividad en el

laboratorio, y en la India, otras variantes de coronavirus que incluyen la misma mutación han tenido mucho menos éxito que ella ([10](#)).

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

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

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

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

SAGE describe un escenario dentro del documento que establece que existe una posibilidad realista de que pueda surgir una variante de Covid-19 que cause una enfermedad mucho más grave en la población en general de lo que ha ocurrido hasta la fecha. Afirman que incluso podría matar hasta el 35% de las personas a las que infecta. La razón que dan para que ocurra este escenario es que es **muy poco probable que las vacunas actuales de Covid-19 que se ofrecen continúen brindando protección contra enfermedades graves** si hay una

desviación significativa en la secuencia del gen de pico de las variantes futuras. Sin embargo, SAGE afirma que se esperaría un aumento en las hospitalizaciones y muertes incluso si la secuencia del gen del pico no se desvía en variantes futuras, fundamentalmente porque según reconoce, **las vacunas actuales "no previenen completamente la infección en la MAYORÍA de las personas"**. También admite en el documento, que el **programa de vacunas actual podría conducir al desastre**. Afirman que **a medida que las vacunas contra Covid-19 se implementan en toda la población, podrían crear una presión de selección para variantes que pueden escapar de la supuesta "inmunidad adquirida por vacuna"**. De igual forma, afirman claramente que **los métodos utilizados para predecir mutaciones en el virus Covid-19 nunca han involucrado el uso del virus Covid-19 en sí. En su lugar, han utilizado métodos artificiales para generar y expresar las supuestas variantes de picos, como levadura, fagos o expresión de otro virus.**

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

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

"Existe una expectativa teórica de que algunos tipos de vacunas podrían impulsar la evolución de patógenos más virulentos ('más potentes')",

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

Las vacunas contra el SARS-CoV-2, diseñadas para inducir anticuerpos neutralizantes (protectores), también pueden empeorar la enfermedad Covid-19 a través de los anticuerpos facilitadores de la infección (16). Esto se conoce como la mejora dependiente de anticuerpos (ADE) o magnificación de la enfermedad dependiente de anticuerpos y ocurre independientemente de la vacuna, la plataforma y método de entrega (17) (18). En marzo de 2020, los inmunólogos expertos en vacunas y en coronavirus evaluaron los riesgos de la vacuna contra Covid-19 basándose en los ensayos previos en modelos animales de las vacunas contra el SARS-CoV-1 y el MERS. El grupo de expertos concluyó que la ADE y la inmunopatología eran una preocupación real para las vacunas contra Covid-19, pero que su riesgo no justificaba el retraso de los ensayos clínicos, aunque reconocieron que sería necesario un seguimiento continuo de los vacunados (19). En una publicación reciente, se ha reportado que los anticuerpos potenciadores de la infección (anticuerpos facilitadores de la enfermedad) dirigidos contra la proteína Spike del SARS-CoV-2 facilitan la infección del virus in vitro, pero no in vivo (20). Sin embargo, un trabajo publicado el 9 de agosto de 2021 afirma que la aparición de variantes del SARS-CoV-2, como la variante Delta, puede inclinar la balanza a favor de la intensificación de la infección por acción de los anticuerpos facilitadores (21). Los autores sostienen que se puede suponer razonablemente que el "equilibrio" entre los anticuerpos neutralizantes y los anticuerpos facilitadores puede diferir mucho, según la cepa del virus. Los anticuerpos facilitadores de Covid-19 reconocen tanto la cepa original de Wuhan como la nueva variante Delta. Los datos más recientes indican que la variante Delta es especialmente bien reconocidas por los anticuerpos facilitadores de la infección. Esto significa que **la ADE puede ocurrir en las personas que reciben vacunas basadas en la secuencia de la Spike de la cepa original de Wuhan y luego se exponen a la variante Delta. Por lo tanto, el riesgo de ADE debe considerarse e investigarse más a fondo, ya que puede representar un riesgo potencialmente peligroso de la vacunación masiva durante la actual circulación de la variante Delta.** Aunque el riesgo potencial de ADE se anticipó antes del uso masivo de las vacunas Covid-19, la capacidad de los anticuerpos del SARS-CoV-2 para la intensificación de la infección no está siendo monitoreado sistemáticamente para ningún grupo de edad o condición médica al que actualmente se le administra la vacuna. Además, a pesar de que una gran proporción de la población ya tiene anticuerpos (22), las pruebas para determinar la presencia de los anticuerpos anti-SARS-CoV-2 antes de la administración de la vacuna, no se realizan de forma rutinaria. La ADE de la variante Delta tampoco se está evaluado específicamente.

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

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

Debido a que los datos no son concluyentes, a los llamados expertos en salud pública les gusta señalar que la mayoría de las muertes por Covid-19 en los Estados Unidos probablemente se deba a la variante Delta, ignorando convenientemente el hecho de que la mayoría de los casos actuales de Covid-19 se podrían deber a alguna otra teórica variante posterior a la vacuna, creada por ellas.

Para complicar aún más las cosas está el hecho de que los analistas no están teniendo en cuenta a las personas que están completamente vacunadas contra el Covid-19. Esto significa que ni siquiera se tienen en cuenta las tasas de mortalidad de las personas completamente vacunadas, y mucho menos en comparación con las tasas de mortalidad de las personas no vacunadas. Por tanto, **considerando: todo lo expuesto anteriormente, el que la existencia del virus no haya sido demostrada y que los métodos actuales de diagnóstico de la enfermedad no son válidos para tal fin; es imposible justificar de forma práctica, que una supuesta variante es más transmisible o más infecciosa que otra.**

Si se les pregunta a los fabricantes de test sobre la detección específica de la variante Delta mediante esos test, la verdad sale a relucir enseguida: la mayor parte de dichos test, no nos dicen la supuesta variante que tiene la persona (33), ¿entonces cómo pueden asegurar que una variante X es la dominante? ¿Cómo pueden ofrecer estadísticas diferenciadas por variantes, si el método oficial de diagnóstico es el test PCR? Todavía voy más allá, si el virus no se ha demostrado que esté aislado y purificado, ¿cómo es posible que se esté hablando de variantes de ese virus? (34), ¿cómo se puede decir que una cosa es igual o distinta o parecida a otra, si no sabemos cómo es esa cosa?

También en este caso, la ciencia, ha demostrado que el discurso oficial, es incorrecto. Las "vacunas", no solo no protegen de las famosas variantes, sino que además, convierten a los inoculados en más propensos a contraerlas (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41). Por otro lado, esas "vacunas" son también las responsables de la supuesta aparición de esas nuevas variantes (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52), incluso dicho por un premio Nobel (53). Las "vacunas" hacen más peligroso el virus para los vacunados, especialmente la de Pfizer (54), lo cual ha sido confirmado por el Dr. Malone (55).

El SARS-CoV-2, supuestamente, es un virus particularmente complejo, que tiene un genoma de ARN dos veces y media más largo que el del virus de la influenza. Sin embargo, independientemente de los posibles sistemas para controlar la integridad de la posible replicación viral, cuanto más largo sea el genoma, mayor será su riesgo de mutación. Por tanto, es muy poco probable que una vacuna contra Covid-19 sea la solución contra Covid-19 (56).

Varios medios de comunicación en el mundo han publicado simultáneamente una historia alegando que las personas no vacunadas están arriesgando su propia salud y se convertirán en posibles fábricas de variantes del coronavirus. De manera similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró recientemente que "cuanto más permitimos que el virus se propague, más oportunidades tiene el virus de cambiar". Esto en sí mismo es un escándalo dado que las vacunas utilizan una tecnología completamente nueva, cuya eficacia se ha demostrado que es muy baja, cuyos efectos a corto plazo ya se están viendo y para las que no existen datos a medio y largo plazo. De hecho, en un estudio realizado en Israel, se señala que "los médicos deben tener un alto nivel de sospecha de los síntomas notificados y evitar descartar las quejas relacionadas con la vacuna hasta que se confirme otro motivo" (57).

Uno de los enfoques de mayor sentido común para revisar los datos de Covid-19, en medio del brote de la variante Delta, es observar el porcentaje de personas vacunadas en una población regional, y luego mirar el porcentaje de personas vacunadas en el hospital con síntomas "relacionados con Covid". Si la enfermedad Covid es lo suficientemente grave como para requerir hospitalización, entonces el paciente debe estar grave o gravemente enfermo. Una revisión de las poblaciones/hospitalizaciones del área de Los Ángeles y San Francisco, California, mostró previamente que el porcentaje de pacientes de Covid-19 hospitalizados con la vacuna es idéntico al porcentaje de personas vacunadas en la población atendida por el hospital (58). Los mismos resultados se reflejaron en las estadísticas publicadas por la Salud pública escocesa, el porcentaje de personas vacunadas hospitalizadas es idéntico al porcentaje de personas vacunadas en la población atendida (59). Por tanto, **la vacuna no proporciona ningún beneficio con una enfermedad Covid-19 lo suficientemente grave como para requerir hospitalización.**

PRESENCIA DE SUSTANCIAS PELIGROSAS

Por si todo lo dicho y demostrado anteriormente fuera poco, también existe un **informe preliminar (en espera del pericial) sobre el contenido de un vial de la "vacuna" Comirnaty (Pfizer)**; al final del mismo, se incluye un anexo en el que se explica y demuestra, la toxicidad de lo encontrado ([1](#)), el cual, ha dado la vuelta al mundo y ha sido reconocido y aceptado por una experta médica e investigadora farmacéutica tan respetada como la Dra. Jane Ruby ([2](#)) ([3](#)) ([4](#)) (la presencia de óxido de grafeno, también se ha constatado en la vacuna de AstraZeneca ([5](#)), en la vacuna antigripal Vaxigrip ([6](#)) y en la de Moderna ([7](#))); por el conocido científico alemán Andreas Kalcker ([8](#)), que va más allá y dice que está en todas las "vacunas"; e incluso por algún empleado de Pfizer ([9](#)). **Los resultados no pueden ser más alarmantes ([10](#)) y además, dan una posible explicación científica al fenómeno del magnetismo detectado en la mayoría de los vacunados Covid, que ha sido constatado a nivel mundial ([11](#)) ([12](#)) ([13](#)) ([14](#)) ([15](#)) ([16](#))** y de lo que han hablado doctores, que además, exponen sus propias hipótesis ([17](#)) ([18](#)) ([19](#)) ([20](#)) ([21](#)). Para dicho fenómeno, ni los fabricantes, ni la OMS, ni los diferentes gobiernos; ofrecen alguna explicación.

Grafeno y derivados

El grafeno ha sido calificado como un "material milagroso", y sus inventores recibieron el premio Nobel de Física cuando lo descubrieron en el año 2004, pero hay numerosos estudios que alertan sobre el potencial peligro del manejo del grafeno para la salud de los seres humanos, animales y medio ambiente. Sin embargo, este novedoso material se puede encontrar ya en el mercado para diferentes fines, los cuales van desde productos para la construcción o la agricultura, pinturas, cosméticos, en bases de soluciones acuosas como simples sueros fisiológicos o líquidos de cigarrillos electrónicos, e incluso, su uso se recoge en varias patentes para vacunas, incluidas inyecciones contra el Covid-19...Todo esto no solo está pasando sin que existan pruebas que avalen su seguridad, sino con la existencia de una gran literatura científica que advierte de sus potenciales peligros y de la falta de estudios actuales para comprenderlos más profundamente ([22](#)).

Es fácil dejarse llevar cuando escuchas hablar sobre el grafeno. Compuesto por capas de carbono de un solo átomo de espesor, el grafeno es increíblemente ligero, increíblemente fuerte, extremadamente flexible, magnético y altamente conductor tanto de calor como de electricidad. Sus propiedades encierran la promesa de una revolución tecnológica absoluta en tantos campos que se le ha llegado a llamar un "material milagroso", pero a pesar de toda la euforia: al igual que con cualquier nueva tecnología, las desventajas potenciales deben tenerse en cuenta desde el principio.

Es un material compuesto por una capa de carbono del grosor de un átomo. Es increíblemente liviano pero al mismo tiempo increíblemente resistente, flexible y además capaz de conducir a la perfección cargas eléctricas y temperatura. Tan solo hace 17 años que los laboratorios han conseguido aislar el grafeno y desde

entonces la industria trata de conseguir transformarlo en un material que pueda dar de sí todo el potencial que parece ofrecer en usos y aplicaciones comerciales, aunque parece que no se han destinado tantos esfuerzos monetarios y de investigación en indagar sobre sus posibles efectos negativos. **En el año 2014, dos alarmantes estudios explicaron los nefastos efectos negativos del grafeno y de sus derivados en la salud del ser humano** (23) (24). En el primero examinaron cómo las nanopartículas de óxido de grafeno podrían interactuar con el medio ambiente si encontraran su camino hacia las fuentes de agua superficiales o subterráneas y llegaron a la conclusión de que un derrame de **este tipo de nanopartículas puede tener el potencial de causar daño a la materia orgánica, plantas, peces, animales y humanos**. El área afectada podría propagarse rápidamente y podría tomar algún tiempo para volver a ser segura; en el segundo, examinaron la toxicidad potencial del grafeno en las células humanas, descubriendo que los **bordes irregulares de las nanopartículas de grafeno, súper afilados y súper fuertes, perforan fácilmente a través de las membranas celulares en los pulmones, la piel y las células inmunes humanas, lo que sugiere el enorme potencial del material para poder causar daños graves en seres humanos y otros animales**.

En otro estudio de 2018 (25), sugieren "la existencia de un potencial efecto tóxico a la exposición a diferentes formas de grafeno de manera dosis-dependiente, principal pero no exclusivamente en la exposición respiratoria", y añadieron que "se debe seguir realizando estudios más precisos para llegar a un consenso en relación a los niveles máximos de exposición permitidos, y los requisitos a exigir en medidas de protección individual". Hicieron una revisión bibliográfica de las publicaciones relacionadas con el grafeno y derivados de los últimos 10 años. Dicen los autores, "existen numerosos estudios sobre la exposición a este nuevo material, revelando la gran preocupación existente justificada por la cantidad de recursos destinados a la investigación sobre sus aplicaciones". **Los resultados muestran potenciales efectos citotóxicos del grafeno, su almacenamiento, las distintas vías de exposición, las distintas formas de grafeno utilizadas en la industria, así como las diferencias entre estas formas en su efecto nocivo. De los 17 estudios revisados, 11 de ellos revelaron potenciales efectos sobre la salud. Los autores también señalaron que la exposición humana a los nanomateriales puede ocurrir a través de múltiples rutas, como inhalación, ingestión, inyección, implantación y absorción cutánea**.

Los nanotubos de carbono y el grafeno son insolubles en agua, por ello se funcionalizan, para mejorar su solubilidad y su unión a ciertos fármacos. Los nanotubos de carbono de una sola capa se suelen funcionalizar con un grupo carboxilo (SWCNT-COOH). Para funcionalizar láminas de grafeno monocapa se recurre al óxido de grafeno, que se reduce parcialmente para mejorar su conductividad eléctrica dando lugar al llamado óxido de grafeno reducido (RGO).

Experimentos recientes de toxicidad en modelos animales, demuestran que **los nanotubos de carbono inyectados (CNT) y el óxido de grafeno (GO), migran a través del cuerpo y se acumulan en diferentes sitios de distintos**

órganos, resultando en daños a células y órganos. Inflamación y formación de pequeños nódulos en los pulmones e inducción de aterosclerosis. Se ha informado de lesiones en la arteria del corazón animal. **Tanto GO como CNTs, pueden desencadenar la producción de radicales de estrés oxidativo en determinadas condiciones y exposición, que conduce a la muerte celular y eventual lesión de órganos.** Estas investigaciones conciernen específicamente al hombre, a su reproducción, que ha demostrado ser sensible a factores exógenos y sufre un deterioro continuo. Las causas de este deterioro de la reproducción masculina son complejas y no se comprenden bien, pero se cree que el estrés oxidativo reactivo es uno de los principales factores. En los espermatozoides, el estrés oxidativo se ha relacionado al daño del ADN y la membrana celular, lo que resulta en una motilidad reducida ([26](#)).

La familia de compuestos derivada del grafeno (GFNs), penetran a través de las barreras fisiológicas o estructuras celulares por diferentes vías de exposición o rutas de administración, introduciéndose en el cuerpo o células eventualmente y resultando altamente tóxicos. Después de entrar en el cuerpo, llegan a varios lugares a través de la circulación sanguínea o de diferentes barreras biológicas y pueden quedar retenidos en diferentes grados en distintos órganos. Debido a su tamaño nanométrico, pueden alcanzar órganos profundos, atravesando las barreras fisiológicas normales, como pueden ser: la barra sangre-aire, sangre-testículos, sangre-cerebro y sangre-placenta ([27](#)).

De todas las investigaciones que hasta la actualidad, se han hecho sobre las posibles aplicaciones del grafeno y sus derivados; hay una que llama tremendamente la atención, por los tiempos que corren. En ella se estudia a nivel nanométrico la interacción del óxido de grafeno, con el SARS-CoV-2, concretamente con la proteína spike, con el receptor ACE2 y con el complejo formado por ambos. Encuentran que el OG, presenta afinidad por las tres estructuras y demuestran que esa interacción interrumpe la infectividad, incluso en la presencia de algunas mutaciones de la proteína ([28](#)).

Hace muy poco, se ha descubierto una patente que corrobora la posibilidad de presencia de óxido de grafeno; es una patente de una vacuna Covid, en la que las cargas moleculares y las proteínas recombinantes de RBD de la proteína Spike, las cargan en una plataforma, red, o maya de grafeno ([29](#)). También se han encontrado otras tres en las que grafeno forma parte de una solución salina y en algún caso, hasta inoculable por vía oral o incluso respiratoria; llegando a pretender que puedan utilizarse también como vacuna contra el SARS, MERS y corona ([30](#)) ([31](#)) ([32](#)). En 2006, ya había una patente doble en la que se desarrolla el funcionamiento de las "vacunas" Covid, lo cuál es bastante sospechoso:

2006-05-09 Solicitud presentada por la Universidad de Stanford

(El Gobierno de Estados Unidos tiene derechos sobre la patente)

2006-12-07 Publicación de [US20060275371A1](#)

2012-08-21 Publicación de [US8246995B2](#)

2012-08-21 Solicitud concedida

En ella, se describe cómo elaborar una base acuosa con grafeno, y funcionalizarlo con 3 polímeros en una pócima acuosa, en la que cargar las proteínas y moléculas de ARNm, para ser transportado y liberado en las células ([33](#)).

La patente no solo describe el funcionamiento de las mal llamadas "vacunas" Covid (los fármacos Covid), sino que además los 3 polímeros necesarios para la pócima descritos en la Patente, son los que están en las "vacunas" que actualmente tenemos.

Además, se ha encontrado otra, que claramente genera todavía más sospechas sobre todo lo relacionado con la "pandemia" ([34](#)) ([35](#)) ([36](#)).

Entre los componentes reconocidos de las "vacunas" Covid ([37](#)) ([38](#)) ([39](#)) ([40](#)) ([41](#)), hay algunos, cuando menos, inquietantes, es el caso del SM-102 de la de Moderna.

SM-102

En sí mismo, es una formulación lipídica sintética que necesita de un solvente orgánico para solubilizarlo. Hay principalmente dos posibilidades: cloroformo o DMSO.

Si nos vamos a la descripción del producto de Cayman Chemical Company, es un amino lípido ionizable extremadamente tóxico que se ha utilizado en combinación con otros lípidos en la formación de nanopartículas lipídicas. La administración de ARN mensajero de luciferasa en nanopartículas lipídicas que contienen SM-102 induce la expresión de luciferasa hepática en ratones ([42](#)).

Según el fabricante, en su presentación ante la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) ([43](#)), **este químico (*disuelto en cloroformo*) no es apto para su uso en animales ni en humanos, es solo para investigación.** Causa "toxicidad aguda fatal en contacto con la piel", aseverando también que el SM-102 "provoca daños al sistema nervioso central, los riñones, el hígado y el sistema respiratorio a través de exposiciones prolongadas o repetidas".

Supuestamente, el cloroformo no se usa en la vacuna, lo que se supone que se utiliza con el SM-102 es el DMSO (dimetilsulfoxido), empleado como disolvente en varios medicamentos. No obstante, si los prospectos de las vacunas están en blanco y las fichas técnicas no dan ese dato, ¿cómo sabemos si el SM-102 que reconocen estar usando, es el que tiene como disolvente el DMSO o el que utiliza el cloroformo?

DMSO

Es un compuesto orgánico incoloro de azufre y un solvente ampliamente reconocido para sustancias hidrófobas tanto in vivo como in vitro. Es una molécula aprótica polar de naturaleza anfipática, ideal para disolver moléculas polares y apolares poco solubles. El DMSO se utiliza ampliamente como disolvente en toxicología y farmacología, para la criopreservación de células y como potenciador de la penetración durante los tratamientos topológicos. Es generalmente aceptado como no tóxico por debajo del 10% (v/v) y, en la práctica, se asume que los efectos secundarios del compuesto, son insignificantes.

Su principal característica, es la capacidad de disolver una gran variedad de estructuras químicas de sustancias (vitaminas, antibióticos, hormonas, sales, citostáticos, alcaloides). El DMSO es un importante solvente aprotónico bipolar, es menos tóxico que otros de este grupo, como la dimetilformamida o la dimetilacetamida. Debido a su fuerte solubilidad, se usa como solvente en reacciones químicas que involucran sales inorgánicas, en particular en reacciones de sustitución nucleofílica. Las propiedades ácidas del DMSO son débiles, por lo que se ha convertido en un solvente importante en la química de los aniones de carbono. La segunda propiedad por la que es popular el dimetilsulfóxido es el transporte; el suministro de cualquier sustancia activa desde la superficie a las capas más profundas de la piel, está regulado por la función de barrera del estrato córneo (es la capa más externa de la epidermis y comprende, en promedio, unas 20 subcapas de células muertas, aplanadas, en función de la parte del cuerpo que recubre la piel. Estas células muertas se desprenden regularmente en un proceso conocido por descamación) (44).

Existe evidencia de que el DMSO puede aumentar la difusión a través del estrato córneo al alterar la función de barrera. Esto probablemente se deba a interacciones aprotónicas con lípidos intercelulares y también puede incluir un cambio reversible en los principales grupos de lípidos que crean una estructura más permeable. El DMSO también puede desempeñar un papel en la separación, formando un microambiente del disolvente dentro del tejido, que puede extraer eficazmente los solutos del portador. Finalmente, el DMSO puede tener un fuerte efecto solubilizante en agentes menos solubles en varios portadores, aumentando la penetración simplemente al entregar una mayor concentración a la barrera de la membrana. Además cuenta con propiedades antiinflamatorias, analgésicas, antibacterianas y por último, mejora el suministro de sangre local a los tejidos isquémicos. Tiene aplicaciones en: odontología, oncología, cirugía, virología, dermatovenerología, tratamiento del sistema musculoesquelético o en urología (45).

Se absorbe rápidamente cuando se administra por vía dérmica u oral. Se excreta principalmente a través de los riñones, pero una pequeña parte se excreta a través de los pulmones y el hígado. Parte del DMSO se transforma en el metabolito volátil dimetil sulfuro, que da un olor característico a ajo u ostra cuando se excreta a través de los pulmones. El DMSO puede inducir la liberación

de histamina, lo que puede ser el motivo de reacciones adversas como rubor, disnea, calambres abdominales y reacciones cardiovasculares.

Los efectos del DMSO difieren según la dosis y la vía de administración. La introducción de concentraciones de DMSO superiores al 50% en la sangre resultó en hemólisis instantánea, acumulación de glóbulos blancos y precipitación de fibrinógeno, mientras que la inyección directa de DMSO por vía intravenosa podría causar irritación local y necrosis. Entre los efectos secundarios más habitualmente reportados, están: reacciones gastrointestinales, reacciones cardiovasculares y respiratorias, reacciones dermatológicas, reacciones neurológicas o reacciones urogenitales (46).

En biología celular, también se usa como inductor de la diferenciación celular, eliminador de radicales libres y radioprotector, pero con mayor frecuencia para la criopreservación. En ocasiones se usa mezclado con etilenglicol, lo que reduce la cantidad y la toxicidad de los crioprotectores individuales. Además, atraviesa fácilmente la mayoría de las membranas de los tejidos de los animales inferiores y del hombre. **El DMSO también puede mejorar la permeabilidad de otros compuestos de bajo peso molecular, haciéndolos pasar por membranas o penetrando más profundamente en un tejido con respecto a como lo harían normalmente.**

La mayoría de los conocimientos sobre los efectos moleculares del DMSO se obtuvieron el siglo pasado, a menudo utilizando altas dosis. Mientras tanto, la ciencia biomédica ha evolucionado hacia técnicas de alto rendimiento más sensibles y hacia nuevas áreas de investigación, incluidas las modificaciones del epigenoma y el silenciamiento de genes mediado por microARN.

Recientemente, se ha descubierto en un estudio (47), **la capacidad de DMSO para inducir cambios en los procesos celulares en las células cardíacas y hepáticas, pero más gravemente, induce alteraciones en el miARN y el paisaje epigenético en el modelo cardíaco de maduración 3D.** Los cambios en los procesos celulares pueden tener consecuencias para las conclusiones extraídas de los ensayos celulares y, por lo tanto, también en cualquier aplicación de estos hallazgos (por ejemplo, conclusiones falsas negativas de toxicidad de fármacos). Además, los cambios extremos en los miARN y las alteraciones en el panorama epigenético, pueden representar una amenaza, especialmente para la tecnología de reproducción asistida. La hipermetilación de todo el genoma inducida por la desregulación global de los mecanismos de metilación, especialmente cuando afecta a genes importantes en el desarrollo, puede tener consecuencias negativas directamente, más adelante en la vida o posiblemente en generaciones posteriores.

En general, **se debe evitar el uso de DMSO siempre que sea posible.** Sin embargo, por el momento, el DMSO es indispensable dentro de las aplicaciones biotecnológicas. En estos casos, se deben considerar los efectos que puede tener el DMSO y se debe mantener la concentración lo más baja posible, porque **incluso a concentraciones bajas, el DMSO no es inerte.**

En otro estudio de la toxicidad del compuesto (48), los autores concluyeron que el DMSO al 10% aumenta la toxicidad del hígado y el riñón de ratas. Los investigadores deben tener cuidado de reducir la cantidad de solvente orgánico (o reducir su concentración en experimentos in vitro) a la mínima dosis posible. **En otro estudio (49)**, los autores demuestran que el DMSO, induce apoptosis retiniana in vivo en ratas, incluso con bajas concentraciones. **Estos resultados destacan las preocupaciones de seguridad del uso de concentraciones bajas de DMSO como disolvente para la administración in vivo y en ensayos biológicos, llegando a recomendar, que se empleen distintos agentes solubilizantes al DMSO para solubilizar fármacos.** En otro estudio (50), intentaron disolver un profármaco en DMSO, debido a su alto grado de hidrofobicidad, pero **encontraron que este disolvente mostraba una alta toxicidad en ensayos in vitro, aumenta la permeabilidad celular en tal grado que induce la apoptosis.** Por este motivo, intentaron buscar un disolvente alternativo al DMSO. En este trabajo se demuestra que el etanol presenta menor toxicidad in vitro. También se ha encontrado alta toxicidad en las diferentes líneas celulares de Fibroblastos, Glioblastoma, Neuroblastoma y HeLa, así como en los animales tratados.

Nanopartículas lipídicas

El SM-102, supuestamente, lo usan para la formación de nanopartículas lipídicas (LNP).

Se clasifican como nanopartículas lipídicas a todas aquellas cuyo componente principal son lípidos. Éstas se caracterizan por ser las que tienen un uso más extendido, debido principalmente a que presentan propiedades óptimas de biocompatibilidad y biodegradabilidad. **También cuentan con una gran similitud con las membranas biológicas, ya que facilita su entrada en la célula.**

En su aplicación para la terapia génica, las nanopartículas lipídicas están formadas por lípidos catiónicos que aportan la carga positiva necesaria para la formación de complejos con la carga negativa de los ácidos nucleicos. Con este objetivo, se utilizan lípidos catiónicos sintéticos formados por una estructura de cabeza catiónica, cola hidrofóbica y un dominio de unión entre ambos. Las diferencias entre los distintos dominios dan lugar a los diferentes lípidos catiónicos sintéticos que se utilizan para la formación de liposomas como vectores en terapia génica. Podemos decir que consisten en una mezcla de fosfolípidos, colesterol, lípidos PEGilados y lípidos catiónicos o ionizables. Los fosfolípidos y el colesterol tienen funciones estructurales y estabilizadoras, mientras que los lípidos PEGilados apoyan la circulación prolongada. Los lípidos catiónicos/ionizables se incluyen para permitir la formación de complejos de las moléculas de ARNm cargadas negativamente y permitir la salida del ARNm del endosoma al citosol para su traducción (51).

Los datos respaldan que algunos LNP que contienen lípidos ionizables/catiónicos, son altamente inflamatorios y posiblemente citotóxicos. Un estudio preclínico mostró que el ARNm complejoado con LNP tiene

actividad adyuvante (52). Los ensayos clínicos en humanos de las vacunas Pfizer/BioNTech y Moderna han informado de efectos secundarios a menudo relacionados con la inflamación como: dolor, hinchazón, fiebre y somnolencia. Bajo la presunción de que esta plataforma de vacuna no es inflamatoria, los efectos secundarios informados se interpretaron como que la vacuna es potente y genera una respuesta inmune.

En un estudio (53) centrado en el lugar de la inyección, **se analizaron las propiedades inflamatorias de los LNP** utilizados para los estudios preclínicos de vacunas en ratones. Utilizando técnicas complementarias, **mostraron que la administración intradérmica o intranasal en ratones de LNP utilizados en estudios preclínicos, desencadena una inflamación caracterizada por infiltración leucocítica, activación de diferentes vías inflamatorias y secreción de un grupo diverso de citocinas inflamatorias** (pequeñas proteínas, secretadas por células, que modulan el sistema inmunitario) **y quimiocinas** (de la familia de las citocinas, quimioatrayentes, que juegan un papel vital en la migración celular a través de las vénulas de la sangre hacia los tejidos y viceversa, y en la inducción del movimiento celular en respuesta a un gradiente químico (quimiocina) por un proceso denominado quimiotaxis. También regulan el desarrollo de órganos linfoides, diferenciación de linfocitos T, intervienen en metástasis celular, y recientemente se ha demostrado que tienen una función neuromoduladora).

El ARNm se modifica con nucleósidos y se purifica específicamente para evitar la activación de vías inflamatorias innatas; no obstante, **el componente lipídico catiónico/ionizable de los LNP suele ser inflamatorio y citotóxico. El componente lipídico ionizable patentado de estos LNP también es inflamatorio. Además, la activación observada de otras vías inflamatorias y la muerte celular, podrían acentuar aún más los efectos secundarios experimentados.** Sin embargo, se necesitan más estudios para determinar la naturaleza exacta de las respuestas inflamatorias desencadenadas por las vacunas de ARNm-LNP en humanos.

Las personas a menudo presentan efectos secundarios más graves y sistémicos después de la vacuna de refuerzo. Esto plantea la **posibilidad de que la respuesta inmune adaptativa amplifique de alguna manera los efectos secundarios inducidos por la vacuna.** Un culpable identificado hasta ahora es el PEG, que es inmunogénico (54). Se ha informado de que **los anticuerpos formados contra PEG apoyan una reacción llamada anafilactoide** (pseudoalergia relacionada con la activación del complemento (CARP)). La investigación ha demostrado que los LNP ingresan fácilmente al cerebro y pueden desencadenar reacciones inmunes, especialmente después de la segunda dosis (55). Es de destacar que, dado que **el PEG es un compuesto que se usa con frecuencia en cosméticos y pastas dentales, muchas personas podrían tener anticuerpos anti-PEG, así por ejemplo, más del 70% de la población estadounidense es alérgica al PEG, por lo que estas vacunas les pueden causar reacciones alérgicas y anafilaxia** (56). El problema con estos compuestos químicos no es tanto su efecto nocivo directo (que ya hemos demostrado que tiene), es el poder de penetración que tienen en la piel. Es decir,

su grado de peligrosidad depende sobre todo del resto de ingredientes que compongan el producto, ya que al tener un gran poder de penetración, junto con los PEG, también entran otras sustancias tóxicas (57) (58).

Mientras que el ARNm transfecta principalmente células cercanas al sitio de inyección, podría, hipotéticamente, llegar a cualquier célula del cuerpo. La proteína traducida resultante podría presentarse en forma de péptidos o mostrarse como una proteína completa en la membrana celular. En ambos casos, las células con el péptido/proteína de la vacuna en sus superficies podrían ser atacadas y destruidas por células del sistema inmunológico adaptativo e innato, células CD8 + T y NK.

Los efectos secundarios de la primera vacuna, probablemente estén asociados con una fuerte inflamación inducida por los LNP. Por el contrario, después de la segunda vacunación, los efectos secundarios podrían exacerbarse aún más por las respuestas inmunitarias dirigidas a las células que expresan la proteína de la vacuna o sus derivados peptídicos. **En general, el entorno inflamatorio robusto inducido por los LNP, combinado con la presentación de los péptidos/proteínas derivados de la vacuna fuera de las células presentadoras de antígenos, podría causar daño tisular y exacerbar los efectos secundarios.**

En las últimas décadas, las nanopartículas cargadas con fármacos se han desarrollado rápidamente en diferentes campos de la industria, la tecnología y la medicina. Los sistemas nanoestructurados se han utilizado con éxito en la industria farmacéutica porque pueden separar eficazmente varios grupos de agentes terapéuticos y cambiar las características y el comportamiento de las sustancias activas en medios biológicos. La investigación que involucra sistemas de nanopartículas aplicados a medicamentos ha jugado un papel importante en la obtención de métodos diagnósticos y terapéuticos nuevos o mejorados para la promoción de la salud. Las nano formulaciones se pueden administrar a través de rutas sistémicas o se pueden usar como plataforma, agentes de formación de imágenes y con fines de administración de genes. Al mismo tiempo, el advenimiento de los sistemas cargados con nanofármacos ha promovido investigaciones novedosas sobre métodos sintéticos y tecnologías de bioconjugación. Diversos estudios sobre los cambios en la estructura, forma, propiedades químicas de las nanopartículas (NP).

El desarrollo de nanoportadores para dispositivos de administración de fármacos ha avanzado considerablemente. Sin embargo, las preguntas sobre la aplicación biológica de estos sistemas no han sido completamente respondidas. Uno de los principales problemas relacionados con la seguridad y la eficacia de tales plataformas de administración es la compatibilidad sanguínea.

En general, las nanopartículas (NP) entran en la circulación sanguínea como objetos extraños (59). Por un lado, pueden provocar una serie de reacciones inflamatorias y reacciones inmunes, resultando en la rápida eliminación de las células inmunes y del sistema retículo endotelial, afectando su

durabilidad en la circulación sanguínea. Por otro lado, la premisa del sistema portador de fármacos para desempeñar un papel terapéutico depende de si provocan coagulación y activación plaquetaria, ausencia de hemólisis y eliminación de células inmunes. Para diferentes formas de sistemas portadores de nanofármacos, podemos encontrar las características, elementos y estrategias de afrontamiento de las reacciones adversas en sangre que podemos encontrar en investigaciones previas. Estas reacciones adversas pueden incluir destrucción de células sanguíneas, sistema de coagulación anormal, efectos anormales de las proteínas plasmáticas, comportamiento anormal de las células sanguíneas, reacciones inmunes e inflamatorias adversas y estimulación vascular excesiva.

Dado el tamaño de los NP, la compatibilidad sanguínea puede ser menor debido a su mayor relación área de superficie/volumen. Las NP deben activar simultáneamente las plaquetas, la hemólisis, los factores de coagulación o las moléculas de señalización de los leucocitos, y no deben causar daño a las células endoteliales. Estos eventos están relacionados con la aparición de trombosis, reología sanguínea, hemólisis y eventos inflamatorios.

Además, el sistema respiratorio, la piel y el tracto gastrointestinal son formas comunes de que las NP ingresen al cuerpo durante la exposición diaria, mientras que la inyección intravenosa es la forma más común para la mayoría de las NP utilizadas en biomedicina. En todos los casos, los NP llegarán a la sangre e interactuarán con los componentes sanguíneos. Si se produce daño entre las células sanguíneas circulantes, los materiales que pueden liberar compuestos farmacológicos a demanda no son seguros ni eficaces. Los efectos nocivos de los sistemas sanguíneos incompatibles pueden incluir hematomas en el lugar de la inyección, reacciones inmunogénicas y embolia, que pueden provocar infarto y accidente cerebrovascular.

Polisorbato 80

Los polisorbatos son ésteres complejos de especies estructuralmente diversas y (en algunos casos) químicamente reactivas. PS-20 y PS-80 (Tween 20 y Tween 80) son mezclas de ésteres de ácidos grasos estructuralmente relacionados de polioxietilensorbitán y ácido láurico o ácido oleico, respectivamente. En PS-20, la fracción de monolaurato comprende del 40 al 60% de las cadenas de alquilo, con grupos alquilo de diferentes longitudes de cadena que constituyen el resto de las moléculas. En PS-80, aproximadamente el 60% de las cadenas de alquilo se derivan del ácido oleico, y el resto de los ésteres se derivan de otros ácidos grasos. Todos los polisorbatos disponibles comercialmente también contienen cantidades medibles de ésteres de ácidos grasos de polioxietileno, polioxietileno de sorbitán y polioxietileno de isosorbida. Por auto-oxidación intrínseca producen hidro y alquil-peróxidos reactivos, así como aldehídos reactivos, tales como formaldehído y acetaldehído, que inducen la inmunogenicidad de las proteínas solubles. Debido a las diversas reacciones secundarias en la síntesis de polisorbato 80 y sus diferentes subproductos resultantes, el polisorbato 80, obviamente, es una mezcla que no contiene solo monoésteres, también polietilenglicol (PEG), diésteres, triésteres e incluso tetraésteres en diferentes grados de polimerizaciones de polioxietileno.

Es uno de los tensioactivos no iónicos más comunes que se utilizan actualmente en una gran variedad de formulaciones, incluidas inyecciones de medicamentos chinos tradicionales y biofarmacéuticos de proteínas. También ampliamente utilizado como agente solubilizante para mejorar la solubilidad de fármacos poco solubles en diferentes productos farmacéuticos tales como: cremas, ungüentos, lociones o tabletas. Además, investigadores encontraron que el polisorbato 80 es el responsable de romper la barrera sangre-cerebro. Se ha informado de que especialmente las inyecciones que lo contienen, desencadenan efectos adversos, incluyendo hemólisis y reacciones anafilactoides (60).

El uso cada vez mayor de anticuerpos monoclonales (MAb) en el tratamiento de enfermedades neoplásicas, autoinmunes e inflamatorias, ha provocado un **aumento espectacular de las reacciones de hipersensibilidad en todo el mundo**, lo que complica el uso de MAb como terapias de primera línea y limita la supervivencia y la calidad de vida del paciente. Los orígenes de la anafilaxia no se comprenden bien, aunque su mecanismo es bastante sencillo. Por lo general, **se atribuye a alguna propiedad intrínseca indefinida o propiedades de un bioterapéutico**, a pesar del hecho de que las formulaciones bioterapéuticas son necesariamente complejas e incluyen una gran cantidad de excipientes funcionales. Esos ayudan a que los productos farmacéuticos cumplan con los estrictos desafíos de la vida útil, la estabilización, la solubilidad, la reconstitución después de la liofilización y la propensión de las proteínas a agregarse, especialmente a las altas concentraciones que se usan típicamente para reducir el volumen y el tiempo de administración de MAb.

Aproximadamente el 70% de todas las formulaciones de MAb contienen PS-20 o PS-80. Los tensioactivos de polisorbato (PS) son una de esas familias de excipientes incorporados en muchos productos bioterapéuticos para prevenir la agregación de proteínas y la pérdida de eficacia asociada. Aunque los polisorbatos son efectivos en esa función, contienen enlaces éter (dentro de restos polioxietileno) y cadenas de alquilo insaturadas que se autooxidan espontáneamente en soluciones acuosas para formar especies químicas inmunogénicas y anafilactogénicas, incluidos hidro- y alquil-peróxidos, epoxiácidos y aldehídos como formaldehído y acetaldehído. Los polisorbatos también se hidrolizan en soluciones acuosas para liberar ácidos grasos libres que pueden aumentar la turbidez de la solución. La anafilaxia, por otro lado, es una reacción alérgica que, aunque grave, generalmente se pasa por alto y se acepta como una propiedad inevitable de las propias proteínas bioterapéuticas. Se han hecho pocos o ningún intento por diferenciar y segregar su fuente real en los productos biológicos. Aunque la inmunogenicidad inducida por polisorbato no deseada está bien documentada, se ha prestado poca atención a la anafilaxia inducida por polisorbato. Es comprensible que las autoridades reguladoras se centren en gran medida en una eficacia comparable en la evaluación de biosimilares. Pero una eficacia similar no implica necesariamente un perfil de seguridad similar entre productos innovadores y biosimilares. Tanto la inmunogenicidad como la anafilaxia no deseadas, deben constituir componentes importantes de la evaluación de la seguridad de los bioterapéuticos.

La anafilaxia generalmente es de inicio rápido y se manifiesta en minutos u horas. En algunos casos, puede causar la muerte. El mecanismo subyacente es la liberación de mediadores de ciertos tipos de glóbulos blancos que pueden desencadenarse por mecanismos inmunológicos o no inmunológicos. Las causas más comunes incluyen picaduras de insectos, alergias alimentarias y medicamentos. En la última categoría, los excipientes de **polisorbato PS-80 y PS-20** de uso común se encuentran en más del 70% de MAb y otros bioterapéuticos proteicos, y ahora **se ha demostrado que causan anafilaxia en pacientes que reciben esos medicamentos**. Los síntomas de anafilaxia se inician como promedio a los 5-30 minutos, si la exposición es intravenosa, afectando la piel, el sistema respiratorio, el tracto gastrointestinal, el corazón y la vasculatura, y el sistema nervioso central. Los síntomas incluyen urticaria, picazón, enrojecimiento o hinchazón (angioedema), edema lingual, laríngeo y faríngeo, secreción nasal y edema conjuntival. Síntomas respiratorios posibles incluyen: falta de aliento, espasmo bronquial y la obstrucción de la vía aérea superior secundaria a la inflamación. El espasmo de la arteria coronaria puede asociarse con una caída de la presión arterial o con un shock, lo que a veces conduce a un infarto de miocardio posterior, arritmia o paro cardíaco.

Cada vez más, **las propiedades anafilactogénicas del PS-80 están bien documentadas en la literatura clínica**. La identificación de la causa mecánica precisa de la anafilaxia inducida por polisorbato es complicada por la compleja naturaleza química de los tensioactivos polisorbitos. **Los estudios preclínicos en animales han identificado una serie de especies moleculares específicas que inducen anafilaxia**.

Se sabe que los tensioactivos aumentan en general la permeabilidad de la piel. En una prueba de permeabilidad al agua epitelial, se observó que la inyección de polisorbato 80 en una solución salina normal en conejos, producía rápida y regularmente un edema corneal, que se acompañaba de una citólisis (es el proceso por el cual la célula se rompe) endotelial corneal marcada y un aumento de la permeabilidad vascular del limbo. El polisorbato 80 también aumentó y disminuyó alternativamente la resistencia osmótica de los eritrocitos, dependiendo la naturaleza del efecto de la concentración de tensioactivo. Se presume que la respuesta al polisorbato 80 se debe a su influencia en la membrana plasmática de eritrocitos ([61](#)).

Estrechamente relacionados con el mantenimiento de los equilibrios osmóticos están la difusión transmembrana y el transporte activo de electrolitos. La función normal de todos los tipos de células depende de las características adecuadas de permeabilidad iónica del plasma membrana. Los cambios en la capacidad de controlar el intercambio de iones se ven habitualmente en células tales como neuronas, células secretoras y otras cuyo función primaria depende directamente de una diferencia de potencial eléctrico a través del membrana ([62](#)).

El efecto electrofisiológico de los polisorbitos en varios tejidos naturales también se ha estudiado. La Adición de polisorbato 80 a sangre de rata diluida, en concentraciones sin efecto hemolítico, produjo un aumento en el potencial eléctrico transmembrana del eritrocito. En el yeyuno aislado de rata, el

polisorbato 80 aumentó las diferencias de potencial transmural en un 20 a 34 % y corrientes de corto circuito en 66 a 112 %, también disminuyó la resistencia del tejido neto del 19 hasta 30 % ([63](#)).

Los polisorbatos también influyen en el transporte de moléculas más grandes a través de membranas y, por lo tanto, puede afectar la actividad y toxicidad del fármaco. El polisorbato 80 disminuyó en ratones, la toxicidad oral aguda de tetraciclina, norsulfazol, teofilina, tubazida, procainamida, amidopirina y pentobarbital. En otro estudio, aumentó la concentración solubilizada de butilparabeno, pero disminuyó in vitro la penetración percutánea del conservante a través de la piel de cerdo de Guinea. En dos estudios sobre el mecanismo del efecto inhibitor de polisorbato 80 sobre la absorción intramuscular de fármacos, se encontró que la inhibición de la absorción no puede atribuirse a un efecto directo o indirecto sobre la pared del capilar. Se concluyó que el efecto se debió principalmente a su influencia sobre el espacio extracelular y en la permeabilidad del tejido conectivo.

Los polisorbatos producen varios efectos aparentemente dispares en sistemas neuromusculares. El polisorbato 80 estimula la motilidad colónica en conejos anestesiados, en cambio, reduce la contracción in vitro de las células del músculo liso del intestino delgado cuando se evalúa esta función midiendo la actividad contráctil del íleon de cobaya estimulado eléctricamente. El polisorbato 80 muestra un efecto vasodilatador coronario y aumentó la frecuencia cardíaca en corazones de conejillo de indias y de conejos cuando está presente a 2,4 mg/l en el fluido de perfusión. Si se incrementa gradualmente la concentración de polisorbato 80 de 0,7 a 4,0 mg/l, se observa un aumento relacionado con la dosis, en el gasto coronario. A dosis más altas, se observa una ligera disminución en la amplitud de la contracción y un aumento en la frecuencia cardíaca.

En otro estudio, se analizaron en perros los efectos cardiovasculares de dos concentraciones de polisorbato 80. Una solución de dextrano al 10% con 0.05% de polisorbato 80, inyectada en la aurícula izquierda, causó alteraciones cardíacas en los cuatro perros estudiados. Las reacciones consistieron en una reducción de las dimensiones cardíacas con o sin hipotensión y taquicardia. La administración de una concentración más baja de polisorbato 80 (0.01%) indujo reacciones en 6 de 14 perros.

En otro estudio con ratones, recibieron inyecciones intraperitoneales de 0.3 ml de una solución salina de polisorbato 80 al 25% antes de la inmunización con ovoalbúmina absorbida en Al (OH); se observó que no había respuesta primaria de IgE, lo que indica que el polisorbato 80 inhibió esta respuesta.

Ya en 1985, Masini et al, demostraron liberación de histamina inducida por polisorbato en tejidos periféricos y mastocitos aislados, así como respuestas hemodinámicas ([64](#)). En 1997, Bergh et al, informaron que la exposición al aire a soluciones acuosas de PS-80 producía formaldehído y acetaldehído en cantidades que podrían provocar reacciones alérgicas en algunas personas ([65](#)). Los últimos autores advirtieron proféticamente a los desarrolladores de fármacos que tuvieran en cuenta la posibilidad de que se formen compuestos alérgicos durante la

fabricación, el almacenamiento y la manipulación de productos que contienen polisorbato y tensioactivos químicamente similares.

Coors y col, llevó a cabo un examen exhaustivo de PS-80 como inductor de reacciones anafilactoides graves (66). Su amplio complemento de metodologías de detección sensibles y bien aceptadas incluyó pruebas de punción cutánea, ensayos de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA), inmunotransferencia de inmunoglobulina E (IgE) y detección por citometría de flujo de la activación de basófilos en pacientes de control y otros con antecedentes médicos de Choque anafiláctico debido a la administración intravenosa de un producto multivitamínico durante el embarazo (un sustituto de los medicamentos administrados por vía intravenosa). Ni los ELISA ni las inmunotransferencias identificaron ningún anticuerpo IgE específico de polisorbato, lo que confirma la naturaleza no inmunológica de la reacción anafilactoide. **Este estudio demostró que el PS-80 puede causar reacciones anafilactoides no inmunológicas graves.**

Sun y col, evaluaron el efecto de sensibilización de PS-80 de diferentes lotes de fabricación en perros, observando diferentes grados de reacción anafilactoide (67). De manera similar, al evaluar 10 lotes de soluciones de PS-80 de diferentes proveedores, Yang et al, encontraron que **las impurezas de PS-80 formadas espontáneamente, como los peróxidos y los residuos de ácidos grasos oxidados** (presentes en niveles variables en cada lote analizado) **inducían reacciones anafilactoides** en un modelo de pez cebra in vivo (68).

Qiu y col, demostraron que **el polisorbato 80 induce reacciones anafilácticas no inmunes típicas** (pseudoalergia) en perros, caracterizadas por la liberación de histamina y anticuerpos IgE invariables (69). PS-80 indujo la liberación de histamina con un aumento del doble de SC5b-9, un aumento de 2,5 veces de C4d y un aumento de 1,3 veces de Bb, mientras que la IgE permaneció sin cambios. PS-80 causó malestar cardiopulmonar en perros y activó sus sistemas de complemento a través de vías clásicas y alternativas, como se indica para preparaciones tanto in vivo como in vitro.

Badiu y col, informaron **múltiples casos de anafilaxia inducida por PS-80 que surgen de la administración de varias vacunas** (70). Una niña de 17 años experimentó urticaria generalizada, angioedema palpebral, rinoconjuntivitis, disnea y sibilancias una hora después de su tercera administración intramuscular de la vacuna contra el virus del papiloma humano tetravalente Gardasil (Merck), que contiene PS-80. Las pruebas intradérmicas fueron positivas con ese producto, mientras que las pruebas cutáneas con la vacuna bivalente (que no contiene PS-80) fueron negativas. Las pruebas de punción de PS-80 fueron positivas en el paciente y negativas en 10 controles sanos. El resultado de la prueba de activación de basófilos CD203 fue negativo para PS-80 en todas las diluciones probadas y no se encontró IgE específica. Los autores también hicieron pruebas cutáneas de dos vacunas contra la influenza: una que contenía PS-80 (Fluarix de GlaxoSmithKline), que resultó en una reacción positiva, y otra vacuna contra la influenza sin adyuvantes ni conservantes (Vaxigrip de Sanofi Pasteur MSD),

Limaye y col, informaron de un caso de reacción alérgica a la eritropoyetina en el que un paciente desarrolló prurito generalizado, eritema y angioedema orofacial (71). La formulación de eritropoyetina de Eprex (Johnson & Johnson) contenía eritropoyetina humana recombinante y PS-80 como excipiente (0,15 mg/ml). Las pruebas intradérmicas secuenciales y de punción cutánea con concentraciones crecientes de eso y Neupogen filgrastim de Amgen (que contiene polisorbato a 0,04 mg / ml) dieron reacciones positivas, mientras que una preparación de eritropoyetina sin polisorbato arrojó resultados negativos. Las pruebas intradérmicas con polisorbato de grado farmacéutico dieron como resultado una reacción local positiva seguida de angioedema orofacial leve una hora más tarde. No se observó reacción en un sujeto de control (72). Purcell y col, también identificó al polisorbato 80 como la causa probable de una respuesta inmune a la eritropoyetina cuando la albúmina humana fue reemplazada por polisorbato 80 y glicina (44).

Se ha informado de hipersensibilidad a fármacos y anafilaxia para el factor VIII, darbopoyetina, eritropoyetina y varios MAb, todos los cuales contienen un tensioactivo polisorbato (73) (74) (75) (76). Se han descrito lesiones urticariformes en pacientes en tratamiento con infliximab, adalimumab, etanercept y ustekinumab, cuatro fármacos MAb que contienen polisorbato 80 (77) (78). Además, se han informado respuestas anafilácticas inducidas por polisorbato en clases de fármacos no biológicos que contienen polisorbato (79) (80) (81).

Hay numerosos informes disponibles sobre la promoción de tumores y la cocarcinogénesis por parte de los polisorbatos. Se ha demostrado la promoción de tumores y la cocarcinogénesis con una serie de agentes cancerígenos conocidos. Se ha comprobado que si se administran conjuntamente con un polisorbato, la producción de tumores, es aún mayor. El realce del tumor por los polisorbatos se ha relacionado con la hiperplasia epidérmica. Un segundo mecanismo posible es la inhibición de la reparación del ADN. Un tercer mecanismo posible, es el de un efecto sobre las membranas biológicas (82).

En un estudio de carcinogenicidad de administración dietética de 2 años de polisorbato 80 (5%, 10% y 20%) en ratas macho y hembra, se observó un ligero aumento en el desarrollo de fibroadenomas (son bultos sólidos y no cancerosos en las mamas) ya que se observaron tumores esporádicos en las glándulas mamarias de las ratas hembras, incluyendo los del grupo de control, pero no se demostró carcinogenicidad. En otro estudio de 2 años de carcinogenicidad en administración dietética de polisorbato 80 (25 000 ppm y 50 000 ppm) en 50 ratas F344 / N machos o hembras, la mitad de ellas sobrevivieron, y la incidencia de los feocromocitomas (tumor raro que suele comenzar en las células de una de las glándulas suprarrenales) suprarrenales aumentaron en el grupo de machos alimentados con 50 000 ppm. No hay diferencias en las tasas de tumorigénesis (es un proceso mediante el cual las células normales se transforman en células cancerosas) en otros órganos entre el grupo experimental y el grupo control. En otro estudio de carcinogenicidad de administración dietética de 2 años de polisorbato 80 (25 000 ppm y 50 000 ppm) en 50 ratones B6C3F1 machos o

hembras, aproximadamente el 50-60% de los animales sobrevivieron, y las lesiones hiperplásicas de la mucosa gástrica anterior aumentaron significativamente en ratones machos y hembras en el grupo de 50 000 ppm. No se detectó tumorigénesis en un experimento en que se administró una dieta experimental suplementada con polisorbato 80 a ratones G57BL durante 10 semanas (100 mg / ratón / día), seguido de dieta basal durante las siguientes 8 semanas y luego dieta comercial hasta las 51 semanas). En un estudio de pintura de la piel de 80 mg de solución de polisorbato 80 en 50 ratones (6 veces por semana durante 52 semanas), un tumor cutáneo benigno se desarrolló en un ratón y en un estudio de inyección subcutánea de 2 ml de 6% solución de polisorbato 80 en 20 ratas (3 veces por semana durante 40 semanas), los se formaron fibrosarcomas en los sitios de inyección en 11 ratones. En otro estudio de inyección intratraqueal de 0.2 ml de polisorbato 80 al 5% en 50 hámsteres sirios (una vez a la semana de por vida) no se pudo demostrar ninguna tumorigénesis (83).

En un estudio de toxicidad a dosis repetidas, se observó diarrea como síntoma principal. Es habitual que la diarrea tras la administración de una gran cantidad de una sustancia, se consideró que se debía a la causa física y, por lo tanto, no se consideró que fuera un efecto tóxico. Sin embargo, sí se produjo una irritación local de la mucosa gastrointestinal por polisorbatos, se sospecha que afectan la digestión, junto con factores físicos resultantes de un poliol pobremente absorbido; y la diarrea, por lo tanto, se evaluó como efecto tóxico desde el punto de vista de seguridad (84).

Se informó de resultados positivos para los polisorbatos 65 y 80 en algunas pruebas in vitro estudiando la aberración cromosómica, pero la genotoxicidad no se consideró como un problema debido a la baja frecuencia de aberraciones y los resultados negativos obtenidos en un ensayo de micronúcleos de médula ósea in vivo (85).

FENÓMENOS EXTRAÑOS

No debemos obviar que han sucedido cosas "extrañas" que provocan serias dudas sobre todo lo que rodea a la "pandemia", por ejemplo: lo sucedido con Moderna y el NIAID, que desde diciembre 2019 ya tenían una vacuna candidata contra Covid (1); o que en 2017, ya existieran test para Covid-19 (2); o que un documento interno de la FDA del 22 de octubre de 2020, ya recogiera algunos de los eventos adversos graves que estamos viendo y que aún conociéndolos, en diciembre se autorizara el uso de emergencia (3); o que un representante de Moderna reconozca que todos los vacunados forman parte de un experimento, ante una persona que sufrió el síndrome de Guillain-Barré después de que se le administrara la "vacuna" (4) (5); o que Moderna y Pfizer, perdieran "accidentalmente" los grupos de control de prueba de las vacunas (6); o que haya 73 patentes emitidas entre 2008 y 2019, que tienen los elementos supuestamente novedosos del SARS CoV-2, específicamente en lo que se refiere al sitio de clivaje polibásico, el dominio de unión al receptor de ACE2 y la proteína espiga (7); o que Pfizer patentara la primera vacuna Covid, en el año 2000 (8); o

que ya en el 2009, la Dra. Rima Laibow ([9](#)) ([10](#)), nos advirtiera de cosas que hoy estamos viendo con las “vacunas”.

ASPECTOS LEGALES RELACIONADOS CON LAS “VACUNAS”

Una vez que ya con el presente informe ha quedado demostrado, punto por punto, que el discurso oficial sobre la “pandemia” no tiene ninguna justificación científica que lo avale; ahora vamos a demostrar, que legalmente también es difícilmente justificable. Utilizaré un documento de respuesta que la Junta de Castilla y León dio a un escrito de un médico con más de 20 años de experiencia, en el que informaba sobre presuntas irregularidades observadas en un centro de vacunación ([1](#)), expuesto públicamente [aquí](#). Para ello, utilizaré un documento redactado por la asociación Liberum ([2](#)), en el que se exponen una serie de puntos, que perfectamente sirven para el objetivo que nos ocupa. Únicamente expondré las conclusiones a las que llegan (para ver los pormenores legales, visionar el documento pinchando en el enlace):

- “La información clínica al paciente es un derecho de este último y una obligación a cargo de los profesionales sanitarios que le atienden, tal y como se recoge en las leyes sanitarias, más si se trata de la administración de un fármaco experimental (con autorización comercial condicionada) donde la información ha de ser mucho más exhaustiva que en el resto de actuaciones clínicas, y ha de formalizarse el consentimiento informado siempre por escrito”.
- “Ante intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, o que suponen riesgos de notoria y previsible repercusión negativa para la salud del paciente (hipótesis que podría plantearse en algunos tratamientos farmacológicos con riesgos importantes asociados), además de la información clínica verbal, es inexcusable recabar el consentimiento informado por escrito”.
- “La normativa sanitaria española y las resoluciones judiciales de nuestros Tribunales, atribuyen al médico, por encima de cualquier otro profesional, la responsabilidad principal en materia de información clínica a los pacientes y, expresamente, respecto de la información relativa a los tratamientos farmacológicos y su correspondiente seguimiento”.
- “Los fármacos de origen biológico, y más concretamente de origen biológico humano, entre otros, son considerados en el vigente Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio «medicamentos de terapia avanzada», que han de estar sujetos a garantías sanitarias reforzadas en materia de seguridad y trazabilidad”.
- “En algunos países de nuestro entorno (Francia, Reino Unido, Suiza, Australia) existe una preocupación especial por advertir a los pacientes de los teóricos riesgos de los productos de origen humano, hasta el punto de

exigirse en determinados casos incluir dicha información en las fichas técnicas y prospectos de los medicamentos de esa naturaleza. De lo anterior se deriva que el médico prescriptor no debe ser ajeno a las circunstancias de este tipo de fármacos a la hora de valorar la actuación terapéutica más conveniente”.

“Pues bien, es evidente que nada de lo anteriormente expuesto se está cumpliendo en la actualidad en relación a los fármacos de terapia génica para la Covid-19, puesto que ni los médicos están expidiendo la correspondiente receta, ni se está informando al paciente conforme a lo previsto en el art.10 de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, ni se está examinando el historial clínico a nivel individual en relación con patologías, alergias o contraindicaciones, ni mucho menos se está recabando el consentimiento informado del paciente por escrito, en cumplimiento del art. 8.2 de la ya mencionada Ley 41/2002”. Dr. Francis Christian: Se está violando el principio del consentimiento informado ante las vacunas (3).

El Dr. Reiner Fuellmich, (abogado litigante conocido por haber demandado con éxito a grandes empresas como Volkswagen y Deutsche Bank), junto con un grupo de expertos de diferentes áreas, planea llevar ante la justicia a: gobiernos, autoridades sanitarias, laboratorios, médicos y a todos los involucrados en las medidas forzadas que se tomaron contra la pandemia (encierros, distanciamiento social, uso de máscaras, vacunación) y que causaron graves daños a millones de personas en todo el mundo (4).

Fuellmich explica que todos los gobiernos del mundo basaron sus decisiones de encerrar a la gente, de obligarlas a usar las mascarillas y finalmente de vacunarlos; en los test PCR, que se han usado y usan, con una amplificación de entre 40 y 45, aún cuando el estándar aceptable es 24, dando lugar a un 97% de falsos positivos. Es decir, cuando se amplifica tantas veces el material, el test siempre da positivo porque detecta cualquier material como virus (5) (6). Según él, no existe la inmunidad cuando los fabricantes de las vacunas hacen daño a las personas conscientemente, es decir; aun sabiendo que estas vacunas experimentales (que él llama “terapia genética”) no son seguras, se las han administrado a la gente (7) (8).

Por todo lo publicado en los medios de “comunicación”, se podría pensar que a las compañías de las “vacunas” se les otorgó inmunidad como condición para lanzar su “vacuna” experimental. No obstante, la Corte Suprema de los Estados Unidos ha sostenido en el pasado que “el fraude vicia todo” (9) y si estas compañías de sueros experimentales le dijeron al gobierno que su preparado era “seguro” cuando su propia lista de ingredientes dice lo contrario; entonces puede ser que esas empresas hayan cometido fraude y, el fraude vicia todo. Por lo tanto, tal vez un tribunal dictamine que esas compañías de “vacunas” NO tienen inmunidad.

Por supuesto, probar legalmente el fraude es algo difícil de hacer. Pero tal vez esto ayude: las empresas farmacéuticas están obligadas a poner un inserto en sus productos que enumere los ingredientes y todos los efectos secundarios conocidos, lo cual, para estas “vacunas”, no se cumple ya que están en blanco.

Derechos

Algo que conviene tener muy presente, es que algunas actuaciones ([10](#)) ([11](#)) ([12](#)) ([13](#)); son de extrema gravedad para la naturaleza del ser humano y tremendamente graves desde un punto de vista legal (algunos incluso, llegan a cruzar otras líneas legales, muy peligrosas, que pueden tener nefastas consecuencias para la convivencia ([14](#)) ([15](#) [16](#))). En nuestro país, existe una jerarquía normativa, en cuyo punto más alto, está la Constitución e inmediatamente debajo, los tratados internacionales (cuyo obligado cumplimiento, queda recogido en la propia Constitución) que a su vez, están justo por encima de cualquier ley orgánica ([17](#)).

La Constitución Española en su art. 9.3 establece que la Constitución garantiza el principio de jerarquía normativa. En el art. 1 del Código Civil también se acoge la jerarquía normativa, sobre todo en sus referencias a la prioridad de las fuentes del Derecho que deben aplicarse: así la ley tiene preferencia sobre la costumbre, y ambas sobre los principios generales del Derecho. En este precepto resulta especialmente valioso para el principio de jerarquía normativa, el art. 1.2 que establece: Carecerán de validez las disposiciones que contradigan una de rango superior. Concretamente en las actuaciones mencionadas, los detalles expresados VIOLAN dicha jerarquía normativa, también artículos de esos tratados-reglamentos y de leyes nacionales: el 6.2 de la Declaración Universal de Bioética y de Derechos Humanos ([18](#)), el art. 1 del Código de Nuremberg ([19](#)), el art 7.3.2. de la Resolución 2361 del Consejo Europeo ([20](#)), los art. 2.4 y 21.1 de la Ley del Paciente ([21](#)) en su última actualización de 05/06/21; y también, la protección de datos personales (que es un derecho fundamental recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española y regulado por el Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD), y la Ley de protección de datos (LOPDGDD). La normativa en protección de datos se complementa con la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre; su incumplimiento puede ocasionar a la persona (por ejemplo, al dueño de un local que pide el certificado de vacunación para permitir la entrada), una multa de hasta 600.000 €). CUALQUIER DISCRIMINACIÓN POR MOTIVO DE SER RENUENTE A LA VACUNACIÓN, VIOLA TODO LO EXPRESADO ANTERIORMENTE Y, CONSECUENTEMENTE, AL NO SER CONFORME A DERECHO, ES DENUNCIABLE. Hay dos claros ejemplos: el pasaporte Covid y la restricción de acceso a locales.

El pasaporte Covid entró en vigor el 1 de julio en los países miembros de la Unión Europea. Permite viajar sin restricciones a las personas que hayan completado su pauta de vacunación contra la Covid-19. Por contra, quienes todavía no estén vacunados, deben tener en cuenta los distintos requisitos para entrar a la región de destino, ya que no todos los Estados miembros siguen el semáforo comunitario y aplican sus propios criterios.

En los países al margen del marco comunitario es casi indispensable la presentación de un test que acredite no estar infectado días antes de llegar al lugar escogido. Existen excepciones, como Estonia o Rumanía, que catalogan a España como país "verde" y como un territorio con menos de 150 casos de incidencia, por lo que no es necesario presentar pruebas de ningún tipo.

En el caso de que se requieran, gran parte de los territorios admiten los test de antígenos, una medida más barata y rápida que las PCR, pero estas últimas siguen siendo las favoritas. De hecho, algunas regiones exigen una segunda prueba al llegar, como ocurre en Chipre. Finlandia, por su parte, realiza test gratuitos nada más aterrizar, aunque recomienda realizarse un test adicional 72 horas después.

En otros territorios, las personas que hayan superado la enfermedad podrán aportar un documento que lo acredite con un máximo de seis meses desde que se contrajo. De esta forma estarán exentos de presentar otro tipo de pruebas. En Hungría, un país que tiene muy restringido el turismo, solo se permite el acceso a aquellos que hayan sido positivos en el pasado.

El pasaporte podría parecer una medida enfocada a dinamizar el sector comercial de países con mayor poder económico, pero como se ha señalado, convergen en esta disposición varios posibles contextos de vulneración; por un lado **genera discriminación** al coartar la libre movilidad de las personas no vacunadas, violando los tratados internacionales mencionados anteriormente; y por otro, **viola la protección de los datos personales tanto de vacunados como de no vacunados**, que como hemos visto, es otro derecho fundamental de los seres humanos, que se encuentra ampliamente amparado, por los ámbitos jurídicos a lo largo del mundo.

El rechazo a los denominados “pasaportes epidemiológicos” o “certificados de inmunidad” ha sido generalizado desde diversos sectores y sobre la base de argumentos de variada naturaleza: médicos y científicos, éticos y jurídicos. Esta cartilla o pasaporte de este tipo implica una clara diferenciación entre quienes puedan contar con un certificado acreditativo de haber pasado la enfermedad o de no estar contagiados en un momento o período determinado, y quienes no puedan contar con el mismo por el mero hecho de no haber caído enfermos o no poder costearse la prueba, entre otros posibles motivos.

Desde el punto de vista jurídico-constitucional, las medidas que presumen un trato jurídico diferente de unos colectivos respecto a otros deben superar un triple canon de validez:

En primer lugar, **tenemos que determinar si la medida diferenciadora adoptada responde a una finalidad legítima**. El pasaporte Covid pretende, en primer término, distinguir entre quienes han pasado la enfermedad o, en su caso, cuentan con pruebas que acrediten no estar contagiados, por un lado, y quienes están enfermos, no la han sufrido aún o no cuentan con tales pruebas concluyentes, por otro lado. A partir de esa clasificación, se trataría de permitir a los primeros una vuelta a la normalidad de sus actividades recuperando el pleno ejercicio de sus derechos de movilidad (junto a otros asociados a ésta) y, con ello, contribuir a la reactivación económica; mientras los segundos mantendrían restringida su movilidad y otros derechos por razones de salud pública. Reactivar la economía y velar por la salud pública son, en principio, legítimas atribuibles a la idea del pasaporte Covid.

En segundo lugar, la medida cuestionada **ha de ser idónea o adecuada al fin perseguido**. En este punto ya vemos más obstáculos para su cumplimiento. **El limitado conocimiento que tiene la ciencia sobre el supuesto virus SARS-CoV-2 y la enfermedad que desencadena (Covid-19), no permite afirmar con suficiente certeza algunos de los presupuestos que la medida de la cartilla Covid toma como esenciales. Así, como ha quedado demostrado, no cabe atribuir inmunidad permanente a quienes han sido vacunados, se ha demostrado la escasa efectividad de esas "vacunas", lo cual, hace posibles nuevos contagios (que también ha quedado demostrado que suceden); por otro lado, también se ha constatado que la fiabilidad de los PCR que se vienen realizando, ni de lejos, es suficiente para garantizar una fiable identificación de personas contagiadas o no. Atendiendo a todo esto, es imposible justificar medidas de levantamiento parcial de las restricciones a las personas supuestamente inmunes a partir de un pasaporte o certificado epidemiológico.** En consecuencia, y desde este punto de vista, podría concluirse que tales pasaportes o certificados no son en sí mismas medidas antijurídicas pero, para el caso concreto de la enfermedad provocada por el virus SARS-CoV-2 y ante el estado actual de la pandemia y del conocimiento científico sobre la misma, resulta una medida injustificada por falta de idoneidad o utilidad a los objetivos que persigue. Sencillamente, un pasaporte Covid, no nos garantiza, en las circunstancias concretas del caso, el logro de los fines u objetivos que, teóricamente, lo motivan o justifican.

Para finalizar, toda medida que suponga un trato jurídico diferenciado **debe resultar proporcional en sus efectos o resultados, de forma que éstos superen o compensen los costes que genera**. Dichos costes se cifran en el grado de afectación que otros derechos o bienes jurídicos sufren como consecuencia de la medida adoptada. El pasaporte Covid incide, en primer lugar, en el derecho a la libre circulación de quienes no tengan acceso al mismo y, sobre la base de ello, en todos los demás derechos fundamentales que necesitan de la libertad de movimientos para su ejercicio efectivo: celebrar reuniones familiares, participar en reuniones o manifestaciones, asistir a clases, abrir el propio negocio, entre otros muchos ejemplos. En segundo lugar, la expedición y posterior uso del pasaporte Covid tiene incidencia directa sobre la intimidad personal, en relación a los datos relativos a la salud de las personas, de forma que el pleno ejercicio de muchos derechos quedaría condicionado a la revelación de esos datos tan sensibles. Y finalmente, la cartilla Covid tiene un impacto de alcance transversal sobre todos los derechos que directa o indirectamente se vean afectados por la misma: la diferencia de trato jurídico que establece atiende a una cualidad personal, el estado de salud, que puede considerarse discriminatoria en determinados contextos en que no estaría justificado distinguir entre las personas con base en dicho argumento. **En definitiva, la expedición de un pasaporte Covid constituye una medida con un impacto condicionante del ejercicio de otros derechos fundamentales potencialmente expansivo.**

Para que supuestamente no haya discriminación, el pasaporte Covid, como hemos visto, no es un requisito indispensable para viajar, te dan otras opciones; el problema es que **sí existe una discriminación clara de firma indirecta. El pasaporte es gratuito y tiene una validez de un año y si no estás**

vacunado o no has pasado la enfermedad, se te obliga a hacerte un test PCR o test de antígenos, cada vez que vayas a viajar y, esos test, los pagas tú. Es una coacción indirecta para que te vacunes y una clarísima forma de discriminación, violando todos los tratados internacionales anteriormente citados.

En el caso de la persona que nos prohíbe entrar a un local, esa denuncia se puede hacer por tres causas diferentes: DISCRIMINACIÓN, INCUMPLIMIENTO DE LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y POR UN POSIBLE DELITO DE INCITACIÓN AL ODIO:

Discriminación

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal ([22](#)).

TÍTULO XXI.

DELITOS CONTRA LA CONSTITUCIÓN. CAPÍTULO IV.

DE LOS DELITOS RELATIVOS AL EJERCICIO DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES Y LIBERTADES PÚBLICAS

SECCIÓN 1. De los delitos cometidos con ocasión del ejercicio de los derechos fundamentales y de las libertades públicas garantizados por la Constitución.

Artículo 510.

1. Los que provocaren a la discriminación, al odio o a la violencia contra grupos o asociaciones, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, enfermedad o minusvalía, serán castigados con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.

2. Serán castigados con la misma pena los que, con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad, difundieren informaciones injuriosas sobre grupos o asociaciones en relación a su ideología, religión o creencias, la pertenencia de sus miembros a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, enfermedad o minusvalía.

Artículo 511.

1. Incurrirá en la pena de prisión de seis meses a dos años y multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de uno a tres años el particular encargado de un servicio público que deniegue a una persona una prestación a la que tenga derecho por razón de su ideología, religión o creencias, su pertenencia a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, situación familiar, enfermedad o minusvalía.

2. Las mismas penas serán aplicables cuando los hechos se cometan contra una asociación, fundación, sociedad o corporación o contra sus miembros por razón de su ideología, religión o creencias, la pertenencia de sus miembros o de alguno de ellos a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, situación familiar, enfermedad o minusvalía.

3. Los funcionarios públicos que cometan alguno de los hechos previstos en este artículo, incurrirán en las mismas penas en su mitad superior y en la de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de dos a cuatro años.

Artículo 512.

Los que en el ejercicio de sus actividades profesionales o empresariales denegaren a una persona una prestación a la que tenga derecho por razón de su ideología, religión o creencias, su pertenencia a una etnia, raza o nación, su sexo, orientación sexual, situación familiar, enfermedad o minusvalía, incurrirán en la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de profesión, oficio, industria o comercio, por un período de uno a cuatro años.

Derecho de admisión

Los dueños de algunos locales, hacen referencia a que legalmente, pueden negar la entrada a su local, en base al derecho de admisión en relación al estado de vacunación de la persona que desea entrar. Vamos a ver si tienen razón, analicemos los pormenores legales de ese derecho:

Se define en nuestro ordenamiento jurídico como la "...facultad que tienen los titulares de espectáculos públicos, actividades recreativas y establecimientos públicos para determinar las condiciones de acceso y permanencia en los mismos, dentro de los límites establecidos legal y reglamentariamente...".

Tales límites se regulan, en la legislación estatal, en el Real Decreto 2816/1982, de 27 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento General de Policía de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas. Por su parte, todas las Comunidades Autónomas (excepto Cantabria) han aprobado Leyes específicas (o como en el caso de Galicia, Decreto) sobre las normas de funcionamiento de establecimientos públicos, espectáculos públicos y actividades recreativas, entre las que se incluye, más o menos pormenorizada, la regulación del derecho de admisión.

Como señala la Sentencia de la Sección 7ª, de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, de 2 de julio de 2001 (Rec: 7405/1996; Ponente: Ramón Trillo Torres) esta normativa está orientada a preservar muy especialmente el orden público y la seguridad ciudadana. De ahí que las nefastas consecuencias de inaplicar la normativa vigente, o la aplicación arbitraria o negligente de la misma –como sucedió en los casos del Madrid Arena o de la muerte de un joven por la paliza de un portero en una discoteca madrileña–, generen una justificadísima alarma

social que, como en este último caso mencionado, pueden terminar por modificar la regulación.

La jurisprudencia ha aclarado que "... las condiciones y requisitos (del derecho de admisión) están referidos siempre al titular del establecimiento..., siendo los usuarios y consumidores titulares del derecho de acceso, no del de admisión..."

Aclarado este punto, la normativa vigente señala que es el titular del establecimiento público, espectáculo público o actividad recreativa quien está habilitado para ejercerlo directamente, si bien también puede ejercerse por el personal acreditado como servicio de admisión (que actuará bajo la dependencia del titular). El personal acreditado desempeñará el servicio de admisión en exclusiva, no portará armas de ningún tipo y deberá informar inmediatamente al personal encargado de la seguridad privada (esto es, vigilantes de seguridad, si los hubiere) o, en su defecto, a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en caso de alteraciones del orden en los accesos, o en el interior de los establecimientos o recintos

Toda la normativa vigente prevé como principio general que el derecho de admisión debe ejercerse, por imperativo constitucional, con respeto a la dignidad de las personas y a sus derechos fundamentales, sin que en ningún caso pueda producirse discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Se prevé, además, la obligación de los titulares de espectáculos públicos, actividades recreativas o establecimientos públicos de adoptar las medidas necesarias para facilitar el acceso y permanencia de las personas con discapacidad.

La casuística jurisprudencial ha permitido concretar estos principios generales. Así, la Sentencia nº 440 de la Sección 1ª de la AP de Alicante (Rec: 184/1997; Ponente: Carmen Paloma GONZÁLEZ PASTOR) condenó al portero de un pub que denegó la entrada a dos personas de raza negra por el delito del art. 512 del Código Penal (relativo al ejercicio de los derechos fundamentales y libertades públicas)⁷, mientras que absolvió al gerente del mismo, porque "... no ha resultado acreditado que transmitiera orden alguna al portero acerca de la prohibición de entrada en el pub de personas de color ...".

Por su parte, la Sentencia nº 308 de la Sección 4ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Andalucía, de 12 de marzo de 2009, (Rec: 377/2007; Ponente: Juan María JIMÉNEZ JIMÉNEZ) declaró que no puede limitarse la entrada de público mayor de edad en aras de la libertad de empresa y que, por tanto, debe prevalecer el derecho a la igualdad frente a aquélla. Como señala la Sentencia, "...ninguna razón justifica que en base a un mero criterio organizador de clientes del empresario, se justifique la exclusión de un establecimiento abierto al público, de un segmento o grupo de consumidores por la mera razón de su edad. Exclusión que solo se justifica cuando se trata de los menores de edad...".

La AP de Oviedo, en Sentencia nº 370, de la Sección 2ª de la Sala de lo penal, de 13 de noviembre de 2000 (Rec: 329/2000; Ponente: Antonio LANZOS ROBLES)

estimó el Recurso de Apelación y condenó a la empleada de un supermercado como autora criminalmente responsable de una falta de vejación injusta, al prohibir la entrada en el supermercado a la denunciante, que empujaba la silla en la que llevaba a su hijo minusválido menor de edad⁸, y permitir, a continuación, la entrada de un minusválido adulto en su silla de ruedas.

Siempre que se respeten los principios generales mencionados para el ejercicio del derecho de admisión, cada establecimiento concreto puede aplicar condiciones particulares de admisión, sobre las que pesa la exigencia de aprobación del órgano autonómico competente y de publicidad. En concreto, la Sentencia nº 934, de la Sección 5ª, de 30 de septiembre de 1999 del TSJ de Cataluña (Rec: 129/1996; Ponente: Joaquín VIVES DE LA CORTADA FERRER-CALBETÓ) señala que "... han de constar 'bien visibles', colocados en los lugares de acceso y haciendo constar claramente tales requisitos...".

En concreto, la Sentencia nº 934, de la Sección 5ª, de 30 de septiembre de 1999 del TSJ de Cataluña (Rec: 129/1996; Ponente: Joaquín VIVES DE LA CORTADA FERRER-CALBETÓ) señala que "... han de constar 'bien visibles', colocados en los lugares de acceso y haciendo constar claramente tales requisitos...".

Esta obligación de publicidad de las condiciones particulares de admisión es, justamente, la que permite el ejercicio legítimo de este derecho, pues el artículo 59 del RD 2816/1982, en relación con "... los espectadores, asistentes y el público en general...", determina que "... el público no podrá ... entrar en el recinto o local sin cumplir los requisitos a los que la Empresa tuviese condicionado el derecho de admisión, a través de su publicidad o mediante carteles, bien visibles, colocados en los lugares de acceso, haciendo constar claramente tales requisitos.

Si no existe esta publicidad, se entenderá que no hay ninguna limitación específica, por lo que no basta con solamente tener el cartel que pone reservado el derecho de admisión sino que tiene que aparecer visiblemente las condiciones de entrada. No obstante, las personas consumidoras o usuarias de los establecimientos que consideren que el ejercicio del derecho de admisión o las condiciones de acceso, tal como están previstas o les han sido aplicadas, no son conformes a lo previsto en el reglamento, aparte de solicitar una hoja de reclamación en el establecimiento, podrán formular denuncia o reclamación ante la administración competente para sancionar o ante la vía jurisdiccional procedente (23).

En este sentido, la Sentencia de la Sección 6ª de la Sala tercera del Tribunal Supremo, de 21 de abril de 1994 (Rec: 6910/1991; Ponente: José María SÁNCHEZ ANDRADE Y SAL), justificó la denegación de acceso a una sala de baile "... por no observar la obligación impuesta a los clientes de esta clase de empresas, en el art. 21 Decreto 231/65, ..."11, "... dado que -como en caso análogo al que resuelve la sentencia apelada-, ha declarado el Tribunal Constitucional en Sentencia de 14 junio 1985, la prohibición de acceso a un

casino –e igual podría decirse de una Sala de Baile–”, “se trata de una decisión adoptada por terceros particulares, sobre la base de suposiciones fundadas de las que no cabe decir que por sí misma vulnera el principio de igualdad, ya que constituye una actividad protectora de los intereses de la propia entidad privada”. Por su parte, la Sentencia nº 1268, de la Sección 9ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Madrid (Rec: 727/1997; Ponente: Juan Miguel MASSIGOGE BENEGIU) confirmó la sanción pecuniaria impuesta al titular de un establecimiento por haber denegado la entrada a una cliente vestida con traje de novia. La Sala considera acreditado que se le negó el acceso sin que constara cartel en la puerta reservándose el derecho de admisión, ni se le presentara documento con las condiciones para ser admitido.

La actual regulación prevé expresamente las situaciones en las que debe impedirse el acceso (y la permanencia de personas) a establecimientos y espectáculos públicos, y actividades recreativas, sistematizando los supuestos previstos tanto en la normativa estatal como en la autonómica. Dichas situaciones serían las siguientes:

- 1) Cuando el aforo establecido esté completo, razón por la cual los establecimientos tienen la obligación de colocar en la entrada un rótulo indicativo del aforo máximo permitido. Cuando se haya cumplido el horario de cierre del local.
- 2) Cuando el espectáculo o actividad recreativa haya comenzado, de acuerdo con sus condiciones específicas.
- 3) Cuando quien pretenda acceder al espectáculo público, actividad recreativa o establecimiento público se encuentre en alguna de las siguientes circunstancias, o manifieste alguno de los siguientes comportamientos (24):
 - Carecer de la edad exigida.
 - Consumir drogas u otras sustancias estupefacientes, o mostrar síntomas de haberlas consumido, así como dar signos evidentes de embriaguez.
 - Dificultar el desarrollo del espectáculo o actividad, o bien el funcionamiento normal del establecimiento.
 - Manifestar actitudes violentas o comportamientos agresivos, provocar altercados o llevar símbolos que inciten a la violencia, el racismo o la xenofobia; portar armas y otros objetos susceptibles de ser utilizados como tales, salvo que, de conformidad con la normativa específica aplicable, se trate de miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o de escoltas privados integrados en empresas de seguridad privada, y accedan al establecimiento en el ejercicio de sus funciones; poner en peligro o causar molestias a otros espectadores o usuarios.

Como puede apreciarse, todas ellas responden a la necesidad de proteger la juventud e infancia y preservar el orden público y seguridad ciudadana. Razón

por la cual la jurisprudencia considera que existe infracción administrativa por la mera constatación de los hechos, aplicando en este punto el principio general administrativo de presunción de veracidad de las actas policiales, independientemente de la falta de intencionalidad del titular del establecimiento, y desechando que tal sanción administrativa implique la aplicación de una supuesta responsabilidad objetiva.

Si no se acredita la existencia de ninguna de estas circunstancias que obligan a prohibir la entrada y permanencia en un establecimiento o espectáculo público, o a una actividad recreativa, no estaría justificado denegar el acceso a los mismos. En este sentido, la Sentencia nº 127, de la Sección 10ª del TSJ de Madrid, de 7 de febrero de 2013 (Rec: 947/2012; Ponente: Emilia Teresa DÍAZ FERNÁNDEZ) confirmó la sanción impuesta a un establecimiento de ocio por denegar el acceso a su zona de nieve a un ciudadano "...porque así se ha ordenado y grabado en la base de datos del centro...sin facilitar ningún dato de los motivos por los que se deniega la entrada...". Motivo por el cual la STSJ entiende "... que ha existido una vulneración del derecho de acceso o admisión,...

El incumplimiento por el titular del establecimiento público o de la persona física o jurídica que organice el espectáculo público o actividad recreativa, de las obligaciones que le impone la normativa, conlleva, asimismo, la declaración de responsabilidad civil subsidiaria en el caso de que se produzca algún ilícito penal.

En Canarias, el derecho de admisión se encuentra recogido en el Decreto 86/2013, de 1 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de actividades clasificadas y espectáculos públicos y en su artículo 47, viene definido el derecho de admisión como la facultad que tienen las personas titulares de los establecimientos que sirven de soporte a la realización de actividades musicales, de restauración o de juego y apuestas y la persona promotora u organizadora del espectáculo público, de determinar las condiciones de acceso. **El ejercicio del derecho de admisión no puede comportar, en ningún caso, discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión, discapacidad, orientación sexual, identidad de género las personas o cualquier otra condición o circunstancia personal o social de usuarias de los establecimientos y de los espacios abiertos al público, tanto en lo referente a las condiciones de acceso como a la permanencia en los establecimientos y al uso y disfrute de los servicios que prestan** (25)

Las condiciones de acceso sobre las que se tiene que regir el titular del derecho de admisión, deben ser concretas y objetivas y en ningún caso pueden ser arbitrarias, ni improcedentes, ni basarse en criterios discriminatorios que puedan producir indefensión a las personas usuarias o consumidoras. Tampoco pueden ser contrarias a las costumbres vigentes de la sociedad.

A modo de resumen:

El derecho de admisión se configura como una facultad de los titulares de establecimientos públicos, actividades recreativas y espectáculos públicos, cuyo ejercicio encuentra un límite inquebrantable en los principios básicos de igualdad y prohibición de discriminación del artículo 14 de la CE. Así, vulnera este derecho fundamental impedir la entrada a personas de color (como declaró la Sentencia nº 440 de la Sección 1ª de la Audiencia Provincial de Alicante), a personas mayores de edad (en este sentido, Sentencia nº 308 de la Sección 4ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Andalucía, de 12 de marzo de 2009), o a minusválidos (así, la Sentencia de la AP de Oviedo nº 370, de la Sección de la Sala de lo Penal, de 13 de noviembre de 2000). Igualmente, vulneraría el artículo 14 impedir la entrada a un usuario o espectador por su sexo u orientación sexual, o cualquier otra circunstancia personal o social que no responda a las condiciones de seguridad y orden público que el titular de un establecimiento, espectáculo o actividad pública o recreativa tiene el deber de observar.

Siempre que se respete el límite del artículo 14 de la CE, la legislación permite la aplicación de normas específicas de admisión en cada establecimiento o espectáculo, sujetas, en todo caso, a visado y aprobación, bien por el órgano competente en materia de espectáculos de la comunidad autónoma (como establecen las leyes de Aragón, Cataluña y Murcia), bien por el órgano competente para otorgar las preceptivas autorizaciones o licencia (como establece la ley de Andalucía). El ejercicio legítimo del derecho de admisión sobre la base de normas particulares exige, asimismo, su publicidad, en concreto, en un lugar perfectamente visible y en un cartel legible para los usuarios, clientes o espectadores. Con ello se garantiza que tales normas específicas respondan a criterios de objetividad, es decir, que respeten los límites constitucionales y legales.

El incumplimiento de los requisitos legales para el ejercicio legítimo del derecho de admisión implica la comisión de una infracción administrativa, sancionada con multa cuyo importe se fija por la normativa autonómica aplicable. Las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado actuarán a requerimiento del usuario, cliente o espectador que denuncie la práctica abusiva o discriminatoria del derecho de admisión, iniciándose un procedimiento administrativo sancionador que terminará con la imposición, en su caso, de alguna de las sanciones previstas en la regulación autonómica al efecto. Ello sin perjuicio de que, en los casos más graves, se pueda declarar la responsabilidad civil subsidiaria del titular del establecimiento, espectáculo público o actividad recreativa.

Discriminación en el ámbito laboral

La acreditación de una supuesta inmunidad ha empezado a introducirse como factor distorsionante en los procesos de búsqueda de empleo, selección de

personal y contratación. Incluso muchos demandantes de empleo incluyen en sus currículums el dato relativo a su inmunidad tras haber superado la enfermedad o su estado de vacunación, pudiendo los empresarios tomar dichos datos de salud como criterio decisivo para la contratación de personal.

En primer lugar, se debe destacar que una persona no está obligada a responder a determinadas preguntas en una entrevista de trabajo, por lo que los profesionales de Recursos Humanos y los altos cargos de las diferentes compañías deben ser conscientes de que, al realizar cierto tipo de preguntas o exigir test y certificados de haber pasado una determinada enfermedad, estarían vulnerando el derecho a la intimidad de la persona e irían en contra de la Ley Orgánica de Protección de Datos y del artículo 14 de la Constitución española.

Sin embargo, hay quien argumenta que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece la obligación por parte del empresario de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores que están a su servicio; si bien es cierto que esto no significa que se pueda exigir la vacunación o la realización de una de las pruebas para detectar la enfermedad.

Sí se podrá, y de hecho sería lo recomendable, poner a disposición de los empleados este tipo de pruebas del mismo modo que se hace con otro tipo de reconocimientos médicos; además, sería fundamental ofrecer en las compañías todo tipo de productos y equipos de prevención (mascarillas, gel hidroalcohólico, guantes, termómetros...).

De la misma forma, y con la finalidad de luchar contra esta pandemia, considero que es muy importante que, desde el ámbito laboral, se trate de concienciar al personal sobre la necesidad de continuar con las medidas de protección y prevención; insistiendo en el hecho de que una persona vacunada sigue siendo susceptible de infectarse y de contagiar a los demás.

Como sabemos, nuestra normativa laboral prohíbe la discriminación directa o indirecta para el empleo por muy diversas razones. Entre tales razones no se contempla expresamente ni la enfermedad ni la salud.

Entre las causas de discriminación prohibidas por nuestra legislación laboral se encuentran otras que pueden verse afectadas por la práctica de requerir el llamado pasaporte Covid para optar a un empleo. Podemos indicar, en primer lugar, la condición social, por el efecto condicionante que tendría el coste de la prueba y la correspondiente cartilla para aquellos que no puedan justificar acudir al servicio público de salud y tengan que procurársela por cauces privados. En segundo lugar, la información que procura acreditar el pasaporte Covid (fundamentalmente, haber superado la enfermedad y ser inmune, supuestamente, a ella) plantea un peculiar encaje en las causas de discriminación apuntadas. Lo paradójico de la eventual exigencia de un pasaporte de inmunidad para ser contratado es que el hecho de no haber pasado la enfermedad, esto es, el hecho de estar y haber estado sano, se revelaría como un factor de salud discapacitante a los ojos del empresario contratante, que nada tiene que ver con los requerimientos técnicos o de cualificación de la labor a desarrollar. Y

consiguientemente, el hecho de haber enfermado y, afortunadamente, superar la enfermedad aparece como una ventaja competitiva en el difícil trance de la búsqueda de empleo. Por lo tanto, podemos concluir que el pasaporte Covid introduce muy claramente un criterio de selección en el momento de la contratación que atiende a un dato sobre el estado de salud de los candidatos: su exposición pasada y futura a una enfermedad concreta, de donde se deriva la preferencia por aquellos considerados inmunes y la exclusión de aquellos que al no haber pasado la enfermedad serían considerados (de forma totalmente desproporcionada) no aptos para desempeñar el trabajo.

Podemos dar un paso más allá, mucho más dantesco. El demandante de empleo puede llegar a considerar como asumible el riesgo de contagiarse deliberadamente para, una vez superada la enfermedad y obtenida su cartilla Covid, tener más opciones de ser contratado.

Además, si lo vemos desde una óptica empresarial, este pasaporte Covid garantizaría al empresario un ahorro de los costes asociados a las ausencias y bajas laborales relacionadas con el Covid-19 (donde se incluyen no sólo el contagio sino también los períodos de aislamientos preventivos derivados del contagio de contactos estrechos de un trabajador).

Por lo tanto, es más que palpable que el hecho de no haber pasado una enfermedad a la que están expuestas todas las personas no podemos aceptarlo como un criterio válido determinante de la aptitud para desempeñar un empleo y, por tanto, de diferenciación entre candidatos aptos y no aptos. Estaríamos ante una diferencia de trato que no obedece a razones objetivas y razonables determinadas por las exigencias físicas y/o técnicas requeridas por el concreto tipo de actividad a realizar sino, más bien, a elementos subjetivos y aleatorios inasumibles jurídicamente por su efecto discriminatorio. Piénsese que una persona que no ha pasado la enfermedad derivada del SARS-CoV-2, y que quizá nunca resulte contagiada, quedaría sistemáticamente excluida del acceso a todo tipo de empleo por un mero cálculo de riesgos empresarial.

La consecuencia de requerir la acreditación de inmunidad, que supone haber pasado la enfermedad derivada del SARS-CoV-2, es considerar faltos de aptitud para el trabajo a aquellos que nunca se han contagiado; circunstancia ésta (estar y haber estado sano) que en ningún caso puede justificar una discriminación en el acceso al empleo.

La Agencia Española de Protección de datos, ya ha hecho una advertencia muy clara en el caso de solicitud de datos sanitarios personales a candidatos que optan a un puesto de trabajo (perfectamente, se puede hacer extensivo al certificado Covid). Estas prácticas, según la AEPD, constituyen una vulneración de la normativa de protección de datos aplicable. Añaden que este tipo de información es un dato personal relativo a la salud, que el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) califica de categoría especial en su artículo 9, por lo que su recogida y utilización por la posible empresa empleadora está sujeta a la normativa de protección de datos, fundamentalmente el citado RGPD y la Ley

Orgánica de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (LOPDPGDD), que resultan plenamente aplicables ([26](#)).

Incitación al odio

Como concepto, se persigue la conducta de alguien que promueva, ya sea de manera directa o indirecta, el odio, hostilidad, discriminación o violencia contra un grupo, una parte de dicho grupo o contra una persona determinada.

Es importante hacer mención que los casos de incitación al odio están muy tasados, es decir, que se deben cumplir una serie de supuestos muy concretos para que podamos hablar de este tipo de delito.

Estas razones para la incitación al odio serán:

- Racistas
- Antisemitas
- Ideológicas
- Religiosas o creencias
- Situación familiar
- De contenido o identidad sexual
- De género
- Enfermedad o discapacidad

Junto con estos requisitos debe cumplirse también el hecho de que se cree una situación de violencia, hostilidad o discriminación contra ese grupo determinado.

Cuando hablamos del tipo básico, la pena puede ser de uno a cuatro años de prisión y multa de seis a doce meses (Artículo 510.1 del Código Penal).

“Serán castigados con una pena de prisión de uno a cuatro años y multa de seis a doce meses:

- a) Quienes públicamente fomenten, promuevan o inciten directa o indirectamente al odio, hostilidad, discriminación o violencia contra un grupo, una parte del mismo o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad.
- b) Quienes produzcan, elaboren, posean con la finalidad de distribuir, faciliten a terceras personas el acceso, distribuyan, difundan o vendan escritos o cualquier otra clase de material o soportes que por su contenido sean idóneos para fomentar, promover, o incitar directa o indirectamente al odio, hostilidad, discriminación o violencia contra un grupo, una parte del mismo, o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél, por

motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad.

- c) Públicamente nieguen, trivialicen gravemente o enaltezcan los delitos de genocidio, de lesa humanidad o contra las personas y bienes protegidos en caso de conflicto armado, o enaltezcan a sus autores, cuando se hubieran cometido contra un grupo o una parte del mismo, o contra una persona determinada por razón de su pertenencia al mismo, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, la situación familiar o la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad, cuando de este modo se promueva o favorezca un clima de violencia, hostilidad, odio o discriminación contra los mismos”.

Ahora bien, si hablamos del subtipo atenuado, la pena puede ser de seis meses a dos años y multa de seis a doce meses (Artículo 510.2 del Código Penal):

“Serán castigados con la pena de prisión de seis meses a dos años y multa de seis a doce meses:

- a) Quienes lesionen la dignidad de las personas mediante acciones que entrañen humillación, menosprecio o descrédito de alguno de los grupos a que se refiere el apartado anterior, o de una parte de los mismos, o de cualquier persona determinada por razón de su pertenencia a ellos por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad, o produzcan, elaboren, posean con la finalidad de distribuir, faciliten a terceras personas el acceso, distribuyan, difundan o vendan escritos o cualquier otra clase de material o soportes que por su contenido sean idóneos para lesionar la dignidad de las personas por representar una grave humillación, menosprecio o descrédito de alguno de los grupos mencionados, de una parte de ellos, o de cualquier persona determinada por razón de su pertenencia a los mismos.
- b) Quienes enaltezcan o justifiquen por cualquier medio de expresión pública o de difusión los delitos que hubieran sido cometidos contra un grupo, una parte del mismo, o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad, o a quienes hayan participado en su ejecución.

Los hechos serán castigados con una pena de uno a cuatro años de prisión y multa de seis a doce meses cuando de ese modo se promueva o favorezca un clima de violencia, hostilidad, odio o discriminación contra los mencionados grupos.

Otros dos aspectos que implican restricciones o directamente, la supresión de derechos fundamentales y que son inherentes al discurso oficial de la "pandemia", son: el toque de queda y el uso de mascarillas.

Toque de queda

La libertad de movimiento, es un derecho recogido en la Constitución ([27](#)), concretamente en su art. 19:

En mayo de 2019, el Tribunal Constitucional dictaba por unanimidad una sentencia por la cual se declaraba inconstitucional un precepto incorporado en la Ley Orgánica de Régimen Electoral General. El precepto limitaba el derecho fundamental a la protección de datos; pero lo hacía de manera genérica: no especificaba el interés público esencial que permitiría la limitación, no establecía pormenorizadamente las restricciones posibles del derecho y no establecía las garantías adecuadas (sentencia 76/2019, de 22 de mayo, fundamentos jurídicos 7 y 8).

Según jurisprudencia constitucional consolidada, los derechos fundamentales son los que se ejercen frente a los poderes públicos. No son absolutos. Pero para que un Gobierno pueda restringirlos tiene que ampararse en una ley orgánica que se lo permita; aunque no de manera genérica. El precepto de la ley orgánica debe especificar el derecho a limitar, el interés público esencial que permite hacerlo y las condiciones y garantías de la limitación. Básicamente, es lo que el Tribunal Constitucional ha entendido por "respetar el contenido esencial del derecho" exigido por el artículo 53.1 de la Constitución. Además, una vez que el Gobierno tome la medida restrictiva en amparo de esta legislación se podrá juzgar, a su vez, su proporcionalidad: si la acción limitadora es útil, necesaria y proporcionada. Así es cuando, por ejemplo, el Ejecutivo limita el derecho fundamental de manifestación al cambiar su itinerario o cuando restringe el derecho de huelga al establecer los servicios mínimos.

Son, en definitiva, dos pasos; pero el segundo no cabe sin el primero. No podemos entrar a juzgar la proporcionalidad de una medida gubernamental limitadora de derechos fundamentales sin el amparo previo de una ley orgánica que permita específicamente la restricción. La medida gubernamental limitadora de derechos fundamentales sin amparo específico en ley orgánica es inconstitucional; aunque sea justificada.

La Ley Orgánica de Medidas Sanitarias de 1986 prevé, en su artículo tercero, que "con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria (...) podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo

de carácter transmisible". Ni se especifica el derecho fundamental que puede ser restringido por esas autoridades sanitarias ni, por supuesto, las condiciones y garantías de esa limitación.

Por tanto, esa remisión genérica a las "medidas oportunas" en absoluto cumple con los requisitos para permitir una acción gubernamental de limitación de derechos generalizada. En todo caso, permitirá una restricción de derechos a personas individualizadas con la consiguiente autorización judicial (artículo 8.6 de la Ley de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa).

Hoy por hoy, la única legislación que especifica la limitación de la libertad de circulación con las consiguientes condiciones y garantías es la Ley Orgánica de los Estados de Alarma, Excepción y Sitio. Tenía razón el Gobierno al señalar que sólo al amparo de dicha ley, un Ejecutivo puede limitar de manera generalizada la libertad de circulación. También tienen razón la Fiscalía y la jueza de Lleida al denegar el confinamiento decretado por el Govern. Ni el 'Govern' puede limitar la libertad de circulación, ni el Gobierno gallego o el vasco podían prohibir otro derecho fundamental, el del voto. Aunque tanto el Ejecutivo catalán, como el gallego o el vasco, justifiquen esta medida. Y aunque todos podamos pensar que está justificada.

Justificar limitaciones de derechos fundamentales sin amparo legal rompe con la base de nuestro Estado constitucional de Derecho. Pensar que nuestros gobiernos nos protegerán sin necesidad de los controles establecidos hasta ahora es desconocer nuestra propia naturaleza. Es importante que salgamos cuanto antes de esa ilusión halagadora y exijamos que las limitaciones de derechos se hagan conforme a nuestro sistema constitucional. El miedo no lo justifica todo.

Tras la finalización del estado de alarma, muchos gobiernos autonómicos intentaron mantener restricciones de derechos, como el de libertad de movimiento, mediante los toques de queda; no obstante, tal posibilidad fue impedida en primer lugar por los TSJ de las CCAA y luego por el Tribunal Supremo, tras los recursos de los gobiernos de esas CCAA. Por ejemplo, para el caso de Baleares, la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo ([28](#)), consideró que **medidas restrictivas tan severas y extensas como el toque de queda o el máximo de personas en las reuniones familiares y sociales pueden adoptarse al amparo de la Ley Orgánica 3/1986 (artículo 3) siempre que "la justificación sustantiva de las medidas sanitarias, a la vista de las circunstancias específicas del caso, esté a la altura de la intensidad y la extensión de la restricción de derechos fundamentales de que se trate"**.

El alto Tribunal ha considerado que no procede autorizar estas medidas basándose únicamente en principios de prudencia, entendiéndose que no quedan suficientemente justificadas las restricciones acordadas por el Consell de Govern. "No se ha justificado que la adopción de unas medidas tan intensas y severas resulten indispensables".

El Supremo avisa que **este tipo de medidas restrictivas de derechos adoptadas por las comunidades autónomas una vez levantado el estado de alarma, por ser tan severas y extensivas, requerirían de una ley específica que les dé cobertura y les preste la suficiente seguridad jurídica.**

La sentencia explica que **la única norma con rango de ley orgánica que podría dar cobertura a la restricción de derechos fundamentales en sus elementos básicos es el artículo 3 de la Ley Orgánica 3/1986. Puede utilizarse como fundamento normativo siempre que se justifique que las medidas sanitarias que se adopten estén a la altura de la intensidad y extensión de la restricción de los derechos fundamentales afectados.** No obstante, el TS ignora las garantías formales que la Constitución ofrece frente a la limitación de los derechos fundamentales y considera que una norma general dictada por un gobierno regional es suficiente si ofrece una «justificación» material.

Esta sugerencia aparece en dos de las resoluciones dictadas por el Tribunal Supremo en relación con las restricciones por Covid-19 una vez se ha levantado el estado de alarma, pese a que ambas coinciden en validar, en términos generales, que la Ley de 1986 de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública puede servir para limitar algunos derechos fundamentales en relación con la situación sanitaria. No obstante, los magistrados exigen una justificación por parte de los gobiernos autonómicos que “esté a la altura de la intensidad y la extensión” de las restricciones que se acuerden.

Estas premisas ya se incluían en la resolución del pasado 11 de mayo que rechazó el recurso del Gobierno Canarias contra la decisión del Tribunal Superior de Justicia de no validar el cierre perimetral de las islas. En ambas se alude además a la conveniencia de contar con una ley específica para afrontar la pandemia que logra “la máxima seguridad jurídica”.

Dicho de otra forma, **cualquier medida restrictiva de derechos fundamentales tomada por razones sanitarias, debe estar debidamente justificada.**

El sistema constitucional configuró una garantía normativo-formal en virtud de la cual las limitaciones de los derechos fundamentales sólo podían introducirse a través de un instrumento cualificado de las Cortes Generales, la ley orgánica y una garantía procesal consistente en un recurso de amparo de naturaleza reparadora, y no preventiva. Con la expresión de la buena intención de luchar contra la difusión del coronavirus al margen de la declaración del estado de alarma, en un clima de miedo en gran parte de la población, muchos gobiernos autonómicos se apresuraron en el segundo semestre de 2020 a dictar normas restrictivas para, supuestamente, frenar el virus. La intención, confesada, de los gobiernos autonómicos de introducir profundas limitaciones en los derechos fundamentales lejos de ser cortada de raíz intentó ser moderada con la intervención del poder judicial en la fase de aprobación de las medidas atribuyéndole la competencia de «autorizar» tales restricciones con resultados

claramente decepcionantes en términos de defensa de los derechos fundamentales. Ante la previsible profusión de normas autonómicas restrictivas de derechos fundamentales tras el segundo estado de alarma nacional se intentó introducir una armonización de las normas autonómicas restrictivas de derechos creando un peculiar recurso ante el Tribunal Supremo frente a las decisiones de los Tribunales Superiores de Justicia de las comunidades autónomas. Las resoluciones del Tribunal Supremo en el ejercicio de esta nueva competencia, sin embargo, han avalado la degradación de las garantías normativo-formales de los derechos fundamentales. La ley orgánica como instrumento cualificado para introducir limitaciones de derechos fundamentales ha quedado así marginada, consagrándose la posibilidad de que las mismas puedan ser aprobadas por un ejecutivo autonómico. No podríamos aplicar el adagio «hard cases make bad law» porque ni siquiera hay «cases». Quizá cuadre mejor la canción mexicana: «buenas intenciones, malas decisiones»

Por otro lado, tenemos la sentencia del Tribunal Constitucional, con respecto al estado de alarma ([29](#)):

La sentencia sostiene que esa "altísima intensidad" en la restricción de derechos llevó de hecho a su suspensión, lo cual "excede lo que la ley orgánica permite" para los estados de alarma, que es una "limitación" de derechos. No hubo una limitación de derechos fundamentales, sino un "vaciamiento". El fallo lo explica afirmando que, "a menos que se quiera despojar de significado sustantivo alguno al término 'suspensión', parece difícil negar que una norma que prohíbe circular a todas las personas, por cualquier sitio y en cualquier momento, salvo en los casos expresamente considerados como justificados, supone un vaciamiento de hecho o, si se quiere, una suspensión del derecho, proscritos como se ha reiterado ya en el estado de alarma.

Explica la sentencia que si el problema no solo es sanitario, sino "de orden público" generado, implica una "grave alteración" que "podría legitimar la declaración del estado de excepción"

Dicho de otra forma, solo con el estado de excepción, se pondrían suspender derechos fundamentales, que es lo que intentan hacer algunas CC.AA. y lo que sí consiguió hacer el Gobierno de España, evidentemente, de forma ilegal.

Hace poco de más de un mes de la sentencia del Supremo y menos de una semana, de la sentencia del Constitucional y los TSJ de muchas CC.AA., han cambiado su criterio con respecto a esas restricciones, supuestamente, por un aumento del número de contagios como justificación. Como sabemos, esos supuestos contagios, han sido diagnosticados con un test PCR y sabemos, porque ha quedado demostrado, que no se pueden utilizar para diagnosticar, es decir, que no cumplen con los requisitos especificados en la sentencia del Supremo y, por tanto, no son conformes a derecho.

Uso de mascarillas

Sin contar con los graves efectos que pueden producir en la salud de las personas y, especialmente, en los niños (ya han sido desarrollados en el presente trabajo); vamos a tratar el tema, desde un punto de vista legal, exclusivamente.

En la Constitución hay varios artículos importantes a este respecto:

art.15. "Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes."

Vulneración del derecho a la integridad física y moral

art.18. "Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen."

Vulneración del derecho al honor y la propia imagen

art. 17 y 20. "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad" y "Estas libertades tienen su límite en el respeto a los derechos reconocidos en este Título, en los preceptos de las leyes que lo desarrollen y, especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia."

Vulneración del derecho de libertad individual y derecho a la información

Si nos planteamos que el uso de la mascarilla se impuso a los españoles por medio de una simple orden ministerial, concretamente por la Orden SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulan las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 publicada en el «BOE» núm. 142, de 20/05/2020, con entrada en vigor el 21/05/2020 y fue dictada por el Ministerio de Sanidad, llego a la conclusión y a la más firme convicción que la imposición, por parte del Gobierno, del uso de la mascarilla, es inconstitucional.

La citada orden ministerial dispone en su exposición de motivos, que con carácter general, el uso de mascarillas es obligatorio en personas de seis años en adelante en la vía pública, en espacios al aire libre y en cualquier espacio cerrado de uso público o que se encuentre abierto al público, siempre que no sea posible mantener una distancia de seguridad interpersonal de al menos dos metros, siendo recomendable su uso para la población infantil de entre tres y cinco años.

En el art. 1 de la citada norma, se nos hace saber que la orden tiene por objeto regular el uso obligatorio de mascarilla por parte de la población y que se entenderá cumplida la obligación mediante el uso de cualquier tipo de mascarilla, preferentemente higiénicas y quirúrgicas, que cubra nariz y boca.

Es evidente que se está estableciendo, por medio de una orden ministerial, (norma inferior de rango), la obligatoriedad de que los ciudadanos realicen una prestación personal obligatoria (usar la mascarilla), de carácter patrimonial y público. Carácter patrimonial, porque afecta a nuestro patrimonio al tener que comprarlas obligatoriamente y pagarlas con IGIC incluido (cuestión distinta sería si nos la regalara el Estado) y público, porque las prestaciones patrimoniales de carácter público, son obligaciones de Derecho que deben ser establecidas por Ley y que son coactivas.

Coactividad, se ha de entender como el modo en el que se establece una prestación (modo unilateral por el poder establecido), sin que intervenga para nada la voluntad popular y en este caso, no se puede evitar la exigencia del uso obligatorio de la mascarilla, absteniéndose de realizar el presupuesto de hecho al que se vincula la prestación. Esta libertad de abstenerse de cumplir con la prestación personal, carece de sentido en este caso, ya que significaría la renuncia a poder ejercer derechos fundamentales del ciudadano como sería salir a la calle o poder realizar actividades cotidianas e incluso poder transitar libremente renunciado a mantener una vida más o menos normal.

Por otro lado, la orden ministerial anticonstitucional que nos obliga al uso de mascarilla hace alusión a los procedimientos para la exigencia de su cumplimiento, ya que la autoridad policial podrá exigir el uso de la mascarilla de forma forzosa, multando a los infractores con fuertes sanciones que afectaran al patrimonio del ciudadano infractor.

La figura de la prestación patrimonial de carácter público, que es una creación doctrinal y jurisprudencial, antes que legal, parece tener una justificación sociológica y política. La prestación patrimonial de carácter público sirve para dotar de cobertura doctrinal a todos estos supuestos, a la vez que, al exigirse su establecimiento a través de ley, se le somete a una cierta racionalidad.

Por lo tanto, como consecuencia de este planteamiento, la inconstitucionalidad de la obligación del uso de la mascarilla a toda la población viene establecida porque se incumple por parte del gobierno el art. 31.3 de la Constitución Española:

"... 3. Sólo podrán establecerse prestaciones personales o patrimoniales de carácter público con arreglo a la ley..."

Teniendo en cuenta que se nos obliga a hacer una prestación personal y patrimonial de carácter público mediante una norma inferior como es una orden ministerial y no con una ley, la inconstitucionalidad de la obligatoriedad del uso de la mascarilla a toda la población en territorio nacional, es más que evidente.

Desde la implantación por las Cortes de Cádiz de 1812 del servicio militar por primera vez, de todos los varones y sin discriminaciones y excepcionando los deberes jurídico-tributarios que surgen de la necesidad del pago de un tributo que incluye también aspectos formales como hacer facturas, no se había producido una obligatoriedad de prestación pública por el Estado a los españoles, hasta la implantación del uso de mascarillas por el Gobierno. Mientras que el pago de

tributos se estableció por la Constitución de 1978 y una posterior ley y el servicio militar se implantó por otra Constitución, la de 1812, el uso de mascarillas se ha impuesto por una orden ministerial, despreciándose la legalidad constitucional española y afectando a derechos fundamentales de los ciudadanos con el desprecio a la Norma Suprema española a base de una norma inferior, llamada orden ministerial, de rango reglamentario que emana de cualquiera de los ministros del Gobierno de España adoptada en virtud de la potestad ejecutiva del Gobierno. Jerárquicamente, se sitúa por debajo del real decreto del presidente del Gobierno y del real decreto del Consejo de Ministros.

El artículo 31 de la Constitución Española que se ha infringido, entre otros, por el gobierno al imponernos una prestación social por medio de una O.M., se integra en el Capítulo II del Título I de la propia Constitución, y por lo tanto, todos y cada uno de los derechos y deberes de los ciudadanos españoles recogidos en el mencionado capítulo, tienen unas especiales medidas de protección establecidas por la propia Constitución, que el gobierno, se han saltado a la torera.

Ante la tremenda infracción del ordenamiento jurídico español que ha cometido el Gobierno y contra la orden ministerial dictada por el Ministerio de Sanidad, Orden SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulaban las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla cabe interponer un recurso de inconstitucionalidad, ya que el art. 53.1 y el art. 161.1.a de la Constitución Española disponen que contra las Leyes y disposiciones normativas con fuerza de ley que vulneren los derechos y libertades recogidos en el Capítulo II del Título I, cabe recurso de inconstitucionalidad.

El Defensor del Pueblo, como alto comisionado de las Cortes Generales para la defensa de los derechos recogidos en el Título I de la Constitución, encuadrándose el artículo 31 de la Constitución dentro del mencionado Título I, en virtud de lo establecido en el artículo 54 de la Constitución Española; debería haber interpuesto un recurso de inconstitucionalidad contra la mencionada orden ministerial en defensa de los derechos y libertades de los españoles, al vulnerar la orden ministerial el art. 31.3 de la Constitución Española. El artículo 53.1 de la Constitución Española dispone que sólo por ley podrá regularse el ejercicio de los derechos y libertades y que en todo caso esta ley deberá respetar el contenido esencial de los derechos y libertades recogidos en el Capítulo II del Título I de la Constitución Española.

Como consecuencia de la conversión de este ejecutivo en poder legislativo mediante leyes habilitantes; ni se ha molestado en publicar un decreto ley para obligar a todos los ciudadanos a usar mascarilla, como hizo con el confinamiento de la población, aun sabiendo que el artículo 86.1 de la Constitución Española, prohíbe la adopción de Decretos-Leyes (y por supuesto de órdenes ministeriales) que afecten a los derechos, deberes y libertades recogidos en el Título I de la Constitución, aun en los supuestos de extraordinaria y urgente necesidad en los que, para la regulación de otras materias, sí resulta procedente recurrir a los Decretos Leyes.

La conculcación del principio constitucional de reserva de ley que recoge el art. 31.3 de la Constitución, es otra infracción más de este Gobierno a la Carta Magna y a nuestros derechos y libertades como ciudadanos libres de una nación occidental, la más antigua de Europa y una de las más antiguas del mundo.

El artículo 31 de la Constitución Española (al igual que ocurre con los demás preceptos del Capítulo II del Título I de la Constitución) vincula directamente a las Administraciones Públicas (sin necesidad de mediación del legislador ordinario ni de desarrollo normativo alguno), tal y como se desprende de la STC 80/1982, no pudiendo dictar normas que afecten a los derechos fundamentales.

Dice la citada sentencia del Tribunal Constitucional:

“Que la Constitución es precisamente eso, nuestra norma suprema y no una declaración programática o principal es algo que se afirma de modo inequívoco y general en su art. 9.1 donde se dice que «los ciudadanos y los poderes públicos están sujetos a la Constitución», sujeción o vinculatoriedad normativa que se predica en presente de indicativo, esto es, desde su entrada en vigor, que tuvo lugar, según la disposición final, el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado». Decisiones reiteradas de este Tribunal en cuanto intérprete supremo de la Constitución (art. 1 de la LOTC) han declarado ese indubitable valor de la Constitución como norma. Pero si es cierto que tal valor necesita ser modulado en lo concerniente a los arts. 39 a 52 en los términos del art. 53.3 de la C.E., no puede haber duda a propósito de la vinculatoriedad inmediata (es decir, sin necesidad de mediación del legislador ordinario) de los arts. 14 a 38, componentes del capítulo segundo del título primero, pues el párrafo primero del art. 53 declara que los derechos y libertades reconocidos en dicho capítulo «vinculan a todos los poderes públicos». Que el ejercicio de tales derechos haya de regularse sólo por ley y la necesidad de que ésta respete su contenido esencial, implican que esos derechos ya existen, con carácter vinculante para todos los poderes públicos entre los cuales se insertan obviamente «los Jueces y Magistrados integrantes del poder judicial» (art. 117 de la C.E.), desde el momento mismo de la entrada en vigor del texto constitucional. Uno de tales derechos es el de igualdad ante la Ley que tienen todos los españoles, sin que pueda prevalecer discriminación alguna entre ellos por razón de nacimiento (art. 14 de la C.E.).”

Con la obligatoriedad del uso de la mascarilla realizada por medio de una orden ministerial, el Gobierno se aleja de los principios que observan las normas y regulaciones de los derechos y libertades de los ciudadanos en Europa Occidental

Lo que algunos se empeñan en hacernos ver con desinformación, es que en este caso, hay un derecho, la salud pública, por encima de otro, la libertad individual. El problema es que para que eso se cumpla, tendría que estar demostrada la existencia de una pandemia, para eso, a su vez, tendría que estar demostrada la existencia del agente infeccioso y, por último, tendría que estar demostrado que las medidas que se toman garantizan buenos resultados de cara a esa salud pública. Como ha quedado demostrado en el presente informe, ninguna de las tres cosas ha sido demostrada, por tanto, en este caso y desde un punto de vista

científico exclusivamente, no procede hacer la consideración de prevalencia de un derecho sobre el otro. La existencia del virus, no ha quedado demostrada y los datos de contagios, sabemos que están inflados por la utilización de la PCR como método de diagnóstico (30) (31) (32); consecuentemente, no es posible demostrar la existencia de una pandemia. Si esto es así, absolutamente todas las medidas sanitarias impuestas, son inconstitucionales.

En la República Checa, el Tribunal Supremo ha anulado el mandato de las mascarillas, por tercera vez ha pedido evidencias científicas de su utilidad que avalen su uso (33).

Fuentes consultadas para este apartado : ((34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41)).

Obediencia debida

Algo importante que deben recordar los miembros de las FCSE a la hora de cumplir con sus obligaciones, es que son funcionarios y, como tales, deben cumplir con unos principios de conducta. No deben obediencia a ningún político ni a intereses partidistas, tampoco a intereses personales; sólo a la Constitución.

El conflicto de la obediencia del funcionario público o del empleado de la Administración en general, se produce en multitud de casos y situaciones cuando se ve en la disyuntiva de cumplir o no cumplir una orden de un superior, atendiendo al enfrentamiento entre dos nociones del deber: el deber de imparcialidad y el deber de obediencia.

Principios de conducta de los Funcionarios Públicos:

El Estatuto Básico del Empleado Público aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, en su artículo 54, referido a los Principios de conducta, señala como principios de conducta los siguientes:

1. Tratarán con atención y respeto a los ciudadanos, a sus superiores y a los restantes empleados públicos.
2. El desempeño de las tareas correspondientes a su puesto de trabajo se realizará de forma diligente y cumpliendo la jornada y el horario establecidos.
3. **Obedecerán las instrucciones y órdenes profesionales de los superiores, salvo que constituyan una infracción manifiesta del ordenamiento jurídico, en cuyo caso las pondrán inmediatamente en conocimiento de los órganos de inspección procedentes.**
4. Informarán a los ciudadanos sobre aquellas materias o asuntos que tengan derecho a conocer, y facilitarán el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.

5. Administrarán los recursos y bienes públicos con austeridad, y no utilizarán los mismos en provecho propio o de personas allegadas. Tendrán, asimismo, el deber de velar por su conservación.

Se rechazará cualquier regalo, favor o servicio en condiciones ventajosas que vaya más allá de los usos habituales, sociales y de cortesía, sin perjuicio de lo establecido en el Código Penal.

7. Garantizarán la constancia y permanencia de los documentos para su transmisión y entrega a sus posteriores responsables.

8. Mantendrán actualizada su formación y cualificación.

9. Observarán las normas sobre seguridad y salud laboral.

10. Pondrán en conocimiento de sus superiores o de los órganos competentes las propuestas que consideren adecuadas para mejorar el desarrollo de las funciones de la unidad en la que estén destinados. A estos efectos se podrá prever la creación de la instancia adecuada competente para centralizar la recepción de las propuestas de los empleados públicos o administrados que sirvan para mejorar la eficacia en el servicio.

11. Garantizarán la atención al ciudadano en la lengua que lo solicite siempre que sea oficial en el territorio.

¿Hasta dónde llega la obediencia a un superior de un empleado público?

La respuesta está en la propia Constitución y en su propio Estatuto Básico, el límite es la LEY, "Obedecerán las instrucciones y órdenes profesionales de los superiores, salvo que constituyan una infracción manifiesta del ordenamiento jurídico..." **traspasando dicho límite, el empleado o funcionario público estará incurriendo en un delito, al cumplir una orden que constituya una infracción manifiestamente ilegal.**

Obviamente, el empleado o funcionario público, no es un jurista y por consiguiente, no tiene porque conocer que dice exactamente toda la normativa tan variada que existe; no obstante, lo que si debe procurar, es que ante una orden o instrucción que entienda contraria al ordenamiento jurídico, antes de proceder a ejecutarla o cumplirla, debe intentar que el Superior del que depende y que le ha dado dicha orden, se la dé por escrito. Si aún así, entiende que dicha orden es manifiestamente ilegal, debe ponerlo en conocimiento de los órganos de inspección procedentes.

El cumplimiento de una orden ilegal, puede tener sanciones de muy diverso tipo, dependiendo del tipo de orden que se haya asumido o ejecutado, por ejemplo si dicha orden es contraria a la Constitución y se ha ejecutado, se puede haber incurrido en una infracción muy grave, desde el punto de vista disciplinario, sin entrar en otras sanciones, por ejemplo de tipo penal, dependiendo de la gravedad de la sanción, puede ser sancionado con alguna de las siguientes:

- a) Separación del servicio de los funcionarios, que en el caso de los funcionarios interinos comportará la revocación de su nombramiento, y que sólo podrá sancionar la comisión de faltas muy graves.
- b) Despido disciplinario del personal laboral, que sólo podrá sancionar la comisión de faltas muy graves y comportará la inhabilitación para ser titular de un nuevo contrato de trabajo con funciones similares a las que desempeñaban.
- c) Suspensión firme de funciones, o de empleo y sueldo en el caso del personal laboral, con una duración máxima de 6 años.
- d) Traslado forzoso, con o sin cambio de localidad de residencia, por el período que en cada caso se establezca.
- e) Demérito, que consistirá en la penalización a efectos de carrera, promoción o movilidad voluntaria.
- f) Apercibimiento.
- g) Cualquier otra que se establezca por ley.

Es interesante señalar, la sentencia entre otras, del Tribunal Supremo de 20 de julio de 1998 que ha declarado: **“en materia de obediencia debida y de cumplimiento de un deber...es requisito esencial que el mandato al que se obedece no tenga como contenido una acción u omisión manifiestamente ilícita. Y tan esencial es éste requisito que su falta afecta al mismo concepto en que se pretende fundar la exención de responsabilidad criminal, de modo que no cabe hablar de obediencia debida, ni como eximente completa ni como incompleta...”**.

El mejor resumen de todas las aberraciones jurídicas que estamos padeciendo como consecuencia de una supuesta pandemia, nos lo ofrece la abogada Dña. Cristina Armas en el siguiente [vídeo](#) o el abogado D. Fran Parejo, en este [otro](#).

Fuentes consultadas para este apartado: (([42](#)) ([43](#)) ([44](#)) ([45](#)) ([46](#)) ([47](#)))

Vacunación obligatoria

Desde el punto de vista jurídico, existen impedimentos para hacerla obligatoria. El primero, es que **en España no está reconocido el principio compensatorio**, algo con lo que actualmente solo cuentan una veintena de países, entre ellos Francia y el Reino Unido, donde se está planteando con más fuerza la obligatoriedad de la vacuna. Con este sistema, **el Estado tendría una responsabilidad patrimonial sobre las posibles complicaciones de la vacuna; incluso en aquellos territorios donde sí se cumple el principio compensatorio, existen problemas para poder hacer obligatoria la administración de la vacuna para la Covid-19, atendiendo al principio de responsabilidad.**

Se distinguen diferentes tipos de vacunas. Las obligatorias son aquellas que tienen garantizada su fiabilidad, que no han registrado problemas y que están relacionadas con enfermedades bien conocidas. Como ejemplo, una sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en la que se dictaminó que la vacunación obligatoria "es necesaria en una sociedad democrática", pero haciendo referencia a una denuncia presentada en 2015 por un grupo de padres checos a los que se les había impuesto administrar vacunas a sus hijos, para enfermedades muy conocidas como el tétanos, la polio, las paperas o la rubéola, éstas dosis llevan años administrándose a la población infantil, aseguran el no contagio de la enfermedad y no suponen problemas.

Que las vacunas, en ocasiones, pueden producir efectos adversos (lesiones, daños) es un hecho incuestionable. De ahí que los órganos judiciales, como no podía ser de otra manera a la vista de los peritajes técnicos, hayan reconocido los efectos adversos de las vacunas y las lesiones que han producido a las personas inoculadas, la mayoría de las veces por una reacción adversa infrecuente o inesperada, aunque conocida, reconociendo entonces el derecho a indemnización por los daños y lesiones sufridas (48).

Entre las sentencias que afirman la responsabilidad patrimonial por los efectos adversos de una vacunación, pueden citarse la sentencia, de 7 de octubre de 2003, del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León -JUR/2004/75019-, que reconoce la responsabilidad patrimonial por las lesiones y secuelas generadas por la vacunación obligatoria de la viruela, razonando que a la fecha en la que la persona afectada fue sometida a vacunación obligatoria contra la viruela se podía decir, con la opinión de la mayoría de los profesionales del momento, que eran mayores los riesgos por efectos secundarios, que los efectos preventivos de la enfermedad que podían justificar la imposición de la obligación de vacunación; y la sentencia, de 12 de junio de 2008, del Tribunal Superior de Justicia de Valencia -JUR/2008/302069-, por la vacunación obligatoria de una persona contra la viruela, que le produjo como efecto secundario una encefalitis vírica, que le generó una epilepsia.

Resulta oportuno citar también la sentencia, de 30 de septiembre de 2010, del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña -JUR/2010/393471, que no reconoce responsabilidad patrimonial por los efectos secundarios de la inoculación de la vacuna contra la gripe, precisando, en lo que aquí importa, que tampoco hay responsabilidad por falta de información de lo que se ha dado en llamar "efectos adversos de una vacunación" o "reacciones impredecibles", que no permiten determinar la infracción de un deber de información que se revelaría desproporcionado absolutamente y que impediría el ejercicio de la función médica de curar, puesto que todo medicamento y toda actuación en el ámbito de la salud conlleva un riesgo.

En el caso de las "vacunas" para la Covid-19, la realidad innegable que estamos viendo es que la lista de eventos adversos a corto plazo (algunos de extrema gravedad) que ocasionan no tiene fin, ni en número, ni en variedad. Además, no ha habido tiempo para certificar la seguridad (los fabricantes no han proporcionado datos a medio y largo plazo), con

la que ya cuentan los otros fármacos, por lo tanto existe una inseguridad jurídica y una incertidumbre científica.

En una publicación del abogado Mario Rueda (49), se analiza el tema considerando vacunas probadas, de constatada seguridad y eficacia (es decir, sin autorización de emergencia y con datos claros de los posibles eventos adversos a corto, medio y largo plazo) comprobando que se trata de un problema complicado de resolver, puesto que hemos de tener en cuenta dos factores que se dan normalmente en el momento en que se tiene que vacunar a una persona; el primero, el hecho de que se nos dice que por medio de la vacunación no sólo se está protegiendo a aquella persona que se vacuna sino a la colectividad, y segundo, el hecho de que lo normal es que quien recibe la vacuna sea un menor, y en consecuencia la decisión la toman los padres ya que no puede prestar consentimiento racional el hijo que la recibe. La conclusión a la que llega, es que podría ser obligatoria, **siempre y cuando exista un peligro de carácter inminente y extraordinario para la salud pública y tenga un carácter temporal, cuya duración nunca vaya más allá de lo que dure la causa que origina el peligro (cosa que en el caso del virus SARS-CoV-2 y la Covid, es imposible de demostrar, primero por la inexistencia de una prueba clara de la existencia del virus y segundo, porque los métodos de diagnóstico que se utilizan, no son validos)**. Como norma general, el hecho de no vacunarse no supone un peligro para nadie, por tanto, fuera del supuesto mencionado, debe prevalecer el derecho a no vacunarse y, que cuando se trate de menores, la decisión sea tomada por los padres.

El otro impedimento jurídico para hacer la administración de esta “vacuna” obligatoria, es que **en la actual Constitución Española no está recogido el derecho a la salud como tal, sino el derecho a la protección de la salud**. El derecho a la salud no existe, es imposible que exista porque el Estado no puede garantizar que las personas no enfermen, lo que está recogido en el artículo 43, es el derecho a la protección de la salud. Por tanto, no existe el conflicto de derechos que, en todo caso llevaría a aplicar la técnica de ponderación de derechos, en la que tendrían que tenerse en cuenta el artículo 15 y el 17, relativos al derecho a la integridad física y moral y a la libertad.

De cualquier forma, según el Dr. Juan Luis Beltrán Aguirre, **nos encontramos en un campo de actuación administrativa donde impera la incertidumbre y la inseguridad jurídica** (50). La Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, permite a las autoridades sanitarias adoptar determinadas medidas ablatorias cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia y necesidad. Entre ellas, internamientos forzados de enfermos contagiosos y la administración forzosa de vacunas, pero sin que dicha Ley Orgánica establezca garantía jurídica alguna dirigida a velar por la legitimidad y adecuación de las concretas actuaciones administrativas que conlleven la privación o restricción de la libertad personal o de otros derechos constitucionales que puedan verse afectados. Por su parte, el artículo 28 de la Ley General de Sanidad, muy sucintamente enumera unos principios a los que deben acomodarse las medidas limitativas que actúe la Administración, pero absteniéndose también de incorporar reglas sustantivas y procedimentales que establezcan y concreten

las garantías jurídicas pertinentes. Finalmente, el artículo 8.6 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, exige la autorización judicial para intervenciones ablatorias por razones de salud pública, pero sin diseñar un concreto procedimiento garantista de los derechos afectados, de manera que los jueces de lo contencioso-administrativo se ven abocados a acudir, por analogía, al procedimiento establecido en el artículo 763 LEC, declarado inconstitucional, pero no nulo, por el Tribunal Constitucional en su sentencia 132/2010, de 2 de diciembre.

En este punto, conviene hablar sobre la reciente sentencia (51) del Tribunal Constitucional sobre la vacunación forzosa, recogida en lo dispuesto en el número 5 del art. 38.2 b) de la nueva Ley de Salud de Galicia, que es el que faculta a las autoridades sanitarias autonómicas a imponer la vacunación obligatoria a la ciudadanía gallega, a fin de controlar las enfermedades infecciosas transmisibles (cualquiera, no sólo la covid-19) en situaciones de grave riesgo para la salud pública. El Constitucional, en su auto, cuyo ponente ha sido el magistrado Andrés Ollero, sostiene que no se puede imponer el pinchazo a nadie porque en la actualidad no hay cobertura legal para sancionar la negativa a inocularse. La resolución subraya que **la vacunación obligatoria no es una medida preventiva que aparezca expresamente contemplada en la Ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública por lo que no hay paraguas legal que ampare una inyección forzosa que "supone una intervención corporal coactiva y practicada al margen de la voluntad del ciudadano"**. Por tanto, lo dicho por Dr. Beltrán, ya no procede, la incertidumbre e inseguridad jurídica, se han transformado en certeza y seguridad jurídica, **no se puede imponer la vacunación obligatoria**. D. Carlos Astiz, presidente de la Fundación Derechos Constitucionales, expresa su opinión en contra de que la vacunación fuera obligatoria (52).

El tribunal alega que levantar la suspensión al precepto que faculta a vacunar a la fuerza a los gallegos que ya decretó el pasado abril podría **"provocar perjuicios ciertos y efectivos que pueden resultar irreparables o de difícil reparación, en la medida en que la vacunación puede imponerse en contra de la voluntad del ciudadano"**.

CONCLUSIONES

Científicas

- El virus que supuestamente causa la enfermedad conocida como Covid-19, no hay pruebas claras de que haya sido aislado, purificado y mucho menos secuenciado. Cuando afirman que recogen ARN de SARS de los pacientes mediante la técnica de la RT-PCR, ya sabemos que en realidad no es así, sino que lo que recogen realmente son fragmentos de coronavirus endógenos humanos en fase extracelular y cuando afirman que secuencian el genoma completo del SARS de un paciente, es porque rellenan los huecos que les faltan (porque la RT-PCR sólo detecta pequeños fragmentos de ARN), con plantillas recogidas de bases de datos genómicas, usando un ordenador. Por lo

tanto, ahora mismo, con las pruebas de que disponemos, creer en su existencia, es un acto de fe.

- Los métodos que se utilizan para diagnosticar el supuesto virus, no son válidos para tal objetivo. Solo se detectan fragmentos del virus si la PCR da positivo a los 24 ciclos de amplificación, una PCR por encima de 35 ciclos no es fiable. Se sabe que todas las pruebas RT-PCR que se han hecho en España para SARS-CoV-2, se han realizado entre 40 y 45 ciclos de amplificación, lo cual, supone muchos claros falsos positivos y por tanto, que los datos de contagios y fallecimientos, estén inflados. La RT-PCR diseñada para el SARS-CoV-2 carece de especificidad, no detecta únicamente al SARS-CoV-2, está detectando retrovirus endógenos humanos en su fase extracelular. El test de anticuerpos, presenta una escasa sensibilidad y especificidad y el test de antígenos, presenta una sensibilidad inferior al 30%, no es aconsejable introducirlos en la rutina de diagnóstico.
- Es falso que los "asintomáticos" sean la principal forma de transmisión del virus. Aunque muy poco probable, si existiera, siempre sería en mucha menor proporción que las personas sintomáticas. Para poder asegurar que los asintomáticos existen realmente, primero habría que demostrar la existencia del virus y luego, disponer de otros métodos de diagnóstico, ya que los métodos actuales como el PCR (97% de error), presentan muy poca especificidad y fiabilidad; y por último, demostrar con esos nuevos métodos de diagnóstico, que el supuesto virus se transmite por el aire. Por tanto, a día de hoy, creer en la figura del asintomático, también es un acto de fe.
- La transmisión por vía aérea (gotas y aerosoles) no está probada científicamente. La neumonía característica de la Covid-19 es bilateral, simétrica e intersticial, lo que prueba que la patogenia se produce a través de la sangre, ya que en el intersticio pulmonar se encuentran los capilares sanguíneos. Analizando lo dicho y aceptando que la Covid-19 está producida por el SARS-CoV-2 y que el receptor celular de dicho coronavirus, es el ACE2; y sabiendo que este virus no puede ser cultivado en células pulmonares naturales y que el receptor ACE2 no se encuentra en tejido pulmonar, tenemos que concluir necesariamente que la Covid-19 no se trasmite por vía aérea y que las mascarillas son inútiles para frenar la transmisión. Incluso a nivel casero, la transmisión del virus por cualquier vía, es muy escasa, y la transmisión en superficies también cuenta con muy baja probabilidad de suceder.
- Los encierros no solo no evitaron el contagio, sino que fueron contraproducentes, hasta tal punto, que los niños nacidos durante los encierros muestran deterioro en sus funciones cerebrales y además, provocaron que en Inglaterra se suicidaran 5 veces más niños de los que murieron por Covid; recordemos que cerraron colegios con el pretexto de un supuesto bien común, partiendo de la premisa de que eran focos de contagios y considerando a los niños como portadores peligrosos y, al igual

que con todo lo demás, también en este caso se ha demostrado que fue un error, al no tener justificación científica alguna que lo respaldara.

- Lo que llamaron "distanciamiento social", no resulta efectivo y el uso de mascarillas a modo de protección y para evitar la propagación, no tiene ninguna base científica que lo justifique, no sólo no protege del contagio, sino que además es tremendamente peligrosa para el ser humano, pudiendo ocasionar graves problemas de salud, especialmente en niños.
- La proteína S no se debería usar de ninguna forma, por ser patógena.
- El virus presenta una mortalidad bastante baja, de 0.047 a 0.23%, muy inferior a la de la gripe común y por debajo de la calculada por la OMS. La mortalidad más alta, se da entre personas que padecían enfermedades previas, concretamente, el 99% de las muertes, lo cual nos dice que fortaleciendo nuestro sistema inmunológico y cuidando nuestra salud, muy probablemente, estamos protegidos contra la supuesta enfermedad.
- Disponemos ya de tratamientos alternativos contra la Covid que presentan una alta efectividad, lo cual, unido a la baja mortalidad del virus, convierte a la "vacunación", en innecesaria además de peligrosa.
- La inmunidad natural es superior a la inmunidad inducida por la vacunación porque incluye las defensas inmunitarias innatas, así como la inmunidad específica que se dirige a múltiples partes del virus y no solo a la proteína de pico dirigida por la supuesta "inmunidad" inducida por la vacuna. Además nos ofrece otro beneficio añadido, mientras la inmunidad natural normal eventualmente eliminaría las cepas "potentes" de un virus en circulación, la "inmunidad" inducida por la vacuna hace lo contrario.
- Los sueros experimentales mal llamados "vacunas" no son seguros, ni eficaces. No previenen la enfermedad, no reducen la gravedad, ni mucho menos van a controlar la enfermedad. No solo no protegen, sino que han empeorado la situación.
- Las personas más inteligentes, las de mayor nivel académico, las menos volubles de opinión y las mejor informadas científicamente; están entre los "negacionistas".
- La vacunación infantil contra la Covid, ni es necesaria, ni es segura para los niños. No les aporta ningún beneficio a ellos, ni tampoco a los adultos. La enfermedad en los niños tiene una bajísima incidencia y además, no se ha demostrado que ellos transmitan la enfermedad. Los riesgos, superan con creces a los beneficios.
- Aunque sabemos que algunas vacunas, "imperfectas o con fugas", en realidad pueden contribuir a una mayor propagación de la enfermedad al ejercer una presión selectiva sobre los virus, de tal manera que pueden mutar y se pueden volver más virulentos y, aunque también sabemos que el ADE puede representar un riesgo potencialmente peligroso de la vacunación masiva durante la actual circulación de la variante Delta; hasta

el día de hoy, no existe ninguna evidencia científica robusta de que ninguna de las variantes identificadas para el SARS-CoV-2, sea más transmisible o más mortal que la original. El programa de vacunas actual podría conducir al desastre. Si esas variantes existieran, serían provocadas por las propias "vacunas", es decir, algo que no es peligroso, lo podrían convertir en algo que sí lo es. De igual forma, los métodos utilizados para predecir mutaciones en el virus, nunca han involucrado el uso del virus Covid-19 en sí. En su lugar, han utilizado métodos artificiales para generar y expresar las supuestas variantes de picos, como levadura, fagos o expresión de otro virus. Hablar de variantes de un virus cuya existencia no se ha probado, es científicamente imposible.

- En las "vacunas", hay "sustancias" que podemos definir como "inquietantes", que pueden ser potencialmente peligrosas y que pueden ocasionar problemas de salud de diferente gravedad.

Las nuevas "vacunas" Covid, crean peligros potenciales que podrían ser peores que las propias infecciones por Covid-19. El plan para inmunizar rápidamente a la población mundial con "vacunas" Covid-19 que contienen o codifican la proteína Spike y que supuestamente confiere unos pocos meses de seguridad, es extremadamente arriesgado. El hecho de colocar las "vacunas" en el mercado, es aun más irresponsable cuando científicamente ha quedado demostrado que realmente es esa proteína y no el virus en sí mismo, la que causa el mal. Esta política de inmunización tiene el potencial para resultar en un evento catastrófico una vez se ha visto la gravedad de los efectos adversos a corto plazo y tras constatar que los ensayos indican que no se posee información sobre los posibles efectos adversos a medio y largo plazo, sobre los cuales además y de forma muy preocupante, se pueden hacer suposiciones con una buena base científica.

Es muy obvio desde un punto de vista científico, que la "vacunación" no debería de existir. El discurso oficial del que hablaba en la introducción, carece de justificación científica e incluso legal; obviamente, tiene que cambiar y empezar ese cambio, por parar la vacunación (1) (2). Muchas personas de varios ámbitos sociales con capacidad de influencia directa o indirecta y poder en la toma de decisiones y puesta en práctica de las mismas, tienen que asumir responsabilidades por la defensa y ejecución práctica de dicho discurso y cumplir, si procede, con las consecuencias legales. Los errores del discurso oficial, han sido expuestos y, consecuentemente, no hay excusa; como ha dejado bien claro el famoso abogado Dr. Reiner Fuellmich. De igual forma, la retórica oficial a nivel mundial, queda claramente en entredicho con las pruebas aportadas por el Profesor Sucharit Bhakdi (3).

Legales

- Los médicos no están expidiendo la correspondiente receta para cada pinchazo, además, ni se está informando al paciente conforme a lo previsto en el art.10 de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, ni se está examinando el historial clínico a nivel individual en relación con patologías, alergias o contraindicaciones, ni mucho menos se está recabando el consentimiento

informado del paciente por escrito, en cumplimiento del art. 8.2 de la ya mencionada Ley 41/2002.

- La expedición de un pasaporte Covid constituye una medida con un impacto condicionante del ejercicio de otros derechos fundamentales potencialmente expansivo. Resulta una medida injustificada por falta de idoneidad o utilidad a los objetivos que persigue, no nos garantiza, en las circunstancias concretas del caso, el logro de los fines u objetivos que, teóricamente, lo motivan o justifican.
- Toda la normativa vigente prevé como principio general que el derecho de admisión debe ejercerse, por imperativo constitucional, con respeto a la dignidad de las personas y a sus derechos fundamentales, sin que en ningún caso pueda producirse discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. El derecho de admisión se configura como una facultad de los titulares de establecimientos públicos, actividades recreativas y espectáculos públicos, cuyo ejercicio encuentra un límite inquebrantable en los principios básicos de igualdad y prohibición de discriminación del artículo 14 de la CE. Así, por ejemplo, vulnera este derecho fundamental impedir la entrada a personas de color, a personas mayores de edad o a minusválidos. Igualmente, vulneraría el artículo 14 impedir la entrada a un usuario o espectador por su sexo u orientación sexual, o cualquier otra circunstancia personal o social que no responda a las condiciones de seguridad y orden público que el titular de un establecimiento, espectáculo o actividad pública o recreativa tiene el deber de observar.
- En lo que se refiere a la solicitud del pasaporte o certificado Covid en el ámbito laboral; podemos concluir que el pasaporte Covid introduce muy claramente un criterio de selección en el momento de la contratación que atiende a un dato sobre el estado de salud de los candidatos: su exposición pasada y futura a una enfermedad concreta, de donde se deriva la preferencia por aquellos considerados inmunes y la exclusión de aquellos que al no haber pasado la enfermedad serían considerados (de forma totalmente desproporcionada) no aptos para desempeñar el trabajo. Estaríamos ante una diferencia de trato que no obedece a razones objetivas y razonables determinadas por las exigencias físicas y/o técnicas requeridas por el concreto tipo de actividad a realizar sino, más bien, a elementos subjetivos y aleatorios inasumibles jurídicamente por su efecto discriminatorio.
- Cualquier medida restrictiva de derechos fundamentales tomada por razones sanitarias, debe estar debidamente justificada. Requerirían de una ley específica que les dé cobertura y les preste la suficiente seguridad jurídica. La única norma con rango de ley orgánica que podría dar cobertura a la restricción de derechos fundamentales en sus elementos básicos es el

artículo 3 de la Ley Orgánica 3/1986. Puede utilizarse como fundamento normativo siempre que se justifique que las medidas sanitarias que se adopten estén a la altura de la intensidad y extensión de la restricción de los derechos fundamentales afectados.

- En la “pandemia”, las distintas restricciones o directamente, supresiones de derechos fundamentales, se han hecho bajo la premisa de la primacía del derecho de la salud pública, por encima de otro, la libertad individual. El problema es que para que eso se cumpla, tendría que estar demostrada la existencia de una pandemia, para eso, a su vez, tendría que estar demostrada la existencia del agente infeccioso y, por último, tendría que estar demostrado que las medidas que se toman garantizan buenos resultados de cara a esa salud pública. Como ha quedado demostrado en el presente informe, ninguna de las tres cosas ha sido demostrada, por tanto, en este caso y desde un punto de vista científico exclusivamente, no procede hacer la consideración de prevalencia de un derecho sobre el otro. La existencia del virus, no ha quedado demostrada y los datos de contagios, sabemos que están inflados por la utilización de la PCR como método de diagnóstico; consecuentemente, no es posible demostrar la existencia de una pandemia. Si esto es así, absolutamente todas las medidas sanitarias impuestas, son inconstitucionales.
- El conflicto de la obediencia del funcionario público o del empleado de la Administración en general, se produce en multitud de casos y situaciones cuando se ve en la disyuntiva de cumplir o no cumplir una orden de un superior, atendiendo al enfrentamiento entre dos nociones del deber: el deber de imparcialidad y el deber de obediencia. Obedecerán las instrucciones y órdenes profesionales de los superiores, salvo que constituyan una infracción manifiesta del ordenamiento jurídico...” traspasando dicho límite, el empleado o funcionario público estará incurriendo en un delito, al cumplir una orden que constituya una infracción manifiestamente ilegal.
- La vacunación obligatoria no se puede imponer. En España no está reconocido el principio compensatorio, por tanto, el Estado tendría una responsabilidad patrimonial sobre las posibles complicaciones de la vacuna; incluso en aquellos territorios donde sí se cumple el principio compensatorio, existen problemas para poder hacer obligatoria la administración de la vacuna para la Covid-19, atendiendo al principio de responsabilidad. Además en la actual Constitución Española no está recogido el derecho a la salud como tal, sino el derecho a la protección de la salud.