

Documentos 9

para la Reflexión

SARAMPIÓN, TRIPLE VÍRICA Y AUTISMO EN EL MUNDO

Mayo 2020



Revista internacional sobre vacunas

LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN



Documentos para la Reflexión

Número 9. Mayo de 2020

Liga para la Libertad de Vacunación

ÍNDICE

- 3 ¿Cuánto puede influir una mentira en nuestra sociedad? Bastante, parece. / **Editorial**
- 4 Por una vacunación libre y de gestión transparente / **Asociación Dulce Revolución**
- 5 El linchamiento del Dr. Andrew Wakefield / **Catherine Chaplin**
- 8 Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non specific colitis and pervasive development disorder in children / **A. Wakefield et al.**
- 14 Sarampión: ¿A qué se debe tanto revuelo? / **Lua Català**
- 16 El virus del sarampión puesto en entredicho. El Dr. Stefan Lanka gana en los tribunales / **Jorge Arroyo**
- 19 Obligatoriedad de la vacunación: el discurso científico / **Juan Gérvas**
- 28 El sarampión y la inmunosupresión / **NVKP (Asociación Vacunas Holanda)**
- 31 Inmunidad ¿de grupo? / **Silvia Llácer**
- 36 Los investigadores confirman: Sarampión transmitido por los vacunados / **Sayer Ji**
- 38 El montaje sida y cómo desmontarlo / **Lluís Botinas**
- 42 Red Española de Tratamiento Homeopático de Efectos Postvacunales
- 43 Red Española de Información sobre Vacunas
- 44 Red Internacional de Asociaciones que Luchan por la Libertad de Vacunación en el Mundo
- 47 Bibliografía

CONSEJO DE REDACCIÓN

Andreas Duwe, Rosa Montserrat,
Vicenç Robles, Josefa Dominguez,
Jorge Arroyo, Joan Mora, Silvia
Llácer, Andrea Ricci, Xavier Uriarte.

EDITA

Liga para la Libertad de Vacunación
E-mail: info@vacunacionlibre.org
Web: www.vacunacionlibre.org

Depósito Legal: Gi-1000-2009

¿Cuánto puede influir una mentira en nuestra sociedad? Bastante, parece.

El año pasado, la Organización Mundial de la Salud creó un pánico sobre una supuesta epidemia de sarampión que amenaza al mundo para ejercer una presión sustancial sobre los gobiernos nacionales de todo el mundo para que implementen campañas obligatorias de vacunación contra el sarampión. Funcionó. Alemania, por ejemplo, introdujo dicha ley, a pesar de todas las pruebas en su contra, y otros países consideraron medidas similares. Difundir el miedo entre la población sobre alguna amenaza no probada es un delito como tal, ya que el miedo, irracional como es, suprime el sistema inmune y, como tal, es una fuente importante de enfermedad entre la población. Si alguna ley debe ser votada contra las epidemias, debe ser una que prohíba la causa de estrés innecesario en la población.

El siguiente argumento en contra de la vacunación obligatoria es que es una violación grave de dos derechos básicos de la humanidad. El primero es el derecho a decidir sobre cualquier intervención médica, garantizada después de la Segunda Guerra Mundial por el código de Nuremberg inspirado en los horribles experimentos realizados durante la guerra contra las personas indefensas. Este código validado internacionalmente reconoció el derecho básico al consentimiento informado y la ausencia de cualquier coerción. El segundo es el derecho de todos los padres a proteger a sus hijos contra cualquier cosa que consideren una amenaza para ellos. Anular estos derechos en nombre del "bien ma-

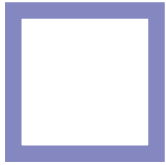
yor" de la sociedad es inaceptable, especialmente porque su necesidad y eficacia siguen sin demostrarse. Dichas medidas se vuelven aún más irritantes cuando, como es el caso de la vacuna contra el sarampión, carecen de sus bases científicas.

Tal vez se observó una violación aún más grave de los derechos de la población cuando las propias autoridades estadounidenses probaron un vínculo claro entre la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola y el autismo, es decir, los CDC, ya en 2001, pero posteriormente la evidencia fue destruida y los hechos negados. Más fuerte aún, el público fue engañado por el mensaje de que no existía tal vínculo. Esta mentira absoluta tuvo dos consecuencias principales. Primero, la razón misma del aumento exponencial del autismo seguía sin resolverse. En segundo lugar, se han denegado los derechos legales de miles de víctimas, dejándolas con una vida de inseguridad social y una carga financiera considerable.

Todo esto ilustra la gran necesidad de una total transparencia en cuanto a la investigación científica y la corrección política en la implementación de conclusiones honestas y racionales en las leyes que realmente protegen a nuestra sociedad.

Kris Gaublomme, MD, presidente del Foro Europeo para la Vigilancia de Vacunas

Por una vacunación libre y de gestión transparente



Autora: Asociación Dulce Revolución

Fecha de elaboración: diciembre de 2019

Contacto: www.dolcarevolucio.cat

Desde la asociación *Dulce Revolución de las Plantas Medicinales* iniciamos una campaña de recogida de firmas a favor de una vacunación libre y de gestión transparente, que serán entregadas a las autoridades competentes del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social español en cuanto lleguemos al número de firmas que valoremos suficientes.

Consideramos que la libertad de vacunación debe ser un derecho inalienable de todo ser humano y que las autoridades no pueden forzarla ni siquiera en base a la teoría de la inmunidad de grupo, teoría que no tiene fundamento científico. Son muchos los casos de daños causados por las vacunas, algunas que han sido retiradas del mercado y otras que siguen administrándose, pese a existir pruebas que deberían llevar a una investigación para su posible retirada. Algunos profesionales honestos que han informado sobre dichos efectos adversos son coaccionados por las corporaciones médicas de carácter gremial, como es el caso de la Dra. Isabel Bellostas que ha sido amenazada de expulsión durante un año del Colegio de Médicos de Madrid por informar a los padres de los peligros de la vacunación, en los casos de niños con deficiencias de salud. Lo que pone de manifiesto que la industria de las vacunas es un negocio lucrativo, que además presiona por incorporar más vacunas en el calendario oficial de vacunación y pone en cuestión que la prioridad sea nuestra salud.

Por todo ello, aquellas personas que estén planteándose vacunar a

sus hijos, o a ellos mismos, están en su derecho de exigir una información transparente sobre su gestión y sus posibles efectos adversos, para decidir desde su libertad de conciencia si quieren llevarla a cabo.

Denunciamos:

1. La falta de transparencia de los casos de enfermedad, de los casos que se previenen con la vacunación y de los casos de reacciones adversas graves.
2. La falta de transparencia sobre el coste de las campañas de vacunación y del precio de las vacunas en España, diferentes del de otros países.

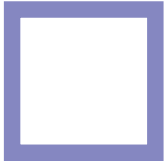
Y exigimos:

1. Que las vacunas sean seguras.
2. Que las vacunas respeten la voluntad de cada uno de los individuos ya que la vacunación NO es una cuestión de salud pública sino de salud personal y sobre todo en momentos como los actuales, en los que no existe ningún escenario de propagación de epidemia alguna.
3. El establecimiento de indemnizaciones y responsabilidades jurídicas en caso de provocar efectos adversos graves con las vacunas, así como la financiación de tratamientos reparadores alternativos para las personas afectadas.
4. El estudio de otras posibles medidas preventivas más eficientes que la vacunación y en especial aquellas que tienen relación con el cuidado holístico de nuestra salud con el fin

del fortalecimiento del sistema inmunitario.

5. El estudio de vacunas sin tantos o ningún coadyuvante tóxico.
6. Tener acceso por parte del ciudadano o de las asociaciones de consumidores:
 - a. A la información de los sistemas de farmacovigilancia con publicación de todas las notificaciones de reacciones adversas causadas por las vacunas tras su comercialización, como se hace en otros países.
 - b. A estudios en los que se demuestre la relación de causa-efecto entre las vacunas y algunas patologías que se están originando de forma creciente en los últimos años.
 - c. A estudios de efectividad previos de las diferentes vacunas y sus posibles efectos secundarios antes de salir al mercado, en los que se acredite que se han seguido procedimientos dentro de la ética y de la protección de los participantes en los ensayos clínicos.
 - d. Al proceso de fabricación: técnica, uso de cultivos celulares, células procedentes de abortos, aditivos coadyuvantes.
 - e. A los ensayos clínicos de seguridad y eficacia, de la vacuna en conjunto y de cada proceso o sustancia presente en las vacunas.
 - f. Información sobre cuánto dinero cuesta mantener la cobertura de vacunación en cada caso y como se justifica ese coste. ■

El linchamiento del Dr. Andrew Wakefield



Autora: Catherine Chaplin

Fecha de elaboración: febrero de 2011

Contacto: julian42@telefonica.cat

En este artículo se explica la historia de los acontecimientos ocurridos desde el año 1988 en Gran Bretaña para inhabilitar al médico digestólogo A. Wakefield. Se adjunta el artículo retirado de la Revista "The Lancet" en febrero de 1999. Hoy en día A. Wakefield vive en Florida (EEUU). No ejerce la medicina y continúa inhabilitado. Actualmente se dedica como realizador a denunciar la corrupción de la industria farmacéutica a través de la producción de documentales. Se puede consultar el "Asunto Wakefield" de Vera Sharav en: <http://ahrp.org/laffaire-wakefield-introduction>

El 16 de enero de este año, el diario Público publicó un artículo titulado *"El timo de la vacuna que nunca provocó el autismo"*. Poco después, el diario El Mundo sacaba dos artículos similares: *"El fraude que relacionó vacunas y autismo"* y *"El fraude de las vacunas y el autismo se organizó por dinero"*. Ambos periódicos reproducían imputaciones falsas sobre el Dr. Andrew Wakefield, lo que les hace partícipes del linchamiento público al que está siendo sometido un experto y entregado gastroenterólogo académico, y de la descalificación de un artículo científico de relevancia histórica del que el Dr. Wakefield fue coautor en 1998. El caso es complejo y abarca 15 años; el resumen siguiente intenta explicar sus fundamentos.

A finales de los 80 y durante los 90, el Dr. Wakefield trabajó en la Facultad de Medicina del Royal Free Hospital, donde creó un nuevo departamento de gastroenterología con la intención de que el hospital se convirtiera en un centro de excelencia de la medicina gastroenterológica. La línea de investigación que el Dr. Wakefield y sus colaboradores empezaron a desarrollar, y sobre la que publicaron

numerosos trabajos, tenía que ver con las posibles causas y mecanismos de la enfermedad intestinal inflamatoria, incluido un posible papel causal del virus del sarampión.

En 1988 se lanzaron en Gran Bretaña tres marcas de la vacuna triple vírica. En 1992, dos de estas marcas que contenían la cepa urabe para las paperas fueron retiradas del mercado después de que hubiera habido graves reacciones adversas. En 1993-94, una serie de padres de niños con graves problemas intestinales acudieron al Royal Free Hospital (RFH). La mayoría de estos padres asociaron los repentinos y muy graves problemas de sus hijos con la triple vírica. El Dr. Wakefield, preocupado por estos casos, se puso en contacto con el responsable de Vacunas e Inmunización de Gran Bretaña para solicitarle una reunión. Habían transcurrido más de 5 años cuando fue finalmente atendido.

Los niños que eran derivados al Royal Free Hospital, además de tener graves problemas intestinales, habían retrocedido y desarrollado trastornos del espectro autista después de un período de desarrollo normal. El cuida-

do clínico de estos pacientes estaba en manos del profesor Walker-Smith, un eminente gastroenterólogo pediátrico que el Dr. Wakefield había incorporado al RFH. Las pruebas, que variaban en función de cada paciente, mostraron que estos niños sufrían de una inflamación entre leve y moderada del intestino grueso, acompañada de la hinchazón de las glándulas linfáticas de la pared intestinal. Elaboraron un plan de atención clínica para cada niño, pero, incluso después de las distintas pruebas, los médicos del RFH no pudieron obtener una imagen clara de las causas. En 1995-96 decidieron publicar un artículo sobre los casos de los 12 primeros niños que recibieron tratamiento; este artículo fue preparado por el Dr. Wakefield, supervisado por otros 12 autores y enviado a *Lancet*, una revista médica en la que Wakefield había publicado otros artículos evaluados por especialistas.

A finales de 1996 tuvieron lugar otros dos eventos importantes. En primer lugar, el Dr. Wakefield, el Dr. Walker-Smith y un colega, el Dr. Simon Murch, solicitaron el permiso del comité de prácticas éticas del hospital para realizar un estudio con otros

25 niños. El permiso les fue concedido (aprobación 172/96) y se les especificó un protocolo que determinaba, entre otros procedimientos, el perfil de los pacientes, el modo en que se admitirían al estudio, las pruebas que podían realizarse y una fecha de inicio del estudio de diciembre de 1996.

En segundo lugar, se pidió al Dr. Wakefield que ejerciera de perito en nombre de las familias que estaban en trámite de demandar a tres fabricantes de vacunas por los daños ocasionados por éstas y el autismo resultante

Un tratamiento en pacientes con TEA puede producir una mejora.

de sus hijos. El abogado había decidido centrarse en el grupo de niños autistas que también tenían síntomas de enfermedad gastrointestinal, lo que hacía del Dr. Wakefield el experto lógico. Al igual que sucede con todos los casos civiles de “interés público” en Gran Bretaña, los casos de los daños por vacunas estaban financiados por el Consejo de Asistencia Jurídica (Legal Aid Board-LAB) el cual aceptó financiar las investigaciones médicas requeridas para respaldar el caso.

No hemos probado una asociación entre la vacuna triple vírica y el TEA.

Las primeras cantidades aportadas por el LAB fueron entregadas al abogado, que luego las remitió al RFH para continuar las investigaciones; de hecho, sólo se iniciaron los aspectos académicos de estas investigaciones, algunas realizadas fuera del hospital.

Al final, el estudio con la aprobación ética 172/96 no se realizó y el caso legal no llegó a los tribunales; sin embargo, ambas cosas iban a desempeñar un papel fundamental en los

eventos que tuvieron lugar una década más tarde.

En 1998, el artículo sobre la serie de casos preparado por el Dr. Wakefield y firmado por él y otras 12 personas se publicó en *Lancet* con el título “Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children” (“Hiperplasia ileal linfoide nodular, colitis no específica y trastorno del desarrollo generalizado en niños”). Fue uno de los primeros documentos que demostraban la patología intestinal en los trastornos del espectro autista (TEA), un hallazgo que ha conducido al descubrimiento de que los problemas gastrointestinales son comunes en niños autistas y que su tratamiento en pacientes con TEA puede producir una mejora tanto de los síntomas gastrointestinales como de los del autismo.

Por otro lado, el documento proponía una hipótesis: que puede haber un subconjunto de niños vulnerables, por razones inmunológicas, al retroceso en el desarrollo, en combinación con una forma nueva de enfermedad intestinal inflamatoria; además, que este retroceso podría desencadenarlo la exposición a una vacuna que contiene sarampión.

El artículo de 1998 declara específicamente: “No hemos probado una asociación entre la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubeola, y el síndrome descrito [TEA]”¹. De hecho, la vacuna triple vírica sólo se introdujo en el artículo porque algunos padres percibieron una asociación entre los dos eventos, algo de lo cual los autores del artículo estaban obligados a informar. No obstante, en la rueda de prensa que acompañó a la publicación del artículo, un periodista preguntó al Dr. Wakefield qué deberían hacer el gobierno y los padres. El Dr. Wakefield aconsejó cautela y propuso que se utilizaran las vacunas individuales, que aún estaban disponibles en aquella época, en lugar de la

triple vírica, con el fin de disponer de tiempo para realizar nuevas investigaciones.

Los medios de comunicación populares tradujeron la opinión personal de Wakefield como “Un artículo de *Lancet* asegura que la triple vírica causa autismo” y esta interpretación errónea, tan “conveniente” para las empresas farmacéuticas y al gobierno, se ha perpetuado desde entonces.

No obstante, como el uso de la triple vírica estaba disminuyendo constantemente como resultado de la alarma causada por la cepa urabe de las vacunas contra las paperas², todas las instituciones implicadas en el programa de la triple vírica –el gobierno británico, el Servicio Nacional de Salud, la Asociación de la Industria Farmacéutica Británica (ABPI) y la Asociación Médica Británica (BMA) se vieron obligadas a reaccionar y el Dr. Wakefield sintió las consecuencias inmediatamente. Los fondos para su investigación se agotaron y el Royal Free Hospital rehusó renovar su contrato como investigador. Sin ninguna perspectiva de encontrar un puesto de investigación en Gran Bretaña, el Dr. Wakefield se trasladó a los Estados Unidos en 2001.

La conexión entre la serie de casos y la triple vírica y el autismo fue criticada sistemáticamente, sobre todo a la luz de estudios de poblaciones grandes, ampliamente difundidos, que demostraban que no había ninguna conexión entre el uso de la triple vírica y *todos* los casos de autismo – una hipótesis que Wakefield nunca había propuesto en 1998. Llegados a este punto, sin embargo, aún se podían oír las voces de científicos con reservas sobre la seguridad de la triple vírica y las de padres de niños autistas. Pero incluso este mínimo debate estaba a punto de desaparecer.

En 2003 se retiró la asistencia jurídica a las 1.500 familias que estaban demandando a los fabricantes

de vacunas, lo que puso fin al litigio. En febrero de 1994, Brian Deer, colaborador habitual del *Sunday Times*, publicó un artículo titulado “MMR Research Scandal” (“El escándalo de la investigación de la triple vírica”). Deer sostenía que el estudio de 1998 se había realizado de forma poco ética, que el Dr. Wakefield era deshonesto y corrupto y que había experimentado con los niños de la serie de casos de 1998 para perseguir sus propios fines de investigación. Hay pruebas³ de que Brian Deer fue ayudado durante su investigación del Dr. Wakefield por la empresa Medico-Legal Investigations, una organización vinculada a la ABPI⁴.

El Secretario de Sanidad y el Primer Ministro exigieron una investigación y Deer ofreció sus “hallazgos” al Consejo General Médico (General Medical Council - GMC), el organismo regulador médico de Gran Bretaña. Ese mismo año, el GMC acusó oficialmente al Dr. Wakefield, además de al Dr. Walker-Smith y al Dr. Murch, los tres investigadores principales del estudio de 1998. Todas las acusaciones formuladas en el artículo del *Sunday Times* aparecían en los cargos del GMC, incluidas acusaciones totalmente disparatadas como la de que Wakefield había desarrollado una vacuna competidora de la triple vírica.

El artículo de Deer y la comparecencia de Wakefield ante el GMC fueron seguidas de una descalificación constante de la figura del Dr. Andrew Wakefield en la prensa y la televisión, lo que culminó en una vista Fitness to Practice (Aptitud para ejercer), la más larga y cara de la historia del GMC. Esta vista empezó en 2007 y acabó en 2010 con la condena del Dr. Wakefield y el Dr. Walker-Smith por mala conducta profesional, la retirada de sus licencias para ejercer y la retractación del artículo de 1998 por parte de *Lancet*.

¿Cómo fue posible esto? La acusación argumentó que la serie de casos

recogidos en el artículo de *Lancet* era, de hecho, el estudio de investigación para el cual el Dr. Wakefield, el Dr. Walker-Smith y el Dr. Murch habían recibido la aprobación ética en diciembre de 1996; esta aprobación había establecido un estricto protocolo que la serie de casos no cumplía. El jurado del GMC, sin ofrecer ninguna explicación, aceptó la propuesta de la acusación y, en consecuencia, el Dr. Wakefield y el Dr. Walker-Smith fueron hallados culpables de admitir a siete niños antes de la fecha de inicio de diciembre de 1996, de investigar su estado sin la aprobación del comité ético, y de mentir cuando declararon en el artículo de *Lancet* que habían recibido el consentimiento del comité ético⁵.

En el caso de los 12 niños en conjunto, fueron hallados culpables de no observar los criterios de inclusión 172/96, de mantener comunicaciones impropias con los padres o médicos de los sujetos del estudio, y de llevar a cabo intervenciones que no estaban permitidas en el estudio de acuerdo con el protocolo 172/96 ó justificadas por sus síntomas clínicos. Como se habían entregado al abogado, a finales de 1996, las primeras cantidades de dinero de la asistencia jurídica (destinadas para las futuras investigaciones del Dr. Wakefield en nombre de los litigantes por los daños de las vacunas), la acusación argumentó también, y el jurado lo aceptó, que el Dr. Wakefield tenía un conflicto de intereses que debería haberse declarado en el artículo de *Lancet* de 1998.

El Dr. Wakefield sigue siendo atacado. La última ofensiva procede de la Asociación Médica Británica, la cual está publicando en su revista oficial una serie de tres artículos en los que Brian Deer repite acusaciones ya formuladas antes, como la de que el Dr. Wakefield cambió la información de los historiales médicos de los 12 niños y amañó los resultados de las pruebas.

Ninguna mención se hace de que los hallazgos del estudio de 1998 han sido reproducidos en ocho estudios posteriores⁶, ni de que la Academia de Pediatras de Estados Unidos recomienda ahora que se haga una evaluación exhaustiva cuando las familias informen de síntomas gastrointestinales en sus hijos con TEA.⁷

(La autora desea dar las gracias a Martin J. Walker por sus valiosos comentarios al escribir este artículo).

Bibliografía

- Buie, T., et al “Evaluation, Diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report”. *Pediatrics* 2010; 125,S1-S18.
- Brian Deer (2011) “How the case against the MMR vaccine was fixed”. *British Medical Journal* 5 Jan 2011, *BMJ* 2011; 342:c5347.
- Cry Shame “How the GMC framed Doctors Wakefield, Walker-Smith and Murch” www.cryshame.co.uk.
- *Público*, 6 enero 2011 “El timo de la vacuna que nunca provocó el autismo”. www.publico.es.
- *El Mundo*, 7 enero 2011 “El fraude que relacionó vacunas y autismo”, 12 enero 2011 “El fraude de las vacunas y el autismo se organizó por dinero”. www.elmundo.es.
- GMC Fitness to Practise Panel Hearing, 28 de enero de 2010 http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/Wakefield_Smith_Murch.pdf.
- González, L. et al., “Endoscopic and Histological Characteristics of the Digestive Mucosa in Autistic Children with gastro-Intestinal Symptoms”. *Arch Venez Pueric Pediatr*, 2005;69:19-25.
- Martin J Walker Ed. (2008) *Silenced Witnesses – The Parent’s Story Vol 1 & Vol 2*. Ed. Slingshot Publications.
- Martin J Walker (2009) “The Complainant – Brian Deer, the ABPI,

- Medico-Legal Investigations, and Dr Andrew Wakefield” *Medical Veritas* 6 2077-2092.
- Martin J Walker (2010) *The Great Pretender – Brian Deer’s Wakefield Soap Opera*.
 - *Sunday Times*, 4 de diciembre de 2010.
 - Wakefield A.J., et al. Inflammatory Bowel Disease Study Group, Royal Free Hospital, London. “Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children”. *Lancet* (1998), 351 (9103): pág.641.
 - Wakefield A.J (2009) “That Paper” *The Autism File* Issue 33, págs. 8-42.

Referencias

- ¹ Wakefield A.J., et al. Inflammatory Bowel Disease Study Group, Royal Free Hospital, London. “Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children”. *Lancet* (1998), 351 (9103): pág.641.
- ² NHS immunisation Statistics, England:1997-1998, Dept of Health, Table 5 Completed Primary Course, 1989 to 1997-98, p.9. Quoted “Silenced Witnesses Vol 2” Slingshot Publications, pág.18.
- ³ M.J.Walker *Medical Veritas* 6 (2009) “The Complainant–Brian Deer, the ABPI, Medico-Legal Investigations and Dr. Andrew Wakefield” pág.2086.
- ⁴ Desde 2001 la Asociación de la Industria Farmacéutica Británica (ABPI) designa dos miembros del consejo de Medico-Legal Investigations. M.J.Walker *ibid* pág. 2087.
- ⁵ Los estudios de casos no requieren de consentimiento ético, ya que describen las pruebas y el diagnóstico que necesita el paciente clínicamente para su tratamiento. No obstante, el Dr. Walker-Smith había solicitado y recibido la aprobación del comité de prácticas éticas del hospital en septiembre de 1995 (aprobación 162/95) para tomar dos muestras adicionales con fines de investigación al llevar a cabo las pruebas clínicas necesarias en cualquier de sus pacientes. Ésta es una práctica habitual para los investigadores de hospitales.
- ⁶ Para una lista completa, véase Age of Autism <http://www.ageofautism.com/2011/02/email-the-bmj-editor-asking-these-questions-re-andy-wakefield-editorial.html>. Lo más fácilmente accesible para personas de habla hispana es: González, L. et al., “Endoscopic and Histological Characteristics of the Digestive Mucosa in Autistic Children with gastro-Intestinal Symptoms”. *Arch Venez Pueric Pediatr*, 2005;69:19-25.
- ⁷ Buie, T., et al “Evaluation, Diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report” *Pediatrics* 2010; 125,S1-S18. ■

Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non specific colitis and pervasive development disorder in children

En las siguientes páginas se reproduce el artículo original de Andrew Wakefield (Médico. Gran Bretaña) retirado de la revista *The Lancet*, de Febrero de 1999.

Early report

Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children

A J Wakefield, S H Murch, A Anthony, J Linnell, D M Casson, M Malik, M Berelowitz, A P Dhillon, M A Thomson, P Harvey, A Valentine, S E Davies, J A Walker-Smith

Summary

Background We investigated a consecutive series of children with chronic enterocolitis and regressive developmental disorder.

Methods 12 children (mean age 6 years [range 3–10], 11 boys) were referred to a paediatric gastroenterology unit with a history of normal development followed by loss of acquired skills, including language, together with diarrhoea and abdominal pain. Children underwent gastroenterological, neurological, and developmental assessment and review of developmental records. Ileocolonoscopy and biopsy sampling, magnetic-resonance imaging (MRI), electroencephalography (EEG), and lumbar puncture were done under sedation. Barium follow-through radiography was done where possible. Biochemical, haematological, and immunological profiles were examined.

Findings Onset of behavioural symptoms was associated by the parents, with measles, mumps, and rubella vaccination in eight of the 12 children, with measles infection in one child, and otitis media in another. All 12 children had intestinal abnormalities ranging from lymphoid nodular hyperplasia to granuloid ulceration. Histology showed patchy chronic inflammation in 11 children and reactive ileal lymphoid hyperplasia in seven, but no granulomas. Behavioural disorders included autism (nine), disintegrative psychosis (one), and possible postviral or vaccinal encephalitis (two). There were no focal neurological abnormalities and MRI and EEG tests were normal. Abnormal laboratory results were significantly raised urinary methylmalonic acid compared with age-matched controls ($p=0.03$), low haemoglobin in four children, and low serum IgA in four children.

Interpretation We identify associated gastrointestinal disease and developmental regression in a group of previously normal children, which was generally associated in time to possible environmental triggers.

Lancet 1998; **351**: 637–41

See Commentary page

Inflammatory Bowel Disease Study Group, University Departments of Medicine and Histopathology (A J Wakefield FRCS, A Anthony MB, J Linnell FRD, A P Dhillon MRCPsib, S E Davies MRCPsib) **and the University Departments of Paediatric Gastroenterology** (S H Murch MB, D M Casson MRCP, M Malik MRCP, M A Thomson FRCP, J A Walker-Smith FRCP), **Child and Adolescent Psychiatry** (M Berelowitz MRCPsib), **Neurology** (P Harvey FRCP), **and Radiology** (A Valentine FRCP), **Royal Free Hospital and School of Medicine, London NW3 2QG, UK**

Correspondence to: Dr A J Wakefield

Introduction

We saw several children who, after a period of apparent normality, lost acquired skills, including communication. They all had gastrointestinal symptoms, including abdominal pain, diarrhoea, and bloating and, in some cases, food intolerance. We describe the clinical findings, and gastrointestinal features, of these children.

Patients and methods

12 children, consecutively referred to the department of paediatric gastroenterology with a history of a pervasive developmental disorder with loss of acquired skills and intestinal symptoms (including abdominal pain, bloating and food intolerance), were investigated. All children were admitted to the ward for a week, accompanied by their parents.

Clinical investigations

We took histories including details of immunisations and exposure to infectious diseases, and assessed the children. In 11 cases the history was obtained by the senior clinician (JW-S). Neurological and psychiatric assessments were done by consultant staff (PH, MB) with HMS-4 criteria.¹ Developmental records included a review of prospective developmental records from parents, health visitors, and general practitioners. Four children did not undergo psychiatric assessment in hospital; all had been assessed professionally elsewhere, so these assessments were used as the basis for their behavioural diagnosis.

After bowel preparation, ileocolonoscopy was performed by SHM or MAT under sedation with midazolam and pethidine. Paired frozen and formalin-fixed mucosal biopsy samples were taken from the terminal ileum; ascending, transverse, descending, and sigmoid colons, and from the rectum. The procedure was recorded by video or still images, and were compared with images of the previous seven consecutive paediatric colonoscopies (four normal colonoscopies and three on children with ulcerative colitis), in which the physician reported normal appearances in the terminal ileum. Barium follow-through radiography was possible in some cases.

Also under sedation, cerebral magnetic-resonance imaging (MRI), electroencephalography (EEG) including visual, brain stem auditory, and sensory evoked potentials (where compliance made these possible), and lumbar puncture were done.

Laboratory investigations

Thyroid function, serum long-chain fatty acids, and cerebrospinal-fluid lactate were measured to exclude known causes of childhood neurodegenerative disease. Urinary methylmalonic acid was measured in random urine samples from eight of the 12 children and 14 age-matched and sex-matched normal controls, by a modification of a technique described previously.² Chromatograms were scanned digitally on computer, to analyse the methylmalonic-acid zones from cases and controls. Urinary methylmalonic-acid concentrations in patients and controls were compared by a two-sample *t* test. Urinary creatinine was estimated by routine spectrophotometric assay.

Children were screened for antiendomyseal antibodies and boys were screened for fragile-X if this had not been done

Child	Age (years)	Sex	Abnormal laboratory tests	Endoscopic findings	Histological findings
1	4	M	Hb 10.8, PCV 0.36, WBC 16.6 (neutrophilia), lymphocytes 1.6, ALP 166	Ileum not intubated; aphthoid ulcer in rectum	Acute caecal cryptitis and chronic non-specific colitis
2	9.5	M	Hb 10.7	LNH of T ileum and colon; patchy loss of vascular pattern; caecal aphthoid ulcer	Acute and chronic non-specific colitis; reactive ileal lymphoid hyperplasia
3	7	M	MCV 74, platelets 474, eosinophils 2.68, IgE 114, IgG ₁ 8.4	LNH of T ileum	Acute and chronic non-specific colitis; reactive ileal and colonic lymphoid hyperplasia
4	10	M	IgE 69, IgG ₁ 8.25, IgG ₂ 1.006, ALP 474, AST 50	LNH of T ileum; loss of vascular pattern in rectum	Chronic non-specific colitis; reactive ileal and colonic lymphoid hyperplasia
5	8	M		LNH of T ileum; proctitis with loss of vascular pattern	Chronic non-specific colitis; reactive ileal lymphoid hyperplasia
6	5	M	Platelets 480, ALP 207	LNH of T ileum; loss of colonic vascular pattern	Acute and chronic non-specific colitis; reactive ileal lymphoid hyperplasia
7	3	M	Hb 9.4, WBC 17.2 (neutrophilia), ESR 16, IgA 0.7	LNH of T ileum	Normal
8	3.5	F	IgA 0.5, IgG 7	Prominent ileal lymph nodes	Acute and chronic non-specific colitis; reactive ileal lymphoid hyperplasia
9	6	M		LNH of T ileum; patchy erythema at hepatic flexure	Chronic non-specific colitis; reactive ileal and colonic lymphoid hyperplasia
10	4	M	IgG ₁ 9.0	LNH of T ileum and colon	Chronic non-specific colitis; reactive ileal lymphoid hyperplasia
11	6	M	Hb 11.2, IgA 0.26, IgM 3.4	LNH of T ileum	Chronic non-specific colitis
12	7	M	IgA 0.7	LNH on barium follow-through; colonoscopy normal; ileum not intubated	Chronic non-specific colitis; reactive colonic lymphoid hyperplasia

LNH=lymphoid nodular hyperplasia; T ileum=terminal ileum. Normal ranges and units: Hb=haemoglobin 11.5–14.5 g/dL; PCV=packed cell volume 37–45%; WBC=white cell count 5–15 × 10⁹/L; lymphocytes 2.0–4.0 × 10⁹/L; eosinophils 0–0.4 × 10⁹/L; erythrocyte sedimentation rate 0–15 mm/h; IgG 8–18 g/L; IgG₁ 3.53–7.25 g/L; IgG₂ 0.1–0.99 g/L; IgA 0.9–4.5 g/L; IgM 0.6–2.4 g/L; IgE 0–62 g/L; ALP=alkaline phosphatase 35–130 U/L; AST=aspartate transaminase 5–40 U/L.

Table 1: Clinical details and laboratory, endoscopic, and histological findings

before. Stool samples were cultured for *Campylobacter* spp, *Salmonella* spp, and *Shigella* spp and assessed by microscopy for ova and parasites. Sera were screened for antibodies to *Yersinia enterocolitica*.

Histology

Formalin-fixed biopsy samples of ileum and colon were assessed and reported by a pathologist (SED). Five ileocolonic biopsy series from age-matched and site-matched controls whose reports showed histologically normal mucosa were obtained for comparison. All tissues were assessed by three other clinical and experimental pathologists (APD, AA, AJW).

Ethical approval and consent

Investigations were approved by the Ethics Practices Committee of the Royal Free Hospital NHS Trust, and parents gave informed consent.

Results

Clinical details of the children are given in tables 1 and 2. None had neurological abnormalities on clinical examination; MRI scans, EEGs, and cerebrospinal-fluid profiles were normal; and fragile X was negative. Prospective developmental records showed satisfactory achievement of early milestones in all children. The only girl (child number eight) was noted to be a slow developer compared with her older sister. She was subsequently found to have coarctation of the aorta. After surgical repair of the aorta at the age of 14 months, she progressed rapidly, and learnt to talk. Speech was lost later. Child four was kept under review for the first year of life because of wide bridging of the nose. He was discharged from follow-up as developmentally normal at age 1 year.

In eight children, the onset of behavioural problems had been linked, either by the parents or by the child's physician, with measles, mumps, and rubella vaccination. Five had had an early adverse reaction to immunisation (rash, fever, delirium; and, in three cases, convulsions). In these eight children the average interval from exposure to first behavioural symptoms was 6.3 days (range 1–14). Parents were less clear about the timing of onset of abdominal symptoms because children were not toilet

trained at the time, or because behavioural features made children unable to communicate symptoms.

One child (child four) had received monovalent measles vaccine at 14 months, after which his development slowed (confirmed by professional assessors). No association was made with the vaccine at the time. He received a dose of measles, mumps, and rubella vaccine at age 4.5 years, the day after which his mother noticed a striking deterioration in his behaviour. She did link with the immunisation. Child nine received measles, mumps, and rubella vaccine at 16 months. At 18 months he developed recurrent antibiotic-resistant otitis media and the first behavioural symptoms, including disinterest in his sibling and lack of play.

Table 2 summarises the neuropsychiatric diagnoses; the apparent precipitating events; onset of behavioural features; and age of onset of both behaviour and bowel symptoms.

Laboratory tests

All children were antiendomysial-antibody negative and common enteric pathogens were not identified by culture, microscopy, or serology. Urinary methylmalonic-acid excretion was significantly raised in all eight children who

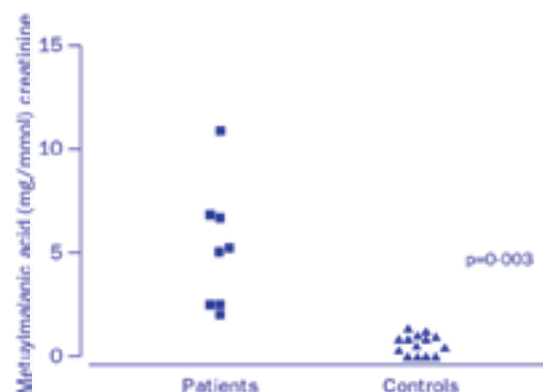


Figure 1: Urinary methylmalonic acid excretion in patients and controls

p=Significance of mean excretion in patients compared with controls.

Child	Behavioural diagnosis	Exposure identified by parents or doctor	Interval from exposure to first behavioural symptom	Features associated with exposure	Age at onset of first symptom	
					Behaviour	Bowel
1	Autism	MMR	1 week	Fever/delirium	12 months	Not known
2	Autism	MMR	2 weeks	Self injury	13 months	20 months
3	Autism	MMR	48 h	Rash and fever	14 months	Not known
4	Autism? Disintegrative disorder?	MMR	Measles vaccine at 15 months followed by slowing in development. Dramatic deterioration in behaviour immediately after MMR at 4.5 years	Repetitive behaviour, self injury, loss of self-help	4.5 years	18 months
5	Autism	None—MMR at 16 months	Self-injurious behaviour started at 18 months		4 years	
6	Autism	MMR	1 week	Rash & convulsion; gaze avoidance & self injury	15 months	18 months
7	Autism	MMR	24 h	Convulsion, gaze avoidance	21 months	2 years
8	Post-vaccinal encephalitis?	MMR	2 weeks	Fever, convulsion, rash & diarrhoea	19 months	19 months
9	Autistic spectrum disorder	Recurrent otitis media	1 week (MMR 2 months previously)	Disinterest; lack of play	18 months	2 years
10	Post-viral encephalitis?	Measles (previously vaccinated with MMR)	24 h	Fever, rash & vomiting	15 months	Not known
11	Autism	MMR	1 week	Recurrent "viral pneumonia" for 8 weeks following MMR	15 months	Not known
12	Autism	None—MMR at 15 months	Loss of speech development and deterioration in language skills noted at 15 months			Not known

MMR=measles, mumps, and rubella vaccine.

Table 2: Neuropsychiatric diagnosis

were tested, compared with age-matched controls ($p=0.003$; figure 1). Abnormal laboratory tests are shown in table 1.

Endoscopic findings

The caecum was seen in all cases, and the ileum in all but two cases. Endoscopic findings are shown in table 1. Macroscopic colonic appearances were reported as normal in four children. The remaining eight had colonic and rectal mucosal abnormalities including granular mucosa, loss of vascular pattern, patchy erythema, lymphoid nodular hyperplasia, and in two cases aphthoid ulceration. Four cases showed the "red hot" sign around swollen caecal lymphoid follicles, a clearly endoscopic feature of Crohn's disease.⁹ The most striking and consistent feature was lymphoid nodular hyperplasia of the terminal ileum which was seen in five children (figure 2), and identified by histology follow-through in one other child in whom the ileum was not reached at endoscopy. The normal endoscopic appearance of the terminal ileum (figure 2) was seen in all seven children whose images were available for comparison.

Histological findings

Histological findings are summarised in table 1.

Terminal ileum A reactive lymphoid follicular hyperplasia was present in terminal biopsies of seven children. In each case, more than three expanded and confluent lymphoid follicles with reactive germinal centres were identified within the tissue section (figure 3). There was no neutrophil infiltrate and granulomas were not present.

Colon The lamina propria was infiltrated by mononuclear cells (mainly lymphocytes and macrophages) in the colonic-biopsy samples. The extent ranged in severity from scattered focal collections of cells beneath the surface epithelium (five cases) to diffuse infiltration of the mucosa (six cases). There was no increase in intraepithelial lymphocytes, except in one case, in which numerous lymphocytes had infiltrated the surface epithelium in the proximal colonic biopsies. Lymphoid follicles in the vicinity of mononuclear-cell infiltrates

showed enlarged terminal centres with reactive changes that included an excess of tingible body macrophages.

There was no clear correlation between the endoscopic appearances and the histological findings; chronic inflammatory changes were apparent histologically in endoscopically normal areas of the colon. In five cases there was focal acute inflammation with infiltration of the lamina propria by neutrophils; in three of these, neutrophils infiltrated the caecal (figure 3) and rectal mucosal epithelium. There were no crypt abscesses. Occasional bifid crypts were noted but overall crypt architecture was normal. There was no goblet-cell depletion but occasional collections of eosinophils were seen in the mucosa. There were no granulomata. Parasites and organisms were not seen. None of the changes described above were seen in any of the normal biopsy specimens.

Discussion

We describe a pattern of colitis and ileal-lymphoid-nodular hyperplasia in children with developmental disorders. Intestinal and behavioural pathologies may have occurred together by chance, reflecting a selection bias in a self-referred group; however, the uniformity of the intestinal pathological changes and the fact that previous studies have found intestinal dysfunction in children with autistic-spectrum disorders, suggests that the connection is real and reflects a unique disease process.

Asperger first recorded the link between coeliac disease and behavioural psychoses.⁶ Walker-Smith and colleagues⁷ detected low concentrations of alpha-1 antitrypsin in children with typical autism, and D'Eufemia and colleagues⁸ identified abnormal intestinal permeability, a feature of small intestinal enteropathy, in 43% of a group of autistic children with no gastrointestinal symptoms, but not in matched controls. These studies, together with our own, including evidence of anaemia and IgA deficiency in some children, would support the hypothesis that the consequences of an inflamed or dysfunctional intestine may play a part in behavioural changes in some children.

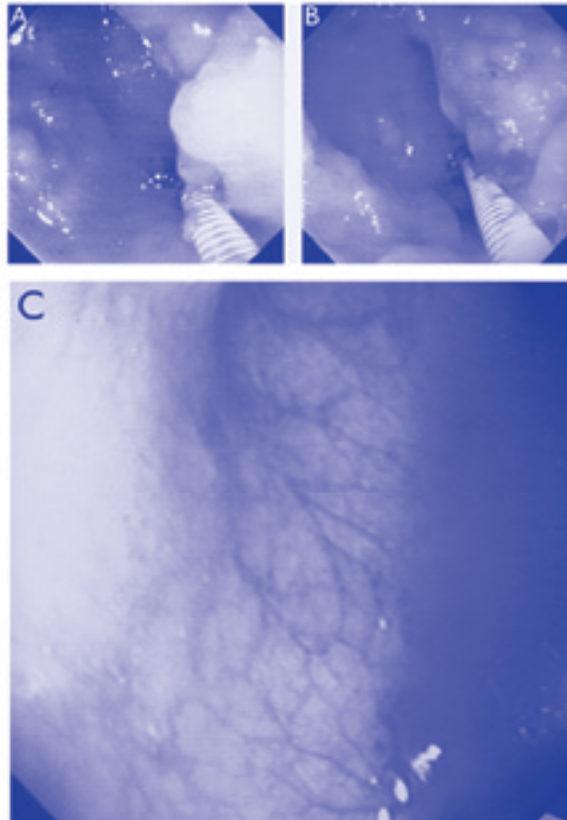


Figure 2: Endoscopic view of terminal ileum in child three and in a child with endoscopically and histologically normal ileum and colon

Greatly enlarged lymphoid nodule in right-hand field of view of A and B-child three; C-normal ileum. Remainder of mucosal surface of terminal ileum is a carpet of enlarged lymphoid nodules.

The "opioid excess" theory of autism, first forwarded first by Panksepp and colleagues⁷ and later by Reichelt and colleagues⁸ and Shattock and colleagues⁹ proposes that autistic disorders result from the incomplete breakdown and excessive absorption of gut-derived peptides from foods, including barley, rye, oats, and casein from milk and dairy products. These peptides may exert central-opioid effects directly through the formation of ligands with peptidase enzymes required for breakdown of endogenous central-nervous-system opioids,⁹ leading to disruption of normal neuroregulation and brain development by endogenous enkephalins and endorphins.

One aspect of impaired intestinal function that could permit increased permeability to exogenous peptides is deficiency of the phenyl-sulphur-transferase systems, as described by Waring.¹⁰ The normally sulphated glycoprotein matrix of the gut wall acts to regulate cell and molecular trafficking.¹¹ Disruption of this matrix and increased intestinal permeability, both features of inflammatory bowel disease,¹² may cause both intestinal and neuropsychiatric dysfunction. Impaired enterohepatic sulphation and consequent detoxification of compounds such as the phenolic amines (dopamine, tyramine, and serotonin)¹² may also contribute. Both the presence of intestinal inflammation and absence of detectable neurological abnormality in our children are consistent with an exogenous influence upon cerebral function. Lucarelli's observation that after removal of a provocative

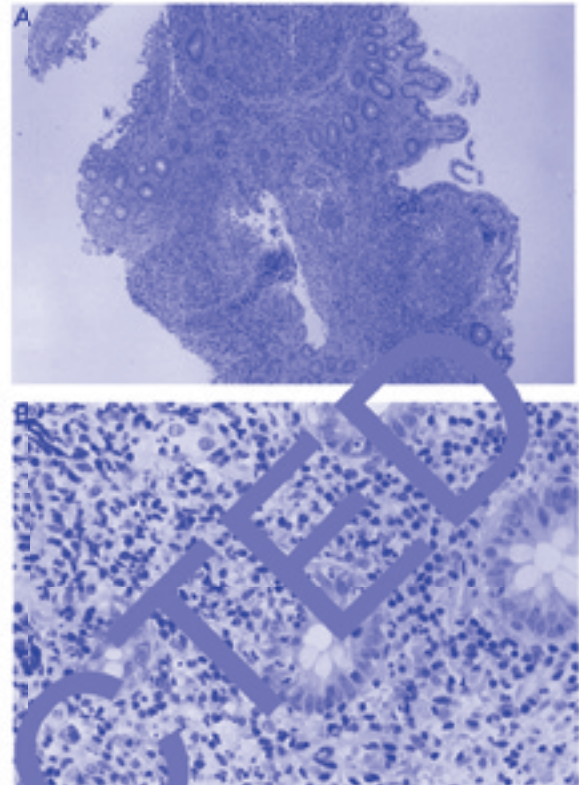


Figure 3: Biopsy sample from terminal ileum (top) and from colon (bottom)

child three; lymphoid hyperplasia with extensive, confluent lymphoid infiltration in B-child three; dense infiltration of the lamina propria crypt epithelium by neutrophils and mononuclear cells. Stained with haematoxylin and eosin.

enteric antigen children achieved symptomatic behavioural improvement, suggests a reversible element in this condition.¹³

Despite consistent gastrointestinal findings, behavioural changes in these children were more heterogeneous. In some cases the onset and course of behavioural regression was precipitous, with children losing all communication skills over a few weeks to months. This regression is consistent with a disintegrative psychosis (Heller's disease), which typically occurs when normally developing children show striking behaviour changes and developmental regression, commonly in association with some loss of coordination and bowel or bladder function.¹⁴ Disintegrative psychosis is typically described as occurring in children after at least 2–3 years of apparently normal development.

Disintegrative psychosis is recognised as a sequel to measles encephalitis, although in most cases no cause is ever identified.¹⁴ Viral encephalitis can give rise to autistic disorders, particularly when it occurs early in life.¹⁵ Rubella virus is associated with autism and the combined measles, mumps, and rubella vaccine (rather than monovalent measles vaccine) has also been implicated. Fadenberg¹⁶ noted that for 15 of 20 autistic children, the first symptoms developed within a week of vaccination. Gupta¹⁷ commented on the striking association between measles, mumps, and rubella vaccination and the onset of behavioural symptoms in all the children that he had investigated for regressive autism. Measles virus^{18,19} and measles vaccination²⁰ have both been implicated as risk

factors for Crohn's disease and persistent measles vaccine-strain virus infection has been found in children with autoimmune hepatitis.²³

We did not prove an association between measles, mumps, and rubella vaccine and the syndrome described. Virological studies are underway that may help to resolve this issue.

If there is a causal link between measles, mumps, and rubella vaccine and this syndrome, a rising incidence might be anticipated after the introduction of this vaccine in the UK in 1988. Published evidence is inadequate to show whether there is a change in incidence²² or a link with measles, mumps, and rubella vaccine.²³ A genetic predisposition to autistic-spectrum disorders is suggested by over-representation in boys and a greater concordance rate in monozygotic than in dizygotic twins.¹⁵ In the context of susceptibility to infection, a genetic association with autism, linked to a null allele of the complement (C) 4B gene located in the class III region of the major-histocompatibility complex, has been recorded by Warren and colleagues.²⁴ C4B-gene products are crucial for the activation of the complement pathway and protection against infection: individuals inheriting one or two C4B null alleles may not handle certain viruses appropriately, possibly including attenuated strains.

Urinary methylmalonic-acid concentrations were raised in most of the children, a finding indicative of a functional vitamin B12 deficiency. Although vitamin B12 concentrations were normal, serum B12 is not a good measure of functional B12 status.²⁵ Urinary methylmalonic-acid excretion is increased in disorders such as Crohn's disease, in which cobalamin excretion is not reabsorbed. A similar problem may have occurred in the children in our study. Vitamin B12 is essential for myelinogenesis in the developing central nervous system, a process that is not complete until around the age of 10 years. B12 deficiency may, therefore, be a contributory factor in the developmental regression.²⁶

We have identified a chronic enterococcal infection in children that may be related to neuro-psychiatric dysfunction. In most cases, onset of symptoms was after measles, mumps, and rubella immunisation. Further investigations are needed to examine this syndrome and its possible relation to this vaccine.

Addendum:

Up to Jan 28, a further 46 patients have been assessed; 39 with the syndrome.

Contributors

A Wakefield was the senior scientific investigator. S H Murch and M Thompson conducted the gastroscopies. A Anthony, A P Dhillon, and S E Dhillon carried out the histopathology. J Linnell did the B12 studies. D M Cameron and M Malik did the clinical assessment. M Berelowitz did the psychiatric assessment. P Harvey did the neurological assessment. A Valentine did the radiological assessment. JW-S was the senior clinical investigator.

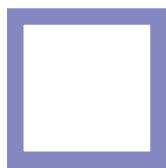
Acknowledgments

This study was supported by the Special Trustees of Royal Free Hampstead NHS Trust and the Children's Medical Charity. We thank Francis Moll and the nursing staff of Malcolm Ward for their patience and expertise; the parents for providing the impetus for these studies; and Paula Domizio, Royal London NHS Trust, for providing control tissue samples.

References

- 1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4th edn. Washington DC, USA: American Psychiatric Association, 1994.
- 2 Bhatt HR, Green A, Linnell JC. A sensitive micromethod for the routine estimations of methylmalonic acid in body fluids and tissues using thin-layer chromatography. *Glu Chem Acta* 1982; **118**: 311-21.
- 3 Fujimura Y, Kamoni R, Iida M. Pathogenesis of aphthoid ulcers in Crohn's disease: correlative findings by magnifying colonoscopy, electromicroscopy, and immunohistochemistry. *Gut* 1996; **38**: 724-32.
- 4 Asperger H. Die Psychopathologie des coeliakranken Kindes. *Ann Paediatr* 1961; **197**: 146-51.
- 5 Walker-Smith JA, Andrews J. Alpha-1 antitrypsin, autism and coeliac disease. *Lancet* 1972; **ii**: 883-84.
- 6 D'Eufemia P, Celli M, Finocchiaro R, et al. Abnormal intestinal permeability in children with autism. *Acta Paediatr Scand* 1985; **74**: 1076-79.
- 7 Panksepp J. A neurochemical theory of autism. *Trans Neurosci* 1979; **2**: 174-77.
- 8 Reichelt KL, Hole K, Hamberg S, et al. Biologically active peptide-containing fractions in schizophrenia and childhood autism. *Arch Biochem Biophys* 1983; **28**: 627-32.
- 9 Shattock P, Kennedy A, Swell F, Harvey TP. Role of neuropeptides in autism and their relationship to classical neurotransmitters. *Brain Dysfunct* 1991; **3**: 323-33.
- 10 Waring RH, Nairn JM. Sulphate metabolism in allergy induced autism: relationship to disease aetiology. Conference proceedings, biological perspectives on autism, University of Durham, NAS 35-44.
- 11 Murch SH, MacDonald GT, Walker-Smith JA, Levin M, Lionetti P, et al. Disruption of the gut related glycosaminoglycans in intestinal inflammation. *Lancet* 1993; **341**: 711-41.
- 12 Warren RP, Singh VK. Elevated serotonin levels in autism: association with the major histocompatibility complex. *Neuropsychobiology* 1996; **44**: 72-75.
- 13 Picarelli S, Prezzi T, Zingoni AM, et al. Food allergy and infantile autism. *Ann N Y Acad Sci* 1995; **37**: 137-41.
- 14 Rutter M, Taylor E, Hersov L. In: Child and adolescent psychiatry. 4th edn. London: Blackwell Scientific Publications: 581-82.
- 15 Wing L. The Autistic Spectrum. London: Constable, 1996: 68-71.
- 16 Fudenberg HH. Dialysable lymphocyte extract (DLyE) in infantile onset autism: a pilot study. *Biotherapy* 1996; **9**: 13-17.
- 17 Gupta S. Immunology and immunologic treatment of autism. *Proc Natl Acad Sci Am Chicago* 1996; **455**: 455-60.
- 18 Miyamoto H, Tanaka T, Kitamoto N, Fukuda Y, Takashi S. Detection of immunoreactive antigen with monoclonal antibody to measles virus in tissue from patients with Crohn's disease. *J Gastroenterol* 1995; **30**: 28-33.
- 19 Elsbom A, Wakefield AJ, Zack M, Adami H-O. Crohn's disease following early measles exposure. *Lancet* 1994; **344**: 508-10.
- 20 Thompson N, Montgomery S, Pounder RE, Wakefield AJ. Is measles vaccination a risk factor for inflammatory bowel diseases? *Lancet* 1995; **345**: 1071-74.
- 21 Kawashima H, Mori T, Takakura K, Hoshika A, Hata A, Nakayama T. Polymerase chain reaction detection of the haemagglutinin gene from an attenuated measles vaccines strain in the peripheral mononuclear cells of children with autoimmune hepatitis. *Arch Virol* 1996; **141**: 877-84.
- 22 Wing L. Autism spectrum disorders: no evidence for or against an increase in prevalence. *BMJ* 1996; **312**: 327-28.
- 23 Miller D, Wadsworth J, Diamond J, Ross E. Measles vaccination and neurological events. *Lancet* 1997; **349**: 730-31.
- 24 Warren RP, Singh VK, Cole P, et al. Increased frequency of the null allele at the complement C4B locus in autism. *Clin Exp Immunol* 1991; **83**: 438-40.
- 25 England JM, Linnell JC. Problems with the serum vitamin B12 assay. *Lancet* 1980; **ii**: 1072-74.
- 26 Dillon MJ, England JM, Gompertz D, et al. Mental retardation, megaloblastic anaemia, homocysteine metabolism due to an error in B12 metabolism. *Clin Sci Mol Med* 1974; **47**: 43-61.

Sarampión: ¿A qué se debe tanto revuelo?



Autora: Lua Català (pediatra ex colegiada). Barcelona. España

Fecha de elaboración: 30 de diciembre de 2019

Contacto: luacatala@gmail.com

Como nos comenta un investigador sanitario independiente de Argentina:

Hasta ahora en 2019 hubo 44 casos de sarampión en una población de 44 millones de personas. Es 1 caso de una infección benigna, (cero complicaciones, cero muertes) por cada millón de habitantes. 1 en 1 millón. ¿Es una emergencia? No. ¿Es para preocuparse? Tienes más probabilidades de que te parta un rayo y quedar seco ahí mismo, que de infectarte de sarampión y que encima no te pase nada. ¡Bueno, a vacunarse carajo!

Creo que este es un buen inicio para situar en su justa medida el tema del sarampión. Enfermedad benigna. En sus “buenos tiempos” era una de las enfermedades propias de la infancia que todos los pediatras registraban en los historiales de sus pequeños pacientes. Complicaciones, las mínimas porcentualmente hablando, en el contexto de la cantidad de niños que la contraían. Y las que hubiera, habría que conocer a fondo el estado previo de salud del paciente y también las interferencias médicas realizadas que suprimían los síntomas autocurativos.

Las conocidas fiestas del sarampión, tal vez más celebradas en USA, nos demuestran históricamente la ligereza, alegría y naturalidad con que las madres, padres y la sociedad en general

vivían este acontecimiento. Dato este, que siempre me ha llevado a pensar que estas EPI (enfermedades propias de la infancia) constituían una especie de iniciación biológica, una prueba de paso a una madurez del sistema orgánico.

En nuestro medio y en mi infancia, si no eran fiestas del sarampión, se trataba de las conversaciones habituales de madres, que contabilizaban cuantos de sus hijos (eran normales las familias numerosas) habían pasado tal o cual de estas enfermedades y con santa paciencia y sabiduría ancestral nos cuidaban con calditos y tapándonos bien cuando subía la fiebre (con lo cual y sin saberlo estaban contribuyendo al efecto autocurativo de dicha fiebre). Y todo esto sin dramatismos, sin miedo, sin ansiedad.

¿A qué se debe entonces tanto revuelo? ¿En qué momento cambió esta percepción natural de estos procesos infantiles saludables? ¿Tal vez, a la interferencia arrogante de algunos “mandos” institucionales que pretendían salvar a la sociedad de algo que consideraban indeseable? ¿o de aquellos que veían una oportunidad de negocio al patologizar un proceso infantil natural?

“Crea el problema y ofrece la solución”, un lema bien conocido hoy en día donde la creación de nuevas enfermedades parece salir de una cadena de montaje. Hay que justificar los fármacos para curarlas.

En el caso del sarampión siempre me he preguntado por qué tanto empeño en él y no en la Rubeola, las Paperas, la Varicela.

¿Que tiene el sarampión como hecho diferencial que no tengan estas otras? No conozco a fondo los antecedentes históricos y menos lo que se debía cocer entre bambalinas, pero lo que sí sé es que por algún motivo se decidió crear un programa para erradicar el Sarampión, un programa de altos vuelos, ya que pretendía que esto se produjera en un tiempo relativamente corto y a escala global.

Dicho programa se instituyó en 1989 pero fueron repetidos los fracasos en los objetivos de su erradicación en las fechas que iban proponiendo, lo cual tal vez es una buena excusa para quienes urden estos planes ya que así pueden culpar de este fracaso a los que denominan de manera rimbombante, los antivacunas.

La misma OMS (agencia que ha demostrado su parcialidad y su conivencia con la industria farmacéutica) tilda a los antivacunas como uno de los grandes problemas de la salud mundial.

Que sea un fracaso su erradicación no debe sorprender a nadie que utilice el pensamiento lógico y tenga criterio. ¿Por qué?

En primer lugar porqué aún **nadie ha sido capaz de demostrar la existencia del virus del sarampión.**

Es conocido el caso del virólogo Stephan Lanka que ofreció una suculenta recompensa económica a quien le trajera pruebas fehacientes de la existencia de dicho virus. Después de todo un litigio con un estudiante que le reclamaba esa recompensa, el caso se elevó al Tribunal Supremo de Alemania que falló a favor de Lanka. Así pues, altas instancias judiciales nos llevan a concluir que el virus del sarampión no existe o al menos, nadie lo he demostrado.

Y en segundo lugar, porqué toda la argumentación referente a la protección que confiere la inmunidad de grupo no se sostiene de ninguna manera, ya que por más que se vacune, por más que se lancen campañas, **no consiguen evitar que haya brotes de sarampión en poblaciones altamente vacunadas, lo cual en sí mismo ya es una evidencia del fallo de toda esta teoría vacunatoria.**

¿Cómo pueden proteger un 95% de niños vacunados si ellos mismos contraen la enfermedad?

Y otro dato muy importante es que **no existe tal porcentaje del 95 % de cobertura en ninguna población general.** La confusión con que nos tienen engañados es que dicho porcentaje se refiere a la población en edades vacunables, o sea en niños.

La propia teoría en que se basan las vacunas dice que la inmunidad vacunal es pasajera, si no, ¿para que habría que dar dosis de recuerdo? Y si es pasajera significa que a los 10 años de la administración de la vacuna, más o menos, se ha perdido dicha inmunidad. Si la última dosis que se recomienda en los calendarios de la Triple Vírica (incluye el sarampión) es a los 3-4 años, a partir de los 14-15 años toda la población (a no ser que haya contraído la enfermedad natural, algo

muy infrecuente ahora) ya no tiene anticuerpos contra dicho “inexistente” virus.

Por lo tanto toda **la población de cualquier país y comunidad tendrá como mucho un 25% de población con inmunidad para el sarampión,** (los niños y adolescentes) el resto no la tienen. Y aun así ¡no se han producido epidemias desde principios del pasado siglo! Un milagro.

Esta grieta o fallo en la teoría vacunalista debe ser la causa por la que recientemente han implementado una nueva campaña para vacunar a adultos entre 40 y 50 años, del sarampión.

Tal como explicaba el presidente de la sociedad de epidemiología española para explicar dicha campaña en agosto del 2019: no hace falta testar para ver quien está seroconvertido (tiene los anticuerpos específicos elevados) de estos adultos, es mejor vacunar a todo el mundo ya que (y lo subrayo por increíble en boca de un científico) es más económico y no tiene ningún riesgo.

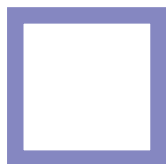
Cuando un alto cargo de sanidad, que tiene poder de decisión y por tanto responsabilidad en la salud global, dice que un fármaco no tiene riesgo, y justifica de manera superficial eludir lo que sería más razonable epidemiológicamente hablando, que es vacunar sólo a los que no demuestren estar inmunizados, debemos empezar a cuestionar todas y cada una de las medidas que se toman desde los gobiernos y las instituciones.

Solo vayan y busquen el prospecto de la vacuna del sarampión y lean los efectos adversos que se han detectado, aun sabiendo que se reconocen y se declaran una ínfima parte de estos. Y verán si existen o no los riesgos, que cualquier fármaco conlleva.

Pero eso sí, sea o no razonable vacunar a todos los individuos en esta franja de edad, quien se lleva una buena tajada de esta medida indiscriminada son los de siempre, las farmacéuticas y todos aquellos que han untado por el camino. ■



El virus del sarampión puesto en entredicho. El Dr. Stefan Lanka gana en los tribunales



Autor: Jorge Arroyo (abogado. Barcelona. España)

Fecha de elaboración: 11 de diciembre de 2019

Contacto: jorgea@jorgea.es

En noviembre de 2011, el virólogo alemán Stefan Lanka lanzó un desafío: se comprometió a dar cien mil euros a quien le mostrara un solo artículo científico publicado en el que se describieran las características del virus del sarampión, sus componentes y diámetro. Asimismo se habrían de cumplir ciertos requisitos.

Meses más tarde, un estudiante de medicina, David Bardens, le envió por correo seis artículos que, en su opinión, demostraban la existencia científica del virus del sarampión y, por tanto, le reclamaba el premio.

El virólogo alemán negó que esos artículos demostraran la existencia del virus, además de no cumplir los requisitos por él impuestos, negándose a pagarle el premio.

A la vista de ello, el estudiante acudió a los tribunales alemanes iniciándose un proceso judicial que llegó hasta el Tribunal Supremo alemán. Este dio la razón al Dr. Stefan Lanka.

Hay que aclarar que el virólogo alemán no niega la existencia de la enfermedad ni de que el virus no pueda existir sino que no se ha demostrado que el sarampión lo provoque un virus que haya sido identificado, aislado, caracterizado y secuenciado su genoma. En definitiva, que no está demostrada científicamente la existencia del virus del sarampión.

Las condiciones que el virólogo

alemán puso para hacerse acreedor del premio en metálico eran:

- i) La publicación debía por si misma demostrar lo exigido
- ii) La publicación debía describir una investigación propia y no comentarios o análisis sobre otras
- iii) La publicación debía de proceder, esto es, estar avalada por el Instituto Robert Kock. Esta institución es la encargada en Alemania de avalar la documentación científica
- iv) El artículo aportado debía demostrar la existencia del virus del sarampión
- v) La publicación tenía que cumplir los estándares de toda investigación científica
- vi) Debía de determinar con precisión el diámetro del virus del sarampión. Y
- vii) Debía aportarse una imagen real del virus, no dibujos o recreaciones gráficas del virus.

El **“juicio al virus del Sarampión”** entre el Dr. Stefan Lanka y el Médico alemán David Bardens recibió cobertura internacional (ver los artículos en CTV News de Canadá o el noticiario de la BBC, en su momento). El juicio no sólo ha calentado el “debate sobre los virus” en curso. También ha avivado la discusión sobre la justificación de la vacunación infantil y la vacunación en general.

Resumidamente, los antecedentes lo fueron de este modo:

El **24 de noviembre de 2011**, el Dr. Lanka publica en su web que ofrece un premio de 100.000 € a quien pueda probar la existencia del virus del sarampión. En la publicación podía leerse: “La recompensa se pagará si se presenta una publicación científica en la que no sólo se asegure la existencia del virus del sarampión, sino que también se pruebe y además, entre otras cosas, se determine el diámetro de este virus”.

En **enero de 2012**, el Dr. David Bardens aceptó el reto. Aportó seis publicaciones sobre el tema y le pidió al Dr. Lanka que le transfiriera los 100.000 € a su cuenta bancaria.

Las seis publicaciones son:

1. Enders JF, Peebles TC. Propagation in tissue cultures of cytopathogenic agents from patients with measles. Proc Soc Exp Biol Med. 1954 Jun; 86 (2):277–286.
2. Bech V, Magnus Pv. Studies on measles virus in monkey kidney tissue cultures. Acta Pathol Microbiol Scand. 1959; 42(1): 75–85
3. Horikami SM, Moyer SA. Structure, Transcription, and Replication of Measles Virus. Curr Top Microbiol Immunol. 1995; 191: 35–50.

4. Nakai M, Imagawa DT. Electron microscopy of measles virus replication. *J Virol.* 1969 Feb; 3(2): 187–97.
5. Lund GA, Tyrell, DL, Bradley RD, Scraba DG. The molecular length of measles virus RNA and the structural organization of measles nucleocapsids. *J Gen Virol.* 1984 Sep;65 (Pt 9):1535– 42.
6. Daikoku E, Morita C, Kohno T, Sano K. Analysis of Morphology and Infectivity of Measles Virus Particles. *Bulletin of the Osaka Medical College.* 2007; 53(2): 107–14.

El Dr. Lanka se negó a pagar el dinero porque, según él, esas publicaciones no aportaban pruebas adecuadas ni cumplían los requisitos por él exigidos. En consecuencia, el Dr. Bardens llevó al Dr. Lanka a los tribunales.

En **marzo de 2015**, el tribunal del distrito de Ravensburg en el sur de Alemania determinó que los requisitos del anuncio habían sido cumplidos y ordenó al Dr. Lanka a pagar. El Dr. Lanka apeló esta decisión judicial.

En **febrero de 2016**, la Corte superior Regional de Stuttgart (OLG) reevaluó la primera sentencia, determinando que el Dr. Bardens no reunía los requisitos establecidos por el Dr. Lanka ya que no aportó pruebas de la existencia del virus del sarampión en una publicación, tal como exigía el Dr. Lanka en su reto. Por tanto, exoneró al Dr. Lanka de pagar la recompensa estipulada.

El **16 de enero de 2017**, la sección civil de la Corte Federal de Alemania (BGH) confirmó la sentencia de la OLG de Stuttgart.

Los críticos del veredicto judicial argumentan que la victoria del Dr. Lanka se sustenta únicamente en cómo formuló su propuesta, esto es, en aspectos meramente formales, afirmando que pagaría 100.000 € por la presentación de una sola publicación que provea pruebas (lo que el Dr. Bar-

dens no pudo hacer). Esta discusión, sin embargo, sólo desvía la atención de los aspectos esenciales del asunto.

Así, de acuerdo con las actas del proceso judicial (página 7, párrafo uno), Andreas Podbielski, Jefe del Departamento de Microbiología Médica, Virología e Higiene del Hospital Universitario de Rostock, uno de los expertos designados en el juicio, estableció que, si bien la existencia del virus del sarampión podría ser aceptada en base a la suma de las seis publicaciones aportadas por el Dr. Bardens, ninguno de los autores ha realizado ningún experimento controlado de acuerdo a las definidas reglas internacionales y los principios de la buena práctica médica. El Profesor Podbielski considera la falta de experimentos controlados como una “debilidad metodológica” de esas publicaciones, que son, después de todo, los estudios más relevantes sobre este tema (no existe ninguna otra publicación que intente demostrar la existencia del virus del sarampión).

Asimismo, afirmó que en Biología no se aplican estrictas reglas científicas sino que se llega a conclusiones mediante **decisiones mayoritarias**.

Por tanto, en este punto, todavía no se ha realizado ninguna publicación sobre la existencia del virus del sarampión que soporte los controles de la buena ciencia.

Es más, en el juicio se puso de manifiesto que, contrariamente a lo que es su competencia legal, de conformidad con el § 4 Acta para la Protección Infecciosa (IfSG), el Instituto Robert Koch (RKI), la mayor autoridad alemana en el campo de las enfermedades infecciosas, no ha realizado pruebas sobre el mencionado virus del sarampión ni las ha publicado. El RKI afirma que se hicieron estudios internos sobre el virus del sarampión, sin embargo, se niega a entregar o publicar los resultados.

Según el Dr. Lanka: “Con la sentencia de la Corte Suprema en el juicio al virus del sarampión, cualquier declaración nacional o internacional sobre el virus del sarampión, su carác-

ter infeccioso; así como los beneficios y seguridad de la vacunación contra el sarampión, carecen desde este momento de carácter científico y han sido por lo tanto, privadas de su base legal.

Desde principios de los años 90, el biólogo alemán Dr. Stefan Lanka ha estado a la vanguardia desafiando la teoría médica que establece que los virus son la causa de enfermedades infecciosas como la hepatitis, el SIDA, la gripe, la polio, el herpes o el sarampión. Caroline Markolin ha presentado las actividades del Dr. Lanka en su vídeo “*Virusmanía*” con todo detalle.

Basándose en sus estudios de virología, el Dr. Lanka descubrió que los virus son componentes vitales de las formas de vida simples pero que no existen como tal en organismos complejos como los seres humanos, los animales o las plantas. Su investigación muestra que los virus vistos como causantes de “infecciones virales” son en realidad partículas ordinarias que han sido malinterpretadas como constituyentes de los virus en cuestión. El Dr. Lanka también ha concluido que los virus no tienen un efecto destructivo en el hospedador, como se considera generalmente.

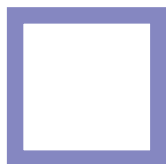
Estos descubrimientos están en total concordancia con los del Dr. Ryke Geerd Hamer que ya demostró en 1980, al contrario de la teoría estándar, que los microbios no perjudican al organismo sino que juegan sin embargo un papel de apoyo durante el proceso de curación de las enfermedades (ver la cuarta ley biológica de la Nueva Medicina).

Preguntas

Este asunto pone sobre la mesa la necesidad de hacernos algunas preguntas:

- Si la existencia del virus del sarampión no está demostrada científicamente, ¿con qué virus se está fabricando la vacuna del sarampión si uno de los componentes de toda vacuna es el virus correspondiente?

Obligatoriedad de la vacunación: el discurso científico¹



Autor: Juan Gérvas² (médico). Madrid, España.

Fecha de elaboración: 19 de junio de 2019

Contacto: jjgervas@gmail.com

Una sola salud

“Una sola salud” (one health) agrupa el estudio y la respuesta a los problemas de salud humanos teniendo en cuenta los problemas de la flora y fauna (los animales, domesticados y salvajes) y del ambiente. Por ejemplo, en el caso de las resistencias bacterianas, valorar al tiempo el uso de antibióticos y vacunas en humanos, animales de interés comercial y agricultura^{3,4,5} y la presencia espontánea en gérmenes “salvajes”.⁶ Esta visión global es esencial para entender la compleja interacción de los humanos con su medio ambiente natural y con el modificado por la propia actividad humana. Dicha modificación es profunda, capaz de cambiar la faz de la Tierra, lo que llamamos antropoceno (mejor capitaloceno).⁷

Microbiota

El humano tiene más material genético ajeno que propio. Son billones los seres vivos que conviven en el cuerpo del humano, hasta llegar a pesar más de un kilogramo. La microbiota es el conjunto de seres vivos que conviven en el cuerpo humano, no dañan y en muchos casos son clave para la vida. Por ejemplo, en la boca, vagina, intestino, fosas nasales, piel y otros muchos lugares, incluso en aquellos “estériles”, como la placenta⁸ y los alvéolos pulmonares.

A veces no son “gérmenes”, sino ácaros, como los *Demodex folliculorum* que habitan en los folículos pilosos, sobre todo de la cara (pestañas, cejas, nariz, barba). Por ello, es característica nuestra condición de simbioses, es decir, de seres en los que se combinan distintas especies con beneficio mutuo. Así, las células con genes humanos son una escasísima minoría en nuestro cuerpo, donde habitan genes de miles de millones de bacterias, virus, hongos, levaduras y otros «bichos». Estos seres son esenciales para mantener un ecosistema sano, con capacidad de supervivencia y de adaptación al entorno.

Contagio vaginal

La contaminación primera del humano se produce durante el paso por el canal del parto, sigue con la lactancia materna, y continúa durante toda la vida. Desconocemos la importancia del primer contagio “vaginal”, lo que se llama bautismo vaginal bacteriano, por comparación con el parto por cesárea, pero hay hipótesis variadas respecto a su impacto

en enfermedades alérgicas y otras, por lo que se promueve con escaso fundamento la contaminación artificial (con una torunda impregnada de fluido vaginal materno) del recién nacido por cesárea “para generar una microbiota normal”.^{9,10}

Ecología fisiológica de la microbiota

En muchos casos desconocemos la contribución a la ecología normal de la microbiota. Por ejemplo, el papel fisiológico del virus del papiloma en la piel y en el cuello del útero.¹¹ En otros casos, la microbiota pueden jugar un papel patológico provocando enfermedades infecciosas.

En cierto sentido es conveniente no evitar el contacto con los gérmenes, puesto que forma parte de nuestro ecosistema. Con el contacto e incluso con las infecciones, el sistema inmunitario madura y nuestra fortaleza se incrementa. Por supuesto, conviene la higiene y las vacunas pero sin llegar a la histeria de querer crear un mundo sin gérmenes, en el que nos volveríamos vulnerables y frágiles. No hay que olvidar la abundancia y variedad de los gérmenes que forman parte de nuestro cuerpo, cuya actividad es vital para nuestra fisiología normal.

Resiliencia frente a las infecciones

Gran parte de esta fortaleza, de la resiliencia frente a las infecciones, proviene de dos hechos recientes desde el punto de vista de la evolución (apenas 10.000 años) que nos han expuesto intensamente a los gérmenes: 1/ la domesticación de algunos animales y 2/ la vida sedentaria en

pueblos y ciudades. Bien se demuestra con el impacto mortífero del cambio ecológico y de las infecciones que llevaron los españoles a América, al explorarla y conquistarla.¹² Murieron por millones los indios que no tenían resiliencia frente a los gérmenes que transportaban los españoles, como el virus de la viruela (sin darse cuenta, ya que los españoles tenían resistencia adquirida a lo largo de milenios). Este ejemplo demuestra que la salud depende también de la exposición prudente a las infecciones, que ayuda a incrementar la fortaleza y a disminuir la vulnerabilidad y la fragilidad.

Enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas son causadas por gérmenes patógenos y han sido y siguen siendo causa frecuente de mortalidad.

Los humanos hemos evitado desde la prehistoria a la actualidad las enfermedades infecciosas con pautas más o menos elaboradas, desde la selección de la mejor y más limpia fuente de agua a las normas administrativas actuales del “manipulador de alimentos”.

Como he señalado, la situación cambió mucho cuando la tribu recolectora–cazadora se asentó y pasó a ser agricultora–ganadera. Por ejemplo, por la estrecha convivencia con los animales domésticos y con el ganado en general. También por la estrecha convivencia entre los propios humanos, por el relativo “hacinamiento” que conlleva la convivencia en pueblos y ciudades. Se plantearon problemas de salud pública como el aporte y depuración de agua, la salubridad de las viviendas y la retirada y enterramiento de los muertos.

Las enfermedades infecciosas pueden no ser contagiosas, como el tétanos y la enfermedad de Lyme, en el sentido de que no se propagan de persona a persona. Sí son contagiosas, por ejemplo, el sarampión, el SIDA y la tuberculosis, y pueden dar lugar a epidemias mortíferas explosivas en comunidades humanas pobres, malnutridas y hacinadas.

Desarrollo social

La mejor defensa contra las infecciones es el desarrollo social armónico, en todos los sentidos.¹³ Es decir, buena nutrición, familias con vivienda y trabajo dignos, suministro y depuración de aguas, educación formal de toda la población, democracia que redistribuya la riqueza, establecimiento de un sistema sanitario público de cobertura universal, retirada de basuras y limpieza de calles, cumplimiento de normas de higiene alimentaria, etc. El beneficio lo consigue el desarrollo científico, económico y social que incluye la higiene individual y pública, y políticas de salud en todas las políticas.¹⁴

Como bien se dice: “contra las infecciones no hay mejor vacuna que lavarse las manos”, lo que incluye el suministro de agua, tener jabón, el hábito de la higiene, etc.¹⁵ Lamentablemente, la higiene es cuestión pendiente incluso en el sistema sanitario pues ni los profesionales sanitarios se lavan las manos siempre que deben.

Infecciones y mortalidad

Los agentes infecciosos han coevolucionado con los humanos estableciendo complejas relaciones tipo susceptibilidad–infección–resistencia, y han determinado la distribución y asentamiento de las poblaciones. Es ejemplo a este respecto, el freno poblacional que ha impuesto el paludismo al asentamiento de humanos en África.

La dinámica ha cambiado en el siglo XX, dejando de ser la mortalidad por infecciones la causa más frecuente de muerte, lo que se suele atribuir a la prestación de mejores servicios sanitarios a lo largo de la centuria, y es cierto, pero los determinantes sociales son fundamentales, como demuestra el hecho, estudiado en Inglaterra y Gales, de que la mortalidad por tuberculosis se redujera a la cuarta parte entre 1861 y 1947 sin antibióticos ni vacunas. La introducción del trata-

miento con estreptomicina en 1948 tuvo un impacto menor en la tendencia descendente de dicha mortalidad. Lo mismo se demostró para otros países como Finlandia y Suecia respecto a la mortalidad por tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, como tosferina y difteria.¹⁶

Infecciones y resiliencia social

Así pues, lo clave en la lucha contra la mortalidad por infecciones fueron las mejoras sociales en lo que respecta a alimentación, hacinamiento, vivienda, higiene, disminución del tamaño de las familias, escolarización, trabajo, redistribución de la riqueza y otras. Esta fortaleza ante las infecciones, de la resiliencia social, se ha demostrado también el siglo XXI, por ejemplo en las ciudades europeas la tuberculosis se reparte por igual entre inmigrantes y nacionales siempre que haya pobreza y hacinamiento (que son los problemas fundamentales).¹⁷ Así, por ejemplo, la tasa de tuberculosis depende de muchos más determinantes que los biológicos y/o de la atención médica; a título individual en Rusia lo clave es la pobreza, el hacinamiento, el alcoholismo y el estar en prisión, pero a nivel poblacional lo clave es la tasa de desempleo y la venta y consumo de leche sin higienizar.¹⁸

Vacunas

La siguiente línea de defensa ante algunas infecciones son las vacunas, con más de doscientos años de experiencia positiva en el caso de la vacuna contra la viruela, precedida por una historia milenaria de “variolización” (el contagio artificial entre humanos de formas leves de viruela, que comenzó en China y se extendió al resto del mundo).

La vacunación es una actividad de prevención primaria; es decir, una actividad que evita el desarrollo de la enfermedad con el objetivo primor-

dial de evitar muertes por enfermedades infecciosas. Las vacunas son medidas preventivas “aditivas”¹⁹, que añaden algo artificial, y se aplican en personas sanas para evitar un mal futuro por lo que es clave que la balanza se incline claramente a los beneficios, por comparación con los daños.

Las vacunas son medicamentos que logran un bien individual y social a través de la “inmunidad de grupo” (externalidad positiva). Además, han sido muy eficaces, como demostró la vacuna contra la viruela al lograr su erradicación.

La popularidad de las vacunas ha sido creciente, especialmente desde el éxito de la vacuna contra la rabia a finales del siglo XIX. Por cierto, más de cien años después contra la rabia no tenemos otro tratamiento clínico que la vacuna. La rabia es ejemplo de vacuna de uso clínico, en pacientes concretos, aunque la mayoría de las vacunas tienen uso en salud pública, en poblaciones.

Estar vacunado no implica ser inmune al contagio pues no hay vacuna perfecta. Así, en el mayor brote de sarampión en Canadá, con 678 afectados, en 2011, se hizo una búsqueda activa de casos (no sólo los declarados por los médicos, sino también entre los contactos familiares y escolares de los afectados) y casi el 50% del total afectado había recibido correctamente las dos dosis recomendadas de la vacuna contra el sarampión.²⁰

Externalidad positiva (inmunidad de grupo) versus externalidad negativa (daño a terceros)

Todas las vacunas buscan producir inmunidad personal, en el sentido de facilitar una respuesta que evite los daños que provocan los microbios, bien por sí mismo bien por sus toxinas. Por ejemplo, las vacunas del tétanos y de la difteria producen protección personal contra la toxina que generan los microbios respecti-

vos.^{21,22,23} Es decir, no evitan la infección sino que evitan las consecuencias de la infección en cada persona pues evitan el daño por las toxinas.²⁴ Con mecanismos variados, también es vacunación personal la de la gripe, la rabia y la fiebre amarilla. Todas estas vacunas no producen inmunidad de grupo, sólo personal.

Hay vacunas que buscan producir inmunidad personal y grupal. Es decir, facilitan una respuesta inmunitaria personal que evita los daños de los microbios y además evitan la difusión de los mismos. Es el caso de la vacuna del sarampión, que produce inmunidad de grupo/rebaño. Decimos que las vacunas que crean inmunidad de grupo tienen una “externalidad positiva”, en el sentido de producir un bien a quienes no se vacunan.

Existen vacunas como las de la tosferina y la neumonía que “permiten” que los individuos vacunados se conviertan en portadores de microbios más agresivos que pueden infectar y matar a los no vacunados. Es decir, son vacunas que tienen una “externalidad negativa” en el sentido de producir un daño a quienes no se vacunan. Por ejemplo, el niño de Olot (España) muerto por difteria en 2015 no se había vacunado contra la misma y la enfermedad se la contagió algún compañero protegido por haberse vacunado (adicionalmente, la muerte se debió a la carencia en España en aquel momento de suero antidifteria).²⁵

También tiene externalidad negativa la vacuna de la varicela, que puesta en la infancia traslada el problema, y más grave, a jóvenes, adultos y viejos; además, la inmunidad que provoca no es de por vida, como la infección natural, y son posibles los brotes epidémicos vacunados.^{26,27,28,29} Respecto a la vacuna de la gripe, los pacientes con gripe vacunados producen seis veces más virus gripales en aerosol cuando respiran y tosen que los pacientes con gripe no vacunados, lo que convierte en “agentes contaminantes” a los pacientes vacunados que tienen gripe.³⁰

Absurdos gráficos sobre la inmunidad de grupo.³¹

Muchas personas creen que todas las vacunas producen inmunidad de grupo/rebaño y existen gráficos dinámicos muy atractivos que permiten visualizar cómo se extiende la infección según la cobertura de la vacunación en la población.^{32,33,34,35,36} Estos gráficos son populares por su simplicidad, pero ni siquiera son apropiados, ni ciertos, ni científicos para el caso del sarampión y su vacuna. Observe alguno de ellos y experimente la seducción de la “explicación simple para un problema complejo (que suele ser errada)”.

La mejor defensa contra las infecciones es el desarrollo social armónico.

En el caso concreto del sarampión, en la actualidad es imposible encontrar una población humana sin contacto previo con la enfermedad ni sin ninguna inmunidad (fue posible en el caso de las poblaciones originarias americanas que, como he señalado, murieron en masa por el sarampión y otras infecciones transmitidas por los españoles y otros europeos). Las poblaciones no parten de cero frente al sarampión, y, de hecho, la infección natural produce una intensísima respuesta inmunológica que dura de por vida y que las madres transmiten mejor a los recién nacidos que las madres vacunadas, como se demuestra en el Cinturón Bíblico holandés, una región geográfica con mayoría de protestantes ortodoxos que rechazan las vacunas.^{37,38}

La vacuna contra el sarampión produce una inmunidad suficiente pero que se desvanece al cabo de unos 15-20 años y por ello en Nueva Zelanda se está pensando en poner una tercera dosis de recuerdo de la vacuna.³⁹ La inmunidad con dos dosis no es de por vida; al menos no para todos los vacunados. Como todas las vacunas, quizá con la excepción de las vacunas de la fiebre amarilla y de la

rabia, la vacuna del sarampión es una “bomba de tiempo”, que traslada la posibilidad de la infección a mayores edades.^{40,41,42}

De hecho, en Europa se ha acabado dicha “luna de miel” y los brotes son y serán cada vez más frecuentes. El problema no es básicamente de “anti-vacunas” sino de una vacuna que precisa mejorarse y hacerla llegar a poblaciones marginadas.⁴³

Estar vacunado no implica ser inmune al contagio.

La inmunidad de grupo/rebaño no es “perfecta” y el mantra de que se precisa el 95% de cobertura es falso. Se han visto brotes de sarampión con el 100% de cobertura vacunal⁴⁴, lo que implica la transmisión por vacunados, y ha habido brotes en Europa (Navarra, Oporto, Gotemburgo) con más del 97% de cobertura.^{45,46,47} Buen ejemplo de brote en población inmunizada es el de Madrid (España) en 2011. En Madrid el 98% de la población cuenta con anticuerpos en sangre contra el sarampión. Es decir, no es que la tasa de vacunación sea mayor del 95% sino que, además, se ha logrado inmunizar realmente a toda la población. Pues bien, en 2011 hubo un brote con 789 afectados. Es decir, la “protección de rebaño” no evita los brotes ni con el 98% de la población inmunizada.^{48,49}

Los infectados por sarampión son fácilmente “visibles”, por el exantema rojizo típico, y la fiebre les lleva a la reclusión, lo que los convierte en menos contagiosos por los cambios en su conducta, por más que el sarampión sea altamente contagioso antes de dar síntomas. Además, las vacunas tienen efectos secundarios que no se introducen en los gráficos a pesar de que cambian las dinámicas; por ejemplo, efectos leves frecuentes tipo fiebre y efectos adversos graves raros como encefalitis por la vacuna del sarampión (un caso por cada millón de vacunas.⁵⁰

La inmunidad de grupo es un concepto relativo que se ve afectado por la variabilidad biológica en la respuesta a las infecciones por fenómenos comentados respecto al sarampión y otros más generales como la respuesta inmune con caídas de curvas de anticuerpos, inmunodeficiencia celular, fenómenos de “pecado original inmunológico”, presencia de anticuerpos heterólogos con respuestas hiperérgicas (como en el caso de la vacuna del dengue y de la fiebre Q), fenómenos autoinmunes, efectos adversos de adyuvantes, etc. La inmunidad personal se refuerza cuando no se vacuna a la población por el contacto persistente con el germen por medio de los pacientes afectados pero la vacuna elimina dicha circulación de gérmenes haciendo que la inmunidad sea sólo “vacuna-dependiente”, con sus ventajas e inconvenientes.

Es muy débil el fundamento de la “protección de rebaño” para justificar la vacunación obligatoria, y menos en un país como España en que, con un programa gratuito y voluntario, las tasas de vacunación superan el 95%. Las razones de salud pública que llevan a la vacunación coercitiva deberían ser más fuertes, y ante riesgos más claros y graves.

Las vacunas son medicamentos y como tales tienen efectos adversos

Las vacunas son medicamentos que buscan modificar el sistema inmunológico de forma que responda rápida y eficazmente contra las infecciones. La vacunación ha sido y es una actividad sanitaria con beneficios inconmensurables. No existe en salud pública ninguna medida tan eficaz, barata y segura como las vacunaciones sistemáticas, ni actividad cuya relación beneficio/coste y beneficio/riesgo se incline tan favorablemente al numerador.

Las vacunas deberían verse y analizarse según sus propias característi-

cas, una a una, pues las hay muy diferentes: con gérmenes atenuados como la vacuna de la varicela, con gérmenes muertos (rabia), con fragmentos de gérmenes (meningitis), contra la toxina (tétanos) y con muy diferentes componentes y adyuvantes. Además, son críticos los “calendarios vacunales”; es decir, la edad a la cual vacunar y el número de dosis totales, pues de ello depende la efectividad de las vacunas.

Como era esperable por su condición de medicamentos, los beneficios de las vacunas se acompañan de daños, a veces imprevisibles. Entre otros daños, las vacunas modifican el delicado equilibrio dinámico establecido a lo largo de cientos de miles de años entre humanos y gérmenes (virus y bacterias, fundamentalmente). La evolución se hace en conjunto, entre todos los seres vivos, de forma que se logran equilibrios múltiples, y bien lo demuestra el carácter de simbiote del humano. No podemos pensar que los gérmenes sean invitados de piedra, pues son co-protagonistas de la evolución de la especie humana. Es decir, los gérmenes cambian y se adaptan al ambiente que los humanos cambiamos y desarrollamos. A su vez, los gérmenes cambian y obligan a los humanos a evolucionar.

Lamentablemente, en “defensa de las vacunas” se suelen ver todos sus beneficios como “causales” y todos sus efectos adversos como “casualidades”. Es absurdo promover las vacunas convirtiéndolas en medicamentos milagrosos perfectos, sin problemas, pues todas las tienen. Por ejemplo, la vacuna de la tosferina es necesaria pero manifestamente mejorable.⁵¹ Es decir,

1. es una vacuna muy deficiente, que consigue una inmunidad que apenas dura 5 años (como máximo 12),
2. es una vacuna que ha “forzado” la evolución de la bacteria de forma que hay mutaciones en cierta forma resistentes a la misma, y
3. es una vacuna que no produce inmunidad de grupo y que incluso

puede facilitar que el vacunado transmita la bacteria más agresiva.

Por ello se están produciendo brotes de tosferina en todos los países desarrollados con miles de casos y cientos de muertos, especialmente bebés de menos de dos meses.⁵²

Hay vacunas cuya reacción inmunitaria puede dañar e incluso matar si se ponen en personas con inmunidad previa. Este es el caso citado de las reacciones hiperérgicas frente a las vacunas contra la fiebre *Q* y el dengue, de forma que antes de vacunar hay que determinar quién ha tenido contacto ya con el microbio para evitar las graves complicaciones que provoca la vacuna si no se tiene en cuenta la inmunidad natural.^{53,54}

Conviene valorar que ante las enfermedades infecciosas es tan imprudente el uso inadecuado de las vacunas como el uso imprudente de los antibióticos. Ambos se pagan con muertes evitables.

Uso obligatorio del cinturón de seguridad versus obligatoriedad de vacunar⁵⁵

Cuando se presentan los brotes de enfermedades contra las que hay vacunas como responsabilidad de los anti-vacunas, se está promoviendo la implantación de la obligatoriedad de vacunar, que ya existe en algunos países.⁵⁶ Ello sin considerar que las políticas de obligatoriedad tienen problemas y no aseguran el logro de mejor coberturas.^{57,58,59,60,61}

Este debate, sobre la obligatoriedad de las vacunas, se plantea muchas veces con el ejemplo de la aceptación de la implantación de la obligatoriedad del uso del cinturón de seguridad en los automóviles. Es un planteamiento muy popular que generalmente lideran quienes carecen de formación científica en vacunas y pretenden imponer la obligatoriedad como una exigencia ética.⁶² Pero:

1. Las vacunas cambian las complejissimas relaciones con los gérmenes y modifican el delicado equilibrio dinámico establecido a lo largo de cientos de miles de años entre humanos y gérmenes (virus y bacterias, fundamentalmente). De eso no hay nada respecto al cinturón de seguridad, que se implanta sobre una estructura mecánica inerte sin más.
2. Las vacunas se inyectan, no son medicamentos de “quita y pon”. Las vacunas, una vez puestas, no se pueden “dejar de poner”; dosis puesta, dosis que cuenta. El cinturón, por supuesto, es de quita y pon. En ese sentido se podrán comparar vacunas y cinturón de seguridad cuando dicho cinturón “se implante” en el cuerpo y lo cruce bajo la piel, por ejemplo, de axila izquierda a ingle derecha, y se quede así para siempre.
3. El cinturón de seguridad nunca puede actuar “a posteriori”; es decir, su utilidad viene marcada por llevarlo correctamente puesto en caso de accidente. Por el contrario, hay vacunas, como la de la rabia, que se utilizan preventivamente (en casos de probable contagio, como en espeleólogos) pero más frecuentemente, como ya he señalado, en forma terapéutica, justo tras la mordedura por animal rabioso. También hay vacunas que se emplean para “cercar” brotes, como en el caso del Ébola.⁶³ Es decir, se utilizan “a posteriori”, hecho impensable respecto al cinturón de seguridad.
4. El cinturón de seguridad nunca puede matar en el acto de abrochárselo, y no hay necesidad de localizar a las personas a las que vaya a matar justo al ponérselo. Por el contrario, hay vacunas cuya reacción inmunitaria puede dañar e incluso matar si se ponen en personas con inmunidad natural previa. Este es el caso ya citado de la

vacuna contra la fiebre *Q*, de forma que antes de vacunar hay que determinar quién ha tenido contacto previo con el germen para evitar las graves complicaciones que provoca la vacuna cuando ya hay inmunidad natural.⁶⁴ Por el contrario, la vacuna del dengue no se puede poner a quienes no hayan tenido contacto previo con el virus, y también requiere cribado antes de vacunar.^{65,66} En ambos casos hay que “cribar” antes de vacunar pues la vacuna no es para todos.

Las vacunas de la tosferina, varicela, gripe y neumonía tienen una externalización negativa.

5. El cinturón de seguridad puede tener efectos adversos raros, en el sentido de ser perjudicial estando correctamente puesto en caso de accidente, y dichos efectos adversos raros son sólo en caso de accidente. Respecto a vacunas, los efectos adversos se pueden dar desde el mismo momento de su administración, y son frecuentes pero las declaraciones de efectos adversos de las vacunas apenas llega al 1%, como bien demuestra el caso de las vacunas de la gripe durante la pandemia de gripe A en España, en que la tasa de declaración de efectos adversos en general fue 322 veces menor de la real, y de 37 veces menor en los casos graves.⁶⁷
6. El cinturón de seguridad es uno, se toma o se deja, no va mezclado con otros tirantes similares. Las vacunas van muchas veces en grupo, combinadas en la misma inyección, no se pueden tomar de una en una. Así, cuando se revacuna a los adultos de 40 a 50 años contra el “sarampión”, en realidad se les pone la vacuna triple vírica, sarampión, rubeola y parotiditis;

en otro ejemplo, cuando se pone la vacuna de la “tosferina” a la embarazada, en realidad es contra tosferina, tétanos y difteria. En vacunas no se suele poder elegir de una en una.

7. El cinturón de seguridad se incluye dentro de las prestaciones de los automóviles, que por Ley están obligados a tener seguro que compensen los daños en caso de accidente, incluyendo los de los efectos adversos. En España no existe un sistema de compensación de probables daños por vacunas sino que hay que ir a juicio, caso por caso. De hecho, el Parlamento español rechazó en 2013 la implantación de un sistema de compensación, como el que existe en la mayoría de los países desarrollados, de Alemania a Estados Unidos.^{68,69} Así, pues, los padres vacunan, por ejemplo contra el sarampión sin saber que habrá una encefalitis por millón de vacunados, y sin saber que llevará décadas que se les compense por el daño. A tener en cuenta que se vacuna a niños, adolescentes y adultos sanos, por lo que dañar sin compensar es todavía más cruel que cuando se trata de enfermos en que los daños son al evitar el sufrimiento.
8. El cinturón de seguridad produce beneficios individuales, y muy indirectamente generales (al disminuir los costes sociales de los accidentes), pero no produce daños generales. Como hemos visto, algunas vacunas producen beneficios generales, a terceros que no se vacunan, lo que se llama inmunidad de grupo-rebaño, una externalidad positiva, como la vacuna del sarampión. Por el contrario, otras vacunas producen daños generales, a terceros que no se vacunan (y a los propios vacunados), una externalidad negativa, como la vacuna contra la tosferina, que ha provocado la evolución artificial de la bacteria a cepas de mayor

agresividad relacionadas con nuevos brotes en poblaciones vacunadas.⁷⁰ En otro ejemplo, la vacuna oral de la polio ha dado lugar a un virus tipo 2 derivado de dicha vacuna; en la actualidad la inmensa mayoría de los casos de polio lo provoca dicho virus derivado de la vacuna oral.^{71,72}

9. Para su uso, el uso del cinturón de seguridad ha precisado de normas y leyes que exijan su utilización mediante la coerción y las multas. Sin embargo, y España es buen ejemplo ya comentado, no se precisa de normas y leyes para conseguir voluntariamente coberturas de vacunación casi técnicamente del 100% (en muchos casos prácticos, de más del 97% para sarampión y rubeola, como en Madrid).⁷³ Hay que reservar el paternalismo coercitivo para cuestiones en que se precisa, como pagar impuestos, la vacuna de la fiebre amarilla para visitas a zonas geográficas concretas y cumplir con las limitaciones de velocidad a los automóviles en carretera. Desde luego, se precisan y existen normas y leyes que permiten la obligatoriedad de vacunación en situaciones de crisis de salud pública.
10. Si utilizara correctamente el cinturón de seguridad el 100% de la población en el 100% de los casos se lograría su efecto máximo, sin decrecimiento de su efecto por el paso del tiempo. Las vacunas no producen inmunidad de por vida, de forma que estar correctamente vacunado no significa que se logre el efecto deseado, y ello obliga a constante re-vacunaciones, que tampoco logran un efecto máximo.⁷⁴ A recordar los casos de tétanos en pacientes bien vacunados de tétanos y con anticuerpos bien desarrollados.⁷⁵ El cinturón de seguridad es mecánica, las vacunas biología.

11. Las vacunas son productos farmacológicos biológicos complejísimo por comparación con el cinturón de seguridad, aparato mecánico sin más. Hablar de “vacunas” en general es desconocer su complejidad y variedad, cada una tiene un uso apropiado. Además, comparar vacunas y cinturón de seguridad es aceptar una visión mecánica del ser humano, como si fuera una máquina similar a un automóvil. Tal visión refleja una ideología mecanicista idealista del vivir, enfermar y morir propia del siglo XVIII.⁷⁶ Sin olvidar que hay un uso racional de las vacunas que supone su rechazo en algunos casos, pues se funda en la mejor ciencia, como por ejemplo respecto a la vacuna de la gripe, cuya inutilidad demuestran reiteradamente las Revisiones Cochrane.⁷⁷ Mientras que el cinturón de seguridad tiene sentido en todos los países del mundo, hay muchas vacunas que no se justifican en algunos países-situaciones, como por ejemplo la de la tuberculosis, del rotavirus y de la meningitis B en España, y así se recoge en los informes del Ministerio de Sanidad.⁷⁸

12. Las vacunas plantean problemas de equidad que no se dan respecto al uso del cinturón de seguridad. Es decir, todos los vehículos llevan instalados de fábrica los cinturones de seguridad, con independencia de que sean Maserati o Lada. Sin embargo, las vacunas suelen negarse por la vía de los hechos a quienes más las precisan, como demuestra el caso de brotes de sarampión en las poblaciones marginadas en Sevilla (España, en 2011)⁷⁹ o de la población general en Madagascar (en 2018 y 2019).^{80,81,82} No basta con que haya vacunas, ni con que sean gratuitas, hay que llevarlas por razones de equidad a quienes más las precisan, lo que a veces es difícil por situaciones de guerra y de re-

chazo a la intervención vacunal en sí, como en la República Democrática del Congo, en 2019.⁸³ No es de extrañar que la mortalidad por enfermedades infecciosas atañe básicamente a los pobres y que la equidad sea cuestión central en el control de las mismas (en España, la mortalidad por enfermedad infecciosa es triple entre pobres comparados con ricos).⁸⁴ Además, si salimos del núcleo de las vacunas clásicas esenciales, las nuevas vacunas llegan a tener precios prohibitivos y cambian el foco de las mismas de poblaciones a individuos, lo que modifica el núcleo de su análisis ético de justicia y no maleficencia al de beneficencia y autonomía, y todo pasa de una ética social (poco estudiada) a una ética individual (sobrealorada). Con precios altos las vacunas pierden su “inocencia” y pasan de bien colectivo a negocio, de Salud Pública a Pediatría y de ética social a ética individual.

13. El cinturón de seguridad es siempre una respuesta necesaria ante los accidentes. En el caso de las vacunas no siempre la vacuna es necesaria y muchas veces es “la opción menos mala”; por ejemplo, respecto al cólera, la vacuna es la mejor respuesta provisional sólo hasta que haya un buen suministro-depuración de aguas.⁸⁵ Dicho buen suministro es preferible a la vacunación contra el cólera porque evita la propia infección y otras muchas.

Síntesis

Los debates sobre obligatoriedad de las vacunas están muchas veces dominados por ideas sin fundamento científico sobre la “protección de rebaño”.⁸⁶ Las políticas generales de obligatoriedad de las vacunas carecen de ciencia y de ética y lo demuestran bien cuando se comparan con las políticas de obligatoriedad del uso del cinturón de seguridad en los automóviles.

Conviene fomentar la cobertura poblacional de las vacunas esenciales, pero conviene sobre todo su mejora y el llevarlas a las poblaciones que más las precisan.⁸⁷

También es clave mantener condiciones sociales saludables, especialmente un sistema sanitario público de cobertura universal que llegue incluso a lugares remotos. Con ello se impiden “epidemias de desconfianza” con las autoridades, para evitar lo sucedido con el Ébola, por ejemplo, en la República Democrática del Congo.⁸⁸ Ante los brotes de infecciones graves es fácil la respuesta irracional, como se demostró al comienzo de la crisis del aceite de colza en España, en 1981, cuando se hablaba de “neumonía atípica” y se difundió la respuesta medieval de portar una bolita de alcanfor para evitar el contagio.⁸⁹

Algunas vacunas son esenciales como parte del arsenal frente a las enfermedades infecciosas. Conviene promover su prudente uso racional sin necesidad de imponer la obligatoriedad. ■

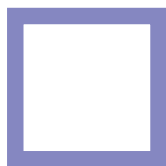
Referencias

- 1 Resumen de la presentación del autor en la JORNADA “VACUNACIÓN: ¿OBLIGACIÓN O DERECHO?” celebrada el miércoles, 19 de junio de 2019, en Madrid (España) siendo Director el Prof. Dr. Miguel Casino Rubio. Universidad Carlos III de Madrid Organizaron: Instituto Pascual Madoz, UC3 Colaboró: Fundación Ortega y Gasset-Gregorio Marañón.
- 2 Doctor en medicina, médico general rural jubilado, Equipo CESCA (Madrid), profesor visitante Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, España. Miembro del Comité de Vacunas de la REAP y de la Comisión de Vacunas de la SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria). El autor expresa su mejor saber, sin que sea necesariamente compartido por los grupos a los que pertenece.
- 3 https://ec.europa.eu/health/amr/action_eu_en
- 4 <https://www.nature.com/articles/d41586-019-00878-4>
- 5 https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0225172&utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+plosone%2FPLoSONE+-+New+Articles%29
- 6 <https://www.oie.int/es/para-los-periodistas/comunicados-de-prensa/detalle/articulo/fao-oie-and-who-launch-a-guide-for-countries-on-taking-a-one-health-approach-to-addressing-zoonoti/>
- 7 https://orb.binghamton.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=sociology_fac
- 8 <https://stm.sciencemag.org/content/6/237/237ra65>
- 9 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5945806/>
- 10 <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0747-0?optIn=true>
- 11 <https://www.actasanitaria.com/ecologia-vaginal-virus-del-papiloma-vacuna-cancer-de-cuello-de-utero-miedo-negocio-y-falta-de-ciencia-y-de-conciencia/>
- 12 <https://www.infobae.com/america/mexico/2019/06/01/la-conquista-provoco-la-muerte-de-casi-el-90-de-los-indigenas-consideran-historiadores/>

13 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447153/>
14 <http://www.nogracias.eu/2016/10/12/vacunas-y-enfermedades-infecciosas-desde-el-punto-de-vista-de-la-salud-publica-por-juan-gervas/>
15 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11457626>
16 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447153/>
17 <https://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V19N09/art20728.pdf>
18 <http://equipocesca.org/the-concept-of-prevention-a-good-idea-gone-astray/>
19 http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/public_site/arquivo/1678-4464-csp-35-07-e00048319.pdf
20 <https://academic.oup.com/jid/article/207/6/990/898747?fbclid=IwAR0UBhJ9M8dOWz6uovlaJh1nPDUCJ9j03589JSxVJiBv8yoSEJeXUqt08HY>
21 http://www.who.int/immunization/Tetanus_vaccine_SP.pdf
22 http://www.who.int/immunization/wer8103Diphtheria_Jan06_position_paper_SP.pdf
23 <http://equipocesca.org/difteria-lecciones-de-una-crisis-de-salud-publica-espana-junio-2015/>
24 <http://www.pnas.org/content/111/2/787>
25 https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2018-04-19/suministro-antidotos-difteria-olot-antivacunas_1551793/
26 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12627484>
27 <http://www.nogracias.eu/2015/07/22/vacuna-contrala-varicela-efectividad-coste-y-oportunidad-pediatras-contrala-salud-de-la-poblacion-por-juan-gervas/>
28 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X12007761>
29 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352396415301092>
30 <http://www.pnas.org/content/pnas/early/2018/01/17/1716561115.full.pdf>
31 <http://saludinerop.blogspot.com/2018/08/graficos-sobre-la-inmunidad-de.html>
32 <https://www.volkskrant.nl/kijkverder/2016/vaccination/>
33 <http://www.complexity-explorables.org/explorables/herd/>
34 <https://imgur.com/a/8M7q8>
35 <https://www.theguardian.com/society/ng-interactive/2015/feb/05/-sp-watch-how-measles-outbreak-spreads-when-kids-get-vaccinated>
36 https://www.abc.es/salud/sanidad/abci-vacunas-como-inmunidad-grupo-puede-impedir-epidemia-sarampion-201808220138_noticia.html
37 <https://www.gacetaholandesa.com/bible-belt>
38 <https://academic.oup.com/jid/article/208/1/10/796786>
39 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X17310034>
40 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X0501251X>
41 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X04003202>
42 <https://www.actasanitaria.com/vacunas-como-bombas-de-tiempo/>
43 <http://www.nogracias.eu/2019/01/30/acusar-del-aumento-de-los-casos-de-sarampion-a-los-antivacunas-impide-buscar-soluciones-efectivas-por-juan-gervas/>
44 <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000359.htm>
45 <https://hipertextual.com/2017/06/sarampion-navarra-antivacunas>
46 <https://jpn.up.pt/2017/04/17/direcao-geral-da-saude-confirma-surto-sarampo-portugal/>
47 <http://crofsblogs.typepad.com/h5n1/2018/01/sweden-measles-outbreak-also-affects-vaccinated.html>
48 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034115000489>
49 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5443381/>
50 <https://vacunasaep.org/familias/pregunta-al-cav/desconfianza-en-las-vacunas/triple-virica-y-encefalitis>
51 <http://www.actasanitaria.com/toferina-brotes-epidemicos-sin-antivacunas-y-la-mujer-como-vientre-2/>
52 <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1148391> <http://journals.plos.org/ploscompbiol/article?id=10.1371/journal.pcbi.1004138>
<http://www.bbc.com/news/uk-20080472> <http://pediatrics.aappublications.org/content/135/6/1130.extract>
53 <http://www.health.nsw.gov.au/Infectious/factsheets/Pages/q-fever-vaccine.aspx>
54 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435617309721>
55 <https://www.actasanitaria.com/el-cinturon-de-seguridad-y-las-vacunas-comparaciones-sin-ciencia-ni-etica/>
56 <https://www.actasanitaria.com/vacunacion-obligatoria-y-proteccion-de-rebano-cinco-preguntas-de-un-juez-sobre-la-vacuna-del-sarampion/>
57 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X1831171X>

58 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6703989/>
59 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2018.1561849>
60 <https://www.sciencealert.com/as-effective-as-they-might-be-making-vaccines-mandatory-breaks-trust-in-healthcare>
61 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6607742/>
62 <https://academic.oup.com/phe/advance-article/doi/10.1093/phe/phz014/5602463#165094945>
63 <https://www.who.int/emergencies/diseases/ebola/frequently-asked-questions/ebola-vaccine>
64 <https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/factsheets/Pages/q-fever-vaccine.aspx>
65 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14760584.2017.1276831>
66 <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/dengvaxia>
67 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X10015689>
68 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000100019
69 <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/5/10-081901/en/>
70 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6304978/>
71 <https://www.who.int/features/qa/64/en/>
72 [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(19\)30012-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(19)30012-X/fulltext)
73 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25957894>
74 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0170257>
75 <https://www.bmj.com/content/320/7231/383.1.full>
76 <http://equipocesca.org/enfermedad-ciencia-y-ficcion/>
77 <https://www.cochrane.org/news/featured-review-three-updated-cochrane-reviews-assessing-effectiveness-influenza-vaccines>
78 https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf
79 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000400009
80 <https://www.unicef.org/press-releases/measles-deaths-democratic-republic-congo-top-4000-unicef-rushes-medical-kits-health>
81 <https://www.independent.co.uk/news/world/africa/measles-outbreak-madagascar-africa-vaccination-health-a8870816.html>
82 <https://reliefweb.int/report/madagascar/madagascar-humanitarian-situation-report-june-2019>
83 <https://www.unicef.org/press-releases/measles-deaths-democratic-republic-congo-top-4000-unicef-rushes-medical-kits-health>
84 <https://jech.bmj.com/content/56/9/682>
85 <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/6/18-213678/es/>
86 <https://www.actasanitaria.com/vacunas-obligatorias-comite-de-bioetica-de-espana/>
87 <http://equipocesca.org/en/english-measles-outbreaks-a-public-health-focus/>
<http://equipocesca.org/sarampion-mas-alla-de-los-antivacunas/>
88 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1902682>
89 <http://a-discrecion.blogspot.com/2015/10/y-tu-como-viviste-aquella-crisis-del.html>

El sarampión y la inmunosupresión



Autoría: NVKP (Asociación Vacunas Holanda)

Fecha de elaboración: noviembre de 2019

Traducción: Mari Trini Ramos

Contacto: mtramos@planet.nl

En este artículo se explica el interés que tiene pasar el sarampión natural en la maduración del sistema inmunitario. También se describen los inconvenientes inmunitarios tras la vacunación. Se trata de una actualización en respuesta a las publicaciones en Science¹ y Science Immunology², del 1 de noviembre de 2019.

Los autores y los medios de comunicación dicen: “¡Sigue el Programa Nacional de Vacunación!”

La prensa se sumó rápidamente y ya el 31 de octubre se publicaron las conclusiones no críticas de dos publicaciones científicas de Ciencia e Inmunología Científica a través de, entre otros, NOS, Het Parool, Trouw y AMC web-news.^{3,4,5,6} Con titulares como: “Cómo el sarampión borró el sistema inmunológico”, “El sarampión es aún más dañino de lo que se pensaba”, está claro que la intención no es proporcionar o atenuar la ya acalorada discusión sobre la vacunación con argumentos sólidos, sino más bien fortalecer aún más la polaridad y aumentar aún más el pánico.

Según los autores y los medios de comunicación que lo apoyan de forma indiscriminada no hay nada que usted pueda hacer como lector despierto, padre responsable, ciudadano preocupado o paciente consciente de la salud, excepto seguir el programa de vacunación y hacer vacunar a sus hijos.

La función de una cantidad suficiente de vitamina A en la prevención

de complicaciones durante la infección así como en la recuperación del sistema inmunológico y la salud después de haber pasado el sarampión sólo se menciona como una adición posterior.

Investigación basada en muestras de sangre de 2013 con muchas suposiciones y sin datos concretos

La fecha oficial de publicación de los estudios en cuestión, el 1 de noviembre de 2019, hace que éstos tengan una doble vertiente en cuanto a objetivos, tema y contenido, autores y momento de publicación.

Los estudios no son fáciles de leer, presumiblemente ningún periodista los leyó antes de escribir sobre ellos el 31 de octubre. En particular, se utilizan muestras de sangre de pequeños grupos de pacientes con sarampión y grupos de control que no siempre han sido reclutados para el estudio en cuestión, pero que se basan en muestras de sangre tomadas previamente para investigaciones publicadas con anterioridad.

En este sentido, se hace un uso óptimo de las escasas muestras de sangre, a menudo ganadas con esfuerzo a partir de 2013, de los niños de la comunidad de fe cristiana ortodoxa de los Países Bajos, durante el brote de sarampión de ese año.

Se hace mucha referencia a estos estudios previamente publicados a menudo totalmente ilegibles para el lego que han sido compilados en parte sobre la base de modelos animales, modelos matemáticos y estudios comparables, referencias a investigaciones “propias”, supuestos e hipótesis.

No se mencionan datos concretos sobre cómo fue con los pacientes en cuestión después de que la erupción del sarampión se pasara, excepto lo que pudo detectarse a partir de muestras de sangre aproximadamente un mes después de la erupción cutánea del sarampión.

Sin embargo, se hacen suposiciones y advertencias sólidas, basadas en estos análisis de sangre e incluso se hacen comparaciones con, por ejemplo, el malísimo estado del sistema inmunológico en pacientes con artritis reumatoide después de un uso prolongado de medicamentos inmunosupresores.

Importancia de la vitamina A

El hecho de que la vitamina A/retinol acelera la recuperación del sistema inmunológico, incluso después de la desaparición de la erupción, se presenta como una explicación de otra cosa y no como un “resultado” o remedio: “Esta consecuencia inmunológica del sarampión, no reconocida anteriormente, sobre la homeostasis de las células B podría explicar también el efecto beneficioso del tratamiento con vitamina A para prevenir las complicaciones del sarampión (43) al promover el potencial regenerativo de las células madre hemopoyéticas” (44).²

El sarampión también tiene efectos positivos

La supresión del sistema inmunológico después del sarampión ha sido etiquetada como algo únicamente negativo, cuando al mismo tiempo también se señala que posiblemente enfermedades autoinmunes desaparecen definitivamente (las remisiones duraderas de los trastornos autoinmunes después del sarampión han sido detectadas por los investigadores desde la década de 1940).¹ No se plantea la cuestión de si el aumento de las enfermedades crónicas, también entre los niños, podría estar relacionado con la falta de este momento de “restablecimiento”/reset del sistema inmunológico.

La dureza de los datos de una publicación anterior (Mina 2015) de algunos de los autores, a la que se hace referencia frecuentemente, ya ha sido criticada por la Dra. Suzanne Humphries en una serie de conferencias en noviembre de 2015 en Dinamarca.^{7,8,9}

Al basarse en esto, los autores indican que no quieren pensar en términos de soluciones y limitar el problema de otra manera que no sea con las vacunas.

Propaganda de vacunación en la televisión holandesa

El 6 de noviembre de 2019, el programa de televisión de la NPO2 holandesa, “Andere Tijden”¹⁰ también se dejó oír de forma crítica, proforma, pero no proporcionó ninguna información útil o tranquilizadora.

El programa subrayó la importancia de la vacunación y el peligro del sarampión al proporcionar un panorama completo de la tragedia de la muerte por sarampión en los años de crisis anteriores a la guerra.

Esto tuvo lugar en un momento de mucha pobreza y deficiencias nutricionales, un momento en el que las enfermedades infecciosas, no sólo el sarampión, seguían causando una mortalidad significativa, antes de que se utilizaran ampliamente los antibióticos y mucho antes de que el aceite de hígado de bacalao rico en vitamina A se convirtiera en algo habitual y se diera a cada niño una cucharada de él todos los días durante los meses con la “R”. Una atención renovada a la indispensabilidad y el papel de la vitamina A y la vitamina D3 en el fortalecimiento del sistema inmunológico tampoco estaría mal en 2019.

Faltan pruebas de la seguridad de la vacuna

Si las vacunas contra el sarampión estuvieran libres de riesgos, no tuvieran efectos secundarios, si evitaran los brotes en lugar de ser quizás también una fuente de casos de sarampión en sí mismas, aun así seguiría siendo difícil defender su promoción con conclusiones y recomendaciones firmes. Pero esta no es la realidad.

Nadie se atreve a poner la mano en el fuego por la seguridad de la vacuna BMR, no hay pruebas de seguridad y, la NVKP no tiene conocimientos de que la investigación de la misma se haya llevado a cabo de forma convincente.

1 de cada 3 casos de sarampión se debe a la vacuna

En abril de 2019, el RIVM informó de un aumento de los casos de sarampión en el primer trimestre de este año, y se descubrió que la mitad de los casos estaban vacunados.¹¹ La publicación Registro Médico de octubre de 2019 informa, basándose en cifras de los EE.UU., que un tercio de los pacientes de sarampión son consecuencia de una reacción a la vacuna RMO.^{12,13}

El RIVM (instituto oficial de salud y medio ambiente) también es consciente de este fenómeno y prohíbe a los médicos que se ocupan del sarampión después de la vacunación MUMR hacer pruebas (o hacer que se hagan pruebas) para determinar qué tipo de virus del sarampión está implicado, el virus salvaje o el de la vacuna, con el fin de evitar la inquietud de los padres.¹³

Sólo el pasar el sarampión ofrece protección a largo plazo.

En resumen, en teoría, cualquier persona puede contraer el sarampión si no ha sido inmune previamente a través de una infección natural. Una vacuna no proporciona una protección hermética, no evita necesariamente que otra persona se infecte y también puede ser la fuente de infección poco después de recibir la vacuna.

¿Obligación? ¡Mira los hechos!

La NVKP aboga por que la discusión política desenfundada sobre la posibilidad de rechazar (¡es decir, discriminar!) a los niños no vacunados en las guarderías y, posiblemente, de

hacer obligatoria la vacunación, se vea también desde esta perspectiva.

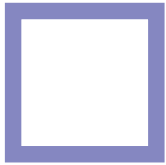
Es un testimonio de la total falta de realismo, de la pura ignorancia de los implicados y de la subordinación de los derechos individuales para servir a un objetivo ideológico más elevado e irrealista.

Referencias bibliográficas

- ¹ <https://science.sciencemag.org/content/366/6465/599>
- ² <https://immunology.sciencemag.org/content/immunology/4/41/eaay6125.full.pdf>
- ³ <https://nos.nl/artikel/2308501-nederlands-onderzoek-mazelen-tasten-afweersysteem-aan.html?fbclid=IwAR3W6cz83fKW2eIvuvns-Gnj-7Sq1Cud0wPyU9gdTI-tMivC8-e02YO7RzM>
- ⁴ <https://www.parool.nl/nederland/mazelen-tasten-immuunsysteem-langdurig-aan~b06e06e4/>
- ⁵ https://www.trouw.nl/wetenschap/de-mazelen-kunnen-het-geheugen-van-het-afweersysteem-wissen~be96ab58/?utm_campaign=shared_earned&utm_medium=social&utm_source=email
- ⁶ <https://www.amc.nl/web/nieuws-en-verhalen/actueel/actueel/hoe-mazelen-het-immuunsysteem-wist-.htm?fbclid=IwAR3xczrnYylPUHlakH5MTDOCyJLgh7JWRH7LyLx2C9pzjsidyOB56ZwHhIw>
- ⁷ https://www.youtube.com/watch?v=RvSC510_qR8&feature=youtu.be
- ⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=MeGI2Fvn3EU&feature=youtu.be>
- ⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=6CXro128vVc>
- ¹⁰ <https://www.tvgids.nl/uitgelicht/vaccineren-of-niet-vaccineren/>
- ¹¹ https://magazines.rivm.nl/2019/04/infectieziekten-bulletin/gesignaleerd-0?utm_source=Spike&utm_medium=email&utm_campaign=Infectieziekten+Bulletin&fbclid=IwAR3kWoKCwoaPpL8ZDjLI4aupPTB1tjxNXGZBpcZy-iNBmH6BdqMOyAh_s48
- ¹² http://www.medischdossier.org/archief/jaargang_21/nummer_8/nieuwsbericht_1552/een-derde-van-de-gevallen-van-mazelen-is-een-reactie-op-de-bmr-prik.html
- ¹³ <https://www.ntvg.nl/artikelen/de-mazelen-na-bmr-vaccinatie>



Inmunidad ¿de grupo?



Autora: Silvia Llácer (Biomédica. Barcelona. España)

Fecha de elaboración: 2019

Contacto: sillacerp@gmail.com

En este artículo la investigadora describe las diferentes vacunas que se utilizan, los brotes infecciosos vacunables que se producen en las poblaciones vacunadas y tras aplicar la hipótesis matemática de la inmunidad en grupo pone en duda dicha teoría.

Introducción

Tras el mito de que la mortalidad por enfermedades infecciosas descendió masivamente gracias a las vacunas.

El segundo mito más extendido es el de la inmunidad de grupo, por el cual se explicaría que individuos no enfermen a pesar de no estar vacunados. Veamos algunos datos que ponen en evidencia lo enormemente cuestionable que es la hipótesis de inmunidad de grupo.

El concepto “inmunidad de grupo” es teórico, es decir, no se ha demostrado en ensayos clínicos sino que se estima estadísticamente.

Tenemos múltiples brotes de enfermedades prevenibles en poblaciones con altas tasas de vacunación y en individuos vacunados.

La vacuna de polio inactivada (la que se usa actualmente), no previene la transmisibilidad de poliovirus, por lo que no se puede asociar a ningún tipo de inmunidad indirecta.

Las vacunas de toxoide (difteria y tétanos) no pueden asociarse a inmunidad grupal; en el caso del tétanos, además, la enfermedad no es contagiosa en lo absoluto.

La tos ferina está reemergiendo

en poblaciones con altas coberturas vacunales y se considera la enfermedad menos prevenible por vacunación.

La hepatitis B no se transmite en comunidades a menos que haya contacto sanguíneo o sexual.

La vacunación de la hepatitis B no ha disminuido la mortalidad, al contrario, se asocia temporalmente a un aumento.

Tenemos evidencias que sugieren que la baja proporción de portadores sanos del meningococo tipo C no se asocia necesariamente a una menor incidencia de enfermedad.

La enfermedad meningocócica invasiva por meningococo tipo C (el que se vacuna desde 1997 en España), ya llevaba varios años disminuyendo con una tendencia destacada antes de la vacuna.

La introducción de la vacuna de polisacáridos del meningococo tipo C, en 1997, se acompañó de una disminución en la tendencia de descenso de la enfermedad, que tras unos años de inestabilidad, continuó descendiendo pero con una tendencia mucho más suave.

La vacunación para la enfermedad provocada por *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) se asocia a un aumento de enfermedad invasiva por

otros tipos, especialmente en adultos.

Existe un posible resurgimiento de la enfermedad por Hib en poblaciones con altas tasas de vacunación.

La vacuna de Hib no elimina ni reduce el transporte orofaríngeo de Hib en algunas poblaciones.

Sobre las vacunas de varicela, neumococo y rotavirus no tenemos suficientes datos para valorar el posible impacto indirecto en la población al llevar muy pocos años aplicándose en la primera infancia.

Tenemos evidencias de que la vacuna antineumocócica 13 valente no sólo no se asocia a una disminución de la enfermedad, sino que podría promoverla y aumentar la mortalidad en población adulta y anciana.

El efecto de la vacuna del papiloma en la población general no se puede evaluar debido a que no se ha podido demostrar que evite ningún cáncer asociado a VPH.

Inmunidad de grupo

La inmunidad de grupo, también llamada inmunidad colectiva o de rebaño (herd immunity en inglés), se define como la protección indirecta contra enferme-

dades infecciosas que ocurre cuando un gran porcentaje de una población se ha vuelto inmune a una infección.¹

La base teórica de la inmunidad colectiva fue introducida por Hamer en 1906 en el contexto de una discusión de la dinámica de sarampión.² En la actualidad, el concepto de inmunidad de grupo sigue siendo teórico y se estima en base a modelos matemáticos, como por ejemplo los modelos SIR y similares.³ Esto significa que no ha sido demostrado en ningún estudio, sino que se estima estadísticamente.

El concepto de inmunidad de grupo sigue siendo teórico.

En la práctica, los brotes de paperas, rubeola y muy especialmente de sarampión en poblaciones altamente vacunadas^{4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15} ponen en jaque la veracidad de la hipótesis de la inmunidad grupal para la vacuna triple vírica.

En cuanto a la vacuna de poliomielitis, un ensayo clínico realizado con la vacuna inactivada documenta que tras una inoculación experimental de poliovirus atenuados se recuperaron altos recuentos de estos poliovirus de las heces de los niños, tanto en los grupos que habían recibido la vacuna como los que no la habían recibido.¹⁶ Por tanto la vacuna inactivada no sirve para el control de la transmisibilidad del virus y no puede considerarse de ninguna manera que existe una inmunidad de grupo asociada a esta vacuna. Recordemos que la vacuna oral se eliminó de muchos países por problemas de seguridad.^{17,18,19,20}

Acerca de la vacuna tripe bacteriana DTPa (Difteria, Tetanus, Pertussis acelular) tampoco podemos considerar que exista una inmunidad de grupo. Respecto a la difteria, sabemos que la vacuna no está diseñada para evitar la colonización del bacilo diftérico, ya que se usa el toxoide, por lo que es exclusivamente de uso personal; pasa lo mismo con el tétanos, en este caso ni siquiera es una enfermedad contagio-

sa. Por lo que concierne a la tos ferina (pertussis), está documentado que la vacuna no previene la transmisión de la bacteria: en un ensayo realizado en babuinos se observó que los individuos vacunados e inoculados con B. pertussis de forma deliberada no eliminaban la infección más rápido que los animales sin tratamiento previo y transmitían fácilmente B. pertussis.²¹

Pero con el caso de pertussis hay más, se considera una enfermedad reemergente a pesar de las altas tasas de vacunación en la mayoría de países desarrollados. Existe consenso acerca de la posibilidad de que las variantes de la tos ferina que carecen de pertactina (PRN), actualmente circulantes, pueden haber adquirido una ventaja selectiva para infectar a personas vacunadas, así, la vacunación podría ser un factor de riesgo para la infección por estas cepas.^{22,23,24,25,26} Aunque no está demostrado rigurosamente, sería una forma de explicar el aumento de la enfermedad en poblaciones altamente vacunadas. En cualquier caso, si la vacuna no está protegiendo adecuadamente ni siquiera a los individuos vacunados, no podemos hablar de una “externalidad positiva” de la vacuna (beneficio indirecto).

Respecto a la vacuna de la hepatitis B, su no aplicación no puede alterar la seguridad de los espacios públicos dada la vía de transmisión de la enfermedad (sangre y fluidos sexuales), especialmente en niños que difícilmente tendrán conductas de riesgo, como intercambiar agujas o tener sexo. Teniendo en cuenta que un portador sano de hepatitis B no sería excluido de la escuela o instituto, resulta ilógico e irracional creer que debiera estarlo un no vacunado. Es importante remarcar que la mortalidad por hepatitis vírica no sólo no ha bajado tras la vacunación, sino que ha aumentado, en nuestro país los casos de mortalidad se cuadruplicaron en 5 años tras el inicio de la vacunación (176 en 1992 a 720 en 1997) y ha seguido subiendo con un pico en 2004 (1.114 muertes en ese año).^{27,28} (ver gráficos 1 y 2 en comentarios). Si revisamos la

incidencia de casos únicamente del tipo B en los últimos años, vemos un aumento considerable, con un pico en 2008 (2,2 casos por 100.000 habitantes).²⁹ (ver gráfico e en comentarios). Nuevamente, si la vacuna no está evitando la enfermedad en poblaciones altamente vacunadas, resulta ilógico hablar de inmunidad de grupo.

Si revisamos el caso de la enfermedad meningocócica, vemos que la afirmación de que la vacuna se asocia a una inmunidad colectiva se basa en la disminución de la colonización nasofaríngea en individuos sanos (como ocurre con la vacuna para el *Haemophilus Influenzae* tipo b y la del neumococo).³⁰ En un estudio realizado en un pueblo rural de los Países Bajos, donde había ocurrido un brote de enfermedad meningocócica invasiva (EMI) debido al serotipo C, se observó que la proporción de portadores era baja, inferior a una población de referencia en la que no había habido casos.³¹ Esto sugiere que el porcentaje de portadores no es un factor esencial en el desarrollo de brotes. Nótese que cuando hablamos de portadores se hace referencia a la detección del germen en los hisopados, siendo que la no detección no significa que no exista el germen en la orofaringe, tan sólo que los test de laboratorio no son capaces de detectarlos porque su proporción es demasiado baja.

Por otro lado, si bien tras la vacunación conjugada del meningococo serotipo C (introducida en España a partir del 1997)³² tenemos un descenso claro de casos de EMI por este serotipo, no podemos obviar un dato sugerente, y es que la disminución ya venía ocurriendo años antes de la introducción de la vacuna con una tendencia a la baja mucho más acusada que la que observamos tras la vacunación, es más, fue precisamente al introducir la primera vacuna (la de polisacáridos) que se frenó la tendencia de caída en la morbilidad. Además, la disminución de EMI por meningococo serotipo B tiene un patrón de descenso muy similar al del serotipo C en ausencia de vacunación.³³ (ver gráfico

4 en comentarios). Esto insinúa que el descenso en la incidencia de EMI tipo C puede deberse a factores que nada tienen que ver con la vacunación y por tanto lo que se podría añadir sobre una posible inmunidad indirecta no tendría sentido.

Por lo que concierne a la vacuna del *Haemophilus Influenzae*, al cubrir únicamente uno de los numerosos tipos de la bacteria, no podemos asegurar que la vacunación reduzca la enfermedad invasiva relacionada, de hecho, diversos tipos de *Haemophilus Influenzae* han estado causando enfermedades invasivas de gran gravedad y con una incidencia cada vez mayor en adultos a raíz de la vacunación contra *Haemophilus Influenzae* tipo B (Hib).^{34,35} Los casos de enfermedad invasiva por Hib son escasos en la actualidad en la mayoría de países desarrollados, pero los que tenemos pueden darse en población altamente vacunada y en niños totalmente inmunizados.³⁶ Aunque podríamos estar ante un resurgimiento de la enfermedad en poblaciones con buenas coberturas vacunales: una revisión de los casos en un hospital argentino durante 24 años pone de manifiesto el aumento de casos; en 14 años (de 1999 a 2013) se dieron tan sólo 5 casos (tasa de 0,35 casos por año), y en

tan sólo 2 años (de 2014 a 2016) observamos 10 casos (tasa de 5 casos por año), un aumento considerable.³⁷ (ver gráficos 6 y 7 en comentarios).

También se habla de un resurgimiento en poblaciones vacunadas en Alaska. La reaparición de la enfermedad se asocia a que la vacuna no elimina ni reduce el transporte orofaríngeo (de portadores sanos),^{38,39} este hallazgo sugiere que tal vez deberíamos considerar que la vacuna no es el principal motivo de la reducción de la colonización por Hib y por tanto tampoco es la responsable de una inmunidad colectiva.

No entraremos a valorar la varicela, dado que se vacuna a niños pequeños desde hace tan sólo unos pocos años y no se puede evaluar si existe un beneficio indirecto de la vacuna. Con la vacuna del rotavirus y del neumococo pasa lo mismo, la vacunación en la primera infancia se inició hace muy pocos años;⁴⁰ no obstante podemos comentar la escasa efectividad y seguridad de la vacuna antineumocócica 13 valente (PCV13) que sugiere un estudio en adultos y ancianos realizado en Cataluña: este estudio investigó la efectividad clínica de la vacuna PCV13 (vacuna antineumocócica 13 valente conjugada) en la prevención de la hospitalización

por neumonía en adultos de mediana edad y adultos mayores. Encontramos que la vacuna PCV13 no alteró significativamente el riesgo de neumonía neumocócica y la muerte por todas las causas, aunque se mantuvo significativamente asociado con un

En la práctica los brotes de paperas, rubeola y sarampión en poblaciones altamente vacunadas ponen en jaque la veracidad de la hipótesis de la inmunidad de grupo.

mayor riesgo de neumonía por todas las causas. En este estudio, las grandes diferencias en los resultados entre vacunados y no vacunados sugieren que las personas vacunadas estaban más enfermas. La mortalidad bruta había sido más del doble en los vacunados (5.944 por 100.000) que en los no vacunados (2.354 por 100.000).⁴¹

Tampoco valoraremos la vacuna del papiloma, pues ni siquiera se ha podido demostrar que es efectiva en la prevención del cáncer de cuello uterino (y otros cánceres asociados al VPH), que es su objetivo principal.⁴²

Referencias bibliográficas

- 1 Inmunidad de rebaño: https://en.wikipedia.org/wiki/Herd_immunity
- 2 Inmunidad de rebaño: historia, teoría, práctica: <https://academic.oup.com/epirev/article-abstract/15/2/265/440430?redirectedFrom=fulltext>
- 3 Las matemáticas de las epidemias: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5035102.pdf>
- 4 Brote de sarampión en una población escolar vacunada: epidemiología, cadenas de transmisión y el papel de las fallas de vacunas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/3826461/>
- 5 Investigación de un brote de sarampión en una población escolar totalmente vacunada que incluye estudios de suero antes y después de la revacunación: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8483623/>
- 6 Brote de sarampión en una población altamente vacunada - Israel, julio-agosto de 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/30359348/>
- 7 Brote de sarampión en un hospital de nivel terciario, Oporto, Portugal, 2018: desafíos en la era posterior a la eliminación: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6152427/>
- 8 Fallo en la meta de eliminación del sarampión. Paradoja aparente de las infecciones por sarampión en personas inmunizadas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/8053748/>
- 9 La epidemia de sarampión más grande en América del Norte en una década: Quebec, Canadá, 2011: contribución de

- susceptibilidad, casualidad y eventos de extinción <https://academic.oup.com/jid/article/207/6/990/898747>
- ¹⁰ Epidemia importante de sarampión en la región de Quebec a pesar de una cobertura de vacuna del 99% <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1884314/>
- ¹¹ Brote de paperas en una población altamente vacunada. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1861205/>
- ¹² Brote de paperas en un entorno altamente vacunado, afiliado a la universidad, antes y después de una campaña de vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola, Iowa, julio de 2015 a mayo de 2016. <https://academic.oup.com/cid/article/66/1/81/4083403>
- ¹³ Seroepidemiología de las paperas en Europa (1996–2008): ¿por qué se producen brotes en poblaciones altamente vacunadas? <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/seroepidemiology-of-mumps-in-europe-19962008-why-do-outbreaks-occur-in-highly-vaccinated-populations/8FF6461AE106F67974A2B2637E5038D3>
- ¹⁴ Brote de parotiditis en poblaciones vacunadas: ¿son las vacunas contra parotiditis disponibles lo suficientemente eficaces como para prevenir brotes? <https://academic.oup.com/cid/article/47/11/1458/282575>
- ¹⁵ Dificultades para eliminar el sarampión y controlar la rubéola y las paperas: un estudio transversal de una primera vacuna contra el sarampión y la rubéola y una segunda vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3930734/>
- ¹⁶ Ensayo aleatorizado y controlado con placebo de la vacuna inactivada contra el poliovirus en Cuba <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa054960>
- ¹⁷ Perspectiva de un país en desarrollo sobre la poliomielitis paralítica asociada a la vacuna. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/15106301/?i=2&from=/12931339/related>
- ¹⁸ Poliomielitis paralítica asociada a la vacuna en la Federación de Rusia en 1998–2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/30201507/?i=9&from=poliovirus%20isolation>
- ¹⁹ Actualización sobre los poliovirus derivados de la vacuna - En todo el mundo, enero de 2017-junio de 2018. Jorba J, et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/30359342/?i=7&from=poliovirus%20isolation>
- ²⁰ Erradicación de la poliomielitis: la paradoja de la Vacuna Oral de la Polio (VOP). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/12931339/?i=5&from=/1766724/related>
- ²¹ Las vacunas contra la tos ferina acelular protegen contra la enfermedad pero no previenen la infección y la transmisión en un modelo de primates no humanos <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24277828>
- ²² Reunión de la Junta de Consejeros Científicos, Oficina de Enfermedades Infecciosas, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro de Comunicación Global Tom Harkins, Atlanta, Georgia, 11-12 de diciembre de 2013 https://www.cdc.gov/maso/facm/pdfs/BSCOID/2013121112_BSCOID_Minutes.pdf
- ²³ Investigaciones sobre la aparición de aislados de Bordetella pertussis deficientes en pertactina en seis países europeos, 1996 a 2012 <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2014.19.33.20881>
- ²⁴ Factores que contribuyen al resurgimiento de la tos ferina <https://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/17460913.3.3.329>
- ²⁵ Resurgimiento de la tos ferina: inmunidad menguante y adaptación de patógenos: dos caras de la misma moneda <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/pertussis-resurgence-waning-immunity-and-pathogen-adaptation-two-sides-of-the-same-coin/2C4624385819C751F0C4E9448D4ABF04>
- ²⁶ Pertussis: Enfermedad reemergente <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6140269.pdf>
- ²⁷ Análisis de la sanidad en España a lo largo del siglo XX. Ministerio de sanidad y consumo. Instituto de salud Carlos III <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&cid=19/10/2012-3c0cfd4ca3>
- ²⁸ Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad. 005 Hepatitis víricas. 1980 – 2017. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
- ²⁹ Una visión general de la hepatitis B <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/977/1196>
- ³⁰ Protección de la manada: la notable eficacia de las vacunas conjugadas de polisacáridos y proteínas contra la

- meningitis bacteriana en la alteración de la dinámica de transmisión
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3116338/>
- 31 Transporte meningocócico en relación con un brote de enfermedad invasiva debido al serogrupo C de *Neisseria meningitidis* en los Países Bajos
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163445399901019>
- 32 Vacunación contra el Meningococo C. Un repaso a la historia <https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/M15-5.1-meningococo-c.pdf>
- 33 Enfermedad meningocócica en España. Análisis de la temporada 2012-2013
https://www.researchgate.net/publication/273770048_Enfermedad_meningococica_en_Espana_Analisis_de_la_temporada_2012-2013
- 34 Aumento de la incidencia de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en adultos, Utah, EE. UU.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3322072/>
- 35 Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en adultos
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2810930/pdf/10982068.pdf>
- 36 Brote de enfermedad por *Haemophilus influenzae* tipo b en niños totalmente vacunados en una guardería.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/14743044/>
- 37 Meningitis de *Haemophilus influenzae* tipo B: ¿hay un resurgimiento? 24 años de experiencia en un hospital infantil.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/28504487/>
- 38 Reaparición de la enfermedad invasiva *Haemophilus influenzae* tipo b en una población bien vacunada en Alaska remota <https://academic.oup.com/jid/article/179/1/101/876916>
- 39 Reemergencia, en el suroeste de Alaska, de la enfermedad invasiva de *Haemophilus influenzae* tipo b debido a cepas indistinguibles de las aisladas de los niños vacunados
<https://academic.oup.com/jid/article/186/7/958/867457>
- 40 Calendarios de vacunación en España
<https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-7>
- 41 Evaluación de la eficacia clínica de la vacunación conjugada neumocócica de 13 valentes contra la neumonía en adultos de mediana edad y mayores en Cataluña: resultados del estudio de cohorte EPIVAC
<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-018-3096-7>
- 42 Política de vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) y medicina basada en evidencia: ¿están en desacuerdo?
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/07853890.2011.645353?journalCode=iann20>



Los investigadores confirman: Sarampión transmitido por los vacunados



Autor: Sayer Ji, Fundador de Greenmedinfo.com

Fecha de publicación: 27 de enero de 2015

Contacto: www.greenmedinfo.com

La moraleja de la historia es que no se puede culpar a los padres que no practican la vacunación de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades infecciosas cuando la vacunación no da lugar a inmunidad y no protege a los vacunados de infectar a otros. De hecho, los focos secundarios son una prueba de la ineficacia de la vacuna contra el sarampión en hasta el 99 % de inmunización en poblaciones compatibles llevadas a cabo durante décadas.

Un notable estudio revela que un individuo vacunado no sólo puede infectarse con el sarampión, sino que puede propagarlo a otras personas que también están vacunadas contra el mismo –así se desmiente doblemente la teoría tan ampliamente reivindicada que dos dosis de la vacuna triple viral tienen el “99 % de efectividad”.

Uno de los errores fundamentales en el pensamiento acerca de la efectividad de la vacuna contra el sarampión es que la recepción de sarampión-paperas-rubéola (MMR) equivale a una buena dosis de inmunidad contra estos patógenos

Uno de los errores fundamentales en el pensamiento acerca de la efectividad de la vacuna contra el sarampión es que la recepción de sarampión-paperas-rubéola (MMR)

equivale a una buena dosis de inmunidad contra estos patógenos. De hecho, se afirma comúnmente¹ que recibir dos dosis de la vacuna triple vírica es equivalente al “99 por ciento de efectividad en la prevención del sarampión”, a pesar de la evidencia de la epidemiología y la experiencia clínica² que lo contradice.

Esta forma de pensar errónea ha llevado al público, medios de comunicación y al gobierno por igual a atribuir el origen de los brotes de sarampión a la población no vacunada, como la que se informó recientemente en Disney³, **a pesar de que el 18% de los casos de sarampión se produjo en los que habían sido vacunados en contra del mismo**— a pesar del tan traído y llevado “99 % de efectividad”. Obvio, la poca fiabilidad de la vacuna también está indicada por el hecho de que el CDC ahora requiere dos dosis.

Pero los problemas en torno a la vacuna MMR son mucho más profundos.

En primer lugar, conllevan grandes riesgos de salud (más del 25 de los cuales hemos indexado aquí: **(Peligros de la vacuna MMR)**, incluyen-

do un mayor riesgo de autismo, según confesó **un científico senior del CDC a su agencia**.

En segundo lugar, **la vacuna MMR no logra conferir inmunidad constantemente⁴, pero los que han sido “inmunizados” con dos dosis de vacuna triple vírica todavía pueden transmitir la infección a otras personas**—un fenómeno del cual nadie informa con la prisa por culpar a los efectos mínimos o nulos de los vacunados por el brote.

Los vacunados con MMR aún pueden transmitir el sarampión

El año pasado, un estudio pionero publicado en la revista *Clinical Infectious Diseases*, cuya autoría incluye a científicos que trabajan para el Departamento de Inmunización, Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York, y el Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias, Centros para el Control de Enfermedades y Prevención (CDC), Atlanta, GA, estudió las pruebas del brote de sarampión Nueva York 2011 que los individuos **con evidencia previa de vacunación contra el sarampión e inmunidad**

de la vacuna fueron ambos capaces de infectarse con el sarampión e infectar a otros con él (la transmisión secundaria).

Este hallazgo incluso despertó la atención de la corriente principal de transmisión de noticias, como este artículo de Sciencemag.org de abril 2014 titulado “Brote de sarampión y localizar la paciente para todas las vacunas para la primera vez”.⁵

Bajo el título, “Brote de sarampión entre las personas con evidencia previa de inmunidad, en la ciudad de Nueva York en 2011”⁶, el estudio pionero reconoció que “puede ocurrir en individuos vacunados contra el sarampión, pero la transmisión secundaria a estas personas no ha sido documentada”.

Con el fin de averiguar si las personas que cumplen con la vacuna contra el sarampión son capaces de ser infectados y **transmitir la infección a otros**, evaluaron los casos y contactos expuestos durante un brote de sarampión en 2011 NYC sospecha. Se centraron en un paciente que había recibido dos dosis de la vacuna contra el sarampión y encontró que, “de 88 contactos, en cuatro casos secundarios se confirmó que tenían dos dosis de vacuna antisarampionosa o un sarampión pasado, positivo de anticuerpos IgG. Todos los casos tuvieron la confirmación del laboratorio de infección por sarampión, los síntomas clínicos compatibles con el sarampión y alta avidéz IgG característica de anticuerpos como respuesta inmune secundaria”.

Su notable conclusión

“Este es el primer reporte de la transmisión del sarampión de un individuo vacunado dos veces. La presentación y los datos clínicos de laboratorio del índice eran típicos de sarampión en un paciente no tratado. Los casos secundarios tuvieron respuestas anamnésticas de anticuerpos robustos. No hay casos terciarios y tampoco se produjeron a pesar de numerosos contac-

tos. Este brote pone de relieve la necesidad de una minuciosa investigación epidemiológica y de laboratorio de los casos sospechosos de sarampión, independientemente del estado de vacunación”.

Nos llegaba la información de que un individuo dos veces vacunado, a partir de un brote de sarampión NYC, se encontró que ha transmitido el sarampión a cuatro de sus contactos, dos de los cuales habían recibido dos dosis de la vacuna triple vírica y tenía sarampión, presumiblemente resultado de anticuerpos protectores IgG anteriores.

Este fenómeno (la vacuna triple vírica compatible puede infectar casos compatibles con otra vacuna MMR) ha sido ignorado por los organismos de salud y los medios de comunicación. Estos datos corroboran la posibilidad de que, durante el brote de sarampión Disney los vacunados previamente (cualquiera de los 18% sabe que se han infectado) hayan podido infectarse o ya estaban superando un sarampión de una vacuna contra el sarampión que se transmite tanto a los vacunados como a los no vacunados.

Dejar de culpar a una vacuna contra la falta de la vacunación

Los científicos del CDC de Inmunización de la ciudad de Nueva York identificaron una “necesidad” para que haya “una exhaustiva investigación epidemiológica y de laboratorio de los casos sospechosos de sarampión, independientemente del estado de vacunación”, es decir, los investigadores deben descartar la ineficacia de la vacuna y la infección en personas totalmente infectadas como contribuyentes a brotes de sarampión.

En cambio, lo que está sucediendo ahora es que en el momento en que un brote de sarampión se produce, se asume la actitud reflexiva de “culpar a la víctima”, y los medios de comunicación y/o agencias de salud informan

sobre el brote como si se hubiera demostrado un nivel bajo de protección o nulo completamente, a menudo, sin pruebas suficientes para apoyar estas afirmaciones.

Se hace patente la necesidad de un debate, vacuna sí o no, para examinar la situación **desde la perspectiva de la evidencia en sí**⁷ y no desde la ciencia por la proclamación o por las peticiones a la autoridad.

La mayoría de las enfermedades contra las que se vacuna a los niños son leves y contraerlas ayuda a los niños a fortalecer el sistema inmune cuando son pequeños.

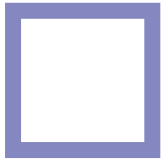
El sarampión es una de las pocas que puede causar algunas complicaciones, pero hoy en día se sabe que la causa es déficit de vitamina A. De hecho, organizaciones internacionales de salud usan la **vitamina A** en países del tercer mundo en la prevención del sarampión.

Louise L. Hay (Pensamientos y alimentos), Urano Ediciones.

Referencias

- ¹ www.cdph.ca.gov/Pages/NR15-008.aspx
- ² www.greenmedinfo.com/blog/measles-and-measles-vaccines-14-things-we-consider
- ³ www.greenmedinfo.com/blog/disney-measles-outbreak-mousetrap-ignorance
- ⁴ www.greenmedinfo.com/blog/2013-measles-outbreak-failing-vaccine-not-failure-vaccinate1
- ⁵ <http://news.sciencemag.org/health/2014/04/measles-outbreak-traced-fully-vaccinated-patient-first-time>
- ⁶ <http://cid.oxfordjournals.org/content/58/9/1205.long>
- ⁷ www.greenmedinfo.com/guide/health-guide-vaccine-research

El montaje SIDA y cómo desmontarlo



Autor: Lluís Botinas. Presidente Plural-21. Barcelona

Fecha de elaboración: junio de 2019

Contacto: lluis.botinas@plural-21.org

En este breve texto el autor concentra 25 años (1990–2014) dedicados a investigar, de manera independiente y sin cobrar nada, “eso” llamado SIDA. Cada afirmación que escribe es fruto de esta larga experiencia, y expresa parte de las conclusiones a que ha llegado tras numerosas, paulatinas y sucesivas dudas, preguntas, conversaciones, debates, lecturas, hipótesis, artículos publicados, un libro editado, otro libro mucho más completo que no llegó a ver la luz, etc. Su pretensión no es convencer ahora a nadie sino interesar en resituar este tema.

Introducción

Nadie nace disidente, sino que confía en lo que le enseñan. Así, me creí “la versión oficial del SIDA” de 1981 a 1990. Luego, golpe a golpe, la fui cuestionando hasta que hacia 1997 se había convertido en un enorme interrogante. Permanecí disidente hasta el 2009. Pero fui viendo la necesidad de superar la versión disidente debido a que comparto con los oficialistas la primera y más grave falsedad que exigí luego crear el resto de falsedades: que “eso” llamado SIDA es una enfermedad, por lo que debe ser tratada. Para los disidentes la diferencia es que la “enfermedad SIDA” tiene causas distintas al supuesto “VIH”, por lo que hay que tratarla de manera distinta que con “cócteles”, la quimioterapia oficial supuestamente “anti-VIH”. En el 2009 efectué el que considero paso cualitativo más importante: de disidente a desmontador. Se puede resumir en que “El SIDA no es una enfermedad a tratar –ni siquiera alternativamente– sino un montaje *made in USA* a desmantelar”. Y éste es el subtítulo de mi libro publicado “DESMONTAR EL SIDA” (Cauac, Murcia), que está

agotado pero puede bajarse gratuitamente de <http://plural-21.org/wp-content/uploads/2016/02/LIBRO-Desmontar-el-SIDA-w.pdf>.

¿Quién montó el sida?

La conclusión a que llegué es que tuvieron que ser los CDC (*Centers for Disease Control*, Atlanta, EE.UU. Conviene no olvidar estas siglas pues corresponden al organismo estadounidense más influyente en la sanidad mundial, sobre todo occidental. Una vez se los tiene presente, se ve como los CDC aparecen detrás de las epidemias-montaje y de otras operaciones político-sanitarias en cualquier parte del mundo. Un detalle: puesto que tienen origen en el ejército de EE.UU., sus directivos tienen grado de oficial.

¿Cómo se montó el sida?

Los CDC tardaron 14 años (1981–1995) en construir el SIDA. No fue fácil, pero la “gran revolución dentro del VIH/SIDA” de 1995 dejó establecidas las

macabras “reglas de juego SIDA” que siguen destruyendo muchas vidas.

Sucintamente, los siete pasos principales fueron:

- **1981:** a partir del 5 de junio los CDC afirmaron, sin prueba científica alguna, que habían detectado en homosexuales una enfermedad contagiosa caracterizada por una inmunodeficiencia; la nombraron GRID (*Gay Related ImmunoDeficiency*) y enseguida la presentaron como “inevitadamente mortal” (¡“la peste rosa”!). Esto debería haber provocado sospechas entonces, pero mucho más ahora. Porque, ¿en base a qué seguimientos, estudios, conclusiones... pudieron afirmar a las poquísimas semanas que la supuesta nueva enfermedad era “inevitadamente mortal”? Este terror sembrado intencionadamente desde el inicio puso en marcha la construcción de “eso” llamado SIDA. Y para justificar este primer engaño, los CDC dirigieron todos los trucos, heterodoxias, fraudes y corrupciones necesarias para imponer una falsedad mundial que tuviese apariencia pseudocientífica y tecnológica.

- **1982:** con 452 casos de GRID, los CDC afirman en junio que hay una “epidemia”. Con cientos de oficiales de los CDC y de médicos buscando “casos de GRID” entre 230 millones de habitantes, coleccionar menos de 500, ¿permite hablar de “epidemia”? Considero que no. Pero como que querían una epidemia, los CDC actuaron para construirla introduciendo: “**grupos de riesgo nuevos**, las cuatro h minúsculas: haitianos, heroinómanos, hemofílicos y hetairas”. Pero Haití protestó y los CDC retiraron “haitianos”; y sin necesitar que las prostitutas protestasen, los CDC retiraron “hetairas” (prostitutas en griego) porque sólo encontraron casos en prostitutas drogadictas; y doce enfermedades antiguas (neumonía por *Pneumocystis carinii*, sarcoma de Kaposi, toxoplasmosis, candidiasis esofágica, citomegalovirus pulmonar, herpes simple...) como “definitorias de SIDA”. Porque, mientras, los CDC cambian el nombre de GRID a SIDA, y el director de los CDC afirma “He decidido que el SIDA es vírico”, y promueve todas las trampas necesarias hasta poder anunciar fraudulentamente al mundo que “se ha encontrado el virus causante del SIDA”.
- **20 de mayo de 1983:** el Dr. Luc Montagnier, del Institute Pasteur de París, afirma en *Science* haber aislado un virus en un “enfermo de SIDA”, aunque concluye “falta ver cuál es su papel en la etiología del SIDA”. Por este artículo que no demuestra haber aislado virus alguno, le concedieron el Nobel de Medicina del 2008.
- **23 de abril de 1984:** sin haber publicado un solo artículo científico que lo avalase, el Dr. Robert Gallo anuncia en rueda internacional de prensa que ha aislado el virus causante del SIDA. Así nació la ficción que se llama “VIH/SIDA” desde 1987, cuando se bautizó “VIH” al

supuesto virus. Pero, además, tres documentos hechos públicos en 2008 en el libro de Janine Roberts “Miedo de lo invisible” demuestran que los artículos publicados por Gallo en *Science* el siguiente 4 de mayo son fraude científico.

- **1985:** se diseñan, fabrican y aprueban unos tests de anticuerpos tipo ELISA no para diagnosticar “infección por VIH” sino solamente para hacer *screening* (cribado) de las donaciones de sangre y destruir aquellas muestras que diesen positivo. Esta “operación” se hizo para tranquilizar a los receptores de transfusiones de sangre, atemorizados por el bulo casi inicial según el cual “la causa del inevitablemente mortal SIDA también se transmite por sangre”.
- **1987:** hay una mini-revolución dentro del SIDA oficial: se acaba llamando “VIH” al supuesto virus supuestamente aislado por Gallo y Montagnier, construyéndose el “VIH/SIDA”; se añade la H mayúscula de Heterosexuales, convirtiendo a toda la población mundial en un gigantesco “grupo de riesgo”; se aprueba el test de anticuerpos tipo Western Blot; se impone el 14 de agosto que “test positivo significa infección activa por VIH”; se aprueba el quimioterápico AZT como “primer tratamiento oficial del SIDA”; y se acuña la expresión “VIH/SIDA”.
- **1995:** gran revolución dentro del “VIH/SIDA”, quedando instaurado el montaje SIDA tal como hoy es conocido. Consta de cinco componentes: se cambia el modelo de supuesto VIH, pasando del “modelo-Gallo-Montagnier-de-VIH” al “modelo-Ho-de-VIH”; se aprueban los cócteles; se aplica esta quimioterapia bajo la consigna “golpear rápido, golpear fuerte”; se introduce el falso marcador indirecto llamado “carga viral” que sirve para presentar como bene-

ficiosos unos cócteles que matan; se pasa de la mentira “el SIDA es inevitablemente mortal” al engaño “el SIDA es una enfermedad crónica”.

¿Por qué los CDC construyeron el engranaje criminal SIDA?

Esto es lo único que planteo como hipótesis. Lo anterior es la explicación más coherente que he elaborado en la medida que, paso a paso, fui comprendiendo que no hay documentación científica original alguna que demuestre punto alguno del “VIH/SIDA”.

Los CDC (Centers for Disease Control) de Atlanta, EE.UU. montaron el Sida.

Dejando bien claro que si me equivoco en mis suposiciones ello no implica que las afirmaciones oficiales sean ciertas, expongo a continuación dos hipótesis que he elaborado: la suave y la dura. Ambas coinciden en que el SIDA real es una construcción político-socio-económico-pseudocientífico-pseudomédico-pseudoreligioso-pseudohumanitario-moralístico-mediático-racista-etc. puesta en marcha en 1981 en los EE.UU., pero difieren en que hubiese o no unos constructores conscientes... que identifico como los CDC.

Hipótesis suave

Afirma que “simplemente” los mecanismos sociales, mediáticos, psicológicos, universitarios, etc., instrumentalizados por los centros de poder y por los intereses económicos imperantes en las sociedades económicamente desarrolladas, bastan para explicar la paulatina implantación a escala planetaria del monstruo llamado SIDA,

que carece de toda base científica, biológica, etc. ¡No está mal!

Hipótesis dura

Parte de que el problema cuantitativo más importante que tiene la Medicina Oficial es la resistencia microbiana a los medicamentos. Lógicamente, este problema nació en los EE.UU. porque fueron los pioneros en el uso masivo de fármacos de síntesis química en general y de antibióticos en particular.

Tardaron 14 años (1981–1995) en construir la teoría del Sida.

Hipotetizo que a inicios de los setenta (¿1973?) se celebró una reunión a alto nivel donde fue aprobado que los CDC organizaran un experimento a fin de obtener rápidamente mucha información sobre las consecuencias de la ingesta de antibióticos, en particular la aparición de resistencias, y buscar otros tratamientos antimicrobianos.

Y los CDC decidieron hacerlo con los homosexuales que en el marco de la “Revolución *Gay*” de los setenta tenían una gran actividad sexual. Desde su punto de vista patriótico, estos homosexuales tienen la gran ventaja de no reproducirse, con lo que se reducirían las consecuencias perniciosas del ensayo.

El experimento consistió en ver qué ocurría si se ingerían muchos antibióticos en poco tiempo. Por primera vez en la historia de la Medicina, se recomendó tomar antibióticos como profiláctico. Para ello, agentes de los CDC visitaron a médicos homosexuales que llevaban pacientes homosexuales muy activos y les convencieron de que, por el bien de sus clientes, les recomendaran tomar antibióticos preventivamente.

Cuando el 5 de mayo de 1981 se publica la detección de los primeros

homosexuales muertos a causa del experimento, los CDC empiezan a montar una nueva enfermedad de transmisión sexual inevitablemente mortal que los justifique. Posteriormente extrapolaron el riesgo a toda la población convirtiendo un experimento secreto en otro a la luz del día que arrastra a millones de personas a ingerir nuevos fármacos para combatirla.

Esta hipótesis dura permite entender que los CDC se esforzaran en montar el SIDA dándole una apariencia pseudocientífica con disfraz tecnológico; que las primeras víctimas fueran homosexuales; que se presentase la nueva enfermedad como incurable; que el SIDA sea primera vez en tantos aspectos; la supermedicalización con quimioterapia y antibióticos; el dinero derrochado y la dimensión política mundial de la “lucha contra el SIDA” a partir de la profunda implicación del Gobierno estadounidense. Por todo esto considero que la única posibilidad es que el SIDA fue *made in USA*.

Importancia de desmontar el SIDA

Una vez llegado a la conclusión de que “eso” llamado SIDA es un montaje destructivo mundial *made in USA*, la perspectiva de casi 40 años permite afirmar que impuso en 1981 el primer dogma mundial de terror, y que puede ser un importante componente del **Nuevo Orden Mundial**.

Desmontar el SIDA llevaría beneficios para la humanidad, la vida, el planeta y... ¡TODO! Considero que el SIDA es el eslabón débil de la cadena “orden establecido contra la población mundial”, y su desmontaje cuestionará la medicina, la ciencia y la sociedad oficiales que lo han creado, y abrirá espacios de libertad donde puedan aplicarse muchos conocimientos y enormes recursos, beneficiosos para

la sociedad, que actualmente están siendo ridiculizados, silenciados, marginados, represaliados...

¿Cómo desmontar el SIDA?

Cambiar de actitud. Terminar con “eso” llamado SIDA no es una cuestión científico-médica sino jurídico-político-criminal. Aunque censurados, durante casi cuatro décadas miles de científicos, médicos y víctimas de numerosos países se han esforzado en Repensar, Replantear o Reevaluar el SIDA. Convendría reorientarlos en acciones en muchos ámbitos dirigidas coordinadamente a **ACABAR CON EL SIDA**.

En especial, considero imprescindible asimilar que desde octubre del 2009 a febrero del 2015 Clark Baker logró en los EE.UU. que 57 personas a las que se pedía 10 ó más años de cárcel por supuestamente “haber contagiado el VIH” a terceras personas, quedasen en libertad al lograr que los jueces entendiesen que los tests son una chapuza, por lo que no se puede afirmar “el acusado tiene VIH”, y menos se le puede condenar por supuestamente “haber transmitido VIH” a alguien que tiene la desgracia de dar positivo a los tests-trampa.

Enuncio a continuación algunas entre las muchas más posibles Propuestas para **DESMONTAR EL SIDA**:

- **RECOPIRAR TESTIMONIOS ANÓNIMOS PERO AUTÉNTICOS** escritos por las propias víctimas.
- **DECLARARSE TERRITORIO LIBRE DEL MONTAJE SIDA** y formar **Núcleos ACABAR CON EL SIDA** en cada ciudad de cada país.
- **ROMPER LA CENSURA**: Lo-

- grar la circulación masiva del material crítico. Etc.
- **ACCIONES JUDICIALES:** Inundar con denuncias y querellas exigiendo indemnizaciones y responsabilidades. Intervenir en los juicios defendiendo: a padres amenazados con quitarles sus hijos, a personas acusadas de “contagiar el VIH”... “Caso Levine”: aunque avisen, las farmacéuticas son responsables de los efectos secundarios. Etc.
 - **ANTE LA ADMINISTRACIÓN:** Moratoria inmediata (hasta su prohibición total) en: 1) aplicar los “tests-atrapa-víctimas”, y 2) administrar la quimioterapia “cócteles”. Exigir responsabilidades de todo tipo a quienes han permitido la aplicación masiva del homicida montaje SIDA. Etc.
 - **HOSPITALES:** Informarles. Exigir el cumplimiento del consentimiento informado. Requerir la repetición de las “pruebas del SIDA”. Etc.
 - **ANTE LAS AUTORIDADES CIENTÍFICAS, MÉDICAS, UNIVERSITARIAS, POLÍTICO-ADMINISTRATIVAS...:** Exigir (notarialmente) los **artículos científicos DE REFERENCIA ORIGINALES** de todos y cada uno de los puntos del “VIH/SIDA”. Etc.
 - **ANTE LA CONDUCTA CRIMINAL DEL Dr. GALLO:** Presionar a *Science*. Llevarlo a juicio. Web: Gallocriminal. Etc.
 - **ANTE LA CONDUCTA CONTRADICTORIA DEL Dr. MONTAGNIER:** Retirada del Premio Nobel. Obligarle a hablar claro. Etc.
 - **ANTE LAS FARMACÉUTICAS DEL SIDA:** Avisar a los accionistas del riesgo que corren de perder su dinero por delinquir. Etc.
 - **INTELECTUALES Y ARTISTAS:** Demostrarles que fueron manipulados... y que rectifiquen apoyando acabar con el SIDA.
 - **RECOGER FIRMAS DE PERSONALIDADES DE TODO TIPO PARA UN DEBATE.**
 - **INICIATIVAS EN CUALQUIER CAMPO:** Puente aéreo con Australia para regresar “seronegativo”. Candidaturas electorales **ACABAR CON EL SIDA**. Formación de Tribunales Científicos, Jurídicos... Conciertos. Camisetas. Etc.
 - **ANTE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN:** No ir a buscar los importantes; vendrán cuando tengamos fuerza suficiente. Cultivar los pequeños susceptibles de interesarse; documentar periodistas rigurosos, *freelance...* que se preparen. Etc.
 - Etc.
 - Y, sobre todo, **Organizar una Conferencia Internacional ACABAR CON EL SIDA.** ■



redes



Red Española de Tratamiento Homeopático de Efectos Postvacunales

Dr. Jesús Albillo
Tel. 951 033 754
Málaga

Dr. Gerardo Angulo
Tel. 944 234 149
Bilbao

Dr. Pedro Arangüena
Tel. 986 416 321
Vigo

Dr. Anselmo Barandiarán
Tel. 943 004 704
Donosti (Guipúzcoa)

Dra. Caterina Bonnin
Tel. 971 728 179
Palma de Mallorca

Dr. Andreu Forteza
Tel. 971 206 566
Palma de Mallorca

Dra. Carme Fradera
E-mail: homeolot@gmail.com
Olot. Girona

Dra. Chus García
E-mail: chus.garcia@ya.com
Madrid

Dra. Begoña García-Calvo
Tel. 915 718 113.
Madrid

Dra. Coro Goitia
E-mail: corogoitiaispizua@gmail.com
Tel. 945 175 905. Vitoria
Tel. 944213499. Bilbao

Dr. Isidre Lara
Tel. 971 206 566
Palma de Mallorca

Dr. Juan Manuel Marín
Tel. 932 457 575
Barcelona. Albacete

Dra. Margalida Miquel-Gomara
Tel. 971 760 272
Esporles. Mallorca

Dr. Joan Mora
Tel. 972 202 803
Girona

Dra. Montse Noguera
Tel. 934 191 716
Barcelona

Dra. Anna Plà
Tel. 932 458 863
Barcelona

Dr. Joaquim Peleteiro
Tel. 971 206 566
Palma de Mallorca

Dra. Esther Sagredo
E-mail: cmzabalburuesther@gmail.com
Tel. 944 213 499
Bilbao

Dr. Rodolfo de la Torre
Tel. 922 288 524
Sta Cruz de Tenerife

Anna Vallés
E-mail: anna.valles.r@gmail.com
Tel. 932 850 035
Barcelona

Red Española de Información sobre Vacunas

Aicart, Miguel (Socio Liga)
E-mail: migmai@infonegocio.com
Tel: 976466868
Zaragoza

Alero, Adela (Migjorn)
Sant Vicenç de Castellet (Barcelona)
E-mail: migjorn@migjorn.net

Alonso, Mar (Terapeuta)
Bilbao
E-mail: marsatva@gmail.com

Arangüena, Pedro
c/ Celso Emilio Ferreiro, 5. 36203. Vigo
Tel. 986416321
E-mail: pap232000b@hotmail.com

Argudo, Ramón
c/ Plaza San Antolín, 4, 1º. 30005. Murcia
E-mail: ramonargudo@yahoo.es

Argüelles, Concepción
Tenerife
E-mail: conchaprendes@gmail.com

Asociación AMA2
Kiko Valle
Sevilla
Tel. 650644950

Asociación Titània-Tascó
c/ Llibertat, 47, baixos. Barcelona
Tel. 934266559
E-mail: pepidominguez_8@hotmail.com

Basabe, Eneka
Centro Regazofeliz
E-mail: eneka@regazofeliz.com
Tel: 944666789
Bilbao (Vizcaya)

Bizkarra, Karmelo
Zuhaizpe-Las Casetas. 31177. Arizaleta
Tel. 948542187
E-mail: zuhaizpe@zuhaizpe.com

Bruderer, Hannah (Comadrona homeópata)
Ponferrada (León)
Tel. 687617445

Clemen, Ulrike (Naturista y homeópata)
E-mail: ulrikeclemen@gmx.net
Besalú (Girona)

Codina, Àngels
Andorra
Tel. 376865850. Llamar de 21 a 21:30h.

Cruickshank, Maria (BioSphera)
Pamplona
Tel. 679 726 518

Dequero, Carlos
Manacor
Tel. 971564981
E-mail: cde1@comib.com

Edo, Susana
La Seu d'Urgell (Lleida)
E-mail: sedo3189@hotmail.com

Ferrer, Cristina (Colaboradora LLV)
Cáceres
E-mail: cristina.moreno@gmail.com

Fuentes, María (Médica)
Arcos de la Frontera (Cádiz)
E-mail: secretaria@mariafuente.es

García de Simón, Eloy
(Osteópata. Fisioterapeuta)
Valladolid (capital)
E-mail: eloygarcias@gmail.com

Gil Moreno, Jesús (Socio Liga)
c/ Vara de Rey, 44 5º B. 26002. Logroño
Tel. 941255273
E-mail: jesusgilmoreno@yahoo.es

Gispert, Montse (Médico)
Salt (Girona)
E-mail: mgispertnegrell@yahoo.es

Goitia, Coro
c/ Zabálbaru, 4, 1º. 48010. Bilbao
Tel. 944213499
E-mail: jtorrezabal@terra.es

Gómez, Teresa (comadrona)
Sevilla
Tel. 629 560 115

González, Roberto
c/ Félix Latasa, 14 pral. A. 50006
Zaragoza
Tel. 976359538
E-mail: roberto_gonzalez@infonegocio.com

Guerrero, Alicia (Colaboradora Liga)
E-mail: lavioleteradeelche@yahoo.es
Elche (Alicante)

Igual, Belén
Paseo del Norte, 26. 28290. Las Matas
Tel. 913690546
E-mail: belen_igual_diaz@hotmail.com

Lérida, Gema (Colaboradora Liga)
Murcia
E-mail: gemalerida@yahoo.es

Lladó, María José (Psicoterapeuta)
Madrid
E-mail: mariajose@acimut.org

Madrazo, Rebeca (Doula)
E-mail: lakumpania.santander@gmail.com
Santander (Cantabria)

Marcos, Carmen
c/ Amesti, 16 3º pl. Dep. 7. 48990. Guetxo
Tel. 944604046
E-mail: zuazquita59@yahoo.es

Marenostrom
c/ Fontanella, 16. pral. 08010. Barcelona
E-mail: info@marenostromcsf.com

Martín, Santos (Médico)
E-mail: 26185smm@comb.es
Granollers (Barcelona)

Martínez, José
Badajoz
E-mail: martinezpescador@gmail.com

Mateo, Coral (veterinaria)
Gijón
E-mail: coralmateo@telefonica.net

Montserrat, Rosa
Reus (Tarragona)
E-mail: rosa.montserrat@yahoo.es

Moreno, Almudena
Los Madroños. 12594. Castellón
Tels. 974760658. 646308307

Pérez, Margarita (Pediatra)
Madrid
E-mail:
homeopatiaypediatria@gmail.com

Pla, Anna
c/ Valencia, 472 3º 3ª. 08013. Barcelona
Tel. 932458863

Peleteiro, Joaquín
c/ Poador, 53. 07340. Alaró
Tel. 971208766

Reija, Angel
C/ Curtidores, 3. 40002. Segovia
Tel. 921441995
E-mail: hara@wanadoo.es

Ribero, Mª Trinidad
c/ Portugal, 26 6º C. 03003. Alicante
Tel. 965923742
E-mail: mtriberado@coma.es

Sagredo, Esther
c/ Zabálbaru, 4, 1ª. 48010. Bilbao
E-mail: esther.sagredo@terra.es

Saz, Pablo
c/ Miguel Labordeta, 43 3º B. 50017
Zaragoza
Tel. 976320920
E-mail: pablosaz@unizar.es

Vázquez, Cinta (Terapeuta)
Sevilla
E-mail: cintavq@hotmail.com

Red Internacional de Asociaciones que Luchan por la Libertad de Vacunación en el Mundo

EUROPEAN FORUM FOR VACCINES VIGILANCE (EFVV)

<http://www.efvv.eu/>

ALEMANIA

EFI Marl
Birgit FRANKHÄNEL
Sickingmülher Str. 92
45768 Marl
www.efi-marl.de

Libertas & Sanitas e.V Marbach (LiSa)
Postfach 1205
D 85066 Eichstätt
E-mail: redaktion@impfnachrichten.de

EFI (Eltern für Impfaufklärung)
Angelika KÖGEL-SCHAUZ
Leharstr. 65 1/5
86179 Augsburg
www.efi.online.de

Colette LEICK-WELTER, PhD
Kohlmeisenstieg 10
D 22399 Hamburg
E-mail: Colette.welter@tiscali.de

ARGENTINA

Eneko Landáburu
Misiones
E-mail: enekolan@gmail.com

Eduardo YAHBES
www.librevacunacion.com.ar
E-mail: info@librevacunacion.com.ar
E-mail: eduardoyahbes@gmail.com

AUSTRALIA

Viera SCHEIBNER
178 Govetts Leap Road
Blackhealth NSW 2785
E-mail: vscheibner@mpx.com.au

Ian SINCLAIR
E-mail: ian@vaccinationdebate.com
www.vaccinationdebate.com

Maureen HICKMAN
PO Box 274
Ettalong Beach, NSW 2257
E-mail: acii@ozemail.com.au

AUSTRIA

Petra CORTIEL
Stauffenstr. 9A
5020 Salzburg
E-mail: cortiel@salzburg.co.at

AEGIS Österreich
Dr Johann LOIBNER
A 8563 Ligist
E-mail: info@aegis.at
www.aegis.at

BELGICA

Dr Kris GAUBLomme
Bostraat 74/6
Hasselt
E-mail: kris.gaublomme@telenet.be
www.vaccinatedamage-prevention.org

Preventie Vaccinatieschade vzw (PVS)
E-mail: info@vaccinatieschade.be
www.vaccinatieschade.be

Infor Vie Saine
R. ACMANNE
127, rue de Fernelmont
5020 Champion
E-mail: inforviesaine@pro.tiscali.be
www.inforviesaine.be.tf

BOLIVIA

Hannelore PELLHAMMER
Cochabamba
E-mail: hannepel@yahoo.de

Josef HENAO
La Paz
E-mail: homeobol@aleph.com.bo

Vivi Camacho
Cochabamba
E-mail: camachovivian@gmail.com

BRASIL

Taps (Temas Atuais na Promoção da Saúde)
Dr Veronica CARSTENS
Caixa Postal 17
CEP 13280-970 Vinhedo
E-mail: info@taps.org.br
www.taps.org.br

CANADA

Association for Vaccine Damaged Children
67 Shier, Winnipeg
Manitoba R3R 2H2

COLOMBIA

Juan Manuel Martínez Méndez MD.
Cra. 10 # 8-93 Cons. 301 - CHÍA
Tel. 5718630876
E. mail: jmmartin61@hotmail.com

CROACIA

SUZANA PEŠA VUČKOVIĆ
Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata (Croatian Association for the Promotion of Patients' Rights)
Čajkovskog 5, SPLIT, CROATIA
Mail: suzana_pesav@yahoo.com
FB community Cijepljenje – pravo izbora
https://www.facebook.com/pravoizbora
info@cijepljenje.info
Tel. 385 98 829 883

DINAMARCA

Else JENSEN
Donnevaeldevej 40
3230 Graested
E-mail: vacforum@forening.dk
www.vaccinationforum.dk/links.htm

Eva AMBROSIUS
Norhaven Paperback A/S
DK 8800 Viborg
E-mail: ea@norhaven.dk

ESLOVENIA

FoCA – The Freedom of Choice Association
Primoz VERBIC - Pot v Mocilnik 2-1360
VRHNIKA
Tel: 386 - 40 319 744
E-mail: primoz.verbic@gmail.com
www.svood.org
E-mail: info@svood.org

ESPAÑA

Liga para la Libertad de Vacunación (LLV)
Xavier Uriarte
Apartado Correos 100
17080 Girona
E-mail: info@vacunacionlibre.org
www.vacunacionlibre.org

Afectados del Mercurio Vacunas (AVA)
Ana Medina
E-mail: autismoava@gmail.com
www.autismoava.org
Barcelona

Afectados Vacuna Papiloma (AAVP)
Alicia Capilla
E-mail: asociacion@aaavp.es
Valencia

Afectados por las Vacunas (Familias con hijos afectados por Vacunas)
Jose Antonio Narvéz (Badajoz) y
Federico Apellániz (Málaga)
E-mail:
afectados@afectadosxvacunas.org

Asociación Dolça Revolució
E-mail: lola@dolcarevolucio.cat

Grupo Stop Vacunas
E-mail: luacatala@gmail.com

Miguel JARA (Periódico electrónico Medicamentos)
Madrid
E-mail: migueljara@gmail.com

Revista Discovery
Antonio MURO
Madrid
E-mail: kuffet@gmail.com

Máximo SANDIN
Microbiología
E-amail: maximo.sandin@uam.es
Madrid

ESTADOS UNIDOS

National Vaccine Information Center (NVIC)
Barbara LOE FISCHER & Kathi WILLIAMS
421-E Church Street
Vienna, VA 22180
www.nvic.org

Vaccination Information And Liberation-South Florida Chapter
PO Box 293144
Fort Lauderdale, Florida 33329
E-mail: educate@vacinfo.org
www.vacinfo.org

Tim O'SHEA
New West 60. 13 St.
San José, California 95112
E-mail: doc@thedoctorwithin.com
www.thedoctorwithin.com

Sandy MINTZ
Anchorage (Alaska)
www.vaccinationnews.com

FINLANDIA

Rokotusinfo ry (Finnish Vaccine Information Society)
Retkeilijänkatu 10 B 15
FI-00980 Helsinki
www.rokotusinfo.fi
E-mail: rokotusinfo@rokotusinfo.fi

FRANCIA

ALIS (Association Liberté Information Santé)
E-mail: info@alis.asso.fr
www.alis.asso.fr

Ligue Nationale pour la Liberté des Vaccinations
E-mail: LNPLV.acy@wanadoo.fr
www.ctanet.fr/vaccination-information

GRAN BRETAÑA

The Informed Parent
Magda TAYLOR
PO Box 870. Harrow.
Middlesex HA3 7UW
E-mail: magdataylor@lazou.fsnet.co.uk
www.informedparent.co.uk

WDDTY (What Doctors Don't Tell You)
2 Salisbury Road
London SW19 4EZ
E-mail: cs@wddty.co.uk
www.wddty.co.ukJABS

Justice Awareness and Basic Support
Jackie FLETCHER
1 Gawsorth Road. Golborne
Warrington, Cheshire WA3 3RF
E-mail: tony@jabs.org.uk
www.jabs.co.uk

GRECIA

Marianne et Christian DARLAGIANNIS
Vogatsiko-Kastoria
GR T. K. 52053 (Allemand/grec)
E-mail: krebs@otenet.gr

Christine COUZELI (Francés/griego)
L. Alexandras 38
GR 49100 Corfou

Gerassimos STOURAITIS
(alemán/griego)
Aristotelous 14
GR 10433 Athènes

HUNGRIA

Johannes BRUNEN (Alemán/húngaro)
Piliscsaba
Bajcsy-Zsilinsky út 55
HU 2081
E-mail: johann.brunen@ketezeregy.hu

IRLANDA

IRISH VACCINATION AWARENESS
Catherine Weitbrecht
Letterbarrow
Donegal Town. Co Donegal
ctweitbrecht@gmail.com
irishvaccinationawareness@outlook.com

ISLAS FIDJI

Erwin ALBER (Alemán/inglés)
PO Box 139. Pacific Harbour. Viti Levu
E-mail: alberfj@yahoo.com

ISRAEL

Dr Chaim ROSENTHAL
25 Har Simai. Raanana
E-mail: homeorof@netvision.net.il

Brain Damaged Children Rehabilitation
Association
PO Box 484
Kefar Saba 44 104

ITALIA

Associazione COMILVA
(Coordinamento del Movimento Italiano
per la Liberta delle Vaccinazioni)
E-mail: comilva@comilva.org
www.comilva.org

Simone et Thomas FEDERSPIEL
Hauptstrasse 38c
I 39027 Reschen/Südtirol
E-mail: t.federspiel@rolmail.net

CONDAV (Coordinamento Nazionale
Danneggiati da Vaccino)
Via Borgofreddo, 38
46018 Sabbioneta
E-mail: info@condav.it
www.condav.it

Associazione Vittime dei Vaccini
Giorgio TREMANTE
Via Danilo Preto, 8
37133 Verona
E-mail: tremantegiorgio@libero.it

LUXEMBURGO

AEGIS Luxembourg a.s. b. l.
BP 20. 3206 Roeser
E-mail: info-aegis@internet.lu

NORUEGA

Anette NEUMANN-TINGULSTAD
Britanatorget
Storgt. 27
1440 Drobak

Karen SUNDØY
Grodemtunet 15
4029 Stavanger

Vaksineopplyste Foreldre
Lise KASPERSEN
E-mail: lise.kaspersen@c2i.net

NUEVA ZELANDA

IAS (Immunisation Awareness Society)
PO Box 56-048. Dominion Road
Auckland 1003
www.ias.org.nz

PAISES BAJOS

NVKP (Nederlandse Vereniging Kritisch
Prikken)
www.nvkp.nl

Stichting Vaccinatieschade
www.vaccinatieschade.nl

PERÚ

Augusto Grandez (Psicólogo)
Lima
E-mail: ottug61@yahoo.com

Diana Ochoa (Nutricionista)
Lima
E-mail: diana_55_7@hotmail.com

Elsa Goycochea (Enfermera)
Lima
E-mail: elsie8000@yahoo.es

Ana Belén Colonia (Nutricionista)
Lima
E-mail: anabelencori@gmail.com

SERBIA

Dragana Tadic
Mail: efv.v@vakcinainfo.org

Dragana Timotic
E-mail: draganatimotic10@gmail.com
Kraljice Marije 49
Belgrade

SUECIA

Maria CARLSHAMRE
E-mail: maria.carlshamre@stocholm.
mail.telia.com

SUIZA

AEGIS Suisse
(Alle Eltern Gegen Impfschäden)
Udelbodenstr. 43
6014 Littau

AEGIS Impuls
Postfach 5239
6000 Luzern
E-mail: AEGIS_Schweiz@cs.com
www.aegis.ch

Groupe médical de Réflexion sur les vaccins
Case Postale 110
1010 Lausanne 10
www.infovaccin.ch

Association STELIOR
Elke AROD
Case Postale 21
1247 Anières (Suiza)
www.stelior.org



Manual de autismo para padres

Autora: Dra. Isabel Bellostas

Edición: Isabel Bellostas

Año: 2019

Idioma: Castellano

En esta obra, publicada en septiembre del 2019, la Dra, Isabel Bellostas hace un recorrido, a través de autores reconocidos mundialmente sobre el mercurio en las vacunas, la afectación en la madre y neurológica de las vacunas, la relación con el autismo y medios para tratar a las personas afectadas de espectro autístico.



Vacunación: el negocio con el Miedo

Autor Dr. Gerhard Buchwald

Idioma castellano

Edición Liga para la Libertad de Vacunación

Año 2008

El Dr. Gerhard, fallecido en el 2010, en este libro nos muestra la evolución de las enfermedades infecciosas en Alemania a lo largo del siglo XX y XXI utilizando las fuentes del Departamento Nacional de Estadística.

También hace una exposición tanto del concepto de daño vacunal como de las diferentes RAV, reacciones adversas vacunas.



Consells pràctics a les mares en temps d'epidemia diftèrica

Autor: Dr. Joaquim Carreras

Facsímil Vich

Año: 1895

Idioma: Catalán

Es una pequeño facsímil guardado por la familia del Dr. Joaquim Carreras. Médico que vivió las epidemias de la difteria en el siglo XIX y ejerció la medicina en el Maresme de Barcelona.

Curiosamente destaca como primera recomendación alejarse del foco de infección.



Las Vacunas: Peligros y Alternativas

Autor: Adolfo Pérez

Ediciones Obelisco

Año: 2016

Idioma: Castellano

Aunque todos los medicamentos están sujetos a una estricta y continuada vigilancia por los organismos sanitarios de todo el mundo en busca de posibles efectos secundarios, las vacunas parecen escaparse de esta normativa. Puesto que como fármacos las consecuencias de su peligrosidad deberían evaluarse seriamente.

Si ser médico es entregar la vida a la misión elegida...
Si ser médico es no cansarse nunca de estudiar
y tener todos los días la humildad
de aprender la nueva lección de cada día...
Si ser médico es hacer de la ambición, nobleza;
del interés, generosidad;
del tiempo, destiempo
y de la ciencia, servicio
al hombre que es hijo de Dios...
Si ser médico es amor, infinito amor
a nuestro semejante y acogerle,
sea quien sea, con el corazón
y el alma abiertos, de par en par...
Entonces, ser médico es la divina ilusión
de que el dolor, sea goce,
la enfermedad, salud
y la muerte, vida.

GREGORIO MARAÑÓN

