

LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN



Vacunación Libre 25

Abril 2019

Revista internacional sobre vacunas

Vacunación Libre

Número 25. Abril de 2019

Liga para la Libertad de Vacunación

ÍNDICE

- 3 De nuevo los vientos precoces vienen de Galiza / Editorial
- 4 Vacunaciones en el continente africano / **Aroa López Castro**
- 5 África: mayor mortalidad entre niños inmunizados / **Augustin de Livois**
- 7 Contra el fundamentalismo científico / **Jesús García Blanca**
- 12 Consideraciones en relación al proceso de fabricación vacunal / **M^a Angels Carrera**
- 18 Breve reflexión sobre la vacunación infantil / **Jesús María Albillo Echenique**
- 19 Reacciones postvacunales en España durante el período 2006–2014 / **Mireia Ventura**
- 26 Pautas básicas para las familias que matriculan en centros docentes sus hijos no vacunados / **Vicenç Robles**
- 28 Filipinas se prepara "para lo peor" tras la vacunación de 733.000 niños contra el dengue / **Maria Schiaffino**
- 29 La difteria en Francia, período 1912–1970 / **Françoise Berthoud**
- 32 Reacciones adversas a las vacunas en el mundo
- 34 Respuesta europea a la declaración de la OMS 2019 / **European Forum for Vaccine Vigilance**
- 44 Robert Kennedy: "La estrategia ha sido que las vacunas no tengan que pasar nunca un test de seguridad" / **Lua Català**
- 46 Red Española de Tratamiento Homeopático de Efectos Postvacunales
- 47 Red Española de Información sobre Vacunas
- 48 Red Internacional de Asociaciones que Luchan por la Libertad de Vacunación en el Mundo
- 51 Bibliografía

CONSEJO DE REDACCIÓN

Pepi Domínguez, Andreas Duwe,
Rosa Montserrat, Joan Mora, Gustau
Pau, Vicenç Robles, Xavier Uriarte

EDITA

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

Depósito Legal: Gi-696-2010

De nuevo los vientos precoces vienen de Galiza

Yde nuevo la historia reciente se vuelve a repetir. Era el año 1992 cuando fallecieron en Coruña dos niñas horas después de ser vacunadas.

Las autoridades gallegas en ningún momento quisieron declarar y aceptar este suceso.

En 1995 la Asociación de Pediatría de Galicia propuso adelantar la vacunación pediátrica 1 mes.

En lugar de comenzar la primera vacunación a los 3 meses, como era usual, se instauró en el calendario vacunal a los 2 meses.

En marzo del 2017 el Ayuntamiento de Coruña, a través de Biocultura Galicia, prohibió las conferencias de la Liga para la Libertad de Vacunación en dicho municipio.

En marzo del 2019 el Ayuntamiento de Vigo vetó la presencia de la Asociación Afectados de la Vacuna del Papi-loma Humano en dicho territorio.

Y llegó el huracán en el mes de marzo de 2019: “la Xunta de Galiza prohibirá la entrada en las Guarderías de las niñas y de los niños no vacunados menores de 3 años”.

Como se dice coloquialmente la Xunta de Galiza se muestra más papista que el papa. Su posición desde hace años nos da a entender su absoluta defensa de los parabienes de las vacunas.

En una sociedad rica y diversa, como ha sido históricamente la gallega, incendiada y vaciada desde hace siglos, bajo el yugo del pensamiento reaccionario tras la contienda y marcada a nivel médico–tecnológico por el pensamiento único, no puede aceptar que sus propios colectivos de gallegos lleven adelante un tipo de vida diferente y con un pensamiento plural.

Hace un par de años un miembro del Colegio de Médicos de Galiza afirmó que los 3 grandes inventos de la Humanidad habían sido el Fuego, la Rueda y las Vacunas.

Actualmente el fuego arrasa el planeta, las carreteras matan y las vacunas producen frecuentes lesiones incapacitantes de por vida.

Es como si la política económica de Galiza viniese de otro mundo y entendiéndose que las cosas sólo se pueden hacer de una manera.

Pero la realidad es bien otra. Existen colectivos de mujeres y de hombres gallegos, invisibles a la luz de la opinión pública, que viven de otra manera, que se organizan de diversas formas, que paren en sus casas y que no quieren utilizar innecesariamente tanto consumo médico ni tecnológico.

Resultan ser voces minoritarias y necesarias para equilibrar la sociedad gallega y los diferentes territorios que forman parte de la península ibérica.

Es cierto que no se lo pondremos fácil a la Xunta de Galiza. Haremos todo el esfuerzo posible para evitar esta iniciativa de las autoridades gallegas.

Por ello hemos puesto en marcha la Campaña Xunta Galiza 2019 y que a lo largo de los meses irá recogiendo firmas para que nuestra voz sea escuchada democráticamente en Galiza y en todos los territorios ibéricos.

Puedes ponerte en contacto con www.vacunacionlibre.org y encontrarás la conexión con change.org.

Liga para la Libertad de Vacunación

Vacunaciones en el continente africano

CARTA DESDE AFRICA



Autora: Aroa López Castro (Antropóloga)
Fecha de elaboración: 12 de enero de 2019
Contacto: beltane90@hotmail.com

Hace seis años, un compañero y yo decidimos emprender nuestra propia investigación con el objetivo de conocer por nosotros mismos la realidad que se vivía en África del Oeste.

Antes de abandonar España se me administró la vacuna de la fiebre amarilla, de meningococo ACWY, hepatitis A y fiebre tifoidea, todas en menos de tres días.

En aquel momento confié en el juicio médico, pero desde entonces empecé a investigar, y me di cuenta de que había recibido más veneno que prevención.

Quiero compartir con vosotros algunas observaciones, que hemos podido hacer a lo largo de nuestro viaje, sobre las vacunas y la corrupción en torno a ellas.

África del Oeste se ha convertido en la diana donde multinacionales experimentan sin apenas control gubernamental.

Se realizan campañas de vacunación de manos de conocidas fundaciones y ONGs internacionales que vacunan a niños, bebés, mujeres embarazadas sin proporcionar un certificado de la vacuna administrada.

Las explicaciones sobre el para qué de las vacunas son cuestionables, como que se vacuna a bebés para que

no vomiten o tengan diarrea, o que se administran vacunas con efectos antiparasitarios.

Esto sumado a la falta de acceso a la información, las nuevas generaciones aceptan fácilmente cualquiera de los consejos de médicos sobre las ventajas de vacunar.

Sin embargo permanecen aún actitudes inconformistas y de rechazo en personas mayores que confirman que nunca se han vacunado, ni tampoco sus padres ni sus abuelos. Y siempre han tenido buena salud sin la presencia de enfermedades como las actuales.

En ciertas ocasiones estuvimos en poblados de la selva donde los habitantes viven de forma prácticamente autónoma y natural, con grandes conocimientos en plantas medicinales. Con poco acceso a los servicios de la vida urbana y del consumo, sin electricidad y el acceso se realiza a través de complejas veredas. Sin embargo, han recibido en numerosas ocasiones las visitas de equipos de vacunación (promovidos y subvencionados por instituciones internacionales) que vuelven cada tres meses para renovar las dosis y ofrecer medicamentos.

La vacuna de la fiebre amarilla se impone en las fronteras. En los puestos de control más importantes hay

un equipo que se encarga de vacunar a toda persona que no presente su certificado de la fiebre amarilla, independientemente de si ya la tuviera puesta o no.

Otras veces, las situaciones se complican y aunque se presente el certificado de fiebre amarilla, pueden obligar a la persona a revacunarse.

El objetivo principal es el de lucrarse, pues se tiene que pagar por cada vacuna. Llegados a estos casos, pocas personas se oponen por miedo a represalias, miedo a la intervención de la policía y quedarse bloqueados en la frontera.

En algunos países también existe la obligación de estar vacunado para acceder al sistema educativo, que como en tantos países del mundo, está fuertemente dogmatizado.

Estos son sólo algunos de los casos.

Es muy importante que asociaciones como la vuestra sigan informando y transmitiendo la verdad allí donde la información no llega y la malinformación impera.

Desgraciadamente en África del Oeste el acceso a nuevos paradigmas de pensamiento es escaso, retrasado a causa de la presencia actual de instituciones con ideologías colonialistas. ■

África: mayor mortalidad entre niños inmunizados



Autor: Augustin de Livois

Fecha recepción: 20 de enero de 2019

Contacto: Consultar Referencia 1

El pasado mes de marzo de 2018, un estudio publicado por un equipo científico danés demostró que la mortalidad era dos veces más alta entre los grupos de bebés vacunados y bien alimentados que entre los grupos de niños no vacunados y desnutridos.¹

La noticia ha pasado casi inadvertida para el público en general, pero ha causado incomodidad en la comunidad científica.

¿Sabías que en Francia no hay un estudio comparativo entre niños vacunados y niños no vacunados? en España no lo sé «¿Y por qué razón?» me preguntarás. No es «ético».

El razonamiento es el siguiente. El supuesto inicial es que la vacunación es buena para todos sin distinción. Elegir no vacunar a un grupo de individuos para compararlo con otro grupo vacunado sería privar al primer grupo del beneficio de las vacunas.

No es aceptable, no es ético o mejor dicho es así como se interpreta la ética.

De hecho, casi no hay ni un grupo de pacientes no vacunados en Francia.

El 95% de la población está vacunada y nadie tiene derecho a hacer la pregunta: “La vacunación no se discute”, esto fue dicho por la ex ministra de Sanidad, Marisol Touraine. Agnès Buzyn, quien le sucedió en el cargo, completó la doctrina de las autoridades.

Se atrevió a decir que “no hay efectos secundarios comprobados para la vacuna contra la hepatitis B”.

¿No tienen efectos secundarios las vacunas?

Uno se pregunta por qué los fabricantes de vacunas ponen una larga lista de efectos secundarios en los folletos de cada vacuna, para protegerse, tal vez.

Por lo tanto, son los médicos los responsables en caso de problemas.

¿Hay un problema?

De repente, en el centro de la controversia, se publica un estudio.

Fue hecho público por Peter Aaby, un científico danés de Copenhague muy famoso. El apoyar la vacunación, ha sido fundamental en el lanzamiento de campañas de vacunación en toda África.

Quería probar la efectividad de estas campañas, convencido de que podía demostrar lo necesarias que eran.

Este trabajo comenzó en 1981. Es una serie de estudios. Estos compararon la tasa de mortalidad entre los grupos de niños vacunados y no vacunados.

Porque en África, y más específicamente en Guinea Bissau, hay áreas donde los niños no están vacunados, por falta de recursos para llevar a cabo las campañas.

Los científicos compararon diferentes grupos de niños:

Más mortalidad entre los niños vacunados y bien nutridos que entre los no vacunados y malnutridos.

- El primer grupo consistió de niños bien nutridos y vacunados;
- El segundo grupo consistió en niños desnutridos y no vacunados.

El último estudio se centra en niños de entre 6 y 35 meses. Confirma los datos de estudios anteriores que se centraron en niños de 3 a 5 meses.

Compararon la tasa de mortalidad. ¡Era dos veces más alta entre el grupo de niños vacunados! Esto significa que hubo un 100% más de niños muertos en el grupo de niños vacunados.

¿Por qué estudiar la tasa de mortalidad?

Michel de Lorgeril recuerda en su libro la importancia de este “detalle”.

Los científicos prefieren comparar las tasas de mortalidad en lugar del “estado de salud” de los individuos comparados. Es un factor más seguro y estable.

Dados los resultados, podemos entender el título del estudio (según la traducción): La evidencia del au-

mento de la mortalidad después de la introducción de la vacuna DTP en una población de niños entre 6 y 35 meses en Guinea Bissau. ¿Un motivo para la reflexión?

Los científicos exigen un “tiempo para la reflexión”. En el lenguaje común, significa:

“¡PAUSA, fue un gran error!”.

Quizá sea el momento, de hecho, de dejar de imponer dogmas y proceder con cuidado al tocar la Inmunidad de los niños pequeños.

¿Qué piensan las familias sobre este desastre?

¿Cómo verán los científicos que realizaron este estudio a los próximos bebés que vacunarán?

Aquí está la ética que reaparece.

Pero el debate sobre las vacunas, obviamente, no puede quedar reservado sólo para los científicos.

Es ante todo ética, social y jurídica. Subyace a una oposición en la manera de ver y entender el mundo. Este debate no puede ser decidido por los industriales en su rincón o por los tecnócratas.

¿Depende de los ciudadanos aprovechar este debate!

Un estudio, ¿y qué?

Quizás me digas que este estudio no prueba nada. Tal vez usted piensa que el problema es que estas vacunas han sido diseñadas para los europeos o americanos, no para los africanos, y la inmunidad de los grupos humanos se forma a través de su entorno.

¿Tal vez una vacuna sea efectiva allí, y en cambio aquí no?

Puede ser.

Una cosa es cierta: hay un precio a pagar por la vacunación en África. Está probado
¿Y para tus hijos?

Referencias

- ¹ Evidence of Increase in Mortality After the Introduction of Diphtheria–Tetanus–Pertussis Vaccine to Children Aged 6–35 Months in Guinea-Bissau: A Time for Reflection? Petre Aaby y col. Front. Public Health, 19 March 2018 www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2018.00079/full. ■

Ficha de filiación

a la Liga para la Libertad de Vacunación

(EJEMPLAR PARA ENVIAR A LA LIGA)

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: _____

Domicilio: _____

Población: _____

Código postal: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____

E-mail: _____

Oficio y dedicación actual: _____

DATOS BANCARIOS

IBAN:

Titular cuenta: _____

Cuota anual de: 40 € € (superior a 40 €)

Contra el fundamentalismo científico



Autor: Jesús García Blanca

Fecha de recepción: 15 de enero de 2019

Contacto: keffet@gmail.com

Revisión crítica del concepto de ciencia, erigida en nuestros días como verdad absoluta desprovista de ideología. Lo que no es científico no es real, es subjetivo y por tanto opinable y no tiene el mismo valor de lo objetivado científicamente. Ese discurso totalitario, que hace pasar una determinada construcción de la realidad por la realidad misma, éste es el objeto de discusión de este artículo sobre epistemología de la ciencia.

La ciencia y la técnica, al servicio de los intereses del poder, conducirán al mundo a formas sociales de dominación absoluta, a instituciones opresoras a las que nada quedará al margen, de las que nadie escapará.

Aldous Huxley

1. Planteando el problema

La Ciencia está siendo utilizada como fuente supuestamente “objetiva” de conocimiento y producción de “verdad”, constituyéndose en un mecanismo de poder cuya fuerza y efectividad radica precisamente en que no es percibido como tal:

“Es precisamente esa pretensión de la ciencia de constituirse en metadiscurso verdadero por encima de las ideologías, saberes y opiniones particulares, lo que la constituye como ideología dominante [...] su capacidad de persuadirnos de que no estamos siendo persuadidos, es precisamente esa mentira verdadera de la ciencia lo que hace de ella la forma más potente de ideología en nuestros días: la ideología científica” [1].

La interacción entre este mecanismo totalitario -que hace pasar una determinada construcción de la reali-

dad por la realidad misma- y la Bioética, esa nueva ciencia que se presenta a sí misma como interdisciplinar y se adjudica la función de decidir hasta dónde debe dejarse actuar a la ciencia y sus aplicaciones, abre la puerta a la impunidad: diagnósticos infalibles, curaciones milagrosas, seres humanos a la carta... la imposición sin trabas de un discurso ideológico con graves consecuencias sanitarias y ecológicas, escamoteado tras la pretendida objetividad científica [2].

El éxito del discurso científico ha sido conseguir que las mayorías formadas en las instituciones educativas del sistema acepten como realidad objetiva exterior, lo que no es más que una construcción subjetiva, cuando no un montaje motivado por intereses inconfesables.

Nos encontramos en manos de quienes tienen el poder suficiente para conseguir que sus teorías se acepten y

para impedir que otros las refuten. Se cumple así rotundamente la profecía de Comte en un libro cuyo sólo título ya habla por sí mismo, una obra que sentó las bases del discurso dogmático y reaccionario defendido actualmente por la autodenominada “Comunidad Científica” y sus seguidores:

“La sustituimos por una religión sistemática que desarrolle la unidad del hombre; porque lleva tiempo hacer posible la constitución de tal religión inmediata y completamente, mediante la combinación de los resultados de nuestro estado previo asistemático. Como consecuencia natural, entonces, de sus principios, el Positivismo acabará con el antagonismo entre las diferentes religiones que lo han precedido, porque reclama como su peculiar dominio ese territorio común en el que todas han descansando instintivamente”[3].

Frente a este discurso fundamentalista, aquí defendemos que lo científico no es objetivo -mucho menos cuando se aplica a lo viviente-, que el método científico no es la única posible aproximación al conocimiento -ni siquiera la más completa- y que la imposición de la ortodoxia bajo auspicios de las multinacionales de la farmacia tiene consecuencias fatales para el medio ecológico y para la salud y el bienestar de la humanidad.

2. Analizando conceptos

“Lo que mueve a la ciencia no es la voluntad de saber, sino la voluntad de dominar.”

Umberto Galimberti

“Atacar la razón científica es hoy una necesidad, no para acabar con el conocimiento científico sino para romper su funcionamiento como retórica de la verdad”.

Tomás Ibáñez

“Conocimiento científico”

La mayoría de las fuentes consultadas entienden que el “conocimiento científico” es una aproximación crítica a la realidad basada en el “método científico”. *The business dictionary* [4] da la siguiente definición que podemos considerar ortodoxa:

Una característica fundamental del conocimiento científico es su etnocentrismo, que lleva a la mayoría de los autores a calificar el conocimiento no científico como “vulgar”, “común”, “ordinario”, “precientífico”.

“Conocimiento de un hecho o fenómeno adquirido mediante el método científico. Cuatro factores son esenciales para la clasificación de información como conocimiento científico: (1) prueba independiente y rigurosa, (2) publicación mediante “peer review”, (3) medida de error actual o potencial, y (4) grado de aceptación por la comunidad científica”.

La primera condición es impecable... en el supuesto de que pudiera llevarse a la práctica. Sin embargo, las tres condiciones restantes convierten el supuesto “conocimiento del hecho o fenómeno” en una cuestión enteramente subjetiva dependiente de un grupo de “expertos”, de mil y una conjeturas sobre criterios de interpre-

tación de lo que pueda establecerse como “rate of error”, y muy especialmente del “grado de aceptación” por parte de una entelequia indefinida, la “comunidad científica”, “iluminada por un don especial, el ethos científico”, al decir de Emmanuel Lizcano [5].

Otros autores igualmente representantes de la retórica de verdad actual de la ciencia están de acuerdo con matices en que el conocimiento científico se sustenta en dos pilares: reproductibilidad -es decir, la posibilidad de poder repetir un determinado experimento- que exige como condición previa la comunicabilidad y que posibilita la comprobación sin prejuicios; y la falsabilidad, posibilidad de diseñar experimentos que lo nieguen.

Si la condición primordial del Método Científico es la falsabilidad y ésta sólo puede comprobarse de modo fehaciente cuando una teoría resulta efectivamente falsa, entonces lo que tenemos es un conjunto de teorías que aún no han sido refutadas, puesto que el método no puede distinguir entre teorías verdaderas y falsas, sino entre las que son falseadas y las que aún no lo son. Y esto aceptando los criterios propuestos para falsear, es decir para comparar teoría con realidad.

Otra característica fundamental del conocimiento científico es su etnocentrismo, que lleva a la mayoría de los autores a calificar el conocimiento no científico como “vulgar” [6], “común” [7], “ordinario” [8], “precientífico” [9], y en general opuesto al “conocimiento por excelencia” que sería según ellos el conocimiento científico.

“Método científico”

Una definición generalizada: “prácticas utilizadas y ratificadas por la Comunidad Científica como válidas a la hora de exponer y confirmar teorías. Habitualmente se utiliza como forma de eliminar falacias y prejuicios. Solo las ideas que puedan comprobarse experimentalmente están dentro del ámbito de la ciencia”.

El método científico sirve para establecer el conocimiento científico, pero puesto que consiste en prácticas acordadas por la comunidad científica, ello supone que los científicos se ponen de acuerdo sobre el modo válido de establecer el conocimiento. ¿Es posible acordar lo que constituye un conocimiento objetivo? ¿No es un acuerdo la suma de subjetividades coincidentes?

Roland Omnés [10] considera la ciencia como “representación de la realidad” y el “método científico” como “un método para juzgar, no para construir”. ¿Qué significa esto exactamente? ¿Resuelve Omnés los problemas de la intervención humana en el presunto conocimiento objetivo de la naturaleza?

Veamos: *“el método de que se trata es aquel que permite comprender cómo se puede reconocer después si una ciencia está firmemente establecida”.* Omnés elude por tanto la cuestión inicial: ¿cómo se construye?

Según Omnés, el método tiene cuatro tiempos, el segundo de los cuales es el crucial: “es el de conceptualización [...] consiste en elaborar y seleccionar conceptos adecuados a una representación de lo real”. Pero, ¿con qué criterios podemos saber que son “adecuados”?

En el cuarto tiempo de su método, correspondiente a la “verificación”, Omnés viene a plantear la ingenua postura desarmada por Karl Popper y que ya Einstein consideraba poco menos que absurda: que a base de “miríadas de previsiones y experiencias” que nos dicen que la teoría se cumple, podemos darla “sin duda” por “verdadera”.

La crítica más radical a las pretensiones de “objetividad” y “verdad” del discurso científico proceden del anarquismo epistemológico [11], cuyo autor más arriesgado y carismático es Paul Feyerabend, cuyo tratado *Contra el Método* se ha convertido en un clásico de la contestación a una ciencia esclerotizada y prepotente, a la que Feyerabend coloca en un mismo plano con otras vías de acceso al conocimiento.

“Ciencia fáctica”

El epistemólogo Rudolf Carnap planteó una división básica de las ciencias en tres grupos: la Lógica y la Matemática serían ciencias “formales” por oposición a las “empíricas” o “fácticas”, divididas a su vez en dos grupos: las “naturales”-Astronomía, Biología, Física, Geología, Química, Geografía- y las “sociales”: Antropología, Política, Economía, Historia, Psicología, Sociología...

Las ciencias formales utilizan, según Bunge, la lógica para demostrar rigurosamente sus teoremas, las ciencias fácticas necesitan de la observación y la experiencia. Dos rasgos esenciales de las ciencias de la naturaleza son:

- Racionalidad: “conceptos, juicios y raciocinios” que pueden combinarse mediante reglas lógicas y organizarse en un “sistema”, es decir en una retórica de verdad o “paradigma” en la conceptualización de Kuhn.
- Objetividad: según Ferrater Mora, “objeto” es “lo que no está en el sujeto”, sea real o no. Se trata pues de lo que se percibe en el exterior desde el sujeto. Brown, discutiendo los problemas relacionados con la objetividad científica -que no son pocos ni leves precisamente- dice: *“la tesis de que la ciencia es objetiva [...] no es evidente a todas luces, ni tampoco es una afirmación en favor de la cual se haya aportado ningún elemento de juicio empírico. Antes bien, es una proposición paradigmática, un supuesto básico del programa de investigación del empirismo lógico”* [12].

“Verdad”

Después de dar vueltas buscando la “infalibilidad mediante la eliminación del juicio humano” durante doscientas páginas, Harold Brown [13] -cuya premisa fundamental es que *“el conocimiento sólo puede ser verdadero”*, acaba diciendo: *“estamos así de nuevo en el mismo punto que comenzamos. A menos*

que los científicos tengan un método efectivo para determinar de una vez por todas qué proposiciones son verdaderas, no podemos determinar qué parte de la ciencia corrientemente aceptada es de hecho conocimiento, ni tan siquiera si existe algún conocimiento científico en absoluto”.

¡Enorme dilema! Brown acude al razonamiento circular para proponer que lo que no es verdadero no es conocimiento, pero ¿cómo podemos establecer lo que es “verdadero”?

Brown termina cayendo en la misma zanja que el resto de sus colegas: “una vez que nos libramos de la creencia de que la ciencia puede establecer verdades definitivas”, sólo nos queda aceptar “en cambio que lo que puede esperar a alcanzar la ciencia es un consenso racional tentativo basado en los elementos de juicio disponibles”. Las páginas finales de su libro están dedicadas a dar su opinión de cómo debe establecerse un consenso “legítimo”.

¿Y dónde queda la incómoda exigencia de “verdad”? La propuesta de Brown es tan sorprendente como desvergonzada: propone aceptar dos definiciones para “verdad”: la “verdad1” correspondería al concepto que denota un valor absoluto y adecuación a la realidad, mientras que la “verdad2” sería la “verdad científica”, aceptando que cualquier proposición que forma parte del conocimiento científico es “verdadera2” aunque no sea “verdadera1”.

Es decir, lo que propone Brown es un concepto de verdad relativa que al insertarla en el terreno de la ciencia se convierte en “absoluta”. ¿Estamos ante un pragmático sin la menor suspicacia? ¿Ante un cínico? ¿Ante un estafador que cree dirigirse a incautos lectores?

Por su parte, Mario Bunge define verdad como lo *“que concuerda aproximadamente con su objeto”*. El adverbio es suficientemente elocuente, la concesión casi anula el concepto de objetividad, pues ¿quién decide cuánto de aproximado debe ser para que pueda considerarse objetivo? ¿A partir de dónde deja de serlo? No parece sino puro relativismo.

Pero Bunge continua: *“que verifica la adaptación de las ideas a los hechos”*. ¿Y cómo lo hace? *“recurriendo a un comercio peculiar con los hechos (observación y experimentación), intercambio que es controlable y hasta cierto punto reproducible”*. Nueva relativización y pregunta obligada: ¿hasta qué punto se permite que pueda llegar esa adecuación o esa falta de adecuación para que la observación pueda considerarse verificada?

La crítica más radical a las pretensiones de “objetividad” y “verdad” del discurso científico proceden del anarquismo epistemológico, con Paul Feyerabend como máximo representante.

La “verdad” es, por tanto, la mentira del sistema que controla los procesos de producción y comunicación de los discursos. Como dice Agustín García Calvo: *“No hay forma de Poder sobre la gente que pueda ejercerse si no es a través de la mentira [...] es la mentira y la mentira presentada como verdad y como objeto de fe lo que ha dado siempre fuerza al Poder y sigue dándosela hoy día [...] de forma que ¿qué duda os cabe de que la encargada del mantenimiento de esta mentira es la ciencia y que no puede declararse inocente de nada?”* [14].

Sólo produciendo a contracorriente, creando contra la “verdad”, ponemos en marcha un auténtico proceso de transformación social.

“Dogmatismo”

“Por extensión, el término dogmatismo designa la tendencia a erigir fórmulas que expresan conocimientos en verdades indiscutibles, al margen del estudio, de la crítica y del debate” [15].

Mario Bunge, considerando la pregunta de si el Método Científico es dogmático, dice:

“No se conoce otro remedio eficaz contra la fosilización del dogma –religioso, político, filosófico o científico– que el método científico, porque es el único procedimiento que no pretende dar resultados definitivos. El creyente busca la paz en la aquiescencia; el investigador, en cambio, no encuentra paz fuera de la investigación y la disensión: está en continuo conflicto consigo mismo, puesto que la exigencia de buscar conocimiento verificable implica un continuo inventar, probar y criticar hipótesis. Afirmar y asentir es más fácil que probar y disentir; por esto hay más creyentes que sabios, y por esto, aunque el método científico es opuesto al dogma, ningún científico y ningún filósofo científico debieran tener la plena seguridad de que han evitado todo dogma” [16].

“Fundamentalismo científico”

A partir del encuadre de Lizcano: *“También nosotros tenemos nuestra particular forma de fundamentalismo, es decir, ciertas creencias incuestionadas e incuestionables, ciertos absolutos que justifican cuantos sacrificios se estimen necesarios para su preservación, defensa y expansión. Incluso sacrificios humanos.*

La “verdad” es, por tanto, la mentira del sistema que controla los procesos de producción y comunicación de los discursos.

El nuestro es el fundamentalismo tecnocientífico” [17], propongo –esquemáticamente– las siguientes reflexiones:

La ciencia moderna es el “reino de la cantidad”, “desprecia o aparta una parte considerable de los datos de la experiencia, a saber, todos los que presentan un carácter genuinamente cualitativo” [18]. Ese desprecio por lo esencial –cuyo origen se halla en el racionalismo cartesiano, que a su vez hunde sus raíces en el Renacimiento y ha desembocado en el materialismo moderno– la convierte en “completamente incapaz de explicar nada” [19].

Paradójicamente, la ciencia –empeñada en la búsqueda de principios que no dependan de la subjetividad humana y eviten por tanto desembocar en relativismo, irracionalidad, discrecionalidad...– pretende un origen “suprahumano” para fundamentarse, que la arrebatara de las manos de lo que ella misma considera racional y la lanza directamente al mismo terreno que la tradición, la intuición, la religión y demás conocimientos de los que pretende diferenciarse y que considera “inferiores”.

Frente a esas “pseudociencias”, la ciencia pretende autolegitimarse como objetiva, como conocedora de una verdad exterior que no depende de la subjetividad e individualidad humana, pero, por otra parte, niega todo lo que no es material, es decir, todo lo que no puede percibir el ser humano con sus sentidos.

Ernesto Sábato: *“Las regiones más valiosas de la realidad –la más valiosa para el hombre y su existencia– no son aprehendidas por esos esquemas de la lógica y la ciencia [...] De las tres facultades del hombre, la ciencia sólo se vale de la inteligencia y con ella ni siquiera podemos cerciorarnos de que existe el mundo exterior ¿Qué podemos esperar de problemas infinitamente más sutiles? [...] el arte y la literatura, pues, deben ser puestas al lado de la ciencia como otras formas de conocimiento” [20].*

No deja de ser paradójico que un movimiento humanista haya sentado las raíces de la deshumanización, ya que “como servidor de la máquina, el propio hombre debe convertirse en máquina” [21].

El resultado final de ese proceso de caída –enunciado lúcidamente por Guénon en 1945– es el hecho de que las “aplicaciones prácticas” –la Era Tecnológica, diríamos 65 años después– “constituyen la única superioridad

AUGUSTO COMTE

CATECISMO POSITIVISTA

Edición preparada por
ANDRES BILBAO

EDITORA  NACIONAL

Clásicos para una
Biblioteca Contemporánea

efectiva de la civilización moderna; superioridad poco envidiable por otra parte y que, desarrollándose hasta abogar toda otra preocupación, ha dado a esta civilización el carácter puramente material que hace de ella una verdadera monstruosidad” [22].

Y es que, en estos momentos, ya no hablamos de la ciencia moderna en el sentido en que lo era en los siglos pasados, sino que, como dice Bauer: *“la ciencia del siglo XXI es diferente de la ciencia moderna de los siglos XVII al XX; se ha producido una transformación radical, irreversible, estructural a nivel mundial, en la forma de organización y actuación de la ciencia [...] Un aspecto de ese cambio es que el ethos científico ya no se corresponde con las tradicionales normas mertonianas de escepticismo desinteresado y puesto a disposición pública; ha quedado subordinada a los intereses de las corporaciones” [23].*

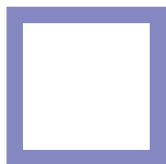
Referencias

- [1] LIZCANO, E. “Ciencia e Ideología”, en Diccionario crítico de Ciencias Sociales, Madrid y México,

- Editorial Plaza y Valdés, 2009. (http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/C/ciencia_ideologia.htm).
- [2] GARCIA BLANCA, Jesús. Bioética, biociencias y biotecnologías. Una propuesta de revisión crítica en el contexto de las relaciones de poder. Congreso Bioética y Medio Ambiente. Universidad de La Habana, 13-15 de noviembre, 2003.
- [3] COMTE, August. Catecismo de la Religión Positiva. Londres, John Chapman, 1858. (*Disponible en Books de Google*).
- [4] <http://www.businessdictionary.com/definition/scientific-knowledge.html>
- [5] LIZCANO, Emmanuel. “La ciencia, ese mito moderno”, en Claves de razón práctica, nº 32, 1993, pp. 66-70.
- [6] <http://www.filosofia.org/enc/dfc/conocimi.htm>
- [7] http://sociologiac.net/biblio/Bachelard_ConocimientoC.pdf
- [8] <http://grupobunge.wordpress.com/2006/09/16/conocimiento-ordinario-y-cientifico>
- [9] http://www.alipso.com/monografias/laciencia2_otra_vez
- [10] OMNÉS, Roland. Filosofía de la ciencia contemporánea. Barcelona, Idea books, 2000. pp. 201 y ss.
- [11] RAMIREZ SALINAS, L. A. “El anarquismo epistemológico”, 2002 (www.rmg.com.py). RAMIREZ, Oscar V. “El proceso kafkiano a la ciencia y la razón de P. K. Feferabend”. Jornades de Foment de la Investigació. Universitat Jaume I. (<http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi5/ciencia.pdf>)
- [12] BROWN, Harold I. La nueva teoría de la ciencia. Madrid, Tecnos, 1983. p. 204.
- [13] BROWN, Harold I. op. Cit. p. 200.
- [14] Transcripción de su intervención en la mesa redonda “Ciencia: pro y contra”, celebrada el 15 de noviembre de 1994 en la Facultad de Biología de la Universidad de Barcelona, Archipiélago, 20, primavera de 1995, pp. 75-83.
- [15] <http://es.wikipedia.org/wiki/Dogma>
- [16] BUNGE, Mario. La ciencia. Su método y su filosofía. Buenos Aires, Ed. Sudamericana, 1998 (<http://www.linksole.com/da443i>).
- [17] LIZCANO, Emmanuel. Metáforas que nos piensan. Sobre ciencia, democracia y otras poderosas ficciones. Traficantes de Sueños y Ediciones Bajo Cero, 2006 (http://traficantes.net/index.php/trafis/editorial/catalogo/otras/metaforas_que_nos_piensan).
- [18] GUÉNON, René. El reino de la cantidad y los signos de los tiempos. Barcelona, Paidós, 1997, p. 68.
- [19] GUÉNON, René. Op. Cit. p. 66.
- [20] SABATO, Ernesto. Hombres y engranajes. Madrid, Alianza Editorial, 1980.
- [21] GUÉNON, René. Op. Cit. p. 59.
- [22] GUÉNON, René. Op. Cit.
- [23] BAUER, H.H. “Science in the 21st Century: Knowledge Monopolies and Research Cartels”. Journal of Scientific Exploration, Vol. 18. Nº 4, pp. 643-660, 2004. ■



Consideraciones en relación al proceso de fabricación vacunal



Autora: M^º Angels Carrera (Médica)

Fecha de recepción: 15 de junio de 2018

Contacto: 22191ace@gmail.com

El proceso de fabricación de vacunas tiene numerosos puntos negros de los cuales la mayoría de la población no tiene la menor idea. La sensación generalizada de inocuidad queda lejos de la realidad cuando se analizan detenidamente tanto su obtención, como su distribución generalizada, así como el registro de efectos secundarios. Aquí se analizan las diversas contaminaciones que se han dado –y se han silenciado fuera de pequeños círculos en la fabricación de vacunas, desde virus, coadyuvantes, conservantes, hasta nanopartículas de ADN humano.

INFORMACIÓN PARA DECISIONES CONSCIENTES

La fabricación de vacunas se ha convertido, con el paso del tiempo, en algo sofisticado y complejo, además de opaco. Hay ocasiones en que investigadores independientes hacen hallazgos sorprendentes en relación a los contenidos que hay en los preparados vacunales. En este artículo comentaremos algunas implicaciones en relación a estos procesos industriales y masivos. Al final, damos enlaces y referencias para quien quiera investigar más. Desgraciadamente, es un pozo sin fondo, cuando más se mira, más cosas se encuentran, y parece no tener fin. Teniendo en cuenta todo esto, es difícil no pensar que esto pueda tener repercusiones negativas en la salud.

HISTORIA DE LA PRIMERA VACUNA

Todo tiene sus inicios. Y como en tantos descubrimientos que ha hecho la humanidad, acostumbra a ser hallazgos casuales.

En una época en que la viruela camaba a sus anchas, se observó que un sector de población era total y sorprendentemente inmune a la misma. Se trataba de personas que estaban directamente en contacto con las vacas, muñéndolas. El ganado vacuno se infectaba de la viruela vacuna, mucho menos virulenta que la humana. Los lecheros se contaminaban y les salían pústulas variolosas en las manos, seguramente favorecidas por la humedad y la temperatura de la leche y por pequeñas heridas en las manos. Pasaban una variedad leve y local de la enfermedad que les dejaba en un estado de inmunidad permanente respecto de la viruela humana, como se pudo observar.

Realizada esta observación y estableciendo una relación de causa-efecto, el siguiente paso fue pensar en la posibilidad de reproducirlo. Se obtenían secreciones cargadas con esos virus de la viruela atenuados y se aplicaban en humanos a través de escarificaciones, es decir, erosionando un poco la piel. Esto provocaba una pústula que dejaba inmunidad. Todavía podemos ver las cicatrices que dejaban en personas ahora ya

mayores. De ahí el nombre de “vacuna”.

Esta realmente era una vacuna “biológica”, este es el origen que se nos ha explicado de las vacunas. La impresión que nos transmite es de inocuidad, de inofensividad y de ser algo positivo, beneficioso. Este origen nos hace quitarle hierro al asunto. No nos hace pensar en temas muy graves, como que diversas vacunas contienen ADN humano (es decir, material genético humano), aluminio en dosis tóxicas y otros muchos componentes y contaminantes peligrosos para la salud.

Sensación subjetiva de inocuidad en el subconsciente colectivo.

Muchos detalles están informados, de una manera bastante técnica, en las fichas oficiales de las vacunas, editadas por las agencias del medicamento, pero casi se necesita un “master” para entenderlos.

Hay una disociación cognitiva entre lo que es un fármaco y lo

que es una vacuna (que también es un fármaco). En el primer caso hay una conciencia difusa de que puede tener ventajas pero que siempre conlleva ciertos riesgos y toxicidades. Esa conciencia no parece estar en el tema de las vacunas. Los efectos secundarios y las posibles reacciones adversas se minimizan y las personas que acuden a vacunar a sus hijos normalmente no piden el prospecto ni por descontado, en general, no es ofrecido.

Los efectos mediatos y a largo plazo no se contemplan, no hay demasiados observatorios ni protocolos oficiales para recogidas de campo de dichos efectos. Sólo se consideran efectos secundarios y reacciones adversas las que ocurren de forma inmediata a la administración de la vacuna, durante las horas, días o como mucho, las semanas siguientes. Algo que ocurra medio año más tarde ya se considera que no tiene nada que ver. Es decir, hay aquí una fragante contradicción, puesto que se supone que debe de mantenerse un efecto de por vida, (lo cual tampoco es cierto) de cara a mantener la inmunogenicidad respecto de una enfermedad determinada, pero en cambio, no se contempla la posibilidad de daños a largo plazo.

Cuando alguien lego, del mundo académico o profesional de la medicina, los denuncia, es denostado rápidamente, calificándose de “anti”, que es algo que el pensamiento único no admite, como demuestra una editorial publicada por el New York Times hace poco tiempo.

Otra noticia: Se ha realizado un estudio en África analizando directamente las tasas de mortalidad, para que no haya lugar a dudas, entre niños vacunados y bien nutridos y niños no vacunados y mal nutridos. El estudio ha sorprendido a los científicos que realizaron el estudio: el segundo grupo es el que mostró tasas más elevada de supervivencia! entonces, ¿qué está pasando?. (Ver las referencias al final).

DIFERENCIAS ENTRE LAS VACUNAS ACTUALES Y LAS HISTÓRICAS

Se marcan algunas diferencias en relación a los procesos actuales de vacunación. La tecnología en la elaboración vacunal ha variado, lo mismo que ha variado los protocolos de administración:

- **Inmadurez del sistema inmunitario (calendario vacunal demasiado precoz):** Actualmente las vacunas se administran en una edad muy temprana, a partir de los dos meses, algunas desde el nacimiento, con un sistema inmunológico inmaduro (a nadie se le ocurre darle a un bebé de dos meses un fricandó de ternera, porque es evidente que su sistema digestivo no está maduro para digerirlo, solamente puede digerir leche), en cambio parece que esto no se tiene en cuenta en los calendarios vacunales. El colmo de la precocidad es administrarlas durante el embarazo.
- **Demasiadas enfermedades a la vez:** A través de Infanrix Hexa, recibe antígenos de 6 enfermedades graves: polio, difteria, tetanos, haemophilus influenza, tos ferina y hepatitis B. A esta se le añaden de forma ya bastante regular antígenos de Neumoco a través del Prevenar. Muchas veces otras vacunas más (Rotavirus, etc). Exponer a un organismo de 2 meses de edad ante los antígenos de tantas enfermedades simultáneas es una situación que no procede de una reproducción de lo que ocurre en la naturaleza. Es en realidad un experimento de resultados imprevisibles.
- **No es lo mismo recibir vacunas intradérmicas que por vía intramuscular:** la piel constituye una barrera defensiva, y no es lo mismo que reciba el antígeno a través de la dermis que por una vía mucho más profunda, a nivel intramuscu-

lar. Nos saltamos directamente la barrera defensiva de la piel y los tejidos subcutáneos. Como veremos más abajo, mientras que a nivel digestivo se absorbe un 1% de la cantidad de aluminio recibida, en una inyección intramuscular el 100 % penetra en el organismo.

- **Producción masiva de vacunas a través de procesos industriales extremadamente opacos y poco éticos, y con contenidos tóxicos para el organismo.** La obtención del material antigénico en cantidades supermasivas requiere de unos procedimientos de biotecnología que ya en nada recuerdan a la primitiva vacuna. La obtención del material a vacunar (antígeno) es artificiosa y a demás la vacuna lleva introducidos adyuvantes que estimulan una respuesta inmunitaria que el organismo no es capaz de producir y además hay contaminantes, es decir, elementos residuales del proceso de fabricación, no deseados y perjudiciales. De este apartado trataremos a continuación.
- **Ya no son más “un producto biológico”**

COMPOSICIÓN GENERAL DE LAS VACUNAS ACTUALES

Hay 3 grupos de componentes a tener en cuenta:

1. ANTIGENOS,

Es decir aquel material biológico (proteína-antígeno) destinado a producir en el huésped una respuesta de anticuerpos contra un determinado agente infeccioso. Pueden ser virus atenuados (polio), partes virales producidas por ingeniería genética (hepatitis B), partes bacterianas (neumococo) o toxoides bacterianos (tetanos, difteria).

2. EXCIPIENTES

- **Conservantes** diversos.
- **Adyuvantes,coadyuvantes.**Concepto salido de las antiguas recetas farmacológicas, coadyuvante a medicamentos o agentes que tienen una acción análoga o auxiliar al medicamento principal. En el caso de la vacunas encontramos sobretodo hidróxido de aluminio y fosfato de aluminio. Su función es incrementar una

La obtención del material antigénico en cantidades supermasivas requiere de unos procedimientos de biotecnología que ya en nada recuerdan a la primitiva vacuna.

respuesta inflamatoria para que se produzcan más anticuerpos contra el agente a vacunar, pero muchas veces dejan en el interior del organismo, un residual inflamatorio, inicialmente imperceptible. Aquí debemos recordar que los estados inflama-

El coadyuvante por excelencia, utilizado ampliamente, es el aluminio, conocido neurotóxico.

torios subagudos y subclínicos, son la autopista de las enfermedades crónicas, es decir, aquellas que llegan al organismo para no marchar. El coadyuvante por excelencia, utilizado ampliamente, es el aluminio, conocido neurotóxico. Se conoce actualmente el Síndrome A.S.I.A. (autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants). www.greenmedinfo.com/toxic-ingredient/vaccine-adjuvants

- **Otros materiales** para crear el inyectable. Por ejemplo, no se sabe porque en la vacuna Varivax (varicela), hay glutamato monosódico como excipiente (potenciador de sabor E-621 en un inyectable!). Como decíamos antes, es un proceso extremadamente opaco, incluso para los médicos.

3. CONTAMINANTES

Un contaminante a veces es llamado eufemísticamente “trazas”, son todo un conjunto de componentes residuales, no necesarios para la composición del producto final, pero que han intervenido durante el proceso de fabricación. Al final no ha sido posible eliminarlos completamente, ya sea tecnológicamente hablando, o bien por resultar antieconómico realizar purificaciones más allá de un cierto límite.

- **Residuos tóxicos** diversos: neomicina (Varivax) (Infanrix Hexa), polimixina (Infanrix Hexa), formaldehído (Infanrix Hexa), etc.

- **Metales pesados** y otros contaminantes al orden de nanopartículas (orden de 10⁻⁹ gr).

a. Se realizó un estudio de 44 vacunas, compradas en la farmacia. Solamente una estaba exenta y era de uso veterinario!: tungsteno (8/44), cromo solo o en aleación con níquel (25/44), además de los materiales siguientes: Zirconio, Hafnio, Estroncio, Aluminio, Níquel, Hierro, Antimonio, Oro, Zinc, Plata, Platino, Bismuto, Plomo, Cerium. Nadie sabe porqué están. ¿Tienen alguna oscura función? ¿Son simplemente contaminantes? Cualquier nanopartícula es un troyano que engaña los mecanismos de defensa de la célula,

la célula no lo percibe y puede tener posibles ominosos efectos (Prof. Stefano Montanari)

b. Un laboratorio independiente italiano (Corvelva) estudió la vacuna contra el papiloma virus Gardasil y encontró, que por una parte, que no llevaba todos los antígenos que declaraba tener, faltaban dos!. Además, daba señales para 338 contaminantes, de los cuales conocidos, solamente un 22 %. (<https://info.sanrafael.club/vacuna-vph-gardasil-9-resulta-tener-338-contaminantes>).

- **Virus oncogénicos**, sospechosos de estar relacionados con ciertos tumores.

Vacuna antipoliomielítica contaminada con virus vivo de simio macaco 40 (SV40), un tumorigénico en roedores, se usó ampliamente en EEUU entre 1955 y 1963. El ADN del virus de simio 40 recientemente ha sido detectado en varios tumores humanos raros, incluidos ependimomas, osteosarcomas y mesoteliomas (JAMA. 1998 Jan 28; 279(4):292-5).

Retrovirus oncogénicos (HERV-K), productores de leucemias y linfomas. (Dra. Therese Deisher).

- **Ingeniería genética**

ADN recombinante viral resultado de la producción de la cápsula viral por ingeniería genética (diversas partidas de Gardasil-papiloma). Con conocimiento de la FDA (Food and Drug Administration, EEUU) y de la EMA (European Medicines Agency), se ha comercializado sin escrúpulos. Ello significa que la vacuna no ha sido lo suficientemente purificada. Los fragmentos de ADN recombinante se ligan fuertemente con el aluminio presente, formando

un nuevo compuesto químico de toxicidad desconocida. Se sabe que está relacionado con mutaciones genéticas vinculadas a más de 70 afecciones conocidas, entre ellas el fallo en la espermatogénesis. (“Vacunas, las justas”, Miguel Jara).

En la vacuna de la hepatitis B, contenida en Infanrix Hexa, se obtienen partes de la cápsula del virus a través de un proceso de ingeniería genética (OMG), introduciendo partículas de ADN viral en células de levadura de cerveza (este dato consta en la ficha técnica). En Francia se ha discutido mucho sobre la relación entre esta vacuna y la esclerosis múltiple.

- **Fragmentos de ADN humano libre**, resultado de la producción de virus humanos en el interior de células humanas. Por afinidad penetran en la célula, especialmente en las neuronas, integrándose en el genoma del huésped y produciendo mutaciones de infaustos resultados.

EN MAYOR DETALLE

Aluminio como coadyuvante

Adyuvante. Neurotóxico. Metal pesado. Demostrado efecto como desencadenante de la enfermedad de Alzheimer. Su finalidad es producir una respuesta inflamatoria que ayude a producir anticuerpos en contra del agente infeccioso contra el cual se desea generar inmunidad.

Esta respuesta inflamatoria puede generar respuestas colaterales de consecuencias indeseables, como hemos dicho antes.

Hay una alternativa, que es utilizar fosfato de calcio como coadyuvante, mucho más inocuo, esta propuesta se ha hecho infructuosamente en Francia, iniciada por el Dr. Henry Joyeux, que puso en marcha una petición

que contó largamente con más de un millón de firmas. El resultado: oídos sordos por parte de las instituciones gubernamentales.

La realidad sobre la toxicidad y la neurotoxicidad del aluminio es obviada por los fabricantes y silenciada, o lo que es peor, directamente negada, por las autoridades sanitarias responsables de velar por la salud de sus conciudadanos, y que viven holgadamente de los impuestos que estos pagan. A partir del 1989 la OMS empieza a sacar a la luz las primeras recomendaciones sobre la toxicidad del aluminio, confirmadas por importantes estudios. El concepto de la toxicidad del aluminio está basada en un consenso científico internacional bien establecido.

ALGUNOS DATOS SOBRE EL ALUMINIO EN LAS VACUNAS

Infanrix Hexa: 0,5 mgr + 0,32 mgr de Al^{3+} = 820 microgramos de aluminio.

Introducida en el organismo con cada dosis a los 2, 4 y 6 meses.

DOSIS MÍNIMA RECONOCIDA (FDA/OMS) = aconsejan no

exponer a la población a más de 5 microgramos de aluminio en sangre por kg de peso al día. Un bebé recibe entre los dos y seis meses una dosis 41 veces superior en las tres ocasiones que recibe esta vacuna.

A esto debemos añadir el aluminio que también esta contenido en casi todas las otras vacunas (meningitis C, prevenar 13, etc).

La dosis de exposición segura del aluminio por vía parenteral (inyectable) es = 0.

El niño recibirá, durante su primer año de vida, dosis muy superiores al límite admitido de toxicidad (el cual, además, podría discutirse, pero eso excede a la extensión de este artículo). Esto en cada una de las ocasiones en

que reciba una vacuna. Una parte de ese aluminio permanecerá en el organismo durante años, con consecuencias para su salud a medio y a largo plazo casi totalmente desconocidas, que se conocerán a lo largo de los años.

Llama la atención que con el tiempo, los fabricantes de cosméticos han visto un marketing negativo para sus productos (desodorantes sobre todo) conteniendo aluminio, de manera que actualmente es frecuente encontrar la etiqueta “Sin Aluminio”, como reclamo comercial.

Otro grupo de productores son los fabricantes de vacunas veterinarias que también utilizan la ausencia de aluminio como un reclamo publicitario (non coment!).

Quien proteste por o cuestione el aluminio en las vacunas (o cualquier otro aspecto dudoso en las mismas) se convierte en el “Enemigo público número uno”.

FRAGMENTOS DE ADN HUMANO LIBRE COMO CONTAMINANTES

Son resultado de la producción de virus humanos en el interior de células humanas, que habitualmente son líneas de células patentadas de reproducción ilimitada (les llaman inmortales porque, en teoría, no envejecen), en realidad son células inmaduras que, o son de origen embrionario, o jóvenes, o cancerosas. En el primer caso proceden de abortos y en segundo de prepucios de recién nacidos que han sido circuncidados. Este ADN puede integrarse peligrosamente en el interior del ADN del huésped, especialmente en la situación de inflamación que genera la vacuna. Y también comentar que las células de los bebés son mucho más proclives a integrar en su genoma fragmentos de ADN exógeno.

En diversos estudios presentados por la Dra Therese Deisher, se habla extensamente de este problema. En

resumen escribe: “Diversos estudios relacionan el autismo con inestabilidad genómica, con abundantes mutaciones desfavorables, que aparecen en el momento en que se introducen vacunas contaminadas con virus endógenos y con fragmentos de ADN fetal humano... que son fuente de mutaciones y de aberraciones cromosómicas”. Y acaba: “... las vacunas deben ser seguras sin ninguna contaminación con ADN humano, y además, deben ser producidas de manera ética a través de procesos de manufacturación aprobados”.

Determinadas vacunas, como la de la varicela y la de la rubéola, contienen fragmentos de ADN humano. Estos fragmentos pueden integrarse en el genoma del huésped.

Determinadas vacunas, como la de la varicela y la de la rubéola, contienen fragmentos de ADN humano. Como lo similar se atrae con lo similar, estos fragmentos pueden integrarse en el genoma del huésped (o sea, quien recibe la vacuna), produciendo mutaciones que llevarían al espectro autista. En el proceso de elaboración del virus para la vacuna se obtiene a través de células humanas. Ciertos virus parece que solamente pueden replicarse en células humanas vivas. Estos fragmentos de ADN libre no pueden eliminarse completamente de las vacunas, quedando como contaminantes. Esta es una información que NO recibe el usuario final. La Dra. Isabel Bellostas, pediatra, informaba a sus pacientes en el centro de salud sobre este detalle, para que pudieran elegir libremente, cosa que parece ser que no gustó mucho. Muy interesante ver los videos en que la entrevistan en el Youtube. Está muy bien documentada sobre el tema.

PROCEDENCIA DE LAS CELULAS HUMANAS PARA MULTIPLICAR VIRUS VACUNALES

- **LÍNEAS CELULARES INMORTALES DE DISEÑO, OBTENIDAS INICIALMENTE DE ABORTOS VIVOS. Como por ejemplo, la línea MCR-5 utilizada en la vacuna de la varicela y de la rubéola.**
- **ABORTOS VIVOS, extraídos por un proceso que no es el habitual. Actualmente utilizados en investigación de nuevas líneas de vacunas, como la del citomegalovirus o el Zika.**
- **FIBROBLASTOS PROCEDENTES DE PREPUCIOS DE NIÑOS CIRCUNCIDADOS.**

Los prepucios se venden a empresas farmacéuticas desde hace décadas, que usan sus células para la investigación, desarrollo y crecimiento de vacunas. Las células inmaduras, jóvenes, pueden mantenerse reproduciéndose mucho más tiempo que las de un adulto.

APRENDER A BUSCAR, LEER Y ANALIZAR LAS FICHAS TÉCNICAS PUBLICADAS POR LA AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO

Las vacunas son medicamentos, y por tanto tienen su prospecto y su ficha técnica. En las agencias del medicamento española y europea podemos encontrar esos datos. Todas las fichas técnicas, ya sean de fármacos o vacunas, tienen el mismo formato. Iremos directamente a los apartados que nos interesan. Lo más fácil para encontrar la ficha técnica es poner la marca del producto en internet, y abrir el link de la aemps,

donde saldrá la ficha directamente, que puede descargarse en pdf. Básicamente, para analizar los componentes de cualquier medicamento debemos ir al apartado 2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA y en el apartado 6. DATOS FARMACÉUTICOS, en concreto el 6.1. Lista de excipientes. Por lo demás, teniendo las palabras clave, en Internet puede buscarse cualquier cosa, con lo cual estas informaciones pueden llegar a ser un poco menos crípticas.

Ejemplos:

- **INFANRIX HEXA:** Como su nombre indica, esta vacuna es contra 6 enfermedades (antígenos). Se administra a los 2, 4, y 6 meses. La información de los agentes contra los que vacuna (antígenos) la encontramos en el apartado 2. En el mismo apartado encontramos que contiene 0,5 mgr + 0,32 mgr = 0,82 mgr de Aluminio (Al⁺³), como adyuvante. Trazas (contaminantes) de formaldehído, neomicina y polimixina, resultantes del proceso de fabricación. Virus de la polio inactivados propagadas en células VERO (de riñón de mono verde africano). Antígeno de hepatitis B producido por tecnología de ADN recombinante (transgénica) utilizando células de levadura de cerveza. En el apartado de excipientes, 6.1, encontramos lactosa, lo que puede facilitar alergias e intolerancias, puesto que se inyecta intramuscular y medio 199, conteniendo “principalmente” aminoácidos, sales minerales y vitaminas (o sea, en realidad no sabemos que estamos inyectando).
- **VARIVAX:** Contra la varicela, enfermedad inocua que no requeriría inmunización, pasarla de manera natural da la oportunidad al organismo de madurar, según las enseñanzas de Rudolf Steiner. Apartado 2, virus varicela vivos atenuados replicados en células diploides humanas MCR-5 (es decir, vacuna

contaminada con ADN humano, imposible de eliminar completamente). Cantidades residuales de neomicina. En el apartado de excipientes, 6.1: entre otros L-glutamato monosódico, incomprensible, porque se encuentra un potenciador del sabor (E-621) en un inyectable!

- **PRIORIX:** Triple vírica (virus vivos atenuados). Apartado 2: Virus de sarampión y de la parotiditis multiplicado en células de embrión de pollo (alerta a las brutales alergias al huevo que pueden llevar a shocks anafilácticos mortales por consumo inadvertido de huevo). Virus de la rubéola multiplicados en células diploides humanas MCR-5 (contaminación por ADN humano). Trazas de neomicina. 9 mgr de sorbitol. Apartado 6.1.: lactosa, manitol, sorbitol y aminoácidos. (https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/62314/FT_62314.pdf).

Dada la extensión prevista para este artículo, no es posible analizarlas todas, citamos aquí algunas marcas más para quien desee continuar con este ejercicio de prospección on line: PREVENAR (Contra el neumococo), GARDASIL (contra el papiloma virus).f

CONCLUSIONES

El concepto del capitalismo feroz, de más, más y más, crecimiento ilimitado, parece aplicarse a las vacunas. Cada vez más, cada vez más precoces.

Totalmente de acuerdo con la doctora Therese Deisher en que el proceso de elaboración vacunal debería, como la mínima condición de obligado cumplimiento, estar sometida a un comité ético independiente de la industria, que garantizara a la población que las vacunas están libres de cualquier sustancia que pueda ser perjudicial. Una vez eliminadas las sustancias indeseables, debería existir también un comité ético independiente para rea-

lizar un exhaustivo trabajo de campo para estudiar en profundidad los efectos secundarios y reacciones adversas, con una recogida de campo sistemática y veraz durante largos periodos de tiempo. Después, otro comité debería analizar cuales pueden resultar útiles o imprescindibles del calendario, eliminando todas las demás o dejándolas para situaciones especiales o muy puntuales. Finalmente otro comité debería analizar muy cuidadosamente las edades y procedimientos apropiados de vacunación, de acuerdo a los múltiples conocimientos que hoy en día se tienen sobre el funcionamiento del sistema inmunológico.

Como corresponde, la población debería ser informada correctamente de todos estos procedimientos, que se harían públicos.

Por definición, se considera a un “enemigo” según expresa el New York Times así tal cual, a todo aquel que se atreva a cuestionar cualquier vacuna, o cualquier aspecto de los procedimientos vacunales.

Pero la realidad es que información es supervivencia, y aunque resulte incómoda, debemos informarnos de todo lo que consumimos, incluidas las vacunas.

BIBLIOGRAFÍA Y ENLACES

MAS INFORMACIÓN = DECISIONES CONSCIENTES
Aunque sean verdades incómodas de investigar.

Información general

- www.vacunaciónlibre.org (por descontado!)
- www.migueljara.com
- “Vacunas Las Justas” Miguel Jara. Ediciones Península, 2015
- www.greenmedinfo.com
- www.greenmedinfo.com/anti-therapeutic-action/vaccination-diphtheria-pertussis-tetanus
- <http://pubmed.org> artículos sobre efectos adversos poniendo la pala-

bra “vaccination”

- www.ipsn.eu
- www.healthimpactnews.com
- www.ageofautism.org

Fichas técnicas vacunas

Fichas técnicas en la agencia española del medicamento. www.aemps.gob.es y www.ema.europa.eu (Agencia Europea del Medicamento). Solamente analizando las fichas técnicas de los medicamentos-vacuna con sentido crítico, surgen un montón de cuestiones que no todas tienen respuesta. Lo mejor es poner la marca de la vacuna en el buscador y ya sale el enlace hacia la ficha técnica, en la página de la aemps. Si el enlace no se conecta, copiarlo en el navegador.

- VARIVAX: www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/65709/FT_65709.pdf
- INFANRIX HEXA: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/00152006/FT_00152006.html.pdf
- PRIORIX: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/62314/FT_62314.pdf
- GARDASIL 9, CERVARIX, PREVENAR 13, etc., buscar información según el procedimiento indicado.

Noticias

Todo aquel que cuestione lo que sea sobre las vacunas, es declarado enemigo público número uno:

- <http://healthimpactnews.com/2019/medical-doctor-responds-to-new-york-times-article-attacking-vaccine-skeptics>
- <https://www.nytimes.com/2019/01/19/opinion/vaccines-public-health.html>
- Estudio científico, tasas de mortalidad incrementadas en niños africanos vacunados versus no vacunados:

<https://www.ipsn.eu/afrique-mortalite-plus-elevee-chez-les-enfants-vaccines-les-scientifiques-sinquietent/>

- Instrucción proceso judicial, joven de 21 años muerta de paro cardiaco por arritmias después de la 3a administración de la vacuna del papiloma.
<https://drive.google.com/file/d/1QWjVh6j6APIFeo2aKuKcFuj8Bl-FU3G4b/view>
<http://www.migueljara.com/2018/11/15/familia-del-nino-muerto-tras-vacunacion-de-la-varicela-la-administracion-sanitaria-nos-estan-maltratando/>

Aluminio

www.ipsn.eu. Abundantes artículos sobre el tema. Prof. Dr. Henry Joyeux (en francés).

Contaminación con material genético humano (ADN)

- Utilización de células procedentes de prepucios de recién nacidos circuncidados: <https://www.naturalnews.com/2017-09-30-baby-foreskin-being-used-to-make-vaccines.html>

- Valiente testimonio de la Dra. Isabel Bellostas, pediatra de Madrid: <http://www.cajadepandora.tv/adn-humano-en-las-vacunas-dra-isabel-bellostas-entrevista/>
- Dra. Therese Deisher: <https://www.vaccinechoiceprayercommunity.org/theresa-deisher.html> "Spontaneous Integration of Human DNA Fragments into Host Genome" K. Koyama, T. A. Deisher - Sound Choice Pharmaceutical Institute, Seattle, WA ■

Breve reflexión sobre la vacunación infantil

¿Saben los padres lo que están haciendo vacunando a sus hijos? Deben recordar y reflexionar los siguientes puntos fundamentales:

- Las vacunas carecen de la experimentación requerida desde el punto de vista científico, ahora en el siglo XXI sabemos que los efectos perjudiciales son muchos más evidentes que los supuestos beneficios que nunca han sido ni demostrados, ni contrastados.
- Vacunar es enfermar, cuantas más vacunas ponga a su hijo más seguridad tendrá de que su hijo jamás volverá a estar sano, recuerde que la salud incluye el comportamiento y la conducta. Sabemos hoy muy bien que la alta tasa de violencia y delincuencia juvenil tiene una causa BIOLÓGICA en las vacunaciones infantiles.
- Las enfermedades infantiles son necesarias para el correcto crecimiento y desarrollo del niño. Los niños que no las pasan o se aborta su proceso de forma intempestiva sufrirán en el futuro una enfermedad autoinmune.
- 40 años de experiencia clínica psiquiátrica con adultos y niños nos permite decir con total seguridad que aquellas personas (niños también) que son vacunados reiteradas veces pierden para siempre su equilibrio psí-

quico y emocional, siendo muy difícil poder recuperarlos, trayendo como consecuencia numerosos problemas familiares y sociales (drogadicción incluida).

Si las vacunas nos enferman, no tienen conocimiento experimental, no son útiles a lo que ilusoriamente pensamos que nos protegían, deterioran la salud y la convivencia social, ¿que estamos haciendo vacunando a nuestros hijos?

Desde luego debemos informarnos y no permitir introducir a nuestros hijos estas sustancias que se acompañan de otras (metales: Aluminio, Mercurio) que son ya directamente tóxicos.

Sigo sin entender como los padres continúan envenenando a sus hijos y no se dan cuenta de los trastornos que les producen. Ya es más que evidente la relación vacunas-autismo, y vacunas-cancer, por solo citar dos ejemplos.

Solo pido REFLEXION y mucho sentido común. El principio Hipocrático de que la Naturaleza es la que cura se ha olvidado y este olvido es el mayor error de la Medicina moderna, si se puede llamar Medicina a esta forma de hacer. Todos pagamos ese error con un sufrimiento innecesario, persistente y que se expresa en enfermedades crónicas incurables para toda la vida.

Jesús María Albillo Echenique, médico psiquiatra.

Reacciones postvacunales en España durante el período 2006–2014



Autora: Mireia Ventura (Licenciada en Farmacia)

Han colaborado: Isabel Rovirosa (Pediatra) y Xavier Uriarte (Médico Rehabilitador)

E-mail contacto: xavier.uri@gmail.com

Fecha recepción: 11 de enero de 2019

Desde el año 1988 la LLV ha ido recogiendo reacciones postvacunales producidas en España. En el año 2005 publicamos los efectos adversos de 250 personas afectadas por las vacunas en España. En este artículo os presentamos los resultados de las 53 personas afectadas por las vacunas durante el período 2006–2014. El 79% de los afectados presenta una relación directa entre la vacuna y la reacción aparecida. El 79% presenta reacciones neurológicas.

Introducción

En el período 2006–2014 el Programa Efectos Adversos de las Vacunas (PROESVA) de la Liga para la Libertad de Vacunación (LLV) recogió 53 casos sucedidos en los que se describían posibles efectos adversos de las vacunas. Para presentar estos casos se han dividido en dos grandes bloques, en función de cómo se han detectado:

- Se han recibido 24 casos de efectos secundarios de las vacunas observados por una médica pediatra en su consulta que han sido notificados al Servicio de Farmacovigilancia de Cataluña mediante la tarjeta amarilla. Todos los efectos adversos han sido detectados en niñas/os entre 2 y 19 meses de edad al poco tiempo de administrarse la vacuna. Las vacunas implicadas han sido Infanrix hexa, hexavalente, Prevenar y Menjugate. Los síntomas observados fueron fiebre alta, irritabilidad diurna, despertar nocturno, llanto incon-

trolable, tos, pérdida de hambre, bronquitis, faringitis, hepatopatía, diarreas y somnolencia.

- 29 casos más se han recibido directamente por correo postal al apartado de correos de la LLV. Los familiares o los implicados se han puesto en contacto con la LLV. Los 53 casos han sido evaluados por los Algoritmos Modificados Uriarte-Mora.

Ficha efectos adversos de las vacunas (FEAV)

A lo largo de los 30 años que la LLV viene observando, recogiendo y valorando las reacciones postvacunales se han ido utilizando diferentes fichas.

La primera en 1988 fue propiamente la Tarjeta Amarilla de los Servicios de Farmacología de España.

Con la experiencia fuimos modificando la ficha amarilla hasta que en el 2013 elaboramos una definitiva que utilizamos actualmente y que es más completa.

Ver la ficha FEAV vigente en las páginas 20–23.

Algoritmos modificados Uriarte–Mora

Para poder valorar la relación entre un fármaco y sus efectos adversos inicialmente utilizamos los Algoritmos de Karch-Lasagna aceptados internacionalmente desde el año 1955.

Los hemos aplicado desde el año 1988 hasta el 2013.

Actualmente los hemos modificado y hemos creado nuestro propio sistema de valoración siempre basado en los algoritmos iniciales mencionados.

Presentamos aquí los Algoritmos Modificados Uriarte-Mora para la valoración de la relación entre la vacuna y los posibles efectos adversos producidos.

Ver gráfico de los algoritmos Uriarte–Mora en la página 24.

Ficha de Efectos Adversos de las Vacunas (FEAV)

OBSERVADOR

Nombre y apellidos

Dirección

PACIENTE

Fecha nacimiento	Sexo
Grupo sanguíneo	Fecha de la observación

VACUNA SOSPECHOSA

Nombre de la vacuna

Fecha de administración

¿Existía contraindicación?

¿Cuál?

(1/4)

REACCIÓN REGISTRADA

Descripción detallada de los síntomas

DIAGNÓSTICO POSTVACUNAL

EVOLUCIÓN, SECUELAS

(2/4)

CALENDARIO VACUNAL

Relación de las vacunas administradas además de la vacuna sospechosa

ANTECEDENTES FAMILIARES

Del trastorno detectado
Otras patologías
Antecedentes de alergias
Antecedentes enfermedades auto-inmunes

OTRAS INFORMACIONES

--

(3/4)

TRATAMIENTO DE LA REACCIÓN POSVACUNAL

Isopático	Homeopático	Biológico	Mixto	Otros
-----------	-------------	-----------	-------	-------

Garantizamos la confidencialidad de los datos que figuran en el cuestionario.

Por favor, enviad la ficha a :

GRUPO MÉDICO DE REFLEXIÓN DE VACUNAS

C/ Güell nº 12, 3 C

17001 Girona

Dr. Xavier Uriarte, xavier.uri@gmail.com

Dr. Joan Mora, joanmorabrugues@telefonica.et

Apartados a rellenar por el grupo de reflexión

RELACIÓN CAUSA–EFECTO

--

(4/4)

Valoración de las reacciones adversas posvacunales

Adaptación de los algoritmos de Karch-Lasagna

GRUPO MÉDICO DE REFLEXIÓN DE VACUNAS

Dr. Joan Mora, Dr. Xavier Uriarte

Dirección para correspondencia: xavier.uri@gmail.com

Variables a tener en cuenta	Puntuaciones
Cronología o Secuencia temporal	
Reacción inmediata (de 0 a 3 días)	4
Reacción a corto plazo (de 4 al 30 día)	3
Reacción a medio plazo (del 30 al 90 día)	2
Reacción a largo plazo (del 90 al 180 día)	0,5
Reacción adversa descrita en la literatura	2
Reacción aumentada con nuevas dosis de la vacuna	1
Existencia de relación causal alternativa	-1
Mejoría con el tratamiento isoterápico	2
Existencia de contraindicaciones en el momento de la vacunación	1
CIERTA o DEFINIDA	de 6 a 8,5
El efecto adverso no puede explicarse por una causa alternativa.	
PROBABLE	de 4,5 a 6
El efecto adverso puede ser debido a la vacuna.	
Una explicación alternativa es menos probable.	
POSIBLE	de 3 a 4
No se puede excluir la relación.	
No hay una explicación alternativa concluyente.	
El efecto adverso podría deberse a la vacuna.	
CONDICIONAL	de 1,5 a 2,5
Una explicación alternativa es más probable	
NO RELACIONADA	1,5

RESULTADOS

Tras la evaluación de los 54 casos referidos se ha observado que en el 28% de los casos existía alguna contraindicación.

A nivel de género los hombres representan el 54% y las mujeres el 46%.

La edad de los afectados ha sido muy variada, el paciente más joven tenía 2 meses y el mayor 65 años.

Sin embargo, principalmente se han recibido casos de niños menores de dos años (58%).

El 25% de los casos eran menores de 6 meses.

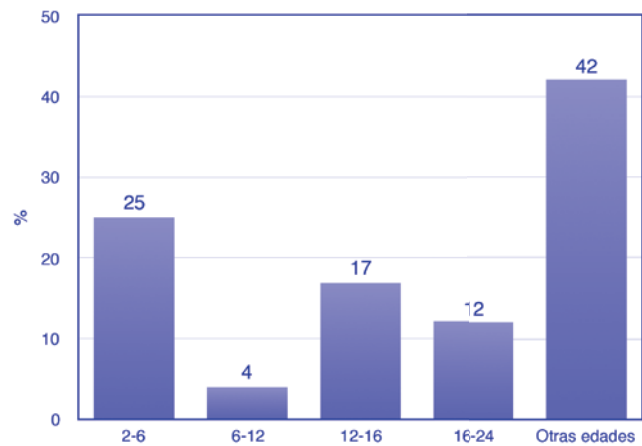
En el 46% de los casos afectados estaban implicadas la vacuna de la difteria y tos ferina.

Otras vacunas que se han descrito han sido la vacuna del virus del papiloma humano, la vacuna de la hepatitis y la triple vírica.

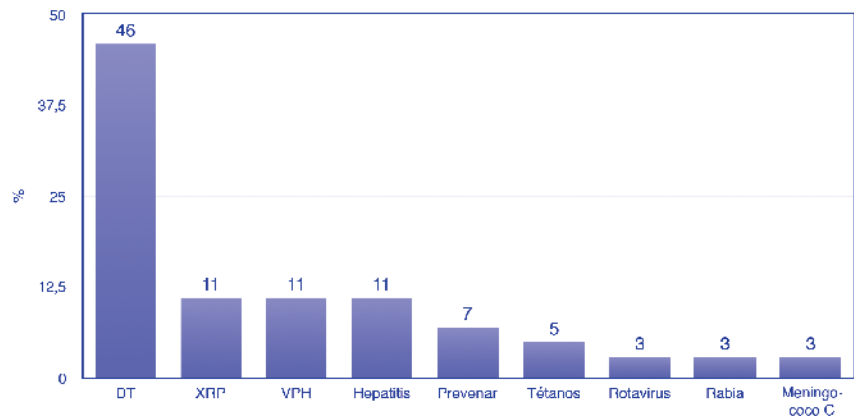
El 79% de los casos han presentado una afectación neurológica como la encefalitis postvacunal, el autismo y la vagotonía.

Se ha observado que en el 79% de los casos la relación entre la vacuna y el efecto adverso observado era definida. ■

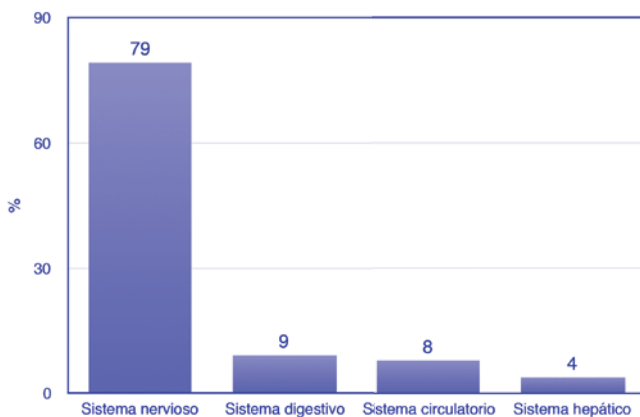
Edad de los afectados



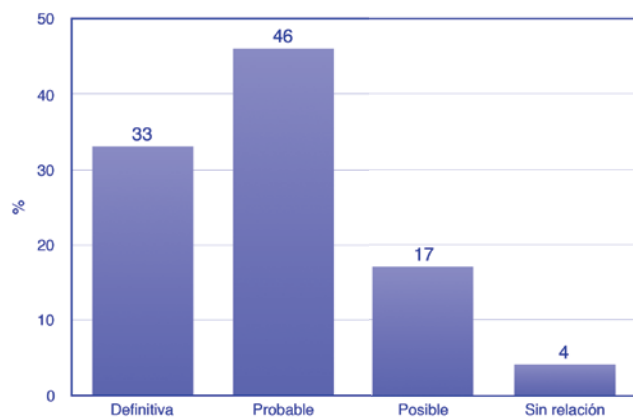
Tipo de vacunas



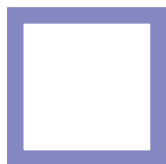
Tipo de afectación



Relación causa—efecto



Pautas básicas para las familias que matriculan en centros docentes sus hijos no vacunados



Autor: Vicenç Robles (Secretario LLV)
Fecha recepción: 27 de febrero de 2019
Contacto: info@vacunacionlibre.org

La vacunación no es obligatoria en España, es recomendada. La escolarización es obligatoria en España en las etapas de primaria y secundaria. ¿Si la vacunación no es obligatoria y la escolarización sí, hay niños que pueden ser excluidos de la escolarización por el hecho de no estar vacunados?

Aún hay mucha confusión entre la población sobre si la vacunación es obligatoria en España. La normativa es muy clara al respecto: la vacunación no es obligatoria. No insistiremos sobre la cuestión ya que incluso lo reconocen asociaciones y comités tan defensores de la vacunación sistemática como la Asociación Española de Pediatría y el Comité de Bioética de España:

Asociación Española de Pediatría. Consejo asesor vacunas

- SECCIÓN VI. Aspectos legales de las vacunas.
- Capítulo 44-1: Voluntariedad–Obligatoriedad, consentimiento y renuncia a la vacunación.
- Así pues, a modo de conclusión, la regla general en nuestro Derecho es la no obligatoriedad de la vacunación, tanto de la vacunación sistemática, entendida como medida de salud pública para prevenir la aparición de enfermedades (meramente recomendada a través del calendario vacunal), como en los casos en

los que el riesgo es exclusivamente individual, en ambas situaciones es preciso el consentimiento del interesado o de sus representantes legales¹.

Comité de Bioética de España

Cuestiones ético-legales del rechazo a las vacunas y propuestas para un debate necesario.

- 6. La ausencia de un deber legal de vacunación en nuestro sistema jurídico.
- ... las normas que regulan las vacunas en nuestro sistema jurídico, pese a reconocer su especial relevancia en el campo de la salud pública y de la prevención de enfermedades individuales y colectivas (epidemias), no incorporan una cláusula jurídica de obligatoriedad.
- Por ello, y al tratarse de una mera recomendación, los padres pueden decidir no vacunar a sus hijos sin que por ello incumplan la normativa estatal al respecto².

Al respecto de la normativa requerida para el acceso de los niños a los centros docentes que publica cada autonomía en su diario oficial, la de Catalunya incorpora diferentes opciones respecto a las vacunaciones:

RESOLUCIÓN ENS/603/2018, de 27 de marzo, per la qual s'aproven les normes de preinscripció i matrícula d'alumnes als centres del Servei

d'Educació de Catalunya i altres centres educatius, en els diversos ensenyaments sostinguts amb fons públics, per al curs 2018–2019.

- fotocòpia del carnet de vacunacions on figurin les dosis de vacunes rebudes amb les dates corresponents. Quan no es tingui el carnet de vacunacions, s'ha de presentar un certificat mèdic oficial o el carnet de salut de l'infant on figurin les dosis de vacuna rebudes amb les dates corresponents (article 4 de l'Ordre de 29 de juny de 1981, per la qual s'aprova l'establiment dels registres perifèrics de vacunacions). Si el nen no ha estat vacunat per indicació mèdica o per altres circumstàncies, cal presentar un certificat mèdic oficial justificatiu³.

Como podemos comprobar se incluye la opción que el niño no esté vacunado adjuntando un certificado médico identificativo. El certificado médico, que puede rellenarse en impreso oficial, ha de ser firmado por un médico colegiado y recomendamos que en él conste:

1. que el niño tiene seguimiento médico regular
2. que está bien de salud y no padece ninguna enfermedad infecto-contagiosa
3. opcional, que no está vacunado por los posibles efectos adversos de las vacunaciones.

La Generalitat Valenciana en el documento que adjuntamos nos da la respuesta a la pregunta que lanzábamos al inicio del artículo.

Estas vacunaciones en España son sólo "recomendadas" y no obligatorias y –pese a que, los profesionales sanitarios debemos insistir y fomentar la vacunación como medida de prevención y control de la salud, tanto individual como pública– no pueden administrarse obligatoriamente, ni su falta un obstáculo para la escolarización⁴.

Hasta aquí lo que dice la normativa extraída en todos los casos de organismos oficiales o claramente favorables a la vacunación sistemática: los niños no deben ser excluidos de la escolarización por el hecho de no estar vacunados. Pero vivimos en un país de súbditos más que de ciudadanos. No es extraño que quien está al frente de la administración pública (directores de escuela, médicos, alcaldes, etc...) apliquen la normativa según su criterio y no siguiendo estrictamente lo que esta indica. El caso de la vacunación es uno de los mejores ejemplos. Nos atrevemos a daros una serie de consejos si desgraciadamente os encontrarais en algún momento en esta situación:

- El factor humano es muy importante. Siempre ayuda una comunicación cordial junto a una reclamación firme de nuestros derechos.
- Hemos de identificar a nuestro interlocutor y el ámbito de decisión que tiene.
- Decidir si estamos comunicando con el interlocutor adecuado.
- No entrar en polémicas discursivas.
- Si es el caso, pedir por escrito a nuestro interlocutor en que normativa se basa para pedirnos como obligatorio el carnet de vacunaciones.
- Entregar nosotros por escrito la normativa y exigir su cumplimiento.

Fecha: 25 de julio de 2006
SALIDA 050

REMITENTE: **C.S.P. DE ALICANTE. Unidad de Promoción de Salud**
TEL: 966 478 560 FAX: 966 478 561

DESTINATARIO:	I.E.S. MUTXAMEL (A/A DIRECTORA)
FAX	965 95 24 79

ASUNTO: INFORMES DE SALUD DEL ESCOLAR

Tras consulta efectuada a esta Unidad de Promoción, por Doña Laura Gómez Cortés, sobre la obligatoriedad de presentar en el Informe de Salud del Escolar la vacunación infantil correcta, según el Calendario Oficial de Vacunaciones de la Comunidad Valenciana, para la matriculación en su Centro Escolar, le informo que:

Estas vacunas, en España, son sólo "recomendadas" y no obligatorias y - pese a que, los profesionales sanitarios debemos insistir y fomentar la vacunación como medida de prevención y control de la salud, tanto individual como pública - no pueden administrarse obligatoriamente, ni su falta ser un obstáculo para la escolarización.

Adjunto le remito la carta que se envió sobre estos Informes a los Centros Docentes, en mayo del 2005, desde la Direcciones Generales de Salud Pública y Educación.
Atentamente.

NÚMERO DE HOJAS INCLUYENDO LA PRESENTE: 2

REMITIDO DESDE LA LOCALIDAD Y FECHA INDICADOS, POR:

ALICANTE, 25 de julio de 2006


Vicente Ortuño Ibáñez
Jefe de la Unidad de Promoción de Salud

Notas

- ¹ Texto extraído de la página web de la Asociación Española de Pediatría.
- ² Texto extraído del documento Cuestiones ético-legales del rechazo a las vacunas y propuestas para un debate necesario. Comité de Bioética de España.
- ³ Texto extraído del Diari Oficial de la Generalitat.
- ⁴ Documento del Centre de Salut Pública d'Alacant.

Si necesitáis asesoramiento podéis solicitarlo a través del correo electrónico info@vacuacionlibre.org.

Filipinas se prepara "para lo peor" tras la vacunación de 733.000 niños contra el dengue



Autora: Maria Schiaffino (Colaboradora LLV. Argentina)

Fecha recepción: 22 septiembre 2018

Contacto: mariaschiaffino100@gmail.com

Tras efectuar un análisis a largo plazo, el 29 de noviembre 2017 el gigante farmacéutico francés Sanofi Pasteur alertó sobre los efectos negativos de su vacuna contra el dengue.

El portavoz del Ministerio de Salud de Filipinas Enrique 'Eric' Tayag, ha comentado al medio filipino ABS-CBN que su Ministerio "está preparado para el peor de los casos" luego de que la compañía farmacéutica Sanofi Pasteur anunciara la suspensión de su programa de vacunación masiva contra el dengue.

El **análisis de 6 años** del gigante farmacéutico francés [el análisis anterior había sido a corto plazo, de sólo 2 años] ha demostrado que su vacuna Dengvaxia puede resultar peligrosa si es inyectada en quienes todavía no han padecido la infección del dengue.

Dengvaxia aporta beneficios persistentes de protección contra la fiebre del dengue a quienes han sido infectados anteriormente. Sin embargo, el análisis ha demostrado que a largo plazo, entre **las personas no infectadas con el virus** del dengue previamente, tras la vacunación los que se infecten **podrían desarrollar la forma más grave de la enfermedad**", advirtió Sanofi Pasteur en su comunicado.

En Filipinas la vacuna francesa se utiliza desde 2016. **Más de 733.000**

niños han sido vacunados con Dengvaxia. Tayag precisó que el programa de vacunación sólo fue implementado en aquellas zonas del país donde el dengue está extendido¹ y que entre los vacunados no hubo niños menores de nueve años.

El Ministerio de Salud filipino está revisando las historias clínicas de los hospitales en busca de casos graves de dengue. Anteriormente no detectó ningún caso reportado de empeoramiento en el transcurso de la infección entre los vacunados, pero esto podría observarse a partir de los **cinco años después** de la vacunación, señaló Tayag.

Sanofi Pasteur, por su parte, indica que la vacunación "debería ser recomendada sólo si los potenciales beneficios compensan los potenciales riesgos".

La fiebre del dengue se caracteriza por un aumento rápido de la temperatura corporal que dura entre 2 y 7 días, que suele estar acompañado de dos de los síntomas siguientes: un intenso dolor de cabeza, dolor detrás de los globos oculares, dolores musculares y articulares, náuseas, vómitos, agrandamiento de los ganglios linfáticos o sarpullido.

La enfermedad se transmite por la picadura de mosquitos infectados y acarrea con frecuencia hemorragias

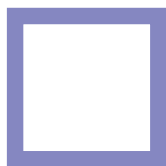
internas. El período de incubación es de entre 4 y 10 días. No existe ningún tratamiento específico contra el dengue.

¹ Lo que se probó hace 20 años con respecto a la malaria, probablemente sucede también con el dengue:

"Cuando Robert Snow, biólogo del Instituto de Investigaciones Médicas de Kenya y sus colegas compararon los casos de internaciones por malaria severa en tres comunidades de Kenya y dos de Gambia, llegaron a una conclusión alarmante: la tasa de hospitalización de niños con malaria era menor en aquellas zonas donde el contagio era mayor y, por el contrario, aumentaba en las zonas donde el contagio era más moderado. De esto se deduce que el estar en contacto con la malaria a una edad temprana con frecuencia aumenta los anticuerpos" (Robert Snow y cols.: *Relación entre la mortalidad de niños africanos por malaria grave y el nivel de transmisión del Plasmodium falciparum*, The Lancet, 7 de Junio de 1997. DOI:

[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(97\)02038-2](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(97)02038-2) ■

La difteria en Francia, período 1912–1970



Autora: Françoise Berthoud (Pediatra. Francia)

Traducción y adaptación: Xavier Uriarte

Contacto: xavier.uri@gmail.com

Fecha de elaboración: 17 de enero de 2019

En este artículo se muestra, según los datos existentes en Francia durante el periodo 1910–1970, la morbilidad y la mortalidad prevacunal y postvacunal en Francia y en Europa. Con la introducción de la obligación vacunal, no sólo en Francia (1931–1938) sino en Europa (1941–1945), se observó un incremento de la morbilidad y de la mortalidad en el período 1910–1954.

A pesar de las infrahumanas condiciones de vida entre y durante las guerras europeas la mortalidad por difteria apareció en los períodos de vacunación obligatoria. A partir del 2000 la difteria en Francia se manifestó tanto como una infección amigdalara, respiratoria, cutánea o impétigo como ganglionar.

Introducción

La difteria es una enfermedad infecciosa contagiosa descrita en 1826 por Pierre Bretonneau (1778–1862).

Se da con la presencia del *Corynebacterium diphtheriae* o bacilo de Löffler–Klebs, aislado por Friedrich Löffler (1852–1913) en 1884.

La toxina diftérica fue descrita por Alexandre Yersin (1863–1943) y Émile Roux en 1888.

Gaston Ramon (1886–1963) veterinario y biólogo francés colaborador del Instituto Pasteur puso en funcionamiento la vacuna.

Se trata de una anatoxina que enseña al cuerpo a defenderse contra la toxina del *corynebacterium*.

La confianza general concedida a este principio pasteuriano tuvo como consecuencia que ningún estudio de eficacia fuese realizado antes de la aplicación masiva de dicha vacuna a partir del 1930.

En la década de los 60, la OMS escribió en los Cuadernos de Salud Pública, nº 8, 1962, lo siguiente:

“Aunque la inmunización por la anatoxina diftérica se haya generalizado progresivamente en el mundo entero a lo largo de la década de los 30 y que sea aplicada universalmente para prevenir la difteria, es imposible encontrar huellas de algún ensayo práctico estrictamente controlado de este producto”.

Aun hoy esta afirmación es vigente puesto que ningún estudio ha sido llevado a cabo recientemente.

Además en el año 1962 la OMS escribió: “La frecuencia de nuevos casos de difteria puede aumentar y disminuir independientemente de los programas de vacunación”.

De hecho, el genio epidémico de numerosas enfermedades infecciosas es imprevisible, independientemente de las condiciones de vida de las poblaciones.

En 1858 un médico inglés escribía: “la difteria es una enfermedad infecciosa extendida de la que desconocemos muchas cosas”.

Esta afirmación 160 años después es vigente.

El papel de la vacuna no puede ser

evaluado sino únicamente por estudios epidemiológicos que si los analizamos crean una gran duda sobre la eficacia de esta vacuna.

En 1944 el Dr. Neveu publicó un artículo sobre la eficacia del cloruro de magnesio en el caso de la difteria.

Las autoridades sanitarias lo rechazaron para no interferir en la implantación masiva de las campañas de vacunación de la difteria.

Comportamiento de la difteria en Francia y en Europa (1912–1970)

Entre los años 1910–1920 se habían registrado en Francia cada año un total entre 12.000–15.000 personas.

De 1928 a 1935 la media anual fue de 20.000 personas.

Desde 1941 subiendo a una media de 45.000 personas cada año.

La vacuna descubierta en el año 1923 fue introducida inicialmente en las comunidades infantiles.

Se hizo obligatoria en Francia, en

el servicio militar, en el año 1931 y en el año 1938 entre la población infantil.

Desde 1942 se llevaron a cabo masivas campañas de vacunación de la difteria (ver primer gráfico).

Esta misma curva de frecuencia ha sido observada en muchos países europeos en el momento de la Segunda Guerra Mundial (ver segundo gráfico).

En Noruega, se pasó de 16.000 personas en 1919 a 54 en 1939.

En 1908 habían fallecido 555 personas y 2 en 1939. Cuando Alemania invade Noruega y aplica la obligación vacunal se observaron 22.787 personas con difteria y 747 fallecidos en 1943.

En Suecia y en Dinamarca, el primer país mucho menos vacunado que el segundo, las curvas son idénticas en 1954 con 1 sólo caso de difteria tanto en Suecia como en Dinamarca.

En Alemania, la mortalidad se disparó en 5 años (1941–1945) de vacunación obligatoria.

En 1945 la obligación fue retirada y la mortalidad desapareció, a pesar de

las pésimas condiciones que vivió la población alemana tras la contienda.

En 1989 hubo 1 caso de difteria autóctona en Francia.

Después de más de 10 años sin difteria, en Francia a partir del 2000 han sido declarados 21 casos autóctonos de difteria ulcerante y 8 casos no autóctonos.

Los 21 casos de difteria ulcerante se repartieron entre 7 casos de infecciones respiratorias, 13 de infecciones cutáneas o impétigo y 1 caso de infección ganglionar.

Entre las 8 personas destacamos 5 con anginas diftérica y 3 de difteria cutánea o impétigo.

Ninguna persona falleció.

Comparación de los datos europeos sobre difteria con los datos de España en el período 1901–1965.

Los datos existentes y la valoración de los mismos en España durante este período difieren ligeramente del resto de Europa por

las características de la implantación de la vacunación de la difteria en nuestro país.

En España se comenzó por primera vez a vacunar con la monovacuna difteria entre 1945–50 y se inició la vacunación masiva no obligatoria en 1965, en forma combinada (DTP).

En este período de inicio de la vacunación (1945–1965) la cobertura vacunal sólo llegó a cubrir el 7,7% de la población.

Cifras que no supusieron protección de grupo alguna para la población.

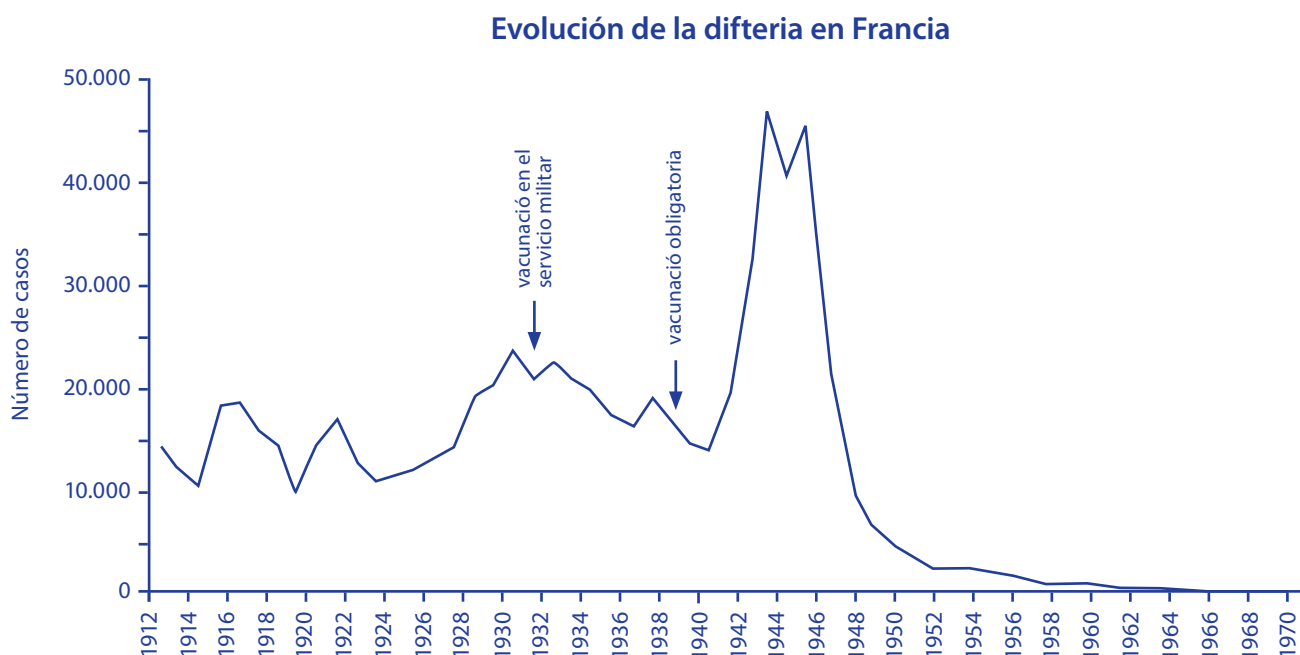
Sin vacuna prácticamente en España, del año 1901–1965 la morbilidad y mortalidad por difteria descendió respectivamente el 97,2% y el 98,7%.

La morbilidad en 1901 de 60.000 personas bajó en 1965 a 4.741.

La mortalidad en 1901 de 6.299 personas descendió en 1950 a 587.

Y en 1961 la morbilidad fue de 1.841 personas y en 1965 la mortalidad fue de 56.

Se observó un repunte de la difteria en el período de la Guerra Ci-



Fuente: Datos del anuario estadístico de Francia.

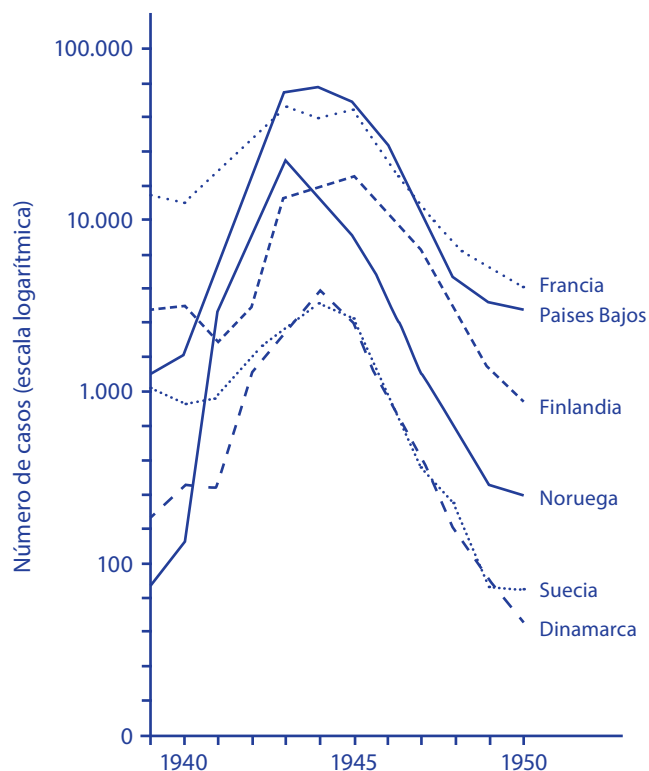
vil Española (1936–1940). De 1.773 personas fallecidas en 1937 a 3.169 en el año 1940.

Es decir, en España no se detectó mayor mortalidad entre la población en el inicio de la vacunación de la difteria.

Otra diferencia es que en España no existió en ningún momento, durante el período 1901–1965, obligación vacunal.

En España el inicio de la vacunación fue casi 30 años después que el resto de Europa y la introducción masiva no obligatoria a ritmo lento se fue implantando a lo largo de 20 años. ■

Evolución de la difteria en Europa



Fuente: Datos de Madsent et Madsen s. Diphtheria in Denmark. Danismedical bulletin 1956, 3(4), 112-121.



REACCIONES ADVERSAS A LAS VACUNAS EN EL MUNDO

En esta sección que abrimos mostramos algunas de las Reacciones Adversas producidas por la Vacunas (RAV) que han sido recogidas y publicadas en la bibliografía científica internacional a lo largo de los años.

1 Cognición y comportamiento en ovejas que han sido inoculadas de forma repetitiva con vacunas que contenían aluminio entre los adyuvantes o sólo aluminio

Asín, J., *Pharmacological Research*, <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2018.10.019>

Las vacunas que contienen aluminio son muy comunes en el manejo de las ovejas y han sido asociadas con síndromes autoinmunes/inflamatorios inducidos por adyuvantes (síndrome ASIA).

La finalidad de este estudio fue investigar los cambios cognitivos y de conducta observados en las ovejas después de un protocolo de inoculación repetitiva con productos conteniendo aluminio.

21 ovejas fueron asignadas en 3 grupos, 7 en cada grupo: grupo A (control) grupo B (sólo adyuvante), grupo C (vacuna con aluminio).

Los grupos B y C mostraron cambios en el comportamiento: se redujeron significativamente las interacciones afiliativas y aumentaron significativamente las conductas agresivas y estereotipadas. También mostraron un aumento significativo en las conductas de excitación y en comer compulsivamente.

Los cambios fueron más pronunciados en el grupo de las vacunas que en el que se dio solamente el coadyuvante.

Estos cambios explican algunos de los signos que se observan en los ovinos con el síndrome ASIA.

2 Síndrome autoinflamatorio/autoinmune inducido por adyuvantes (síndrome ASIA) en ovejas comerciales

Immunol Res (2013) 56:317–324 DOI 10.1007/s12026-013-8404-0.

Lluís Luján • Marta Pérez • Eider Salazar • Neila Álvarez • Marina Gimeno • Pedro Pinczowski • Silvia Irusta • Jesús Santamaría • Nerea Insausti • Yerzol Cortés • Luis Figueras • Isabel Cuartielles • Miguel Vila • Enrique Fantova • José Luis Gracia Chapulle.

Se describe una forma del síndrome ASIA en ovejas de comercio, producida por la inoculación repetitiva de vacunas que contienen aluminio como adyuvante.

Hay una fase aguda, a los 2–3 días de la inoculación (afecta a 0,5% de los animales del rebaño), caracterizada por síntomas neurológicos, con poca respuesta a los estímulos externos y una meningoencefalitis aguda. Aparentemente los animales se recuperan al cabo de unos días, pero después se desarrolla una fase crónica –a veces desencadenada por el frío– que empieza por un estado de excitación, seguida de debilidad y extrema caquexia, tetraplegia y muerte.

Hay lesiones relacionadas con el proceso caquético con atrofia muscular, y lesiones microscópicas ligadas a un proceso neurodegenerativo en la parte dorsal y ventral de la materia gris y la espina dorsal.

Se probó y se demostró la reproducción experimental del síndrome ASIA en animales a los que se les vacunó repetidamente.

El presente estudio es la primera descripción de un nuevo síndrome en ovejas ligado a las múltiples y repetidas vacunas que produjeron un efecto devastador después de la vacunación obligatoria contra el síndrome de la lengua azul en el 2008.

El síndrome ASIA en ovinos puede ser usado como modelo de otras enfermedades similares que afectan tanto a humanos como animales.

Estos dos artículos publicados en la Revista *Pharmacological Research* en noviembre del 2018 han sido retirados en el mes de marzo 2019 por parte de la dirección de la revista sin dar ningún argumento. De nuevo el pensamiento único se muestra de manera agresiva ante el libre pensamiento.

3 Retinopatía difusa después de la vacunación frente al sarampión, parotiditis y rubéola (EE.UU.)

Gary S. Marshall, MD y cols. Department of Pediatrics, Vanderbilt University Hospital, Nashville. Tennessee. Pediatrics (ed. Esp.). Vol. 20. Nº 6. 1985.

En este artículo clásico publicado en EE.UU. en 1985 se describe la ceguera por una neuritis del nervio óptico y un edema perivascular 14 días después de la vacunación como complicación aguda de la infección posvacunal tras la vacunación con la Triple Vírica.

En la primera fase anterior a los 14 días la niña sufrió un

sarampión postvacunal y posteriormente una coriorretinitis difusa que evolucionó hacia un patrón pigmentario.

7 meses después la agudeza había mejorado pero su visión no era la que tenía anteriormente a la vacunación Triple Vírica.

4 Brote de parotiditis en Navarra. Evaluación y actuación en el servicio de urgencias del Hospital Virgen del Camino (Navarra)

Larequi García, A. y cols. Servicio Urgencias Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Congreso Nacional SEMES. Tarragona 22-III- 2007.

En este artículo se recogen 161 historias clínicas con diagnóstico de “parotiditis”, observadas entre el 31 de agosto 2006 y el 31 de enero 2007.

El 63% referían estar vacunados.

Como conclusión del estudio se apoya la tesis de una menor eficacia en la vacuna.

5 Meningitis Aséptica asociada a la vacuna Triple Vírica (TV) en Salvador de Bahía (Brasil)

Sergio Cunha y cols. Grupo de Trabajo MMR–Salvador. Departamento de Neuropsiquiatría. Facultad Medicina. Universidad Federal da Bahia. 1997.

En este artículo se explica el resultado de la campaña de la Triple Vírica (TV) llevada a cabo en Salvador de Bahía en la primera semana de agosto de 1997 entre niñas de 1–12 años que ya habían sido el 80% vacunados anteriormente de TV.

Se pusieron en alerta todos los hospitales de la zona durante unas semanas para observar las posibles reacciones de la campaña.

A los 18 días, el 3 de septiembre, los hospitales detectaron 45 casos de meningitis aséptica ante los 5 casos habituales en el mismo espacio de tiempo.

El incremento de meningitis aséptica fue de 8 a 10 veces mayor.

Estiman que la incidencia posvacunal de la TV es de 1 caso por cada 9.000 a 12.000 vacunados.

Respuesta europea a la declaración de la OMS 2019



Autoría: European Forum for Vaccine Vigilance (EFVV)

Fecha recepción: 15 de enero de 2019

Contacto: Liga para la Libertad de Vacunación (LLV). E-mail: info@vacunacionlibre.org

La LLV forma parte del EFVV desde su fundación en el año 1998.

Este artículo es la respuesta a la declaración de la OMS 2019 en la que describen los 10 peligros de la salud pública a nivel mundial. Entre los diez peligros señala como tal a los individuos y colectivos que no vacunan.

A lo largo del contenido se describen los mecanismos y compuestos de las vacunas que pueden afectar a nuestro desarrollo y salud cerebral y a nuestra salud colectiva en general.

Alerta de los componentes presentes en las vacunas y da una serie de recomendaciones para mejorar nuestra vida.

Prólogo

La OMS ha publicado recientemente una declaración que enumera los 10 problemas de salud más inminentes para la humanidad en el año 2019¹. La lista incluye una cruzada contra los llamados “Anti-vacunas”, es decir, las personas, escépticas con las vacunas, que desafían la seguridad y la eficacia de los programas nacionales de inmunización. Teniendo en cuenta que no existe un control independiente de estos dos parámetros importantes en los programas de vacunación de hoy y la industria por sí sola es responsable de entregar datos sobre sus productos, no es motivo de preocupación importante cuando se comparan estos datos con la investigación por fuentes independientes. La prensa afirma ahora que “los críticos de las vacunas son uno de los mayores riesgos para la salud de la humanidad.”

La ciencia tiende sin embargo a sugerir que, en cambio, es la falta

de seguridad de las vacunas, lo que es uno de los mayores riesgos para la salud de la humanidad.

El EFVV es una asociación creada para vigilar los efectos de las vacunas en Europa y más allá. Como tal, nos gustaría ser citado en la publicación con los hechos científicos. La interpretación actual de los individuos incluidos en la vacuna crítica como “emocional, irracional e irresponsable” es un insulto a los terapeutas, familiares, cuidadores y activistas que han sido testigos del daño causado por los programas de vacunación a esta generación. El aumento de las enfermedades neurológicas e inmunológicas crónicas testigo de hoy es, de hecho, proporcional con el aumento del número de vacunas entregadas. Esta es la realidad que enfrentamos.

El EFVV lo ve como necesario y urgente de volver a evaluar los programas de vacunación actuales e iniciar un debate científico abierto y honesto sobre este tema.

No es nuestro objetivo de discutir

la eficacia real de las vacunas individuales, sino para poner de relieve las posibles vías probadas de daño a través de las vacunas, la mayoría de las cuales son, de hecho, caso omiso de las causas de muchos problemas de salud actual en nuestros hijos.

Por favor, tome el tiempo para considerar estos puntos y crear una plataforma para un intercambio equilibrado y poder debatir para asegurar la salud de nuestros hijos.

Posibles vías de daños vacunales para el feto

Daño vacunal a través de reacciones alérgicas a los ingredientes

Diversos ingredientes de vacunas han demostrado causar reacciones alérgicas graves. La vacuna triple vírica, por ejemplo, se ha demostrado que desencadena alergias al huevo ya que los virus se cultivan en huevos de gallina (Herman, 1983). Otros ingredien-

tes de la vacuna como el antibiótico neomicina (Kwitken, 1993), gelatina (Sakaguchi, 1995), levadura (Brightman, 1989), formaldehído (Fabry, 1968), el timerosal (Cox, 1988), escualeno (Asa, 2000), aluminio (Cosnes, 1990), aceites de hidrocarburos (Kuroda, 2004), etc., han demostrado propiedades alergénicas. Incluso los componentes de la vacuna activa, como el toxoide tetánico (Jacobs, 1982), han demostrado esto. El efecto que sobre los sistemas inmunitario y nervioso del feto tiene, por ejemplo, no se ha estudiado y debe ser objeto de futuros estudios para garantizar la seguridad para el niño por nacer.

Daños vacunales a través de la autoinmunidad

Uno de estos mecanismos es el proceso de autoinmunidad. Un libro entero con autores internacionales respetados sobre la conexión entre las vacunas y la autoinmunidad fue publicado por el Prof. Schoenfeld en 2015. Se han observado en problemas neurológicos del SNC, autoanticuerpos dirigidos contra diversas estructuras del cerebro, tales como los receptores de serotonina, proteína básica de mielina, proteínas de filamento neurona axón, factor de crecimiento nervioso y neurofilamentos cerebelosos, etc. (Fawal, 1996; Singh, VK, 1993/1997/2004; Singer, SA, 2006).

Los inmunólogos han llegado a la conclusión de que los trastornos autoinmunes no son el resultado de la activación excesiva de un sistema inmune normal, sino en su lugar la activación de un sistema inmune disfuncional. También hay evidencia convincente para indicar que ciertas vacunas están asociadas con estas condiciones relacionadas con la autoinmunidad (Shoenfeld, Y., 2000).

Irónicamente, sustancias que suprimen una porción del sistema inmune, el tipo de inmunidad generalmente celular, aumentan la probabilidad de autoinmunidad. Inmunólogos hablan de un cambio de Th1 a Th2

y viceversa. Esto puede ocurrir con la exposición al mercurio, así como en respuesta a la vacunación. Un gran número de enfermedades autoinmunes se asocian con un cambio de Th2.

Daño vacunal a través de citocinas y excito-toxinas

Estudios en animales y humanos muestran que las infecciones sistémicas y de activación también inmune por vacunas, activan rápidamente el sistema microglial del cerebro; de hecho, las vacunas pueden hacerlo por períodos prolongados. Los profesionales informan que se han detectado citoquinas hasta once años después de una inmunización en individuos con daño vacunal. Una vez que la microglia imprimada se reactiva por una vacunación o infección posterior, la microglia se activa completamente y secreta sus compuestos destructivos como se discutió previamente. El sistema inmunológico puede eliminar una infección natural rápidamente y luego cerrar la activación inmune, permitiendo así la reparación del daño que puede haber sido causado. Este cierre de la microglia es muy importante. Por el contrario, existe evidencia de que la vacuna repetida y excesiva provoca estimulación inmune, y la microglía no cierra.

Cualquier inflamación a través de la infección o vacuna dará lugar a una liberación de citoquinas. La inflamación sistémica se ha demostrado que aumenta el riesgo de resultados neurológicos adversos en los recién nacidos extremadamente bajos de gestación (Kuban, 2015). En concentraciones bajas, las citoquinas actúan para proteger las células del cerebro en desarrollo y promover el desarrollo del cerebro (función neurotrófica), pero en altas concentraciones pueden ser muy destructivas, especialmente en combinación con otras sustancias. De particular importancia son las citoquinas inflamatorias interleuquina 1 y 1 β (IL-1 e IL-1 β), IL-6 y factor de necrosis tumoral alfa (TN ϕ - α). Se sabe,

por ejemplo, que las mujeres que están infectadas con la gripe durante el embarazo tienen significativamente más probabilidades de dar a luz a un niño autista o un niño con esquizofrenia, dependiendo de cuándo se produjo la infección. Al principio, asumieron que esto era debido a que el virus pasa al feto, pero estudios posteriores han encontrado que no era el virus, sino la reacción inmune de la madre que causó el problema, es decir, que eran las citoquinas inmunes (IL-1, IL-2, IL-8, IL-6 y TN ϕ - α) que estaban causando la lesión del cerebro en desarrollo del bebé. Otra citoquina es interferón de tipo I. Sobre la base de una serie de experimentos en ratones y ratas en los años 1970, Ion Gresser y colegas llamaron la atención sobre la posibilidad de que la exposición inapropiada a interferón de tipo I (IFN) - por ejemplo, demasiado, por mucho tiempo o en el momento equivocado - podría ser perjudicial en mamíferos.

Con notable precencia, postularon que los efectos tóxicos del embrión de infección viral congénita pueden relacionar directamente con el anfitrión respuesta a IFN (inducida por el agente infeccioso) en lugar de con el virus per se (Crow, 2015). En células de mamíferos, la respuesta inmune codificada a la infección viral a menudo implican, por el hospedador, receptores nucleicos de unión a ácidos de reconocimiento de patrones (PRRS), incluyendo los receptores endosomales tipo Toll (TLRs, a saber, TLR3, TLR7, TLR8 y TLR9), sensores de ARN (incluyendo el ácido inducible gen retinoico I (RIG-I) -como receptores (RLRs) IFIH1 y RIG-I) y los sensores de ADN (particularmente cíclico sintasa GMP-AMP (CGA) y γ -IFN-inducible proteína 16 (IFI16)).

Los ácidos nucleicos del virus codificado se reconocen como patrones no propios asociados a patógenos moleculares (PAMP) y la unión de PAMP virales para PRRs disparadores de cascadas que actúan a través del adaptador de señalización de moléculas TRIF (en el caso de

TLR3), MYD88 (en el caso de TLR7 y TLR9), proteína antiviral de señalización mitocondrial (MAVS; en el caso de los RLRs) y estimulador de la proteína de genes IFN (STING; en el caso de cgas y IFI16).

Estas vías inducen la expresión sensible de genes de virus y citoquinas pro-inflamatorias (incluyendo el tipo I IFNs) que restringen la replicación del virus y la modulación de la inmunidad innata y adaptativa (Crow, 2015). Aunque la rápida inducción y

El aluminio en sí es tóxico para todas las formas de vida.

amplificación del sistema del interferón tipo es altamente adaptable en términos de erradicación de virus, estimulación aberrante o control no regulado del sistema, podría conducir a salida de interferón inapropiada y/o excesiva (Crow, 2013). Los interferones han demostrado ser neurotóxicos (Kessing, 2015) a través de la activación del receptor de tipo I y la subunidad GluN2A del receptor de NMDA. Interferones de tipo 1 ni siquiera se han sugerido para ser un adyuvante en las vacunas del futuro que esperamos, a partir de nuestro conocimiento actual no se llevará a cabo (Bracci, 2008).

Es de señalar que los ácidos nucleicos también pueden desencadenar la activación inflamatoria, que ha sido relacionada con, al menos, un fenotipo de la enfermedad humana (Kaneko, 2011; Tarallo, 2012).

Tras el tratamiento con IFN (por ejemplo, para la infección por virus de la hepatitis C o como terapia contra el cáncer) numerosos informes describen la ocurrencia de características tales como vasculitis digital, SLE y glaucoma (Bessis, 2002; Ronnblom, 1990; Kwon, 2001). La producción de IFN también podría ser un mecanismo de una vacuna potencialmente para dañar el cerebro fetal. En el caso de microcefalia en niños brasileños podría ser, por tanto, que un virus Zika generalmente

inofensivo podría causar la producción de citoquinas que pueden ser perjudiciales para el cerebro en desarrollo.

También es plausible que esto ocurrió debido a la vacunación o como un tercer escenario la combinación de los dos o incluso más factores como una sobreestimulación acumulativa del sistema inmune.

Daño vacunal a través de ingredientes tóxicos

Mercurio y aluminio son conocidos por ser neurotoxinas fuertes, pero incluso ingredientes como el escualeno demuestran efectos tóxicos dando lugar a células patógenas en los dos ganglios linfáticos de drenaje y no drenan (Holm, 2002). Por lo general, muchas sustancias se declaran ser seguras, ya que supuestamente no atraviesan la placenta pero muchos factores son conocidos por modificar el cruce de la placenta, así como la aún no establecida barrera hematoencefálica en el sistema nervioso central fetal.

Recientemente se ha añadido aluminio en las vacunas como nanopartículas. Muchos estudios consideran en general que las nanopartículas son inseguras, ya que pueden entrar incluso en orgánulos celulares, pero el efecto sobre el feto no ha sido estudiado en absoluto. Los niveles de seguridad para los ingredientes vacunales se establecen generalmente para adultos, pero no para los niños. Hasta la fecha, ellos no existen y tampoco para el feto, en absoluto. Esto debería ser de suma importancia para los estudios de seguridad de las vacunas y debe ser establecido antes de la legalización de las dosis dañinas para el cerebro en desarrollo en el desarrollo fetal o del recién nacido.

Daño vacunal a través de contaminantes

Lo que no figura en las listas oficiales son los contaminantes bacterianos y virales en las vacunas (R Cutrone, 2005; Harasawa R, 1994). Varios

estudios encontraron una alta incidencia de contaminación por microorganismos en las vacunas hechas por un número de las principales compañías farmacéuticas, con cifras tan altas como 60% de las vacunas estaban contaminadas (Cutrone R, 2005; Geier M, 1978; Giangaspero M, 2001; Harasawa R, 1994; Johnson JA, 2001; Potts BJ, 1987). Fragmentos bacterianos y virales también se han encontrado en una serie de vacunas.

Los promotores de vacunas fueron rápidos para asegurarnos de que estos fragmentos virales no deben causar ningún problema, pero las investigaciones indican lo contrario. De hecho, un fragmento viral no viable implantado en microglia y astrocitos en el cerebro causó la demencia devastadora asociada con el virus del VIH (Gonzales-Sarano F, 2005; Rubin SA, 1999). El virus no infecta a las neuronas del cerebro a sí mismo; el mecanismo propuesto es una toxicidad excitotóxica inducida inmunológica, tal como vemos con la vacunación repetida.

El mismo mecanismo se ve con una serie de virus, incluyendo el virus del sarampión, virus Borna y el virus del herpes (De la Torre JC., 2002, Lellouch-Tubiana A, 2000; Ovanesov MV, 2006; Rubin SA, 1999; Volmer R, 2000). Cuando las células gliales o neuronas cerebrales están crónicamente infectadas con estos virus (llamados una infección viral persistente) la humeante reacción inmune / excitotóxica destruye lentamente las conexiones de células cerebrales debido a que el sistema inmunológico está tratando de destruir el microorganismo infeccioso. Ya que nunca puede matar el organismo, la destrucción (y la activación microglial intensa) se prolonga durante décadas, como vemos en el cerebro autista (DL Vargas, 2005).

Daño vacunal por medio de adyuvantes

Aunque en la historia vacunal contemporánea, los adyuvantes de alumi-

nio han sido descritos como inherentemente seguros (Offit y Judio 2003), los estudios en modelos animales y seres humanos han demostrado su capacidad para causar enfermedades inmuno-inflamatorias por sí mismos (Authier et al 2001; Petrik et al. 2007; Couette et al 2009; Israel y otros, 2009; Shaw y Petrik 2009; Gherardi y Authier 2012). En particular, la interferencia del aluminio con el sistema endocrino y vías de regulación de los sistemas inmunes puede desencadenar procesos proinflamatorios y cascadas prooxidativas con efectos perjudiciales en el desarrollo y la función (Tomljenovic y Shaw 2011b; Blaylock 2012) del cerebro. Es el adyuvante de la vacuna más comúnmente utilizado, aunque se ha demostrado ser una neurotoxina y un fuerte estimulador inmunológico.

Por lo tanto, el aluminio adyuvante tiene las propiedades necesarias para inducir trastornos neuroinmunes. Los bebés en el vientre de sus madres tienen una fisiología diferente y son mucho más vulnerables a los problemas tóxicos. Incluso en los adultos, los adyuvantes pueden causar condiciones autoinmunes graves e inflamatorias cuyos niveles de seguridad se fijan generalmente por el organismo adulto. Las dosis a la que niños, bebés y fetos están expuestos, por lo tanto, son proporcionalmente mucho más altas y por lo general no han sido investigadas.

El aumento de los problemas neurológicos y del desarrollo neurológico en los niños no se asocia con una agresión tóxica a los sistemas inmunitario y nervioso en desarrollo como se ha demostrado en numerosos estudios en el campo de la medicina ambiental, la inmunología y toxicología.

El aluminio en sí es tóxico para todas las formas de vida (Exley, 2009). El aluminio es genotóxico, prooxidante, proinflamatorio y inmunotóxicos (Schoenfeld y Agmon-Levin 2011; Tomljenovic 2011; Tomljenovic y Shaw 2011a, b; Blaylock 2012). Además, el aluminio es un disruptor endocrino; deprime el metabolismo

de la glucosa e interfiere en muchos otros procesos celulares esenciales tales como la homeostasis del calcio, diversos mecanismos dependientes del ATP, la señalización del receptor de membrana, y la función mitocondrial (Agarwal et al 1996; Tomljenovic 2011). Los datos experimentales y clínicos han identificado claramente el sistema nervioso central (CNS) como el objetivo más sensible de los efectos tóxicos de aluminio. La neurotoxicidad del aluminio se manifiesta típicamente en el aprendizaje, la memoria, concentración y déficits del habla, deterioro del control psicomotor, aumento de la actividad convulsiva y comportamiento alterado (es decir, confusión, ansiedad, conductas repetitivas y alteraciones del sueño (Tomljenovic 2011), sin embargo, es el adyuvante más comúnmente utilizado. El aluminio tiene efectos estimulantes potentes y multifactoriales sobre el sistema inmune (Exley et al. 2010).

Aparte de virus atenuados, en ausencia de aluminio, la mayoría de los compuestos antigénicos no pueden iniciar una respuesta inmune adecuada (Israel et al. 2009), lo que sugiere que una parte significativa de la estimulación inmune inducida por la vacuna puede ser accionada por el propio adyuvante de aluminio. En la vacuna triple utilizada en mujeres embarazadas en Brasil, por ejemplo, el aluminio se utiliza como hidróxido de aluminio hidratado adsorbido (al (OH) y fosfato de aluminio. Los compuestos de aluminio sirven para potenciar y prolongar la reacción inmunitaria de la vacuna de forma espectacular.

Algunas moléculas de aluminio permanecen en el sitio de inyección durante años. El aluminio se añade por primera vez en las vacunas en 1926 y se han tomado décadas para empezar a cuestionar su uso. Los compuestos de aluminio, así como otros componentes de la vacuna, dicen, aumentar la inmunidad, incluyendo algunos de los componentes indeseables del sistema inmune tales como células B. Los adyuvantes de vacunas están dise-

ñados para producir una estimulación inmunológica prolongada, por lo que suponen un peligro, particularmente para el sistema nervioso en desarrollo.

Los estudios han demostrado que la activación inmune tras la vacunación puede durar hasta dos años. Esto significa que las células microgliales del cerebro también están preparadas para el mismo período de tiempo o posiblemente más tiempo. Lo que esto hace para el desarrollo del cere-

La evidencia de un vínculo entre la neurotoxicidad del aluminio y la enfermedad de Alzheimer sigue aumentando.

bro en el feto no ha sido estudiado. Es conocido que el aluminio se puede acumular en el cerebro y que este aluminio acumulado se asocia con la neurodegeneración. La evidencia de un vínculo entre la neurotoxicidad del aluminio y la enfermedad de Alzheimer sigue aumentando. El aluminio, como el mercurio, activa la microglia que conduce a la inflamación, un evento cerebral importante crónico tanto en la enfermedad de Alzheimer como en la enfermedad de Parkinson (Armstrong RA, 1995; Bishop NJ, 1997; Campbell A, 2004; Esparza JL, 2003; Shirabe T, 2002; Yokel RA, 1999).

Flarend et al. realizaron un estudio (utilizando aluminio radiomarcado [²⁶Al]) en el que se inyectaron cualquiera de dos formas aprobadas de adyuvantes (hidróxido de aluminio o fosfato de aluminio) que se usan en las vacunas a una dosis aprobada por la FDA (0,85 mg por dosis) (Flarend RE, 1997). Los resultados mostraron que el aluminio se absorbe rápidamente en la sangre de ambas formas. Sin embargo, el fosfato de aluminio se absorbe más rápido y produce niveles tisulares de 2,9 veces mayor que el hidróxido de aluminio. Los niveles sanguíneos de aluminio con dos adyuvantes se mantuvieron elevados

durante 28 días. Los niveles de aluminio elevados se encontraron en el riñón, bazo, hígado, corazón, nódulos linfáticos y cerebro. Lo que esto hace a los órganos en desarrollo en el útero, no se ha investigado. También se sabe que el aluminio aumenta la toxicidad del mercurio y que el aluminio, incluso de fuentes distintas de las vacunas, aumenta la inflamación en el cuerpo (Rojó, 2006). La pregunta que nadie

El aluminio, como el mercurio, activa la microglia que conduce a la inflamación, un evento cerebral importante crónico tanto en la enfermedad de Alzheimer como en la enfermedad de Parkinson.

parece estar preguntando es: ¿Actúa el aluminio como una fuente constante de inflamación cerebral? La investigación, centrándose especialmente en la activación microglial por aluminio, parece indicar que lo hace (Zhao, 1998).

Por tanto, parece plausible que las interrupciones de eventos críticos en el desarrollo inmunológico también pueden desempeñar un papel en el establecimiento de los trastornos neuroconductuales (Dietert y Dietert 2008).

De hecho, la estimulación inmune (incluyendo la inducida por la vacuna) durante ventanas críticas de vulnerabilidad del desarrollo, tanto pre y postnatal se ha demostrado que produce resultados conductuales y anomalías neuroanatómicas.

Daño vacunal a través de la reacción cruzada del péptido

Darja Kanduc describe al péptido de reactividad cruzada como el pecado original de las vacunas (Kanduc, 2012). Empieza su importante artículo señalando que la evolución ha

creado una plataforma de identidad péptido extensa que se comparte entre los virus y los seres humanos.

Este intercambio puede traer efectos colaterales nocivos en la administración de vacunas que pueden resultar en consecuencias autoinmunes para el individuo. Ella describe un círculo vicioso de conexión común péptido, escape inmune microbiana, adyuvantes en vacunas y reactividad cruzada autoinmune.

En 1962 (Rowley, 1962) se descubrió que las infecciones pueden conducir a la enfermedad autoinmune como resultado de anticuerpos de reacción cruzada o células T. Esto conduce a más investigaciones que demuestran que el intercambio de secuencias de aminoácidos de las estructuras entre los virus y los seres humanos era una raíz de enfermedades autoinmunes (Shapiro, 1976; Ebringer A, 1979; Fujinami, 1983; Albert, 1999).

En esta nueva interpretación del concepto denominado mimetismo molecular, el sistema inmunológico “ve”, “reconoce” y “ataca” los patógenos, secuencias o estructuras. De este modo, el sistema inmunológico no presta atención al hecho de que las principales secuencias y estructuras pueden estar presentes en el huésped. Como tal, una reacción autoinmune se activa, una teoría que todavía se está discutiendo en la actualidad. Kanduc y otros (40-46) han identificado un solapamiento masivo entre las proteínas virales y del proteoma humano. De hecho, se comparten millones de péptidos.

Ellos demostraron que a un nivel de hexapéptido, la similitud entre los microbios y los seres humanos muestra una proporción de proteínas humanas que contienen heptapéptidos bacterianos de 99,7% y las que no lo hacen son el 0,3%.

Esto ilustra que sólo una pequeña fracción de aproximadamente 30.000 proteínas formadoras del proteoma humano está exento de motivos heptapéptidos bacterianos. Kanduc (52, 53) describe los virus y las bacterias

como una parte del mismo humano y describe que están sujetos a los mismos mecanismos tolerogénicos que caracterizan a los antígenos y tejidos humanos.

Kanduc (52) también afirma que sólo las secuencias de aminoácidos expresados únicamente en un proteoma pueden tener un potencial inmunológico.

Por lo tanto, los protocolos de vacunación, incluyendo una respuesta inmune contra antígenos enteros de virus y bacterias también pueden inducir una amplia gama de respuestas autoinmunes en el huésped vacunado a causa de la distribución del pentapéptido extendido entre las proteínas víricas y bacterianas y el proteoma humano (43-46).

Este mecanismo podría explicar también el hecho de que las vacunas activadas a base de antígenos de agentes infecciosos pueden producir una respuesta débil (o no) en el sistema inmunitario humano, ya que no reconoce como exterior desde demasiadas secuencias de péptidos que son compartidos con el anfitrión.

Esta es la razón por lo cual se han introducido adyuvantes (73-76). Ellos estimulan una respuesta inmune, pero al hacerlo conducen a la hiperactivación del sistema inmune y pueden alterar o silenciar los mecanismos todavía mal definidos que mantienen el sistema inmunológico bajo control y dar lugar a una evasión de ataques autoinmunes nocivos.

Después de la vacunación con adyuvante siguen por lo tanto, reacciones específicas que pueden ocurrir entre las moléculas anfitrionas / estructuras a causa de coincidencia masiva peptídica entre los microbios y péptidos humanos iniciando así una respuesta autoinmune. Este factor no se ha mirado en absoluto por los estudios de seguridad de la vacunación para el niño que está por nacer o feto.

Daño vacunal a través de la modificación del microbioma

La ciencia ha comenzado a descubrir la vida de miles de microorganismos en y sobre nuestro cuerpo. Los 100 billones de microbios en el intestino tienen alrededor de 4,3 millones de genes y apenas están empezando a descubrir lo importante que son para muchos sistemas y funciones del cuerpo. Unas bacterias del intestino, por ejemplo, se ha demostrado que regulan el metabolismo del glutatión en ratones; este es nuestro principal proceso de desintoxicación intrínseca (Mardingogiu, 2015) que puede determinar la forma en que reaccionamos a las toxinas (vacunas) en nuestro cuerpo. Muchas bacterias intestinales tienen una influencia directa sobre la función cerebral. Todavía no está claro cómo el microbioma altera el cerebro.

La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que los microbios probablemente influyen en el cerebro a través de múltiples mecanismos². Los científicos han descubierto que las bacterias intestinales producen neurotransmisores³ como la serotonina, la dopamina y GABA.

Las propiedades inmuno-estimuladoras de aluminio han sido explotadas de forma rutinaria para la inducción de alergias más allá en los alimentos dependientes de células en modelos animales experimentales.

Los mastocitos juegan un papel clave en una amplia gama de patologías gastrointestinales inflamatorias en las que comprometen la inmunidad de la mucosa y aumentan la permeabilidad intestinal (Berin y Mayer 2009; Theoharides et al 2009).

Disfunciones gastrointestinales y alergias alimentarias son las comorbilidades no neurológicas más comunes en el autismo, y la activación de los mastocitos está fuertemente implicada como factor subyacente (Theoharides et al. 2009).

De hecho, en profesionales de todo el mundo que se ocupan de las lesiones vacunales han reportado una alta incidencia de los niveles de histamina elevado en el tracto gastrointestinal, probablemente inducido por

la liberación de los mastocitos como una reacción a la vacuna. Cómo ocurre esto todavía no está claro, pero lo que el efecto de una vacuna representa en el tracto gastrointestinal fetal y, por tanto, en el microbioma no se ha estudiado en absoluto.

Efectos sinérgicos con otros agentes neurotóxicos

Los efectos sinérgicos en la toxicidad se producen en ingredientes de la vacuna con varios otros agentes (químicos, metales, etc.). Uno de ellos es la combinación de fluoruro (agua potable, pasta de dientes, etc.) y aluminio. Fluoroaluminium es una sustancia que interfiere con la función inmune, al igual que muchos insecticidas y herbicidas utilizados en el hogar.

El efecto sinérgico más peligroso de cualquier aluminio o timerosal (etilmercurio) -que contiene la vacuna es el mercurio. En un estudio sobre los niños de la Amazonia se demostró que metilmercurio de origen materno (es decir, el consumo de pescado) tenía un efecto neurotóxico sinérgico cuando se combina con el etilmercurio en las vacunas, que se manifiesta en el desarrollo neurológico retardado (Marques, 2016).

La nutrición en el embarazo y la relevancia de la inflamación y el daño potencial de la vacuna

El sistema inmunológico de la mujer embarazada depende de muchos factores nutricionales y psicológicos. A medida que el sistema digestivo es responsable de casi el 80% de la función inmune, su estado es de vital importancia para el feto. Mientras que el feto no tiene un sistema inmune activo propio, depende en gran medida del materno. Los factores que pueden influir en él y en el feto en sí mismo pueden ser:

Utensilios de cocina de aluminio

Como hemos escuchado anteriormente, el aluminio es una neurotoxina. En muchos países pobres, un gran número de hogares utilizan utensilios de cocina sobre todo de aluminio. Es posible que no sólo haya un efecto neurotóxico, sino también una sensibilización inmunológica podría ocurrir a través de la exposición repetida.

La mayoría de las vacunas hoy en día usan aluminio como adyuvante. Esto podría ser un factor de por qué la gente en estos países son más propensos a las reacciones a la vacuna.

El agua potabilizada es también una fuente importante de aluminio en la dieta (se añade como un agente de clarificación).

Aceites

Mientras las grasas y aceites omega-3 son conocidos por ser saludables y anti-inflamatorios, el componente de EPA es significativamente inmunosupresivo y, como resultado, el consumo elevado debe ser evitado.

Es el componente DHA que tiene la mayoría de los efectos beneficiosos, especialmente en cuanto a la reparación del cerebro y la reducción de la inflamación. DHA también inhibe la excitotoxicidad. En la inflamación del cerebro, una combinación de EPA y DHA es preferible, con un menor contenido de EPA.

La desnutrición y también la comida rápida moderna pueden ser factores que darán lugar a deficiencias ortomoleculares que pueden hacer que el feto sea más vulnerable cuando se expone a una inflamación. Olvida a menudo y es la evidencia sustancial de que aceites omega-6 poderosamente inducen la inflamación y la supresión inmune cuando se consume en grandes cantidades.

Mujeres embarazadas y los niños deben evitar los aceites supresores inmunes, tales como los aceites omega-6 (maíz, soja, cártamo, girasol y aceites de cacahuete). A través del consumo de alimentos que contienen estos aceites, la inmunidad de los niños puede ser alterada, por lo que no sólo son más susceptibles a la infección natural, sino también son propensos a complicaciones de la vacuna.

Leche, gluten, fluoruro, la soja

Leche y productos lácteos y los alimentos que contienen gliadina y el gluten pueden tener un efecto sinérgico sobre los procesos de autoinmunidad. Los alimentos elaborados con soja también son responsables de un número significativo de alergias a los alimentos y son muy altos en glutamato, fluoruro, y manganeso, así como tienen un efecto tóxico sobre la glándula tiroides.

El flúor se debe evitar. El agua potabilizada es también una fuente importante de aluminio en la dieta (se añade como un agente de clarificación) y el agua fluorada, por los complejos de fluoruro de aluminio, para formar el compuesto fluoroaluminum es altamente neurotóxica.

Harinas, té negro, algunas sales convencionales y productos de panadería hechos con levadura en polvo que contiene aluminio son fuentes adicionales de aluminio.

Las deficiencias minerales

El bajo consumo de magnesio se asocia con mayores grados de inflamación en el cuerpo y los niveles de glutatión inferiores. La deficiencia de magnesio mejora la excitotoxicidad, debido a que es un modulador natural del receptor de glutamato NMDA.

Un alto consumo de magnesio mejora en gran medida la sensibilidad del receptor de glutamato, evitando el empeoramiento de la excitotoxicidad. Bajos niveles de magnesio también re-

ducen en los niños los niveles de glutatión del cerebro, lo que aumenta la sensibilidad del cerebro a la toxicidad del mercurio. El aumento de los niveles de magnesio reduce la inflamación, aumenta los niveles de glutatión y reduce la sensibilidad excitotoxicidad.

El zinc y el selenio son muy importantes en muchos procesos de desintoxicación y tienen que ser controlados también. Si los niveles fisiológicos no están presentes en el momento de una infección o vacunación esto puede predisponer a los efectos secundarios.

Las deficiencias de vitaminas

Para un estado neuroprotector adecuado, las vitaminas B (especialmente B1, B3, B6 y B12), la vitamina D y la vitamina C son importantes.

El ácido fólico se ha vuelto más y más importante en los últimos años ya que mutaciones MTHFR se producen en números más altos por lo que es difícil para el portador de metabolizar la forma activa del ácido fólico, tan importante en los procesos de desintoxicación del cuerpo a través de la síntesis de glutatión.

Por lo tanto, es muy útil para iniciar la suplementación con ácido fólico en el embarazo con la forma metiltetrahidrofolato activo. Si los niveles fisiológicos no están presentes en el momento de una infección o vacunación esto puede predisponer a los efectos secundarios.

Deficiencias fitoquímicos (frutas, hierbas y verduras, etc)

Un número de fitoquímicos (flavonoides, polifenoles, quercetina, etc.) son neuroprotectores, especialmente contra la inflamación y la excitotoxicidad.

Altamente anti-inflamatorios son alimentos como la piña, las manzanas, las cerezas, la papaya, las almendras, las nueces, el jengibre, la cúrcuma, el pepino, las espinacas, las acelgas y las

patatas dulces o boniatos. Si los niveles fisiológicos no están presentes en el momento de una infección o vacunación esto puede predisponer a los efectos secundarios.

Conclusiones

Los efectos secundarios de las vacunas rara vez son reportados y como hemos visto anteriormente, a través de los diferentes mecanismos en los que puede producirse un daño, la evidencia de daño puede manifestarse con un retraso considerable de tiempo y hasta la fecha, esto no ha sido un tema para los estudios de seguridad de las vacunas. Esto es particularmente cierto para el feto.

El actual aumento de los problemas de desarrollo neurológico, psicológico y auto-inmunológico en niños nos debe alertar y nos incitan a considerar los efectos secundarios de la vacuna como un factor de riesgo potencial para estas preocupaciones.

Todos los mecanismos antes mencionados deben ser temas de investigación científica para asegurar que la vacunación en masa o incluso los programas obligatorios de vacunación dirigidos a toda una generación no dan lugar a un daño irreversible a nuestros hijos.

El énfasis principal debe ser que cualquier ingrediente utilizado en una inyección no debe ser visto como toxicológica- o inmunológicamente perjudicial. En la actualidad, este no es el caso.

Los niveles de seguridad para los ingredientes, es decir adyuvantes, debería establecerse según la fisiología fetal y los péptidos adecuados, y no el ADN, para utilizar en vacunas y evitar cualquier reacción cruzada. Hasta que no tengamos datos reales sobre estos factores, las vacunas durante el embarazo deben ser evitados.

Además, la resolución del Parlamento Europeo de 19 de abril 2018 sobre las dudas o incertidumbres vacunales incluye estos artículos vitales destinados a garantizar la confianza

del público (2017/2951 (RSP))⁴:

5. Señala que las vacunas están rigurosamente probadas a través de múltiples fases de ensayos antes de ser precalificadas por la OMS y aprobadas por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), y revisadas regularmente; señala que los investigadores deben declarar cualquier conflicto de intereses;
6. Propone que los investigadores están sujetos a un conflicto de intereses excluidos de los grupos de evaluación; pide la confidencialidad de las deliberaciones del grupo de evaluación de la EMA para ser levantadas; propone que los datos científicos y clínicos que informan las conclusiones del panel, y cuyo anonimato está garantizado de antemano, se hagan públicos;
14. Recuerda la importancia de la transparencia en la construcción y el mantenimiento de la confianza pública en medicamentos;
15. Recuerda la importancia del Reglamento de Ensayos Clínicos para estimular y facilitar la investigación de nuevas vacunas y garantizar la transparencia de los resultados de los ensayos clínicos; pide a la Comisión y la EMA para aplicar el Reglamento de Ensayos Clínicos sin más demora, en particular mediante la creación del portal europeo y base de datos (EUPD), cuya puesta en práctica ha sido objeto de importantes retrasos de más de dos años; pide, además, a todas las partes involucradas para asegurar que el actual proceso de reubicación de la EMA lejos de Londres no causa ninguna alteración adicional o retrasos en el trabajo de la agencia;
20. Subraya que una mayor transparencia en el proceso de evaluación de las vacunas y sus adyuvantes, y la financiación de programas de investigación independientes sobre sus posibles efectos secundarios,

contribuirían a restaurar la confianza en la vacunación;

Por lo tanto, es de suma importancia, en cumplimiento de esta resolución del Parlamento Europeo, para la toma de decisiones y mantener la mente abierta con respecto a los peligros potenciales que la vacunación puede causar, y para evitar por todos los medios el daño que se puede hacer a una persona o a la población en general. Matar al mensajero NUNCA ha evitado una catástrofe. Del mismo modo, desacreditar a los que apuntan a los riesgos científicamente probados no añadirá bienestar a las poblaciones europeas y mundiales.

Referencias internet

- ¹ www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019
- ² <http://www.nature.com/nrn/journal/v13/n10/full/nrn3346.html>
- ³ <http://journals.plos.org/plos-pathogens/article?id=10.1371/journal.ppat.1003726>
- ⁴ www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P8-TA-2018-0188&language=EN&ring=B8-2018-0188

Referencias bibliográficas

- Agarwal SK, Ayyash L, Gourley CS, et al. Evaluation of the developmental neuroendocrine and reproductive toxicology of aluminium. *Food Chem Toxicol.* 1996; 34(1):49–53.
- Albert, LJ, Inman, RD: Molecular mimicry and autoimmunity. *N Engl J Med*, 1999, 2068–2074.
- Au-Jensen, M, Heron, I., Synergistic teratogenic effect produced in mice by whole cell pertussis vaccine. *Vaccine* 1987 Sep; 5(3):215–8.
- Armstrong, RA et al. Hypothesis: Is Alzheimer's disease a metal-induced immune disorder. *Neurodegeneration* 1995; 4:107–11.
- Bessis, D. et al. Necrotizing

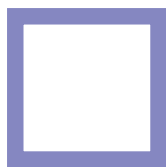
cutaneous lesions complicating treatment with pegylated-interferon alfa in an HIV-infected patient. *Eur. J. Dermatol.* 12, 99–102 (2002).

- Bozzo, P, Narducci, A, Einarson, A., Vaccination during pregnancy, *Can Fam Physician.* 2011 May; 57(5):555–7.
- Bevins, V. Brazil's historically poor northeast finally gets its boom. *Los Angeles Times* May 24, 2012.
- Berin, MC, Mayer, L. Immunophysiology of experimental food allergy. *Mucosal Immunol.* 635 2009; 2(1):24–32.
- Bishop, NJ et al. Aluminum neurotoxicity in preterm infants receiving intravenous feeding solutions. *N Engl J Med* 1997; 336:1557–61.
- Blaylock, R, The danger of excessive vaccination during brain development: the case for a link to Autism Spectrum Disorders (ASD), R.L. Blaylock/*Medical Veritas* 5 (2008):1727–174.
- Blaylock, RL. Aluminum-induced immunoexcitotoxicity in neurodevelopmental and neurodegenerative disorders. *Curr. Inorg. Chem.* 2012; 2(1):46–53.
- Cáceres, M; Tdap Vaccinations for All Pregnant Women in Brazil Mandated in Late 2014, *Thevaccinereaction.org*, 02.01.16.
- Campbell, A., Inflammation, neurodegenerative disease, and environmental exposures. *Ann NY Acad Sci* 2004; 1035:117–32.
- Campbell, A et al. Chronic exposure to aluminum in drinking water increases inflammatory parameters selectively in the brain. *J Neuroscience Res* 2004; 75:565–72.
- Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” (CVE). INFORME TÉCNICO–VACINA DIFTERIA, TÉTANO E COQUELUCHE (dTpa). cve.saude.sp.gov.br October 2014.
- Couette, M, Boisse, MF, Maison, P, et al. Long-term persistence of vaccine-derived aluminum hy-

- droxide is associated with chronic cognitive dysfunction. *J Inorg Biochem.* 2009; 103(11):1571–8.
- CPC, CarProCon.org, Vaccine Ingredients and Manufacturer Information, 2016.
 - Crow, Y J, Vanderver, A, Orcesi, S, Kuijpers, T W, Rice, G I. Therapies in Aicardi–Goutières syndrome, *Clinical and Experimental Immunology.* 2013, 175:1–8.
 - Cutrone, R et al. Some oral polio vaccines were contaminated with infectious SV-40 after 1961. *Can Res* 2005; 65:10273–9.
 - De la Torre, JC. Borna virus and the brain. *J Infect Dis* 2002; 186:(suppl. 2):S241–7.
 - Dietert, RR, Dietert, JM. Potential for early-life immune insult including developmental immunotoxicity in autism and autism spectrum disorders: focus on critical windows of immune vulnerability. *J Toxicol Environ Health B Crit Rev.* 2008; 11(8):660–80.
 - Ebringer, A: Ankylosing spondylitis, immune-response-genes and molecular mimicry. *Lancet*, 1979, 313, 1186.
 - Esparza, JL et al. Aluminum-induced pro-oxidant effect in rats: protective role of exogenous melatonin. *J Pineal Res* 2003; 35:32–9.
 - Exley, C. Aluminium and medicine. In: Merce, ALR, Felcman, J, Recio, MAL, editors. *Molecular and supramolecular bioinorganic chemistry: applications in medical sciences.* New York: Nova Science Pub Inc; 2009. p. 45–68.
 - Fawal-el, HA et al. Exposure to methylmercury results in serum autoantibodies to neurotypic and gliaotypic proteins. *Neurotoxicology* 1996; 17:531–9.
 - Flarend, RE, Hem, SL, White, JL, Elmore, D, Suckow, MA, Rudy, AC, Dandashli, EA. In vivo absorption of aluminum-containing vaccine adjuvants using 26Al. *Vaccine* 1997 Aug.-Sept.; 15(12-13):1314–8.
 - Fujinami, RS, Oldstone, MB, Wroblewska, Z, Frankel, ME, Kowowski, H.; Molecular mimicry in virus infection: cross-reaction of measles virus phosphoprotein or herpes simplex virus protein with human intermediate filaments. *Proc Natl Acad Sci USA*, 1983, 2346-2350.
 - Garay, PA, McAllister, AK. Novel roles for immune molecules in neural development: Implications for neurodevelopmental disorders. *Front Synaptic Neurosci.* 2010; 2:136.
 - Geier, M et al. Endotoxins in commercial vaccines. *Appl Environ Microbiol* 1978; 36:445–9.
 - Giangaspero, M et al. Genotypes of pestivirus RNA detected in live virus vaccines for human use. *J vet Med Sci* 2001;63:723–33.
 - Gonzales-Sarano, F, Martin-Garcia, J. the neuropathogenesis of AIDS. *Nat Rev Immunol* 2005; 5:69–81.
 - GSK, GlaxoSmithKline Package Insert for Boosterix.us.GSK.com, 2016.
 - Harasawa, R, Tomiyama, T. Evidence of pestivirus RNA in human virus vaccines. *J Clin Microbiol* 1994;32:1604–5.
 - Instituto Butantan. vaccines. *Butantan.gov.br.*, 2016.
 - Israeli, E, Agmon-Levin N, Blank, M, et al. Adjuvants and autoimmunity. *Lupus.* 721 2009; 18(13):1217–25.
 - Ivanovic, DM, Leiva, BP, Pérez, HT, Olivares, MG, Díaz, NS, Urrutia, MS, Almagià, AF, Toro, TD, Miller, PT, Bosch, EO, Larraín, CG. Head size and intelligence, learning, nutritional status and brain development. Head, IQ, learning, nutrition and brain. *Neuropsychologia.* 2004; 42(8):1118-31.
 - Johnson, JA, Heneine, W. Characteristics of endogenous avian leukosis virus in chicken embryonic fibroblast substrates used in production of measles and mumps vaccine. *J Virol* 2001; 75:3605–12.
 - Johnston, MV. Neurotransmitters and vulnerability of the developing brain. *Brain Dev.* 728 1995; 17(5):301–6. health and disease. *Altern Medicine Rev* 2003; 8:223–46.
 - Kaneko, H. et al. DICER1 deficit induces Alu RNA toxicity in age-related macular degeneration. *Nature* 471, 325–330 (2011).
 - Kessel, A, Tal, Y, Jaffe, M, Even, L. Reversible brain atrophy and reversible developmental retardation in a malnourished infant. *Isr J Med Sci.* 1996 May;32(5):306-8.
 - Kidd, P. Th1/Th2 balance: The hypothesis, its limitations, and implication in for health and disease. *Altern Med Rev.* 2003 Aug;8(3):223-46.
 - Kuban, KC, O’Shea, TM, Allred, EN, Fichorova, RN, Heeren, T, Paneth, N, Hirtz, D, Dammann, O, Leviton, A; ELGAN Study Investigators. The breadth and type of systemic inflammation and the risk of adverse neurological outcomes in extremely low gestation newborns. *Pediatr Neurol.* 2015 Jan; 52(1):42-8.
 - Kwon, Y. S., Choe, Y. H. & Chin, H. S. Development of glaucoma in the course of interferon α therapy for chronic hepatitis B. *Yonsei Med. J.* 42, 134–136 (2001).
 - Lellouch-Tubiana, A et al. Immunocytochemical characterization of long-term persistent immune activation in human brain after herpes simplex encephalitis. *Neuropathology Appl Neurobiol* 2000; 26:285–94.
 - Malaki, M, Acute encephalopathy following the use of aluminum hydroxide in a boy affected with chronic kidney disease, *J Pediatr Neurosci.* 2013 Jan-Apr; 8(1): 81–82.
 - Mardinoglu, A, Shoaie, S, Bergental, M, Ghaffari, P, Zhang, C, Larsson, E., Backhed, F, Nielsen, J. The gut microbiota modulates host amino acid and glutathione metabolism in mice. *Molecular Systems Biology*, 2015; 11 (10): 834.
 - Marques, RC, Abreu, L, Bernardi,

- JV, Dórea, JG. Neurodevelopment of Amazonian children exposed to ethylmercury (from Thimerosal in vaccines) and methylmercury (from fish). *Environ Res.* 2016 Jan 7. pii: S0013-9351(15)30184-5.
- Matalon, KM, Acosta, PB, Azen, C. Role of nutrition in pregnancy with phenylketonuria and birth defects. *Pediatrics.* 2003 Dec; 112(6 Pt 2):1534-6.
 - Potts, BJ et al. Possible role of pestivirus in microcephaly. *Lancet* 1987; 1:972-3.
 - Offit, PA, Jew, RK. Addressing parents' concerns: do vaccines contain harmful preservatives, adjuvants, additives, or residuals? *Pediatrics.* 2003;112 (6 Pt 1):1394-7.
 - Olney, JW. New insights and new issues in developmental neurotoxicology. *Neurotoxicology.* 2002; 23(6):659-68.
 - Ovanesov, MV et al. Activation of microglia by Borna disease virus infection: In vitro study. *J Virol* 2006; 80:12141-8.
 - Petrik, MS, Wong, MC, Tabata, RC, et al. Aluminum adjuvant linked to gulf War illness induces motor neuron death in mice. *Neuromolecular Med.* 2007; 9(1):83-100.
 - Ronnblom, L. E., Alm, G. V. & Oberg, K. E. Possible induction of systemic lupus erythematosus by interferon- α treatment in a patient with a malignant carcinoma tumour. *J. Intern. Med.* 227, 207-210 (1990).
 - Rojo, LE, Fernandez, JA, Maccioni, AA, Jimenez, JM, Maccioni, RB: Neuroinflammation: implications for the pathogenesis and molecular diagnosis of Alzheimer's disease. *Arch Med Res* 2008; 39: 1-16.
 - Rubin, SA et al. Viral teratogenesis: brain developmental damage associated with maturation state at time of infection. *Brain Dev Rev* 1999; 112:237-44.
 - Shapiro, RF, Wiesner, KB, Bryan, BL, Utsinger, PD, Resnick, D, Casteles, JJ: HLA modified bone formation. *Lancet*, 1976, 307, 230-231.
 - Shoenfeld, T, Aron-Maor, A. Vaccination and autoimmunity- 'vaccinosis' a dangerous liaison? *J Autoimmunity* 2000; 14:1-10.
 - Shoenfeld, Y, Agmon-Levin, N. 'ASIA' - Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants. *J Autoimmun.* 2011; 36(1):4-8.
 - Shirabe, T et al. Autopsy case of aluminum encephalopathy. *Neuropathology* 2002; 22:206-10.
 - Sells, H. Brazil's Northeast Emerging as Economic Powerhouse. *CBN News* July 23, 2012.
 - Singh, VK, Rivas WH. Prevalence of serum antibodies to caudate nucleus in autistic children. *Neuroscience Lett* 2004; 355:53-6.
 - Singh, VK et al. Antibodies to myelin basic protein in children with autistic behavior. *Brain Behavior Immunol* 1993; 7:97-103.
 - Singh, VK et al. Circulating autoantibodies to neural and glial filament proteins in autism. *Pediatr Neurol* 1997; 17:88-90.
 - Singer, HS et al. Antibrain antibodies in children with autism and their unaffected siblings. *J Neuroimmunol* 2006; 178:149-55.
 - Skull, SA, Ruben, AR, Walker, AC. Malnutrition and microcephaly in Australian aboriginal children. *Med J Aust.* 1997 Apr 21; 166(8):412-4.
 - Tarallo, V. et al. DICER1 loss and Alu RNA induce age-related macular degeneration via the NLRP3 inflammasome and MyD88. *Cell* 149, 847-859 (2012).
 - Theoharides, TC, Zhang, B. Neuro-inflammation, blood-brain barrier, seizures autism. *J Neuroinflammation.* 2011;8(1):168.
 - Tishler, M, Shoenfeld, Y. Vaccination may be associated with autoimmune disease. *Isr Med Assoc J* 2004; 6:430-2.
 - Tomljenovic, L. Aluminum and Alzheimer's disease: after a century of controversy, is there a plausible link? *J Alzheimers Dis.* 2011; 23(4):567-98.
 - Tomljenovic, L, Shaw, CA. Aluminum vaccine adjuvants: are they safe? *Curr Med Chem.* 2011a; 18(17):2630-7.
 - Tomljenovic, L, Shaw, CA. Do aluminum vaccine adjuvants contribute to the rising prevalence of autism? *J Inorg Biochem.* 2011b; 105(11):1489-99.
 - Tomljenovic, L, Shaw, CA. Mechanisms of aluminum adjuvant toxicity in pediatric populations. *Lupus.* 2012; 21(2):223-30.
 - Vargas, DL et al. Neuroglial activation and neuroinflammation in the brain of patients with autism. *Ann Neurol* 2005; 57:67-81.
 - Verma, R, Khanna, P, Dhankar, M. Vaccination during pregnancy: Today's need in India. *Hum Vaccin Immunother.* 2015 Nov 30:0.
 - Volmer, R et al. Borna disease virus infection impairs synaptic plasticity. *J Virol* 2007; 81:8833-7.
 - Yokel, RA et al. The distribution of aluminum into and out of the brain. *J Inorg Biochem* 1999; 76:127-32. ■

Robert Kennedy: “La estrategia ha sido que las vacunas no tengan que pasar nunca un test de seguridad”



Autora: Lua Català (Pediatra)

Fecha de entrega: 11 de enero de 2019

Contacto: luacatala@gmail.com

Durante la recopilación de material sobre vacunas para un seminario, busqué algún documento oficial sobre las mismas y encontré este:

Guía de vacunación en atención primaria: dudas, mitos y errores. Atención primaria. Abril 2018. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención primaria. Abril 2018.

En el cual hallamos afirmaciones como la que sigue:

Hoy en día, las vacunas gozan de un excelente perfil de seguridad. Esto es no solo posible por el concienzudo estudio de las reacciones adversas durante el desarrollo de las mismas, sino también gracias a la implementación de programas de seguimiento post-comercialización, que permiten detectar posibles reacciones infrecuentes tras la aplicación de un elevado número de dosis.

Ante estas afirmaciones el primer pensamiento era: si **no está permitido realizar ensayos clínicos en niños** ¿Cómo se realiza dicho “concienzudo estudio de las reacciones adversas durante el desarrollo de las mismas”?

Y si dichos estudios existen, serían ilegales y deontológicamente denunciables, como el caso del Dr. Plotkin que, en otra entrevista, reconoce haber experimentado con vacunas en huérfanos y niños discapacitados.

Respecto a la afirmación sobre los “programas de seguimiento post-comercialización”, veamos qué sabemos

sobre estos programas de seguimiento en el país de referencia en temas sanitarios, como es EEUU.

Nos lo explica el conocido activista contra las vacunas Robert Kennedy jr (transcripción de una entrevista a Robert Kennedy jr.*; traducción del inglés de José Calderón):

Cuando el congreso de EEUU concedió “inmunidad económica” a la industria farmacéutica para fabricar vacunas y distribuir las en 1986, estaba anulando cualquier tipo de incentivo económico para que esas compañías mantuvieran, mejoraran o garantizaran la seguridad de las mismas.

Cualquier otro producto tiene un incentivo para hacerlo seguro contra defectos de fabricación porque saben que podrían ser denunciados por la gente perjudicada.

Pero en este caso esos informes de control fueron eliminados.

Nuestro congreso para remediar ese vacío de incentivos económicos ordenó específicamente al Departamento de Salud, HHS, la obligación de asegurarse que las vacunas eran seguras.

Una de las partes claves de esa obligación –y todo esto está en la ley de 1986– era un mandato de que cada 2 años el HHS elaborara un estudio de seguridad de las vacunas que había aprobado e informara al congreso sobre qué ha llevado a cabo durante esos 2 años para mejorar la seguridad de las vacunas. Pero no pudimos encontrar ningún registro

de estos informes durante los últimos 32 años.

Lo denunciemos, denunciemos al HHS, presentamos una demanda de información y no presentaron ningún documento. Los denunciemos y ahora ya admiten que nunca realizaron ningún test y nunca han elaborado ningún informe.

Lo cual muestra la actitud indolente, displicente, superficial del HHS con la seguridad de las vacunas.

La industria y el cártel han hecho un trabajo extraordinario en neutralizar a todas las instituciones de la sociedad democrática destinadas a proteger a los niños de las corporaciones codiciosas. De forma que han convertido a las entidades reguladoras, FDA, HHS y CDC en marionetas.

Neutralizaron al congreso y ahora son el mayor grupo de presión en el congreso.

Han neutralizado a la prensa al haberse convertido en su mayor anunciante, han neutralizado a los abogados en los juzgados a través de la FICA (Federal Insurance Contributions Act) que hace ilegal denunciar a un fabricante de vacunas sin importar la gravedad del perjuicio, o cuán arriesgados o tóxicos sean los ingredientes de esas vacunas.

Así que todas estas instituciones, que normalmente protegerían a una víctima, un niño, no existen más. Lo único que queda por hacer es supervisar y vigilar de cerca al HHS, confiamos en eso.

Y lo que al HHS ha admitido aquí

es que no existe el escrutinio, no existe la vigilancia, su agravio..., su estrategia ha sido asegurarse de que las vacunas no tengan que pasar nunca un test de seguridad.

*La mayoría de ciudadanos no entienden esto: que **antes de obtener la licencia cualquier otro producto farmacéutico tiene que pasar un ensayo aleatorio riguroso a doble ciego con placebo. Solo las vacunas están exentas,***

así que en vez de pasar un ensayo de 5 años las vacunas solo testan su seguridad durante unas horas o unos días que son claramente insuficientes para ver daños de larga incubación como el autismo, o el TDAH, alergias alimentarias o enfermedades autoinmunes.

Nadie afirmaría que puedes ver esos daños en un test que sólo dura cuatro días. Ponen la inyección y dejan de mirar más allá del cuarto día. Y si un niño tiene

convulsiones al quinto día o una enfermedad autoinmune años más tarde en su realidad nunca ocurrió.

El trabajo del HHS es y ha sido, supuestamente, el de testar y elaborar un informe de seguridad de esas vacunas e informar al público y en 32 años no lo ha hecho ni una sola vez. ■

* www.youtube.com/watch?v=jB54xZcIMgE&t=55s



redes



Red Española de Tratamiento Homeopático de Efectos Postvacunales

Dr. Jesús Albilló
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

Carme Fradera
E-mail: carmefradera@yahoo.es
Tel. 972 268 168
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

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

En el mes de marzo nos dejó nuestro compañero Michel Georget, eminente biólogo francés, investigador y difusor del conocimiento sobre la inmunidad y las vacunas. Hemos aprendido de él la metodología de búsqueda del funcionamiento de las vacunas, la observación de la utilidad real de las vacunas y la descripción de las reacciones adversas. Un gran maestro y compañero. Hasta pronto.

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_pesava@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

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-mail: 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
Britanimatorget
Storgt. 27
1440 Drobak

Karen SUNDØY
Grodemtunet 15
4029 Stavanger

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

NUOVA 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

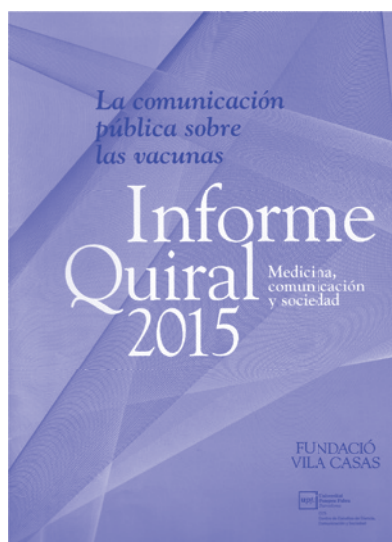
SUIZA

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



LA COMUNICACIÓN PÚBLICA SOBRE LAS VACUNAS. INFORME QUIRAL 2015

Autoría: Fundació Vila Casas
Universitat Pompeu Fabra Barcelona
Año: 2015
Idioma: castellano

Esta fundación relacionada con la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona edita desde hace 20 años el Informe Quiral/Opinión Quiral que publica periódicamente una serie de documentos relacionados con la Medicina, Comunicación y Sociedad.

Estas últimas publicaciones han ido dirigidas al tema Vacunas, Comunicación y Sociedad.

Entre sus escritos dice: "vivir en sociedad otorga al ciudadano una serie de derechos individuales, pero también le exige obligaciones por el bien del conjunto de la comunidad. Todos debemos disponer de seguridad sanitaria y debemos contribuir a mantenerla para proteger la salud individual y colectiva".

Por otra parte afirma tras la recogida de publicaciones: "el mensaje principal de la mayor parte de las piezas publicadas es que las vacunas son un caso de éxito, no sólo por su efectividad médica, sino por el gran consenso social".

En ningún momento que sepamos se ha consultado a las piezas que son críticas con las vacunas.



CUADERNOS DE BUENA PRÁCTICA

Guía de Actuación en la Aplicación de las Vacunas

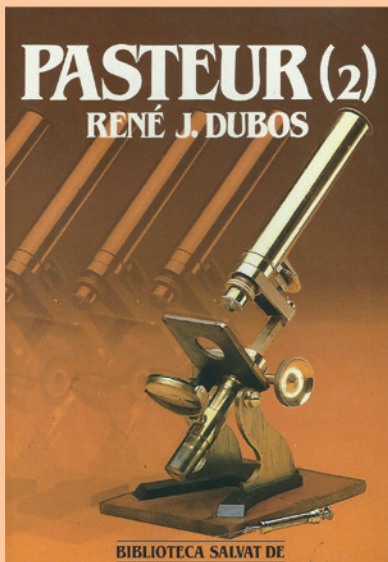
Autoría: Colegio de Médicos Barcelona (COMB)
Fecha: Octubre 2018
Idioma: catalán

Ya como editó el COMB en el año 2002 reedita esta guía dirigida al comportamiento ético de los licenciados en medicina.

Cabe destacar sobre todo la referencia clarísima que vuelve a hacer sobre el Cuestionario Prevacunal de 10 preguntas antes de decidir vacunar, el reconocimiento de las Reacciones Adversas Posvacunales, el reconocimiento de los Daños causados y la aplicación del Consentimiento Informado.

Sin embargo, esta descripción de la Guía no coincide en absoluto con el comportamiento que mantiene el COMB con los licenciados que deciden aplicar bien ésta.

El COMB debería saber que una cosa es lo que dice y otra cosa es lo que hace.



PASTEUR (I) y (2)

Autor: René J. Dubos

Editorial: Biblioteca Salvat (Grandes Biografías)

Año: 1984

Idioma: castellano

Este libro del fallecido René Dubos, eminente microbiólogo canadiense y exdirector del Journal of Experimental Medicine, es ya un clásico.

Dubos nos acerca al mundo de Pasteur, su trabajo, su vida familiar, sus controversias con el mundo de la ciencia y, por supuesto, el reconocimiento de sus logros, todo ello complementado y avalado por abundantes escritos del propio Pasteur, de sus ayudantes y de los científicos más importantes de la época.

