

Documentos para la Reflexión 7

La difteria en el mundo



Octubre 2015

LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN



Documentos para la Reflexión

Número 7. Octubre de 2015

Liga para la Libertad de Vacunación

ÍNDICE

- 3 Vacunas: ¿Quién oculta la verdad y quién la busca? / **Editorial**
- 5 Informe Difteria en España período 1901–2015 / **Xavier Uriarte, Gabriela Rodríguez y Ignasi Sivillà**
- 12 Episodio de difteria en los años 90 en los países de la ex Unión Soviética: Análisis de los estudios de la Organización Mundial de la Salud / **Ignasi Sivillà**
- 28 Salud y Poder: Análisis crítico de mecanismos de control social en el terreno de la salud/enfermedad. Reflexiones lógicas sobre el caso de Difteria del niño de Olot / **Enric Costa Vercher**
- 31 Documento de Reflexión sobre las Vacunas / **Pedro Ródenas**
- 33 El riesgo de transmisión. Lactancia materna en tiempos del sida / **Pedro Lanza V.**
- 37 El editor de la revista médica “The Lancet” acusa de fraudulentas a la mayoría de las investigaciones médicas publicadas / **Richard Horton**
- 39 Manifiesto europeo contra la vacunación obligatoria / **European Forum for Vaccine Vigilance**
- 41 Comunicado de prensa de la Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma / **Alicia Capilla**
- 42 Modificación de las condiciones de prescripción y dispensación de la vacuna Bexsero: eliminación de la clasificación como de uso hospitalario
- 43 Ficha de la Vacuna de la Varicela
- 44 Asistencia de la Liga a EcoAltea
- 45 Actividades de la Liga en Madrid
- 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 Comentario de libros

CONSEJO DE REDACCIÓN

Rosa Montserrat, Xavier Uriarte.

COLABORADORES

Gemma Baulies, Françoise Berthoud, Dana Bogutskaya, Lluís Botinas, Alicia Capilla, Lua Català, Catherine Chaplin, Enric Costa, Teresa Forcades i Vila, María Fuentes Caballero, Manu García, Kris Gaublonne, Juan Gervás, Jesús Gil, Coro Goitia, Belen Igual, Miguel Jara, Françoise Joët, Oscar Lanza, Flora Luna Gonzáles, Juan M. Marín, Eva Martín, Coral Mateo, Luis Maya, Ana Medina, Joan Mora, Jean-Pau Pellet, Juan Ramón Pérez, Jean Pilette, Andrea Ricci, Pedro Ródenas, Gabriela Rodríguez, Máximo Sandín, Javier Sarmiento, Christopher A. Shaw, Ignasi Sivillà, Armand Soler, J. P. Spinosa, Lucija Tomljenovic, Anna Vallès.

EDITA

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

Depósito Legal: Gi-1000-2009

VACUNAS: ¿QUIÉN OCULTA LA VERDAD Y QUIÉN LA BUSCA?

¿S on la buena salud y la mayor esperanza y mejor calidad de vida de los niños y de la población en general los objetivos que presiden la actuación de autoridades sanitarias, investigadores, médicos, farmacéuticas, etc.? Si realmente lo son, parece que debería tenerse en cuenta todo lo que pueda contribuir a alcanzarlos, y tener acceso a la verdad de lo que pasa.

Las vacunas son una categoría especial y única de fármacos. En efecto, (casi siempre) se administran a personas sanas con el objetivo de prevenir una enfermedad a la que en muchas ocasiones no estarán ni siquiera expuestas. Además, la inmensa mayoría de estas personas son bebés, niños y adolescentes. Esto debería exigir ensayos, controles, seguimiento y seguridad muchísimo mayores de los necesarios con cualquier otro fármaco. ¿Se están cumpliendo estos requisitos imprescindibles?

El contexto de la actual campaña pro-vacunas y anti-críticas-a las-vacunas (que no anti-vacunas, como se presenta intencionadamente, ya que la mayoría critican no las vacunas en su totalidad sino el abuso de las vacunas o alguna de ellas) incluye:

- 1) aumento social de las dudas sobre la medicina oficial;
- 2) enorme reducción del mercado de los antibióticos pero ampliación (¿sin límites?) del de las vacunas;
- 3) crecientes denuncias de la “vacuna del papiloma virus”;
- 4) cuestionamiento del “origen gémico de las enfermedades” (Louis Pasteur, 1822-1895);
- 5) ¿Más que sea significativo?

Si los beneficios de las vacunas para la salud de los niños, para la esperanza y la calidad de vida de la población, y para el conjunto de la humanidad, fuesen tan “evidentes” y estuviesen tan “científicamente demostrados” como ofi-

cialmente se aparenta y se quiere hacer creer a la población (usando el miedo para espantarla),

¿por qué...

... se trata tan diferentemente los casos aparentemente favorables a las vacunas (como el de Olot) y los testimonios que muestran los graves peligros que tienen las vacunas? (ver, por ejemplo, Asociación de afectados por vacunas).

... se silencia sistemáticamente los daños que causan las vacunaciones?

... se pone todo tipo de trabas a que los padres puedan denunciar los daños que han sufrido sus hijos tras ser vacunados?

... no se abre el debate que piden los críticos contrastando en profundidad argumentos a favor y en contra?

... se ridiculiza, margina, silencia, reprime, ..., a los científicos, médicos, padres, ... que cuestionan las vacunas?

... se descalifica y estigmatiza a los presentados como “anti vacunas” y se presenta como ángeles de la guarda a los pro?

... no se facilita a los padres la información contradictoria necesaria para que puedan dar su consentimiento informado?

... nunca se ha animado ni anima a los padres y médicos a notificar inmediatamente cualquier incidente adverso que ocurra tras la administración de una vacuna? (cosa que sí se hace, por ejemplo, en los EEUU).

... no se hace público cuál es el organismo que recoge los efectos secundarios de las vacunas (¿o es que acaso no tienen nunca, cosa que saben y reconocen con boca pequeña los pro-vacunas... aunque actúan como si no los tuviesen)?

... no se indica a dónde dirigirse para pedir indemnizaciones por los daños ocurridos? (como sí se hace en los EEUU).

... etc.

ELEMENTOS DEL ARGUMENTARIO CLÁSICO para cuestionar las vacunas: estadísticas ya estaban en descenso por otros factores (sociales, económicos, nutritivo,...) antes de administrar las vacunas; daños por adyuvantes, por cómo y por dónde se fabrican las vacunas; el terreno es lo decisivo (desde Antoine Béchamp, 1816-1908,... por lo menos); etc.

ARGUMENTARIO RECIENTE: Dr. Heinrich Kremer (¿cuándo empieza el bebé a formar sus propios anticuerpos?; las vacunas causan desequilibrio inmunitario con aumento de linfocitos Th-2 y disminución de los Th-1;...); Dr. Andrew Moulden, e.p.d. (toda vacuna causa isquemia y derrames micro vasculares); Dr. Ryke Geerd Hamer (papel beneficioso de los microbios; origen bio-lógico de los programas biológicos llamados “enfermedades”); los disfuncionamientos provocados por agresiones no pueden arreglarse con vacunas; pleomorfismo, biones, simbiosis,...; ausencia de estudios a doble ciego; falta de estudios de seguimiento de niños no-vacunados (seguimiento que debería ser riguroso, claro). ¿Más?

Finalmente nos aproximaremos en particular a la difteria, al sorprendente y significativo fenómeno del diagnóstico de difteria, a la vacuna de la difteria, al caso de

difteria en el niño de Olot, a los niños de su entorno que tienen la bacteria de la difteria pero que se mantienen asintomáticos “gracias a estar vacunados” (por cierto, ¿cómo se diagnostica actualmente que alguien que está sano tiene la bacteria de la difteria?) y a la actual campaña de-miedo-y-de-falsa-seguridad en marcha que parece estar incondicionalmente a favor de todas las vacunas habidas y por haber. En cualquier caso, veremos que lo más probable es que no se declare ninguna vacuna legalmente obligatoria, aunque sí se fortalecerá con grandes dosis de miedo la apariencia de que son obligatorias... prolongando, ampliando y reforzando así la situación actual.

Con esto, se busca proporcionar una perspectiva más amplia y más elementos para aproximarnos a la verdad de lo que ha ocurrido y de lo que está ocurriendo, así como recopilar más recursos al servicio de los objetivos arriba señalados.

Junta LLV

Nota: en mayo de 2016, en el marco de BioCultura de Barcelona, se llevará a cabo la Conferencia Internacional sobre Difteria.

PROGRAMA BIOCULTURA

BILBAO. Sábado 3 de Octubre de 2015

13-14h. “Efectos Adversos y situación actual de los Afectados por la Vacuna del Papiloma Humano”.

- ▶ Sra. Mamen Jiménez (Presidenta AV Podemos Afectados Vacuna Papiloma)
- ▶ Sr. Manuel Sáez (Abogado. La Rioja)

14-15h. “Bases del Tratamiento en las personas afectadas por las Vacunas”

- ▶ Sr. Xavier Uriarte (Médico. Gerona)

15-16h. “¿Qué son las Vacunas y qué efectos producen?”

- ▶ Sra. Carmen Marcos (Médica. Bilbo)

17-18h. “Mesa Redonda sobre Familias y Aspectos Legales de las Vacunas”

- ▶ Sra. Eva Sanz (Colaboradora LLV)

Organiza

Liga por la Libertad de Vacunación (LLV)

Coordinan

Esther Sagredo, Eva Sanz y Xavier Uriarte

BioCultura
Feria de productos ecológicos
y consumo responsable 

Informe Difteria en España período 1901–2015



Autoría: Xavier Uriarte, Gabriela Rodríguez y Ignasi Sivillà.

Liga para la Libertad de Vacunación (LLV).

Web LLV: www.vacunacionlibre.org

Elaboración: 12 de julio de 2015.

La situación vivida en Olot (Girona) en junio del 2015 en relación al niño con diagnóstico de difteria y cuyo fallecimiento lamentamos profundamente ha hecho necesaria la actualización de la situación epidemiológica de la difteria en España redactada por los profesionales médicos de la LLV.

En este artículo se explican las características microbiológicas del corynebacterium diftérico a la luz del conocimiento actual.

En primer lugar, y con los datos oficiales existentes y accesibles se muestra la evolución de la epidemia de la difteria en España durante 114 años con y sin la introducción de la vacuna antidiftérica.

En segundo lugar, se expone, según los datos ofrecidos por la Industria Farmacológica a partir del 2011, la composición de la vacuna antidiftérica.

Finalmente se hace un cálculo, contemplando las publicaciones de los Servicios de Fármaco-Vigilancia de España e Internacionales, también ellos de carácter oficial, de la población que ha sufrido y sufre en la actualidad los efectos adversos de la vacuna antidiftérica.

Microbiología del Corynebacterium y condiciones de vida de la población

El corynebacterium del griego “koryné”, maza y “bacterium”, bastoncito (1), es un grupo extremadamente diverso de bacterias Gram +, pleomorfo que vive en ambientes aerobios y anaerobios facultativos según las condiciones que le rodean. Esto quiere decir que puede vivir tanto en un medio rico en oxígeno como pobre y que puede cambiar de forma según sus necesidades, convirtiéndose el bacilo en otros microorganismos.

Forma parte del género de las Eubacterias y está relacionado con el clostridium, estreptococo, lactobacillus, estafilococo, micoplasma, actinomiceto, estreptomices, bifidobacte-

rium, nocardia y micobacterium.

Habita en la tierra, en el aire, en las mucosas y en la piel.

Constituye junto a otras bacterias, hongos y virus lo que se denomina la flora saprófita (2) que habita en nuestro organismo desempeñando funciones tan interesantes como la síntesis de las vitaminas K, B₁₂, B₉, B₃, del ácido láctico y acético, de sustancias microbicidas (bacteriocina).

Evita la colonización de otros gémenes y estimula la inmunidad (3).

Existen muchas familias de corynebacterium como son la bovis, mutissim, hoffami estriatum, jeikeim, xerosis, renalis, pseudodiftericum, difteriae, etc. y ellas viven en nuestro cuerpo sin producir ninguna infección.

Su capacidad pleomorfa (4) hace posible, sin embargo, según las condiciones de vida de cada persona, que pase de bacilo bastón a bacteria cocoi-

de (estafilococo, estreptococo, meningococo, neumococo, etc.).

Su presencia no quiere decir que las personas sean portadoras de la enfermedad de la difteria sino que vive en simbiosis haciendo una función necesaria de colaboración.

Para que alguno de estos corynebacterium y concretamente el diftérico pueda ser parasitario o patógeno tiene que sufrir una modificación en su ADN o material genético, a través de un fago (información ADN nueva que se incorpora en el material genético del bacilo) y que como respuesta a este fenómeno sintetice la exotoxina. Cualquier situación límite del bacilo hace que cambie su material genético y genere una nueva actividad bacteriana, en este caso letal.

Esto ocurre bajo ciertas condiciones de vida conocidas actualmente como son el hambre, la presencia de

ciertas cantidades de hierro, los antibióticos, las radiaciones, las campañas de vacunación indiscriminadas, la utilización de corticoides y de inmunosupresores, la cirugía y la tensión o distrés (5).

Cuando alguna de estas condiciones especiales de vida se da el corynebacterium fabrica una proteína o exotoxina a base de 535 aminoácidos que se adhiere a las células del organismo interfiriendo en la actividad del ARN y en la capacidad de síntesis de proteínas de la propia célula corporal.

Esta toxina sólo se produce cuando el bacilo cambia su información genética. Si esto no sucede el corynebacterium diftérico no produce dicha toxina y vive de manera simbiótica sin perjudicar nuestro organismo.

Epidemiología de la Difteria en España

Es muy importante que el lector no se crea nada de lo que decimos en este informe ni en otros informes, si no lo puede comprobar él mismo.

Por lo que le animamos a que pinche en los enlaces y compruebe la veracidad de todo lo que se afirma.

Si le llega a las manos un estudio oficial y no puede comprobar todos los datos en los que se basa dicho estudio, lo más probable es que esté amañado, por lo que lo mejor es no creérselos hasta que le permitan comprobar estos datos.

Para evitar la mínima sospecha, nos basamos en datos oficiales. Los mismos que teóricamente usan para defender la bondad de esta vacuna.

Mortalidad y Morbilidad de Difteria en España 1901-2015

En el año 1901 el número de personas fallecidas era de 6.299, en 1937 de 1.773, en 1940 de 3.169, en 1945 de 642, en 1950 de 587, en 1952 de 297, en 1964 de 81, en 1965 de 56, en 1972 de 6, en 1973, de 3, en 1974 de 4, en 1975 de 1, en 1976 de 4, en 1977 de 3, en 1978 de 2, en 1979 de 1, 1981-82 de 0, en 1983-84 de 1 y en 1987 de 1 persona.

En 1940 se observa un incremento importante de la difteria por las condiciones ambientales propias de la posguerra: hambre, bloqueo económico y distrés.

Hacia 28 años que en España no se había producido ningún muerto por difteria...

Según los datos que tenemos de Cataluña en el período 1951-1988, vemos que en el 1951 fallecieron 20 personas, en 1972 fallecieron 2 y en 1973 no se produjo ningún fallecimiento.

En el mes de junio del 2015 ha ocurrido 1 fallecimiento.

Respecto a la **morbilidad** (casos en los que se desarrolla la enfermedad) por difteria en España, en 1901 sufrieron la difteria 60.000 personas, en 1950 la sufrieron 4.741, en 1960, 1841, en 1964, 1.700, en 1980, 7 y en 1983, ninguna persona, en 1997, 3, en 1998, 2 personas y en el 2015, 1 persona que falleció.

Respecto a la **mortalidad** por difteria en España, tenemos esta tabla del Ministerio de Sanidad:

DIFTERIA (032/1975). Mortalidad (1900-1999) y Tasas/100.000 h.

Años	N.º	Tasa	Años	N.º	Tasa	Años	N.º	Tasa	Años	N.º	Tasa	Años	N.º	Tasa
1900	8.489	45,5	1920	2.732	12,8	1940	3.169	12,3	1960	139	0,5	1980	0	0
1901	6.299	37,3	1921	3.052	14,2	1941	1.563	6	1961	190	0,6	1981	0	0
1902	5.247	27,9	1922	2.937	13,6	1942	956	3,7	1962	156	0,5	1982	0	0
1903	4.721	25,1	1923	2.260	10,3	1943	816	3,1	1963	110	0,4	1983	1	X
1904	3.823	20,1	1924	2.009	9,1	1944	669	2,5	1964	81	0,2	1984	1	X
1905	3.524	18,4	1925	1.407	6,3	1945	642	2,4	1965	56	0,2	1985	0	0
1906	3.390	17,5	1926	1.576	7	1946	472	1,7	1966	24	0,1	1986	0	0
1907	3.634	18,7	1927	1.363	6	1947	533	2	1967	18	X	1987	1	X
1908	3.926	20	1928	1.377	6	1948	460	1,7	1968	14	X	1988	0	0
1909	4.256	21,6	1929	1.225	5,3	1949	550	2	1969	7	X	1989	0	0
1910	4.239	21,3	1930	1.288	5,4	1950	587	2,1	1970	5	X	1990	0	0
1911	3.799	19	1931	1.203	5,1	1951	333	1,2	1971	6	X	1991	0	0
1912	5.465	27,1	1932	1.123	4,7	1952	297	1	1972	6	X	1992	0	0
1913	4.956	24,4	1933	1.181	4,9	1953	305	1,1	1973	3	X	1993	0	0
1914	4.756	23,3	1934	1.250	5,1	1954	352	1,2	1974	4	X	1994	0	0
1915	4.231	20,6	1935	1.238	5	1955	363	1,2	1975	1	X	1995	0	0
1916	4.097	19,8	1936	1.103	4,4	1956	224	0,8	1976	4	X	1996	0	0
1917	4.044	19,4	1937	1.773	7,1	1957	199	0,7	1977	3	X	1997	0	0
1918	3.844	18,3	1938	2.930	11,6	1958	149	0,5	1978	2	X	1998		
1919	2.650	12,5	1939	4.058	15,9	1959	141	0,1	1979	1	X	1999		

<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=19/10/2012-3c0cfd4ca3>
(página 116)

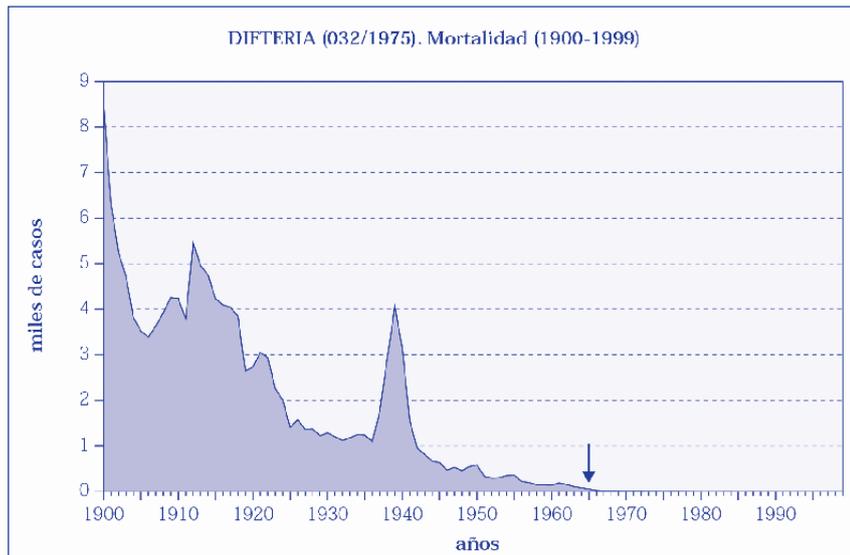


Gráfico 1

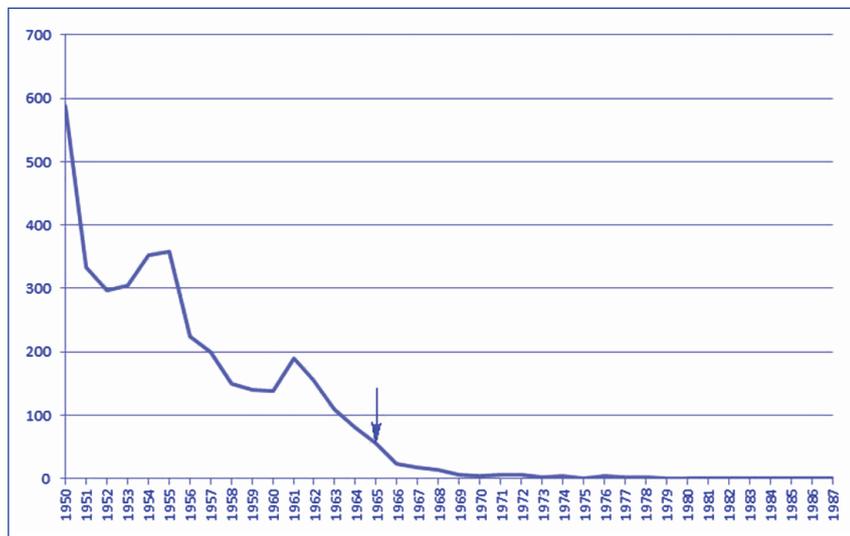


Gráfico 2

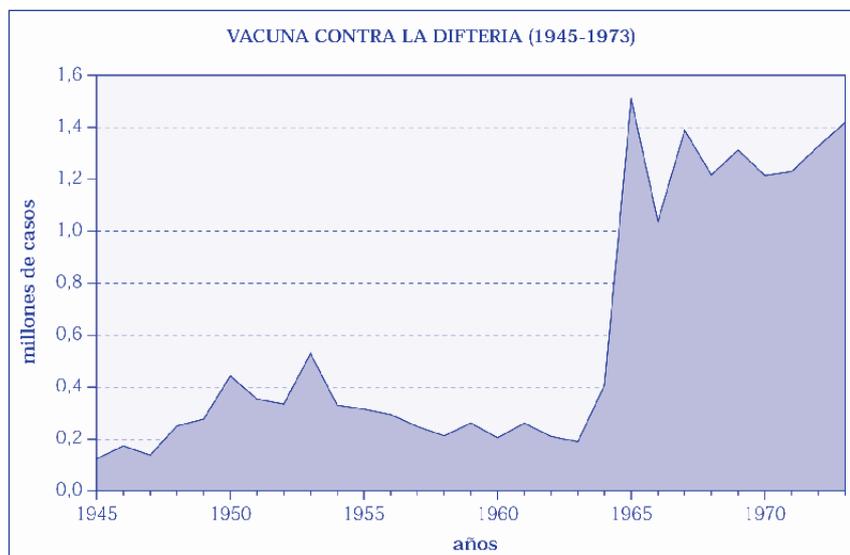


Gráfico 3

Y el gráfico (gráfico 1), publicado en el mismo documento (la flecha indicando el inicio de la vacunación masiva, en 1965, la hemos puesto nosotros). Observad bien la tendencia. Resulta difícil poder decir que la enfermedad descendió gracias a la vacuna... pero lo dicen y repiten mil veces.

Como en 1965 ya ha bajado tanto que parece que esté a 0, lo ampliaremos a partir de 1950 (gráfico 2):

La flecha indica el inicio de la vacunación masiva. La tendencia de la mortalidad, aún con la introducción de la DTP, continuaba bajando.

Comprobad todos los datos.

Si aún parece poco, podemos ver la **cobertura vacunal** o los **porcentajes reales de vacunación en el período 1945-1973** (gráfico 3). La referencia es el mismo documento que antes.

Por primera vez en España se introdujo la vacuna de la difteria en el año **1945**.

Para este tiempo, sin la utilización de la vacuna, la mortalidad por difteria entre la población española había descendido en un 98,7% y la morbilidad en un 97,2%.

En **1950** se introducen en España 104.616 vacunas unidososis de difteria entre 0-3 años, siendo en este tiempo dicha población infantil aproximadamente de 1.350.000.

La introducción de la vacuna según los cálculos realizados cubrió al **7,7%** de la población. Cifra insuficiente para considerar un buen grado de protección.

La **vacunología oficial** considera una cobertura vacunal suficiente aquella que se sitúa entre el 50-80%.

En **1965** se introdujeron 1.500.000 dosis, no solamente de difteria, sino combinada DTP (difteria, tétanos y tosferina celular) en 2 dosis entre la población de 0-3 años.

Si la vacunación completa en aquel momento era de 2 dosis y la población infantil era de 1.500.000, la población

vacunada resultó ser 750.000 personas. Esto supuso una cobertura vacunal alrededor del 50% de la población.

A partir de 1945 la cobertura vacunal por difteria fue aumentando progresivamente del 7,7% inicial, al 50% en 1965, al 80% en 1984 y al 94% en el 2015.

Durante estos días repetitivamente se ha dicho que desde 1987 no ha habido en España ningún caso de difteria. Lo podéis encontrar, por ejemplo aquí:

http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/06/02/catalunya/1433255972_743084.html

Pero en la web de la **Organización Mundial de la Salud**, donde se tienen que declarar todos los casos de ésta y otras enfermedades en todo el mundo, consta que en España hubo **3 casos en 1997 y 2 casos en 1998**. Comprobadlo aquí:

http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/incidences?c=ESP

El componente polio de dicha vacuna hexa se fabrica mediante el cultivo de células Vero, línea continua de células o de crecimiento tumoral derivadas del riñón de mono.

La administración sanitaria española no los hizo públicos, a diferencia del caso de Olot. ¿Por qué?

El 22 de junio del 2015 pedimos por correo electrónico al Ministerio de Sanidad que nos confirme si estaban o no vacunados, pero por el momento, hoy a 12 de julio, no nos han contestado.

Podría pensarse que la razón de esa falta de publicación de estos casos es que se trataba de personas vacunadas.

Tenemos la esperanza de que se trate de un error del sistema de salud de este país y no de una manipulación

de datos ligada a la necesidad de no publicar datos que cuestionen la infalibilidad de las vacunas cuya aplicación se recomienda, y que en ocasiones producen efectos no deseados, como la propia infección que desean combatir.

Historia de la Vacuna de la Difteria

Durante los siglos XVII y XVIII numerosos autores hicieron descripciones más o menos pormenorizadas de la enfermedad, pero fue Bretonneau, en 1826, quien llevó a cabo la descripción definitiva de la difteria.

Klebs fue el primero en describir, en 1883, el bacilo diftérico y asociarlo con la enfermedad.

Löffler logró cultivar el bacilo por primera vez y lo diferenció de otros bacilos.

En 1901 Behring recibió el premio Nobel por el descubrimiento del suero antidiftérico.

Ya en el año 1860 se había descrito la enfermedad del suero como consecuencia de la utilización del suero de la viruela.

Ramon y Glenny encontraron en la década de los años 20 el método efectivo para detoxificar la toxina diftérica mediante formaldehído y calor, abriendo así el camino de la vacunación antidiftérica mediante toxoides o anatoxinas.

En 1930 se describió la reacción de Arthur producida por sueros y vacunas.

En 1951 Freeman describió el papel de bacteriófago en la toxigenicidad del bacilo diftérico y fue en 1973 cuando Pappenheim describió los mecanismos mediante los cuales la toxina inhibe la síntesis proteica.

En Alemania se inicia la utilización de la vacuna en 1929, en Francia entre 1930-1931 y en España en 1945.

En la **época prevacunal**, anterior al 1929, en los países industrializados o no, cuando la incidencia de la enfermedad diftérica era elevada, la inmunidad se adquiría de forma natural por el padecimiento de la infección subclínica o clínica. Era una inmunidad duradera.

En aquella época, la mayoría de los recién nacidos, el 80%, nacían protegidos con anticuerpos pasivos transmitidos de la madre. Esta inmunidad pasiva descendía con el transcurso de los meses para dar paso progresivo a la inmunidad adquirida activamente tras el contacto con el bacilo. De tal forma que se pasaba escalonadamente de una protección natural del 15% al 80%.

Todo esto sucedía tanto en países europeos, americanos, asiáticos, australianos como africanos.

Es curioso observar que en los países africanos la manifestación de la infección de la difteria no era respiratoria sino cutánea y, concretamente, se manifestaba en la piel en forma de impétigo (estafilocócica).

En la época vacunal, posterior al 1929, según se fue implementando la vacunación masiva de la difteria y la epidemia de difteria descendía, el patrón de la adquisición de la inmunidad antidiftérica fue cambiando progresivamente.

Con el descenso de la infección diftérica, bajó la presencia del bacilo en nuestro cuerpo pero se mantuvo la inmunidad natural entre las poblaciones de todo el mundo.

Es habitual, cuando se estudia la seroprotección natural de las poblaciones, encontrar un mínimo del 20% seropositivo al bacilo diftérico.

Con los Programas Masivos y Ampliados de Vacunación se observó, al contrario de lo previsto, que la inmunidad artificial producida por la vacuna descendió.

De tal manera que las poblaciones entre 25-54 años de España, Alemania, Japón, Polonia, Italia, Australia y EEUU, presentaban unas seroprotecciones postvacunales inferiores al 30%.

Esto era debido a la corta duración de la memoria que provocaba la vacuna. Actualmente se considera que la memoria puede tener una duración entre 1-8 años (6).

Esto quiere decir que para que una población se considere con **óptima protección o inmunidad de grupo** habría de vacunarse como mínimo cada 8 años.

La Vacuna de la Difteria

Es una vacuna a base de toxoides o anatoxinas, que no contiene el corynebacterium y que tiene la finalidad de evitar que el bacilo no sintetice toxinas lesivas para el organismo (7).

Desde el inicio en 1929 no se planteó con esta vacuna neutralizar las cepas circulantes ni actuar sobre los supuestos portadores.

Ya desde los inicios de su utilización, el Dr. Sala Ginabreda en su publicación sobre la profilaxis de la difteria en el año 1942, afirma que es posible la presencia de difteria entre los vacunados.

En un principio en España entre 1945-1950 se comenzó con la **monovacuna Difteria**.

En su **composición** destacamos la presencia de unidades de floculación (Lf) de toxoide diftérico, formaldehído y aluminio.

No tenemos datos de la composición exacta ni de las cantidades reales que se utilizaron en esta época.

Desde 1965 se continuó con la Trivacuna DTP (Difteria, Tétanos, Tosferina entera/acelular). Posteriormente de trivacuna pasó a tetra, penta y hexavacuna.

En el año 2015 se utiliza la Infanrix Hexa (Difteria, Tétanos, Tosferina acelular, Polio, Hib y Hepatitis B) en infancia y la divacuna dT (Difteria y Tétanos) en adultos.

En su composición común a todas ellas destacan los siguientes componentes: 30-50 unidades de floculación del toxoide (Lf) en la vacuna infantil y de 2-20 Lf en la vacuna del adulto (8).

Se puede observar que la vacuna infantil contiene más del doble de LF que la vacuna del adulto.

Además encontramos hidróxido de **aluminio**/fosfato de aluminio (200-1500 microgramos), tiomersal (etil **mercurio** + ácido acetil **salicílico**) entre 25-50 microgramos, **formaldehído** (12,5 microgramos), glutaraldehído, **2-fenoxietanol** (2,5 miligramos), **polisorbato** 20 y 80 (25 microgramos), cloruro de sodio (4,5 miligramos), cloruro de potasio, fosfato disódico, carbonato sódico, lactosa (12,6 microgramos), bicarbonato sódico, glicina, fenilalanina, trometamol (600 microgramos), sacarosa, gelatina, Medio 199 de Hanks, **neomicina**, **polimixina y estreptomicina** (9).

El componente antígeno de la Hepatitis B recombinante del Infanrix Hexa se fabrica a partir de células de levadura *sacharomyces cerevisiae* genéticamente modificadas.

El componente polio de dicha vacuna hexa se fabrica mediante el cultivo de células Vero, línea continua de células o de crecimiento tumoral derivadas del riñón de mono.

Según el **Environmental Protection Agency (EPA)** los límites de protección al mercurio en la dieta estarían en 0,1 microgramo/ kg/ día (10).

En la vacuna de la difteria la presencia del mercurio es entre 25-50 microgramos en cada dosis. Si en la primera dosis, con un peso del lactante de 5 kg, podemos soportar 0,5 microgramos y recibimos entre 25-50 microgramos, estamos sobrepasando ampliamente los límites de exposición aceptados por la EPA (11). Se puede consultar en:

<http://www.a-champ.org/documents/geier%20Early%20Downward%20Trends%20JAPS%203-1-06.pdf>

Según los criterios establecidos en 1990 por la **American Society for Parenteral and Enteral Nutrition**

(**ASPEN**) los límites permitidos para el aluminio oscilarían entre 1-30 microgramos/kg/día (12).

En la vacuna de la difteria la presencia de las sales de aluminio oscila entre 200-1.500 microgramos en cada dosis que se inocular.

Si en la primera dosis, con un peso del lactante de 5kg, podemos soportar entre 5-150 microgramos/día y recibimos entre 200-1500 en una sola dosis, estamos sobrepasando ampliamente los límites permitidos (13). Puedes consultar en:

<http://www.youtube.com/watch?v=ICQD9wuQmSc>

No sólo las monovacunas y las combinadas de la difteria tienen unidades

La mayor frecuencia de lesión de la difteria es la encefalitis postvacunal (50%), después las reacciones alérgicas (30%), el 20% restante repartido entre alteraciones renal, sanguínea, cardiovascular, digestiva y endocrina.

de toxoide diftérico ya que las monovacunas conjugadas Hib, Meningitis C y la Neumocócica, en el mercado desde 1996, 2000 y 2003 respectivamente, también contienen en su composición 10 microgramos de toxoide diftérico añadido.

Como la protección o memoria de la vacuna desciende ya exponencialmente desde el primer año hasta el octavo año de haber recibido la vacuna, la recomendación de la vacunología oficial es vacunar con frecuencia hasta la adolescencia. Siempre está en el aire el hacer extensa la vacunación de la difteria entre los adultos por la desprotección que presentan entre los 25 y 54 años.

El vigente Calendario Vacunal Español recomienda vacunar de difteria antes de los 14 años en 6 ocasiones: a los 2, 4, 6, 15-18 meses, 5-6 y 12-14 años,

Además cuando se vacuna de Me-

ningitis C, Hib y del Neumococo se están inyectando de nuevo 10 microgramos de toxoide diftérico con cada una de ellas.

Por lo tanto, las veces que se **vacuna de la difteria** llegan a ser en **9 ocasiones** en los 14 primeros años de vida.

Los laboratorios fabricantes de las vacunas de difteria actualmente son Sanofi Pasteur, GlaxoSmithKline, Pasteur Mirieux, Aventis Pasteur y Chiron.

Vacunarse de la difteria es un Acto Médico que está supeditado al Consentimiento Informado.

Los componentes referidos inyectados directamente en sangre pueden producir en el organismo **lesiones neurológicas, reacciones alérgicas, autoinmunes, alteraciones endocrinas y alteraciones del metabolismo óseo** (14).

Ya en el año 2013 se definió el **Síndrome Autoinmune a los Aduvantes o ASIA** como una reacción a las sales de aluminio y a los demás componentes de las vacunas, que puede aparecer dentro de las 6 semanas posteriores a la vacunación y que se observa tras la exposición del organismo a altas dosis de las sales de aluminio presentes en las vacunas (15).

Efectos adversos de la vacuna Antidiftérica

Tanto la monovacuna de la difteria y la combinada como la conjugada pueden provocar efectos adversos graves.

De **cada 2.200.000 dosis puede generar 1 muerte súbita** en el lactante, en el adulto y en el anciano (16).

Entre **1.000-10.000 dosis** (17) puede presentar 1 persona afectada de encefalopatía postvacunal (convulsión, epilepsia, paresia o parálisis,

autismo, TDAH, síndrome de Asperger, trastornos del sueño, trastornos del ritmo sueño-vigilia, apnea y cambios en el tono muscular), 1 persona afectada de alergia postvacunal (urticaria, choque anafiláctico, reacción anafiláctica, reacción de Arthur, enfermedad del suero, bronquiolitis e intolerancias digestivas), 1 persona afectada del riñón (nefrosis o insuficiencia renal), 1 persona afectada de la sangre y órganos linfoides (plaquetopenia, alteración de la coagulación y

linfadenopatía), 1 persona afectada autoinmune (vasculitis cerebral, cutánea, glandular, renal y pulmonar), 1 persona afectada muscular (mialgia, artralgia, fatiga crónica y miopatía), 1 persona afectada cardiovascular (cambio en el ritmo cardíaco, hipotensión arterial), 1 persona afectada del aparato locomotor (osteítis, artralgia y fracturas múltiples), 1 persona afectada digestivamente (diarrea, vómitos e intolerancias), 1 persona afectada endocrina y metabólicamente (trastorno del metabolismo del calcio, afectación de la tiroides, de la paratiroides y del páncreas).

A lo largo de los 28 años (1987-Mayo 2015) de vacunaciones masivas e indiscriminadas aplicadas en España podemos contabilizar un número elevado de personas que han sufrido de lesiones postvacunales.

El 99% de las personas afectadas no han sido reconocidas y de manera continua la Administración rechaza la relación de la lesión tras la utilización de la vacuna de la difteria.

Si tenemos en cuenta que cada año desde 1987 se han repartido 2.000.000 de dosis de difteria en toda España, si aplicamos el cálculo de 1 persona afectada cada 2.200.000, el número de fallecimientos en España en estos 28 últimos años por la vacuna difteria es de 25 personas.

El número de afectados por la vacuna en España en estos últimos 28

años, si aplicamos el cálculo 1 persona cada 10.000 dosis, es de 5.600.

De entre las 5.600 personas afectadas por las vacunas la mayor frecuencia de lesión es la **encefalitis postvacunal** (50%), después las **reacciones alérgicas** (30%), el 20% restante repartido entre alteraciones **renal, sanguínea, cardiovascular, digestiva y endocrina.**

Conclusiones

- A la luz de los datos expuestos observamos que el descenso del 98% y del 97% respectivamente de la mortalidad y morbilidad por difteria entre 1901-1945 cursó sin intervención alguna de la vacuna de la difteria.
- Entre 1945-1964 el descenso continuó con una cobertura vacunal entre el 7,7 y el 50%, insuficiente para interferir en el descenso de la epidemia de difteria.
- Entre 1965 - 1984 el descenso continuado en mortalidad y morbilidad por difteria coincidió con una cobertura vacunal ascendente (50-80%).
- Entre 1987 y Mayo 2015 no hubo fallecimientos y prácticamente no se produjeron infecciones diftéricas. La cobertura vacunal continuó ascendiendo del 80% al 94% actual.
- Se comenzó en el 1945 con 1 dosis de difteria, en el 1964 con 2 dosis de DTP y en el 2015 con 9 dosis de difteria en forma combinada y conjugada.
- Las cantidades de Tiomersal y de sales de aluminio presentes en las vacunas de la difteria superan los niveles tolerables por el organismo.
- Las 25 personas fallecidas en el período 1987-2015 son superiores a las muertes producidas por la difteria natural durante dicho período.
- De la misma manera las 5.600 personas afectadas por la vacuna de la difteria superan a las 5 personas afectadas de difteria durante el período 1987-2015.

Recomendaciones sobre la vacuna difteria de la Liga para la Libertad de Vacunación

Según podemos ver en las conclusiones del informe la eficacia de la vacuna de la difteria no es una evidencia, sino que antes bien, es fuertemente discutible.

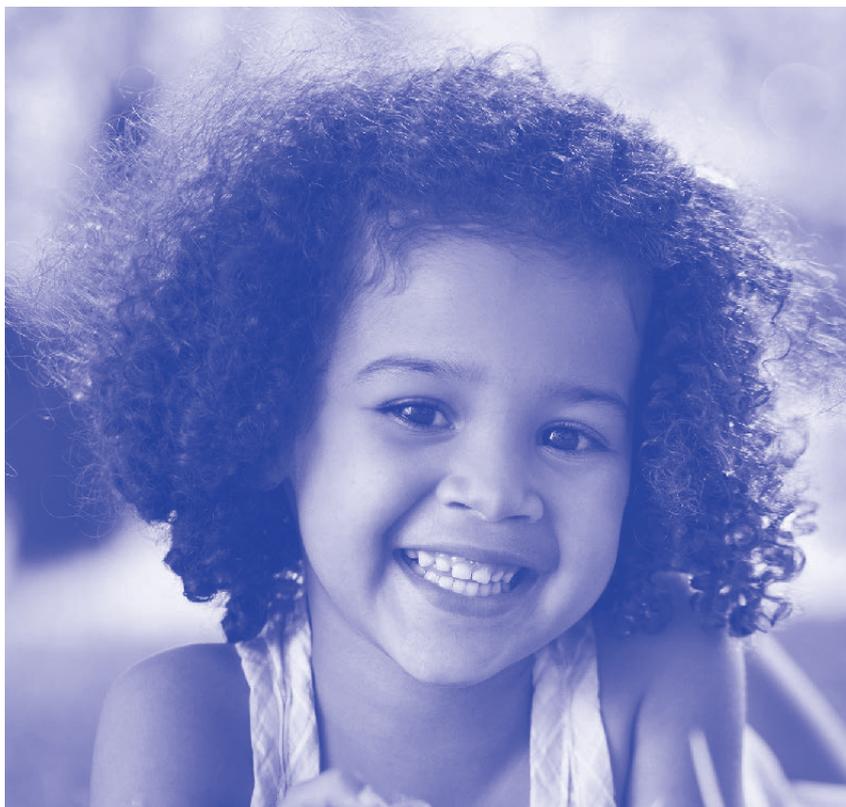
El paciente que vaya a ser vacunado o que quiera vacunarse de la difteria ha de estar bien informado sobre la epidemiología de la difteria, sobre la historia de la vacuna, sobre los componentes de la vacuna y sobre los efectos adversos de la vacuna de la difteria.

Vacunarse de la difteria es un **Acto Médico** que está supeditado al **Consentimiento Informado**.

La opción de no vacunarse de la difteria a la luz del conocimiento actual, si se toma con la información adecuada, evaluando riesgos y beneficios y en particular, la situación personal de cada individuo, es una decisión legalmente posible y médicamente aconsejable.

Referencias Bibliográficas

1. Navarro-Beltrán, E. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Editorial Salvat. 12ª Edición. 1985.
2. Santos LS. Diphtheria ontbuk in Maranhão, Brazil, microbiological, clinical and epidemiological aspects. *Epidemiol Infect* 2015 Mar;143(4):791-8.
3. Rusch, K. Terapia Microbiológica. Instituto de Ecomicrobiología Madrid. 2006.
4. D. Brock, Th. Microbiología. Prentice Hall Hispanoamericana SA. 6ª Edición. 1993.
5. Dubos, R. El Hombre en Adaptación. Fondo de Cultura Económica. Primera Edición. 1975.
6. Salleras, L. Vacunaciones Preventivas. Editorial Masson. 1998.
7. Campins, M. y Moraga, F. Vacunas 2000-2009. Ed. Wyeth (la editorial pertenece al laboratorio Pfizer). 2010.
8. Prospecto Información para el usuario. Infanrix Hexa. Laboratorio GlaxoSmithKline group of companies. 2012. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) <http://www.aemps.gob.es/>
9. Pilette, J. Constituants des Vaccins. Nouvelle édition du 7 octobre 2009. Liga para la Libertad de Vacunación (LLV): www.vacunacionlibre.org European Forum for Vaccine Vigilance (EFVV): www.efvv.eu
10. Segura, M. Evaluación de la seguridad de las vacunas por su contenido en Timerosal. *Pharm Care Esp*. 2000;2: 432-439.
11. Mark, R. Thimerosal in Childhood Vaccines, Neurodevelopment Disorders and Heart Disease in the United States. *Journal of American Physicians and Surgeons*, Vol. 8, Number 1. Spring 2003.
12. Belle, V. Quand l'aluminium nous empoisonne. Enquete sur un scandale sanitaire. p. 103. Ed. Max Milo, 2010.
13. Bishop NJ. et al. Aluminium Neurotoxicity in Preterm infants Receiving Intravenous- Feeding Solutions. *The New England Journal of Medecine*. 1997; 336 (22): 1557-61.
14. Aristegui, J. Vacunaciones en el niño. De la teoría a la práctica. Ed. Ciclo. 2004.
15. Batista-Duharte, A. Vacunas y Autoinmunidad una rara asociación bajo debate. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública*. 2012; 29(2):265-71.
16. Informe Confidencial Glaxo de la Vacuna Infanrix Hexa, diciembre 2012: <http://www.eldata.over-blog.com/3/27/09/71/2012-2013/confid.pdf> Vacunación y Mortalidad Infantil. 2011: <http://www.trinitytierra.com/2011/06/24/nuevo-estudio-encuentro-relación-directa-entre-vacunación-infantil-y-tasa-de-mortalidad-infantil>
17. Contraindicaciones y Posibles Efectos Adversos Vacuna Infanrix Hexa. Resolución de autorización de comercialización excepcional de medicamentos. Prospecto Información para el usuario. AEMPS. Ministerio de Sanidad. Noviembre 2013. ■



Episodio de difteria en los años 90 en los países de la ex Unión Soviética: Análisis de los estudios de la Organización Mundial de la Salud



Autoría: Ignasi Sivillà.
Contacto: nasi@cetim.cat
Elaboración: 27 de julio de 2015.

Prácticamente en todos los documentos oficiales de las autoridades sanitarias de los diferentes países y de las autoridades de la OMS se dicen mentiras muy gordas. Dicen mentiras sobre cosas que se pueden comprobar investigando un poco. Hace falta imaginar que con aquellos datos los cuales es casi imposible contrastar su veracidad, se inventan las cifras de acuerdo a lo que se quiera demostrar. Por tanto, cualquier dato que den estos personajes, que no se pueda verificar fácilmente, no sirve de nada.

La mayoría de estudios sobre la eficacia de las vacunas no sirven de nada. La mayoría de estudios sobre la inocuidad de las vacunas no sirven de nada.

En el presente estudio se demuestra de manera inapelable que la epidemia era normal. Se muestra que afecta a países cuya vacuna era suministrada por la Federación Rusa, y solamente a estos países. Se demuestra que la vacuna, es en realidad la causante de la epidemia. Lo descubrieron (y lo mantuvieron en secreto) en 1995, que es cuando paralizaron el suministro de la vacuna defectuosa.

¿Cómo tardaron tanto en darse cuenta? Probablemente por la entronización que se ha hecho de las vacunas, por lo que cualquier persona o entidad que ponga en tela de juicio algún dato de alguna vacuna, enseguida es catalogado de "anti-vacunas".

Sería necesario, en pro de esta y de todas las vacunas que sean útiles, hacer un trabajo de transparencia en el que participen especialistas en estadística y personal sanitario sin prejuicios, en el que no pueda participar ni directa ni indirectamente la industria farmacéutica, para poder evaluar de forma más real que hasta ahora, la efectividad real de cada vacuna y analizar, de entre todas, cuales serían prescindibles.

Se habrían de crear leyes que castigasen con dureza toda manipulación de estudios e investigaciones, hecha con mala fe, tanto a favor como en contra de cualquier vacuna. Especialmente si estos estudios pueden llegar a tener gran repercusión.

Es muy probable que dentro de un tiempo tenga pruebas más determinantes que no van a permitir que nadie se evada de su responsabilidad.

A) Mentiras y manipulaciones incuestionables

En general, por lo que he podido observar en documentos que estudian los efectos de las vacunas, hacen conexión de manera

directa (al menos con la difteria) al aumento de la vacunación con la bajada de la incidencia de casos dentro del mismo año. Si un año hay un aumento importante de la cobertura vacunal, aquel mismo año termina con una disminución importante de la in-

cidencia, y a la inversa.

Por tanto, aunque habría alguna cosa que decir al respecto, de momento partiremos de esta premisa.

Sobre aquel capítulo hay tres documentos de referencia, que están en forma de fichero pdf:

- **Rapport 1:** Successful Control of Epidemic Diphtheria in the States of the Former Union of Soviet Socialist Republics: Lessons Learned: http://jid.oxfordjournals.org/content/181/Supplement_1/S10.full.pdf+html
- **Rapport 2:** Diphtheria in the Former Soviet Union: Reemergence of a Pandemic Disease: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640235/pdf/9866730.pdf>
- **Rapport 3:** Implications of the Diphtheria Epidemic in the Former Soviet Union for Immunization Programs http://jid.oxfordjournals.org/content/181/Supplement_1/S244.full.pdf+html

Teniendo en cuenta que lo que voy a decir en este documento es muy importante, es imprescindible que a medida que haga referencia a estos documentos, el lector compruebe lo que explico. El lector no se habría de creer lo que yo explico ni tampoco lo que explica la Organización Mundial de la Salud ni tampoco cualquier otro si no lo puede comprobar todo por sí mismo. Ahora con Internet no es difícil.

En este caso, yo facilito al máximo indicando los enlaces para que se pueda comprobar sólo con un clic. Háganlo, por favor. Esta es la forma para que sean ustedes mismos quienes descubran la verdad. Para que no tengan que hacer acto de fe frente a las explicaciones de cualquiera que sea.

Para facilitarles el trabajo, pueden imprimir los rapports y leer este documento desde el ordenador clicando en los enlaces.

Análisis de falsedad del rapport 1

En todos estos documentos hay mucha letra y poca gráfica. La gráfica muestra de una forma más fácil la realidad y es más fácilmente comprobable. Si te presentan una gráfica falsa es más fácil y evidente descubrirlo. Bien, según como lo hagan se puede falsificar con mucho ingenio.

Este primer documento que analizamos, está redactado por muchas personalidades de alto nivel de la Organización Mundial de la Salud. Vds. pueden comprobarlo mirando al inicio del documento. En este caso, empezamos por la gráfica que hay en la página 4 del documento en pdf.

La primera manipulación reside en que de los catorce estados analizados, aparte de Rusia, consideran los dos que tenían más baja cobertura vacunal, ignorando que casi todos los demás tenían una cobertura muy alta (gráfica 1).

La segunda manipulación o dicho directamente, mentira, reside en que el índice de cobertura vacunal no coincide con lo que ellos dibujan para Rusia.

He dibujado en rojo los datos de cobertura según la propia OMS. Adjunto los archivos Excel dónde hay los datos de cobertura e incidencia de ésta y otras enfermedades en todo el mundo. El archivo se bajó en el año 2003. Aproximadamente en las mismas fechas que se elaboró este estudio. Actualmente se puede encontrar con datos más actualizados en:

http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/ (en Excel, al punto 3.1 i 4.1)(gráfica 2).

Por no sé qué razones algunos datos de aquella época están ligeramente variados pero no sustancialmente.

Como se puede comprobar, del 1991 al 1994 han reflejado una cobertura mucho más baja que la de sus propios datos. No podían justificar un aumento de la enfermedad si al mismo tiempo había una vacunación del 83-90%.

Es, o sería, una falta gravísima que estos altos cargos de la OMS manipulen los datos para conseguir explicar aquello que quieren explicar o hacer creer.

En las estadísticas de porcentajes de cobertura vacunal, normalmente hay un zigzag año por año. Estos da-

tos en los que se ve un redondeo desde el 1990 al 1997 hacen sospechar que es una curva “hecha a mano”.

También he dibujado el número de casos, en verde, para situarlo mejor.

Tercera manipulación e invención de datos: En este caso, en Georgia, en los años 1992, 1993, 1994 y 1995 coincidían exactamente los datos que nos presentan, con las cifras oficiales. De hecho, como que los niveles de vacunación son bajos, ya se puede justificar el aumento de la incidencia de la enfermedad. Pero

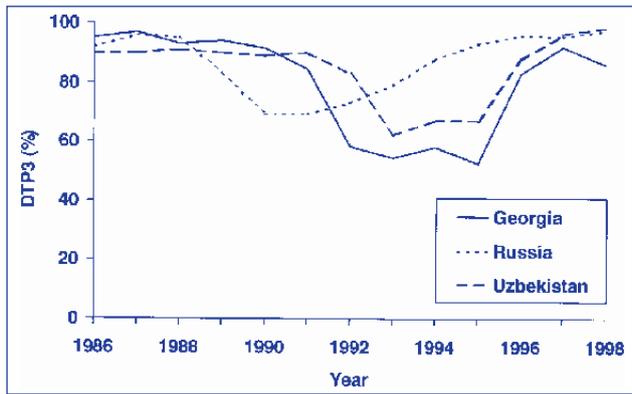
Las máximas autoridades mundiales en materia de salud manipulando cifras en un estudio para hacer ver aquello que les interesa.

en el 1996 y 1997 también se inventaron datos. Pusieron valores más bajos que las cifras oficiales de la OMS. Probablemente para justificar que la incidencia de la enfermedad bajaba lentamente. Sin embargo, en este caso podríamos concederles el beneficio de la duda y suponer que se habían equivocado al dar los datos (gráfica 3).

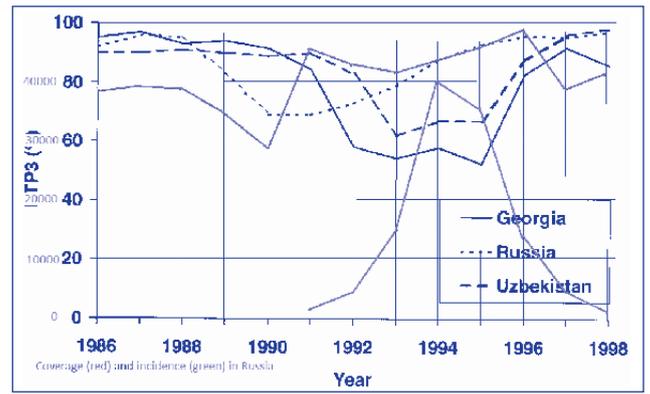
Cuarto fraude: Aquí no hay lugar a dudas. Las cifras de cobertura coinciden hasta 1994, pero a partir de entonces toman caminos diferentes. Si ponemos las cifras oficiales en rojo, sería difícil justificar un fuerte aumento de la incidencia en 1995 acompañado de un fuerte aumento de la vacunación. Por lo tanto, desplazaron la curva un año hacia la derecha.

Realmente todo esto es de una gravedad extrema. Las máximas autoridades mundiales en materia de salud manipulando cifras en un estudio para hacer ver aquello que les interesa.

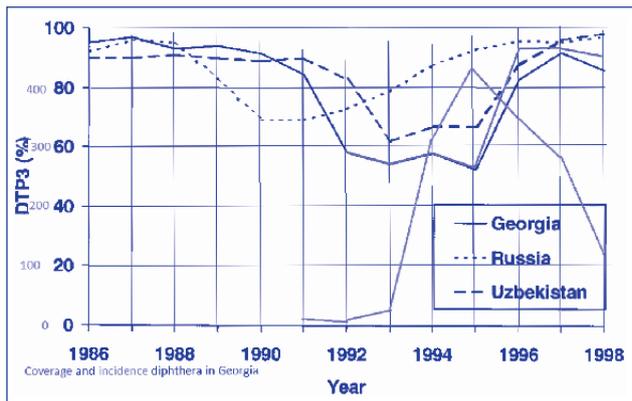
Cuando se elabora un estudio con un hecho en el que ha habido 157.000 afectados y 5.000 muertos, es para saber la verdad con la máxima fiabilidad posible porque esto aportará conocimiento para no repetir el fallo. Si se tiene predestinado el resultado del estudio, se están burlando de los



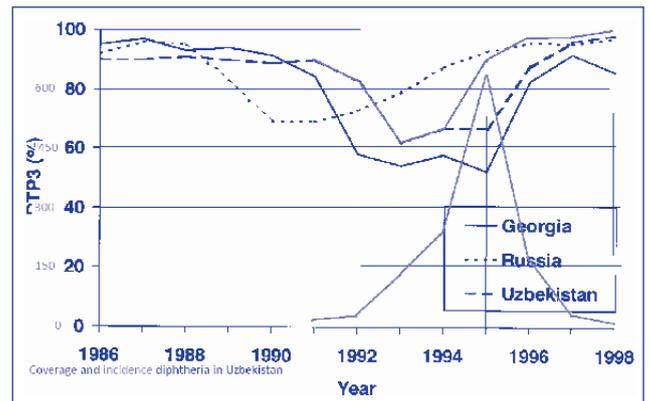
Gráfica 1



Gráfica 2



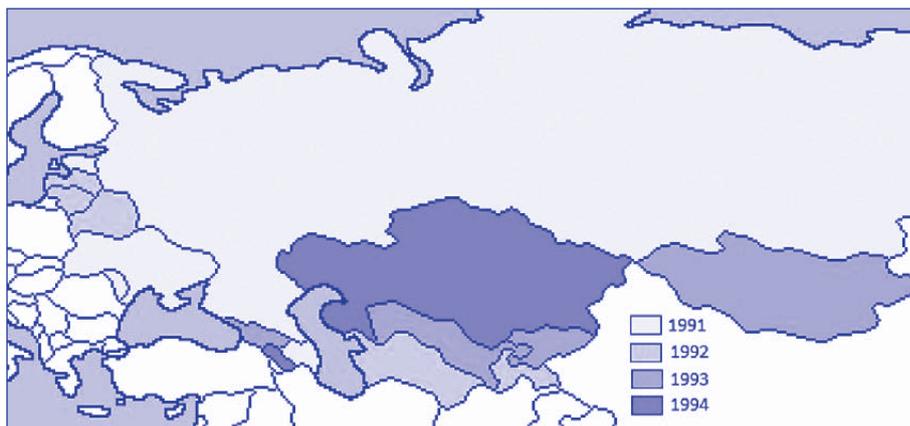
Gráfica 3



Gráfica 4



Mapa 1



Mapa 2

muestrados que ha habido y de los que pueda haber en un futuro al no haberlo hecho correctamente. Es extremadamente importante porque esta gente son los que hacen de avaladores de la eficacia vacunal. A esta gente se la creen en todas partes sólo por el hecho de que son dirigentes de esta organización mundial (gráfica 4).

Esta gente es aquella que dice que las vacunas son inocuas y los gobiernos de todo el mundo se lo creen, aunque haya muchísimos estudios que dicen lo contrario.

Es necesario retenerlo bien. Pero no se ha acabado aún...

Quinta manipulación: Primero unas breves explicaciones nos permitirán ponernos en el contexto.

Lo que intenta el documento es defender que todo este capítulo de difteria en todos los países de la ex Unión Soviética es una epidemia "normal" como otra epidemia cualquiera que transmitida de persona a persona se extiende entre la población.

Pero para defender esta posición tienen muchos problemas de coherencia. Tal vez no le dan importancia porque saben que a ellos se los creará todo el mundo (o casi todo) (mapa 1).

La supuesta epidemia empezó en Rusia y Ucrania a mediados de 1991. Si examinan el mapa verán las cuatro repúblicas Uzbekistán, Kirgizistán, Turkmenistán y Tajikistán, que están separadas de Rusia por Kazakhstán. Por lo tanto, para que la epidemia llegase desde Rusia a las cuatro repúblicas mencionadas, primero habría de llegar a Kazakhstán. Pero resulta que a esta extensa república los enfermos no empezaron a aumentar hasta finales de 1993 y en cambio un año antes Tajikistán seguido de las otras tres repúblicas ya sufrían la epidemia.

Por debajo hay China, Afganistán e Irán.

Para poder justificar su hipótesis (página S15, columna de la derecha, hacía el centro), dicen que la epidemia fue introducida por unos refugiados afganos. A continuación dicen que entre 1980 y 1989 hubo 13.628 ca-

Año	Casos
1980	1939
1981	1464
1982	1563
1983	1940
1984	555
1985	3179
1986	1053
1987	1272
1988	661
1989	286
1990	368
1991	21

Tabla 1

sos de difteria en Afganistán, para demostrar la intensidad de la epidemia.

Pero pueden ustedes mismos comprobar las cifras de incidencia en Afganistan. Se las adjunto en la Tabla 1:

La suma entre 1980 y 1989 dan este valor, pero lo que importa es saber el número de casos en 1991 y 1992 y observamos que en el 91 sólo había contabilizados 21 casos en todo Afganistán.

No tiene el más mínimo sentido nombrar las cifras entre 1980 y 1989, pero saben que esto interesa a pesar de que dan una imagen completamente falsa de la realidad. Sólo con esto ya quedarían suficientemente retratados.

En este caso sólo hay una conclusión posible: ellos saben que su versión es totalmente inverosímil, casi imposible, pero la han de hacer creer al público. Otro caso gravísimo.

Sexta manipulación: En este caso es una hipótesis muy factible y que afectaría a todos los datos de la OMS. O sea, que la propia OMS escondería cifras oficiales para poder dar credibilidad a la hipótesis anterior.

En todos los países que ha habido este pico de casos de difteria comenzó en 1992-1993 y terminó en 1997-1998.

En el caso de Afganistán aunque en el Excel de la OMS de cifras de todo el mundo dan las cifras desde 1975. Las de 1992, 1993, 1994, 1995, 1996 y 1997 no constan. Lo dejan en blanco. De esta forma nadie sabe que

afectación había. Tampoco nadie sabe si hubo una epidemia como en los países de la ex URSS.

De todas formas hay un detalle que delata que no hubo esta epidemia. En todos los países que la sufrieron hubo una gran campaña de vacunación en 1995. Si observamos la cobertura vacunal de Afganistán, vemos que es muy baja y no tuvo lugar campaña especial alguna en 1995.

Con estas seis manipulaciones en sólo este documento lo dejamos. Más adelante podremos comprobar que la cosa fue más allá. Que la mentira y manipulación es una constante en todo el documento por el hecho de querer hacer creer una cosa diferente de lo que en realidad es.

En los rapports 2 y 3 también hay un montón de falsedades, manipulaciones y mentiras, pero no hace falta extenderse.

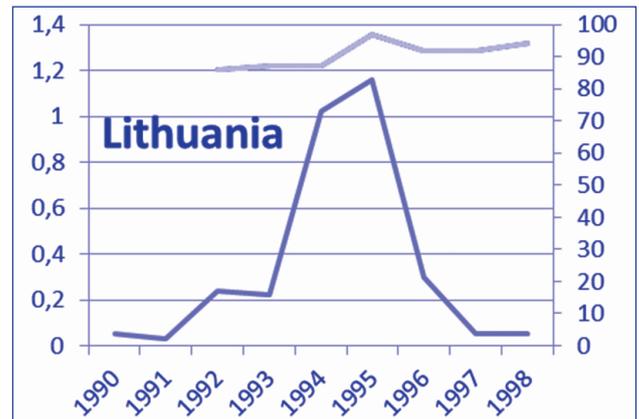
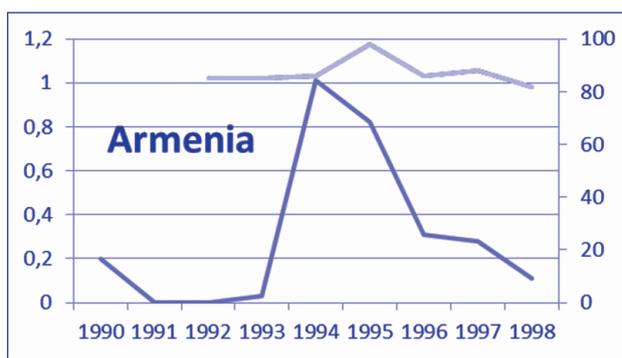
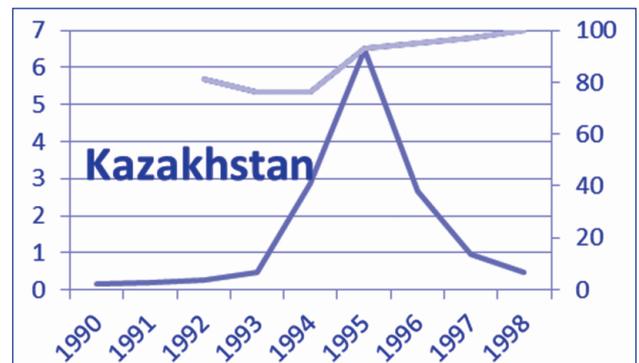
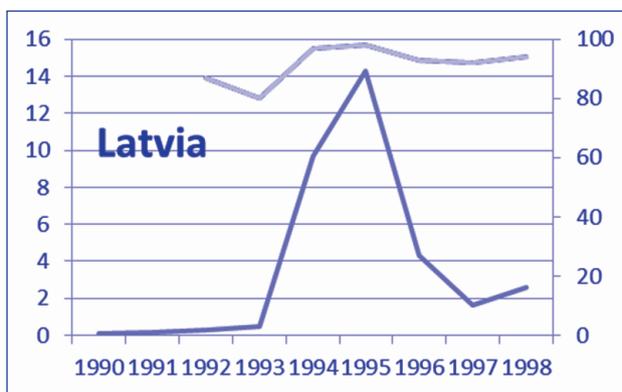
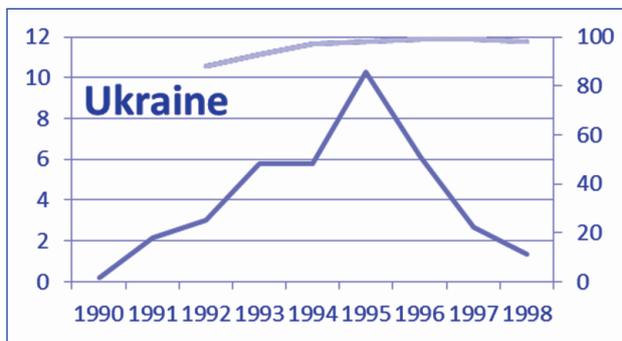
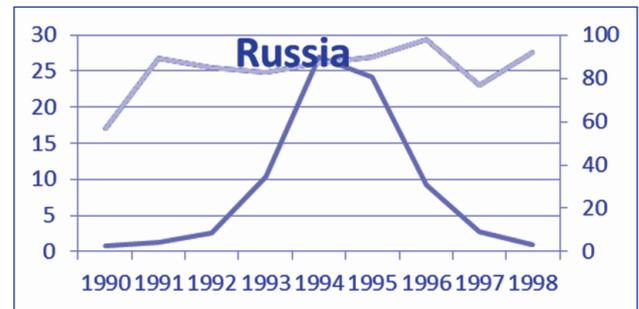
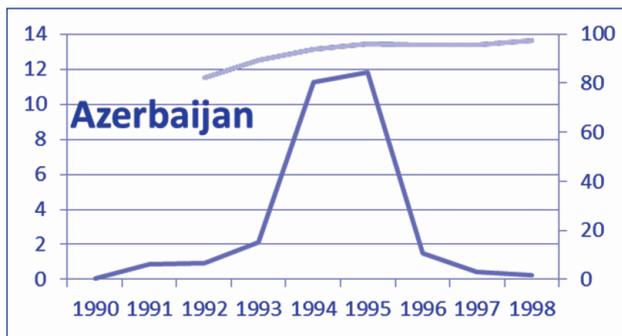
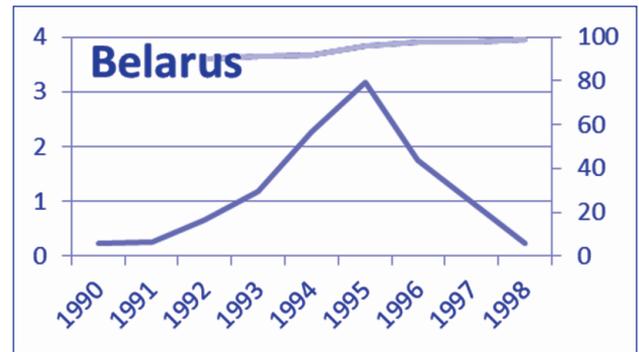
B) ¿Una epidemia típica?

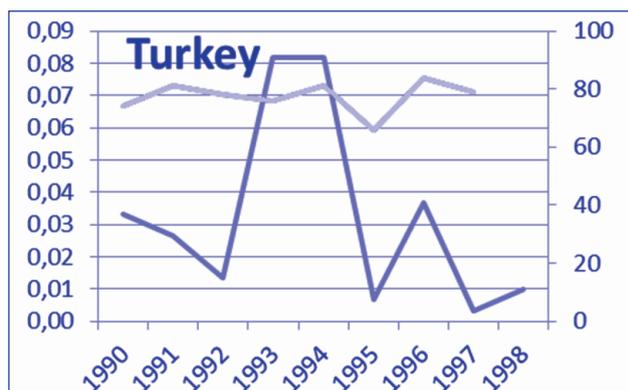
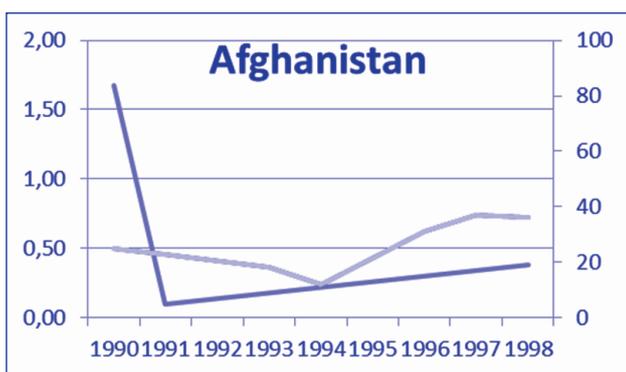
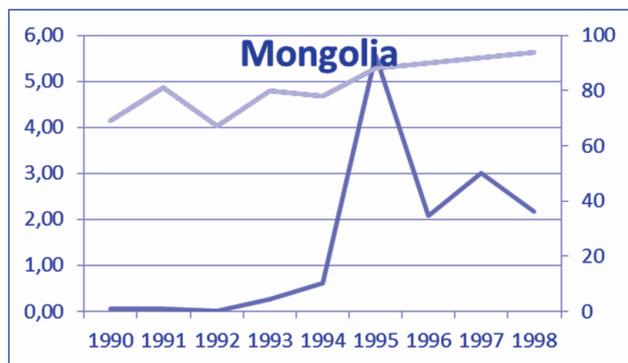
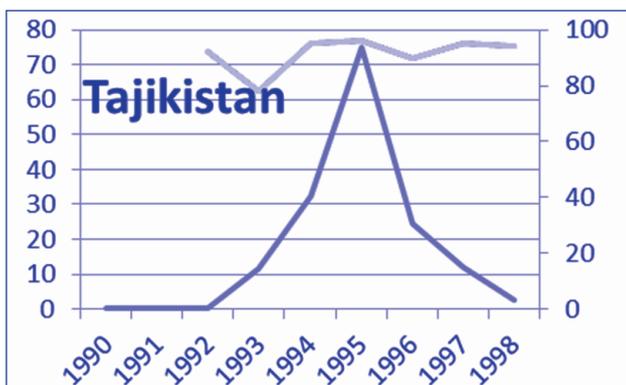
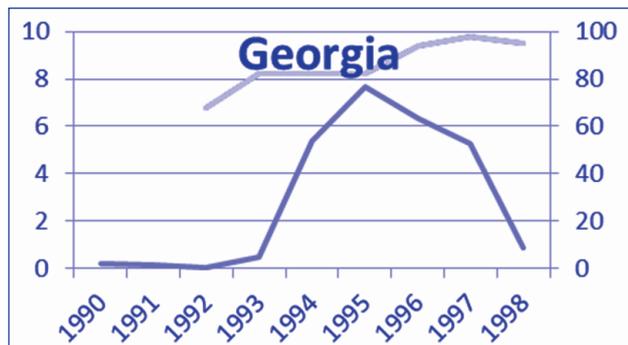
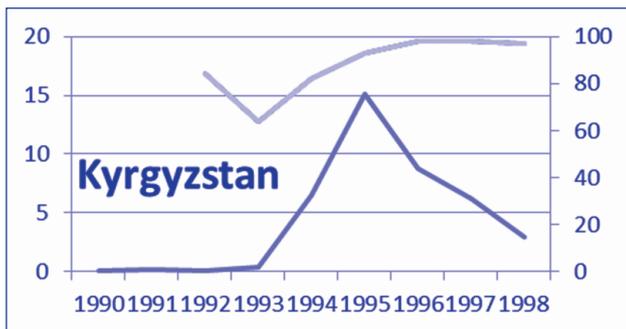
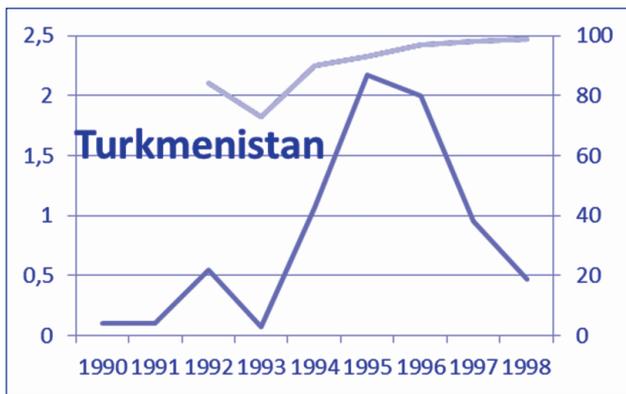
Analicemos si pudo ser alguna epidemia, por dónde empezó, porqué...

A partir de los datos de los archivos Excel o de la tabla mostrada en el Rapport 1, podremos deducir para cada país, el aumento de casos de infectados de difteria. Así que tendremos:

País	Año de inicio
Azerbaijan	1991
Estonia	1991
Moldavia	1991
Rusia	1991
Ucrania	1991
Bielorrusia/Belarus	1992
Letonia/Latvia	1992
Lituania	1992
Tajikistan	1992
Turkmenistan	1992
Georgia	1993
Kyrgyzstan	1993
Mongolia	1993
Uzbekistan	1993
Armenia	1994
Kazakhstan	1994

Tabla 2





Ver en el mapa 2 la situación en el año de inicio.

Para tener una visión de la incidencia (línea oscura) y la cobertura (línea más clara) de vacunación en cada país, utilizando las cifras de la OMS que ya hemos mencionado, in-

cluiremos las 16 gráficas (ver página anterior y esta).

En todas estas gráficas podemos ver que los niveles de vacunación en los años que la epidemia estaba en crecimiento, era también muy alto, del orden del 80%. Valor que la OMS

siempre ha considerado como bueno. Es muy difícil de creer que esta epidemia haya sido por causa de una baja vacunación.

Veamos ahora las gráficas de Afganistán y Turquía, países vecinos que están en contacto con los países afecta-

dos pero que no tuvieron la epidemia.

En el caso de Afganistán, del 1992 al 1997 no hay cifras de incidencia y se ha unido a una recta.

En Afganistán vemos que el nivel de vacunación es muy bajo, del orden del 20% y vemos con mucha probabilidad que la epidemia no les afectó.

Turquía tiene la vacunación más baja de casi todos los países afectados y los casos que tiene en 1994 y 1995 son muy pocos para poderse equiparar con los países que han sufrido la epidemia. Probablemente se trata de gente que viajaba desde los países afectados.

Si partimos de la teoría de una epidemia como tantas otras, es un misterio muy grande observar cómo ha afectado sólo a países de la ex URSS y Mongolia y, en cambio, no ha afectado a muchos otros países en contacto con estos, con niveles económicos mucho peores y niveles de vacunación más bajos.

Epidemia. Formas de expandirse

La epidemia de Ébola, que ha habido en África desde Diciembre de 2013, nos puede ayudar a comprender como se puede extender una epidemia. El Ébola es más contagioso que la difteria, por lo que sería previsible que se extendiera más rápidamente.

Se conoce un primer caso. Un niño de dos años, en un pueblo de Guinea. Contagia a su madre, hermana y abuela. Al cabo de un tiempo mucha gente del pueblo está enfermo de Ébola. Se extiende a otros pueblos y atraviesa la frontera con Sierra Leona y posteriormente la de Liberia, en marzo de 2014.

El contagio llega a otros países, los cuales se pueden aislar rápidamente provocando un número de casos moderado.

En Junio 2015, un año y medio después del primer caso, tenemos que el número de casos es:

- Sierra Leona: 13.119 (252 casos por 100.000 habitantes)

- Liberia: 10.666 (248 casos por 100.000 habitantes)
- Guinea: 3729 (32 casos por 100.000 habitantes)
- R. D. del Congo: 66 (0,1 casos por 100.000 habitantes)
- Nigeria: 20 (0,01 casos por 100.000 habitantes)
- Mali: 8 (0,05 casos por 100.000 habitantes)
- Otros países con menos casos.

Como se puede comprobar hay mucha diferencia en el número de casos según el país y según se haya podido controlar el aislamiento.

La dirección que va teniendo la epidemia se va conociendo claramente.

Cuando hay un nuevo caso lejos del foco inicial, también se conoce el punto de origen y se va siguiendo su trayectoria.

En cambio, en el caso que estamos estudiando, el de los países de la ex URSS y Mongolia, la cosa parece ser absolutamente diferente. No hay un núcleo inicial. No hay núcleos secundarios. Se extiende por todo el territorio más o menos por igual. El incremento de casos en Rusia, por ejemplo, se da paralelamente en Moscú y en la costa del océano Pacífico, literalmente en la otra parte del globo.

Pero lo que es más inaudito es el caso de las cuatro repúblicas que están situadas al sur de Kazajistán. En Tajikistán empezó poco después de Rusia. Pero para que la epidemia llegase desde Rusia hubiese tenido que atravesar previamente Kazajistán, pero en este extenso país no empezó a detectarse la epidemia hasta dos años más tarde.

La distancia de Tajikistán al punto más próximo de Rusia es de unos 2.400 km y a unas 30 horas de viaje en vehículo y atravesando tres fronteras.

De hecho es una cosa casi imposible. El intento de hacer creer que la epidemia llegó desde otro país que no tuvo la epidemia es poco menos que ridículo.

Una cosa que llama mucho la atención y que resulta imposible de cuadrar de forma lógica es que la epi-

demia haya saltado caprichosamente estos países pero al final haya afectado a todos los países de la ex URSS. A todos sin excepción. Tengan un alto nivel de vacunación o no lo tengan (mapa 3).

Y, exceptuando Mongolia, no ha afectado a ningún otro país, tengan o no un elevado índice de vacunación.

Los pocos casos que tuvieron países como Finlandia, Polonia o Turquía, puede ser debido a ciudadanos de estos países que viajaron a países afectados, pero no por ello provocaron epidemia.

¿Por qué sólo ha afectado a determinados países? ¿Un virus selectivo? Evidentemente no.

El factor económico

Entre las razones que se pueden dar para justificar la epidemia en los países de la ex URSS es la de la grave situación económica y social que estaban sufriendo. Es un factor que es mejor analizar ya que en ello podría haber algo cierto.

Afortunadamente es una cosa que se puede cuantificar. Hay datos económicos de todos los países afectados durante aquellos años. Lo encontrarán, por ejemplo, en esta web:

<http://www.gapminder.org/data/>

Lituania	1,16	59,09
Estonia	1,23	77,10
Turkmenistan	2,17	54,60
Uzbekistan	2,86	73,01
Bielorrusia	3,10	65,26
Mongolia	5,57	82,87
Kazakhstan	6,49	63,47
Georgia	7,69	28,66
Moldavia	9,46	40,32
Ucrania	10,26	48,35
Azerbaijan	11,80	39,00
Letonia	14,30	61,16
Kyrgyzstan	15,10	48,82
Armenia	27,00	58,08
Rusia	27,00	62,18
Tajikistan	75,10	34,91

Tabla 4. Cifra máxima de casos por 100.000 y renta per cápita en 1995 en proporción de 100 en 1990

En la tabla 3 (pág. 20) tenemos en la parte izquierda, el crecimiento del PIB per cápita (si es negativo, decrecimiento) de los diferentes países. En la parte derecha se ve, en base 100 para el año 1990, la renta per cápita que tendrían en los diferentes años, hasta el 1995. En algunos se ve un bajón brutal.

Se ha de decir que en economía no todo es tan sencillo. La renta per cápita se acostumbra a medir con base al dólar. En estos países la moneda bajó mucho de valor respecto al dólar, pero no siempre se quiere decir que hubiesen bajado tanto respecto al poder adquisitivo interior.

Ver gráfica 5 elaborada a partir de la tabla 4.

A la izquierda de la gráfica, en el eje Y, hay el porcentaje de la renta per cápita que tenían en 1995 respecto al 1990. En el eje X hay el número máximo de casos por 100.000 personas (algunos países llegaron a este máximo en 1995 y otros en 1994). La línea negra es la recta de regresión: La línea de tendencia. Se ve una línea descendente, o sea, la tendencia es que cuanto más ha bajado la renta per cápita más casos de difteria ha habido.

No obstante, como se puede ver en la recta de regresión, si vamos hacia atrás hasta el punto de 0 casos, llegaremos al eje Y, muy lejos de 100, lo que nos indica que todo y parecer que cuanto más mal está la economía más casos habría de haber, según la tendencia, se puede tener muy mal la economía (valor 60 en 1995 respecto a 100 en 1990) teniendo 0 casos de difteria.

Ver gráfica 6; como la gráfica 5 pero con la suma de todos los casos 91-95.

Podemos ver que haciéndolo de esta forma, el resultado no varía mucho.

Por lo tanto, aunque la crisis pueda justificar una cierta vulnerabilidad respecto a la enfermedad, ni de lejos explica porque esta epidemia sólo ha afectado a estos países.

País totalmente afectado- país sin afectar

Una forma de ver claro los límites es ver el nivel de afectación máximo entre el 1993 y 1995 de todos los países fronterizos a los países afectados. Si fuera una epidemia normal se supone que también podrían estar afectados los países vecinos en más o menos gravedad.

En la gráfica 7 puede observarse, la afectación máxima entre 1993 y 1995 de los cinco países menos afectados de la ex URSS y todos los demás países con frontera a estos estados.

En la gráfica 7 se puede comprobar que hay un salto muy grande entre los países de la ex URSS y todos los demás países fronterizos. Alguna cosa habría de provocar que los países de la ex URSS tuviesen la enfermedad y los demás no.

Alguien podría decir que no llegó a los países vecinos porque hubo una gran prevención en forma de vacunación a niños y adultos, pero si observamos los datos de Excel sobre la cobertura de todos estos países, verán que no hay ninguna variación significativa entre 1990 y 1996.

Un dato que puede ser muy importante es ver la afectación en casos por 100.000 habitantes en 1995 en función del porcentaje de vacunación.

Para hacerlo lo máximo de fiable calcularemos el porcentaje medio de vacunación en los tres años anteriores al 1995.

En la tabla 4 puede verse el porcentaje medio de vacunación en los años 1992, 1993 y 1994 y casos por 100.000 habitantes en el 1995.

Y en la gráfica 8, los casos en 1995 en función del porcentaje de vacunación 1992-1994.

En la gráfica de arriba podemos ver, en el eje Y, el porcentaje de vacunación infantil y en el eje X el número de casos por 100.000 habitantes en 1995.

A través de la línea de regresión, en color negro, podemos ver que hay una ligera tendencia de a más vacunación más afectación.

Este resultado es extraordinariamente importante, porque por una parte desdice todo lo que nos han dicho y por otra parte da argumentos para una hipótesis de la cual hablaremos más adelante.

Desde la OMS nos han dado información de muchos datos pero no nos han mostrado gráficas tan claras como ésta.

Por favor, no creáis lo que os digo. Comprueben todos los datos que utilizo para confeccionar esta gráfica y observen si la gráfica está bien hecha. Si hace falta usen Excel para hacerla ustedes mismos. Es importantísimo que todo el mundo vea con sus propios ojos que no hay trampa. Que es rigurosamente así.

La inmunización masiva

Por último, vemos que la epidemia comenzó entre el 91 y el 94 según el país y región, pero en toda su extensión descendió bruscamente en 1995.

Que la mentira y manipulación es una constante en todo el documento por el hecho de querer hacer creer una cosa diferente de lo que en realidad es.

La OMS lo justifica por la vacunación masiva a adultos, pero en Rusia ya había empezado en 1993 y en otros puntos no empezó hasta 1995 y en cambio es en 1995 cuando empezó la regresión de la epidemia. Pero una imagen es mejor que mil palabras para darse cuenta de la gran mentira. En el documento elaborado por las autoridades sanitarias de Moldavia se muestra la gráfica 9. Lo pueden encontrar en este enlace:

http://jid.oxfordjournals.org/content/181/Supplement_1/S47.full



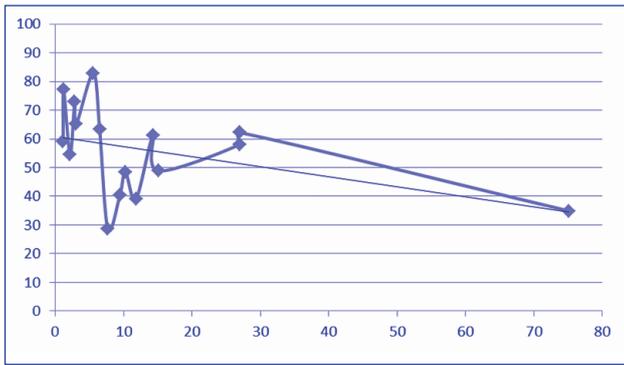
Mapa 3

GDP per capita growth %	1991	1992	1993	1994	1995	1990	1991	1992	1993	1994	1995
	Armenia	-10,88	-40,75	-6,65	7,96	9,13	100,00	89,12	52,80	49,29	53,21
Azerbaijan	-2,23	-23,76	-24,26	-20,78	-12,81	100,00	97,77	74,54	56,45	44,72	39,00
Belarus	-1,25	-9,79	-7,81	-11,60	-10,11	100,00	98,75	89,08	82,12	72,60	65,26
Estonia	-7,54	-19,72	-3,28	0,48	6,87	100,00	92,46	74,23	71,80	72,14	77,10
Georgia	-21,65	-45,33	-29,84	-9,49	5,37	100,00	78,35	42,84	30,05	27,20	28,66
Kazakhstan	-11,55	-5,23	-8,60	-11,32	-6,58	100,00	88,45	83,82	76,61	67,94	63,47
Kyrgyzstan	-9,35	-14,88	-15,48	-20,06	-6,36	100,00	90,65	77,17	65,22	52,14	48,82
Latvia	-12,18	-31,18	-3,09	3,91	0,48	100,00	87,82	60,44	58,57	60,86	61,16
Lithuania	-5,84	-21,17	-15,83	-9,14	4,09	100,00	94,16	74,23	62,48	56,77	59,09
Moldova	-16,23	-29,16	-1,09	-30,69	-0,89	100,00	83,77	59,35	58,70	40,68	40,32
Mongolia	-10,08	-10,28	-3,99	1,37	5,56	100,00	89,92	80,67	77,45	78,51	82,87
Russia	-5,26	-14,57	-8,56	-12,46	-4,02	100,00	94,74	80,94	74,01	64,78	62,18
Tajikistan	-9,08	-30,29	-17,73	-22,46	-13,67	100,00	90,92	63,38	52,14	40,43	34,91
Turkmenistan	-7,34	-7,97	-12,48	-19,39	-9,25	100,00	92,66	85,27	74,63	60,16	54,60
Ukraine	-8,60	-9,96	-14,27	-22,55	-11,50	100,00	91,40	82,30	70,55	54,64	48,35
Uzbekistan	-2,59	-13,26	-4,50	-7,04	-2,67	100,00	97,41	84,49	80,70	75,01	73,01

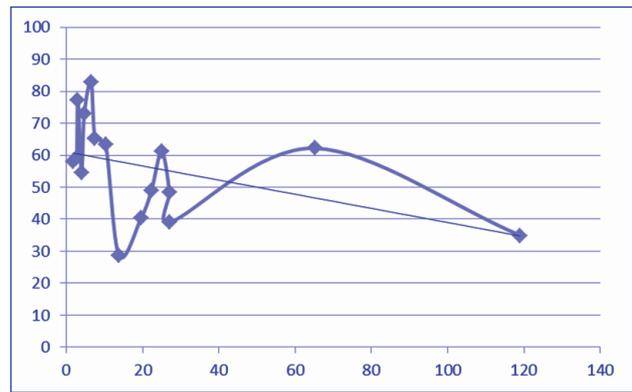
Tabla 3. GDP: porcentaje crecimiento per cápita

Países	1992	1993	1994	Media	Casos
Lituania	86	87	87	87	1,16
Estonia	84	86	87	86	1,23
Turkmenistan	84	73	90	82	2,17
Uzbekistan	83	62	67	71	2,86
Bielorrusia	90	91	92	91	3,10
Mongolia	67	80	78	75	5,57
Kazakhstan	81	76	76	78	6,49
Georgia	68	82	82	77	7,69
Ucrania	88	93	97	93	10,26
Azerbaijan	82	90	94	89	11,80
Letonia	87	80	89	85	14,30
Kyrgyzstan	84	64	82	77	15,10
Armenia	85	85	86	85	27,00
Rusia	72	79	88	80	27,00
Tajikistan	92	78	95	88	75,10

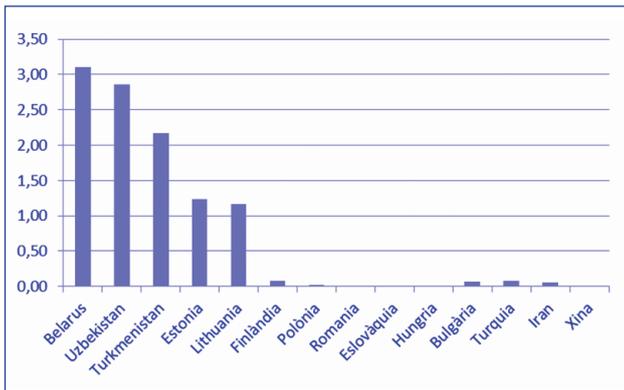
Tabla 4. Porcentaje medio de vacunación en los años 1992, 1993 y 1994 y casos por 100.000 habitantes en el 1995



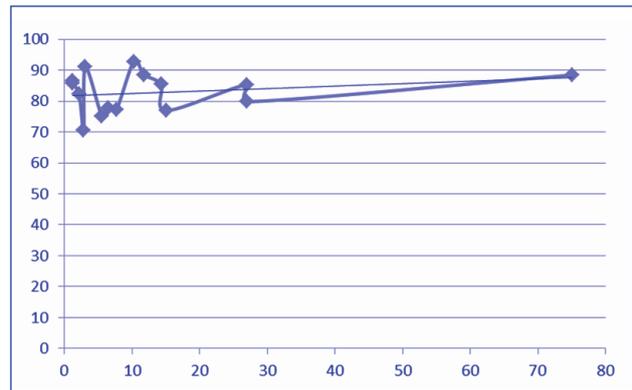
Gráfica 5



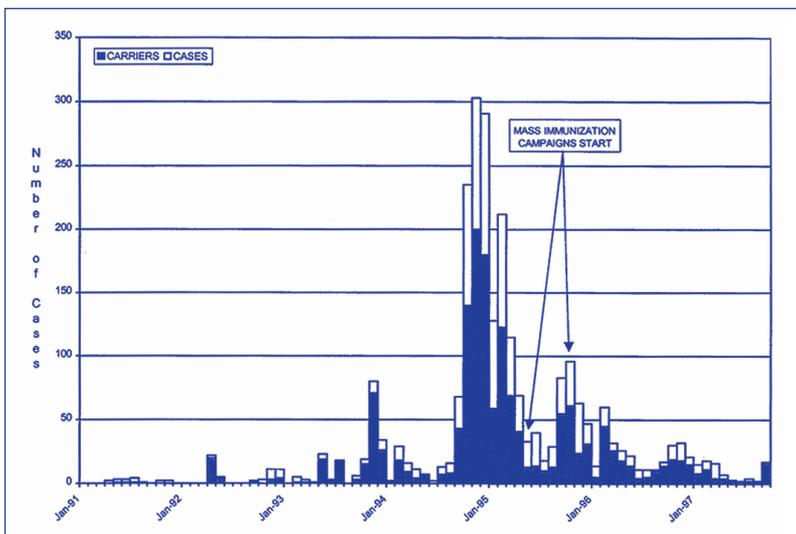
Gráfica 6



Gráfica 7. Afectación máxima entre 1993 y 1995 de los cinco países menos afectados de la ex URSS y todos los demás países con frontera a estos estados



Gráfica 8



Gráfica 9

C) La única hipótesis plausible

La epidemia saltó caprichosamente de país en país, saltando por encima de países que había de por medio. Los primeros países tuvieron la epidemia a finales de 1991 y los últimos a principios de 1994. Un período de 2,5 años entre los primeros y los últimos.

Afectó a todos, completamente a todos los países de la ex URSS, y también a Mongolia. No afectó a ningún país cercano o vecino.

Desde el inicio de 1994 hasta el final de 1996 es cuando la epidemia presenta más casos. A pesar de todo, no se transmite a ningún otro país. A ningún otro, en absoluto.

Llama enormemente la atención. En poco tiempo la epidemia llegó a todos los países de la ex URSS y Mongolia, pero no sigue su progreso más allá durante los años que duró.

Se puede ver que en 1995, como en todos los otros países empieza a bajar, pero gracias a que está detallado mes por mes, se puede comprobar que la vacunación masiva empieza después

del gran bajón de la incidencia de difteria, o sea: No fue la vacunación masiva la responsable del final de la epidemia.

Edad en años	Nº de casos	Incidencias por 100.000	Nº de muertes	Tasa de mortalidad	Porcentaje de casos severos
0 – 3	575	9,9	47	8,2	22,2
4 – 6	1009	15,3	33	3,3	12,3
7 – 10	1484	15,7	18	1,2	6,2
11 – 14	1063	12,4	7	0,7	6,0
15 – 17	997	18,2	2	0,2	3,4
18 – 19	466	9,3	4	0,9	5,9
20 – 29	1754	8,6	9	0,5	3,9
30 – 39	2625	10,2	47	1,8	12,9
40 - 49	2684	16,7	213	7,9	22,0
50 - 59	926	2,8	46	5,0	13,1
+ de 60	323		21	6,5	
Desconocido	1323*		23	-	
Total	15229	10,3	470	3,1	11,4

Tabla 5. Casos por edad en Rusia en 1993

*sobre 1323 casos de edad desconocida, 372 eran niños de menos de 14 años y 951 adultos.

El índice de probabilidades de que esto fuese fruto de la casualidad es ínfimo. Hubo de haber algún factor que hizo que los únicos afectados fueran habitantes de estos dos territorios.

¿Qué factor determinante habría para que estos países se viesan afectados y otros de al lado no? En el documento rapport 1, página S16, columna de la derecha, se nos da la respuesta: Las vacunas de todos los países de la ex URSS estaban fabricadas en el mismo lugar, en la Federación Rusa.

No mencionan concretamente a Mongolia, pero al ser un país con mucha dependencia comercial de Rusia, es muy probable que también fuese cliente de Rusia para las vacunas.

Por alguna razón, la vacuna provocó la enfermedad, de forma directa o indirecta. Naturalmente sólo habría provocado un caso cada muchos miles de vacunas, sino lo habrían detectado en seguida. Los afectados no serían sólo los que recibieron la vacuna sino también la gente que tenía más contacto con estas personas vacunadas.

Esta hipótesis cuadraría muy bien con la realidad.

A partir del análisis de datos, es más factible que la vacuna que pudiera haber provocado esta epidemia fuese la Td, que se usa de refuerzo en adultos y en niños a partir de los cinco años.

En el rapport 3, página 1, inicio de la columna de la derecha, se dice que se observa un máximo de incidencia

en niños de 5 a 10 años y en adultos de 30 a 49 años.

Según leemos en diferentes puntos de los tres documentos, antes del 1994-1995, se vacunaba muy poco a los adultos. Por tanto la vacuna de refuerzo o recordatorio, la Td, se administraba principalmente a niños de 6 a 10 años tal como se observa en el calendario de vacunaciones, rapport 1, página S13, tabla 2.

Esto probaría que los principales afectados serían los de la franja de edad de 5 a 10 años.

No obstante, estos niños también contagian la enfermedad a otros niños y adultos. ¿A quién principalmente? Pues a niños de su edad y a sus padres. ¿Qué franjas de edad pueden tener los padres de estos niños de 5 a 10 años? Pues las franjas de 30 a 49 años.

Esto también cuadraría totalmente con el hecho de que son los más afectados.

Son muchas cosas, una detrás de otra, que apuntan a esta hipótesis.

Las diferentes fechas de inicio de la epidemia para cada país y región dependieron de los stocks de vacunas y de los calendarios de vacunación.

Seguimos con otro aspecto. Entre los niños y niñas de menos de 10 años, en principio, el porcentaje de incidencia habría de ser similar en ambos sexos, pero cuando los menores de 10 años contagian la enfermedad a sus padres, ¿a quién de los dos es

más probable que contagien la enfermedad? ¿Con quién de los dos tienen más contacto? Prácticamente siempre es la madre la que tiene más contacto con los hijos, por lo tanto, la teoría es válida, se podría dar la circunstancia que, en la franja de edad de 30 a 49 años, hubiese más afectación entre las mujeres que entre los hombres.

Pues sí, exactamente. En el rapport 1, página S15, primera columna, arriba, cuenta que en los lugares que se ha estudiado la afectación por sexo, en los casos adultos hay muchos más casos entre las mujeres que entre los hombres.

En el caso de Kazakhstan, el 63% de los afectados adultos eran mujeres. En el caso de tres regiones rusas en la franja de edad entre 20 y 49 años, la suma de los años 1994, 1995 y 1996, el índice de afectación por 100.000 habitantes era de 82 casos en mujeres y de 47 en hombres. Tanto en Moldavia como en Ucrania entre la población de más de 20 años, las mujeres tenían un índice de afectación entre 2 y 3 veces más elevada que los hombres.

Hay una tabla de casos por edad en la Federación Rusa, en el 1993, y también por gravedad de cada caso y mortalidad, que ilustra aún más claramente lo que les estoy diciendo. Lo pueden encontrar en este enlace:

<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=127&LanguaId=1>

La tabla 5 pone en evidencia, y mucho, que la incidencia máxima era en los niños de 4 a 10 años y en los adultos de 30 a 49 años. Si observamos la tasa de mortalidad y el porcentaje de casos graves, vemos que entre los 11 y los 29 años es baja. Esto ayuda a confirmar que quien se contagia de forma grave o fuerte son los padres, ya que hay más contacto. Lógicamente, otra gente también se puede contagiar, pero en general la enfermedad cursa de una forma menos grave por el hecho de que ha habido menos contacto.

Continuemos, habíamos visto también que entre la población de 30 a 49 años, las mujeres eran las más

afectadas por la enfermedad. Decía que era probablemente debido al hecho de que los hijos vacunados habían cogido la enfermedad y contagiado a sus padres, especialmente a la madre.

Si esto fuese así, habría una prueba casi determinante: las mujeres son las más afectadas, si tienen hijos de esta edad.

Pues bien, en el Rapport 1, página S16, columna izquierda, aproximadamente en el centro, dice:

“En un estudio de casos y controles en Ucrania, el riesgo entre las mujeres no fue significativamente elevado después de los ajustes por edad, antecedentes de vacunación y el tamaño y composición del hogar, pero después de haber >2 niños en edad escolar en el hogar se asoció con un aumento significativo en el riesgo”.

Nos lo deja claro. El incremento de casos en las mujeres sólo se produce si tienen hijos en edad escolar. De hecho, la conclusión de que son los niños de esta edad los que transmiten la enfermedad a sus padres, la sacan ellos mismos (en el mismo documento, pocas líneas más abajo):

“Grupos escolares y familiares de varios casos, sobre todo entre los adultos y los portadores, eran comunes durante la epidemia de 1990, mientras que los grupos numerosos y portadores en el lugar de trabajo eran relativamente poco frecuentes. Una gran proporción de los casos de difteria en adultos se vinculó con los portadores niños; los escolares pueden haber servido como población crítica en la transmisión y propagación, aunque la enfermedad clínica más grave se produjo

entre los contactos en adultos”.

Sólo que ellos no analizan la contradicción que los niños (casi todos vacunados) transmiten la enfermedad a sus padres.

En el Rapport 2, página S246, columna de la derecha, al centro, dice que Rusia, en 1990 sólo había cerca de un 20% de adultos vacunados. En el Rapport 1, página S16, columna de la izquierda, abajo, pone:

“...la epidemia, los brotes con transmisión de adulto a adulto se produjeron en instituciones caracterizadas por el hacinamiento, los bajos niveles de higiene y las altas tasas de contacto. Estos ajustes incluyen las unidades militares, hospitales neuro-psiquiátricos y concentraciones de personas sin hogar (31, 38). Sin embargo, grupos de casos son poco frecuentes en entornos de trabajos de rutina y los índices de contagio entre los contactos adultos de los casos fueron por lo general bajos”.

O sea, nos dicen que la transmisión ocurre especialmente en las unidades militares, en los hospitales neuro-psiquiátricos y entre los “sin techo”.

Es preciso señalar que en el ejército es uno de los lugares dónde se vacuna a todo el mundo con la Td, así como al personal de los hospitales. Sigue la coincidencia. También mencionan a los “sin techo”. Tal vez para justificar lo de la poca higiene, aunque en los cuarteles o casernas y hospitales sí que la hay...

De los 16 países afectados, los que lo han estado con menos intensidad es Lituania seguido de Estonia. En el Rapport 2, página 543, columna de la

derecha, abajo, dicen que Estonia no tuvo epidemia porque entre 1985 y 1987 se vacunaron los adultos.

Pero si así fuese también reforzaría lo que estoy diciendo, ya que si los vacunaron en 1985 al 1987, casi no habrían tenido que vacunar durante

esta epidemia y por tanto, si la vacuna para adultos es la causante, casi no habría afectación.

Los países bálticos, Estonia, Letonia y Lituania eran los más occidentalizados de la ex URSS. Podría ser, en el caso de Estonia y Lituania, que una parte de las vacunas que usaban no fueran de origen ruso.

Aprovecho para añadir otra mentira y manipulación que se hace en este documento respecto a este punto. Nos dicen que en 1994 Estonia no tenía epidemia. Si observamos la tabla del mismo documento veremos que en este año Estonia (que sólo tiene 1,5 millones de habitantes) tenía 7 casos y era el que tenía el índice más bajo por 100.000 habitantes de los 16 países afectados. Pero no dicen que en 1991 era el cuarto estado con más incidencia, o que la suma de estos años fue de 60 casos, o que Lituania estuvo menos afectado que Estonia, por lo que si Estonia no la incluyen en la epidemia tampoco habrían de incluir a Lituania.

Proporción niños/adultos

En diferentes puntos de estos tres documentos se habla de la vacunación masiva de adultos, que se efectuó en estos países durante los años 1994 y 1995.

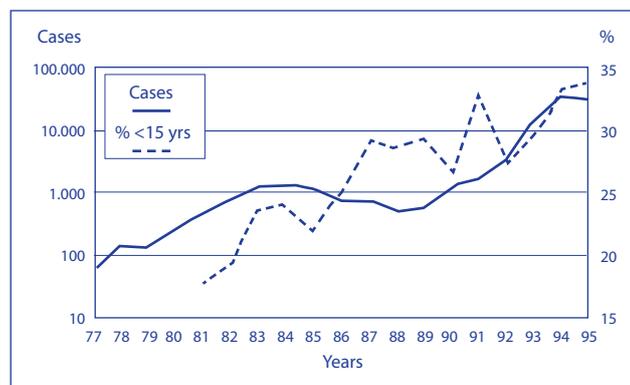
En Rusia, aseguran, que entre los años 1993 y 1995 se vacuno el 75% de los adultos (Rapport 2, página 544, columna de la derecha, mitad superior).

Según datos de la OMS, desde 1991 a 1996, la vacunación infantil supera bastante el 80% (ver gráfica 9). Por tanto, tendremos:

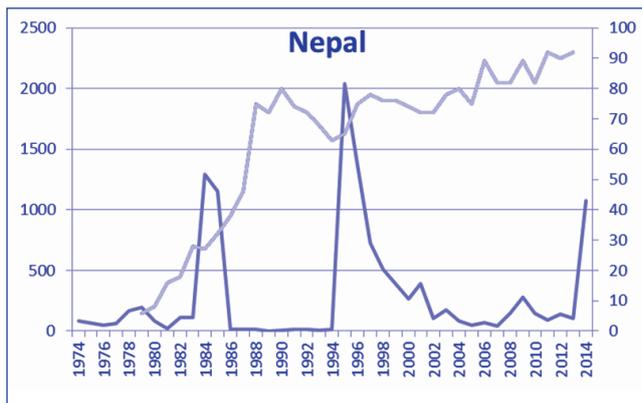
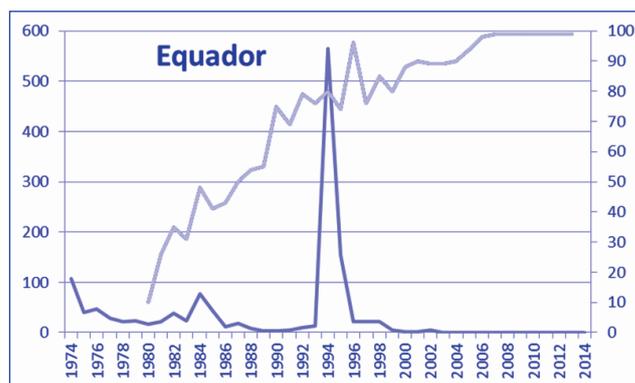
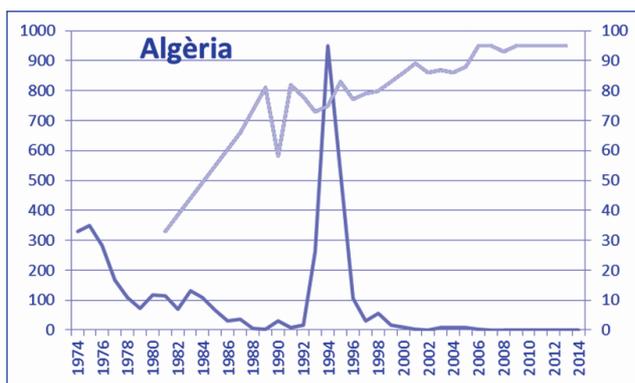
Desde 1991 a 1996 alto nivel de vacunación de niños y sólo el 20% de adultos, desde 1993 aumento de los adultos vacunados hasta llegar al 75% en 1995.

En la gráfica que presentan en el mismo documento, página 542, se muestra la proporción anual de la incidencia en menores de 15 años respecto al total de población. Presentamos esta gráfica, ya que es muy interesante (ver gráfica 10).

Durante 1991 y 1992, con sólo un



Gráfica 10



Gráficas de Argelia, Ecuador y Nepal

Age group, years	1995 population	Total cases, no.	Non-vaccinated		Partially vaccinated(1-2 doses)		Fully vaccinated (≥3 doses)	
			No.	%	No.	%	No.	%
0-1	53,560	5	4	80	0	0	1	20
1-4	259,942	71	10	14	8	11	53	75
5-14	823,479	394	48	12	33	8	313	80
15-19	398,852	101	23	23	34	34	44	43
20-29	547,660	100	35	35	40	40	25	25
30-39	674,118	99	27	27	59	60	13	13
40-49	579,455	80	21	26	47	59	12	15
50-59	431,033	12	4	33	7	59	1	8
≥60	572,915	3	1	33	2	67	0	0
Total	4,341,010	865	173	20	230	27	462	53

Tabla 6

		% coverage, by year								
Age, vaccine		1986	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
1 year										
DTP3		90.1	84.3	81.0	80.7	83.5	69.5	85.7	95.5	96.8
Td2			3.5	5.5	4.9	5.7	10.2	6.6	1.4	0.9
3 years										
DTP4		88.9	84.3	86.8	84.3	84.9	79.7	84.8	83.0	93.2
Td3			4.1	4.4	5.1	5.3	9.2	6.9	10.8	3.9
Entering school, Td5		88.8	92.2	93.6	93.2	95.2	93.7	87.2	96.5	96.3
Leaving school, Td6		95.2	96.7	95.2	88.8	88.7	75.5	79.1	94.8	87.6

Tabla 7

Gráfica 11. DIFTERIA:
Informe anual y global
de incidencias y pro-
tección vacunal DTP3,
1980-2006

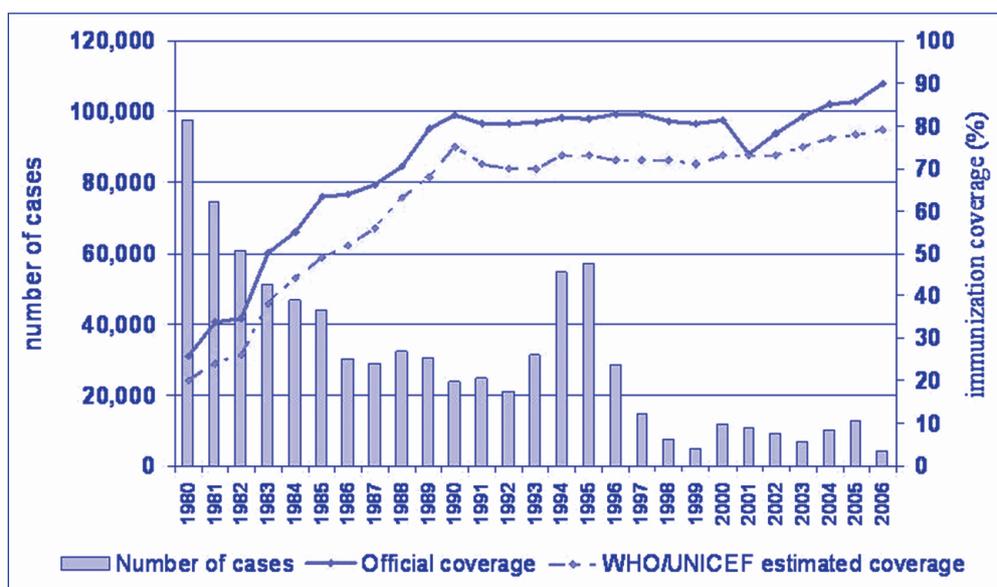


Tabla 8

Grupo de edad	Población 1995	Nº total de casos	Nº casos no vacunados	Nº casos vacunados (1, 2 o 3 dosis)
1 a 4 años	259942	71	10	61
5 a 14 años	823479	394	48	346
15 a 19 años	398852	101	23	78
+ de 20 años	2.805.181	294	88	206

Tabla 9

	1994	Enero/Junio 1995	Julio/Dic. 1995	1996	Media ponderada
1 a 4 años	92	92,5	95,3	97,4	93,27
5 a 14 años	87,2	87,2	96,5	96,3	89,66
15 a 19 años	79,1	79,1	94,8	87,6	82,51
+ de 20	72,3	72,3	75	82,3	73,82
Nº de casos	376	277	141	97	

Tabla 10

grup d'edat	població 1995	nº total de casos	nº casos de no vacuna.	nº casos vacunats (1-3 dosis)	mitjana ponderada de vac.	nº de no vacunats	nº de vacunats	casos per 100000 en no vacunats	casos per 100000 en vacunats	Factor	Efectivitat de la vacuna%
1-4 a.	259942	71	10	61	93,27	17506	242436	57,12	25,16	2,27	55,95
5-14 a.	823479	394	48	346	89,66	85128	738351	56,39	46,86	1,20	16,89
15-19 a	398852	101	23	78	82,51	69760	329092	32,97	23,70	1,39	28,11
+ 20 a.	2805181	294	88	206	73,82	734510	2070671	11,98	9,95	1,20	16,96

Tabla 11

grup d'edat	població 1995	nº total de casos	nº casos de no vacunats	nº casos vacunats (1-3 dosis)	mitjana ponderada de vac.	nº de no vac.	nº de vacunats	casos per 100000 en no vac.	casos per 100000 en vacunats	Factor
1 a 4	259942	71	10	61	85,27	38289	221653	26,12	27,52	0,95
5 a 14	823479	394	48	346	81,66	151026	672453	31,78	51,45	0,62
15 a 19	398852	101	23	78	74,51	101667	297185	22,62	26,25	0,86
+ de 20	2805181	294	88	206	65,82	958811	1846370	9,18	11,16	0,82

20% de adultos vacunados, había una media del 31% de menores de 15 años afectados, según la gráfica.

La vacuna para adultos provocaba el problema. También nos da información de la efectividad de la vacuna, que podríamos calificar de nula y de la delictiva manipulación que hacen a la hora de extraer conclusiones.

En 1995, que la vacunación infantil seguía igual de alta, pero que la adulta era del 75%, es previsible que el número de adultos afectados bajase mucho. Por lo tanto, era previsible que la proporción (no el número absoluto) de niños afectados aumentase mucho. Incluso se puede cuantificar a partir del 95% que tiene la vacuna según los fabricantes, y al pasar del 20 al 75% los adultos vacunados.

Una vez hechos los sencillos cálculos tendríamos que la proporción de niños de menos de 15 años habría de ser del 55,5% en lugar de este invariable 34%.

Lógicamente al poder intervenir otros factores, no forzosamente habría de ser este 55,5%, pero sí que habría de ser mucho más alto que el 34% que había, y en cambio, no se observa ninguna variación significativa.

Esto puede ser debido a tres causas:

- En realidad no se vacunaron a todos aquellos adultos
- La vacuna no tiene en absoluto ningún efecto protector
- La gráfica es un invento

Cualquiera de las hipótesis es suficientemente grave.

En todo caso, el descenso de la enfermedad en todos los países de la ex URSS sólo se puede deber al dejar de utilizar la vacuna defectuosa.

Esto cuadraría totalmente con el hecho de que cuando saben o se informan de que es la vacuna la causa real, la cambian rápidamente y lo comunican a todos los países. Como consecuencia de ello se consigue que en 1995 en todos los países baje abruptamente la incidencia.

mente la incidencia.

Volvamos a la gráfica dónde se reflejaba que a más vacunación más incidencia de la enfermedad. Todo y que la tendencia no es muy acusada y que los valores de vacunación residen en los niños, sí que ayuda pensar que hay una relación. Dónde se ha conseguido en los niños un nivel alto de vacunación, es dónde se vacuna más a los adultos.

Sobre el resultado inapelable mostrado en esta gráfica podemos optar entre dos posturas.

- Fe total en todas las vacunas. Si uno cree que todas las vacunas son tan eficientes y en cambio contempla esta gráfica sólo le queda la posibilidad de aceptar que eso fue un error vacunal y no una epidemia.
- Método científico: O es la propia vacuna la que provocó la epidemia o la vacuna es absolutamente ineficaz e incluso negativa.

Otros países

Hasta ahora sólo hemos hablado de los países de la ex URSS y Mongolia, pero buscando datos de todos los países del mundo, se observa que, con mucha probabilidad, Argelia pasó por una epidemia idéntica; Ecuador probablemente también; tal vez el Nepal. Lo podremos ver mejor con ayuda de gráficas (se pueden ver en la página 24).

Estos tres países también tuvieron picos de intensidad similar y en los mismos años

Se puede comprobar que la forma de aumento de la incidencia y descenso o reducción posterior es muy similar a los países analizados. Además, el valor de la incidencia por 100.000 habitantes es similar. Concretamente 3,66 en Argelia, 5,28 en Ecuador y 10,19 en Nepal.

Otra forma de comprobación

En algunos documentos, elaborados por las autoridades sanitarias de los países afectados, se pueden ver datos del número de casos en personas vacunadas y personas no vacunadas. El análisis detallado de los datos nos da también mucha información útil para demostrar que la vacuna para adultos provocaba el problema.

También nos da información de la efectividad de la vacuna, que podríamos calificar de nula y de la delictiva manipulación que hacen a la hora de extraer conclusiones.

Para poderlo comprobar es necesario que haya una cierta cantidad de matemáticas, la cual adjunto en un anexo. Leerlo es altamente recomendable y si se puede siguiendo los números, por orden, se llega a conclusiones clarísimas.

En el anexo 1 hay los datos de Moldavia.

ANEXO 1

Éste es el documento sobre Moldavia:

http://jid.oxfordjournals.org/content/181/Supplement_1/S47.full

En este documento se muestra una tabla (ver tabla 6) donde se refleja el número de afectados durante 1994, 1995 y 1996, por edades y por estado de vacunación:

http://jid.oxfordjournals.org/content/181/Supplement_1/S47/T3.expansion.html

También nos muestra el porcentaje de vacunación de niños y adolescentes por años (ver tabla 7):

http://jid.oxfordjournals.org/content/181/Supplement_1/S47/T2.expansion.html

Comento que los valores totales de vacunación en 1994 y 1995 son más altos que los valores que constan en el archivo de la OMS a la que nos hemos referido repetidamente en todo el documento.

Sólo veo una explicación: Favorecer los resultados que se quieren obtener.

En todo caso, en principio, usaremos los de este mismo trabajo.

Es necesario decir que la misma OMS dice que los estados tienen tendencia a dar unas cifras superiores a las reales, y por eso hace esta estimación:

<http://textbookofbacteriology.net/diphtheria.html>

Como se puede comprobar (gráfica 11), al valor dado por los países se habría de restar cerca de un 10% para tener el valor real de vacunación.

En todo caso, al inicio tomaremos los valores del mismo trabajo que estamos analizando. Entonces ya haremos más hipótesis.

Ver la tabla 8, confeccionada a partir de la primera tabla de este anexo (tabla 6).

A partir de la gráfica de la OMS y también de la gráfica que muestran en este trabajo sobre Moldavia:

http://jid.oxfordjournals.org/content/181/Supplement_1/S47/F2.expansion.html

En el caso del grupo de más de veinte años (ver tabla 9), hasta antes de mediados de 1995, nos dicen en el documento, que el porcentaje era de 72,3% y que en 1997 se llegó al 92,4%. Por tanto, he hecho una extrapolación para la segunda mitad de 1995 y para el 1996.

A partir de estos datos y de los casos de datos para cada período, he calculado la media ponderada. No sería correcto hacer la media aritmética ya que la diferencia de número de casos en 1994 es muy diferente al 1996. El resultado sería totalmente inválido.

Mostraremos el cálculo para saber cómo se obtiene, si quieren comprobarlo. Para el grupo de más de 20 años.

Media ponderada = $(72.3 \cdot 376 + 72.3 \cdot 277 + 75 \cdot 141 + 82.3 \cdot 97) / (376 + 277 + 141 + 97) = 73.82$

Es preciso decir que en esta primera tabla que presentan, no hay ninguna columna donde hagan constar los casos desconocidos, o sea, que no tienen conocimiento de si estaba va-

cunado o de si hacía demasiados años que no se había revacunado. Por tanto, estos casos pueden haberlos considerado como no vacunados.

También puede haber una enorme subjetividad por parte del personal médico al cual le cuesta reconocer que un caso puede ser producido por la vacuna y no lo hacen constar así.

Pero de momento, a la hora de analizarlo, no entramos.

Los primeros resultados se pueden ver en la tabla 10.

La columna "Factor" es la proporción de casos no vacunados/vacunados. Si es mayor de 1 quería decir que la vacuna tiene alguna efectividad, si es más pequeño de 1 quería decir que a más vacunación más casos.

La última columna, la efectividad de la vacuna está en %. Por ejemplo, si le dicen que la vacuna tiene un 50% de efectividad, quería decir que si Vd. se vacuna tendría la mitad de posibilidades de tener la enfermedad. Si la efectividad fuese del 95%, las probabilidades serían veinte veces menos (Los fabricantes de esta vacuna dicen que tiene un 95% de efectividad).

Fíjense que hemos cogido todos los valores que nos han presentado, valores que con mucha probabilidad han sido sesgados para que sean favorables a lo que quieren demostrar, y sale una efectividad muy reducida.

De todas formas, aquí se empieza a ver claro. La efectividad de la vacuna en los mayores de cinco años es mucho más baja que en los más pequeños. Hay que remarcar que a los mayores de cinco años se los vacuna con la vacuna para adultos, la cual es, precisamente, la sospechosa de provocar la epidemia.

Si ahora calculamos la misma tabla pero suponiendo un valor del 8% menos de vacunación, aproximándonos a las estimaciones que hace la OMS en cuanto a la exageración que hacen los estados en el porcentaje de vacunación, tendremos los resultados de la tabla 11.

Vemos que con este porcentaje la efectividad de la vacuna para niños

hasta los cinco años se acerca a 1, o sea, ningún efecto positivo, pero tampoco negativo, pero para las vacunas de adultos es claramente negativo.

Esto, una vez más, demuestra que esta vacuna es la causante de la epidemia.

Hay que aprovechar esta oportunidad para remarcar unos datos que se exponen en el documento:

Quando saben o se informan de que es la vacuna la causa real, la cambian rápidamente y lo comunican a todos los países. Como consecuencia de ello se consigue que en 1995 en todos los países baje abruptamente la incidencia.

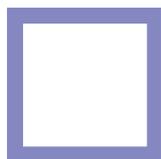
"El IR entre los niños no inmunizados y adolescentes de diferentes grupos de edad (1-4, 5-10, 11-14, 15-17) osciló entre 54,2 a 389,4 por 100.000 habitantes; para algunos grupos de edad, esto representó un 6 -18 veces mayor de IR que entre los grupos inmunizados de la misma edad".

O sea, en un principio nos presentan unas tablas de datos, pero cuando quieren analizar estas tablas dentro del texto, sin explicar cómo las han elaborado, nos presentan unos datos que no se sostienen por ninguna parte, absolutamente inventadas para conseguir un resultado parecido a lo que ellos quieren que sea. Fíjense bien que nos dicen que el factor es de 6 a 18 veces, cuando aquí lo he calculado usando sus propios datos y sale un factor entre 1,2 y 2,27. En un tema en el que se juegan vidas humanas y por esto habría de estar perseguido y penado por la justicia.

De todas formas, en la definición de casos de la enfermedad y, más especialmente con los que mueren, se habría de hacer algún tipo o forma de control independiente, ya que la subjetividad es muy alta y, la tendencia a esconderlo hace que las estadísticas no sirvan. Siempre hay un sesgo a favor de la vacuna. ■

Salud y Poder: Análisis crítico de mecanismos de control social en el terreno de la salud/enfermedad

Reflexiones lógicas sobre el caso de Difteria del niño de Olot



Autoría: Dr. Enric Costa Vercher.
Elaboración: 1 de julio de 2015.

Mi amigo, el Dr. Enric Costa, con cuarenta años de experiencia como médico, me hace llegar sus reflexiones con relación al caso de Olot pidiéndome que las comparta animado con la intención de contrarrestar la tremenda ola de miedo y culpabilización que se ha desatado. Jesús García Blanca

Como ya sabrán los lectores, el niño de Olot, en paz descanse, que, según sus médicos, estaba infectado de difteria, ha muerto después de pasar casi un mes en la U.C.I. del hospital Vall d'Ebrón. Desde ese mismo momento TODAS las televisiones, grandes o pequeñas, han estado repitiendo en TODOS los telediarios y programas informativos la fatal noticia. En todas estas ocasiones se explicitaba que el niño no estaba vacunado y que por eso se había infectado, convirtiéndose así en el único caso de difteria en España desde hacía treinta años. Y además de ser el único caso en décadas se ha tratado de un caso especialmente agresivo de difteria, puesto que el niño no ha podido superarla, es decir, no ha sido curado de una enfermedad que tenía cura a principios del s. XX pero que no ha podido ser curada en una unidad de cuidados intensivos del s. XXI.

No ha podido ser curado y el conseller de sanidad de Cataluña y todos los medios informativos han afirmado que ha muerto de DIFTERIA y que esta infección la había adquirido por

no estar vacunado. Y como es habitual han arremetido contra los padres que no vacunan a sus hijos y algunos políticos han amenazado con crear leyes que obliguen a la vacunación total.

Toda esta situación, seguramente, habrá hecho dudar a algunos padres que no vacunan a sus hijos, lo cual es natural, pues el efecto de la propaganda del miedo no pasa desapercibido. Este médico que escribe, no va a decir a nadie lo que tiene que hacer al respecto; pero quiere exponer a la atención del lector una batería de preguntas lógicas o de sentido común que seguramente le incitarán a la reflexión y, por ello, a discernir lo posible de lo imposible o la verdad de la mentira; si lo logra podrá tomar su decisión con mayor grado de libertad. Veamos:

- Según la versión oficial, que hemos escuchado durante todo el tiempo, el niño ha muerto de difteria por no estar vacunado. Preguntas: ¿Cómo se infectó? ¿Dónde estaba el origen de la infección? La respuesta oficial, como siempre, se expresa sin dudas: Se ha contagiado de su entorno más

cercano, puesto que muchos de los que se relacionan con él son “portadores” sanos de la bacteria. Y han explicado perfectamente que estos portadores sanos no padecen la enfermedad porque están vacunados y aunque tienen la bacteria en el cuerpo, son inmunes a ella; pero estos individuos, sigue diciendo la versión oficial, pueden infectar a otros, sobre todo, si no están vacunados.

- De lo explicado por el sistema oficial podemos sacar una conclusión: El foco de la infección provenía de sujetos vacunados. Si esto es así, se descarta la que los niños no vacunados sean la ÚNICA fuente de reaparición de enfermedades infecciosas. En este caso, el propio sistema médico, afirma sin admitir dudas que el niño ha muerto de difteria y que el foco de contagio ha estado en su entorno de gente VACUNADA. Y eso que han explicado en el caso de la difteria pasa en todas las demás infecciones, puesto que las vacunas no tienen como función “acabar con los gérmenes” sino preparar

o “entrenar” al sistema inmunitario para que éste nos proteja de los microbios. De manera que todos los vacunados se convierten en PORTADORES SANOS de gérmenes y como se ha visto en Olot, se convierten en posible foco de infección de enfermedades que se creían erradicadas.

De toda esta información se deduce que muchos ciudadanos, vacunados o no, podemos ser portadores de este tipo de gérmenes, pero unos son silenciosos, no padecen la enfermedad ni manifiestan los síntomas y pueden transmitir la enfermedad: Los vacunados. Mientras que otros, por no estar vacunados, la manifiestan con todos sus síntomas y, por tanto, pueden ser detectados inmediatamente. ¿Cuál de los dos grupos sería más peligroso para transmitir una enfermedad a toda una comunidad? ¿Los vacunados o los no vacunados? Entonces ¿de dónde viene la conveniencia de que no quede gente sin vacunar? ¿De dónde la conclusión de la obligatoriedad de las vacunas, para erradicar las enfermedades, si aquellas no destruyen a los gérmenes sino que convierten a los ciudadanos en portadores sanos y camuflados?

- Este caso debe servir al lector para defenderse, con planteamientos lógicos, de todos aquellos que les acusan de poner en peligro al resto de la comunidad por no vacunar a sus hijos. Deben responder que los vacunados son igualmente focos de infección (como han estado explicando los médicos durante todo este mes) pero mucho más peligrosos por ser asintomáticos y no manifestarlo. Los no vacunados, por lo menos, son más explícitos y no engañan a nadie, y además, no pueden infectar a los otros porque, esos otros, están

vacunados y, por tanto, según el sistema oficial, están totalmente protegidos.



- Concluyendo: el caso de difteria de Olot demuestra que si uno no se vacuna no se convierte en un foco de infección, en modo alguno, distinto del que sí se vacuna, los dos son portadores, uno evidente y el otro camuflado. Es decir no se puede no ser portador. Por tanto el no vacunado no perjudica más a la comunidad sino, en todo caso, menos, por ser más evidente y localizable.

Los vacunados son igualmente focos de infección (como han estado explicando los médicos durante todo este mes) pero mucho más peligrosos por ser asintomáticos y no manifestarlo.

¿DIFTERIA EN ESPAÑA EN EL 2015?

Cuando apareció la noticia hace un mes, este viejo médico que escribe pensó que sería un error de diagnóstico y lo sigue pensando por dos razones: La primera es que en toda su vida de médico

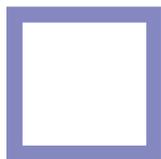
en activo y de estudiante de medicina (unos cuarenta años) nunca vio ni tuvo que atender a ningún caso de difteria. Todo conocimiento que tiene de la enfermedad y su tratamiento, le viene de sus estudios teóricos de la facultad (y de alguna escena cinematográfica en películas españolas y americanas) donde le explicaron que el tratamiento consistía básicamente en: suero antidiftérico, antibióticos y mantener libres las vías respiratorias.

Que ese tratamiento se haya llevado a cabo en una moderna U.C.I. durante un mes y no hayan salvado al niño, nos llena de estupor y nos obliga a preguntarnos si en realidad fue un caso de difteria. La segunda razón que nos hace dudar que fuera un caso de difteria es precisamente eso, que haya sido un sólo caso de difteria. El caso de Olot es un caso aislado no solamente en el espacio, puesto que nadie más ha sido afectado en su entorno, sino también en el tiempo; puesto que la difteria se considera erradicada de España desde hace treinta años.

Los técnicos y políticos que llevan este tema repiten sin parar que este niño NO VACUNADO, ha sido infectado por la gente de su entorno, un alto porcentaje de ellos son portadores sanos. No nos han explicado el porqué de tan alto número de portadores sanos alrededor del niño, pero los lectores deben conocer la siguiente realidad: todos los ciudadanos, tanto

si están vacunados como si no, si se sometieran al test de portador de difteria (con cultivo biológico de los gérmenes de sus mucosidades) darían positivo en un 80 o 90% de casos, como ha ocurrido en el entorno del niño de Olot, simplemente porque el bacilo diftérico con sus cuatro o cinco subespecies, son HABITANTES

Documento de Reflexión sobre las Vacunas



Autoría: Pedro Ródenas. Médico (con la colaboración y aportaciones de otros profesionales).

Contacto: pedrorodenas55@gmail.com

Elaboración: julio de 2015.

POSICIONAMIENTO

- No todas las vacunas se han de valorar igual, de la misma forma que no todas las enfermedades son iguales ni tienen los mismos riesgos para la salud. Para ajustarnos a la realidad **debemos estudiar por separado cada vacuna** y decidir en cada caso el balance: riesgo-beneficio. **No debiéramos hablar sobre vacunación o no vacunación, de vacunalista o antivacunalistas.**
- **Sí a la recomendación** pero no obligatoriedad, de las vacunas para enfermedades infecciosas graves (difteria, polio, etc.) sobre todo en zonas endémicas o de riesgo.
- **Cuestionamiento** de las vacunas para enfermedades infecciosas no graves, de buena evolución con un tratamiento correcto o no supresivo (parotiditis, tosferina, varicela, etc.), a las vacunas de poca eficacia (gripe, etc.) o experimentales (VPH, etc.).
- **Valorar vacunas en situaciones específicas** como las de la fiebre amarilla, meningitis, hepatitis, etc.

REFLEXIONES

- La vacunación se basa en el concepto de **inmunidad específica para cada enfermedad**. Si ya es imposible garantizar con la vacuna la protección total de cada individuo para cada infección, todavía es más complejo garantizarlo para la mayoría de las infecciones u otras patologías. Es importante escoger

las vacunas necesarias en función de la gravedad de la enfermedad, de su efectividad y de su mejor tolerancia para el organismo. **Es prioritario seleccionar y vacunar con criterio.**

- Reconocer la vacuna como medicación con riesgos para la salud, tanto a corto como a largo plazo. A día de hoy, solo se valoran algunos de estos efectos y no todos son recogidos por falta de hábito o a causa de la falsa creencia de que las vacunas no tienen efectos secundarios. **Introducir restos biológicos, víricos o bacterianos, sustancias tóxicas como el mercurio y el aluminio, en un sistema inmunológico inmaduro**, como es el de un bebé, **puede tener consecuencias no deseadas** a largo plazo. La evidencia científica dice que cuando introducimos cambios no fisiológicos en un ecosistema, alteramos el resto de ecosistemas del cual éste forma parte. No es fisiológico el contacto con diversos antígenos de enfermedades infecciosas infantiles al mismo tiempo o en pocos meses, situación que sí ocurre con las vacunas múltiples.
- Reconocer en la disminución de las enfermedades infecciosas la importancia de la higiene y los cambios sociales, además de la cobertura vacunal. **Muchas vacunas se introdujeron cuando las epidemias ya estaban en plena curva descendente.** Este hecho es poco valorado y la mayoría de veces no se expresa.
- **Importancia del terreno que permite que una infección se instale o no.** Reconocer el papel destacado

que juega la inmunidad global, inespecífica y específica, de cada persona en el control de las infecciones. Inmunidad relacionada con los hábitos de vida y con tratamientos que ayudan a la homeostasis “equilibrio o estabilidad” del organismo. No todas las personas que están en contacto con agentes infecciosos desarrollan la enfermedad. En cambio otros casos que si padezcan la infección pueden obtener una inmunidad definitiva sin necesidad de recuerdos.

Los vacunados también pueden padecer la enfermedad, ser portadores e infectar a los no vacunados.

PETICIONES Y NECESIDADES

- **Vacunar es un acto médico** en el que se receta un medicamento donde es necesario una historia clínica para individualizar el tratamiento en función del estado de salud y las circunstancias particulares de cada persona, en cada momento. **No se puede indicar una medicación para todos sin valorar cada situación.** Lo contrario puede considerarse mala praxis.
- Debería considerarse también mala praxis, ante la necesidad de protegerse de una infección o patología, tener que recibir obligatoriamente

la vacuna específica asociada a otras no requeridas, hecho que aumenta los costes y sobre todo los riesgos para la salud. **Es necesaria la existencia de la opción de la vacuna simple.** Si alguien quiere vacunarse de la difteria exclusivamente, no tiene por qué vacunarse también del tétanos y de la tosferina o viceversa.

Introducir restos biológicos, víricos o bacterianos, substancias tóxicas como el mercurio y el aluminio, en un sistema inmunológico inmaduro, como es el de un bebé, puede tener consecuencias no deseadas a largo plazo.

- **Existe un riesgo en vacunar y un riesgo en no vacunar.** Cada persona decide el riesgo que quiere asumir como individuo y como padre/madre.
- La vacunación debería ir acompañada de un **consentimiento informado** del adulto o de los padres, en el caso de los niños, conforme se asumen los riesgos de la vacunación.
- **Necesidad de formación de aquellos profesionales que diagnostican,** vacunan o indican vacunación sin conocer su grado de efectividad, sus riesgos, y que en ningún mo-

Existe un “colectivo de afectados por las vacunas” que es ignorado por la Administración y la Sanidad protectora de “toda” la población.

mento han contrastado sus conocimientos con los argumentos de otras opiniones. El no conocer en profundidad todos los aspectos de la efectividad de las vacunas, puede contribuir a un **infradiagnóstico** y facilitar la propagación de la enfermedad, por ejemplo al considerar erróneamente que los vacunados no pueden padecer la infección, y

por lo tanto no diagnosticándola, poniendo en riesgo a toda la población.

- **Dar información a aquellos padres que vacunan o no vacunan** a sus hijos, sin ningún conocimiento de los riesgos y beneficios de la vacunación.
- **No culpabilizar a los padres informados que deciden no vacunar** por considerar superiores los riesgos a los beneficios. Evitar convertirlos, a ellos o a sus hijos, en “apestados” o excluidos sociales (con exposición pública de la familia ante toda la sociedad), **puesto que los vacunados también pueden padecer la enfermedad, ser portadores e infectar** a los

no vacunados o vacunados mal protegidos, o que no han recibido todas las dosis de recuerdo (la mayoría de los adultos), independientemente del origen del brote infeccioso que podría ser común. Ninguna vacunación protege el 100%. Es poco riguroso decir que un niño no vacunado de difteria y que ha fallecido por esta enfermedad, se habría salvado si hubiera estado vacunado. Por ejemplo, en el año 2010 hubo un brote de difteria en Brasil y lamentablemente fallecieron tres niños, y en esa ocasión dos estaban total-

mente vacunados (ver referencia). Lo correcto es decir que hubiera tenido más probabilidades de no padecerla ya que si hubiese recibido tres dosis, la protección sería de un 95,5% y si hubiera recibido cinco, de un 98,4%. Tampoco es riguroso decir

que los vacunados portadores se aíslan y se medican para proteger a los no vacunados. Debería añadirse que es para proteger también a los vacunados sin dosis de recuerdo y al 1,6 - 4,5%, en el caso de la difteria, de los correctamente vacunados no protegidos (de 16 a 45 por cada mil vacunados).

- **Invertir recursos económicos en investigar los efectos secundarios a corto y largo plazo de las vacunas,** para facilitar así una decisión lo más ajustada posible a la realidad. Estudiar la sugerida y posible relación del incremento de enfermedades del sistema inmunitario (alergias, enfermedades autoinmunes y degenerativas) y la vacunación masiva y sistemática de la población.
- **Necesidad de que la administración asuma la responsabilidad,** reparación de los daños o indemnizaciones de los efectos secundarios de las vacunas, como sucede en otros países como EEUU.
- Dar el mismo trato mediático a las informaciones provacunas como a aquellas que las cuestionan de forma documentada, y también a las complicaciones graves, incluso de fallecimiento, tanto de un vacunado como de un no vacunado. **No se pueden criminalizar algunos casos no vacunados y silenciar el mismo resultado en personas vacunadas.** Existe un “colectivo de afectados por las vacunas” que es ignorado por la Administración y la Sanidad protectora de “toda” la población.

CONCLUSIONES

- **Es necesario el conocimiento de todas las opiniones documentadas, sin prejuicios,** para llegar a conclusiones menos discriminatorias, más neutrales, justas y equilibradas, en beneficio de la salud de la población, **respetando siempre el derecho a la libertad individual de decisión.** Esto es imprescindible en la elaboración de cualquier código deontológico para profesionales sanitarios.
- Necesidad de crear una **comisión de profesionales de diferentes opiniones y sin implicaciones o intereses económicos,** que estudie a fondo y cree las líneas de investigación necesarias, con el fin de conseguir un planteamiento consensuado y coherente que oriente a la población en la toma de sus decisiones. ■

El riesgo de transmisión. Lactancia materna en tiempos del sida



Autoría: Oscar Lanza V. (MD. MSc. MPH). Fundador AIS-CODEDCO-IBFAN-FUNAVI (Bolivia).

Fuente: Nueva Tribuna (España).

Contacto: olanzav@gmail.com

Fecha de elaboración: 30 de julio de 2015.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la Lactancia Materna (LM) es la forma ideal de aportar a los niños pequeños nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludables. Todas las mujeres pueden amamantar, si disponen de buena información y apoyo de su familia y del sistema de salud.

La OMS recomienda la Lactancia Materna (LM) exclusiva durante los seis primeros meses de vida y luego la introducción de otros alimentos complementarios a partir de los 6 meses, manteniéndola hasta los 2 años o más. Se recomienda que la Lactancia se inicie en la primera hora de vida y que el bebé solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua; que se haga a demanda, con la frecuencia que demande el niño, tanto de día como de noche; que no se utilicen biberones, tetinas ni chupones o chupetes.

Las ventajas de la leche materna son innumerables: fomenta el desarrollo intelectual, sensorial, cognitivo, protegiendo al niño de infecciones, enfermedades crónicas, reduce la mortalidad por diarrea aguda, neumonías, ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares, carece de riesgos el niño y para el medio ambiente, estas entre muchísimas otras son reconocidas por la evidencia científica, tanto en países en

vías de desarrollo (PVDs) como en las naciones más ricas (2).

La Lactancia Materna se ve amenazada no solo por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH- que afecta las células inmunitarias, encargadas de protegernos de las enfermedades), sino también por grandes intereses comerciales. No es lo mismo tener VIH que tener sida. SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). El SIDA es ya la etapa avanzada de la infección causada por el VIH.

SITUACIÓN DEL VIH/SIDA

La epidemia de VIH/SIDA es considerada como uno de los mayores flagelos que enfrenta la humanidad. Estimaciones señalan que 35 millones de infectados viven hoy en el mundo. El sida mató hasta ahora más personas que la Segunda Guerra Mundial (3). Cada día hay 14 mil nuevos infectados (3). El VIH entre los niños está disminuyendo debido a los esfuerzos para prevenir la transmisión de madre a hijo. Globalmente se estima 2.300.000 menores de 15 años viven con VIH.

En Bolivia, se estima que existen 1000 nuevos casos por año (7). En el año 2013 se registraron 1.526 afectados, mientras que en 2014, se contabilizaron 1.537. (5). En el periodo 1984-2014 se registraron 13.180 casos, estimándose que en país existirían

16.000 casos. En La Paz (Bolivia), de cada 100 niños de madres con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), tres nacen, estimativamente, con el virus a consecuencia de que

Todas las mujeres pueden amamantar, si disponen de buena información y apoyo de su familia y del sistema de salud.

las progenitoras no saben que están infectadas, (6). A pesar de la información actualizada existente, sin embargo, persisten prejuicios, ignorancia, miedo y discriminación sobre el tema, siendo la enfermedad que más rechazo social genera, aunque el 60% de portadores del VIH ignora que vive con la enfermedad.

LACTANCIA MATERNA EN TIEMPOS DEL VIH/SIDA

En las últimas dos décadas, los estudios clínicos han demostrado que el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo (llamada transmisión vertical) puede reducirse significativamente con la administración de medicamentos antirretrovirales durante el embarazo, el parto y el puerperio temprano (por ejemplo, dos a cuatro semanas después del parto) (2-5).

Los estudios demuestran que la mayoría de recién nacidos de madres

VIH positivas no se infectan como consecuencia de la lactancia materna. Por tanto, privar a todos los niños nacidos de madres VIH-positivas de los beneficios de la lactancia materna se considera injustificado ya que investigaciones llevadas a cabo antes que la Terapia Anti Retro Viral (ART)

El mercado mundial de sucedáneos de leche materna supera los USD 31 Billones por año.

estuviera disponible mostraban un riesgo de transmisión vertical entre 15-45% (8). Se demostraron también los riesgos de un aumento de la morbilidad, la mortalidad y desnutrición debido a la alimentación de reemplazo, que excedían los riesgos de transmisión del VIH durante la lactancia materna (9) (10) (14) (15).

Los lineamientos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan que: todas las mujeres diagnosticadas como VIH-positivas deben recibir inmediatamente tratamiento antirretroviral y que este, debe continuar de por vida (11). Cuando se dan las combinaciones adecuadas de ART a las mujeres VIH-positivas y / o a sus niños, de modo que la carga viral se suprima de manera efectiva, se demuestra un riesgo de transmisión posparto menor a 1% durante los 6 meses de lactancia materna exclusiva y luego durante la lactancia materna continuada con alimentación complementaria hasta por lo menos 12 meses (10, 11).

La duración de la terapia antirretroviral prenatal es crucial. Si una mujer embarazada es diagnosticada como VIH-positiva suficientemente temprano en el embarazo, ella podrá recibir ART prenatal durante un tiempo suficientemente largo para asegurar que el número de copias virales en la sangre se vuelvan imperceptibles en una prueba estándar, para el momento en que su bebé deba nacer. Esto reduce en gran medida el riesgo de que el bebé se infecte con el VIH durante el parto o durante la lactancia.

Estos datos señalan que *las mujeres VIH-positivas que reciben ART y siguen su tratamiento pueden seguir las mismas recomendaciones usuales de alimentación infantil (LM) que sus contrapartes no infectadas. Lo que no sólo maximiza la salud de sus bebés, sino que también reduce el estigma asociado con la necesidad de uso de sucedáneos de la leche materna (formulas), que si bien en algunas circunstancias excepcionales son necesarios, no debe ser la conducta sistemática el administrarlos.* Los regímenes de ART actuales no sólo permiten a los individuos infectados por el VIH tener una esperanza de vida normal (10), sino que también permiten una renovada confianza en el apoyo universal a la lactancia materna, incluso de cara al VIH.

EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DURANTE LA LACTANCIA

De acuerdo a reciente evidencia presentada en Barcelona (España) (12), de más del 90 % de infecciones por VIH en los bebés producidas en el África subsahariana; aproximadamente el 40 % de se producen durante el período postnatal. Un informe (2013) de ONUSIDA, señala que cerca de 210.000 bebés en todo el mundo se infectan anualmente con el VIH (6). Se estima que 50 % de las mujeres después del parto, infectadas por el VIH y sus bebés no reciben tratamiento o profilaxis antirretroviral, lo que llevó a la necesidad de mayor investigación en esta área.

Los primeros estudios sobre transmisión del VIH a través de la leche materna señalaban que los bebés amamantados tenían transmisión más alta que los lactantes no amamantados y que mujeres que adquirieron el VIH después del embarazo luego podían transmitir el virus a su hijo al amamantarlo (1).

También se generaron informes de infección en recién nacidos de madres no infectadas por el VIH, pero amamantados por madres sustitutas infectadas por el VIH (7). Además, se notificaron casos raros de transmisión nosocomial del VIH a lactantes (por ejemplo, a través de la transfusión de sangre) de madres no infectadas por VIH y que luego se dieron a través de la lactancia materna (8).

Hoy sin embargo, la evidencia científica demuestra que amamantar al bebé estimula su sistema inmunitario y lo protege frente a otras enfermedades como asma, alergias, problemas cardiovasculares, diferentes infecciones e incluso la obesidad. Y que también la LM es una protección natural contra el VIH.

El intestino materno es la fuente de alguno micro organismos beneficiosos hallados en las glándulas mamarias. Se sabe que *los niños de madres portadoras del virus que toman leche materna, tienen un índice mucho menor de contagio de la enfermedad* que aquellos que son alimentados con leche de fórmula o realizan una lactancia mixta, según Investigadores de la Universidad Complutense de Madrid (12). Hasta hace poco se desconocía la manera cómo se producía esa protección. Hoy sí se conocen estos mecanismos, gracias a los investigadores Esther Jiménez, Clara Menéndez y Pedro Alonso, quienes analizaron muestras de leche de mujeres africa-

Se sabe que los niños de madres portadoras del virus que toman leche materna, tienen un índice mucho menor de contagio de la enfermedad.

nas tanto VIH positivas como VIH negativas en las que se consiguió determinar, por primera vez, la carga viral en la leche, un procedimiento que hasta entonces siempre se había realizado en sangre, verificando que algunos microorganismos eran capaces de impedir que el virus infectara las

células, observando que ciertas cepas bacterianas del ácido láctico obtenidas de la leche de mujeres VIH positivas eran capaces de eludir la infectividad del virus o disminuirla, lo que abre las puertas a usar *el potencial probiótico de la leche materna para mejorar la resistencia de los niños a contraer de sus madres infectadas el VIH-1*, que es el virus más común del sida.

Se calcula que un bebé que toma alrededor de unos 800 ml de leche materna al día, ingiere entre 100.000 y 10 millones de microorganismos, que lo ayuda a protegerse de infecciones y favorecerán el desarrollo de un sistema inmunitario eficiente. Según los investigadores, se abren así, prometedoras vías de aplicación de las bacterias de la leche materna como microbios beneficiosos para el tratamiento de enfermedades infecciosas e inmunitarias que afectan a las madres y a los bebés.

CONCLUSIONES

Si bien es cierto que la decisión acerca de si amamantar o no, en las circunstancias descritas situación, debe residir en última instancia, en los padres de los recién nacidos y no con profesionales de la salud, estos últimos, en buena parte ceden a la presión de industrias y/o algunas agencias internacionales.

Por ello, es claro que los padres para tomar una decisión informada y pertinente, necesitan de orientación independiente, basada en evidencia, explicada a ellos en términos sencillos, la misma que debe ser provista por las autoridades nacionales rectoras del Sistema Nacional de Salud (SNS), cuidando que resulte coherente con las Políticas Nacionales y los esfuerzos para vencer problemas tales como la desnutrición, infecciones respiratorias agudas, diarreas agudas, entre otras varias, buscando que la combinación de la lactancia materna exclusiva y el uso del tratamiento antirretroviral puedan reducir significativamente el riesgo de transmisión del VIH a los bebés gracias a la promoción de la lac-

tancia materna.

Con el argumento de la precaución extrema, no es infrecuente que se trate de abrir espacios para mayor participación de empresas comerciales que tienen marcados intereses en influenciar las políticas de salud relacionadas con la Lactancia Materna y el SIDA, entre otras (10). No olvidemos que el mercado mundial de sucedáneos de leche materna supera los USD 31 Billones por año, de acuerdo con informes de marketing global (16).

La Alianza Mundial pro Lactancia Materna (WABA) (10), una red global de individuos, expertos y organizaciones interesadas en la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en todo el mundo, que cuenta entre sus participantes a la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN), la Leche League International, Wellstar International, the Academy of Breastfeeding Medicine, entre otras y que tiene un status consultivo ante UNICEF y ante el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (ECOSOC). WABA ha llamado la atención mundial sobre este tema, haciendo hincapié en la necesidad de una respuesta crítica, comprometida, significativa y sostenida.

WABA recomienda por ello, evitar la explotación comercial que promueve la alimentación de sustitución con fórmulas infantiles. A la luz de los datos y evidencia existentes sobre la transmisión del VIH, a través de la leche materna insta a los países a revisar sus políticas de salud pública relacionadas con este tema.

Referencias y Bibliografía

1. OMS/ WHO – Nutrition -http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
2. Kramer M. et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial - A randomized trial in the Republic of

Belarus. Journal of the American Medical Association UK, 2001, 285(4): 413-420).

3. Proyecto Salud – Argentina – Julio 2015 - <http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/detalenot.asp?notid=7179>
4. UNAIDS Report 2013 - <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalreport2013>
5. La Prensa, Bolivia, 10/2/2015 - http://www.laprensa.com.bo/diario/actualidad/social/20150210/bolivia-enfrenta-el-vih-sida-con-sus-recursos_64504_107051.html
6. Pagina Siete – 2 Diciembre- 2014 - <http://www.paginasiete.bo/sociedad/2014/12/2/cada-ninos-madres-vih-tres-nacen-virus-39940.html>
7. Bolivia: Plan estratégico multisectorial respuesta Nal.l vih/sida- Ministerio Salud , 2013-2018

En La Paz (Bolivia), de cada 100 niños, hijos de madres con Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH), tres nacen, estimativamente, con el virus a consecuencia de que las progenitoras no saben que están infectadas.

8. De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, De Vincenzi I, Saba J, E Hoff, Alnwick DJ, Rogers M, N Shaffer, prevención de la transmisión madre-hijo del VIH en los países de escasos recursos; investigación traducción en políticas y prácticas. JAMA- USA- 2000; 283: 1175-1182
9. OMS 2010. Directrices sobre el VIH y la alimentación infantil. 2010. Principios y recomendaciones para la alimentación infantil en el contexto del VIH y un resumen de la evidencia. 1.Breast alimentar infecciones 2.Infant 3.HIV nutrición - en la infancia y la niñez. 4.HIV VIH - transmisión. 5.Brotes transmisión vertical - prevención y control. Fórmula 6.Infant. 7.Guidelines. Organización de la Salud I.World. ISBN 978 92 4 159953 5 información disponible en http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241599535/en/index.html
10. <http://www.waba.org.my/pdf/state-ment-WAD-2014-spa.html> Declaración WABA Día Internacional lucha contra SIDA 28 noviembre 2014 Malaysia-

11. WHO - Breast is always best, even for HIV-positive mothers – WHO Bulletin - Volume 88: 2010 Number 1, January 2010, 1-80 <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/>
12. Esther Jiménez – Universidad Complutense (Madrid) - 4ª Cumbre Mundial de Microbiota Intestinal para la Salud - Barcelona I (España) 14 - 15 de marzo, 2015 - La Vanguardia – España - <http://www.lavanguardia.com/ciencia/bacterias-leche-materna-infeccion-vih-microbiota-sistema-inmunitario.html>
13. George Kent - Mothering May 1999 - Jun99, Issue 94, p64- Hiv and Breastfeeding – USA - <http://www.virusmyth.com/aids/hiv/gkbreast.htm>
14. WHO Guidelines on HIV and

- infant feeding 2010 - Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence -http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/
15. WHO Guidelines on hiv and infant feeding 2010- [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/HIV_Framework_Final_2012%20low%20res%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/HIV_Framework_Final_2012%20low%20res%20(1).pdf)
 16. WHO 2015: <http://www.emro.who.int/nutrition/strategy/marketing-breast-milk-substitutes.html>

PARA MAYOR INFORMACION

- Justicia, Salud & Desarrollo (Bolivia)

- Movimiento por la Salud de los Pueblos (PHM Bolivia)
- Red Internacional de Grupos Pro Alimentación Infantil (IBFAN Bolivia)
- Llamada Global de Acción Contra la Pobreza (GACP Bolivia)
- Comité de Defensa Derechos del Consumidor (CODEDCO Bolivia)
- Red Docencia, Investigación y Extensión - América Latina (RED IDESAL Bolivia)
Fax: (591 2) 2228596 - 725 15932
E-mail: idesal.bolivia@gmail.com, oscarlvd@gmail.com
La Paz – Bolivia. ■

PROGRAMA BIOCULTURA

MADRID. Sábado 14 de Noviembre de 2015

15-16h. Vacunas para niños y adultos: beneficio o riesgo.

- ▶ Sr. Stefan Dehmelt (Médico. Madrid)

16-17h. Pediatría Natural Básica Higienista.

- ▶ Sr. Juan José Nuñez (Médico. Galicia)

17-18h. Mesa Redonda: “Familias y Vacunas: hacia la Libertad de Vacunación”.

- ▶ Sra. Pepa Recuero (Colaboradora Liga. Madrid)
- ▶ Sra. Cristina Triviño (Comadrona. Madrid)
- ▶ Presentación: Sra. Belén Igual (Médico. Madrid)

18-19h. Vacunas, Tóxicos y Resistencia bacteriana.

- ▶ Sr. Angel Reija (Biólogo. Segovia)
Autor de: “Guía para los padres que vacunan por primera vez”

19-20h. Presentación del libro “Los Peligros de la Vacunas en la Salud Pública”.

- ▶ Autor: Sr. Xavier Uriarte (Presidente LLV)

Organiza

Liga para la Libertad de Vacunación (LLV)

Coordinan

Sr. Angel Reija
Sra. Belén Igual

BioCultura
Feria de productos ecológicos
y consumo responsable 

El editor de la revista médica “The Lancet” acusa de fraudulentas a la mayoría de las investigaciones médicas publicadas



Autoría: Richard Horton, editor de The Lancet.

Fuente: <https://detenganlavacuna.wordpress.com/2015/07/15/editor>

Fecha de elaboración: 15 de julio de 2015.

En el Volumen 385 de la Revista *The Lancet*, del 11 de abril del 2015, venía una verdadera sorpresa. El Editor de esta prestigiosa revista médica, el Dr. Richard Horton, hace quemantes declaraciones.

Las impactantes afirmaciones hechas por el editor mundial de una de las más respetadas revistas médicas, *The Lancet*, han sido virtualmente ignoradas por los medios de comunicación.

El Dr. Richard Horton, editor en jefe de *The Lancet* publicó una declaración afirmando que una impactante cantidad de investigaciones publicadas son poco confiables en el mejor de los casos, si es que no completamente falsas o fraudulentas.

Richard Horton, editor de The Lancet escribe que más del 50% de las publicaciones médicas son falsas.

“Mucha de la literatura científica, quizás la mitad, podría ser simplemente falsa. Afectada por estudios con pequeños tamaños de muestra, diminutos efectos, análisis exploratorios inválidos y flagrantes conflictos de interés, junto con una obsesión de perseguir tendencias de moda de dudosa importancia, la

ciencia ha tomado un giro hacia la oscuridad”.

“La aparente endemicidad del comportamiento de la investigación es alarmante. En su búsqueda por contar una historia convincente, los científicos muy a menudo esculpen datos para que encajen en su teoría preferida del mundo o acondicionan hipótesis para que encajen en sus datos. Editores de revistas merecen su parte justa de la crítica también. Nosotros ayudamos y apoyamos las peores conductas. Nuestra aceptación al factor impacto que alimenta una competencia insana para ganar un lugar entre pocas revistas selectas. Nuestro amor por la ‘significancia’ contamina la literatura con muchas estadísticas de cuentos de hadas”.

Para establecer el punto en otras palabras, Horton afirma francamente que las principales empresas farmacéuticas falsifican o manipulan pruebas sobre la salud, la seguridad y la efectividad en sus diversos fármacos mediante toma de muestras demasiado pequeñas para ser estadísticamente significantes o contratando laboratorios de pruebas o científicos donde el laboratorio o el científico tiene descarados conflictos de interés tales como complacencia a



la empresa de fármacos para obtener posteriores subvenciones. Al menos la mitad de la totalidad de tales pruebas no tienen valor o son peores, afirma. Mientras los fármacos tienen un mayor efecto sobre la salud de los consumidores, la manipulación asciende a negligencia criminal y malversación.

Los estudios patrocinados por la industria de fármacos a los que Horton se refiere para desarrollar fármacos comerciales o vacunas para supuestamente ayudar a la gente, son usados para entrenar a personal médico, educar estudiantes médicos y poco más.

Horton escribió sus impactantes comentarios después de asistir a un simposio sobre reproducibilidad y fiabilidad de la investigación biomédica en el Wellcome Trust en Londres. (*Nota: El Wellcome Trust se auto-define como “una fundación sin fines de lucro dedicada a mejorar la salud

mediante el apoyo a mentes brillantes en ciencia, humanidades y ciencias sociales, y compromiso público”). Horton tuvo que respetar la confidencialidad y acatar las reglas de la “Casa Chatham”, donde a los asistentes se les prohíbe mencionar nombres:

“Mucho de lo que es publicado es incorrecto”. “No se me permite decir quién hizo esta observación porque se nos pidió observar las reglas de la Casa Chatham. También se nos pidió no tomar fotografías o diapositivas”.

Richard Horton es el Editor en Jefe de la revista “The Lancet” y Copresidente del Grupo de Revisión de expertos independientes (IERG) de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas de la Mujer y la Salud de los Niños, de la OMS. Es profesor honorario en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Lon-

dres, Universidad de Londres y Universidad de Oslo.

El Dr Horton se unió a The Lancet en 1990. Fue el primer Presidente de la Asociación Mundial de Editores Médicos y es el ex-Presidente del Consejo de Editores de Ciencia de EEUU. Es miembro de la Academia de Ciencias Médicas del Reino Unido y de la Universidad de Birmingham, y es socio principal del think-tank de políticas de salud del Reino Unido, el Nuffield Trust. El año 2011 fue elegido miembro asociado extranjero del Instituto de Medicina de los EEUU.

Richard Horton nació en Londres y es mitad noruego. Calificó en fisiología y medicina por la Universidad de Birmingham en 1986 y recibió doctorados honorarios en medicina en la Universidad de Birmingham, Reino Unido, y la Universidad de Umea, Suecia. Ha escrito dos informes para

el Colegio Real de Médicos de Londres: “Doctores en sociedad” (2005) e “Innovando en Salud” (2009), y es autor de “Guerras de Salud” (2003). Escribe regularmente para la Revista de Libros de Nueva York y el TLS.

Recibió la medalla de Edimburgo en 2007 y la medalla de Decano de la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins en 2009.

Referencias

- <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2815%2960696-1.pdf>
- <http://www.acmedsci.ac.uk/policy/policy-projects/reproducibility-and-reliability-of-biomedical-research/>
- http://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/members/horton/en/

European Forum for Vaccine Vigilance – EFVV

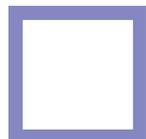
Encuentro Anual

Como todos los años se está preparando el encuentro anual de representantes de países miembros y entidades varias que se celebrará durante los días **22 al 25 de Octubre**.

Este año el país anfitrión es **Austria**. El encuentro tendrá lugar en la localidad de **Wolkersdorf, a 15 km de Viena**.

Para el día 24, sábado, a las seis de la tarde y abierta al público en general, el Dr. Loibner ofrecerá una conferencia con el tema: “¿Está llegando el fin de la era vacunal?”, finalizada la cual le será entregado el premio EFVV por sus extensos trabajos científicos sobre las vacunas.

MANIFIESTO EUROPEO CONTRA LA VACUNACIÓN OBLIGATORIA



Autoría: European Forum for Vaccine Vigilance – EFVV.

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

Fecha de elaboración: 25 de abril de 2015.

Doscientos ochenta millones de europeos disfrutaban de libertad informada de vacunación pero otros muchos no.

La vacunación es obligatoria en Bélgica, Bulgaria, República Checa, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Lituania, Macedonia, Malta, Polonia, Rumanía, Eslovaquia, Eslovenia y algunos más.

Apelamos a todos los europeos para unirnos en una demanda para una política de vacunación conjunta basada en la libertad de elección informada. Creemos que la vacunación obligatoria debe ser abolida porque:

1 Una vacunación obligatoria, con multas, ostracismo, juicios o sentencias de prisión por desobediencia, va en contra de los acuerdos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹ ya que es una violación de la dignidad humana y de la protección de integridad física.

*“Una resolución de la Corte Europea de los Derechos Humanos promulgada en 2002 expresaba que, como tratamiento médico involuntario, la vacunación obligatoria interfiere con el derecho a privacidad tal como garantiza el Art. 8 de la Convención Europea de Derechos Humanos y Libertades Fundamentales”.*²

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea³ provee en el artículo 3, sobre el Derecho a la integridad de la persona, que:

I. **Toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica.**

II. En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular: (a) el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas por la Ley⁴.

Además, la “**Convención sobre los Derechos del Niño**”, de las Naciones Unidas adoptada y abierta a la firma y ratificada por la Asamblea General en su resolución 44/25 del 20 de Noviembre de 1989, entrada en vigor el 2 de Setiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49⁵, declara en el artículo 6:

I. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.

II. Los Estados Partes garantizarán en la medida máxima posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

2 Las reacciones adversas a medicamentos (RAM), en el año 2008, resultaron ser la quinta causa más común de muerte hospitalaria en Europa⁶. En 2013, el Centro de Control UPPSALA de Seguridad del Paciente declaró que los ADR son la quinta causa de muerte en la UE⁷. La investigación revela una grave situación de la notificación de las RAM⁸ por lo que esta clasificación es probablemente mucho más

elevada. Teniendo en cuenta que las vacunas son un producto farmacéutico pero que no se han puesto a prueba con un placebo benigno, y los grupos de control no están incluidos en la fase de pruebas, las reacciones adversas han de ser objeto de divulgación y seguimiento activo. Por lo tanto, reiteramos nuestra exigencia de que todos los países introduzcan la **vigilancia obligatoria** de las vacunaciones de rutina⁹ y se sugiere que esto **ante su incumplimiento debería ser sancionado con multas.**

<http://anh-europe.org/news/european-patient-groups-call-for-mandatory-vaccine-surveillance-systems>

3 Según la Corte Suprema de EEUU “las vacunas son inevitablemente inseguras”¹⁰. Por tanto, la vacunación obligatoria implica que algunos niños sean dañados. Por lo tanto, los padres deberían estar capacitados y ser estimulados para tomar una decisión informada sobre sus hijos además de comprender la totalidad de riesgos que comporta vacunar o no vacunar. Cuando un niño sufre daños, la sociedad a través de demandas contra el fabricante de la vacuna, debería compensar y pagar por los cuidados de tal niño.

4 La opinión de que la salud pública necesita una vacunación obligatoria para obtener niveles consi-

derables de inmunidad de grupo debe ser cuestionada. No existe evidencia alguna que defina el nivel de inmunidad de grupo de las poblaciones vacunadas. La Organización Mundial de la Salud sugiere un 95%, nivel que tanto el Reino Unido como una gran mayoría de estados europeos han alcanzado con su sistema voluntario. Teniendo en cuenta que se puede obtener una cobertura del 95% a través de libertad paternal de elección, desafiemos la demanda que una política de vacunación obligatoria reduciría la carga que las enfermedades infecciosas ponen en la salud pública. Para la polio, por ejemplo, hay evidencia de todo lo contrario¹¹.

5 Tanto las autoridades como los individuos médicos y políticos y las compañías farmacéuticas que fabrican las vacunas no son totalmente responsables. Deberían ser obligados a proporcionar datos exactos e información a los pacientes, apoyar la elección informada y ofrecer transparencia sobre su política de vacunación. Estamos convencidos que la vacunación obligatoria nubla la conciencia de la necesidad de información para el paciente, reprime la elección voluntaria y puede llevar a políticas que no son transparentes.

“Si un médico prescribe una inmunización o vacuna sin seguir la ley del 2002 sobre los derechos del paciente, se responsabilizará personalmente por una actividad ilegal, con la responsabilidad adicional de constituir una ruptura en la ‘cadena de información’ explicada con gran detalle en las instrucciones del fabricante. El resultado es tal que cuando un médico inmuniza un niño y sus padres no reciben información sobre la composición, peligros, efectos secundarios y contraindicaciones médicas contra las vacunaciones, el médico viola la ley”¹².

Conclusión

Teniendo en cuenta el riesgo para el individuo y la falta de evidencia que demuestre que un niño vacunado está más sano, la

población europea debe tener la libertad de elección informada con respecto a la vacunación. De por sí, la vacunación obligatoria debe ser abolida en todos los países europeos.

Reiteramos que la vacunación/medicación obligatoria es una violación que va en contra de nuestros derechos humanos básicos.

Firmas

- Foro Europeo de Vigilancia de las Vacunas (<http://www.efvv.eu>)
- The Informed Parents (Padres Informados), R.U. (<http://www.informedparent.co.uk>)
- Martin J. Walker, escritor investigador (<http://slingshotpublications.com>)
- Dr. Xavier Uriarte Llorente, España
- Liga para la Libertad de Vacunación, España (<http://www.vacunacionlibre.org/nova>)
- Dr. Jayne Donegan, Reino Unido (<http://jayne-donegan.co.uk>)
- AEGIS Österreich, Austria (<http://www.aegis.at/wordpress>)
- Initiative Citoyenne, Bélgica (<http://www.initiativecitoyenne.be>)

Notas

- ¹ <http://www.ohchr.org/en/udhr/pages/introduction.aspx>
- ² Abogado Philippe A. P. M. Van Langendonck, The Protection of the Physical Integrity and the Principle of Inviolability of the Human Body Regarding Compulsory Vaccinations (La protección de la integridad física y el principio de inviolabilidad del cuerpo humano con respect a la vacunación obligatoria), document presentado al XIX Congreso Mundial de Ley Médica (Maceio, Brasil), Agosto 2012, pág. 3.
- ³ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:03:89:0403:ES:PDF>
- ⁴ Abogado Philippe A. P. M. Van Langendonck, The Protection of the Physical Integrity and the Principle of Inviolability of the Human Body Regarding Compulsory Vaccinations (La protección de la integridad física y el

principio de inviolabilidad del cuerpo humano con respect a la vacunación obligatoria), document presentado al XIX Congreso Mundial de Ley Médica (Maceio, Brasil), Agosto 2012, pág. 3.

⁵ <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

⁶ Arlett, Dr. Peter, La puesta en escena: Nueva Legislación Unión Europea de Farmacovigilancia, noviembre 2012, deslice 6

(http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Presentation/2013/01/WC500137839.pdf)

⁷ http://who-umc.org/DynPage.aspx?id=105196&mn1=7347&mn2=7489&mn3=7248&new_sid=11241

⁸ <http://www.cs.berkeley.edu/~daw/teaching/c79-s13/readings/Adverse-DrugReactions.pdf>

⁹ <http://anh-europe.org/news/european-patient-groups-call-for-mandatory-vaccine-surveillance-systems>

¹⁰ <http://www.law.cornell.edu/supct/html/09-152.ZD.html>

¹¹ Pilette, Dr. Jean, Nous te Protégerons (Nosotros te protegeremos), Edition de l’Aronde, 1997

¹² Abogado Philippe A. P. M. Van Langendonck, The Protection of the Physical Integrity and the Principle of Inviolability of the Human Body Regarding Compulsory Vaccinations (La protección de la integridad física y el principio de inviolabilidad del cuerpo humano con respect a la vacunación obligatoria), document presentado al XIX Congreso Mundial de Ley Médica (Maceio, Brasil), Agosto 2012, pág. 2. ■

COMUNICADO DE PRENSA

LA AGENCIA EUROPEA DEL MEDICAMENTO (EMA) RECIBE EN SU SEDE EN LONDRES A TRES ASOCIACIONES DE AFECTADAS EUROPEAS POR LA VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO Y LES SOLICITA INFORMACIÓN

LAS ASOCIACIONES EUROPEAS EXPRESAN SU PREOCUPACIÓN SOBRE EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LAS VACUNAS POR SU ESCASA AMPLITUD Y LENTITUD

LA PRESIDENTA DE LA AAVP, ALICIA CAPI-LLA, TRASLADA A LOS TÉCNICOS DE LA EMA LA DEJADEZ DEL MINISTERIO DE SANIDAD ESPAÑOL

Técnicos de la EMA explican a los representantes de tres asociaciones europeas de afectadas por la vacuna del papiloma el procedimiento de revisión que El Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo (PRAC) llevará a cabo sobre el síndrome de dolor regional complejo y el síndrome de taquicardia postural ortostática y su posible relación con la administración de estas vacunas.

Las asociaciones europeas, entre ellas la española AAVP (Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma Humano) expresan sus preocupaciones sobre este proceso de evaluación ya que

- Consideran que hay una infra notificación, debido fundamentalmente a que en muchas ocasiones los médicos no alertan a los sistemas de farmacovigilancia de sus respectivos países las reacciones adversas con la vacunación del VPH y la mayor parte de los ciudadanos no son conocedores de la existencia de este procedimiento.
- El no reconocimiento de los efectos adversos imposibilita la investigación y por tanto, no existen tratamientos para curar ni tratar el síndrome post Gardasil/Cervarix que muchas jóvenes padecen.
- Las afectadas muestran su perplejidad ante la negación de la existencia de efectos adversos producidos por las

vacunas del VPH –como reiterados expertos e incluso autoridades Sanitarias afirman en España- , y lo califican de “temeridad” y “falta de respeto” hacia las víctimas, así como derivar todas sus dolencias a problemas psicológicos. Afirman que los síntomas que estas jóvenes padecen son los que están recogidos en la base de datos de la EMA, en la ficha técnica y prospectos de los productos en ocasiones. Para las asociaciones de afectadas es una irresponsabilidad total que a día de hoy no se hayan encontrado tratamientos para los efectos adversos.

- También exponen su preocupación ante el número tan elevado de notificaciones 45.222 (32.876 Gardasil/ 12.346 Cervarix), sobre todo las que acabaron en muerte (311 Gardasil/ 41 Cervarix) y las notificaciones de enfermedades neurológicas ya que son las más notificadas (7.308 Gardasil/2.848 Cervarix) , por lo tanto estimamos que la revisión que va a realizar el PRAC debería incluir la revisión e investigación de estas notificaciones también.

Alicia Capilla, representante de la AAVP ha trasladado a los técnicos de la EMA la irresponsabilidad del Ministerio de Sanidad que se comprometió hace más de un año en volver a reunirse con dicha asociación para dar respuestas a todas las preguntas formuladas en dicha reunión, y el mal funcionamiento de la AEMPS. Considera que no están siendo transparentes a la hora de contestar las peticiones de la AAVP. A día de hoy todavía no han notificado el número de afectadas que hay en nuestro país.

Las asociaciones de afectadas valoran esta reunión de forma positiva ya que se han sentido escuchadas, pero a la vez han expuesto su preocupación por que el proceso de evaluación es lento y debería ser más amplio.

Los técnicos de la EMA solicitan información sobre las afectadas europeas, que las asociaciones deberán presentar el próximo 21 de septiembre, junto con todos los estudios e información que dispongan para incorporarla en este procedimiento de evaluación, así como todas aquellas peticiones que quieran exponer.

Alicia Capilla
Presidenta AAVP
www.aavp.es
asociacion.aavp@gmail.com
Contacto: 648180549

Modificación de las condiciones de prescripción y dispensación de la vacuna Bexsero: eliminación de la clasificación como de uso hospitalario

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Fecha: 23 de septiembre de 2015.

La vacuna Bexsero® (Meningitis B) de la Compañía Novartis Vaccines and Diagnostics S.r.l., se autorizó en la Unión Europea en enero del año 2013. Se trata de una vacuna inyectable indicada para la inmunización activa de individuos a partir de 2 meses de edad frente a la enfermedad meningocócica invasiva causada por *Neisseria meningitidis* serogrupo B.

La vacuna fue clasificada como medicamento de Uso Hospitalario en España en base a sus “características farmacológicas y por su novedad”. El titular de la autorización de comercialización ha presentado a la AEMPS nuevos datos de calidad y seguridad acumulados tras la distribución de más de 1.200.000 dosis de la vacuna en todo el mundo. Tras el análisis de estos datos se ha optado por cambiar su clasificación de medicamento de Uso Hospitalario a medicamento de prescripción médica no restringida.

Un aspecto relevante que recoge la ficha técnica y que hay que remarcar es el elevado porcentaje de lactantes y niños (menores de 2 años) que presentan fiebre tras la administración de la vacuna. De acuerdo con las indicaciones de la ficha técnica, con el objeto de reducir estos episodios de fiebre alta, se recomienda dejar un intervalo de al menos

dos semanas entre la administración de esta vacuna y las otras vacunas que se administran de manera sistemática siguiendo el Calendario de Vacunación Infantil (hexavalentes y antineumocócica conjugada). En caso de que se hagan coincidir las dos vacunaciones, se aconseja la administración profiláctica de paracetamol. A este respecto, una posible pauta es la administración de paracetamol a una dosis adecuada para el niño de forma profiláctica con las dosis de vacuna del primer año de vida (bien en el momento previo a la vacunación o inmediatamente después), seguida de dos dosis más de paracetamol con un intervalo de tiempo entre ellas de 4 o 6 horas. En todo caso, se recomienda seguir las recomendaciones del pediatra.

Igualmente, en la ficha técnica se indica que no existen datos de compatibilidad de la vacuna Bexsero® con las vacunas antimeningocócicas conjugadas frente a *N. meningitidis* serogrupo C, por lo cual se recomienda no administrarlas simultáneamente y dejar entre ellas un intervalo de al menos dos semanas.

La AEMPS recuerda la obligatoriedad de la notificación de las sospechas de efectos adversos tras la vacunación (tarjeta amarilla) de cualquier índole.

Ficha de la Vacuna de la Varicela

(Información de octubre de 2015)

1. Presentaciones

Actualmente existe como monovacuna y se conocen en el mundo bajo el nombre de Varilrix y Varivax o Provarivax (esta es la que se utiliza actualmente en España).

Se trata de vacunas con virus atenuados que se inyectan en una primera dosis y la segunda entre 4-8 semanas de la primera.

2. Componentes Conocidos

- Virus de la varicela atenuados (no indica en el prospecto con qué anestésicos) cuya cepa ha sido cultivada en células diploides humanas.
- Lactosa (32 mg.) o Sacarosa.
- Sorbitol (6 mg), Manitol (8 mg).
- Ácidos Aminados (6mg).
- Albúmina Humana (1.000microg).
- Gelatina hidrolizada.
- Urea.
- Cloruro de sodio y de potasio.
- L- glutamato monosódico.
- Fosfato de sodio y fosfato de potasio.
- Suero bovino de ternera.
- Trazas de Componentes residuales de células MRC-5, de ADN y de proteínas.
- Neomicina (25microg).
- Thiomersal (no indica en el prospecto).

3. Reacciones adversas postvacunales

- Reacciones en 1 de cada 10 dosis o niños vacunados: fiebre, infección respiratoria, hinchazón o edema en la zona inyectada, picor corporal, erupción cutánea, irritabilidad y varicela.
- De cada 10 dosis 7 niños pasarán la varicela dentro de los 42 días tras la vacunación.
- Reacciones en 1 de cada 100 dosis o niños vacunados: congestión nasal y ocular, broncorrea, dolor

en garganta, infección de oído, pérdida de apetito, vómito, dolor de estómago, diarrea, gripe, varicela, fiebre, urticaria, hiperpigmentación, dermatitis, cefalea, somnolencia, llanto, hormigueo, alteración del sueño, malestar en general, reacciones alérgicas con riesgo para la vida, hematomas, debilidad y fatiga.

- Reacciones en 1 de cada 1.000 o 1 de cada 10.000 dosis o niños vacunados: alteración de la coagulación y hemorragias, accidente cerebrovascular, pérdida de emociones, nerviosismo y agitación, convulsiones, alteración de la marcha, tortícolis, cambios en la temperatura corporal, edemas, infección respiratoria y pulmonar, dolor muscular, artritis, fotosensibilización, eccema, dermatitis, candidiasis, dolor de estómago.

4. Contraindicaciones

- Sensibilidad a alguno de los componentes o alergia manifiesta.
- Alteraciones en la sangre (coagulación y hemorragias, leucemia, linfoma).
- Cáncer activo.
- Tuberculosis activa.
- Proceso febril o gripal.
- Personas con deficiencia inmunitaria.
- Personas en tratamiento con corticoides e inmunosupresores.

Se deberá de evitar el embarazo en los 3 meses siguientes a la vacunación.

No se podrán tomar salicilatos o aspirina dentro de las 6 semanas posteriores a la vacunación.

4. Fabricantes

Sanofi Pasteur MSD y GlaxoSmithKline.

PROGRAMA BIOCULTURA

SEVILLA. Sábado 27 de Febrero de 2016

16-17h. ¿Qué son las Vacunas, cómo funcionan y cuáles son sus componentes más desconocidos?

- ▶ Sra. María Fuentes Caballero (Médica. Cádiz)

17-18h. ¿Qué pasa con las vacunas?

- ▶ Sr. Federico Sánchez (Asociación Afectados Vacunas) .

18-19h. Perjuicio o Beneficio: ¿vale la pena vacunarse en mujeres y hombres del Papiloma Humano?

- ▶ Sra. Carmen López (Médica. Sevilla)

19-20h. Estado actual de la Difteria en España: un viaje por la historia de la Difteria desde 1901 hasta el 2015.

- ▶ Sr. Xavier Uriarte (Presidente Liga)

Organiza

Liga para la Libertad de Vacunación (LLV)

BioCultura
Feria de productos ecológicos
y consumo responsable 

ASISTENCIA A ECOALTEA (Alicante)

La feria de las alternativas

17 – 18 de Octubre de 015

Con la colaboración de nuestro presidente como conferenciante también este año la Liga para la Libertad de Vacunación asistirá a este certamen. Para el sábado día 17 a las 13 horas hay anunciada la conferencia:

“Lo que NO nos han explicado de las Vacunas”

ACTIVIDADES DE LA LIGA EN MADRID DEL 13 AL 14 DE NOVIEMBRE 2015

A – CHARLA SOBRE VACUNAS EN ZARZALEJO

Día: Viernes 13 de Noviembre

Horario: a las 18h.

Lugar: por concretar

Título: "Lo que no nos han explicado de las Vacunas"

Ponentes: Sra. Belén Igual (Médica), Sr. Xavier Uriarte (Presidente LLV)

Coordinación: Sra. Pepa Recuero

Contacto: pepaestrella@hotmail.es

B – CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA EN VACUNAS

Día: Sábado 14 Noviembre

Horario: 10-14h.

Lugar: Centro Génesis (Madrid)

Temario:

- Funcionamiento de las Vacunas y sus Componentes.
- Efectos Adversos de las Vacunas.
- Higiene de las Enfermedades Infantiles más frecuentes.
- Vacunas de la Tosferina, Difteria, Pápiloma, Polio y Varicela.

Ponentes: Sra. Belen Igual (Médica), Sr. Xavier Uriarte (Médico)

Coordinación: Sra. Cristina Triviño

Contacto: crismatrona@gmail.com

C – ACTIVIDADES EN BIOCULTURA MADRID, Sábado 14 Noviembre

Ver información en la página 36.

redes



Red Española de Tratamiento Homeopático de Efectos Postvacunales

Dr. Jesús Albillo
Tel. 951 033 754
Málaga

Dr. Gerardo Angulo
Tel. 944 234 149
Bilbao

Dr. Pedro Arangüena
Tel. 986 416 321
Vigo

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

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

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

Carne Fradera
E-mail: carnefradera@yahoo.es
Tel. 972 268 168
Olot. Girona

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

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

Dra. Coro Goitia
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
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

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

Barco, Sónsoles
c/ Bolonia, 4 entlo. Dcha. 50008
Zaragoza

Baulés, Gemma
c/ Cartellà, 79 esc. A entlo. 4ª. 08031
Barcelona
Tel. 933400652
E-mail: gemmabaulies@gmail.com

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.

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

Fuentes, María
Apdo. Correos, 268. 11630. Arcos de la
Frontera. Tel. 956231211
E-mail: mariafuentes3@yahoo.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, 1ª. 48010. Bilbao
Tel. 944213499
E-mail: jtorrezabal@terra.es

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

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

Lérida, Gema
Murcia
Tel. 647797990
E-mail: gemalerida@yahoo.es

Lladó Sánchez, María José
(Psicopedagoga. Psicoterapeuta)
c/ Buen Suceso 32. 2º C (zona Arguelles)
Madrid. Tel. 677726207
www.acimut.org

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

Marenstrum
c/ Fontanella, 16. pral. 08010. Barcelona
E-mail: marenstrum@comb.es

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

Martínez, Jose
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

Morales, Carlos
E-mail: carloaugustomorales@hotmail.com

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

Núñez, Juan José (Médico)
Vigo. Pontevedra.
Tels. 986424152. 669126040

Paulin, Gunda (Homeópata)
Zamora (capital).
Tel. 622292629
E-mail: esenciameia@gmail.com

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

Peleteiro, Joaquín
c/ Poador, 53. 07340. Alaró
Tel. 971208766
E-mail: joaquinramonpe@yahoo.es

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

Ruz, Rocío
Sevilla
Tel. 954160885
E-mail: rociroz@gmail.com

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

Sagredo, Esther
c/ Zabálbaru, 4, 1º. 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

Ursa, Andrés (Médico)
Valladolid (capital)
Tel. 983308314

Villavicencio, Begoña
Tenerife
E-mail: hecate69@hotmail.com

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

EUROPEAN FORUM FOR VACCINES VIGILANCE (EFVV)

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

ALEMANIA

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

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

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

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

ARGENTINA

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

Eduardo YAHBES
www.librevacunación.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: aci@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.vaccinedamage-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_pesa@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@aavp.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)
Françoise JOËT
19, rue de l'Argentière, 63200 Riom
E-mail: info@alis.asso.fr
www.alis.asso.fr

Ligue Nationale pour la Liberté des Vaccinations
Jean-Marie MORA
BP 816, 74016 Annecy cedex
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.uk/JABS

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

GRECIA

Marianne et Christian DARLAGIANNIS
Vogatsiko-Kastoria
GRT. 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 SUNDOY
Grodemtunet 15
4029 Stavanger

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

NUEVA ZELANDA

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

PAISES BAJOS

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

Stichting Vaccinatieschade
www.vaccinatieschade.nl

PERÚ

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

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

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

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

SERBIA

Dragana 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 DECISIÓN VACUNAL – DIE IMPFENTSCHEIDUNG

Autor: Dr. med. Friedrich P. Graf

Editorial: Sprangsrade Verlag

Idioma: Alemán

Año: 2013

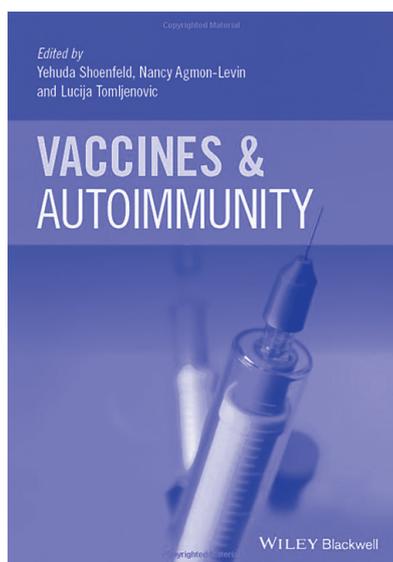
La obra standard con una detallada exposición de cada enfermedad, proceso con y sin vacunación, actualizada con informaciones sobre la Hepatitis B, FSME y otras.

El autor escribe: ¡ESTÁ CLARO: VACUNAR HACE ENFERMAR!

Esto también se ha tenido en consideración. Nada claro y sin posibilidad de discusión es sólo, cuánto. Los estudios de comparación entre vacunados y no vacunados podrían terminar con muchas y serias discusiones, pero unos no son de fiar y otros se ignoran. No se quiere saber nada. El programa vacunal podría desmoronarse a nivel mundial, aquí reside el peligro. Nadie sabe con seguridad lo que sucede después de la inyección vacunal y sólo se utilizan como estadística. El problema se agrava cuando determinados ojos y oídos permanecen cerrados ante las reclamaciones judiciales de las personas perjudicadas por las vacunas, ante una enfermedad grave no se consulta el carnet vacunal y en otros controles no se tiene en cuenta. Así funciona la ciencia moderna.

Para aumentar los beneficios sólo pueden ayudar la propaganda y las campañas de presión y miedo, de esta forma funciona el sistema, con cargo a la salud de la población.

Las vacunas son daños corporales, sobre los cuales, cada uno, para sí mismo y para los hijos, ha de tener el poder de decisión. Las inyecciones no se pueden hacer retroceder. Con lo que pasa después no tenemos demasiada influencia. Aquí se necesita tener información y no conformarse con la que ofrece el fabricante. Actualmente la precariedad de las informaciones es grande. En los casos de alergia, reuma y cáncer las vacunas no son útiles sino que perjudican y en parte son presuntamente responsables.



VACCINES AND AUTOIMMUNITY

Editors: Yehuda Shoenfeld, Nancy Agmon Levin, Lucija Tomljenovic

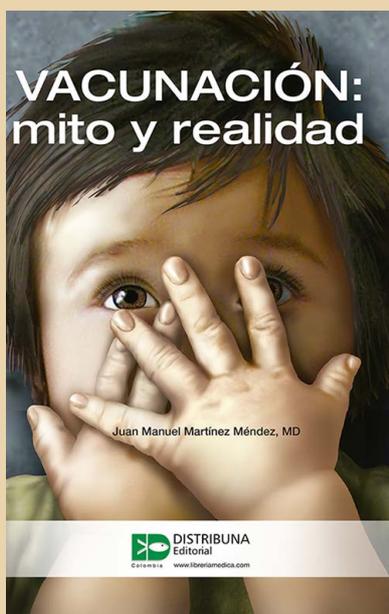
Editorial: John Wiley & Sons

Idioma: Inglés

Año: 2014

A la luz del descubrimiento del síndrome autoinmune inducido por adyuvantes, o ASIA, Vacunas y autoinmunidad explora el papel del aluminio como adyuvante específico en diferentes vacunas y cómo puede inducir a diversas manifestaciones clínicas autoinmunes en personas genéticamente propensas.

Vacunas y autoinmunidad se divide en tres secciones, la primera contextualiza el papel de los adyuvantes en el marco de la autoinmunidad, que cubre el mecanismo de acción de los adyuvantes, modelos experimentales de enfermedades autoinmunes inducidas por adyuvantes, infecciones, el síndrome de la Guerra del Golfo, el síndrome del edificio enfermo (SBS), vacunas seguras, peaje receptores –como TLRs en las vacunas, pesticidas como adyuvantes, aceite como adyuvante, mercurio, aluminio y autoinmunidad. La siguiente sección revisa la literatura sobre las vacunas que han inducido a condiciones autoinmunes como la triple vírica y el VHB, entre otros. La última sección cubre enfermedades en las que las vacunas se sabe que han abogado o influido, por ejemplo, el lupus eritematoso sistémico que si puede ser inducido por las vacunas de MMR, VHB, VHC, y otros.



VACUNACIÓN: MITO Y REALIDAD

Autor: Dr. Juan Manuel Martínez

Editorial: Distribuna

Transcribimos las propias palabras del médico colombiano Dr. Juan Manuel Martínez que estuvo con nosotros en la pasada edición de BioCultura Barcelona 2014:

“Vacunación, mito y realidad es el resultado de más de 18 años de investigación independiente. Comenzó como una inquietud acerca de los posibles efectos postvacunales cuando mi segunda hija estaba en gestación, las respuestas que obtuve no aclararon el panorama, la búsqueda intensa y sin descanso comenzó. Con el transcurso de los años, fui gratamente introducido a un vasto universo de información sobresaliente que cambió afortunadamente mi perspectiva como médico y como padre. El vacunar o no es finalmente una decisión familiar o en compañía, que nos obliga a indagar profundamente en nuestras creencias, conocimiento real, veraz y expectativas ante esta situación. Desastrosamente la idea de vacunar, está impregnada en nuestro inconsciente colectivo como una medida “segura, inocua, y esperada”, lo cierto es que la evidencia cruda que se repite día a día en las personas vacunadas nos muestra lo contrario. Para coadyuvar a disminuir e ilustrar, este estado de indefensión o vulnerabilidad sin saber qué hacer ante esta afrenta, he recopilado, escrito y actualizado este libro para compartir una precisa y elaborada información relevante tanto a lo que son las vacunas, sus efectos en la vida real y las alternativas para mitigar el sufrimiento innecesario. Se encuentran 8 anexos al final del mismo, que constituyen una valiosa ayuda a tener como recursos ante situaciones imprevistas y apremiantes. La vacunación es un acto médico pero su práctica escapa a esta definición, no hay consentimientos informados ni instrucción acerca de los efectos postvacunales deletéreos para la salud.

DOCUMENTACIÓN PLURAL-21	
VACUNAS: INDAGAR LA VERDAD	
INDICE	página
1-Cuacuatría conferencia del 12-6-15: "VACUNAS: ¿QUÉN OCULTA LA VERDAD Y QUIÉN LA BUSCA?"	1
2-Cuacuatría conferencia del 19-6-15: "LAS VACUNAS COMO EJEMPLO. Buscar o esconder la verdad"	1
3-Cuacuatría conferencia del 16-7-15: "Mis elementos para mostrar la verdad sobre las vacunas"	1
4-Los derechos del ciudadano a la información en vacunas. Cuacuatría de Distribuna por Vacunas, ASV	1
5-Carta de A. LAGA POR LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN (LLV) sobre el caso de difteria en Olot (14-6-15)	1
6-CDC (USA): "Vacuna contra difteria, tétanos y tosferina: la que usted necesita saber" (vídeos; compensación)	2
7-"Las vacunas constituyen un engaño intrínseco" (artículo sobre el informe de la Dra. Lucija Tomljenovic)	8
8-"No soy un fóbico antigénico. Una vacuna dejó tetrapléjico a mi hijo" (El Mundo, 9-6-15)	3
9-Tratamiento de Luis Gascó (Madrid) sobre su hijo Carlos, que quedó tetrapléjico tras vacunarse	2
10-Tratamiento de Federico (Málaga) por la muerte de su hijo Carlos tras vacunarse	3
11-Tratamiento de Ana Jiménez (Mérida) por la muerte de su hijo Iker tras vacunarse	3
12-"Razones para no dudar con jabón" (Carlos Álvarez-Bertrán, catedrático Salud Pública Universidad Alicante)	2
13-La paternidad de Andrew Wakefield (Joaquín Corral Blanco)	10
14-"Mitos y verdades sobre las vacunas" (Alan Phillips, abogado)	8
15-"El autismo: una neurotosis aún más peligrosa que el mercurio" (Dr. David Ayoub)	13
16-"¿Todas las vacunas son peligrosas?" (Dra. Suzanne Humphries)	2
17-Breve presentación de los dos importantes apartados del Dr. Andrew Wakefield (a.g.d.)	1
18>"Adán, Dr. Andrew: ¿Medidas? (1963-2013)" (Asociación "Distengas la vacuna", de Chile)	12
19-"Halo de 100 artículos aparecidos en revistas científicas sobre los peligros de las vacunas"	2
20-"Tendrían en tortante y aún hoy vacunados" (información injerencia y microbiología clínica, abril 2014)	1
21-"20 menores afectados por un lote de tetratrina en Vitoria" (Las Provincias, 9 mayo 2015)	1
22-"VACUNAS. Una reflexión crítica razonable" (Dr. Eusebio Costa, 15 junio 2015)	11
23-"¿El autismo sigue sobre el 'vacío de difteria' del caso de Olot?" (Dr. Eusebio Costa, 20 junio 2015)	8
24-Mitina inglesa desmentida tras tres años de juicio que las vacunas no son necesarias para la salud de un niño	10
25-"VACUNAS BUCAR LA VERDAD". Carta a las autoridades sanitarias	3
Total: 109 páginas	
Barcelona, 18 de julio de 2015 Tercera edición, ampliada y revisada	
PLURAL-21 c/ Cartagena, 230, 5º 1º, BCN 934501300 http://plural-21.org	

VACUNAS : INDAGAR LA VERDAD

Autores: Lluís Botinas y Antonio Tagliati

Año: junio de 2015

Contacto: Asociación Plural-21

E-mail: info@plural-21.org

www.plural-21.org

Es un Documento donde se recogen artículos actuales publicados en el mundo sobre vacunas y donde se expresan los familiares de los niños y niñas muertos por las vacunas.

También incluye una carta dirigida a las autoridades sanitarias en la que se pregunta sobre las deficiencias en el sistema español de vacunología. Es un esfuerzo loable llevado a cabo por la Asociación Plural-21.