

Primum Non Nocere

Boletín electrónico de la Liga para la Libertad de Vacunación

14

Febrero de 2023

Contenido

- 2 Hacia dónde van los Servicios de Farmacovigilancia en el Mundo
- 3 Poliomielitis: no se puede erradicar cuando se usan las actuales vacunas vivas que pueden revertir la virulencia
- 5 Malentendidos sobre la inmunidad de rebaño y la gestión de la pandemia
- 10 Cómo hacer trampa y mentir con la ciencia de las vacunas: una revisión del libro “Tortugas hasta el final”
- 17 La larga sombra de autoinmunidad de Gardasil confirmada, nuevamente, por un nuevo estudio
- 23 El Fallecimiento Posvacunal (FPV) en España
- 26 Vídeos Recomendados
- 26 Libros Recomendados
- 27 Actividades pasadas
- 28 Próximas actividades
- 29 Canal de noticias de Telegram de la Liga
- 29 Afíliate o dona a la Liga para la Libertad de Vacunación



Hacia dónde van los Servicios de Farmacovigilancia en el Mundo

En 1980 los países industrializados decidieron tomar alguna medida ante la explosión en el mercado del uso y consumo de productos de farmacia.

No había ninguna observación oficial hasta ese momento sobre el impacto de los fármacos entre la población en la fase de comercialización.

Se conocía que algunos fármacos eran útiles, otros ineficaces, otros perjudicaban y que otros mataban.

A lo largo de la década de los 80, coincidiendo con la formación de la Comunidad Europea y de las autonomías en España, se crean los Servicios de Farmacología con la vocación de transparencia hacia el ciudadano y hacia los profesionales de la sanidad a través de la declaración obligada de las reacciones adversas a los fármacos (RAF).

Esta declaración la puede realizar cualquier ciudadano o profesional y se hace a través de la tarjeta amarilla impresa o electrónica.

Cada autonomía tiene centralizada la declaración, en España en el Carlos III de Madrid y en la Comunidad Europea en Uppsala (Suecia).

Desde el año 2000 se sabe que este servicio oficial está infradotado e infrautilizado.

Declara el 1% de los acontecimientos adversos si nos referimos a fármacos y el 0'1% si nos referimos a vacunas.

Al principio la actividad comenzó con ganas e ilusión; progresivamente fue cambiando su función.

Actualmente es un ente administrativo preparado para rechazar el máximo posible de reacciones adversas a las vacunas.

Su función actual básicamente es desactivar y desacreditar a las asociaciones afectadas por las vacunas.

Ejemplos claros ocurridos en España a lo largo de estas décadas hacen referencia a la vacuna de la Tosferina en 1980, a la vacuna Hepatitis B en 1990, a la vacuna Triple Vírica y Papiloma en el 2000, a la vacuna de la Meningitis en el 2005, de la Gripe en el 2010 y a la vacuna Gripe Covid en el 2021.

La LLV mantuvo relación con los servicios de farmacología de España y Europa hasta el año 2006.

Nuestra recomendación actual se orienta hacia la desaparición de estos servicios totalmente controlados por la tendencia gubernamental farmacológica.

Junta Directiva LLV

Poliomielitis: no se puede erradicar cuando se usan las actuales vacunas vivas que pueden revertir la virulencia

31 de octubre de 2022

Autora. Dra. Meryl Nass. Médico e investigadora descubrió que la epidemia de Antrax fue debida a una guerra biológica. Asimismo, descubrió los peligros de la vacuna contra el Antrax

Fuente: https://merylnass.substack.com/p/polio-it-cant-be-eradicated-when?utm_source=post-email-title&publication_id=746368&post_id=81622816&isFreemail=true

Debido a que muchas personas continúan aumentando y arrojando poliovirus de cepa vacunal en las heces durante meses o años después, y algunas cepas eventualmente mutan para volverse peligrosas nuevamente.

Los CDC fueron muy cautelosos sobre sus planes para la vigilancia de aguas residuales después de que un joven en Nueva York desarrolló poliomielitis paralítica. Limitan esa vigilancia a las áreas alrededor de los brotes, dijo un portavoz de los CDC. ¿Por qué? Porque saben que encontrarán mucha poliomielitis en las aguas residuales de todo el país, y no quieren alertarnos sobre esto hasta que tengan una campaña de vacunación contra la polio o un medicamento para lanzar.

Hasta 12 meses después de que se llevara a cabo una campaña de vacunación oral contra la poliomielitis en Finlandia en 1985, 5 de las 93 muestras detectaron poliomielitis de [cepa vacunal en las aguas residuales](#). Los finlandeses dejaron de buscar después de 12 meses:

La eficacia de la campaña de vacunación con respecto a la eliminación de la cepa epidémica de tipo 3 se evaluó mediante un estudio de seguimiento sobre los virus en las aguas residuales que continuó durante 12 meses hasta la siguiente temporada prevista de poliomielitis. Se identificaron varios tipos de enterovirus, incluidas **cinco cepas de poliovirus relacionadas con la vacuna**, en las 72 muestras positivas para el virus **de las 93 estudiadas**. No se encontraron poliovirus de tipo salvaje, lo que indica el éxito de la campaña.

La mayoría de los casos de poliomielitis en el mundo se deben a cepas de vacunas. La poliomielitis "salvaje" o natural solo se encuentra en 2 países actualmente, Afganistán y Pakistán, mientras que los virus de la cepa de la vacuna están [causando poliomielitis en 30 países, incluso en Europa](#).

Con respecto al virus de la poliomielitis de Londres en las aguas residuales, la [revista Science](#) utiliza citas para pintar una imagen confusa.

Hay una asunción de que sí, la poliomielitis se encuentra intermitentemente en las aguas residuales cuando se comprueba, pero esta vez podría estar circulando entre las personas. Pero tal vez no. Pero, de todos modos, mantenga sus vacunas al día:

En el Reino Unido, el virus se detectó en muestras tomadas entre febrero y junio...

Tales rastros de aguas residuales generalmente desaparecen de nuevo con bastante rapidez. Esta vez, el virus continuó apareciendo en Londres durante varios meses, y varias versiones estrechamente relacionadas del virus aparecieron en muestras recientes. Los cambios genéticos sugieren que el virus continúa evolucionando, una señal de que puede estar propagándose en un pequeño número de personas.

*Joseph Swan, **un oficial de comunicaciones contra la poliomielitis** de la OMS, dice que es poco probable una propagación más amplia, dada la cobertura de vacunación generalmente alta en el Reino Unido, que como la mayoría de los países ricos usa múltiples dosis de una vacuna de virus muertos. Y enfatiza que aún no hay evidencia directa de que el virus se esté propagando de persona a persona. Pero los funcionarios están alentando a las personas a verificar que ellos y sus hijos hayan recibido todas las dosis recomendadas de la vacuna.*

*Los funcionarios en Londres están tomando ahora muestras en los sistemas de alcantarillado de aguas arriba de la planta de tratamiento de Beckton, para ver si pueden reducir la fuente del virus y tal vez dirigir las campañas de **vacunación** con mayor precisión.*

La OPV [vacuna oral contra la poliomielitis] que trajo el virus tanto al Reino Unido como a Israel tiene ventajas en las regiones donde el poliovirus se está propagando. No solo es barato y fácil de administrar, sino que también el virus vivo en la vacuna aún puede replicarse en un receptor, lo que desencadena una fuerte protección inmune en el intestino que puede detener la transmisión del virus, ayudando a aumentar las defensas de la comunidad contra futuros brotes. Y aunque ocasionalmente evoluciona para recuperar su virulencia, los funcionarios de salud están comenzando a implementar una forma más estable de OPV que esperan reduzca el riesgo de estas reversiones.

Las vacunas contra la poliomielitis "Salk" del mundo desarrollado no son tan efectivas como las vacunas orales "Sabin", más baratas, vivas y mutables utilizadas en los países más pobres. Pero las vacunas Sabin hacen que algunos receptores, y algunas personas expuestas a aguas residuales, desarrollen poliomielitis, por lo que fueron prohibidas en los Estados Unidos en 1999.

¿Por qué la OMS necesita un oficial de comunicaciones sobre la poliomielitis para proporcionar la única narrativa sobre la poliomielitis?

Creo que la revista Science nos acaba de decir, leyendo entre líneas, que las vacunas vivas contra la poliomielitis causan infecciones que se propagan de persona a persona, ciertamente en áreas con alcantarillas abiertas. No usaron el término "vacuna auto-propagada", pero eso es exactamente lo que querían decir.

Se han estado desarrollando vacunas COVID auto-propagadas y replicantes. La revista Science publicó un [artículo](#) en enero sobre tales vacunas, titulado “**Erosionando las normas sobre la liberación de virus auto-propagantes**: la arriesgada investigación sobre los virus de auto-propagación modificados en laboratorio aún tiene que demostrar caminos creíbles hacia las ventajas” por Filippa Lentzos et al.

Tal programa podría eliminar tu derecho a dar tu consentimiento para la vacunación. Guarda este concepto en el fondo de tu mente. Esto es sólo una cosa más que la nueva normalidad tiene bajo la manga.

Malentendidos sobre la inmunidad de rebaño y la gestión de la pandemia

Autor: José Ramón Loayssa. Médico de familia

Fuente: <https://saludinerop.blogspot.com/2022/12/malentendidos-sobre-la-inmunidad-de.html?lr=1>

La inmunidad de “rebaño” o colectiva frente a la Covid ha sido un concepto clave desde el principio de la pandemia. Las incomprensiones respecto de su naturaleza, alcance e implicaciones han estado detrás de los errores de la gestión mayoritariamente adoptada por los gobiernos. Cuando las vacunas hicieron su aparición, se vendió la idea de que tras vacunar a un cierto porcentaje de la población, la pandemia se detendría y el virus desaparecería para siempre. Eso revelaba una incomprensión de las propiedades de las vacunas disponibles y de las características del SARS-CoV-2. Antes de que la inmunidad colectiva

llegara a ser vista como un umbral de eliminación que justificaba la vacunación masiva frente a dicho virus, se consideraba que este tipo de inmunidad solamente explicaba el motivo porqué las epidemias disminuyen al reducir, sin eliminar por completo, el riesgo de infección y limitan el crecimiento epidémico sostenido tipo exponencial.



Desde hace décadas se entiende la inmunidad de rebaño como la formación de una resistencia heterogénea entre la población que ayudaba a restringir la propagación de algunas enfermedades infecciosas [\(aquí\)](#). Se trata de un concepto que no implica la no aparición de nuevos brotes epidémicos y, en el caso de la mayoría de los virus, tampoco evita que las personas que han pasado la infección se re-infecten de nuevo al cabo de un tiempo [\(aquí\)](#).

Solamente tras la infección de algunos virus como el sarampión se produce una inmunidad permanente que su vacuna, que además de ser esterilizante y capaz de evitar la transmisión, tiende también a producir. El SARS-CoV-2 no se parece desde el punto de vista epidemiológico ni biomolecular al virus del sarampión. Su comportamiento poblacional se parece al de la gripe que ocasiona epidemias estacionales y, de forma ocasional y coincidiendo con mutaciones antigénicas mayores, pandemias más virulentas. Pero, de hecho, todos los brotes epidémicos gripales se extinguen, debido fundamentalmente a la inmunidad colectiva que ralentiza la transmisión y hace que los contagios nuevos descendan, y el número de infecciones disminuya progresivamente hasta unos niveles no significativos. Una onda epidémica gripal requiere que en la población no exista un alto nivel de inmunidad para hacer su aparición y propagarse, hasta que el nivel de inmunidad colectiva alcanza un dintel que limita la propagación del virus. El comportamiento del virus gripal, con excepciones cuando se produce un cambio antigénico mayor, es similar también a los llamados virus catarrales entre los que se encuentran algunos coronavirus. Las ondas epidémicas de todos estos virus se producen cuando la resistencia de la población disminuye y se acaban cuando esa resistencia aumenta, fundamentalmente porque los infectados que no fallecen quedan inmunizados. Todo ello implica que la inflexión, la caída de una curva epidémica previamente ascendente, se produce antes de que todos los individuos de una población hayan sido expuestos e infectados [\(aquí\)](#).

A pesar de que la pretensión de que se podría acabar con la Covid-19 mediante la inmunidad colectiva producida fundamentalmente por la administración de las vacunas disponibles era totalmente infundada, se mantuvo durante meses. Al mismo tiempo se despreciaba el efecto de la inmunidad natural producida por la propia infección también sin ningún fundamento científico [\(aquí\)](#). Una vez establecida la deficiente efectividad de la vacuna inicialmente para prevenir la infección, y luego para evitar de forma amplia la enfermedad incluso grave [\(aquí y aquí\)](#), no se ha producido una autocritica clara de los que defendían lo contrario. Ha sido una actuación fraudulenta con graves consecuencias, entre otras razones, por la cuestionada seguridad de las vacunas y sus notables efectos secundarios, que hubiera exigido una evaluación costo beneficio cuidadosa [\(aquí\)](#). Las responsabilidades de semejante desastre no han sido depuradas y, por razones que escapan al objetivo de este texto, la población se ha mantenido pasiva en cuanto a su exigencia. Es preocupante la ausencia de balances serios de las estrategias seguidas, no tanto como ejercicio de salud democrática y de respeto al debate científico, sino porque las concep-

ciones que fundamentaban las políticas aplicadas, como la incomprensión de la inmunidad de “rebaño”, no se han corregido de forma explícita.

La inmunidad de “rebaño”, aun tratándose de un fenómeno a considerar, no iba a suponer el fin de la Covid-19 ni a través de la infección natural ni mucho menos mediante vacunas no esterilizantes y de limitada y breve efectividad. Eso no significa que como se sabe desde hace décadas ([aquí](#)), la inmunidad colectiva debe informar la estrategia frente a las Epidemias/Pandemias, para ayudar a limitar su alcance y consecuencias. Sin embargo, el debate sobre la inmunidad de rebaño y su papel en relación con la pandemia de Covid-19 ha sido tergiversado y manipulado. Tan ha sido así, que defender que la inmunidad natural generada por la propia infección era un elemento esencial con el que contar en la gestión de la pandemia, se convirtió en una apuesta inmoral. Se ha considerado que defender esa postura equivalía a despreciar los daños de la infección, especialmente la mortalidad asociada a ésta y, por lo tanto, una suerte de darwinismo social. Por parte de los gobiernos, se ha presentado a muchos de los críticos con su gestión de la pandemia casi como “psicópatas” y, falsamente, se dijo que defendían el no hacer nada para controlar la pandemia y dejar que el virus se propagara libremente. Sin embargo, estos críticos solo manifestaban que la inmunidad natural generada por la infección debía ser tomada en cuenta para conseguir el enlentecimiento de la propagación viral, en primer lugar, y posteriormente el paso a una fase de endemia con brotes periódicos. Los defensores de esta idea consideraban ésta la única alternativa factible pues la epidemiología y clínica del virus y las limitaciones de las vacunas disponibles hacían prácticamente imposible el éxito de la estrategia “Zero Covid”. Frente a esto se alzó una visión que consideraba que la única manera de conseguir la inmunidad de rebaño era mediante la vacunación universal periódica ([aquí](#)).

Frente a la imposibilidad real de erradicar al virus y abortar la pandemia, aquellos que propusieron una estrategia basada en la protección selectiva de los vulnerables mientras se conseguía la suficiente inmunidad colectiva fueron acusados de defender estrategias eugenésicas ([aquí](#) y [aquí](#)). Sin embargo, ha sido el vano intento de evitar lo inevitable, la infección de la mayoría de la población por el SARS-CoV-2, una de las razones que explica que estemos ante una pandemia extraordinariamente prolongada y que se esté experimentando una endemización desfavorable que conlleva un costo no despreciable en términos de enfermedad y muerte. Multiplicar las dosis de recuerdo para superar la limitada efectividad vacunal ante un virus con una notable capacidad de mutación, es otra aberración ya que implica ignorar las características y el funcionamiento del sistema inmunitario humano. Es una insensatez que sigue a la que supuso la aplicación de estrategias de supresión frente a las centradas en la mitigación, un error que ha tenido un enorme costo y que no estaba justificado en ningún momento, porque dejaban de lado los conocimientos que disponíamos desde el principio de la pandemia ([aquí](#)).

Curiosamente, más consistente con la ciencia eran las posturas defendidas al inicio de la Pandemia en algunos países como el Reino Unido, por parte de algunos profesionales en puestos de responsabilidad sanitaria como Patrick Vallance. Este argumentó que era necesario disminuir la velocidad de propagación (aplanar la curva) y proteger a los débiles hasta que hubiera niveles suficientes de inmunidad colectiva. Salvo en Suecia, todos esos expertos fueron dimitidos en todos los países acusándoles falsamente de que preconizaban “no hacer nada”. Cuando aparecieron las vacunas actuales, la idea de que la propagación del virus era evitable se reforzó y se generalizó. La catástrofe consiguiente no ha servido para cuestionar esa postura, del mismo modo que el fracaso y los enormes costos de los confinamientos y otras medidas restrictivas, no han producido ninguna autocritica entre sus defensores más ardientes. Solamente algunos científicos como Vinay Prasad han reconocido su error.

La inmunidad colectiva y su capacidad para frenar una epidemia de una enfermedad como la Covid-19, con un espectro clínico muy polarizado y una población vulnerable definida y limitada, teóricamente permite definir una estrategia basada en la protección de la población vulnerable durante las ondas epidémica, sin impedir su propagación en la población con riesgo muy bajo de mala evolución y cuya infección e inmunidad subsiguiente, facilitaría el declive de la onda epidémica aunque el virus no desapareciera y circulara a bajas tasas produciendo casos esporádicos. En realidad, la circulación de los gérmenes a niveles bajos no es necesariamente negativa ya que podría producir reinfecciones leves periódicas que refuerzan la inmunidad ([aquí](#)). Hay un factor adicional a considerar: la inmunidad cruzada con gérmenes similares y el papel de la infección como posible entrenamiento general del sistema inmunitario. Ya hemos visto en la covid19 que la infección natural era más protectora que las vacunas frente a la reinfección en general ([aquí](#)) y sobre todo frente a nuevas variantes ([aquí](#)). Nadie ha demostrado que sea bueno mantener al ser humano en un ambiente aséptico. Es más, podría tener un importante impacto

negativo. Gran parte de la inmunidad se basa no tanto en anticuerpos y células de memoria específicas frente a un germen, sino al reconocimiento de patrones moleculares como extraños y “peligrosos”. En los niños, las infecciones repetidas de virus respiratorios pueden jugar un papel esencial no solamente para proteger frente a esas enfermedades más adelante en la vida sino para desarrollar un potente sistema inmunitario. Habría que ser más cautos con intervenciones cuyas repercusiones pueden ser amplias y duraderas, el caso de las hepatitis graves registradas en niños cuya causa puede estar relacionada con la exposición a un adenovirus habitual, debería servir de alerta ([aquí](#)). Intentar impedir las infecciones habituales puede conducir a su mero retraso en el tiempo o que éstas se produzcan en condiciones más desfavorables por contactos potencialmente más peligrosos. Los niños se benefician de tener sus primeros encuentros con muchos virus a temprana edad, en la que pueden enfrentarse a ellas de forma más eficaz que posteriormente.

La menor susceptibilidad a una enfermedad infecciosa en una población depende de la inmunidad colectiva específica directamente relacionada con el número de sujetos inmunes por contacto con el virus y/o vacuna, pero éste no es el único factor. Hay que volver a recordar que la inmunidad de rebaño por la inmunidad específica producida por la infección natural no es la única protección que los individuos tienen frente a los gérmenes, la inmunidad natural inespecífica representa una protección excepcional para los individuos individualmente ([aquí](#)) y, por lo tanto, en el impacto que una epidemia tiene en una población, aunque su influencia en la propagación puede ser contradictoria. De un lado, y siempre en una enfermedad de transmisión aérea, podría limitar la velocidad de extensión de una enfermedad en el caso de que la mayoría de las personas infectadas fueran capaces de bloquear y eliminar el virus de forma rápida y drástica. Sin embargo, podría favorecer su propagación si la reacción inmunitaria es suficiente para limitar los síntomas en el sujeto, incluso para impedir cualquier síntoma, pero insuficiente para bloquear la transmisión o contagio del virus que podría incluso aumentar, al llevar una vida activa el sujeto asintomático pero contagioso.

En todo caso, promover una comunidad con individuos con poca susceptibilidad a la enfermedad de forma inespecífica debe ser un objetivo prioritario de cualquier política de salud ([aquí](#)). Esto implica, sobre todo, incidir en las condiciones de vida y trabajo sin olvidar los estilos de vida. Eso supera tanto la idea de inmunidad adquirida como natural e implica apostar por una fortaleza biológica general. No voy a extenderme en esta cuestión, pero para entender las graves consecuencias que ha tenido la pandemia de covid-19 hay que considerar que la salud de la población en los países más afectados estaba influida por su mayor prevalencia de enfermedades crónicas y por un estilo de vida repleto de factores de riesgo. No quiero dejar en el tintero la idea de que en la propagación de la pandemia inciden factores medioambientales y los contextos físicos de las relaciones entre sujetos que pueden favorecer o disminuir la transmisión y la dosis viral que se recibe. En suma, se trata de poner la salud en el centro y no la lucha contra la enfermedad como defienden las políticas progresistas e innovadoras de Salud Pública.

Cómo hacer trampa y mentir con la ciencia de las vacunas: una revisión del libro “Tortugas hasta el final”

Autor: Dr. William H. Gaunt, NMD

Fuente: <https://www.ageofautism.com/2022/12/how-to-cheat-and-lie-with-vaccine-science-a-review-of-turtles-all-the-way-down.html>



[Turtles All the Way Down: Vaccine Science and Myth](#) se publicó por primera vez en Israel a principios de 2019. Fue escrito en hebreo. Ahora se ha publicado en inglés. Los autores son anónimos porque los médicos y científicos que cuestionan la veracidad de la agenda de vacunas son vilipendiados. **Este es el libro más importante jamás escrito sobre vacunas.** Fue escrito antes de la Covid. Las vacunas Covid-19 no están cubiertas en este libro. Lo que este libro muestra es evidencia clara y convincente de hacer trampa y mentir con las vacunas en el calendario de los CDC para niños. Fue escrito, ante todo, para progenitores y futuros progenitores. También es una herramienta para todos los demás que quieren saber la verdad sobre las vacunas. En la introducción de la página 29, los autores afirman: "Si eliges continuar leyendo, tendrás que reunir el coraje requerido para un viaje al otro lado de la realidad, coraje para enfrentar nuevos hechos y examinarlos objetivamente, coraje para hacer preguntas difíciles cuando se espera que simplemente obedezcas, y coraje para mantenerte firme frente a la presión de la familia, amigos, médicos, funcionari-

os del gobierno y lo que probablemente se sentirá de todos los demás". Si estás listo para este desafío, sigue leyendo.

Los ensayos de seguridad de la vacuna para cada vacuna en el calendario de los CDC son fraudulentos

En la página 37, los autores dejan esto claro: "Los ensayos clínicos de vacunas están manipulados para ocultar su verdadera (y alta) tasa de efectos secundarios, lo que significa que la afirmación ancestral del establecimiento médico de que las vacunas son seguras no tiene base científica". Esta es una afirmación seria y los autores la respaldan con evidencia sólida como verá.

¿Cómo hacen trampa exactamente?

Un ensayo de seguridad válido debe comparar un Grupo Experimental que recibe la vacuna con un Grupo de Control que recibe un placebo Inerte (que es inofensivo). Si los ensayos se realizan de esta manera y el grupo de la vacuna tiene más eventos adversos (lesiones y muertes) que el grupo de control, esas reacciones adversas pueden atribuirse a la vacuna que se está probando. Con el fin de ocultarlas, los ensayos ahora se arreglan para que el "grupo de control" reciba una vacuna diferente en lugar de un placebo inerte. El resultado es que ocurre un número similar de reacciones adversas (RAV) en ambos grupos porque una vacuna tóxica se está comparando con otra vacuna tóxica. Luego, se afirma que la vacuna que se está probando es segura. Hacer pruebas de seguridad de esta manera es inteligente, pero es claramente tramposo. En la página 52, los autores afirman: "Los ensayos de vacunas en general y los ensayos de vacunas infantiles específicamente, están diseñados a propósito para ocultar la verdadera incidencia de RAV de la vacuna que se está probando».

Un ejemplo de pruebas fraudulentas de seguridad de las vacunas:

En un ensayo de seguridad para la nueva vacuna DTaP (difteria, tétanos y tos ferina), el "grupo de control" recibió la vacuna DTP más antigua. 1 de cada 22 sujetos en el grupo experimental enfermó tanto que tuvieron que ser hospitalizados. También se informó una tasa similar de hospitalización en el grupo de control. Este ensayo no muestra que la vacuna DTaP sea segura como se afirma. Una interpretación más lógica sería que la vacuna DTaP y la vacuna DTP más antigua tienen una alta tasa de RAV que causaron que un número significativo de niños fueran hospitalizados. Hacer este ensayo de seguridad con un grupo de control que recibió un placebo inerte habría demostrado claramente que la vacuna DTaP no es segura. Los autores describen este ensayo de seguridad en la página 78.

Por qué los CDC no evitan estos engaños

“La captura regulatoria” se produce cuando una industria obtiene el control de la agencia gubernamental que la regula y se supone que protege al público. Esto se ha logrado con los CDC y otras agencias. Después de ser “capturados”, funcionan para promover y proteger la industria en lugar de proteger al público. Esta situación está muy extendida en muchas industrias. El CDC está firmemente del lado de las grandes farmacéuticas y las compañías de vacunas.

Imagina que eres un científico en una universidad importante

Digamos que obtiene una subvención multimillonaria para probar la seguridad de una nueva vacuna. Si haces un ensayo de seguridad y descubres que esta vacuna causa RAV graves y publicas esa conclusión, ¿cuáles crees que serían tus posibilidades de obtener otra subvención multimillonaria en el futuro? Probablemente, casi ninguna. Hay mucho dinero en juego y existe una gran presión para concluir que las nuevas vacunas son seguras independientemente de los hechos.

¿Cuál es la conclusión para el capítulo uno?

Un resumen del capítulo uno aparece en las páginas 81 y 82: “Los ensayos de vacunas están diseñados y realizados de tal manera que aseguran que el verdadero alcance de las RAV se oculte al público. No existe una sola vacuna en el programa de vacunación infantil de rutina de los Estados Unidos cuya verdadera tasa de RAV se conozca. La afirmación de que las vacunas causan efectos secundarios graves en “una en un millón” de vacunas ignora los resultados de numerosos ensayos clínicos en los que se informaron de RAV graves en 1 de cada 40, 30 o incluso tan solo 20 bebés vacunados.

VAERS es deficiente por diseño

VAERS es el Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas. ¿Por qué detecta solo entre el 1 y el 10 por ciento de las lesiones por vacunas? Una razón es que la mayoría de los padres desconocen por completo que pueden informar directamente de las RAV de salud, posteriores a la vacunación de sus hijos. Otra razón es que los profesionales médicos sólo informan una pequeña fracción de las lesiones causadas por vacunas y no hay consecuencias por no informar. En un estudio financiado por el gobierno, el investigador Ross Lazarus y su equipo desarrollaron un sistema que indicaría automáticamente una probable lesión por vacuna. Este sistema identificaría un porcentaje mucho mayor de lesiones por vacunas. El CDC rechazó este sistema más eficiente. ¿Quién se beneficia cuando sólo se informa un pequeño porcentaje de lesiones y muertes por vacunas? El sistema actual sólo ayuda a per-

petuar la falsa narrativa de que las RAV de la vacuna son muy raras. Los autores comentan en la página 125: "Las autoridades de salud parecen bastante cómodas con los sistemas de informes deficientes y poco confiables por diseño, cuyos datos no pueden usarse para desafiar su mensaje de 'Las vacunas son seguras', como lo ejemplifica el CDC que inexplicablemente bloquea un proyecto financiado por el gobierno para mejorar el VAERS ". Los CDC no quieren que VAERS sea más eficiente en la detección de lesiones y muertes por vacunas. Recuerde la "captura regulatoria".

Ciencia deliberadamente sesgada

Al comienzo del capítulo 5, los autores afirman: "En este capítulo veremos cómo los organismos médicos y científicos hacen uso de la investigación epidemiológica sesgada para presentar una ilusión de seguridad de la vacuna al público... Surge una imagen coherente de un proceso deliberado y sistémico utilizado para generar un complejo de investigación científica engañosa diseñada para encubrir la verdad sobre la seguridad de las vacunas". En las páginas 162-199, los autores proporcionan un análisis detallado de cinco estudios de vacunas "manipulados". Los detalles de estos estudios son demasiado voluminosos para ser incluidos en este artículo, pero se alienta a los lectores interesados a leer sobre estos estudios para ver cuán sesgada y deshonestamente puede ser la ciencia de las vacunas. Los autores describen estos estudios como ciencia profundamente defectuosa y engañosa que sirve a los intereses creados de los financiadores de las revistas médicas (big pharma) en las que se publicaron en lugar de la verdad. En las páginas 191-192, afirman: "La pregunta obvia, entonces, es ¿cómo este quinteto de estudios deliberadamente defectuosos logró superar ese riguroso proceso de selección [revisión por pares]? ¿Por qué y cómo prestigiosas revistas como NEJM [New England Journal of Medicine] y Pediatrics publicaron estudios con fallas tan evidentes? ¿Por qué las principales revistas médicas pondrían en riesgo su reputación ganada con tanto esfuerzo al publicar investigaciones defectuosas? Parte de la respuesta es que las grandes farmacéuticas son bastante poderosas y generalmente obtienen lo que quieren. ¿No es esto hacer trampa y mentir?

¿Por qué son tan populares los estudios epidemiológicos?

En el resumen del capítulo 5 en las páginas 198 y 199, los autores responden a esta pregunta: "Los estudios epidemiológicos son la herramienta elegida por las autoridades sanitarias y las compañías farmacéuticas para mantener una fachada de ciencia de seguridad de las vacunas. Son baratos, relativamente sencillos de realizar, y, sobre todo, sus resultados son fácilmente manipulables... ¿Esperaría que las compañías farmacéuticas y las agencias gubernamentales financiaran estudios de seguridad de vacunas que potencialmente podrían encontrar fallas graves en las vacunas que fabrican, licencian y recomiendan al público?

Estudios que los CDC y las grandes farmacéuticas nunca financiarán

Los estudios vacunados vs no vacunados (estudios de VU) aparentemente nunca serán financiados a pesar de que los padres exigen estos estudios durante más de 30 años. Imagine un gran estudio que comparara niños completamente vacunados con niños nunca vacunados. ¿Por qué se evitan tales estudios como la peste? Respuesta: Los resultados mostrarían que los niños completamente no vacunados son mucho más saludables que los niños completamente vacunados. En las páginas 206 y 207, los autores abordan esta cuestión: "...nunca se ha estudiado el impacto general en la salud de administrar rutinariamente un número cada vez mayor de vacunas a los bebés estadounidenses. En otras palabras, la pregunta fundamental que molesta a todos los padres informados sobre la vacuna: "¿Será mejor que mi hijo esté completamente vacunado, parcialmente vacunado o no vacunado?", Nunca ha sido respondida adecuadamente por la ciencia. El establecimiento médico nunca ha realizado ningún estudio que compare la salud general de los niños vacunados con la de los niños no vacunados". [Algunos estudios de VU no mencionados en este libro han sido financiados con fondos privados y publicados en revistas científicas menos conocidas. Si hace clic en este enlace: [Artículo 1](#), será teletransportado instantáneamente a través de un agujero negro a mi artículo titulado "Los niños no vacunados son más saludables". Usted verá que los niños no vacunados en estos estudios son sustancialmente más saludables que los niños vacunados. Disfrútalo.] Si las autoridades que controlan el dinero para la investigación de vacunas quisieran resolver la acusación de que "las vacunas causan autismo", financiarían un estudio de VU. ¿Qué grupo tendría una tasa mucho más alta de autismo?



Autismo en niños vacunados versus no vacunados

En la página 209, los autores describen el triste estado de la investigación del autismo: "En los últimos 15 años, se han realizado docenas de estudios epidemiológicos que examinan la asociación entre las vacunas y el autismo, pero ni siquiera uno comparó la tasa de autismo en niños completamente vacunados versus niños completamente no vacunados. A pesar del hecho de que el autismo se ha convertido en una enorme carga social y financiera para la sociedad estadounidense, el establecimiento médico de los Estados Unidos ha rechazado obstinadamente cada oportunidad de profundizar en sus causas fundamentales mediante la investigación de las tasas de autismo en poblaciones no vacunadas. Estas son algunas de las situaciones que han sido ignoradas en lugar de investigadas: (1) En 2005, Dan Olmsted descubrió que la gran población Amish en el condado de Lancaster, Pensilvania, tenía una tasa sorprendentemente baja de autismo. También tenían una baja tasa de vacunación. Esta fue una excelente oportunidad para investigar las causas del autismo, pero las autoridades miraron hacia otro lado. (2) Olmsted también investigó la clínica Homefirst del Dr. Mayer Eisenstein y sus colegas cerca de Chicago. Hicieron partos en casa y muchos de sus pacientes optan por evitar las vacunas. Estos médicos dijeron que tenían cero casos de autismo entre los miles de niños no vacunados que habían tenido bajo su cuidado durante más de 30 años. Esta es otra situación que pide a gritos ser investigada, pero el CDC no hizo nada. (3) En 2004, el Centro Académico Ruppín en Israel comparó la tasa de autismo entre los niños israelíes de ascendencia etíope nacidos en Etiopía con los nacidos en Israel. Los niños nacidos en Israel tenían una tasa de autismo igual a la tasa nacional israelí, mientras que los nacidos en Etiopía tenían una tasa de autismo de cero. El calendario de vacunas de Israel es muy similar al calendario de Estados Unidos. No es sorprendente que el estudio de Ruppín no fuera investigado. (4) En 2008, hubo noticias que informaban de una alta tasa de autismo en niños de ascendencia somalí nacidos en Minnesota. La tasa de autismo en los niños nacidos en Somalia que recibieron muchas menos vacunas fue cero. Una vez más, no hay investigación. Otra oportunidad perdida para hacer un estudio de autismo vacunado / no vacunado natural. Los autores discuten estos casos en las páginas 209 a 213. Hay muchas excusas que afirman que los estudios de VU no se pueden hacer, pero los autores no están de acuerdo. Menos del uno por ciento de los niños nacidos en los Estados Unidos no están vacunados por completo, pero eso aún suma al menos 30.000 niños no vacunados nacidos cada año. Muchos de sus padres estarían felices de que estos niños fueran la parte no vacunada de un estudio de VU.

Lo más probable es que los estudios de VU se hayan realizado y luego enterrado

Los autores especulan sobre esta posibilidad en la página 233: "Si estos estudios internos de VU se realizaron de manera silenciosa, como parece muy probable, ¿por qué no se publicaron? ... Sólo puede haber una explicación: los resultados fueron

marcadamente a favor de los no vacunados... Si esos estudios informales de VU mostraran un resultado positivo para las vacunas, se habrían publicado más rápido de lo que se puede decir "¡las vacunas son seguras y efectivas!", sin duda».

Cada vez más vacunas y cada vez más enfermedades crónicas

En la página 206, los autores señalan: "... No se han realizado estudios de VU para el cáncer, el asma, la diabetes, los trastornos del aprendizaje, el TDAH, la enfermedad de Crohn y muchas otras afecciones que alteran la vida, aunque todas ellas se han vuelto cada vez más comunes en las últimas décadas". [Si hace clic en este enlace: [Artículo 2](#), se le enviará a mi artículo titulado "Enfermedades crónicas en vacunados versus no vacunados" para ver los resultados de un estudio piloto que muestra tasas mucho más altas de enfermedades crónicas en niños y adultos vacunados en comparación con un grupo de control no vacunado].

¿Nos salvaron las vacunas a todos de enfermedades infecciosas mortales?

En la página 267, los autores abordan este concepto erróneo ampliamente creído: "La idea de que las vacunas han liberado a la humanidad de las enfermedades mortales de antaño está profundamente arraigada en nuestra conciencia colectiva ... Todo el mundo sabe que tenemos que agradecer a la profesión médica y las vacunas por nuestras vidas (relativamente) sin enfermedades ... Desafortunadamente, todos están equivocados ... La evidencia histórica descubierta en la segunda mitad del siglo 20 muestra, clara e inequívocamente, que la narrativa de las "vacunas que salvan vidas" es en gran medida ficticia. Por ejemplo, la mortalidad por sarampión se redujo casi un 99% antes de que se introdujera la vacuna contra el sarampión. Los autores señalan en la página 270: "casi el 90% de la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas entre los niños estadounidenses ocurrió antes de 1940, cuando había pocos antibióticos o vacunas disponibles". Entonces, ¿qué causó esta drástica disminución en la mortalidad por enfermedades infecciosas si no fueron las vacunas y los antibióticos? El saneamiento en muchas formas y la mejora de la nutrición son los verdaderos héroes que merecen crédito por la mayor parte de la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas. Los autores resumen esto en la página 306: "Aunque son muy conscientes de que la mayor parte de la reducción de la carga de enfermedades infecciosas no puede atribuirse a las vacunas, y que la extensa literatura de investigación y la evidencia científica sólida como una roca han demostrado ese hecho, las autoridades sanitarias de todo el mundo continúan promoviendo el mito en gran medida falso de que "las vacunas erradicaron las grandes enfermedades de antaño". Terminemos con esta cita en la página 509-510: "... Uno debe concluir inevitablemente que todas las partes involucradas están involucradas en esfuerzos deliberados y sistemáticos para ocultar al público la dolorosa, asombrosa y trascendental verdad con respecto a la "seguridad" de las vacunas.

La conclusión del Dr. Gaunt: Muchas enfermedades crónicas están siendo causadas por los ingredientes de las vacunas. El engaño y la mentira de las compañías de vacunas, los CDC y otros se describen claramente en este libro. La codicia de las grandes compañías farmacéuticas y de vacunas es la principal motivación. Este artículo cubre solo los aspectos más destacados. Por favor, lea este libro por sí mismo y corra la voz sobre el. Necesitamos ayudar a las personas a despertar a la tragedia de los grandes daños causados por las vacunas.

Sobre el autor: El Dr. William H. Gaunt es un Doctor en Medicina Naturopática retirado. Se graduó de la Universidad del Sur de Florida en Tampa. Fue piloto de helicóptero de la Marina de los Estados Unidos y más tarde piloto instructor para la Armada iraní y la Fuerza Aérea de Arabia Saudita antes de asistir a la escuela de medicina en la Universidad de Bastyr, cerca de Seattle, Washington. El Dr. Gaunt se graduó con honores en 1983. También ha enseñado química, biología y anatomía en la escuela secundaria y la universidad y ha publicado varios artículos relacionados con las vacunas. El Dr. Gaunt y su esposa tienen una familia mixta de 8 niños más una niña adoptada de China.

La larga sombra de autoinmunidad de Gardasil confirmada, nuevamente, por un nuevo estudio

The Defender. 1 de diciembre de 2022

Las niñas y mujeres jóvenes que experimentan complicaciones de la vacuna Gardasil VPH de Merck muestran síntomas y marcadores biológicos de afecciones autoinmunes, según un nuevo estudio publicado en The Journal of Autoimmunity.

Por Equipo de Defensa de la Salud Infantil

Fuente: <https://childrenshealthdefense.org/defender/merck-gardasil-hpv-vaccine-autoimmunity/>

Antes de que las vacunas experimentales contra el COVID-19 comenzaran a llevar lesiones graves por vacunas a [nuevas e impactantes alturas](#), la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) [comercializada agresivamente por Merck](#), la inyección tetravalente de [Gardasil acelerada en 2006 para niñas](#) y luego también

para niños, se ganó la reputación de ser una de las [vacunas más peligrosas](#) jamás aprobadas.

Las señales de seguridad ya eran evidentes durante los ensayos clínicos de Gardasil, y para 2013, los investigadores notaban la "frecuencia inusualmente alta de reacciones adversas relacionadas con las vacunas contra el [VPH](#) reportadas en todo el mundo".

Ese año, el impacto desproporcionadamente dañino de Gardasil, incluso en comparación con [otras inyecciones](#) que [están lejos de ser benignas](#), fue responsable en los Estados Unidos de tres quintas partes de todas las reacciones graves a la vacuna reportadas en mujeres jóvenes menores de 30 años, incluido el 64% de las muertes y el 81% de los casos de discapacidad permanente.

Sin embargo, en 2014, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) siguió adelante y aprobó al igualmente traicionero sucesor de Gardasil, el Gardasil 9 o nonavalente, y en 2016, cuando GlaxoSmithKline (GSK) retiró su vacuna bivalente contra el VPH [Cervarix](#) del mercado estadounidense, [Gardasil 9](#) se convirtió en "el único juego en la ciudad".

Actualmente, Gardasil 9 está aprobado por la FDA para hombres y mujeres de 9 a 45 años.

La firma [Baum Hedlund Aristei & Goldman](#) y Robert F. Kennedy, Jr., presidente y abogado principal de litigios de [Children's Health Defense](#) (CHD), han [presentado más de dos docenas de demandas](#) en nombre de jóvenes lesionados por Gardasil, alegando una panoplia de fechorías de Merck que incluyen fraude y negligencia.

En agosto de 2022, un panel judicial [consolidó las demandas](#) en un solo tribunal federal.

Algunos de los [impactos característicos](#) observados después de la vacunación contra el VPH, que afectan a varios de los demandantes, incluyen afecciones autoinmunes y / o neurológicas permanentemente incapacitantes, como el síndrome de [taquicardia ortostática postural](#) (POTS), [fibromialgia](#) y [encefalomielitis miálgica / síndrome de fatiga crónica](#) (ME / CFS).

Ahora, un [nuevo estudio de Dinamarca](#), publicado en el Journal of Autoimmunity, se suma al cuerpo de literatura que vincula la vacunación contra el VPH y la autoinmunidad. El estudio muestra que las niñas y mujeres jóvenes vacunadas contra el VPH que experimentan complicaciones a largo plazo de Gardasil exhiben no sólo síntomas sino también marcadores biológicos específicos consistentes con afecciones autoinmunes.

Contexto del estudio danés

En un tipo de estudio descriptivo llamado serie de casos, los médicos enumeraron consistentemente los [síntomas de autoinmunidad en los receptores de](#) la vacuna contra el VPH.

El estudio danés tuvo como objetivo conectar los puntos entre estos síntomas reportados y los "cambios biológicos y / o fisiopatológicos" medidos en cientos de niñas y mujeres jóvenes que recibieron Gardasil tetravalente y que buscaron atención, principalmente entre 2015 y 2018, por "complicaciones a largo plazo".

El estudio representa "la cohorte más grande hasta la fecha de casos con presuntos efectos secundarios a la vacunación contra el VPH en forma de una alta proporción de varios síntomas incapacitantes".

Los síntomas surgieron después de una primera (30% de los participantes del estudio), segunda (27%) o tercera (43%) dosis de la vacuna contra el VPH; Tres de cada cinco participantes experimentaron síntomas dentro de un mes de la dosis en cuestión.

Un tercio de los participantes del estudio (32%) había estado sufriendo los efectos nocivos de Gardasil durante más de cinco años, y otro 18% durante al menos tres años.

Para fines de comparación, los investigadores incluyeron un grupo de control de "mujeres vacunadas contra el VPH libres de síntomas", emparejadas por edad y sexo, y reclutadas en escuelas locales.

Los autores del estudio (el Dr. Jesper Mehlsen de la Universidad de Copenhague y sus colegas de otras instituciones danesas y alemanas) enfatizan dos puntos clave que hacen que las vacunas contra el VPH sean particularmente propensas a provocar respuestas autoinmunes.

Primero, ambas formulaciones de Gardasil (así como Cervarix) están [adyuvadas](#) con aluminio y, por lo tanto, son "altamente inmunogénicas": los compuestos de aluminio intencionalmente [desencadenan una respuesta inmune](#) que de otro modo sería poco probable que ocurriese".

El experto en autoinmunidad [Yehuda Schoenfeld](#), quien acuñó el término "síndrome autoinmune (autoinflamatorio) inducido por adyuvantes" o [ASIA](#), ha enfatizado que "los mismos mecanismos que impulsan el efecto inmuno-estimulante de los adyuvantes tienen la capacidad de provocar una [variedad de reacciones adversas autoinmunes](#)".

En el caso de Gardasil, el adyuvante es patentado por Merck (es decir, secreto), [nunca probado en humanos](#) sulfato de hidroxifosfato de aluminio amorfo ([AAHS](#)); la cantidad de AAHS en Gardasil 9 es [más del doble](#) que la del Gardasil original.

En Europa, la evidencia indica que la Agencia Europea de Medicamentos permitió que se introdujera AAHS sin ninguna [evaluación de seguridad previa](#) a la licencia.

Un segundo punto reiterado por Mehlsen y sus coautores y [hecho anteriormente por otros](#) que han estudiado las vacunas contra el VPH es que algunas de las proteínas en las inyecciones de VPH "se superponen" con las proteínas humanas.

El término que los científicos usan para describir esta superposición es [mimetismo molecular](#).

Schoenfeld argumenta que el mimetismo molecular, especialmente cuando es ayudado por los poderosos adyuvantes, puede producir [reactividad cruzada inmune](#), "esencialmente [causando enfermedades autoinmunes](#)".

Los autores daneses mencionan que algunos estudios epidemiológicos han encontrado asociaciones entre Gardasil tetravalente y una larga lista de afecciones autoinmunes: enfermedad de [Addison](#), síndrome [de Behcet](#), enfermedad [celíaca](#), [síndrome de Guillain-Barré](#), [tiroiditis de Hashimoto](#), [lupus](#), [pénfigo vulgar](#), [enfermedad de Raynaud](#), [diabetes tipo 1](#) y más, antes de recurrir a travesuras estadísticas para borrar la importancia de sus hallazgos.

Los hallazgos daneses

A través de observaciones clínicas, entrevistas y cuestionarios, los investigadores daneses encontraron que los cuatro síntomas principales, reportados por el 86% al 92% de los participantes del estudio, fueron fatiga, mareos, disfunción cognitiva y dolor de cabeza.

Más de 8 de cada 10 (83.3%) participantes, pero ninguno de los controles, informaron fatiga que fue "moderada" o "severa".

Al menos el 70% describió problemas para dormir, náuseas, dolor abdominal, palpitaciones cardíacas y debilidad muscular.

Los investigadores evaluaron dos medidas de laboratorio diferentes de autoinmunidad:

- En las pruebas de anticuerpos antinucleares, "a menudo utilizados como biomarcadores clave en enfermedades reumáticas" y que se encuentran con frecuencia en aquellos con POTS y otras afecciones autoinmunes, significativamente más participantes del estudio (59%) dieron positivo frente al 25% de la población de fondo.
- Cuando los investigadores midieron la "actividad funcional" de los anticuerpos dirigidos contra los receptores del sistema nervioso autónomo llamados "receptores acoplados a proteínas G" (GPCR), encontraron los autoanticuerpos en el 92% de los participantes del estudio, pero solo en el 19% de los controles.

Con respecto a este último hallazgo, los investigadores daneses señalan la superioridad de su prueba de anticuerpos funcionales frente a la [prueba ELISA](#) utilizada en otros estudios, que no está equipada para detectar asociaciones entre la disfunción del sistema nervioso autónomo y los niveles de autoanticuerpos.

Otros estudios han detectado autoanticuerpos GPCR elevados en [el 89% de los pacientes con POTS](#), en su mayoría mujeres jóvenes.

Ruleta rusa y negligencia regulatoria

Para explicar las diferencias pronunciadas entre su población de estudio y los controles "sanos" vacunados contra el VPH, los autores daneses plantean la hipótesis de que algunos receptores de la vacuna contra el VPH pueden ser más "biológicamente vulnerables" a las reacciones adversas que otros, lo que sugiere que "el estrés crónico físico y mental" podría "precondicionarlos" a "manifestaciones autoinmunes cuando se exponen a la vacuna contra el VPH".

Por ejemplo, observan que los anticuerpos contra los GPCR también se encuentran en personas sanas, pero los anticuerpos "pueden desregularse y aumentar en individuos susceptibles y causar enfermedades autoinmunes".

Schoenfeld y sus colegas identificaron varios grupos de personas que podrían ser susceptibles a desarrollar ASIA: individuos con antecedentes médicos de reacciones alérgicas o autoinmunidad, individuos "propensos [a desarrollar](#) autoinmunidad" e individuos que sufrieron "fenómenos autoinmunes posteriores a la vacunación" en el pasado.

Sin embargo, las únicas contraindicaciones [enumeradas en el prospecto de Gardasil 9](#) son "Hipersensibilidad, incluidas reacciones alérgicas graves a la levadura (un componente de la vacuna), o después de una dosis previa de GARDASIL 9 o GARDASIL", un consejo vago que no habría ayudado a los tres de cada diez receptores de la vacuna danesa que desarrollaron síntomas debilitantes después de su primera dosis de VPH.

Dado que más del 8% de los participantes del estudio tardaron al menos seis meses en desarrollar síntomas, uno también se pregunta si algunos de los controles "sanos" podrían haber cambiado a la categoría de "paciente" en una fecha posterior.

Los autores no comentan por qué eligieron limitar su análisis a los vacunados contra el VPH en lugar de seleccionar un grupo de control que no había recibido vacunas contra el VPH.

También dejan sin mencionar el hecho de que las reacciones adversas graves a las vacunas contra el VPH también están ocurriendo en [niños y hombres jóvenes](#).

Un punto más amplio no abordado por los investigadores daneses tiene que ver con el hecho inquietante, también cierto para las vacunas [COVID-19](#) que están dejando una terrible franja de destrucción a su paso, que las agencias reguladoras en

los Estados Unidos y en el extranjero aparentemente se sienten cómodas ignorando las señales de seguridad a corto y largo plazo.

Después de todo, ya era evidente en 2009 que Gardasil estaba asociado con "[al menos el doble de informes de visitas a la sala de emergencias](#); 4 veces más informes de defunción; 5 veces más informes de "No se recuperó"; y 7 veces más informes de 'discapacitados'" como una vacuna contra la meningitis administrada al mismo grupo de edad.

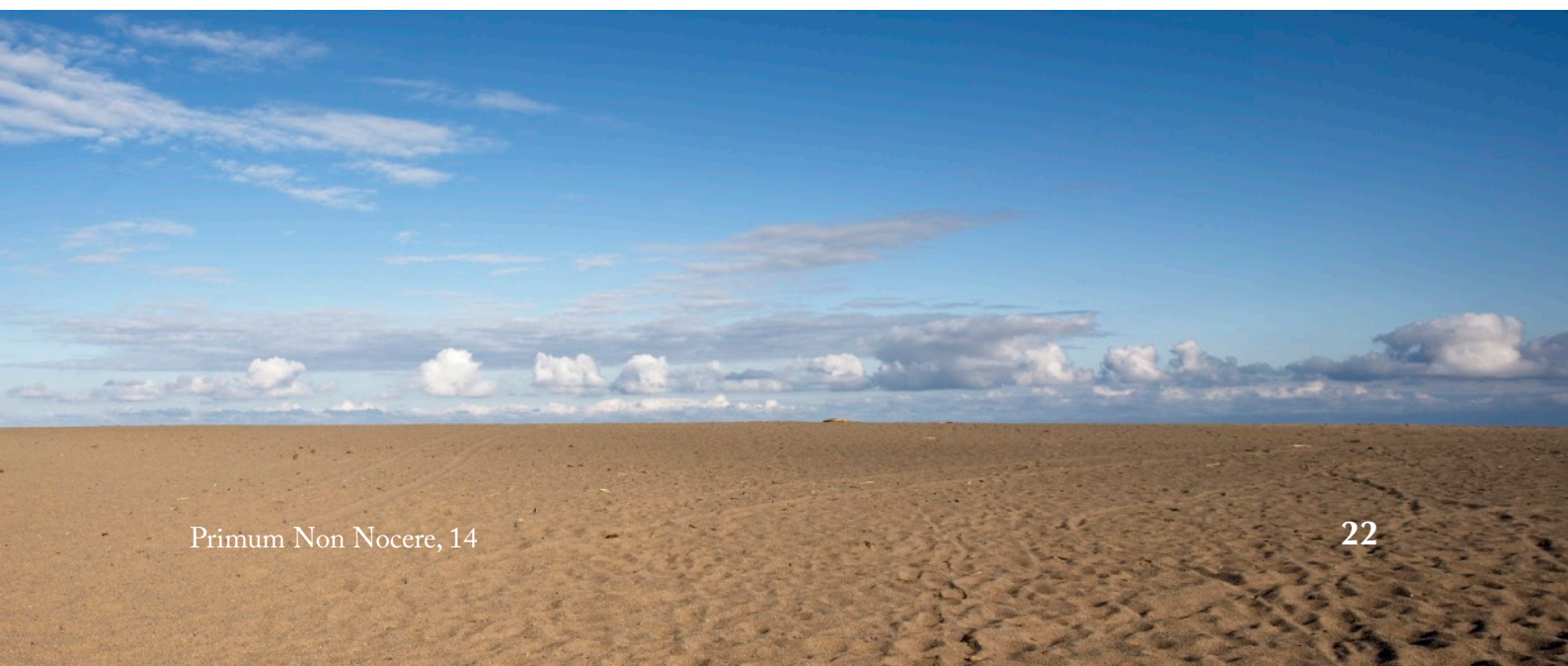
Esos hallazgos del Centro Nacional de Información sobre Vacunas fueron tan sorprendentes que la periodista [Sharyl Attkisson](#) incluso logró informarlos en el [CBS Evening News](#), donde enfatizó que para algunas categorías de efectos secundarios, los informes de eventos adversos fueron hasta 30 veces más altos para Gardasil que para la vacuna de comparación.

Afortunadamente, el público estadounidense está por delante de los reguladores: un estudio publicado el año pasado en el Journal of the American Medical Association (JAMA) informó un aumento del 80% "en la proporción de padres que rechazaron la vacuna contra el VPH para sus adolescentes debido a [preocupaciones de seguridad](#)" durante el período 2015-2018, con el aumento evidente en 30 estados de EE.

Desafortunadamente, esta mayor conciencia no ayuda a las decenas de miles de jóvenes estadounidenses ya lesionados por Gardasil, con [43,330 casos reportados](#) al Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS) a mediados de noviembre en menores de 30 años, y decenas de miles de lesiones más que probablemente no se reporten.

Algunas de las principales acusaciones de las demandas presentadas por Baum Hedlund son que Merck "arriesgó la vida de pacientes con [pleno conocimiento de la cuestionable eficacia de Gardasil](#) y sus efectos secundarios graves y a veces fatales" y "tomó decisiones conscientes de no advertir o informar al público desprevenido y a los proveedores médicos", creando "un riesgo sustancial de daño significativo".

Aunque es posible que los demandantes no puedan recuperar su salud, uno puede esperar que puedan, al menos, ver que se haga justicia.



El Fallecimiento Posvacunal (FPV) en España

Autoría: Xavier Uriarte (Médico) e-mail: xavier.uri@gmail.com.

Fecha de elaboración: 19-I-2023

Un pequeño recordatorio

Se entiende por fallecimiento posvacunal (FPV) a la muerte súbita en la infancia, en la edad adulta y en la ancianidad que se produce por una encefalitis, cardiopatía, vasculitis, anafilaxia aguda o infección posvacunal y evoluciona de manera rápida, dentro de las 8 semanas, tras la inoculación de un producto biológico inmunógeno.

También el fallecimiento posvacunal hace referencia a la muerte no súbita, de los 24 meses a los 24 años como mínimo, que se produce tras la inoculación y que evoluciona como un proceso crónico debido a una encefalopatía, cardiopatía, vasculitis, anafilaxia crónica o infección posvacunal.

Recorrido por la historia

Con el desarrollo del calendario vacunal español (1955-1970) vinieron las primeras muertes posvacunales que no se recogieron extensamente en los anales de la medicina.

Entre 1955-2022 se aplica el calendario vacunal español y no es hasta 1992 cuando se publica en los anales de la medicina las primeras muertes súbitas tras la vacunación de la triple bacteriana (difteria, tétanos y tosferina).

Fue en 1994 cuando la comisión española de muerte súbita rechazó como causa del fallecimiento la inoculación de la vacuna.

Es en estos momentos cuando en el mundo y en España comienza la construcción del "muro de Berlín" permanente y apareciendo progresivamente la división entre las administraciones y los ciudadanos con la consiguiente "guerra fría" entre los afectados y las administraciones y que esta tensión aumenta considerablemente tras el confinamiento 2020-2021.

A partir del 1990 hay un acuerdo tácito entre las administraciones, los fabricantes, los forenses, los servicios de vacunología, los servicios de farmacovigilancia y la prensa para silenciar el fallecimiento posvacunal y así omitir toda noticia referente al tema tanto en prensa escrita, on-line, en la radio como en la televisión.

En el año 2016 los medios de comunicación dan un paso más y toda información sobre la muerte posvacunal es considerada desinformación y, por lo tanto, aplican la censura sistemática tanto escrita como on-line.

Esta función de rastreo y de censura es encargada a los Centros de Documentación Audiovisual existentes en cada autonomía y la desarrolla bajo el auspicio del Consejo de los Colegios de Médicos de España.

Algunos datos no reconocidos

Muchos fallecimientos posvacunales nunca fueron declarados ni reconocidos por las administraciones españolas.

En el año 1992 murió en la Coruña 1 niño horas después de la vacunación triple bacteriana (difteria, tétanos y tosferina).

En año 1995 murió en Toledo 1 persona adulta 12 meses después de ser vacunado de la gripe.

En el año 2001 murió en Barcelona 1 niña 3 días después de la vacunación Hib.

En el año 2014 murió en Badajoz 1 niño horas después de la segunda dosis de la Pentavalente.

En el año 2015 murió en Málaga 1 niño horas después de la segunda dosis Pentavalente.

En el año 2016 murió en Asturias 1 joven horas después de recibir la segunda dosis de la vacuna del papiloma.

En el año 2019 murió en Ávila 1 feto horas después de ser vacunada la madre de la Tosferina.

En el año 2021 murió en Girona 1 mujer mayor horas después de la vacunación Covid.

A la Luz de las publicaciones internacionales

La Revista Médica India del 2017 afirmó que la EMEA (Agencia Europea Evaluación del Medicamento) desde hace décadas elimina sistemáticamente de las publicaciones los datos de muertes posvacunales infantiles.

En el año 2016 lo comprobamos a raíz de la muerte de un niño sin vacunación de la difteria. Al consultar los datos de la OMS sobre difteria en España en los años 1996-1997 observamos que hubo respectivamente 2 y 3 muertes. A los 4 meses estos datos desaparecieron de las gráficas de la OMS.

En el año 2011 se publicó un estudio en el que se observaba que la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en los países industrializados era diferente según el número de vacunas que se inoculaban. La mortalidad infantil pasó del 3'6% con 1-4 vacunas, al 5'5% con 5-8 vacunas.

Nuestro Calendario vacunal infantil iniciado en 1955, ya presentaba 19 dosis en 1970 mientras que en el calendario actual son 41 dosis las que se inoculan.

Si vemos también el calendario vacunal de adultos el número de vacunas ha aumentado con la incorporación de la vacunación en embarazadas de la gripe y de la tosferina, con las campañas de vacunación por viajes internacionales y por las 5 dosis de las vacunas de la gripe y Covid.

En el año 2003 la EMEA recibió entre los años 2000-2003 la declaración de 5 personas fallecidas 24 horas después de la vacunación con Infanrix y Hexavac.

El Servicio de Farmacovigilancia de Madrid tras la campaña de vacunación de la Meningitis B durante el período 2015-2017 declaró 1 muerte.

Según los cálculos aplicados tras la finalización de la campaña se pudo saber que la mortalidad posvacunal podría ser de 1 muerte por 240.000 dosis.

Si aplicamos esta tasa a la campaña de vacunación de la gripe y Covid en España durante 2021-2022, sobre un total de 35.000.000 de españoles vacunados, 150.000.000 dosis utilizadas, resultan 600 personas fallecidas tras la vacunación.

Actualmente la EMA sólo ha declarado 300 fallecimientos posvacunales.

Referencias bibliográficas

- Miller NZ, Goldman GS. 2011. Infant mortality rates regressed against number of vaccine doses routinely given: is there a biochemical or synergistic toxicity?. *Human and Experimental Toxicology* 30 (9):1420-1428.
- RAM Boletín Informativo del Centro Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid. Vol. 24, nº 3. Octubre 2017.
- Puliyel J, Sathyamala C. Infanrix hexa and sudden death: a review of the periodic safety update reports submitted to the European Medicines Agency. *Indian J Med Ethics*. 2018 Jan-Mar;3(1):43-47. doi: 10.20529/IJME.2017.079. Epub 2017 Sep 5. PMID: 28918379.

Vídeos Recomendados

Entrevista sobre el COVID de la Gaceta Sanitaria al farmacólogo, experto en vigilancia farmacológica, profesor honorario de la Universitat Autònoma de Barcelona , y compareciente en el Congreso de los Diputados, en la Comisión de Investigación sobre el Plan de Vacunación celebrada el 07 de febrero de 2022.

<https://vacunacionlibre.org/publicaciones-y-videos/videos/video-gaceta-sanitaria-entrevista-covid-19-al-farmacologo-jr-laporte.html>

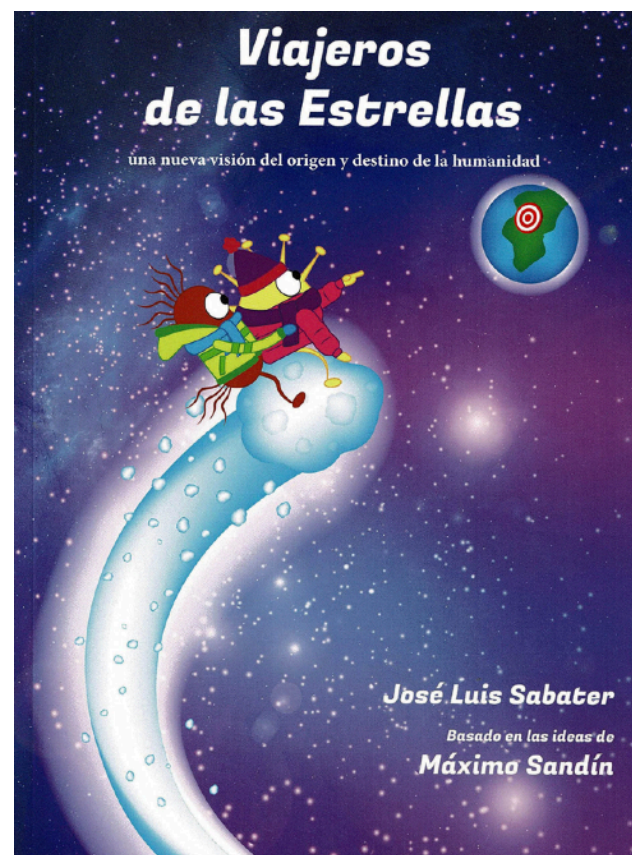
Libros Recomendados

Libro: Viajeros de las Estrellas

Autor: José Luís Sabater

Una nueva visión del origen y destino de la humanidad, basado en las ideas de Máximo Sandín

ISBN: 9788418672347



Actividades pasadas

- 22 de septiembre de 2022. Coloquio Actualidad del Tétanos presencial y online (sólo para socios) a cargo de Françoise Joët.
- 7 de octubre de 2022. Charla de vacunas en Olba (Teruel).
- 18 de noviembre de 2022. Charla sobre Teoría Infecciosa en Picassent (Valencia).
- 19 de noviembre de 2022. Taller Vacunas en Real de Montroi (Valencia).
- 12 de diciembre de 2022. Presentación en Girona de la Campaña por la Libertad Vacunación en las Guarderías de Cataluña.
Diversas organizaciones de Cataluña (Salut i Llibertat, Dolça Revolució, Gass y la LLV) en el mes de diciembre 2022 presentaron esta campaña con la finalidad de informar a las administraciones y familias que sin vacuna o con vacuna todas somos ciudadanos de primera.
Invitamos a todos en cada autonomía a llevar adelante esta iniciativa.
Junta Directiva de la Liga para la Libertad Vacunación (LLV).
<https://vacunacionlibre.org/destacados/campana-por-la-libertad-de-vacunacion-en-las-guarderias-de-cataluna.html>
- Taller de Vacunas y Crianza, el 10 de febrero de 2023 en Murcia.
- Conferencia La Libertad de Vacunación en el Mundo, el 11 de febrero de 2023 en Albacete.

Próximas actividades

- Taller de Vacunas el sábado 18 o el sábado 25 de marzo de 2023 en Girona. Más información: <https://vacunacionlibre.org/eventos/taller-vacunes-marc-de-2023-a-girona.html>
- Taller de Ecología, Infancia y Vacunación el 14 de Abril de 2023 en Bilbao. Más Información: <https://vacunacionlibre.org/eventos/taller-ecologia-infancia-y-vacunacion.html>
- Presentación en Barcelona en marzo de 2023 de la de la Campaña por la Libertad Vacunación en las Guarderías de Cataluña.



Canal de noticias en Telegram de La Liga

La Liga ha puesto en marcha un canal de noticias en la plataforma Telegram; en dicho canal se publicarán periódicamente referencias al contenido que se comparte en la web.

Suscríbete utilizando el siguiente enlace o escanea el código QR con tu móvil:

https://t.me/C_Liga_Libertad_Vacunacion



Afílate o dona a la Liga para la Libertad de Vacunación

Nuestra asociación se financia exclusivamente con la cuota de sus socios y con los donativos que de forma voluntaria hagan las personas y asociaciones sin ánimo de lucro que lo estimen oportuno.

No admitimos donativos de instituciones públicas ni de empresas privadas.

Ser afiliado o con la donación contribuyes a la labor que la Liga realiza:

1. Asesoramiento médico.
2. Asesoramiento jurídico.
3. Actividades de formación: coloquios, conferencias, charlas y talleres.
4. Envío gratuito de las publicaciones que La Liga edite.
5. Acceso gratuito a las publicaciones de La Liga.

Para afiliación puedes hacerlo directamente en nuestra web:

<https://vacunacionlibre.org/afiliate-y-donativos>

Para donaciones puedes ponerte en contacto con la Liga por e-mail:

administracion@vacunacionlibre.org



CONSEJO DE REDACCIÓN: Junta Directiva Liga para la Libertad de Vacunación.



**Primum,
non nocere.** Se atribuye la frase al Cuerpo Hipocrático griego de hace 4.000 años, aparecida por primera vez en Grecia en el libro de las Epidemias. Existe como expresión desde hace 6.000 años, y no se ha estudiado ni se estudia actualmente en las universidades de las ciencias de la salud vegetal, animal y humana. Frase latina que significa "*lo primero no dañar; antes que nada no dañar; retirar lo que está dañando y la obligación del galeno de promover lo que hace bien al paciente*". Se contempla que toda intervención sanitaria puede provocar daños o yatrogenia en el vegetal, animal o persona tratada. Este principio tuvo su actualización en Europa en el año 2002 con la aparición del *Derecho del Paciente* y tras la utilización del *Consentimiento Informado*. Las vacunas, como cualquier fármaco, pueden crear yatrogenia y generar lesiones irreversibles.