

Por qué

DICIEMBRE 2022

LIBERUM

www.liberumasociacion.org

El Ministerio de Sanidad y las CCAA ocultaron el Informe de la Ponencia de Alertas del Consejo Interterritorial de Salud sobre la inutilidad del Pasaporte Covid-19.

Los derechos fundamentales en la crisis del Covid-19.

Entrevista a Juan Zaragoza

“La COVID-19 no ha sido otra cosa que la excusa, o según Klaus Schwab, la ventana de oportunidad para implantar el Gran Reseteo”.

Asociación en defensa de los Derechos Humanos



SUMARIO

Carta de la Presidente

5

Premio Derechos Humanos Hazte Oír

6

Se Acabó el Estado de Bienestar

7

Sueros Génicos Experimentales, “Seguros, Eficaces y Necesarios” o todo lo contrario

9

Los Derechos Fundamentales Frente a la Gestión de la “Pandemia por Covid-19”

12

¿Quién es Juan Zaragoza?

15

Vacunación de Menores

17

No Me Encuentro Disponible

24

Tiempo de Emociones y humanidad

25

Audantes Fortuna Iuvat

27

Utilización del Certificado Digital Covid para el Acceso a Actividades de Ocio y otros Espacios Interiores

30

Diseño y producción editorial:



Tel.: 902 271 902
Editorial MIC www.editorialmic.com

HAZTE SOCIO DE *LIBERUM* Y JUNTOS PODREMOS:

- Defender nuestros derechos fundamentales vulnerados por la Agenda 2030.
- Luchar judicialmente a favor de los derechos humanos violados por la pandemia del Covid-19.
- Asesorar por los efectos adversos de las vacunas del Covid-19.
- Dar soporte económico al Equipo Jurídico compuesto por abogados defensores de la causa de la libertad.
- Actuar ante denuncias que se consideren ilegales sobre la pandemia y la Agenda 2030.
- Formular demandas colectivas contra la vulneración de nuestros derechos humanos.
- Organizar eventos, acciones, reuniones, entrevistas, canales informativos.
- Defender la causa de la VERDAD y la LIBERTAD.

liberumasociacion.org/hazte-socio/



**Autor: Nandi Cuevas
Presidente de Liberum**

Aunque llevamos poco tiempo, pero muy intenso, con muchas actuaciones, fundamentalmente jurídicas, hace unos meses surge la idea de la creación de una pequeña revista a modo informativo para nuestros socios y para todo el que desee y necesite información alternativa al discurso oficial.

Pues bien, aquí estamos, comenzando, y deseamos daros la bienvenida en este nuevo proyecto, y a la vez paralelo para con el resto de las actuaciones de la Asociación Liberum.

En nombre de Liberum y en el mío propio, quiero trasladar el agradecimiento a todas y cada una de las personas que nos han ayudado y apoyado incondicionalmente de una u otra forma. A los socios y colaboradores, en especial a nuestros diferentes delegados en las diversas Comunidades Autónomas por el trabajo y el tiempo que ocupan en hacer posible la lucha que llevamos emprendida desde hace casi dos años contra la mayor de las dictaduras acaecidas en nuestro país. A los abogados colaboradores, que ante todo son personas con fuertes convicciones y principios, a todos los socios por la ayuda y el apoyo moral y económico, sin ellos esto no se podía haber hecho posible. Por tanto, los verdaderos protagonistas son los socios.

Como explicar el inicio de Liberum...

“Liberum surge a raíz de la dictadura sanitaria. Un grupo de personas, sociedad civil, gente de a pie, discordante con la situación en la que nos vimos inmersos, nace en Asturias, tierra de la Reconquista, y por alguna razón, no me cabe duda, vuelve a nacer el movimiento en la misma zona de España. Es un colectivo muy joven, nuevo, porque surgió en marzo del 2021. Aún no tiene dos años de vida. Y precisamente surge para la defensa de los Derechos Fundamentales. Ese es el objetivo principal de Liberum: la defensa de los Derechos Fundamentales y las Libertades Públicas en el contexto de la crisis sanitaria del Covid-19. Somos alrededor de 9000 socios y Liberum tiene un equipo de unos 70 abogados”.

CARTA DE LA PRESIDENTE

Tomamos la decisión de luchar por nuestros Derechos, por nuestras Libertades, y por la de nuestros hijos, nietos, nuestras generaciones venideras. Deseamos dejarles un mundo mejor que el que encontramos, y de no ser así, al menos igual, pero en ningún caso peor. Es el futuro de nuestros hijos lo que está en juego, y **NO DEBEMOS** darles la espalda y quedarnos de brazos cruzados. Es nuestro deber y nuestra obligación defender a nuestras familias, y no cejaremos en el empeño.

Quiero enviaros un mensaje de *ESPERANZA*, recordando la fábula del Colibrí, bien conocida por todos, que en una ocasión me recordó nuestra delegada en la Comunidad de Madrid, muy apropiada en estos tiempos y de la que todos y cada uno de nosotros debemos tomar nota. “Dice así”:

Cada dos o tres generaciones, cuando se agosta la memoria y desaparecen los últimos testigos de las masacres anteriores, la razón se eclipsa y otros hombres vuelven a propagar el mal.

**Olivier Guez,
escritor francés.**

!!! VIVA LA LIBERTAD !!!

Aquel día hubo un gran incendio en la selva.

Todos los animales huían despavoridos. En mitad de la confusión, un pequeño colibrí empezó a volar en dirección contraria a todos los demás. Los leones, las jirafas, los elefantes... todos miraban al colibrí asombrados, pensando qué demonios hacía yendo hacia el fuego.

Hasta que uno de los animales, por fin, le preguntó:

- “¿Dónde vas? ¿Estás loco? Tenemos que huir del fuego”.

El colibrí le contestó:

- “En medio de la selva hay un lago, recojo un poco de agua con mi pico y ayudo a apagar el incendio”.

Asombrado, el otro animal sólo pudo decirle

- “Estás loco, no va a servir para nada. Tú solo no podrás apagarlo” ...

Y el colibrí, seguro de sí mismo, respondió:

- “Es posible, pero yo cumplo con mi parte.” **OS ANIMAMOS A QUE CUMPLÁIS TODOS CON VUESTRA PARTE**”. Cada uno de nosotros tenemos el DERECHO y el DEBER de ayudar a apagar este fuego.

Y, para terminar, os citaré una frase para hacer pensar a los “colaboracionistas” de esta barbarie a la que nos han llevado. Como veréis la historia se repite una y otra vez, no aprendemos nada del pasado. Y cito:

DISCURSO LIBERUM-

PREMIO DERECHOS HUMANOS HAZTE OIR. 25 DE JUNIO DE 2022



Desde la asociación “liberum”, queremos agradecer el premio que se nos concede. Es un honor. Lo cierto es que nunca hubiésemos pensado las 60 o 70 personas que en Asturias comenzamos con esta andadura a finales de 2020, y que meses después se convirtió en la asociación “LIBERUM”, que llegaría un momento donde se reconociese nuestra labor de defensa de los derechos y libertades de esta manera. Es justo destacar que no estaríamos aquí y ahora si no fuese por los 10.000 socios que conforman actualmente “LIBERUM”. sin ellos, esto no sería posible. desde este foro les agradecemos su constante apoyo. Este premio viene a representar un reconocimiento a una labor diaria, permanente -y a veces agotadora- de todos los que formamos la junta directiva y -en especial- del grupo de abogados que conforman el equipo jurídico de “liberum”. Siempre en base a la normativa existente, con la ley en la mano como única arma, hemos conseguido cotas y objetivos (en forma de resoluciones judiciales, fundamentalmente), que ningún partido político, medio de comunicación o grupo de presión social haya conseguido, ni siquiera intentado. Es más, se nos ha querido desprestigiar -o casi mejor decir-, silenciar, no publicando o informando de nuestros logros en los diferentes recursos planteados en todo el territorio nacional.

Por eso queremos agradecer la valentía de “hazte oír” al confiar en “LIBERUM” como asociación que lucha por los derechos y libertades, pero, sobre todo, por la verdad frente a la falta de información veraz, tergiversaciones y falsedades institucionales y globalistas. Permítannos mantener la esperanza de que esa verdad prevalecerá gracias a la unión, esfuerzo y determinación de todos aquellos que se oponen a la tiranía social a la que se nos quiere someter a nivel mundial. no decaigamos en el ánimo. Y al respecto de esto último, queremos informar **LUCHA CONTRA CUALQUIER TIPO DE PASAPORTE SANITARIO PERPETUO** que se quiera imponer

a la ciudadanía y que entendemos ha de ser abolido de nuestros ordenamientos jurídicos, por la demostrada ineficacia del mismo, y sólo justificable como medio de control de cada individuo y ciudadano europeo. Sería algo así como la nueva “estrella de david” que los judíos portaron en el régimen nazi. Por eso tenemos la obligación moral y el deber ciudadano de adherirnos al citado recurso de anulación ante la corte del tribunal europeo, que se va a presentar en muy poco tiempo.

Necesitamos vuestro apoyo, el de todos aquellos ciudadanos que quieran desbaratar esta aberración, que podría conllevar a una nueva esclavitud (ellos lo llaman “nueva normalidad”), si no actuamos de forma urgente y definitiva. Solicitamos el apoyo de todas las personas que quieran seguir sintiéndose libres, que aún puedan ser dueños de sus propios sueños, de sus propias vidas. Sólo nos queda deciros que “LIBERUM” seguirá luchando por nuestros derechos hasta que logremos terminar con esta tiranía global. No dejaremos en el empeño. Los resultados nos están avalando.



Como dijo **Winston Churchill**:
“¡¡¡ nunca nos rendiremos !!!”.

Muchas gracias a todos los luchadores y librepensadores. No soy un robot: soy humano

SE ACABÓ EL ESTADO DE BIENESTAR



Autor: Dr. Luis Miguel Benito de Benito
Médico Especialista de Aparato Digestivo

La salud se considera muchas veces como un derecho. Esto no es del todo cierto, ya que la salud es un desiderátum, un objetivo a cumplir que no siempre se alcanza. En el Estado de bienestar, a lo que se tiene derecho es a la asistencia sanitaria, la cual si es de calidad tiene más probabilidades de conseguir el objetivo de la salud. De modo análogo, se tiene derecho a la asistencia jurídica que no siempre consigue que se haga justicia, o se tiene derecho a la educación lo cual no siempre consigue que salga un ser humano culto. Al menos, esos eran algunos de nuestros derechos que considerábamos fundamentales. Y lo digo en pasado porque ya no tenemos esos derechos. Queda un resto, un remanente, una sombra que se va desvaneciendo de aquello que fue y ya no es.

Aunque he mencionado justicia y educación, voy a ceñirme a lo que conozco más, la sanidad, para dar explicación del sentido de esta introducción.

Al hablar de sanidad en general como el conjunto de sistemas para organizar los servicios, técnicas y personal enfocados a atender a individuos en el plano de la salud, se nos viene a la cabeza en primer lugar la división dicotómica entre sanidad pública y privada. Los sistemas públicos son los que organizan las Consejerías de Sanidad de las distintas Comunidades Autónomas, cada una tocada del color de su partido político. Desde la transferencia de las competencias en materia de sanidad del Estado a cada Comunidad Autónoma, es cada administración territorial la que determina los centros asistenciales, el personal y los servicios con los que cuenta y les asigna la correspondiente partida presupuestaria, cuánto va a gastar en sanidad y en qué va a gastar. De entrada, esto ya significa algo que todo el mundo ha comprobado: la pérdida de equidad en la atención sanitaria, es decir, la calidad asistencial que se percibe es diferente dependiendo de la región de España en la que resides. De hecho, ya se ha consolidado la creencia, que empezó siendo un chiste, de que la probabilidad de sobrevivir a una enfermedad no depende del código genético sino del código postal. La diferencia de calidad de atención sanitaria entre regiones se debe entre otras razones a los recursos disponibles, a la demografía de la población o a la mayor o menor eficacia gestora de los diferentes consejeros de sanidad. Y esa diferencia no solo es percibida por los pacientes sino también por los profesionales que prestan esa atención sanitaria. Las retribuciones económicas de los profesionales sanitarios

de distintas regiones pueden mostrar diferencias de hasta el 200 %. Aunque la población estima que las profesiones sanitarias son “vocacionales” (hay quien todavía habla del romántico juramento hipocrático) lo cierto es que es una profesión en la que la carcoma de lo crematístico también ha hecho igual de mella que en las demás. No se escandalice: los médicos no están hechos de una pasta diferente al resto de sus conciudadanos. Pero lo mismo sucede con los jueces, los policías, soldados o bomberos o los curas o los maestros, por citar algunas profesiones en las que tradicionalmente se pensaba que debía mediar un cierto espíritu de servicio. Pero vamos, la falta de verdadero espíritu de servicio también sucede entre periodistas y políticos.

De hecho, la funcionarización de los servicios públicos ha ido convirtiendo eso de servicio en algo parecido a un retrete. No se ofenda nadie, porque, aunque haya funcionarios con pundonor, con orgullo por la profesión que ejerce, podemos acallar su protesta, sin recurrir a los chistes de Forges, pidiendo que describa qué sucede en su entorno laboral. La crisis que se ha vivido en los últimos años, la incertidumbre sobre el futuro laboral, el fantasma del desempleo, la presión fiscal sobre la empresa privada y los autónomos ha empujado a muchos a buscar desafortunadamente una plaza de funcionario, a opositar, para garantizar sus garbanzos a fin de mes. Y casi invariablemente se comprueba que el espíritu de servicio, el ardor guerrero o las ganas de ayudar al prójimo se atenúan hasta desvanecerse cuando uno logra al fin su ansiada plaza de funcionario. Ya desde ella aplica el criterio de “me engañarán con el sueldo, pero no con el trabajo” ante los recortes de retribuciones o de pérdida de poder adquisitivo por incremento de la inflación. Cuando merman las retribuciones... tiendo a rendir menos, si el único incentivo de mi quehacer es lo que me pagan. Eso se traduce en desidia, una apatía por el desempeño de las funciones, que conduce a una carrera mediocre para ver quién es capaz de hacer lo menos posible con tal de aparentar que cumple con el cometido. Total “para lo que me pagan...”, y no es difícil excusar la propia inoperancia señalando alrededor a compañeros mucho más haraganes. En ese ámbito alguna conciencia queda de que “eso no puede traer nada bueno”, a veces jaleada por las organizaciones sindicales que, dependiendo de quién esté en el poder autonómico, sacan a la calle las llamadas mareas blancas, para reivindicar que hay que consolidar más puestos de

trabajo de funcionarios, más masa holgazana y apesbrada. Eso siempre es demagógico y queda bien porque parece justo socialmente reivindicar la estabilidad laboral.

Vivimos en un país en el que más de la mitad de los trabajadores cobran de las instituciones del Estado, central o autonómicas. Teniendo en cuenta que los funcionarios como tal no aportan riqueza al Estado porque son prestadores de servicios (su trabajo no hace subir el PIB de forma significativa), no es difícil ver que el pago de los sueldos de los funcionarios sale de las empresas productivas. Las empresas en sentido amplio no son solo las grandes multinacionales, sino las numerosas PYMES (en vías de extinción) o los trabajadores autónomos del sector primario o secundario, que devengan impuestos por la actividad económica que realizan. De esos impuestos es de donde salen los dineros con los que el Estado y sus administraciones pagan a sus funcionarios. Ante el incremento de la masa funcional, la presión fiscal sobre las empresas crece, hay que aumentar la recaudación. Eso hace que cada vez haya menos gente atraída por el afán emprendedor y se apunte a una academia para sacar una oposición con la que conseguir una plaza de funcionario. Ante este panorama, imagine usted cómo se está moviendo la carga en los platillos de la balanza y saque sus conclusiones.

¿Y qué sucede en el ámbito de la asistencia sanitaria privada? Después de resumir cómo se desarrolla grosso modo la actividad laboral de un país, la medicina privada es un sector empresarial que se ve sujeto a las leyes del mercado. La primera regla de supervivencia de una empresa es que sea económicamente rentable: nadie monta un negocio para perder dinero. Las empresas privadas no son mantenidas ni rescatadas por el Estado (salvo la banca). En la mentalidad de la gente está la convicción de que la sanidad pública no debe enfocarse como un negocio, sino que es un servicio público, no debe buscar rentabilidad porque está costeada por los impuestos de todos. Pero de no pedir beneficios se pasa sin crítica ninguna a tolerar el despilfarro o la malversación, nadie pide cuentas por el gasto o la desviación presupuestaria. Puesto que no se trata de que obtenga beneficios, asumimos que no se debe controlar el gasto (es más, se suele esgrimir como reclamo en campaña electoral un incremento del gasto sanitario ya que la contención o los recortes no es progresismo), porque lo que es de todos parece que a nadie le importa si está bien o mal gestionado: se asume que es un coladero y se acepta porque hay por medio un "bien social". Este descontrol no puede admitirse en la gestión de una empresa privada porque desaparecería. La empresa privada debe obtener beneficios, aumentando ingresos y reduciendo gastos, ya que el Estado presiona cada vez con más impuestos para dar de comer a su cada vez más mastodóntica burocracia. ¿En qué se traduce la presión fiscal sobre las empresas sanitarias privadas?

Desde la percepción de usuario de los servicios médicos, del paciente, cada vez más gente percibe el hastío de los profesionales de la sanidad pública. Cada vez son más frecuentes las quejas

por las demoras, las listas de espera o la insatisfacción por los servicios recibidos. A menudo, ante estas críticas creo que la gente debería conocer cómo funciona la sanidad en otros países y quizás no protestaría tanto. Pero es cierto que, en los últimos años, está habiendo un progresivo deterioro, pasando de disponer de unos servicios amplios y de calidad, bastante garantistas y eficientes, a una pérdida de prestaciones, por malversación de los recursos, por desidia de los profesionales y bajo rendimiento. Y todavía es más flagrante al hacer comparaciones entre distintas comunidades autónomas. Esto lleva a los usuarios a destinar parte de sus recursos económicos, cuando es posible, a pagarse un seguro médico o a pagar a tocateja por los servicios médicos que precisan con cierta urgencia, amén de que tengan derecho a prestación por la Seguridad Social, o porque se acogen a organizaciones como MUFACE o similares para funcionarios del Estado. En definitiva, acuden a los servicios que presta la "sanidad privada", evidentemente porque consideran que es la mejor opción aun cuando suponga un esfuerzo económico adicional. Pero ¿es realmente mejor la sanidad privada para solventar los problemas de salud? Vamos a debatir a la sombra del refrán de que, en el país de los ciegos, el tuerto es rey.

El constatado incremento de las primas de seguro médico privado se debe en gran medida a esa percepción creciente del deterioro de la sanidad pública, sobre todo desde la crisis del coronavirus. Los cierres de unidades asistenciales de Atención Primaria, de agendas de especialistas, de quirófanos, la proliferación de consultas telefónicas o el paradójico e inaudito "si está enfermo, mejor no venga, quédese en casa", ha generado en la población la sensación de abandono, de desasistencia por parte de los médicos, lo cual ha propiciado un incremento de retrasos diagnósticos y un no menor aumento de la hipocondría. Los barómetros que miden la confianza del paciente en sus médicos han señalado una caída estrepitosa, un descalabro que muchos creen que será irreparable. Al ser la salud una preocupación de las más importantes para el ser humano, los servicios médicos se consideran "de demanda rígida", es decir que, si hay que hacer recortes en la economía doméstica, uno escatima en otras cosas, pero con la salud no se juega.

Pero atención, esto es una pregunta crucial: ¿Se puede comprar la confianza con dinero? La relación médico-paciente se basa en la confianza, más allá de ser un vínculo contractual por el que se paga por un servicio que se presta. El médico privado puede ser ciertamente un trabajador autónomo pero la mayor parte de las veces actúa como un mero empleado de una empresa privada que... debe tener beneficios. Y el trabajador (olvidese del juramento hipocrático) recibe presiones en este sentido. El objetivo no es restablecer la salud del paciente o analizar su situación sino conseguir que su paso por la privada genere un gasto (pagado por su compañía aseguradora, que enseñada pondrá el freno, o por el bolsillo del propio paciente) que ayude a sobrevivir a la empresa. Por eso, escapar de la tediosa sanidad pública buscando eficacia en la privada muchas veces termina en

un "me gasté el dinero y no me sirvió para nada". Es una experiencia que mucha gente ha tenido y que ahoga más que resuelve, que incrementa la angustiada situación a la que nos vemos abocados y que se resume en lo siguiente.

La crisis del coronavirus ha servido para poner de manifiesto la debilidad del ser humano ante lo desconocido que amenaza nuestra salud, nuestra vida. El miedo ha sido y es el motor de la búsqueda de información médica que, por silencio de los médicos, se obtenía a través de los medios de comunicación por informadores en su gran mayoría tan mediáticos como indocumentados, y algunos con conflictos de intereses fuera de toda duda. Pero la consigna de los especuladores, de los que sacaban tajada de todo esto, ha sido incrementar la angustia, el miedo, la preocupación para que el ciudadano aterrado se pregunte ante quién voy a acudir si me pasa algo. ¿Pagando me atenderán mejor? No siempre. Puede encontrar buena atención también entre los servicios públicos. Ahora bien, la verdadera epidemia que hemos padecido ha sido una siembra de incertidumbre, de desconfianza, de recelo y miedo en todas las instituciones sociales, desde el ámbito familiar a los servicios básicos que considerábamos hasta hace bien poco un derecho elemental del extinto Estado del bienestar. Vuelva a ser persona y verifique sus referencias, porque lo importante no es saberlo todo sino tener el teléfono del que lo sabe.

El **Dr. Luis Miguel Benito** es un experto en el Aparato Digestivo y en Endoscopia en el Centro Digestivo Médico Quirúrgica (Madrid). Además, ejerce en su propia clínica: Clínica Dr. Benito de Benito. En los últimos 15 años, ha realizado más de 25.000 endoscopias digestivas. Es colaborador en foros médicos de radio y televisión y en las redes sociales; autor de publicaciones científicas y de un blog médico que cuenta con más de 20.000 visitas al mes.

Dr. Luis Miguel Benito de Benito, Médico Especialista de Aparato Digestivo.

Más información en el canal de Telegram [DrDeBenito](https://t.me/DrDeBenito) <https://t.me/DrDeBenito> y en el canal de Odysee <https://odysee.com/@drBenito:7> además de la página de Doctoralia <https://www.doctoralia.es/luis-miguel-benito-de-benito/digestologo/madrid> donde ha respondido más de 21 000 preguntas.



Autor: José Muñoz Moreno. Biólogo Delegado de Liberum de Andalucía Oriental

SUEROS GÉNICOS EXPERIMENTALES, “SEGUROS, EFICACES Y NECESARIOS” O TODO LO CONTRARIO.

Desde el 27/12/2020 hasta el 20/07/2022 (1) según recoge el informe de gestión integral de vacunación Covid 19 se han administrado 95.425.998 dosis de vacunas de diferentes marcas comerciales, pero a fecha de hoy 24/07/2022 en las diferentes páginas de información oficial se mantienen las mismas respuestas a preguntas de los posibles usuarios respecto de la seguridad de inocularse estos productos que nos dijeron desde el principio eran completamente seguros ya que estaban verificados por las agencias oficiales en nuestro caso la Agencia Española del Medicamento que votó colegiadamente en la autorización de condicional de comercialización de la Agencia Europea del Medicamento y habían sido experimentadas en todos sus aspectos.

En la página de la Asociación Española de Vacunología (AEV) aún se mantienen las contestaciones que da José Antonio Navarro a diferentes preguntas respecto de la posibilidad de que las vacunas de mRNA o de ADN puedan alterar el material genético de las personas (01/09/20).(2)

“Las vacunas de ADN pueden teóricamente, integrarse en el genoma del receptor al entregar el material inmunizante en el núcleo celular, mientras que las de ARN lo entregan a los ribosomas en el citoplasma sin entrar en el núcleo”

Constantemente nos dicen que confiemos en la ciencia y en este caso en febrero de este año 2022 se hizo público el estudio (3) de un grupo de científicos suecos donde se ponen en duda las afirmaciones que se mantienen en la página de la AEV.

En este estudio se inocula un cultivo de células hepáticas con BNT 162b de Pfizer que es la sustancia con la que se está tratando de inmunizar mayoritariamente a la población española y lo que llegan a demostrar es que:

- El mensajero inoculado ingresa al núcleo

- Este mensajero de ARN es convertido a ADN Para poder poner en contexto estas dos afirmaciones habrá que explicar un poco qué significa cada palabra. Cómo funciona una célula y que es lo que se pretende con estos productos que mientras no se diga lo contrario aún son experimentales pues no ha finalizado el ensayo clínico **NCT04368728** (4) del producto de Pfizer, iniciado el 29/04/2020 y tiene como fecha de finalización el 08/02/2024 y aún se mantiene la autorización de emergencia que los protege de algunas responsabilidades y exigencias.

Las células funcionan gracias a la información contenida en el ADN del núcleo celular del que se extraen las instrucciones para producir las proteínas que hacen que todas las reacciones químicas que se dan en una célula y que mantienen vivos a los organismos sucedan. El producto final de cada reacción química es el sustrato de otra reacción controlada por otra proteína creando cascadas de reacciones en las que unas dependen de otras. En realidad la vida es una red de reacciones químicas interdependientes unas de otras que todas en su conjunto mantienen un equilibrio.

Las proteínas son las herramientas que ejecutan los pasos finales de una cadena de montaje. Estas herramientas se fabrican en los ribosomas que hay en el espacio intracelular con las instrucciones que le llegan del núcleo en forma de ARN mensajero que se crea en el núcleo de la célula.

El núcleo es el departamento de diseño donde se alojan todos los proyectos y planos de los productos que se van a producir y las órdenes de ejecución viajan fuera de él. En nuestro caso en cada célula está el plano de todo el cuerpo, pues todas las células tienen la misma información.

Según se sabe por el proyecto GENOMA se estima que una célula tiene instrucciones para producir unas 20.000 proteínas diferentes, (es una estimación, pero no todas están presentes al mismo tiempo).

Al ADN del núcleo se le llama cromatina cuando está relajado, que se condensa en cromosomas cuando la célula se va a dividir. Son los tomos de información que se transmite de padres a hijos.

A lo que llamamos carácter es el cómo cada individuo manifiesta esa información o lo que se llama fenotipo, la información almacenada es a lo que se le llama genotipo. Pero un carácter es en realidad el resultado de como las proteínas ejecutan su trabajo. En definitiva el que una persona tenga los ojos azules o marrones, el pelo rizado o liso depende de que unas proteínas funcionen en lugar de otras.

El ADN se lee en el núcleo de la célula y como resultado de esa lectura se crea un ARN que viajará al exterior del núcleo que será leído por los ribosomas que mencionaba el Sr. Navarro.

Lo que pretenden estos inóculos genéticos experimentales llamados vacunas, es introducir desde fuera las órdenes para que la célula produzca una determinada proteína. Una vez producida queda expuesta en la superficie de la célula, que va a ser identificada por el sistema inmune para desarrollar las herramientas que permitan reaccionar antes frente a una exposición futura, en este caso cuando se exponga a esta proteína pero portada por un virus, una futura infección. (Esta es la teoría clásica de cómo funcionan las vacunas)

El sistema inmune es como el departamento de calidad de la fábrica y cuando encuentra algo que no es de esa fábrica, lo identifica y crea un mecanismo para eliminarlo. Un antígeno, algo extraño del cuerpo es reconocido por el sistema inmune y este lo marca para que sea eliminado.

La proteína que se ordena producir es una proteína que pertenece al virus y así se supone que si el sistema inmune reconoce esa proteína podrá neutralizar al que la porta, el virus. Estos neutralizadores son los anticuerpos y es la llamada respuesta inmune. En realidad los anticuerpos solo son señalizadores para que otras células actúen.

En la fábrica de la célula, se postula que la información solo viaja en un sentido, desde el núcleo hasta el ribosoma y las terapias génicas pretenden modificar la información que se aloja en el núcleo para corregir un determinado déficit o carácter que no está funcionando bien.

La tecnología de RNA mensajero se ha desarrollado para terapias del cáncer donde se pretende hacer que se destruyan células anormales. Son células especiales que se pretende modificar para hacerlas objetivo de destrucción. Cualquier cambio en su programa genético puede ser tomado en consideración pues son células especiales que se pretende erradicar y las instrucciones a insertar están diseñadas para esas células específicas y no como en el caso de la tecnología vacunal que se ha diseñado se pretende que cualquier tejido absorba estas instrucciones y produzca esas proteínas que las van a hacer objetivo del sistema inmune.

La importancia del artículo sueco es que el **ARN mensajero logra entrar al núcleo**, dejando las recomendaciones de la AEV completamente desactualizadas. Se convierte en ADN por la acción de una proteína llamada reversotranscriptasa LINE 1, presente en todos los tejidos.

Así cualquier tejido puede asimilar este mensajero y que ingrese al núcleo abre una serie de consecuencias que hay que estudiar.

Otro artículo (5) estudiando por qué los pacientes que dan positivo a la PCR durante mucho tiempo comprueba que el ARN del SARS CoV2 se integra en la cromatina nuclear.

Por tanto la posibilidad de que el ARN mensajero de los inóculos experimentales se pueda integrar en la cromatina igualmente no es descabellada como nos han dicho desde siempre. Ya no es una fake new, sino una posibilidad de la que las autoridades deberían hacer estudios prospectivos para descartar esa posibilidad sobre datos comprobados porque hasta ahora solo se ha dicho que era imposible sin que se hubiera ni estudiado y a pesar de ello se ha dado autorización de comercialización.

Este artículo sueco está realizado en un cultivo de células cancerígenas de hígado. Es un estudio in vitro y aún no se ha demostrado que haya ocurrido “in vivo” aunque hay indicios indirectos que indican que así puede estar ocurriendo ya que en contra de lo que se decía inicialmente la proteína espiga se produce en el cuerpo más tiempo del previsto.

Varias publicaciones que se suceden, informan de la **persistente presencia** de la proteína Spike durante más tiempo del que se preveía, (6) 4 semanas, (7) 8 semanas, (8) 4 meses y hace pensar que o bien no se puede eliminar o se está produciendo continuamente, bien porque el mensajero que la codifica no se elimina o lo que sería el peor de los escenarios, al mantenerse integrado en el genoma las órdenes de producción de esta proteína se va a estar produciendo continuamente a largo plazo y no como comunica la AEM (9) que el **mensajero** va a desaparecer al poco tiempo pero que un trabajo (10) publicado recientemente demuestra que a los 15 días aún está presente en el plasma sanguíneo.

Por los estudios de biodistribución (11) de los lípidos catiónicos que protegen al ARN aportados por Pfizer a las autoridades japonesas, sabemos que

los inóculos no se quedan en la zona del pinchazo en el tejido muscular como nos han estado relatando las autoridades incansablemente, sino que sólo a las dos horas de la inoculación estos lípidos se encuentran en el hígado, bazo y también en los ovarios.

El que uno de los órganos que asimile estos lípidos transportadores del mensajero sea los ovarios abre la posibilidad de que sea en ellos sea donde se produzca la conversión en ADN y por la posible integración permanente. Un escenario que considerando la inoculación en niñas cuando se están formando los óvulos, sus ovarios pueden incorporar esta información en sus núcleos y cuando se reproduzcan pueden pasar esta información a su descendencia. Su descendencia va a producir esta proteína que se ha demostrado es tóxica.

El caso de los varones no se puede descartar pero no hay estudios en ellos para conocer la absorción de estas nanovesículas aunque lo que sí sabemos es que estas inoculaciones afectan a la calidad y a la movilidad del esperma (12).

El que cualquier tejido pueda incorporar esta secuencia génica en su constitución abre la pregunta de qué puede estar ocurriendo en las embarazadas y en el feto que se está formando. Los estudios que han aportado las empresas para la autorización de sus productos no dan ninguna información de si

han recogido datos de dicha posibilidad, ni nadie se los ha pedido. Pero lo que sí se está dando es que los casos de abortos tras la inoculación durante los ensayos clínicos (13) se han intentado ocultar.

Pensar en la posibilidad de la producción continua de esta proteína Espiga en un niño o adolescente, independientemente de la cuestión de que se integre o no a la línea germinal, que ya es suficientemente preocupante, lo es más cuando sabemos cómo actúa esta proteína en las células inmunes ya que se ha comprobado que destruye la capacidad de reparación (14) del ADN y desregula (15) la respuesta inmune innata y adaptativa y como resultado tenemos que se desarrollan **síndromes de inmunodeficiencia adquirida** (16).

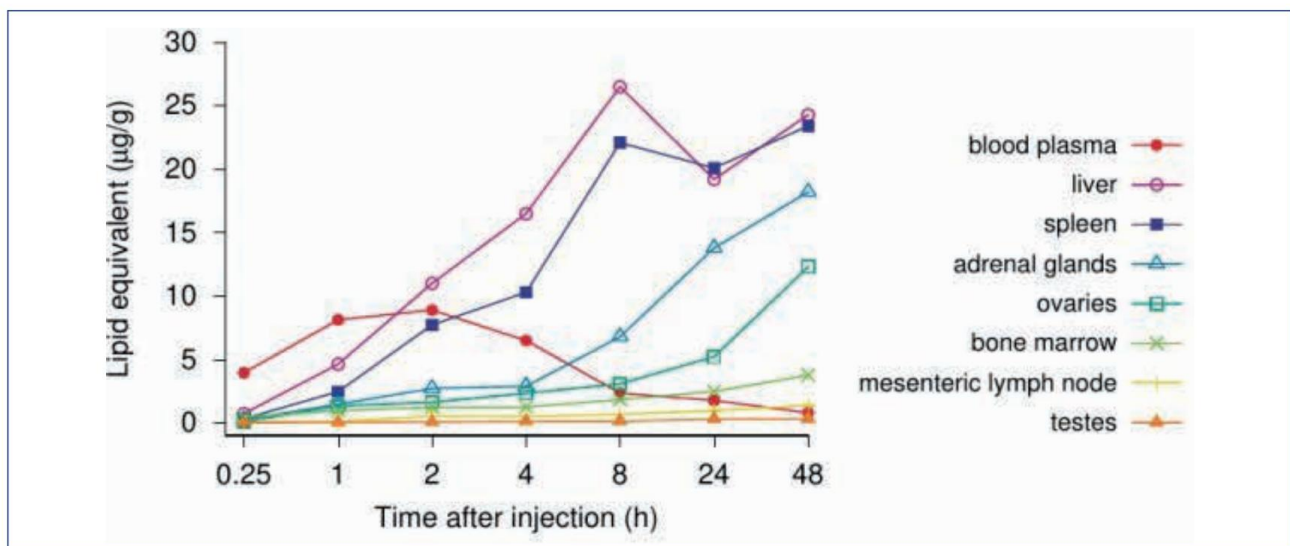
El sistema inmune queda completamente debilitado y susceptible a cualquier contratiempo, y es lo que se está comprobando que a pesar del gran porcentaje de población inoculado no dejan de aparecer casos y variantes de un síndrome que cada vez se parece más a un resfriado grave y no dejan de ingresar pacientes en los hospitales, pero aun así nos siguen vendiendo que estas sustancias son muy eficaces pero no nos dicen qué ciencia o datos fundamentan dicha afirmación.

En la construcción del mensajero tampoco se ha previsto ningún mecanismo de parada de la pro-

ducción de esta proteína, y por lo tanto, mientras se mantenga en circulación el mensajero cabe la posibilidad de sobre estimulación del sistema inmune y como esta proteína es muy similar (17) a hasta 16 proteínas humanas el sistema inmune reaccionará también contra ellas. Esta una causa de las reacciones autoinmunes y más preocupante es cuando esta similitud es con proteínas de la placenta como son las sincitinas (18) muy importantes para que el embarazo pueda comenzar ya que son las responsables de que el embrión se fije al útero y es lo que se está viendo en los resultados de natalidad y abortos que se están dando tras las campañas de inoculación.

Por el mismo mecanismo de acción de esta proteína que debería de servir para ofrecernos entrenamiento en previsión de futuros contactos con ese supuesto virus lo que estamos comprobando es que se están cumpliendo todos los supuestos teóricos. La proteína Espiga es tóxica (19) por sí misma.

Las enfermedades autoinmunes están multiplicándose a parte de los problemas cardíacos y de coágulos que provocan ictus (20) y muertes súbitas que por supuesto nada tienen que ver con el que la mayoría de estas personas estén polinoculados y que ni médicos ni medios de comunicación quieran asociar ni denunciar. La lista de **efectos secundarios** (21) (5.3.6.postmarketing-experience) comunica-



da por Pfizer obligada por orden judicial ocupa 30 páginas.

Esto es referente a las plataformas de mRNA (Pfizer, Moderna), pero para las plataformas de vectores de adenovirus, ya lo dice el mismo Sr. Navarro en su recomendación, que es lo que certifica la propia FDA (22) en una publicación de 2021 sobre los riesgos de toxicidad de los vectores de virus adeno-asociados (AAV) para la terapia génica donde se cita un artículo (23) con este enunciado "Curiosamente, en los receptores humanos de AAV terapia génica, se ha encontrado la integración del vector AAV no sólo en el ADN nuclear, sino también en el ADN mitocondrial".

Quiero resaltar este dato que no se ha considerado hasta ahora. Las mitocondrias son antiguas bacterias que actúan en simbiosis en el interior de las células de nuestro cuerpo. Son prácticamente autónomas, conservando su material genético y si son susceptibles de integrar el ADN del vector, tendríamos que poner la atención en que nuestro cuerpo es un bioma complejo donde conviven diferentes especies de bacterias que también podrían absorber

estos materiales genéticos nuevos y constituir un reservorio adicional de producción de proteína Espiga. Es una consideración que no ha sido contemplada hasta ahora, pero tampoco se han considerado ningunas otras cosas más evidentes por parte de las agencias reguladoras y aun así se ha concedido la autorización de comercialización condicional.

Estos son los datos que nos ha dado la ciencia que se ha permitido que se publique, una ciencia que estudia una hipótesis y busca demostrar las premisas que se suponen para poder contestar las preguntas que se desea. En cambio la ciencia en la que nos dicen que confíemos es la ciencia que aportan las empresas a las organizaciones reguladoras, bien la AEM en Europa o la FDA en EEUU y que por el trabajo de Sasha Latyapova que estudia los documentos presentados por Moderna (24), o Pfizer (25) encontramos que todo lo que han presentado para conseguir la autorización de comercialización es más bien pobre y además los reguladores no han puesto ningún tipo de objeción a parte de las evidencias que se conocen de presiones políticas (26) para que el estándar científico sea lo más laxo posible.

Así tratándose de un material de naturaleza génica, en ningún momento se han hecho estudios previos de genotoxicidad. En el caso de Pfizer y la FDA simplemente declara que se presupone que no puede causar ningún tipo de daño al genoma al ser solamente un RNA mensajero y que no va a afectar a las funciones génicas. Y que siendo un producto nuevo no se le exija ningún tipo de examen de toxicidad ya que al llamarse vacuna se asumen los estándares de la OMS. Siendo una sustancia que va a ingresar al torrente sanguíneo y constituir así una técnica invasiva, considerando que ha de ingresar en una célula para dirigir su metabolismo, es algo más que invasiva.

Tenemos que tener en cuenta que independientemente de que se integre en el genoma la presencia de un material genético extraño dentro de la célula supone toda una distorsión en su funcionamiento metabólico. El genoma en realidad es una especie de computador que controla el funcionamiento de todo el organismo en el momento presente y en preparación del futuro, que es a lo que se le llama epigenética, que es el control de los genes (zonas

codificantes de proteínas) respecto de su activación y desactivación a fin de organizar la diferenciación celular durante el crecimiento de los organismos.

Como mencioné anteriormente una célula contiene información para producir hasta 20.000 proteínas que funcionan al unísono en el organismo de forma sincrónica y coordinada en un sinfín de cascadas de reacciones químicas unas interdependientes de otras donde el resultado de una reacción afecta a una cascada de otras cascadas de reacciones y todo eso controlado desde el núcleo celular. El introducir en un sistema tan complejo un nuevo componente es una señal de ruido que supone una distorsión de todo el sistema y que las autoridades que han de permitir la administración de estas sustancias deberían de haber controlado escrupulosamente.

En este caso los mensajeros de estos inóculos, según informa el gobierno, son mensajeros de nucleótidos modificados creados por ingeniería genética, concretamente pseudouracilo sobre los que no se ha realizado ningún estudio de cuál va a ser su vida media, cómo se degradarán esos nuevos nucleósidos modificados y si se degradan, cómo se metabolizan en el organismo.

Pero el mensaje que nos están emitiendo constantemente es que son productos eficaces y seguros. La eficacia está más que en duda, pues una vez inoculado el riesgo (27) de volver a infectarte es superior que en los no inoculados donde su inmunidad natural les confiere una protección más eficaz y la seguridad también está más que en duda, pues ni ha sido evaluada correctamente y se está demostrando que están fallando estrepitosamente pues este año con un elevado porcentaje de la población inoculada el exceso de mortalidad por todas las causas no se quiere relacionar con la administración de estos sueros génicos experimentales.

El fundamento de la voluntariedad de usar un producto es que este reúna todas las garantías sanitarias verificadas y avaladas por las instituciones encargadas de ello.

En este caso y por la declaración de una emergencia, muy cuestionable si realmente fue tal, se han evitado una gran cantidad de controles que no se quieren reconocer y que está provocando que muchos trabajadores (28) de los CDC, FDA y NIH americanos estén empezando a contar en privado la frustración que sienten porque están aprobándose productos sin que reúnan las debidas condiciones de seguridad y que en el caso de la última aprobación de los sueros génicos experimentales para niños de menos de 5 años, se han aportado datos falseados de los ensayos clínicos para crear el titular de una determinada eficacia que no se demuestra cuando se estudian los datos aportados y que a pesar de que se aportaron 11 objeciones (29) muy serias a los estudios aportados se concedió la autorización por una emergencia que los niños no sufren.

La voluntariedad es una condición de la libertad y la libertad es una de las cualidades de la democracia, la cual está basada en la transparencia y en derecho de información, el cual es un derecho reconocido en la Constitución. La información que se está proporcionando a la población sobre estos productos completamente sesgada cuando no manipulada e incluso censurada, y para se emita un solo mensaje se está cayendo en una deriva dictatorial donde en base a una desinformación interesada se está coaccionando a ser inoculado con productos que ponen en riesgo la salud de los que reciben tal productos e incluso se criminaliza a aquellos que intentan exponer los datos reales de lo que significan estas mal llamadas vacunas y que en lugar de denunciar inmu-

nizados a aquellos que se han dejado embaucar por las desinformaciones oficiales, deberíamos empezar a llamarlos “heridos por armas biológicas”.

También es sorprendente que todo el sistema de salud se haya puesto al servicio de estas inoculaciones e incluso los médicos perviertan su juramento hipocrático de no dañar y pervertir todos los tratados internacionales donde se estipula que no se puede participar en un tratamiento experimental sin el consentimiento expreso del paciente.

Hasta cuando los profesionales de la salud y los medios de comunicación van a estar callando lo que está pasando con las víctimas de estos sueros génicos. Ya estamos comprobando las consecuencias a corto plazo. Aún no sabemos las consecuencias que comprobaremos a medio plazo y más si consentimos que nuestros hijos, el futuro de nuestra sociedad, crezcan con un sistema inmune debilitado que no van a recuperar y más por prevenir un síndrome que no padecen.

El riesgo de una manipulación génica es una agresión a la intimidad más sutil que se pueda imaginar, pues en tu genoma se encierra la esencia de tu identidad.

Referencias:

- [1. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/In_orme_GIV_comunicacion_20220722.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/In_orme_GIV_comunicacion_20220722.pdf)
- Vacunas de ácidos nucleicos y su integración en el genoma del vacunado <https://www.vacunas.org/vacunas-de-acidos-nucleicos-y-su-integracion-en-el-genoma-del-vacunado/>
- Intracellular Reverse Transcription of Pfizer BioNTech COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 In Vitro in Human Liver Cell Line <https://www.mdpi.com/1467-3045/44/3/73/htm>
- Study to Describe the Safety, Tolerability, Immunogenicity, and Efficacy of RNA Vaccine Candidates Against COVID-19 in Healthy Individuals <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04368728?term=C4591001&draw=2&rank=1>
- Reverse-transcribed SARS-CoV-2 RNA can integrate into the genome of cultured human cells and can be expressed in patient-derived tissues <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33958444/>
- SARS-CoV-2 S1 Protein Persistence in SARS-CoV-2 Negative Post-Vaccination Individuals with Long COVID/ PASC-Like Symptoms <https://assets.researchsquare.com/files/rs-1844677/v1/2ea06399-ef63-4820-aae2-de5614ae5bd.pdf?c=1657638759>
- Immune imprinting, breadth of variant recognition, and germinal center response in human SARS-CoV-2 infection and vaccination [https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(22\)00076-9](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(22)00076-9)
- Cutting Edge: Circulating Exosomes with COVID Spike Protein Are Induced by BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) Vaccination prior to Development of Antibodies: A Novel Mechanism for Immune Activation by mRNA Vaccines <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34654691/>
- Comirnaty Tozinameran / COVID-19 mRNA Vaccine (nucleoside modified) <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty>
- Vaccine mRNA Can Be Detected in Blood at 15 Days Post-Vaccination <https://www.mdpi.com/2227-9059/10/7/1538/htm>
- The Pfizer mRNA Vaccine: Pharmacokinetics and Toxicity <https://doctors4covidethics.org/the-pfizer-mrna-vaccine-pharmacokinetics-and-toxicity/>
- Covid-19 vaccination BNT162b2 temporarily impairs semen concentration and total motile count among semen donors <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/andr.13209>
- Of 29 Pregnant Women That Had Received Pfizer's COVID-19 Inoculation, Only One Had a Baby That Lived <https://viralimmunologist.substack.com/p/of-29-pregnant-women-that-had-received>
- SARS-CoV-2 Spike Impairs DNA Damage Repair and Inhibits V(D)J Recombination In Vitro <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8538446/>
- The BNT162b2 mRNA vaccine against SARS-CoV-2 reprograms both adaptive and innate immune responses <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.03.21256250v1>
- Pfizer's Clinical Trial Data: The Vaccine Causes The Recipients To Develop Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) <https://thetruedefender.com/pfizers-clinical-trial-data-the-vaccine-causes-the-recipients-to-develop-acquired-immunodeficiency-syndrome-aids/>
- Molecular mimicry of SARS-nCoV-2 spike to human proteins including thrombopoietin and TLR-8 https://jessica.substack.com/p/molecular-mimicry-of-sars-ncov-2?utm_source=substack&utm_medium=email
- Las vacunas contra covid-19 podrían afectar la fertilidad <https://cienciaysaludnatural.com/las-vacunas-contra-covid-19-podrian-afectar-la-fertilidad/>
- The Spike protein in the vaccines is toxic <https://demandthetruth.substack.com/p/the-spike-protein-in-the-vaccines?s-r>
- El número de ictus se dobla en toda Andalucía en lo que va de año https://sevilla.abc.es/sevilla/numero-ictus-andalucia-multiplica-20220722185752-nts_amp.html
- <https://phmpt.org/pfizers-documents/>
- Toxicity Risks of Adeno-associated Virus (AAV) Vectors for Gene Therapy <https://www.fda.gov/media/151599/download>
- A largely random AAV integration profile after LPLD gene therapy <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23770691/>
- Moderna's Non-clinical Summary for Spikevax - Evidence of Scientific and Regulatory Fraud https://www.trialsitenews.com/a/modernas-non-clinical-summary-for-spikevax-evidence-of-scientific-and-regulatory-fraud-fd53b4f7#_ftn4
- Did Pfizer Perform Adequate Preclinical Safety Studies for BNT162b2? <https://www.trialsitenews.com/a/did-pfizer-perform-adequate-preclinical-safety-studies-for-bnt162b2-cf0c7fc4>
- ¿Por qué la prisa por las vacunas para niños pequeños? se pregunta un miembro del consejo editorial del “Wall Street Journal” <https://childrenshealthdefense.org/defender/funcionarios-del-gobierno-presionaron-a-los-reguladores-de-la-ue-para-que-se-apresuraran-a-autorizar-la-vacuna-de-pfizer-segun-revelan-documentos-filtrados/?lang=es>
- Duration of Shedding of Culturable Virus in SARS-CoV-2 Omicron (BA.1) Infection <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc2202092?article-Tools=true>
- I repeat, NIH, CDC, FDA, Moderna, and Pfizer high officials met me secretly at HHS 2020 in Washington & on walks on DC mall, telling me they feared for careers & safety; told me do not stop! <https://palexander.substack.com/p/i-repeat-nih-cdc-fda-moderna-and>
- What FDA Advisors Got Wrong About COVID Vaccines for Young Kids <https://childrenshealthdefense.org/defender/fda-pfizer-moderna-covid-vaccines-kids/>

LOS DERECHOS FUNDAMENTALES FRENTE A LA GESTIÓN DE LA “PANDEMIA POR COVID-19”



Autor: Alexis J. Aneas
Abogado
Doctorando por la
Universidad de Málaga

«Aunque la verdad esté en minoría sigue siendo la verdad»

Mahatma Gandhi

Hoy es más oportuno que nunca dar respuesta a las preguntas del prestigioso Ministro de la Suprema Corte de Israel AHARON BARAK, a saber: «¿Cuál es mi función como juez? [...] ¿Cómo vamos a atender los Jueces los problemas políticos que han asumido un carácter jurídico?». El judío y lituano desde su particular e íntima experiencia vital otea un incierto futuro al difuminarse en el espejo retrovisor del tiempo la destrucción del derecho, advierte:

«Desde el Holocausto, todos hemos aprendido que los derechos humanos son el núcleo de la democracia sustantiva. Las décadas anteriores han sido revolucionarias, ya que hemos aprendido -de la forma difícil- que sin la protección de los derechos humanos no puede haber democracia ni justificación de la misma. La protección de los derechos humanos -los derechos de todo individuo y todo grupo minoritario- no se pueden dejar sólo en manos del Legislativo y Ejecutivo, quienes, por naturaleza, reflejan la opinión de la mayoría. En consecuencia, surge la pregunta de la función del Judicial en una democracia [...] La democracia pasiva se ha transformado en democracia defensiva. A todos nos preocupa que no se convierta en una democracia incontrolable. Como Jueces, estamos conscientes de la tensión entre la necesidad de proteger al Estado y los derechos de los individuos. Esta tensión omnipresente se intensifica y se vuelve más pronunciada en los momentos de

emergencia nacional. ¿Cuál es la función del Juez en estas situaciones especiales?».

Más allá de la apariencia profética de estas palabras, lo cierto es que el erudito manifiesta sus temores desde un conocimiento profundo de las inclinaciones y propensiones tanto del Legislador como del Ejecutivo a imponer normas restrictivas y hasta suspensivas de los derechos individuales antes situaciones de crisis; cuestión esta que enlaza con los conceptos del «legislador soberano» en contraposición con «un buen gobierno» y una «buena administración» como forma preventiva a la arbitrariedad legislativa que, si bien fue objeto de estudio por el catedrático PONCE SOLÉ en relación con los conocidos como derechos sociales, con cuánta más razón no es de aplicación ante los derechos fundamentales que sin duda, poseen un núcleo mínimo inviolable, resiliente de mayor calado y profundidad que aquellos.

La pandemia provocada por el denominado virus SARS-CoV-2 y conocida como COVID-19, sin duda ha puesto a prueba las costuras del pacto social -como escribiera Jean-Jacques Rousseau- en especial en lo relacionado entre el valor, que no precio, de los derechos individuales, incluidos los derechos fundamentales, frente al definido como interés general de la sociedad que, en este caso, corresponde al recogido en el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 (CE), esto es, el derecho a la protección de la salud que compete a los poderes públicos, quienes a través de medidas

¹ POCE SOLÉ, J. El derecho y la (ir) reversibilidad limitada de los derechos sociales de los ciudadanos, las líneas rojas constitucionales a los recortes y la sostenibilidad social, Instituto Nacional de Administración pública, Madrid, 2013.



Auto Medidas Cautelarísimas del 14 de septiembre de 2021 del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía.

A continuación, la asociación solicitante de la medida cautelar urgente cita la jurisprudencia que estima de pertinente aplicación. Pues bien, la apariencia de buen derecho o *fumus boni iuris* de la exorada medida cautelar se manifiesta por cuatro factores que la Sala quiere enfatizar: en primer lugar, la Orden de 4 de agosto de 2021, modificada por otra de 18 de agosto de 2021, no entró en vigor, dado que, por la Junta de Andalucía, no se solicitó su ratificación ante esta Sala; en segundo lugar, el elevado número de derechos fundamentales cuya violación aduce la instante de la medida; en tercer lugar, la intensidad en las consecuencias de su aplicación en la medida en que afectarían a los mentados derechos fundamentales, y que están debidamente expuestas por la solicitante de la misma. Recordemos: "(...) vulneración del derecho al honor e intimidad de incalculable valor (art. 18 CE); el impedimento al acceso al trabajo y la apertura de expedientes disciplinarios laborales, provocando un quebranto económico injustificado y desorbitado a aquellos que quieran acceder a su puesto de trabajo y no estén vacunados o no deseen someterse al prueba de diagnóstico; como forzar una violación a la integridad física y moral al abocar al ciudadano a vacunarse en ontra de su voluntad o someterse en incontables ocasiones a pruebas de diagnóstico, para evitar convertirse en un paria de la sociedad (art. 15 CE). Y, por último, dichas normas suponen una vulneración a la libertad ideológica y religiosa (art. 16 CE)"; y, en cuarto lugar, el hecho notoriamente conocido de que, aunque lentamente, la tasa de incidencia acumulada desciende día a día a nivel nacional y de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

PARTE DISPOSITIVA

Declaramos *haber lugar a la adopción de la medida cautelar urgente solicitada por la asociación LIBERUM*, consistente en la suspensión de la ejecutividad de la Orden de 4 de agosto de 2021, que modifica la Orden de 14 de julio de 2021, por la que se actualizan la medidas sanitarias y preventivas de salud pública en los centros sociosanitarios, otros centros y servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19).

preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios tutelarán bajo una cobertura legal.

Nadie puede negar que esta crisis sanitaria sin precedentes en nuestra generación cogió desprevenidos a todos los poderes del Estado, pues lo que parecía que se solventaría en dos semanas con un confinamiento de toda la población del país se convirtió en una agónica huida hacia delante, repleta de improvisaciones normativas que a golpe de decreto u ordenes autonómicas se limitaban, restringían y suspendían diferentes derechos fundamentales, sin olvidar obviamente, los vaivenes en relación a las recomendaciones sanitarias, dado que, lo que no se aconsejaba ayer, hoy se impone obligatorio so pena de sanción. Y es que, una crisis sanitaria introduce por derecho propio un nuevo protagonista en escena, y no menos importante desde la perspectiva jurídica por su repercusión en la toma de decisiones por los legisladores, a saber, la ciencia médica o siendo más realistas, las opiniones de los expertos designados por las administraciones comunitarias, estatales o internacionales, quienes convertidos en portavoces de toda la comunidad científica marcaban las decisiones y/o recomendaciones que se impondrían.

Pese a ello, como se demostrará en esta tesis, en ocasiones los legisladores han obrado al margen y hasta en sentido contrario a las indicaciones de sus propios expertos y todo esto, a espaldas de los tribunales y ciudadanía.

En nuestro país la ebriedad normativa ha inundado los Juzgados y Tribunales de procedimientos, dando lugar a resoluciones contradictorias ante situaciones o legislaciones semejantes. El Gobierno de la nación decretó el estado de alarma en virtud de la Ley 4/1981 que, en democracia solo había sido invocada en una ocasión y que, dicho sea de paso, la crisis acontecida no era de naturaleza sanitaria.

El Ejecutivo y la Abogacía del Estado entendieron que bajo el Ordenamiento Jurídico de España la única herramienta que otorgaba facultades legales suficientes para que el Legislador pudiera aprobar medidas severas de restricciones de derechos fundamentales a fin de contener la transmisión de la enfermedad era declarar el estado de alarma, primero por 15 días, más tarde siendo prorrogada, y finalmente por un plazo de seis meses de un solo tirón.

Las fotografías de las consecuencias de tales

medidas de emergencia conllevaron a restricciones al libre ejercicio del trabajo (art. 35 CE), lo que supuso la ruina económica de miles de familias, trabajadores, emprendedores y empresas; limitaciones si no suspensión de la libertad de circulación (art. 19 CE); de reunión (art. 21 CE); y de la práctica religiosa (art. 16 CE) en su esfera pública.

Levantado el estado de alarma, la situación sanitaria seguía dibujando un número significativo de diagnósticos positivos mediante la conocida técnica PCR pese a la vacunación de más del 90 % de la población española con unos medicamentos cuya composición contenía moléculas génicas que jamás habían sido aplicadas en humanos. Pues bien, a finales de 2021 se alcanzó una incidencia acumulada (IA) por cada 100 000 habitantes muy por encima de los 50 casos que recomendó la Organización Mundial de la Salud (OMS) como límite de seguridad. Según fuentes del Ministerio de Sanidad con fecha 3 de febrero de 2022 se alcanzó de media un IA a 14 días por cada 100 000 habitantes de 2 420,63, cifra que no se alcanzó durante las olas anteriores.

Como puede observarse algunas Comunidades Autónomas (CCAA) alcanzaron un

² Véase ATSJ de Murcia N.º 7/2020 de 14 de enero de 2022 (Roj: ATS MU 1/2022-ECLI:ES:TSJMU:2022:1.ª, N.º Rec. 1/2022) que ratifica las medidas preventivas sanitarias solicitadas por la Consejería de Salud de la Región de Murcia.

³ Véase ATS del País Vasco N.º 7/2022 de 1 de febrero de 2022 (Roj: ATSJ PV 69/2022-ECLI:ES:TSPV:2022:69A) que no ratificó las medidas preventivas sanitarias contenidas en el Decreto del Lehendakari.

⁴ FERNÁNDEZ DE GATTA SÁNCHEZ, D (Dr.). Los Estados de Alarma por el COVID-19, problemas jurídicos-administrativos. Salamanca: Ratio Legis Ediciones. 2021.

⁵ La STC 70/2022 recoge esta disparidad de criterios en el Fundamento Jurídico Segundo al decir: «[...] las autoridades autonómicas, invocando el art. 8.6 LJCA procedieron a solicitar de los juzgados de lo contencioso-administrativo la autorización o ratificación de las medidas, lo que dio lugar a pronunciamientos dispares de estos juzgados [...] que, en unos casos ratificaron las medidas de salud pública autonómicas, y en otros la denegaron».

⁶ Véase la STS 1103/2021 de 18 de agosto de 2021 (Roj: 3260/2021-ECLI:ES:TS:2021:3260, N.º Rec. 5899/2021) con la STS 1112/2021 de 14 de septiembre de 2021 (Roj: STS 3298/2021-ECLI:ES:TS:2021:3298, N.º Rec. 5909/2021).

Tabla 1. Casos de COVID-19 confirmados y fallecidos a 03.02.2022

CCAA	Casos totales	Casos nuevos notificados desde el último informe*	Casos diagnosticados en los últimos 14 días	
			Nº	IA**
Andalucía	1.261.809	5.903	70.435	831,35
Aragón	373.622	2.554	46.846	3.532,19
Asturias	178.165	1.196	27.389	2.706,98
Baleares	234.666	2.203	28.135	2.398,53
Canarias	260.871	1.156	21.948	1.010,06
Cantabria	115.372	1.247	20.489	3.505,35
Castilla La Mancha	440.139	1.539	39.130	1.909,19
Castilla y León	611.843	3.664	62.433	2.619,78
Cataluña	2.093.572	14.916	314.182	4.046,98
Ceuta	17.933	83	2.336	2.797,04
C. Valenciana	1.166.528	15.620	179.428	3.547,31
Extremadura	216.411	1.605	26.298	2.482,11
Galicia	464.296	6.183	73.350	2.721,06
Madrid	1.496.183	7.397	89.738	1.329,21
Melilla	19.441	113	1.814	2.102,92
Murcia	335.078	3.642	54.140	3.565,39
Navarra	211.932	1.499	22.000	3.325,59
País Vasco	617.914	3.430	60.532	2.734,06
La Rioja	83.941	418	6.394	1.999,40
ESPAÑA	10.199.716	74.368	1.147.017	2.420,63

IA de 4.046,98 por cada 100.000 habitantes, ciertamente un escenario que cuestionaba la efectividad de las medidas preventivas sanitarias impuestas mediante decretos, órdenes o diversos protocolos desde noviembre de 2021 en la mayoría de estas CCAA, que dicho sea de paso, a veces contaron con la preceptiva ratificación previa del correspondiente Tribunal Superior de Justicia (TSJ) según el artículo 10.8 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa (LJCA) vigente en aquel momento, y otras tantas sin ella.

Esto provocó la presentación de diversos recursos contenciosos-administrativos contra aquellas normas o actos, ya fuera mediante el procedimiento ordinario, solicitando su nulidad de pleno derecho o por el procedimiento especial de derechos fundamentales, dando lugar a resoluciones contradictorias entre los TSJ y de hasta del mismo Tribunal Supremo (TS) en dos sentencias con apenas unas semanas de diferencia.

El papel legislativo de las agencias o instituciones sanitarias.

Y a todo esto, dado que todo se inicia por decisiones sanitarias, esto es, desde la declaración de la pandemia hasta los tratamientos médicos a

aplicar, cabe preguntarse: ¿quién controla a los controladores de las agencias sanitarias?, ¿qué mecanismos administrativos y legales podemos implementar para tener unas expectativas razonables basadas en un conocimiento sin intereses en conflicto de que los sacrificios que se pretende imponer con menoscabo en diferente grado de los derechos fundamentales efectivamente sean proporcionadas –las medidas–, adecuadas, necesarias, en definitiva, la única posible para alcanzar los fines de proteger la salud pública?

El magistrado israelí citado al inicio de este texto defiende que «la función del Juez es cerrar la brecha entre el Derecho y la sociedad y proteger la democracia, sin permitir que el sistema jurídico degenera o se colapse en anarquía», en palabras de BARAK «el Juez debe garantizar estabilidad con cambio, y cambio con estabilidad».

Defendemos que, ante crisis como la vivida por la pandemia COVID-19 está en peligro no solo la salud pública –que no es poco–, sino la salud democrática de la sociedad en su conjunto, cuando esta, llevada por el miedo y la incertidumbre decide vender o ceder sus derechos inalienables a cualquier precio en aras de una prometida y

pronta seguridad, es entonces cuando la Justicia debe actuar como último bastión en defensa y protección de aquello que da sentido y valor a la vida, los derechos fundamentales de todos y para todos, cuya resiliencia emerge junto al interés general gracias al adecuado control judicial, solo así la Justicia podrá contestar ante la pregunta «¿Cuál es mi función como juez?» **HICE LO CORRECTO.**

Continuará...

Alexis J. Aneas
Abogado
Doctorando por la Universidad de Málaga



¿QUIÉN ES JUAN ZARAGOZA?

Juan Zaragoza es un intruso accidental con una misión. La mayoría de la gente me conoce por haber visto algún fragmento de mi programa en El Toro TV, “Vivir con Salud” pero puede resultar chocante que un ingeniero aeroespacial (de formación) se dedique a la divulgación científica no oficialista.

Si nos remontamos unos años atrás mis inquietudes nacen de la necesidad de ayudar a los demás a ser libres en todos los ámbitos de las personas, esa es mi misión en esta vida. Y hablo de libertad en todas sus vertientes, física, mental, emocional y espiritual. Todas las iniciativas que he puesto en marcha estos últimos 30 años han tenido este objetivo y esto me ha llevado a ser intruso en distintos ámbitos profesionales ya que he sido profesor de instituto, de universidad, he dirigido grupos de recuperación de adicciones, he construido programas de desarrollo personal, he colaborado en la construcción de una iglesia (congregación, no edificio) cristiana en Madrid y finalmente me he adentrado en el mundo de la salud a raíz de problemas personales y familiares tras haber sufrido lesiones vacunales que desencadenaron enfermedades autoinmunes.

Mi formación como ingeniero me ha estructurado de tal manera que me cueste aceptar la palabra crónico, de por vida, sin solución. Siempre he pensado que los problemas están ahí para

encontrarles una solución y que las soluciones son solo una cuestión de tiempo y recursos. Con la salud ocurre lo mismo.

Fue a raíz de las lesiones vacunales que mostramos tanto mi hija pequeña como yo, que comencé un trabajo de investigación de tres meses, 14 horas diarias para encontrar la solución a nuestras enfermedades autoinmunes que nos decían no tenían solución, que eran de por vida y que acortaban nuestra esperanza de vida. En este proceso descubrí que más allá de la medicina convencional que se centra en medicar los síntomas de las enfermedades, hay todo un mundo de salud que permite dejar de ser “paciente”, es decir, sujeto pasivo y tomar el control de la propia salud dándole al cuerpo lo que necesita para que pueda recuperar su equilibrio perdido. Esto, en casi todos los casos, se puede realizar cambiando hábitos y aprendiendo, en el proceso, a escuchar las señales y avisos que nos va dando nuestro cuerpo.

Fruto de este viaje emprendido a finales del 2017 ponemos en marcha en casa protocolos personalizados que nos permiten revertir nuestras enfermedades autoinmunes. No estamos curados, pero sí hemos sanado, o lo que es lo mismo, estamos libres de síntomas y sin necesidad de tomar medicación. ¿El precio a pagar? Tenemos un margen más estrecho en las cosas que podemos hacer en el día a día en alimentación, descanso,

actividad física y exposición a tóxicos.

¿Por qué y cómo nace el programa de televisión “Vivir con Salud”?

El programa de Vivir con Salud nace de manera accidental. En junio de 2021 tras anunciarse que comenzarían con la vacunación contra la COVID de los niños y no poder dormir durante varias noches por la angustia que me generaba este ataque a los más inocentes, decidí grabar un vídeo explicando los posibles efectos adversos que distintos expertos habían advertido que podrían desencadenar las vacunas en los niños. Este vídeo lo grabamos en el jardín de casa sin prepararlo y con unas pintas poco formales. Nunca pensé que lo llegarán a ver más de 50 o 100 personas, pero se volvió viral a pesar de que fuera rápidamente censurado.

Un mes después, en julio, tras viajar por trabajo a Madrid, me dice un amigo que me está viendo en canal de Telegram de Julio Ariza. Yo llamé a mi mujer, tras salir de una cita comercial, y me explica quién es Julio Ariza y que tiene un canal en televisión que se llama El Toro TV y que yo no conocía. Esa misma tarde me llega una avalancha de mensajes por WhatsApp y entre ellos uno del director de la cadena que me insta a pasarme por las oficinas en Madrid para conocerme. Hay que recordar que en el vídeo no digo quién soy ni a

qué me dedico porque para mí lo importante no era yo, sino el mensaje que quería transmitir.

Pues el jueves de esa semana devolví el mensaje y quedé en pasarme el viernes, antes de volver para Denia, a conocer a Julio Ariza. Una vez que llegué a la cadena y de explicar quién soy y por qué he grabado el vídeo, Julio me pide que salga en el programa de Dando Caña, en directo para poder explicar quién soy y entrevistarme para la gente que me ha visto y que no me conoce. Acedí y tras esta y otras dos intervenciones, Julio me propone hacer un programa de divulgación de salud y el resto es historia. Comenzamos en septiembre del 2021 y ya hemos grabado más de 43 programas. Ha sido toda una aventura, como decía al principio, accidental, pero de momento no accidentada, gracias a Dios.

Durante estos años la población mundial se ha visto sometida a medidas restrictivas en sus derechos civiles sin precedentes en la Historia como consecuencia de la pandemia por la COVID-19. Desde tu experiencia y conocimientos, ¿crees que estaban justificadas la imposición de estas medidas preventivas sanitarias?

No ha sido sorprendente lo que ha ocurrido si tenemos en cuenta que han venido avisándonos de ello durante los últimos 15 años, al menos. De hecho, en uno de los cursos que yo impartía a directivos sobre comunicación y presentaciones utilizaba una charla TEDtalk de Bill Gates, ya en el 2005 que hablaba de la próxima crisis de la humanidad sería por una pandemia de un virus. Yo utilizaba la charla para mostrar cómo alguien sin habilidades de comunicación (Bill Gates es bastante nulo) podía utilizar con eficacia herramientas como la metodología inductiva y los impactos.

La COVID-19 no ha sido otra cosa que la excusa, o según Klaus Schwab, la ventana de oportunidad para implantar el Gran Reseteo o la 4ª Revolución Industrial. Según Anthony Fauci era necesario un evento global (dicho en un simposio en 2019) para poder implantar una nueva tecnología de “vacunas” que normalmente necesitaría entre 10 y 15 años para poder ser implantada y que toda la población admitiera la necesidad de ser vacunados, controlados y restringidos en sus movimientos, derechos y libertades. Ha sido dicho y hecho. No ha habido ninguna pandemia real, solo la fabricada con este propósito y cuyo ensayo se realizó en Nueva York en el evento 201 organizado por Bill Gates donde se simuló todo lo que hemos vivido y nos han impuesto a nivel global.

Así que la respuesta breve a la pregunta es no, no estaban justificadas las medidas porque nunca hubo ninguna pandemia.

¿De qué se enfermaba y se moría la gente? Pues se enfermaban y se morían de una sobre exposición ambiental a distintos contaminantes, fundamentalmente aerosoles diseminados desde aviones en lo que se conoce como Chemtrails y que están fuera de toda duda, y la sobreexposición a la radiación (EMF) de las nuevas antenas de telefonía que se han desplegado y siguen desplegándose por toda la geografía española. Tanto los tóxicos en el aire como los campos electromagnéticos son capaces de inducir los síntomas del síndrome de la COVID por sí solos. Nunca existió ningún virus SARS-CoV-2 (salvo en un modelo informático) y nunca hubo ni infección

ni contagio. Aunque sí que hubo un síndrome por intoxicación aérea y de irradiación.

Lo que nos han hecho es lo que conocemos como Problema-Reacción-Solución. Las autoridades o poderes fácticos nos generan un problema que no teníamos (la pandemia) hay una reacción de la gente, tras ser bombardeados por los medios de comunicación que siembran el terror 24 horas al día, pidiendo una solución y aquellos que han creado el problema nos dan la solución, donde siempre nos entregan “seguridad” a cambio de nuestra libertad. El problema es que la mayoría de la gente está dispuesta a entregar su libertad por esta falsa sensación de seguridad. Es así como se logra encerrar a todo el globo, se destruye la pequeña y mediana empresa, se hace la mayor transferencia (concentración) de riqueza de la historia, se somete y todo el mundo, se impone el uso de un tapabocas que solo nos enferma y que es un símbolo de sumisión, se ejecuta a los ancianos en hospitales y residencias por medio de protocolos genocidas que ningún médico cuestiona, se introduce el uso de cámaras de reconocimiento facial, se impide el libre movimiento de las personas, se impide la asociación o las reuniones, se censuran los mensajes contrarios a la narrativa oficial, se impone el uso de un pasaporte COVID, se discrimina a aquellos que no han cedido a la coacción, se etiqueta y se siembra el odio contra aquellos que hacen uso de su soberanía corporal (el derecho a elegir lo que entra en mi cuerpo) y un largo etcétera. Vamos, lo que ellos llaman la nueva normalidad que ha venido para quedarse.

Gracias a tu programa, muchos de nosotros hemos tenido acceso a información científica sobre la naturaleza de los virus. Sobre esta cuestión, ¿podría explicarnos que significa aislar y purificar un virus?, ¿se ha aislado y purificado el virus conocido como SARS-CoV-2?

Aislar y purificar un virus significa algo distinto dependiendo de con quién hables. Si estamos hablando con un virólogo (experto en virus) nos dirá que aislar un virus consiste en extraer una muestra de fluido biológico del enfermo, donde supuestamente hay virus causantes de la enfermedad, cultivarlo en células vero (células de mono) que serán infectadas por este virus, observar el resultado, la multiplicación del virus y la muerte de la célula (aquí se suele fotografiar el virus con un microscopio electrónico) y después para poder secuenciarlo se centrifuga esta sopa para eliminar bacterias, células etc. y dejar solo material genético (fragmentos) que serán identificados y secuenciados in silico. Un programa informático formará un rompecabezas con esas secuencias de ARN (en este caso) y lo comparará con secuencias de otros virus anteriormente secuenciados. Allí donde encuentre coincidencias (con otro coronavirus, por ejemplo) colocará estas secuencias y luego rellenará los huecos. Se trata por tanto de un constructo informático que plantea varios problemas.

El virus en ningún momento ha sido aislado. Aislar significa separar del resto de elementos. Esto, para que sea veraz, debe hacerse con un proceso de centrifugación de la muestra. Este proceso separa en bandas de densidades idénticas, por lo que todos los virus de la muestra deberían estar en la misma banda. De ahí debería extraerse el virus (solo el virus) secuenciarse y caracterizarse.

Después habría que infectar una célula con este virus y otra muestra idéntica con solución salina para tener un control en el experimento. Si el virus se replica y la muestra de solución salina no lo hace tenemos un virus aislado, purificado, secuenciado, caracterizado y cultivado. Y aún no hemos terminado, ahora habría que infectar un sujeto que debería desarrollar la enfermedad y del que debería poder repetirse todo el procedimiento. Así habríamos cumplido los postulados de Koch.

Esto que he descrito en segundo lugar nunca se ha hecho, ni con este virus ni con ningún otro. No estamos diciendo que no existan simplemente que no se ha demostrado nada de lo que nos han estado contando. Se ha utilizado una metodología que en el mejor de los casos deja mucho que desear, aparte de ser poco científica y rigurosa.

Según tu opinión, ¿ha quedado demostrado científicamente la transmisión y contagio de los virus?, en caso negativo, ¿qué causarían entonces los síntomas afines entre pacientes?

Nunca se ha demostrado ni la infección ni el contagio. Cada vez somos más los que cuestionamos la teoría de gérmenes. Esa que nos dice que cada enfermedad la causa un germen patógeno que invade nuestro cuerpo con el fin de matarnos. Nuestro cuerpo está lleno de bacterias y hongos y también de información genética (exosomas o virus) que el cuerpo utiliza para comunicarse y eliminar desechos, sacar la basura.

El cuerpo tiende a la salud y el equilibrio (homeostasis) así que cuando este se pierde por estrés, o por intoxicación (fumigaciones, radiación, comida, agua) hace una parada técnica para poder recuperar el equilibrio. En esta parada técnica las bacterias de los distintos tejidos del cuerpo y el sistema inmune intentarán recuperarnos y desintoxicar. De vez en cuando estos recursos no son suficientes y el cuerpo necesita recurrir a los virus que ejercen un trabajo similar a un disolvente que arrastra todo aquello que nos intoxica y que será eliminado por las distintas vías de desintoxicación del cuerpo.

Las bolsas de basura es lo que llamamos virus, que además sirven para que las células se comuniquen entre ellas y activen este mismo proceso. Normalmente los virus suelen circunscribirse a un solo tipo de tejido (hepático, pulmonar, renal, etc.) lo que hará que las características de los mismos sean distintas. Así pues, no hay infección y/o contagio sino más bien un proceso de desintoxicación de recuperación de la homeostasis. De vez en cuando el cuerpo no puede recuperar este equilibrio, cuando esto ocurre sobreviene la muerte de la persona y ahí todos los microorganismos cambian su función para reciclar el cuerpo que ha muerto.

Si estamos con una persona que tiene un trance, algo típico en esta época del año, es posible que nosotros tengamos algún síntoma leve al día siguiente. Los exosomas o virus que ha liberado la persona y que han llegado a nosotros activan los procesos de desintoxicación de nuestras propias células, dependiendo de cómo estemos de intoxicados tendremos más o menos síntomas. Es lo que llamamos contagio. Pero el mecanismo es muy distinto de lo que nos han contado y el propósito también lo es.

VACUNACIÓN DE *MENORES*



Autor: Juanjo Martínez.
Médico, cirujano.

1.- SITUACIÓN DE LOS MENORES FRENTE AL SARS-COV-2 Y LA COVID-19.

Viendo los datos estadísticos y la bibliografía médica, se sabe con certeza absoluta que **los menores de 19 años en España apenas padecen la enfermedad, si la padecen, la pasan con poca sintomatología**, se sabe que la pasan como pueden pasar otras viriasis respiratorias, como pueden ser la influenza, parainfluenza, enterovirus, etc. (1-2). El propio Ministerio de Sanidad español publicó un documento, aprobado el 7 de diciembre pasado por la Comisión de Salud Pública, con las conclusiones del Grupo de Trabajo COVID-19 en población infantil (2-8) en la que muestran que el **99,7%** de los menores presentan un cuadro clínico leve o son asintomáticos. Datos similares se pueden leer sobre la afectación de esta enfermedad en menores en el estudio publicado a finales de noviembre de 2021 en la revista Anales de Pediatría por la Dra. Cristina Calvo Rey y colaboradores, titulado *“Pandemia de COVID-19 ¿Qué hemos aprendido en este tiempo?”* (3-11).

La excepción está en lo menores que presenten alguna **comorbilidad que les hagan vulnerables** (4-9; 5-10).

También sabemos, y está ampliamente publicado en trabajos científicos y aceptado por toda la comunidad científica, que **los niños no son los supercontagadores que se pensó que eran en un primer momento de esta pandemia** (6-2, 7-3, 8-4, 9-5 y 10-6). No solo eso, sino que se sabe a ciencia cierta que es al revés, **que son los adultos los que les contagian a los menores**. El trabajo realizado en septiembre del 2021 en Cataluña en este sentido es muy claro y demuestra que en el ámbito escolar los contagios no han sido de los niños a los adultos, profesores, cuidadores, limpiadores, etc, sino al revés, de los adultos a los niños (11-7).

Los datos recogidos en el boletín n.º 118 del Instituto de Salud Carlos III (12-1), revelan que desde el pasado 22 de junio de 2020 hasta el 16 de febrero de 2022 la tasa de mortalidad por COVID-19 en España de los menores de 19 años

en el año analizado asciende 0,00023861% y la tasa de hospitalización en UCI en igual periodo a 0,0002484 %, sabiendo, además, que la gran mayoría de estos eran menores con enfermedades concomitantes que les hacían vulnerables.

Por lo tanto, y como resumen a este primer punto, si los menores apenas padecen la enfermedad COVID-19, si la pasan la pasan sin enterarse prácticamente, no son para nada los supercontagadores que se dijo inicialmente que eran, sino al revés, son los adultos los que les contagiamos a ellos, y tienen una mortalidad por esta enfermedad prácticamente despreciable, siendo los afectados por ella los que presentaron alguna enfermedad concomitante, **NO veo ninguna necesidad de “vacunar” a los menores con un medicamento autorizado para uso de emergencia, del que todavía no se han estudiado adecuadamente los efectos adversos y la mortalidad, y del que no se sabe cómo resulta la relación riesgo-beneficio, pero parece claro que se inclina mucho más al riesgo que la beneficio.**

2.- ACTUALIDAD DE LA “VACUNA”

Entonces el virus ha mutado varias veces y actualmente la variante más prevalente es la Omicron. Es bien sabido que las “vacunas” existentes no tienen efecto sobre esta variante siendo así que cuando se detectó esta nueva variante en Sudáfrica en noviembre del año pasado, *Pfizer dijo públicamente que la “vacuna” existente de su empresa no era eficaz para esta variante y que en unos meses sacaría una específica para la variante Omicron.* El 30 de marzo pasado BionTech presentó un informe ante la Comisión de Bolsa y Valores de EEUU (13-17) en el que reconoce, además de otros datos que posteriormente veremos, que es posible que no puedan tener “formulaciones específicas para variantes nuevas”. La empresa reconoce que puede que no pueda sacar nuevas formulaciones para variantes nuevas, como puede ser el caso de la Omicron, para la que ya están trabajando desde finales del año pasado, como hemos comentado al inicio de este punto. Por lo cual *la “vacuna” que se está inyectando actualmente a los niños y jóvenes no sirve para proteger de la enfermedad COVID-19 actual, ya que esta es provocada en su gran mayoría por la variante Omicron.*

Sin embargo, el Comité Asesor de Vacunas (CAV) de la Asociación Española de Pediatría (AEP) en su actualización del 24 de febrero de este año, con respecto a la pregunta “La varianteOMICRON del virus de la COVID es la que causa la mayoría de las nuevas infecciones. ¿Las vacunas usadas siguen siendo eficaces en estos casos?” concluye que “por tanto, tres dosis de vacuna de ARNm mantienen una importante protección frente a la hospitalización, infección grave y muerte porOMICRON” Para llegar a esta conclusión analiza únicamente tres supuestos trabajos científicos. Y digo “supuestos” porque dos de los trabajos son de muy escasa calidad, como ahora veremos, y el tercero no debe ser mucho mejor porque me ha sido imposible localizarlo. El primer trabajo al que hacen referencia lo califican de “estudio” pero no es un estudio, es una simple carta al editor cuyo texto ocupa poco más de una página y se titula “Efectividad de la vacuna BNTb contra la variante Omicron en Sudáfrica” escrita por Shirley Collie y otros, y publicada en el New England Journal of Medicine el 29 de diciembre de 2021 (14-18). Analizada esta carta al editor vemos que es una carta de la que no se pueden sacar conclusiones reales dada la baja calidad del mismo, los muchos sesgos que tienen sus datos y la inconsistencia de su conclusión.

Algo parecido le ocurre al segundo trabajo al que se refieren es el estudio titulado “Asociación entre 3 dosis de la vacuna mRNA COVID-19 e infección sintomática causada por las variantes Omicron y Delta del SARS-CoV-2” publicado por la Dra. Emma K. Accorsi y colaboradores en JAMA el 21 de enero de 2022 (15-19), también es un trabajo de escasa calidad como vamos a ver

ahora y reconocen los propios autores al exponer sus limitaciones. Al igual que con la carta anterior, pero en este caso ante un verdadero estudio, tenemos que decir que también es un trabajo de baja calidad. Y lo decimos en primer lugar porque los propios autores indican que tiene su estudio tiene nada menos que ocho limitaciones, a las cuales nosotros podemos añadir unas cuantas más. Por tanto, valorando todos los puntos sobre este trabajo vemos que es un estudio de muy baja calidad del cual no se pueden sacar conclusiones reales por esa baja calidad del mismo, los muchos sesgos que tienen sus datos, y la inconsistencia de su conclusión.

Ante todo lo expuesto tengo que decir que la conclusión del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría sobre la validez de la vacuna de Pfizer-BionTech para la variante Omicron es una auténtica falacia. Con estas publicaciones **NUNCA se puede concluir que “tres dosis de vacuna de ARNm mantienen una importante protección frente a la hospitalización, infección grave y muerte”** ya que son publicaciones de muy baja calidad.

A modo de conclusión diré que la “vacuna” que se está inculcando a los menores actualmente NO es eficaz para la variante más prevalente actualmente, la Omicron, es decir, es una “vacuna” totalmente OBSOLETA. Incluso recientemente la propia empresa fabricante, Pfizer-BionTech, reconoce que pueden no tener formulaciones específicas para variantes nuevas.

3.- MEDICAMENTOS DE ARNM

La tecnología de ARNm y los medicamentos de este tipo, por tanto, llevan investigándose más de 20 años. Se orientaron fundamentalmente a obtener una respuesta inmunológica mejorada frente al cáncer. La idea era generar medicamentos que dirigieran la respuesta inmune frente a determinantes antigénicos del tumor específicos de cada tipo de cáncer, de modo que se obtuviera una respuesta selectiva frente a ese tumor sin dañar a otros tejidos del organismo. Sin embargo, estos planteamientos teóricos nunca dieron resultados prácticos y ningún medicamento de ARNm se había autorizado por las agencias reguladoras, a pesar de estar dirigidas al tratamiento del cáncer, una enfermedad amenazante para la vida, y cuyos estándares para su autorización por parte de las agencias reguladoras son más bajo de lo habitualmente exigido para otras enfermedades. En esta circunstancia, llegó la pandemia por COVID-19 y las compañías decidieron aplicar esta tecnología, que nunca funcionó para el

cáncer u otro tipo de enfermedades, a la infección por SARS-CoV-2. Por tanto, la experiencia previa con los medicamentos de ARNm es realmente decepcionante. A pesar de todo ello, la industria farmacéutica investigadora de estos medicamentos nunca había conseguido comercializar ningún producto de ARNm. ¿Y por qué? Creo que la respuesta es bastante obvia, porque no consiguieron un medicamento eficaz, seguro y que no tuviera efectos secundarios importantes. Por qué si hubieran conseguido un medicamento así, lo hubieran comercializado inmediatamente. Sin embargo, ahora lo estudian para una enfermedad vírica nueva y en tiempo récord consiguen un medicamento que dicen que es eficaz y seguro, pero hay abundante bibliografía científica de calidad que dice que no es así. Incluso, como acabamos de ver en el punto anterior, la propia empresa Pfizer-BionTech reconoce que no puede asegurar que sea eficaz y segura y que puede producir efectos adversos significativos (13-17). En resumen, tenemos que indicar que **a pesar de que se llevaba más de veinte años investigando sobre medicamentos de ARNm, nunca hasta ahora se había conseguido comercializar ninguno.**

Además, estos medicamentos de ARNm estaban prohibidos en la Unión Europea, pero ésta el 17 de junio del 2020 (16-20) derogó determinadas normas de forma temporal y estrictamente relacionada con la COVID-19 para que se **podieran realizar los ensayos de estos medicamentos de ARNm. De esta manera se han podido comercializar estos medicamentos en fase experimental en Europa.**

Con estos antecedentes es prácticamente imposible que ahora, en menos de un año y con solo dos meses de experimentación en fase III en humanos, hayan conseguido una “vacuna” eficaz y segura como nos dicen. Y hay muchas pruebas que demuestran que no lo son. Además de muchos trabajos científicos que veremos posteriormente, el tiempo desde que se empezaron a inocular ha demostrado que esto no es cierto, especialmente en los menores. Sabemos ya los efectos nocivos y las muertes que están originando en el plazo corto que llevamos de inoculaciones, pero **no podemos saber es lo que puede ocurrir a medio y largo plazo**, y esto en los menores es más importante si cabe, que en los adultos. **Por ello NO se debe “vacunar” a los menores.**

4.- COMPONENTES DE LA “VACUNA”

La “vacuna” Comirnaty de Pfizer es una “vacuna” de ARN mensajero monocatenario, con caperuza (CAP) en el extremo 5', que codifica la

proteína viral S (espícula) del SARS-CoV-2. El ARNm se produce por transcripción in vitro, a partir de un modelo ADN correspondiente, en un sistema libre de células. Cada dosis de 0,3 ml contiene 30 µg de este ARNm altamente purificado embebido en nanopartículas lipídicas.

La “vacuna” contiene los siguientes excipientes (en parte en inglés) (17-21):

• *ALC-0315 = (4-hydroxybutyl) azanediyl) bis (hexane-6,1-diyl)bis(2-hexyldecanoate).*

• *ALC-0159 = 2-[(polyethylene glycol)-2000]-N,N-ditetradecylacetamide.*

- 1,2-Distearoyl-sn-glicero-3-phosphocholine,
- colesterol
- cloruro potásico
- fosfato dihidrogenado de postasio
- cloruro sódico
- hidrógeno fosfato disódico dihidrato
- sacarosa
- agua para inyección

Dentro de estos componentes queremos resaltar la presencia de dos excipientes sintéticos y tóxicos para el organismo porque su degradación no es conocida, como son el lípido catiónico ALC- 0315, diseñado para este medicamento de Pfizer y que puede resultar muy tóxico para el ser humano, y el lípido de polietilenglicol ALC-0159 (PEG) cuya ficha de datos de seguridad (FDS) indica que *no debe ser utilizado en humanos, sino solo para fines únicamente de investigación*. Estos lípidos son los que forman parte de la cápsida o envoltura donde va el ARN mensajero, también sintético y tóxico, que puede producir gran número de respuestas inflamatorias, al ser muy inmunogénico, como ya se está viendo en los inoculados (miocarditis, pericarditis, glomerulonefritis, etc).

En conclusión, debemos resaltar que al menos dos de los componentes conocidos de estas vacunas son los lípidos **ALC- 0315** y el **polietilenglicol ALC-0159 (PEG)**, que **ambos son tóxicos** para los seres humanos y que, al menos, **el PEG no está autorizado para su uso en humanos sino solo para fines únicamente de investigación, sin embargo, se están inyectando a seres humanos.**

5.- LIMITACIONES E IRREGULARIDADES EN LOS ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Las limitaciones e irregularidades en los estudios de investigación son muchas y muy graves como veremos a continuación. En primer lugar, indicar que en las fichas de farmacovigilancia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea sobre las “vacunas” para el Covid-19, en concreto en la de Pfizer (18-22), basándose en los informes oficiales

de esta empresa a la FDA y a la EMA ya refiere algunas irregularidades que, si bien son pequeñas irregularidades, tienen su importancia, porque conllevan a la alteración de los resultados de forma interesada.

En la carta del Profesor Peter Doshi, de la Universidad de Maryland en EEUU, publicada el 4 de enero de 2021 en British Medical Journal (19-23), hay un dato muy importante que refleja las irregularidades en el estudio de la “vacuna” de Pfizer y que fue publicado por Polack y col (20-24). El dato que queremos reseñar es la existencia en el estudio pivotal de Pfizer-BionTech de la *“categoría de enfermedad llamada “sospecha de covid-19”, aquellos con covid-19 sintomático que no fueron confirmados por PCR”*. Es decir, que la compañía publicó los datos de los pacientes que resultaron positivos en la prueba PCR, pero **omitó la información de los pacientes diagnosticados de COVID- 19 sintomático a los que decidió no hacer PCR**, lo que es algo totalmente irregular.

Si ya lo anterior demuestra la manipulación realizada durante el estudio de esta “vacuna” de Pfizer, todavía es más grave lo relatado en el artículo de Paul D. Thacker el 2 de noviembre de 2021 y publicado por la revista British Medical Journal titulado “Covid-19: Investigador denuncia problemas de integridad de datos en el ensayo de vacuna de Pfizer” (21-25), en el que se puede leer “Un director regional que trabajaba en la organización de investigación Ventavia Research Group le dijo a The BMJ que la compañía falsificó datos, no cegó a los pacientes, empleó vacunadores mal capacitados y tardó en hacer un seguimiento de los eventos adversos informados en el ensayo fundamental de fase III de Pfizer. El personal que realizaba las comprobaciones de control de calidad estaba abrumado por la cantidad de problemas que encontraba. Después de notificar repetidamente a Ventavia sobre estos problemas, el director regional, Brook Jackson, envió una queja por correo electrónico a la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA). Ventavia la despidió más tarde ese mismo día. Jackson ha proporcionado a The BMJ docenas de documentos internos de la empresa, fotos, grabaciones de audio y correos electrónicos”. Después de la comunicación de Brook Jackson a la FDA esta no hizo ninguna investigación. Creo que estas declaraciones tienen una gran relevancia ya que hablan de cosas muy graves como son la falsificación de datos o los retrasos y ocultación en el seguimiento y comunicación de los efectos adversos en los estudios de esta “vacuna”, con lo que las conclusiones sobre la eficacia y seguridad de la misma, así como de sus efectos adversos son totalmente inadecuados.

Otro dato de las irregularidades que se cometieron en el estudio de Pfizer es que esta tomó los resultados de su ensayo en adultos, que comenzó el 27 de julio de 2020, y luego agregó los resultados del estudio de adolescentes de 12-15 años, a pesar de que dicho estudio de adolescentes comenzó cuatro meses más tarde (22-26). Dado que

es bien sabido que la eficacia de las inoculaciones disminuye con el tiempo, esto da un falso impulso a los números de eficacia. La eficacia para estas dos cohortes debería haberse informado por separado, **nunca se debieron presentar como un resultado combinado**. Sin este impulso, sus datos de eficacia habrían caído con toda probabilidad.

Un dato más que demuestra más claramente, si cabe, las irregularidades y las manipulaciones de los estudios de Pfizer es el caso de una chica de doce años llamada Maddie de Garay. Maddie fue una de las 1518 voluntarias que participó en el ensayo de la vacuna de Pfizer. Tras la inoculación de la segunda dosis desarrolló unos efectos adversos graves y tuvo que ser hospitalizada dentro de las 24 horas siguientes. Ha sido hospitalizada muchas veces, y desde entonces **está en silla de ruedas y alimentándose por sonda nasogástrica. En su informe a la FDA, Pfizer describió sus lesiones como “dolor abdominal funcional” (23-27)**. Como decíamos al inicio de este párrafo, esto demuestra una vez más las irregularidades de los estudios de la investigación de Pfizer lo que hace que sus resultados no puedan ser fiables.

Esto es altamente preocupante porque se ha autorizado la utilización de estos medicamentos sin conocer realmente los problemas que pueden producir. Además, *todo esto demuestra claramente que los trabajos de investigación de la “vacuna” de ARNm de Pfizer tienen muchas limitaciones e irregularidades, algunas muy importantes, lo que hace que sus conclusiones y resultados no puedan ser fiables, y que la utilización de esta vacuna pueda tener graves consecuencias para las personas que la reciben.*

6.- EFICACIA DE LA “VACUNA” EN MENORES

Al igual que en el estudio de adultos el tiempo de seguimiento fue muy corto, una media de dos meses. A esto le tenemos que añadir que el número de participantes en estos ensayos clínicos que Pfizer realizó para las franjas de edad de 5 a 17 años, fueron en una cantidad escasa, un número muy corto de participantes, menos de 3 000 en cada grupo. Todo esto conlleva a que este ensayo clínico sea de muy escasa validez para poder predecir la seguridad y eficacia del nuevo medicamento y valorar los efectos secundarios que podría producir. En el documento informativo de Pfizer a la FDA estadounidense para la aprobación de la “vacuna” en los niños de 5 a 11 años, la empresa farmacéutica admite que su ensayo no tenía potencia suficiente para detectar la miocarditis. Concretamente dice “El número de

participantes en el actual programa de desarrollo clínico es demasiado pequeño para detectar cualquier riesgo potencial de miocarditis asociado a la vacunación”. Y donde se dice miocarditis se puede incluir cualquier efecto adverso, incluida la muerte del menor. Esto lo asume Pfizer ya que admite también que los datos de respuesta inmune, eficacia y seguridad a largo plazo son limitados y que sus estudios no fueron realizados para encontrar efectos secundarios ya que sólo 1 518 niños recibieron la inoculación (22-26).

Como en el caso de los adultos, los ensayos clínicos realizados para los menores indican que la “vacuna” en estas edades tienen una efectividad alta, el 90,7 % tras la 2ª dosis (24-28 y 25-29). Sin embargo, este argumento es falaz ya que se basa en eficacia relativa, cuando la efectividad se debe contemplar como eficacia absoluta, basada en el número necesario de casos a tratar, para prevenir enfermedad en la población general, no solo en la “vacunada”, que en el caso de los menores también es menor del 1 %. Todo esto se entiende de forma más clara con el trabajo publicado por Piero Olliaro y colaboradores en la revista The Lancet (26-30), o en la publicación el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (18-22).

Igualmente, en este apartado de la eficacia de esta “vacuna” nos tenemos que remitir al informe que Pfizer-BionTech presentó el 30 de marzo de este año ante la Comisión de Bolsa y Valores de EEUU (13-17) que dice **“es posible que no puedan demostrar suficientemente eficacia o seguridad de la vacuna”**. Además, apuntan que **“pueden ocurrir efectos adversos significativos durante nuestros ensayos clínicos o incluso después de recibir la aprobación regulatoria, lo que podría retrasar o terminar los ensayos clínicos, retrasar o impedir la aprobación regulatoria o la aceptación en el mercado de cualquiera de nuestros productos candidatos”**. En conclusión, Pfizer-BionTech está reconociendo que es posible que su “vacuna” para el COVID-19 no sea suficientemente eficaz y segura, que puede producir **efectos adversos significativos**.

Por lo tanto queda en totalmente en entredicho la eficacia de esta “vacuna” y más todavía si cabe para los menores, por lo que creemos que NO se deben inocular a los menores .

7.- SEGURIDAD DE LA “VACUNA” EN MENORES

En este punto tenemos que referirnos de nuevo a todos los datos expuestos en el punto anterior sobre la seguridad de este medicamento. Con la seguridad de esta “vacuna” nos ocurre lo mismo que con la eficacia, que el número de partici-

pantes y de tiempo de estudio son muy cortos y la propia empresa farmacéutica admite que su estudio no fue realizado para encontrar efectos secundarios, que los tiene y se están recogiendo en las agencias reguladoras y en publicaciones médicas. Pero en cuanto a la seguridad sí podemos afirmar que no es la que Pfizer comunicó, ya que como la propia empresa reconoce que su estudio está muy limitado para estudiarla y el ensayo no se diseñó para estudiar esos efectos secundarios. También, tenemos una información muy reciente, del 30 de marzo pasado, en la que Pfizer-BionTech reconoce que no puede **demostrar suficientemente seguridad de la “vacuna”** y, además, **apuntan que pueden ocurrir efectos adversos significativos**. Además, el propio **Ministerio de Sanidad español** en el documento mencionado sobre la población infantil (2-8), afirma que **“no se dispone de un análisis de la seguridad de la vacuna tras su uso a gran escala y su relevancia en la vida real”**. En el que reconoce no disponer de un análisis de la seguridad de la “vacuna” tras su uso a gran escala y su relevancia en la vida real, **dejando un interrogante abierto con respecto a lo que pueda suceder en el medio y largo plazo. Es un hecho notorio que se están produciendo efectos secundarios graves y muertes en cantidad no despreciables**.

Por lo tanto, con los datos que tenemos actualmente, no se puede afirmar en absoluto que esta “vacuna” para menores sea segura. Por lo que con esta falta de seguridad actual de este medicamento TAMPOCO se debe inocular este medicamento a los menores.

8.- EFECTOS ADVERSOS GRAVES

Según los datos recibidos en Europa para la “vacuna” de Pfizer a 4 de diciembre del año pasado, se habían notificado 607 283 efectos adversos potencialmente relacionados con la vacuna, de los cuales 231 142 son graves. Los fallecimientos ascendían a 8.991. Si bien es cierto, que no todos estos efectos adversos están confirmados en relación con la vacuna, también es conocida la importante infranotificación de eventos adversos que se comunican, menos del 1% Estudio de R. Lazarus y colaboradores para el estadounidense Sistema para Reportar Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS) (27-31) y Boletín de la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco nº 51, diciembre de 2020 (28-32). Con los datos anteriores podemos deducir que las cifras de mortalidad y de efectos secundarios graves de esta vacuna de Pfizer son importantes llegando a superar las que produce la propia enfermedad COVID-19. Además, tenemos que aclarar que cuando un profesional

sanitario o un ciudadano notifica una sospecha de reacción adversa, el centro regional correspondiente de farmacovigilancia estudia ese caso. Evalúan toda la información de la historia clínica y obtienen datos complementarios de pacientes y médicos si es necesario. A partir de ahí, se aplican distintos algoritmos para imputar la causalidad de la reacción al tratamiento. Cuando se determina que la intervención en cuestión (la vacuna, en este caso) es la causa más probable del evento observado, se introduce en el sistema de farmacovigilancia a nivel español (FEDRA) y posteriormente en el europeo EudraVigilance. **Por eso los datos publicados por todas las agencias de vigilancia, no solo el EudraVigilance, sino también el VAERS americano y otros, son fiables y ciertos.**

Otro dato que ratifica todo lo anterior es que Ruud Dobber, miembro del equipo ejecutivo de AstraZeneca, confirmaba también estos riesgos cuando afirmaba que **“esta es una situación única en la que nosotros, como compañía, simplemente no podemos asumir el riesgo si en (...) cuatro años la vacuna está mostrando efectos secundarios”** (29-36).

Pero, es más, estos efectos adversos graves y las muertes también están reconocidas por la FDA americana. Esta institución previamente a la campaña de “vacunación”, a fecha de 22 de octubre de 2020, presentó una lista de posibles resultados de eventos adversos (30-37) entre los cuales se menciona: miocarditis, pericarditis, síndrome inflamatorio multisistémico, infartos agudos de miocardio, enfermedad de Kawasaki, coagulación intravascular diseminada, tromboembolismo venoso, trombocitopenia, enfermedades neurológicas, fallecimientos. En la actualidad se están produciendo entre las personas inoculadas los eventos adversos del listado y otros nuevos que se están estudiando e incluso podría interferir en el desarrollo del cáncer (31-38, 32-39, 33-40, 34-41, 35-42 y 36-43).

Recientemente el propio laboratorio de la vacuna Covid-19 Pfizer BionTech ha publicado la lista de efectos secundarios que son los siguientes: lesión renal aguda, mielitis flácida aguda, anticuerpos anti espermatozoides positivos, embolia del tronco encefálico, trombosis del tronco encefálico, paro cardíaco, insuficiencia cardíaca, trombosis ventricular cardíaca, shock carcinogénico, vasculitis del sistema nervioso central, muerte neonatal, trombosis venosa profunda, encefalitis tronco encefálico, encefalitis hemorrágica, epilepsia del lóbulo frontal, espuma en la boca, psicosis epiléptica, parálisis facial, síndrome de sufrimiento fetal, amiloidosis gastrointestinal, convulsión tónico-clónica generalizada, encefalopatía de Hashimoto, trombosis vascular hepática, reactivación del herpes zoster, hepatitis inmunomediada, enfermedad pulmonar intersticial, embolia de la vena yugular, epilepsia mioclonica juvenil, daño hepático, bajo peso al nacer, síndrome inflamatorio multisistémico en niños,

miocarditis, convulsión neonatal, pancreatitis, neumonía, muerte fetal, taquicardia, epilepsia del lóbulo temporal, autoinmunidad testicular, infarto cerebral trombocito, diabetes mellitus tipo 1, trombosis venosa neonatal, trombosis de la arteria vertebral. Creemos que es una **lista de enfermedades suficientemente importantes como para sopesar muy mucho el inocular este medicamento a un menor, que puede padecer estos efectos secundarios cuando apenas va a padecer la enfermedad, que si la pasa, lo hará de forma muy leve y cuya mortalidad es prácticamente cero.**

Varios estudios que valoran el riesgo/beneficio de la vacuna ARNm COVID-19 en adolescentes y jóvenes, demuestran que **el riesgo de miocarditis es mayor tras la “vacuna”, sobre todo en varones entre los 12 y 29 años**, presentando síntomas cardíacos a la semana de recibir la vacuna, y con mayor riesgo de inflamación cardíaca tras recibir la segunda dosis de la misma, precisando en muchos de los casos ingreso hospitalario. (37-44, 38-45 y 39-46). En Suecia se ha paralizado la vacunación del COVID-19 con Spikevax de Moderna, similar a la de Pfizer, en jóvenes debido al aumento observado de miocarditis (40-47).

Los efectos cardíacos, sobre todo miocarditis y pericarditis, son los efectos adversos graves más frecuentes y conocidos, pero también son muy frecuentes en las menores las alteraciones en la menstruación y los problemas de fertilidad. Es importante destacar que **7 de cada 10 mujeres vacunadas han notificado alteraciones muy notables en la menstruación tras la vacunación** (41-48, 42-49 y 43-50). La Agencia Española del Medicamento y Producto Sanitario (AEMPS) al igual que la europea (EMA) han comunicado que, dada la alta incidencia de estas patologías, van a iniciar un estudio para analizar estas alteraciones ginecológicas en las mujeres vacunadas. Es preocupante este apartado, si tenemos en cuenta que los estudios llevados a cabo por las farmacéuticas no han analizado las consecuencias en el sistema reproductivo y la fertilidad (18-22), ni ha habido aún tiempo suficiente para observarlo en quienes se están vacunando.

Quiero resaltar aquí otra peculiaridad que pueden tener estas vacunas, son los **daños genéticos y hereditarios**. Existe la posibilidad de que **el ARNm contenido en la vacuna se incorpore al genoma humano y también que inhiba significativamente la reparación de daños de ADN** (44-54 y 49-55)

Estos son los efectos adversos graves que conocemos a corto plazo, los descritos por la FDA y Pfizer, y los que se han ido recogiendo por las agencias reguladoras. También se conoce ya que ha habido fallecimientos de niños por esta vacuna, niños que hubieran tenido muy pocas posibilidades o ninguna de fallecer por padecer la enfermedad. Pero son totalmente desconocidos los que se pueden producir a medio y largo

plazo, para eso se necesita que pase el tiempo. Consideramos que los posibles efectos adversos de la vacuna en los menores pueden ser muy superiores a los beneficios y que pueden tener unas consecuencias adversas importantes para su salud presente y futura en comparación con el hecho de pasar la enfermedad, que es un hecho notorio que los menores en un porcentaje muy alto, 99,7 % (Ministerio de Sanidad Español (2-8) pasan la enfermedad de forma asintomática o muy leve. **Por este motivo considero y sugiero extremar la prudencia en la inoculación de esta “vacuna” a los menores y solicito la paralización de la inoculación masiva e indiscriminada en estas franjas etarias.**

9.- MORTALIDAD DE LAS VACUNAS DE ARNm

Está reportado por la FDA y la propia Pfizer que estas “vacunas” pueden producir el fallecimiento de los menores inoculados. De hecho, ya se están produciendo estas muertes por la “vacuna”. En España en la franja de edad entre 5 y 11 años, según datos obtenidos de la página web del Ministerio de Sanidad español (50-33) la mortalidad del COVID-19 supone un 0,00003 %, tras casi dos años de pandemia. Si comparamos estos datos con los producidos tras la vacunación notificados a EudraVigilance, supondría un **riesgo de fallecimiento notificado tras la vacuna más de 125 veces mayor que si no estuviera vacunado.**

Quiero recoger aquí las palabras de *Doña Valerie Oyarzun Fontanet, Fiscal de la Audiencia Provincial de Lleida, que el 29 de octubre del año pasado publicó un informe titulado, “Inoculaciones - 20/21 en la infancia y adolescencia: supremacía del interés superior del menor”, que en su página 81 indica que “los datos oficiales muestran que 8 veces más personas han muerto debido a las vacunas Covid en 6 meses que personas que han muerto de Covid en 18 meses”.*

La Oficina de Estadísticas Nacionales de Gran Bretaña (Britain’s Office for National Statistics, ONS) (51-60) ha publicado datos que indican que los niños que recibieron las inyecciones contra el COVID-19 han tenido **una tasa de mortalidad hasta 51,8 veces mayor** que la de sus contrapartes que no recibieron las inyecciones. Estos datos de un organismo oficial británico dejan pocas dudas de que la mortalidad en los menores “vacunados” se multiplica exponencialmente en comparación con el riesgo que para esas mismas franjas de edad tiene el padecer la enfermedad.

Por lo tanto, podemos **concluir que el riesgo de muerte para los menores es muchísimo ma-**

yor por inocularles la “vacuna” de ARNm que por padecer la enfermedad por lo que en este sentido tampoco vemos ninguna ventaja a la inoculación, es más, estos datos CONTRADICEN totalmente, una vez más, la “vacunación” anti COVID-19 en los menores.

10.- INMUNIDAD NATURAL

Hay abundantes artículos científicos de calidad en los que queda demostrado que la inmunidad natural, la obtenida por contacto con el virus sin padecer la enfermedad o tras pasar esta, es superior respecto a la inmunidad generada por las vacunas, y a la nueva inmunidad denominada “híbrida” (enfermedad+vacuna). Analizando estos trabajos podemos decir que **la “vacunación” después de haber pasado la enfermedad o teniendo anticuerpos para SARS-CoV-2 es totalmente innecesaria (52-15) e incluso yo diría que es contraproducente.**

Así podemos encontrar estudios que afirman que la inmunidad natural ofrece una protección más duradera y más fuerte contra la infección, la enfermedad sintomática y la hospitalización en comparación con la inmunidad inducida por la vacuna de dos dosis de Pfizer (53-61). Que no solo protege contra la reinfección por el virus en gran medida, sino que también protege contra la progresión a la enfermedad grave COVID-19 (54-62 y 55-64). Que, además, la inmunidad natural tiene una respuesta de los niveles de anticuerpos en sangre que son mantenidos de forma más estable y respaldados por células inmunitarias de larga duración, es decir es más estable y duradera (56-64 y 57-63). Igualmente se puede comprobar en estos artículos que las personas infectadas con SARS-CoV-2 asintomáticas no se caracterizan por una inmunidad antiviral débil, sino que, al contrario, generan una respuesta inmune celular específica del virus altamente funcional (58-65).

Las personas que recibieron la “vacuna” de ARNm de Pfizer-BioNTech tienen unos niveles de anticuerpos frente al SARS-COV-2 inicialmente más altos pero que descienden de forma mucho más rápida, con una disminución exponencial (59-72). Sin embargo, la inmunidad natural, produce inicialmente niveles más bajos de anticuerpos, pero enseguida van aumentando y son más persistentes, duraderos, incluso hasta al menos doce meses después del diagnóstico, y eficaces que los producidos por la “vacuna” (60-66, 61-67, 62-68, 63-69, 64-70 y 65-71).

Además, en detrimento de la “vacunación” también está demostrado que los individuos que han tenido la infección por SARS-CoV 2 es poco probable que se beneficien de la “vacuna” con-

tra COVID-19 y hay muchos autores que cuestionan la necesidad de “vacunar” a las personas previamente infectadas (inmunidad híbrida). El supuesto estado superinmune que algunos autores dicen que tiene la inmunidad híbrida (infección + “vacunación”), no tiene ninguna correlación clínica comprobada a largo plazo, y un número creciente de estudios muestran beneficios adicionales marginales, si es que los hay, de la “vacunación” en individuos con inmunidad natural. Está comprobado que los pacientes que han pasado la enfermedad tienen mejor respuesta a las diferentes mutaciones del virus, lo que no ocurre con las personas vacunadas, por lo que su vacunación, inmunidad híbrida, no les beneficia en nada frente a nuevas variantes del virus SARS-COV-2, como la Omicron. La inmunidad híbrida, la conseguida de vacunar a las personas que han pasado la enfermedad, no mejora a la inmunidad natural y tiene además el handicap de los efectos adversos que puede tener la inyección de la vacuna. También ha quedado demostrado que no es necesario “vacunar” a los pacientes que han superado la enfermedad, inmunidad híbrida, ya que la inmunidad natural les confiere protección contra la reinfección, incluso grave, durante años. Ninguna “vacuna” ha demostrado esa eficacia y mucho menos la seguridad de no tener efectos adversos (66-73, 67-74), 68-75, 69-76, 70-77, 71-78, 72-79, 73-80 y 74-81).

Además, y en el caso concreto de los menores, en el ensayo de Pfizer tan solo se incluyeron un 9 % de niños que había tenido un resultado positivo al SARS-COV-2. Esto es totalmente insuficiente para hacer la comparación de la eficacia de esta vacuna con la inmunidad adquirida de forma natural, cuya evidencia apunta que en niños es robusta (54-62, 58-65 y 59-66) y estos tienen baja capacidad de transmitir la enfermedad. Dado que estas “vacunas” van a ser administradas a niños que ya han pasado la enfermedad, cabría la posibilidad, no estudiada en el ensayo, de que se produjera el fenómeno de **impronta antigénica** o también conocido como “pecado original antigénico” (75-82 y 76-83) o la **amplificación de la infección dependiente de anticuerpos (ADE)** (52-15). La impronta antigénica se refiere a que, tras una segunda exposición a una variedad distinta del mismo virus, el sistema inmune respondía con anticuerpos de una menor intensidad y especificidad. Este fenómeno, también denominado «paradoja de Hoskins o interferencia negativa», determina que, en una nueva vacunación con cepas antigénicamente distintas del mismo virus, el sistema inmune responde básicamente con los anticuerpos ya presentes (pereza inmunológica) y, en menor medida, con los nuevos inducidos por la nueva vacuna, disminuyendo la eficacia protectora frente a la enfermedad. Y la amplificación o potenciación de la infección dependiente de anticuerpos, o ADE, **es un fenómeno no deseado y bastante raro que ocurre con algunas enfermedades infecciosas.** Se da cuando la presencia de anticuerpos frente a un agente infeccioso empeora la enfermedad cuando la persona se infecta, en lugar de mitigarla. Cuando tiene lugar el ADE, los anticuerpos, en lugar de combatir al virus, facilitan la infección y agravan la enfermedad.

En conclusión, y basado en evidencia científica de calidad expuesta en este apartado, **queda**

totalmente clara que la superioridad de la inmunidad natural frente a la artificial, producida por las “vacunas”, está fuera de toda discusión. Incluso queda igualmente claro que la inmunidad natural es mejor que la híbrida, la producida “vacunando” a las personas que han pasado la enfermedad, **por lo que tienen inmunidad natural, no aporta nada positivo a las personas y si puede producirles efectos secundarios graves, incluso la muerte, por lo que NO es recomendable “vacunar” a los que tienen inmunidad natural.**

11.- TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD TRAS LA VACUNACIÓN

El papel transmisor de la enfermedad en la población infantil no está claro y, de haberlo, sería muy bajo. Ya ha quedado claro que tras muchos estudios publicados se sabe que los menores no son los supercontagadores que se pensó que eran en un primer momento de esta pandemia (6-2, 7-3, 8-4, 9-5, 10-6 y 11-7). Esto puede deberse según algunos estudios a que los niños tienen menos receptores ACE 2 (77-84). También sabemos ya que las “vacunas” no impiden la transmisión de la enfermedad. El Ministerio de Sanidad español publicó un documento, (2-8), en la que afirma que extiende la “vacunación” “para disminuir la carga de enfermedad de este colectivo y la transmisión en el entorno familiar, en los centros educativos y en la comunidad”. Sin embargo, según el estudio publicado en el New England Journal of Medicine por Emmanuel B. Walter y col. (25-29), lo único que se confirma es que la vacuna disminuye los casos de Covid sintomático. El estudio no otorga datos acerca de que la “vacuna” frene la transmisión, cosa que de hecho se ha repetido en numerosas ocasiones, y que se reconoce en el artículo de Shaun Griffin (78-85), en el que dice textualmente “las personas completamente vacunadas pueden portar tanto virus como las personas no vacunadas, según indican los datos”. Y, pese a generar títulos de anticuerpos, se siguen produciendo casos diagnosticados de COVID-19 entre la población “vacunada”, como estamos viendo todos los días y reconoce el Gobierno Británico en su Boletín de “Datos de vacunación y anticuerpos por país del Reino Unido y regiones en Inglaterra de la Encuesta de infección por coronavirus (COVID-19)” (79-86). Por este motivo las personas “vacunadas” tienen que seguir llevando a cabo las medidas preventivas como los que no lo están (80-87, 81-88 y 82-89). Otros autores confirman que las personas vacunadas contagian esta enfermedad (83-90, 84-91 y 85-92).

Tras la exposición de los documentos y publicaciones científicas referidos al tema de la transmisión del virus SARS-CoV-2 y de la enfermedad Covid-19, **queda demostrado que la “vacuna” NO impide esta transmisión,** lo único que se confirma con la “vacunación” es disminuir los casos de Covid-19 sintomático. En los estudios no se expresan datos que la “vacuna” frene esta transmisión. Los diferentes autores y sus estudios

confirman que las personas vacunadas contagian. Por tanto **“vacunar” a los menores para disminuir la transmisión** en el entorno familiar, en los centros educativos y en la comunidad, como sugiere el Ministerio de Sanidad español, **es una auténtica falacia y NO es un argumento para inocular este medicamento a los menores.**

12.- PRIMUM NON NOCERE.

En medicina siempre ha primado la **máxima hipocrática “primum non nocere”, primero no hacer daño,** máxima que los médicos siempre debemos tener muy presente. Ante esta máxima debemos aplicar el **principio de precaución** en todos nuestros actos. Quizás por esto hay numerosos colectivos e instituciones que no recomiendan la administración de este medicamento en menores actualmente, por ejemplo:

1.- El comité de expertos que marca la estrategia nacional de vacunación en España, denominado Ponencia de Vacunas (86-57), que siempre había recomendado las vacunas para la COVID-19, en este caso, tras hacer el análisis técnico sobre la idoneidad de la misma en los niños españoles, considera que no es recomendable vacunarlos “porque los beneficios no están claros y el riesgo es mínimo, prácticamente cero” (87-58).

2.- La OMS, reconoce que hace falta más evidencia científica antes de recomendar la vacunación generalizada de los niños contra la Covid-19 (88-59).

3.- Robert Malone, uno de los creadores de las vacunas de ADN y ARNm, emitió un mensaje a mediados de Diciembre (89-60), en que avisa de que las vacunas producen proteínas pico (espiga) tóxicas que a menudo causan daños permanentes en los órganos críticos de los niños (cerebro y sistema nervioso, sistema circulatorio, reproductivo e inmunológico), daños que son irreversibles.

En relación a lo anterior, el retraso en la administración de Comirnaty, vacuna de Pfizer-BionTech, en Japón se debe precisamente al requerir a la farmacéutica mayores garantías de seguridad. En un documento de Pfizer solicitado por la agencia del medicamento japonesa se muestra cómo dicha proteína espiga se distribuye por todos estos órganos a los que hace referencia Malone.

4.- La Red Española de Atención Primaria tampoco apoya la vacunación COVID-19 de forma indiscriminada en la infancia y adolescencia ya que, como sugieren, cabe la duda de que se produzcan daños en exceso.

5.- En esta misma línea se manifiestan muchos otros científicos y expertos como la Dra. Stephanie Seneff y colaboradores que concluyen “Creemos que una evaluación integral de riesgos/beneficios de las vacunas de ARNm las cuestiona como contribuyentes positivos a la salud pública incluso en el contexto de la pandemia de Covid-19”

6.- En Suecia se ha paralizado la vacunación anti-Covid con Spikevax de Moderna en jóvenes, similar a la de Pfizer, debido al aumento observa-

Auto **AUTO NÚMERO 284/2022 del Juzgado de Primera Instancia número 5 de Torrejón de Ardoz**

[...]Ahora bien, a la hora de resolver la cuestión, debemos comenzar reseñando que no corresponde en el ámbito de la justicia entrar en debates científicos sobre las consecuencias que puede conllevar la vacuna, o no ponerse la misma. Sobre todo, porque incluso los expertos en dicha materia desconocen no solo el origen de la pandemia, sino la evolución de la misma, y el desarrollo y efectos de las vacunas.[...]

La protección del interés de los menores constituye el criterio rector y piedra de toque del sistema establecido por la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor que, en su art. 2, en su nueva redacción introducida por la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de Julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, ha de ser valorado y considerado como primordial en todas las acciones y decisiones que le conciernan, tanto en el ámbito público como privado, primando sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.[...]

Respecto los riesgos y efectos adversos de la vacuna covid al que se hace referencia, al igual que los de cualquier medicamento, fármaco o vacuna, pueden aparecer muchos años después de su ingesta o inoculación y que el hecho de que aparezcan tardíamente no significa que vayan a tratarse de efectos o secuelas leves, ya que nada obsta para que se trate de dolencias de gravedad. Desconocemos qué sucederá a medio o largo plazo. consta en la documentación aportada por el progenitor paterno como efectos adversos, la miocarditis en las que dada la rareza de estos eventos y el tiempo de seguimiento limitado de los niños y jóvenes con miocarditis posterior a la vacunación, sigue habiendo una incertidumbre sustancial con respecto a los riesgos para la salud asociados con estos eventos adversos.

se invoca razones de solidaridad para que la menor sea vacunada, y a tal efecto hemos de realizar dos consideraciones. La primera de ellas es que vacunar a los niños cuando el covid apenas tiene incidencia entre ellos, bajo el pretexto de que así protegen a sus abuelos, sería éticamente dudoso, máxime cuando hay mecanismos que se han revelado eficaces para evitar la propagación del virus tales como mascarillas u otras precauciones, Y la segunda como es sabido, ninguna de las vacunas que se suministran en España en la actualidad inmuniza frente al virus, ninguna evita el contagio ni impide la transmisión. Las vacunas no inmunizan y nos movemos en un terreno de inseguridad científica, plagado de incertidumbre.

La administración de una vacuna debe ir precedida de una ponderación de riesgos/beneficios, y en el presente procedimiento, la menor ya ha sido contagiada del virus, tal como han manifestado ambos progenitores, siendo los efectos leves, con una duración de cinco días, dolor muscular y algo de fiebre y no consta que tenga patología, riesgo concreto y cierto para la salud de le haga colocarse en una posición de especial peligro frente a una infección que provoque la enfermedad denominada Covid-19 que imponga la necesidad de la vacuna.

Por otro lado, el hecho de vacunarse no implica que pueda contraer otra variante desconociéndose los efectos que pudiere derivarse. Esto es, son totalmente desconocidos los efectos que pudieren dar a medio y largo plazo, y entendemos que los posibles efectos adversos de la vacuna[...]en la menor XXXXXXXXXX pueden ser muy superiores y pueden tener unas consecuencias adversas para su salud en comparación con el hecho de contagiarse de covid sin que se le hubiere suministrado vacuna, pues tal como manifestaron los progenitores, XXXXXXXXXX se contagió con efectos leves.



do de miocarditis (40-47 ó 48).

En definitiva y en base a la máxima de **“primum non nocere”**, **para asegurarnos de que no vamos a hacer daño a los menores NO debemos inocularles este medicamento que está en fase de experimentación, que no les aporta nada debido a la escasa incidencia y mortalidad que esta enfermedad tiene en ellos, y que hay autores e instituciones nada sospechosas que no están de acuerdo en la vacunación indiscriminada como se está haciendo.**

En la conclusión y en el caso de la “vacuna” de la COVID-19 para menores que nos ocupa, analizando todos los datos anteriormente expuestos vemos que **no hay un solo dato que apoye la “vacunación” de los menores**, ni uno solo. Estamos ante una enfermedad que con respecto a los menores **apenas les afecta**, que estos **no son contagiadores** prácticamente y que la mortalidad de la misma en los menores sanos **es despreciable**. Que el medicamento que se les está inyectando es un medicamento obsoleto para la cepa prevalente en este momento, la omicron. Que a pesar de llevar más de 20 años investigando sobre los **medicamentos de ARNm, nunca se habían comercializado ninguno**, y seguro que no habrá sido por ser medicamentos eficaces y seguros, es decir no había habido ninguna experiencia con

ellos hasta ahora, y en la Comunidad Económica Europea **no estaba autorizada su utilización**. Que dentro de los **componentes** reconocidos de estos medicamentos hay al menos dos lípidos que son **tóxicos para los seres humanos**. Que los estudios de investigación de este medicamento de Pfizer tienen un **gran número de limitaciones e irregularidades, algunos muy graves**. Que es un medicamento no aprobado por las agencias reguladoras, sino que le han concedido una **autorización condicional de comercialización de emergencia**, emergencia que no existe para esta enfermedad en los menores, lo que en mi opinión le confiere un carácter experimental. Que ha quedado demostrado que tienen una eficacia mínima, si es que la tienen. Que **distan mucho de ser seguros**. Que los **efectos adversos graves son numerosos**, que han sido descritos por la propia empresa Pfizer-BionTech y por la FDA, **y no son desdeñables** los que se están produciendo en general y en los menores en particular. Que su inoculación en los menores tiene una **mortalidad mucho mayor que la propia enfermedad**. Que la sociedad española ya ha llegado a la inmunidad global o de rebaño con lo que la gran mayoría de **los menores tienen ya una inmunidad natural**, que es la **mejor inmunidad posible** no superada por la adquirida por la “vacuna”, si

es que la produce, ni por la inmunidad híbrida, la adquirida por haber pasado la enfermedad y ser “vacunado”. Que la “vacunación” no evita en absoluto la transmisión la enfermedad. Y que en medicina hay un principio básico que es **“Primum non nocere”** y este principio de precaución debe primar en todos los actos de los médicos, por lo que ante un medicamento nuevo del que ya se conocen efectos adversos graves en número no desdeñable, pero **no se saben los efectos nocivos a medio y largo plazo**, lo prudente es no inocularlo. Por todo ello creemos que **lo prudente actualmente es NO VACUNAR A LOS MENORES**, esperar a que finalice el ensayo clínico y entonces se podrá valorar la incidencia de los efectos adversos graves y de fallecer de la vacuna y establecer adecuadamente la **relación riesgo/beneficio**, relación que **actualmente se inclina claramente al riesgo más que al beneficio**. Con la espera prudente tendremos estudiados los efectos adversos adecuadamente, evitaremos que se argumente de forma sesgada, y se podrá establecer una **relación riesgo/beneficio correcto entre administración de las “vacunas” y beneficios, que actualmente no tenemos**.

Juanjo Martínez. Médico, cirujano.

NO ME ENCUENTRO DISPONIBLE



Autor: Aaron García Peña

(En reconocimiento a José Luis Sevillano, Ricardo Delgado y tantos otros miembros de mi misma especie que también se lo merecen o habrán de merecérselo)

Cuando te vences a ti mismo, si bien acabas derrotado, también acabas victorioso; si bien acabas victorioso, también acabas derrotado. Siendo libre, tú decides si has ganado o has perdido. Yo he tratado de ser libre con el propósito de abandonar la vida sólo cuando la comprenda. Mi libertad es, por costumbre, la única razón de que quiera seguir vivo.

Para ser libre he llamado una vez al infierno y me han abierto dos veces, y me han dado las llaves para que vuelva cuando quiera a regarles los jardines que crecen entre horrores distraídos. Algunas personas buenas también acaban por descuido en el infierno.

Para ser libre he llamado a Dios todos los días de mi vida con la intención de convencerle de que debe hacer, de los humanos, primates más inteligentes; pero, imaginándome a los hijos de los hijos de mis nietos, echo ya de menos a todos los ancianos que me enseñaron a quererme.

Para ser libre he pensado en cada uno de mis descendientes con el deseo de que me hagan saber sobre mi tumba que estaba equivocado, y he pensado en morirme tantas veces como se precisen para llenar con mi cadáver todas las tumbas del mismo cementerio. Incluso los muertos de los cementerios no recuerdan haber vivido tiempos peores que la 'Agenda 2030'. Quien ha venido a salvarte haciéndote daño, no ha venido a salvarte, ha venido a hacerte daño.

Para ser libre he convencido a Dios de que no existe y al Estado de que yo tampoco, he descolgado a un delincuente y colgado a otro con el peor de mis versos, y he perseguido a un saltamontes hasta romperme siete veces la clavícula, y he caído en depresión sin conseguir un sólo instante deprimirme, y he tirado tanto de la verdad hacia mí que mis dorsales son tan voluminosos como los campos de amapolas; la verdad es un invento de los más inteligentes.

Para ser libre he pasado media vida tratando de comprender a la otra media y he dejado de votar a los políticos para que alejen su moral de los destinos de mi cuerpo; y he conseguido, incluso siendo español, que mi vida logre aparentar que merece la pena.

He tratado de ser libre —lo prometo—. Pero el Diablo me tienta con mis propios prejuicios. Pero creo en Dios aunque tenga la certeza de que no existe. Pero en mis huellas continúan glamurosas las pisadas del Estado. Pero tengo ideología aunque la sepa responsable de querer asesinarme. Y albergo todavía la esperanza de que mis neuronas tengan aún, a fuego lento y sin que nadie las torture, mucho margen de mejora sin volverse transhumanas.

Para dejar de ser esclavos podéis contar conmigo. Para dejar de ser humanos no me encuentro disponible.

TIEMPO DE EMOCIONES Y HUMANIDAD



Autor: Mari Carmen Poyatos

Con una gran ilusión y grandes expectativas puestas en el resultado a lograr, me decido a redactar un texto que exprese mi sincera intención de mover desde sus emociones más empáticas, en cada uno de los lectores, el interés y cuestionamiento de lo que voy a redactar en este artículo. Me propongo poner foco de atención en la importancia y urgencia de rescatar el sentido profundo de lo que es “SER” humano, comprender y enfatizar su verdadero significado. El neurocientífico Antonio Damasio afirma que “el fundamento biológico del sentido del Yo se halla en los mecanismos cerebrales que representan, instante a instante, la continuidad del mismo organismo”. Esto lo que sugiere es que el cerebro “cartografía” el cerebro y los objetos que tiene en frente para crear la sensación de un Yo, lo que caracteriza a la mente consciente. Nuestras expresiones faciales y corporales son un elemento informativo imprescindible para el cerebro, que precisa de esa representación cartográfica, que utiliza como archivo de referencia en su vida diaria. Los seres humanos han evolucionado al percibir esos gestos y posturas que son su guía en el comportamiento social. Así somos extremadamente sensibles a las expresiones faciales y corporales, incluso desde la infancia temprana (1). De manera especial en el periodo de la infancia, las expresiones faciales de las emociones miedo, ira, asco, sorpresa, alegría y tristeza son señales sociales muy relevantes, dado que en esta etapa la comunicación verbal tiene aún escaso sentido (2). Las expresiones faciales afectivas se consideran centrales en la comunicación, apego y aprendizaje social del niño especialmente en los primeros años de vida (3). Según diversas investigaciones, la descodificación emocional se desarrolla con la edad, mejorando a lo largo de la infancia (4) y adolescencia (5). La trayectoria de desarrollo típico en tareas de reconocimiento facial emocional es además dependiente del tipo de emoción. Entre las emociones básicas, la alegría tiende a ser reconocida de manera más temprana y, la sorpresa y el miedo, tienden a ser reconocidas en último lugar (6). La felicidad parece ser la emoción más fácilmente identificable a edades tempranas tanto en los casos de niños con desarrollo típico como en niños con alteraciones o dificultades del desarrollo (7).

Entre los posibles motivos para una mejor identificación de la alegría se ha conjeturado que se trata de la primera emoción que los niños aprenden a distinguir (8) y que puede ser fácil-

mente reconocida por el movimiento de la boca (9). En este sentido, se ha demostrado que los bebés miran más tiempo hacia estímulos de caras sonrientes (10). Como consecuencia de ello, las emociones positivas motivan y organizan su acción (11) y ayudan a mantener interacciones placenteras entre niños y cuidadores (12). Todo ello contribuye a la aparición de resultados positivos característicos de un **apego seguro** (13). A los cuatro años se pueden etiquetar imágenes exageradas de felicidad, tristeza e ira y además los niños empiezan a ser más hábiles en el reconocimiento del miedo y de la sorpresa (14). Algunas investigaciones sugieren que la habilidad de reconocimiento facial de las emociones alcanza el nivel adulto alrededor de los 10 años (15), pero parece que ésta también depende de la complejidad de la demanda. Aunque a los 10 años los niños son capaces de identificar imágenes emocionales prototípicas como los adultos, algunos estudios indican que, aún en la adolescencia, pueden aparecer algunas dificultades en la identificación de emociones más sutiles y menos intensas (16). De hecho, la capacidad de distinguir emociones más sutiles, junto con la velocidad con que las personas procesan las emociones, continúa desarrollándose a lo largo de la adolescencia (17), consolidándose según el estilo personal en la etapa adulta. En el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional -celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (18) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948- obtenemos una definición que no ha sido modificada desde 1948: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Con esta premisa conceptual de la OMS, vamos a considerar la relevancia que, para una adecuada salud integral, representa la desatención e incluso promoción que se ha hecho con ciertas estrategias de miedo e inadecuado soporte humanitario. En estos casos, ciertas decisiones y acciones sociosanitarias, como ha sido y sigue siendo el arbitrario, inadecuado e injustificado uso de taponar la boca -sobre todo en los niños- han supuesto una nefasta incidencia para un óptimo soporte HUMANO, imprescindible desde la perspectiva psicoemocional. Ahora explicaré el porqué. En primer lugar, es necesario poner especial énfasis en los niños y adolescentes que han sido foco de demasiadas estrategias de acoso en

ámbitos importantes de las diversas inteligencias emocionales y que son claves para el crecimiento personal psicofísico y socializador de sus etapas evolutivas del crecimiento y pleno desarrollo de la personalidad. La regulación de los múltiples procesos que se llevan a cabo en nuestros cuerpos dependen de la interacción y coordinación de varios sistemas que los conforman. A esta interacción, para su estudio, se le denominó neuroinmunoendocrinología (19).

Entre estos sistemas integrantes destacan el sistema nervioso central, el sistema endocrino y el sistema inmunológico que, en conjunto, forman un complejo sistema de integración funcional llamado el sistemaneuroinmunoendocrino, que permite la sobrevivencia y la adaptación de las especies a los diferentes ecosistemas. Estas estructuras regulan el crecimiento, la alimentación, la reproducción, la conducta sexual, los niveles de electrolitos, las respuestas al estrés e inmunológica, entre otras, a través de distintos mensajeros químicos con diferentes estructuras y mecanismos de acción.

Las hormonas esteroides son moléculas presentes en el sistema nervioso central (CNS), sistema inmunológico y el sistema endocrino, actúan recíprocamente, respondiendo a los estímulos opresivos de una manera coordinada e influyendo en la conducta. (20). El sistema inmunitario se considera actualmente un sistema regulador del organismo. Se sabe que las células de los tres sistemas (nervios, endocrino e inmune) comparten receptores para los mediadores típicos de los otros y pueden sintetizar dichos mediadores. Además, los mediadores neuroendocrinos afectan a la función inmunitaria, y las citoquinas modifican funciones nerviosas y endocrinas (21). Es sabido que el sistema inmunitario es el receptor corporal de los estímulos que se pueden denominar "no cognitivos", como puede ser una infección, la malignización tumoral, etc. De igual manera, el sistema neuroendocrino lo es de los estímulos "cognitivos" como la luz, el sonido, etc. Cuando se recibe estímulo de un tipo u otro, cada sistema responde al suyo, pero también se lo comunica al otro. Esta comunicación se puede ejemplificar con una situación de estrés emocional.

El sistema nervioso y el sistema endocrino están conectados anatómicamente y funcionalmente con el sistema inmunitario. Cuando observamos acciones o expresiones emocionales de otras personas activamos nuestras neuronas espejo y así nuestro "Cerebro Social". Esas neuronas espejo permiten que imitemos expresiones, aun cuando no las percibimos de forma consciente. Esto se configura como una de las principales estrategias de aprendizaje, mediante la copia del otro.

Las emociones son muy variadas, pudiendo ser innatas o complejas, pero guardan elementos comunes entre las que se encuentran las expresiones faciales, la interpretación y la valoración cognitiva. La conducta emocional está impregnada de componentes motivacionales y, por ello, influye en el cerebro social. Existen estudios que

han analizado la función que desempeña la experiencia en el reconocimiento de la expresión facial de las emociones y los sesgos que las experiencias negativas y positivas podrían tener sobre la percepción emocional. La maduración de las estructuras que soportan la capacidad para reconocer la emoción pasa por un período sensible durante la adolescencia, donde la experiencia adquirida puede tener mayor impacto sobre el reconocimiento emocional.

Sólo cuando las personas son capaces de utilizar la expresión facial de las emociones como un canal de comprensión y expresión interaccionarán de manera adecuada con su entorno.

¿Qué tiene de especial el rostro, cuál es su verdadera función y qué es lo que refleja? ¿Qué ocurriría si viviéramos sin él?

Desde niños, aprendemos cosas acerca del mundo y de nosotros mismos. Lo que nos diferencia de otros animales es la complejidad emocional que se refleja en nuestra movilidad facial y depende absolutamente de ella para comunicarnos, para expresarnos y desarrollarnos plenamente como individuos.

La Organización Mundial de la Salud ofrecía recientemente estadísticas muy ilustrativas: por ejemplo, el suicidio es la primera causa de muerte de jóvenes entre 18 y 24 años en el conjunto de los países occidentales. Según otros estudios, uno de cada cinco niños presenta problemas psicológicos serios: las enfermedades mentales (ansiedad, depresión y fobias principalmente) constituyendo la causa más frecuente de baja escolar prolongada en adolescentes.

El rostro es la manifestación física de nuestro pensamiento. En él está el instructivo de nuestra vida. Entender nuestro rostro y el de la gente cercana es una herramienta invaluable para vivir mejor. Aprender lo que las expresiones del rostro y cada fación significa, activa y hace más eficiente nuestra comunicación. Poder leer a la gente que nos rodean mejora nuestras habilidades de comunicación facial, de entendimiento de mundo y la calidad de nuestras relaciones humanas, (22).

Si permitimos la instauración del miedo en diferentes ámbitos de nuestra vida, estaremos haciendo lo que en términos coloquiales y usando nuestro refranero, sería "desvestir un santo para vestir a otro" o "gastar un duro para ahorrar una peseta". Ambos representan lo que ha estado pasando por el mero hecho de haber aceptado vivir desde esa desconfianza en la vida o en nuestros amigos y familiares: en definitiva, en nuestra esencia de una frecuencia emocional sanadora, confiando en nuestra naturaleza humana y facilitando las condiciones para enfermar a través de restricciones y aislamientos. El permanente estado de alarma determina un continuo estado de estrés que suscita y representa un constante recordatorio de la presunta amenaza que se cierne sobre la vida de una persona, provocando un desequilibrio en el sistema neuroinmunoendocrino.

Hay una amplia relación de evidencias científicas que muestran la incidencia negativa para

la salud que es el completo bienestar físico, mental y social. A la vista de este conocimiento que apporto me gustaría suscitar en todos vosotros la concienzuda reflexión para que cada uno valore qué aportaciones puede realizar con sus actitudes adoptadas en el día a día, especialmente las que puede llevar a cabo de aquí en adelante. En mi opinión, tenemos una obligación moral de reconsideración de acciones individuales, sobre todo para con nuestros niños, adolescentes o mayores, que han vivido una situación que ha supuesto un empeoramiento de su salud y desarrollo psicoemocional y cognitivo. Y, tal y como se esgrime en los artículos científicos citados en este texto, se trata de una evidencia contrastada.

Ahora que conocemos la perfecta interconexión del sistema nervioso con el inmunológico y el endocrino, espero haber despertado el interés y que se realce la importancia de trabajar para lograr controlar nuestro estrés. Estamos viviendo un momento social comprometido en el que es imperativo que cada uno, en su individualidad del YO, identifique qué mapas mentales está usando, qué tipo de humanidad desea para compartir con un nuevo "Cerebro Social" mucho más humano, colaborativo y amoroso o necesariamente estaremos más expuestos a un peor desempeño de todos nuestros sistemas funcionales gracias a normas arbitrarias que han dejado de ser cuestionadas por la razón que nos distingue como personas de otros seres vivos.

Referencias:

- Diamond et al., 1977; Nelson, 1987
- Papousek et al., 2002
- Bowlby, 1969; Stern, 1977; Trevarthen, 1977
- Vicari et al., 2000
- Thomas et al., 2007
- Herba and Phillips, 2004
- Rump et al., 2009
- Bornstein et al., 2003; Kuchuk et al., 1986
- Ekman, 2003
- Wilcox et al., 1968
- Blehar et al., 1977; Cohen et al., 1991
- Barrett, 1993
- Cohen et al., 1991
- Widen et al., 2003
- Bruce et al., 2000; Durand et al., 2007;
- Mondloch et al., 2003
- Herba et al., 2006; Thomas et al., 2007
- De Sonnevill et al., 2002; Thomas et al., 2007
- Official Records of the World Health Organization, N.º 2, p. 100
- Llamas et al., 2006b
- VonBorell, 2001; Llamas et al., 2006b de la Fuente, 2005
- Jonathan Cole. Neurofisiólogo

AUDANTES FORTUNA IUUVAT

Sentencia número 107/2022 del Juzgado número 3 de lo Contencioso Administrativo de Granada del 11 de mayo de 2022.

[...]Es objeto de recurso, según se define en el escrito de interposición, la impugnación de los actos y acuerdos de segregación escolar hacia el alumno dictados por la Comisión Provincial Territorial para el seguimiento de las medidas de prevención, protección, vigilancia y promoción de la salud frente al Covid-19 en los centros educativos docentes no universitarios. En su escrito de demanda la parte actora expone que el mencionado menor padece de una enfermedad respiratoria, asma episódico frecuente con inflamación pulmonar, por lo que está exento del uso de la mascarilla según prescripción médica. Afirma que pese a ello en el centro en el que cursa Primero de Educación Primaria, CEIP Abencerrajes, se adoptaron medidas de segregación respecto de su persona mediante unos supuestos acuerdos y actos administrativos de la Comisión Provincial Territorial para el seguimiento de las medidas de prevención, protección, vigilancia y promoción de la salud frente al Covid-19 durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2021. En un primer momento se le hizo asistir al centro con una pantalla de protección facial y situarse cerca de la ventana del aula, así como tomar el desayuno de manera separada al resto del alumnado de la clase que llevaba mascarilla, y a partir del 12 de octubre se le dispensó atención educativa fuera del aula de manera separada del resto de los alumnos [...]

[...]Coincidimos con la parte recurrente en su valoración de que esta drástica medida no se encontraba amparada ni por el protocolo general vigente al comienzo del curso escolar y ni siquiera se contemplaba tras la adopción del protocolo específico, y si atendemos al nivel educativo y a la corta edad del menor, pudo haber tenido una seria incidencia en su proceso educativo de haberse aplicado y haberse mantenido en el tiempo, POR LO QUE EN ESTE CASO NO CONSIDERAMOS QUE FUERA IDÓNEA, NECESARIA NI PROPORCIONADA. [...]Por todo lo expuesto, la estimación de la demanda debe ser exclusivamente parcial sólo referida al acuerdo de atención educativa en aulas diferenciadas que adoptó la Comisión Provincial en su sesión de 5 de octubre de 2021, declarando su nulidad por la causa prevista en el artículo 47.1 a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas en relación con el artículo 27 de la Constitución.[...]



Autor: Luis María Pardo
Equipo Jurídico
de Liberum

inmunitario al equiparar estar vacunado con estar inmunizado y esto no se ajusta a la realidad” [...] sabemos que aproximadamente un 40 % de los vacunados son susceptibles de infectarse y transmitir la infección. [...] Se ha visto, además, en estudios de efectividad vacunal que, cuando el caso índice y sus contactos están vacunados, hay más contagios por una mayor relajación de medidas que no están vacunados los contactos [...]. Habría que asegurarse de que no genere situaciones de inequidad. Si la incidencia sigue subiendo, y es muy probable que así sea, es posible que acabe generando más desconfianza en las instituciones públicas».

Las comunidades autónomas, lejos de escuchar a los expertos, lo impusieron fervientemente y lo más dantesco es que lo ocultaron durante más de siete meses a los diferentes Tribunales Superiores de Justicia. Autoridades Judiciales que debían pronunciarse en las ratificaciones de las medidas sanitarias sin tener todos los elementos de juicio necesarios para la correcta ratificación, precisamente por la sustracción del Informe más analítico sobre el Pasaporte Covid-19. El Pasaporte Covid-19 se convirtió tristemente en un vehículo hacia una falsa libertad. O te vacunas o no tendrás Libertad era su lema.

Fue así hasta que el Equipo Jurídico de LIBERUM consiguió, a través del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, que dicho informe viera la luz pública, que se diera a conocer a la ciudadanía y que incluso fuera el fundamento de la STJCV 400/200 de 20 de septiembre de 2022, que declaró que NULO el Pasaporte Covid-19 porque no era una medida proporcional, precisamente porque el Informe de la Ponencia desaconsejaba su uso y su única finalidad era la vacunación del conjunto de la ciudadanía.

Liberum ha sido un muro de contención con-

tra la imposición de las limitaciones de derechos fundamentales por parte de las Autoridades. Gracias al Equipo Jurídico, se declararon nulos los protocolos sanitarios de Asturias, se logró que en varias comunidades autónomas se declarasen nulos los despidos de profesionales sanitarios por no someterse a las pruebas PDIAS que salvajemente les imponían por no estar vacunados, tratándoles como apestados de la sociedad. Cabe destacar igualmente que gracias a LIBERUM, se tuvo conocimiento, tras requerimiento de LIBERUM, que « El Ministerio de Sanidad no dispone de cultivo de SARS-CoV-2 para ensayos, y no tiene un registro de los laboratorios con capacidad de cultivo y aislamiento para ensayos» por no hablar de los valiosos informes que logramos respecto de los ciclos de las PCR, emitidos por parte de diversas CCAA tras solicitud de LIBERUM, que vinieron a corroborar que al ampliarse los ciclos a partir de + 26, de facto todas las PCR eran positivas.

Por último y no por ello menos importante, es mención obligada la sentencia del Juzgado número 3 de lo Contencioso Administrativo de Granada que declaró vulnerado el derecho a la educación del artículo 27 de la Constitución Española de un alumno, por la imposición arbitraria de un Protocolo de Actuación en Centros Escolares. Dicho Protocolo de actuación albergaba entre sus puntos el apartar a menores de edad en clases especiales separados del resto de sus compañeros como si fueran marginados de la sociedad

Gracias al coraje y valentía de la madre del Alumno, y a todo el trabajo del Equipo Jurídico, alcanzamos la NULIDAD DE PLENO DERECHO de las funestas órdenes y protocolos de la Comisión COVID-19 de Granada.

Luis María Pardo
Abogado

Si nos preguntasen a cualquier abogado del Equipo Jurídico de LIBERUM, cual ha sido el momento más significativo desde el nacimiento de este extraordinario grupo humano, que lucha a diario y sin descanso contra las restricciones de los derechos fundamentales en España, sin ningún género de dudas plantearían, **el Informe de la Ponencia de Alertas del Consejo Interterritorial de Salud del 23 de noviembre de 2021 respecto al PASAPORTE COVID-19.** La Ponencia alertó que;

«no hay evidencia de que esta medida tenga un efecto en la reducción de la transmisión del SARS-COV-2 [...] no refleja el estado



Nº EXPEDIENTE: 001-059144
FECHA DE LA SOLICITUD: 22 de julio de 2021
FECHA DEL DOCUMENTO: 8 de septiembre de 2021

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXX

NUMERO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
CODIGO: 010841321H
CORREO ELECTRÓNICO:

GUJÓN (ASTURIAS)
ESPAÑA

Con fecha 22 de julio de 2021, tuvo entrada en la Unidad de Información de Transparencia del Ministerio de Sanidad, su solicitud de acceso a la información pública al amparo de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, Acceso a la información pública y Buen gobierno, solicitud que quedó registrada con el número 001-059144.

Con fecha 10 de agosto de 2021, esta solicitud se recibió en la Dirección General de Salud Pública, fecha a partir de la cual comienza a contar el plazo de un mes previsto en el artículo 20.1 de la Ley 19/2013 de 9 de diciembre, para su resolución. Con fecha 12 de agosto de 2021 se le notificó, escrito de ampliación de plazo por los motivos expuestos en el mismo precepto legal.

Una vez analizada su solicitud, esta Dirección General resuelve, conceder su derecho de acceso a la información. Le indicamos que los datos de los que dispone el Ministerio de Sanidad en relación a la pandemia por SARS-CoV-2 la puede encontrar en los siguientes enlaces:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCov/home.htm>

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCov/documentos.htm>

En ellos puede acceder a distintos documentos de información científica técnica, procedimientos y medidas para la prevención y el control de la infección, preparación y respuesta a la pandemia, recomendaciones para el manejo clínico de casos, actuaciones en el contexto de la respuesta a la COVID-19 por ámbitos, colectivos y grupos, y aspectos de comunicación.

Específicamente, en relación a los ciclos de una PCR y los test de antígenos, puede consultar la información en el siguiente documento:

https://www.mscbs.gob.es/Documentos/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_a_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

Las vacunas frente a COVID-19 se administran en España en estos momentos según la Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España [aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud], y son gratuitas para la ciudadanía. En este sentido no requieren receta médica. Puede consultar la Estrategia y sus actualizaciones, así como un resumen de las características de las vacunas y de su ficha técnica en el siguiente enlace:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nGov/vacunaCovid19.htm>

La eficacia de las vacunas se mide en términos ideales de laboratorio, y posteriormente se mide en la población real, una vez que las vacunas se han administrado. Puede encontrar información en el siguiente enlace:

CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN
PASEO DEL PRADO 18 20 28014 MADRID
TELÉFONO:
FAX:

CSV : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm>

FIRMANTE(1) : MARIA PILAR APARICIO AZCARRAGA | FECHA : 14/09/2021 07:59 | Sin acción específica



http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCov/documentos/20210820_INMUNIDAD_v_VAGUNAS.odf

También puede consultar estudios sobre este aspecto en la bibliografía de las Actualizaciones de la Estrategia, en especial de la 8.

https://www.mscbs.gob.es/Profesionales/saludPublica/orevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_Actualizacion8_EstrategiaVacunacion.odf

Las reacciones a las vacunas se estudian a través de la farmacovigilancia. Puede consultar el tema en el siguiente enlace:

<https://www.aemos.gob.es/la-aemos/ul-tima-informacion-de-la-aemos-acerca-del-covid-19-y-unas-contra-la-covid-19/farmacovigilancia-de-vacunas/informes-periodicos-de-farmacovigilancia-de-vacunas-covid-19/>

Sobre secuenciación genómica del virus puede consultar el siguiente enlace:

http://www.mscbs.gob.es/Profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCov/documentos/Informacion_de_la_secuenciacion_genomica-en_la_vigilancia_del_SARS-CoV-2.odf

El Ministerio de Sanidad no dispone de cultivo de SARS-CoV-2 para ensayos, y no tiene un registro de los laboratorios con capacidad de cultivo y aislamiento para ensayos.

En relación a las pruebas diagnósticas de SARS-COV-2, y en general, con los temas relacionados con la pandemia por SARS-Cov-2, el Ministerio de Sanidad trabaja con los documentos antes mencionados, que se van actualizando según la necesidad epidemiológica, para posibilitar la toma de decisiones en relación a la gestión de la pandemia, y la difusión de información a terceros que puedan utilizarla en sus entornos específicos. En este sentido, los temas más conceptuales y de definiciones quedan más en los entornos académicos y docentes, jugando el Ministerio de Sanidad un papel más secundario y no obrando dichos temas en su poder.

Finalmente, la evaluación de los pacientes en relación a su estado de salud, sea COVID-19 u otra enfermedad o patología, es competencia de los profesionales sanitarios de referencia. Los test, por si solos no suelen ser suficientes para determinar enfermedad, requiriéndose una evaluación experta de la persona a la que se le ha realizado el test. De cualquier manera, la definición de caso la puede encontrar en el siguiente enlace:

https://www.mscbs.gob.es/Profesionales/saludPublica/ccaves5/lwrtasActual/novscumentos/Y.IDI.9_Estrategia_a_vigilancia_y_control_e_indicadores.odf

Contra la presente resolución, que pone fin a la vía administrativa, podrá interponerse recurso contencioso-administrativo ante el órgano judicial competente [Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, y Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa], en el plazo de dos meses o, previa y potestativamente, reclamación ante el Consejo de Transparencia y Buen Gobierno en el plazo de un mes; en ambos casos, el plazo se contará desde el día siguiente al de la notificación de la presente resolución.

CSV

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm>

FIRMANTE(1) : MARIA PILAR APARICIO AZCARRAGA | FECHA : 14/09/2021 07:59 | Sin acción específica

seguro Verificación GEN-405c 5b2e 01a1 731f 4877 087e 6cc2 1a2c Puede verificar la Z de este m /servicios/consultaCSV.htm

UTILIZACIÓN DEL CERTIFICADO DIGITAL COVID PARA EL ACCESO A ACTIVIDADES DE OCIO Y OTROS ESPACIOS INTERIORES

PONENCIA DE ALERTAS, PLANES DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA Y COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

23.11.2021

La Ponencia de alertas y planes de preparación y respuesta ha valorado, en su reunión del 19 de noviembre, la utilización del certificado COVID para acceder a determinadas actividades, principalmente las referidas al ocio y otras que se vayan a realizar en espacios interiores, especialmente en aquellos ámbitos en donde no es posible llevar permanentemente mascarilla. A continuación, se recogen los principales aspectos que se han valorado a favor y en contra de su implementación:

Aspectos a favor:

- Incentivar la vacunación de algunas personas que todavía no han recibido las pautas recomendadas.
- Transmitir el mensaje de que continúa existiendo un riesgo de infección por SARS-CoV-2, y que la población tenga la percepción de que siguen siendo necesarias las medidas para disminuir este riesgo. Podría suponer un refuerzo de las medidas de prevención y control en ámbitos de riesgo.
- Es una medida que ya se está aplicando en alguna CCAA y con respaldo judicial.
- Estimular que la necesidad de vacunación siga siendo asumida por parte de la población como medida de responsabilidad social.

Aspectos en contra:

- No hay evidencia de que esta medida tenga un efecto en la reducción de la transmisión del SARS-CoV-2. En los países del entorno europeo donde se está utilizando, los casos están aumentando de forma importante, si bien es cierto que sus coberturas vacunales son muy inferiores a las de España. Es previsible que el efecto en España, con coberturas más elevadas, todavía sea menor. Sería además difícil la efectividad de esta medida.
- No refleja realmente el estado inmunitario. Equipara el estar vacunado con estar inmunizado y esto no se ajusta a la realidad. La vacunación previene de manera muy importante las formas graves de la enfermedad (90 al 99% contra la hospitalización, 90 al 95% contra la mortalidad¹), pero la efectividad para prevenir la infección y formas leves de enfermedad es mucho menor, alrededor del 60%. Sabemos que aproximadamente un 40% de los vacunados son susceptibles de infectarse y transmitir la infección. Por todo ello, su utilidad para prevenir transmisión sería muy limitada e incluso podría tener un impacto negativo si se relajaran las medidas de prevención.

¹ Public Health England. SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England. Technical briefing 23. 17 September 2021



- Existe un claro riesgo de que su utilización pueda suponer la relajación de medidas de prevención en interiores (sobre todo una disminución en la utilización de la mascarilla) al sentirse estas personas más protegidas por estar en un ambiente en el que se ha exigido el certificado (vacunación, antecedente de infección en los 180 días previos o PDIA negativa en las últimas 48 horas). Se ha visto, además, en estudios de efectividad vacunal que, cuando el caso índice y sus contactos están vacunados, hay más contagios por una mayor relajación de medidas que si no están vacunados los contactos.
- Dificultad para ponerlo en marcha de una forma operativa. Habría que solicitar además una identificación personal cada vez que se pidiera para garantizar que corresponde a la persona que lo está utilizando.
- En España, aproximadamente el 90% de los mayores de 12 están vacunados, por lo que la ganancia en coberturas de vacunación no sería muy importante. Estudios realizados² recientemente refieren un incremento de la cobertura vacunal principalmente en menores de 20 años que, en nuestro país, tienen coberturas muy elevadas, alrededor del 84% por lo tanto, no estaría justificado con esta finalidad.
- Las coberturas alcanzadas en España difícilmente justificarían el coste y las implicaciones negativas que puede tener esta medida.
- Habría que asegurarse de que no genere situaciones de inequidad.
- Si la incidencia sigue subiendo, y es muy probable que así sea, es posible que acabe generando más desconfianza en las instituciones públicas.

Además, debe tenerse en cuenta que las medidas que han demostrado ser eficaces en la prevención de la transmisión son la utilización de la mascarilla y, si la situación epidemiológica es desfavorable, la toma de medidas restrictivas, especialmente en interiores (asegurar sus aforos, mejora de ventilación, limitaciones horarias...). Si se utilizara el certificado COVID, éstas deberían priorizarse.

La ponencia ve más justificada la solicitud de este certificado en centros sanitarios y socio-sanitarios, tanto para visitas como para trabajadores (teniendo en cuenta los aspectos laborales de esta medida), o en ámbitos específicos como los centros penitenciarios, ya que es aquí donde hay un importante grupo de personas vulnerables.

En caso de utilización, valorar dónde podría tener una utilidad real (lugares donde no pueda garantizarse la utilización de mascarilla) y en qué momentos (se debería valorar si tendría más eficacia en determinados niveles de alerta). Si se decidiera aplicar, debería hacerse antes de celebraciones de diciembre (puente de diciembre y fiestas de Navidad).

²The impact of mandatory COVID-19 certificates on vaccine uptake: Synthetic Control Modelling of Six Countries.
Melinda C. Mills, PhD* (ORCID: 0000-0003-1704-0001) and Tobias Rüttenauer, PhD (ORCID: 0000-0001-5747-9735)
*corresponding author: melinda.mills@nuffield.ox.ac.uk

Leverhulme Centre for Demographic Science and Nuffield College, 1 New Road, Oxford, OX1 1NF, University of Oxford, UK

Liberum



**ASOCIACIÓN
POR LOS DERECHOS HUMANOS**

WWW.LIBERUMASOCIACION.ORG