

DESVANECIENDO ILUSIONES





Mitin de la Liga Antivacunas de Canadá, frente al antiguo Ayuntamiento (13 de noviembre de 1919)
Fotografía de William James. Damos las gracias a Archivos de la Ciudad de Toronto

Suzanne Humphries, MD y Roman Bystrianyk

DESVANECIENDO ILUSIONES

Las enfermedades, las vacunas y la historia olvidada

Traducción del inglés de Roc Filella

Octaedro 

TÍTULO: Desvaneciendo ilusiones. Las enfermedades,
las vacunas y la historia olvidada

AUTORES: Suzanne Humphries, Roman Bystryanyk

TÍTULO ORIGINAL: *Dissolving Illusions: Disease, Vaccines,
and the Forgotten History*

TRADUCCIÓN DEL INGLÉS: Roc Filella

Primera edición: febrero de 2015

© Suzanne Humphries, Roman Bystryanyk

© de esta edición:

Ediciones OCTAEDRO, S.L.

Bailén, 5, pral. - 08010 Barcelona

Tel.: 93 246 40 02 - Fax: 93 231 18 68

octaedro@octaedro.com

www.octaedro.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-9921-656-0

Depósito legal: B. 4.817-2015

Diseño de la cubierta: Tomàs Capdevila

Fotografía de la cubierta: Arthur Smith, Jr., agosto de 1915

(aproximadamente un año después de la vacuna)

Edición y producción: Editorial Octaedro

Impresión: Novagràfik S.L.

Impreso en España - *Printed in Spain*

Quienes han tenido que tomar nota detallada de los accidentes de la inmunización de los últimos años saben que, para saber la verdad sobre qué fue lo que realmente falló, se necesitan recursos parecidos a los de los servicios secretos.

—CHARLES CYRIL OKELL, médico, bacteriólogo y escritor (1938)

Muchas veces he deseado que este trabajo, por su propio bien y por los grandes problemas que implica, hubiera estado en manos más competentes y menos ocupadas, pero los resultados de todas las investigaciones sobre los efectos de la vacunación generan la ferviente esperanza de que, al menos, puedan promover la indagación, inducir una consideración imparcial y determinar la verdad sobre una cuestión tan importante que afecta a la salud pública.

—J. T. BIGGS, miembro del Consejo Municipal de Leicester y su Comisión de Salud durante más de 22 años (1912)

La fatal tendencia de la humanidad a dejar de reflexionar sobre algo cuando ya no genera ninguna duda es la causa de la mitad de sus errores.

—JOHN STUART MILL (1806-1873)

SUMARIO

<i>Notas de los autores</i>	11
<i>Dedicatorias</i>	12
<i>Agradecimiento especial</i>	13
<i>Prefacio</i>	15
Introducción	21
Terminología	29
1. Viejos tiempos, pero no tan buenos	31
2. El sufrimiento de los niños	45
3. La enfermedad: un modo de vida	59
4. La viruela y la primera vacuna	79
5. Las vacunas contaminadas	107
6. La gran manifestación	121
7. El experimento rebelde	131
8. El poder del Estado	143
9. El caso de Arthur Smith	159
10. La revolución sanitaria	165
11. El asombroso descenso	179
12. La «desaparición» de la polio	205
13. La tos ferina	259
14. El sarampión	293
15. La inanición, el escorbuto y las vitaminas	345
16. Los remedios olvidados	363
17. La fe y el miedo	377
<i>Lista de fotografías</i>	401
<i>Lista de gráficos</i>	407
<i>Lista de figuras</i>	415
<i>Índice de materias y nombres</i>	417
<i>Los autores</i>	425
<i>Índice</i>	427

NOTAS DE LOS AUTORES

El formato de este libro es un tanto inusual, pues está repleto de muchas citas literales de una amplia diversidad de fuentes históricas y médicas. Decidimos emplear este formato para facilitar al lector una información directa que le ayude a comprender mejor la verdadera historia de las enfermedades y las vacunas. Muchas de las citas reflejan una historia única e independiente que puede dar una visión del pasado mucho mejor de la que ofrecería un resumen condensado.

El libro incluye más de 50 gráficos basados en datos recabados con exquisita meticulosidad. De todos ellos se dan las referencias en las que se basa su información. En la mayoría de los casos, los gráficos dan una visión inédita de la historia de las enfermedades desde los inicios del siglo XIX hasta bien entrado el XX. Aportan pruebas fundamentales sobre los puntos que se exponen en este texto.

El libro incluye también muchas fotografías obtenidas de numerosas fuentes históricas. La mayoría de ellas se presentan con los pies que aparecieron en las obras originales.

En todo el libro, la **letra negrilla** indica algo que creemos que merece especial atención.

Para más información relacionada con este libro, remitimos al lector a www.dissolvingillusions.com. Allí encontrará fotografías, gráficos en color y otra diversa información.

PREFACIO

DRA. JAYNE L. M. DONEGAN

La mayoría de los profesionales de la salud y la gente en general consideran que las vacunas han sido el avance más importante del siglo xx en el campo de la medicina. Se ha atribuido a la introducción de determinadas vacunas el espectacular descenso de la morbilidad y la mortalidad en el transcurso del siglo xx, pero se ha prestado una atención muy escasa a la mejora de las condiciones sociales.

Se ha desalentado, y se sigue desalentando cada vez más, el debate sobre la seguridad y eficacia de las vacunas, a pesar de que, desde su introducción, las han cuestionado eminentes profesionales de la medicina.

Para justificar esta posición se utiliza información publicada en revistas científicas, y las opiniones contrarias se consideran «acientíficas».

Mis coetáneos y yo misma recibimos como «artículo de fe» que la vacunación era la intervención sanitaria más útil que jamás se había introducido. Como a todos mis colegas de la medicina y la enfermería, me enseñaron que gracias a las vacunas adultos y niños dejaban de morir por enfermedades para las que aquellas existen.

Nos dijeron que la incidencia y la mortalidad (la capacidad de provocar la muerte) de otras enfermedades, como la escarlatina, la fiebre escarlatina, el tifus, la fiebre tifoidea, el cólera, etc., para las que en su momento no había vacuna, disminuyeron gracias a unas mejores condiciones sociales.

Se dirá que algunos, como estudiantes de medicina, de quienes se supone que son moderadamente inteligentes, podríamos haber preguntado: «Pero si las muertes debidas a estas enfermedades disminuyeron gracias a unas mejores condiciones sociales, ¿no podría ser que aquellas debidas a enfermedades para las que sí existe vacuna también hayan disminuido por la misma razón?» Pero no lo preguntamos.

Los programas de medicina están tan sobrecargados de información que uno ha de limitarse a aprender lo que oye, y tal como lo oye: las enfermedades para las que no hay vacuna van al cesto de las condiciones sociales, y aquellas para las que sí existe, al cesto de las vacunas, y pasamos a otro tema.

Todo lo que me enseñaron y leí en los libros de texto, antes y después de obtener el título de médico y en toda mi formación postuniversitaria, reforzaba esta idea.

Como la mayoría de los médicos, pensaba que los padres que no vacunaban a sus hijos eran ignorantes o, si no, sociópatas, por negarse a una intervención que yo consideraba fundamental para evitar la muerte y poner en riesgo a todos los demás por reducir la inmunidad general.

En efecto, como médico clínico especialista de los pasados años ochenta, orientaba a los padres que no vacunaban a sus hijos contra la tos ferina —la vacuna más polémica en aquella época—. Reconocía que la vacuna tenía sus riesgos. Era un médico honrado y sincero, pero les contaba la versión oficial: sin vacuna, había 10 probabilidades más de que la enfermedad provocara la muerte o alguna discapacidad, por lo que **cualquier persona** decidiría vacunar.

¿Qué fue lo que cambió?

En 1994, hubo en el Reino Unido una campaña de vacunación masiva contra el sarampión y la rubeola. Siete millones de niños en edad escolar fueron vacunados contra el sarampión y la rubeola para protegerles de una supuesta inminente epidemia de sarampión.

En aquella época, el programa de vacunación solo incluía una dosis —es una vacuna viral viva y se suponía que era igual que el virus salvaje del sarampión—. Nos decían: «Una dosis y quedas inmunizado para toda la vida». Sabía que una dosis podría no bastar para proteger a todos los niños —ninguna vacuna tiene una efectividad del cien por cien—, pero el principal responsable médico dijo que tampoco dos dosis de esa «vacuna de dosis única» protegerían necesariamente a todos los niños cuando llegara la epidemia, y que sería necesaria una tercera. También dijo que la mejor manera de vacunar a los niños era *en masa* para «romper la cadena de transmisión».

Me vi en una disyuntiva. Evidentemente, la relación entre riesgos y beneficios de la vacunación favorecía a esta si era más segura que la enfermedad y evitaba que tu hijo contrajera la enfermedad. Es lo que la mayoría de los padres esperan que pase y lo que se favorece que piensen.

Pero si es posible que se administren dos dosis de una vacuna que es de dosis única sin que se evite la enfermedad, y es necesaria una *tercera*, significa que los niños pueden estar expuestos a todos los riesgos de la vacuna dos o tres veces... y al mismo tiempo, también a todos los peligros de la enfermedad. ¿Debía reconsiderar lo que les había estado diciendo a los padres?

Además, si la **mejor manera de «romper la cadena de transmisión» de una enfermedad infecciosa** era la vacunación *masiva*, ¿por qué administrábamos a los niños todas aquellas vacunas a los dos, tres y cuatro meses (el programa del Reino Unido)? ¿Por qué no esperábamos dos o tres años para

vacunar en masa a todos los que habían nacido en ese tiempo para romper la cadena de transmisión?

Ese fue el punto de partida de mi larga y lenta incursión en el estudio de la vacunación y la ecología de las enfermedades, y del descubrimiento de otros modelos y filosofías de salud e higiene natural como las que emplearon los grandes pioneros que limpiaron nuestras ciudades y construyeron sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado.

Pasé horas en bibliotecas buscando en revistas, manuales y la Oficina Nacional de Estadística (ONE), hurgando en polvorientos volúmenes de mediados del siglo XIX para obtener gráficas de índices de mortalidad por enfermedades para las que existe vacuna pero que, por alguna razón, ni la ONE ni el departamento de Sanidad han consultado ni han facilitado a los médicos.

Leí lo que eminentes hombres de ciencia, especialistas responsables de sanidad y médicos habían escrito sobre la vacunación y sus secuelas y que nunca aparecía en los libros de texto, y descubrí lo que cualquiera que conociera mínimamente las cifras relativas a las enfermedades de los siglos XIX y XX sabía. Por ejemplo, en la década de 1950, cuando se introdujo la vacuna contra la tos ferina, los datos mostraban que esta solo causaba la muerte a un 1 % de la cantidad de personas que fallecían 50 años antes en Inglaterra y Gales.

Los datos oficiales demostraban que lo mismo ocurrió con el sarampión. En efecto, cuando se introdujo la vacuna contra el sarampión en el Reino Unido, en 1968, el índice de mortalidad siguió bajando de forma constante, a pesar de que la absorción inicial de la vacuna solo fue del 30 % y no superó el 50 % hasta los años ochenta.

Incluso el tan aireado éxito de la vacuna contra la viruela no fue lo que parecía. La ley de 1867 que establecía la vacunación obligatoria, cuando la tasa de mortalidad ya estaba disminuyendo, estuvo acompañada de un incremento de los fallecimientos, que pasaron de 100 a 400 por millón.

Después de superar muchos horribles miedos, me fui dando cuenta progresivamente de que era verdad lo que la gente común me había estado diciendo: que «la salud es la única inmunidad». No necesitamos protegernos *desde fuera*.

Cuando, periódicamente, el cuerpo necesita una limpieza, contraemos enfermedades infecciosas. Las erupciones con manchas —o exantemas, como así se llaman—, cuando aparecen a su debido tiempo, son especialmente beneficiosas para los niños para poder avanzar en su desarrollo, siempre y cuando se traten convenientemente. Según mi experiencia, las peores complicaciones de las infecciones infantiles se deben al tratamiento médico estándar, que implica la eliminación de todos los síntomas.

¿Este conocimiento me ha ayudado en mi carrera profesional? Sin duda me ha permitido aconsejar mejor a los padres sobre cómo tratar las enfermedades de sus hijos, y poder ofrecerles información suficiente para que puedan dar un consentimiento plenamente informado para intervenciones médicas como las vacunas.

Mis investigaciones también hicieron que, en 2002, se me pidiera que interviniera como testigo especialista en el caso de las madres de dos niños no vacunados cuyos padres ausentes recurrieron a la justicia para que se las obligara a vacunar a los niños. Redacté un informe basado en mis estudios, con todas las referencias necesarias, utilizando con cuidado los métodos y resultados de los estudios que citaba para dar mi opinión, y no las conclusiones de los autores, que en muchos casos no están corroboradas por sus resultados.

Los testigos especialistas de los padres y los niños eran miembros del Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización (CCVI). Su recomendación era vacunar a los dos niños. Si hubiesen dicho que no era necesario vacunar a esos niños en particular, se habría considerado que iban en contra de la política sanitaria del Gobierno basada en las recomendaciones del CCVI, un conflicto de intereses que no se tuvo en cuenta en el caso.

El juez consideró que mi opinión era menos válida que la de los otros especialistas, y las madres perdieron el caso. En el recurso de apelación, uno de los jueces dijo que mis pruebas eran «ciencia basura», y con tal cargo el Consejo Médico General (CMG) del Reino Unido me acusó de mala praxis profesional grave, cuya consecuencia podría haber sido la expulsión del Registro Médico, la prohibición del ejercicio de la medicina y la pérdida de mi medio de vida.

En 2007, después de un proceso interminable de casi tres años y medio, el comité del CMG me exoneró por completo de todos los cargos. No solo me absolvieron, sino que dijeron que estaban «seguros de que en los informes que usted presentó no pecó de falta de objetividad, independencia ni imparcialidad».

Pese a tan afortunado final, el caso provocó un daño profundo e inevitable a mis hijos, mi familia y mi vida profesional.

El meticuloso estudio que la doctora Suzanne Humphries y el señor Roman Bystryanik exponen en su libro, remite a las raíces de la enfermedad y la relación entre las condiciones de vida, la nutrición y la salud.

Reúnen de forma sistemática toda la información necesaria para desmontar el mito de que la vacunación es lo que nos salvó del azote de las infecciones en el pasado. También demuestran —y esto es más preocupante— que las vacunas pueden ser el instrumento para crear la *hidra* de múltiples cabezas de enfermedades abiertas y encubiertas, algo apenas

reconocido y muy poco comprendido, y cuyas consecuencias pueden ser de suma trascendencia para nuestros hijos y las generaciones futuras.

Con toda esta información al alcance, a la espera de que se recurra a ella, ¿por qué no hay más médicos que salgan a buscarla?

¿Por qué los médicos ni siquiera contemplan la posibilidad de que el programa de vacunación infantil universal no sea el éxito incuestionable que se dice que es?

¿Por qué los médicos ni siquiera contemplan la posibilidad de que haya otras formas mejores y más duraderas de alcanzar la salud?

En mi opinión, el mayor obstáculo para la investigación y el pensamiento independientes son las consecuencias profesionales de salirse del camino y mostrarse diferente, como he padecido en mi propia carne. Como Bernard Shaw decía en 1906 en su prefacio a *El dilema del doctor*:

Los médicos son como los demás ingleses: la mayoría de ellos no tienen honor ni conciencia, que habitualmente confunden con la sentimentalidad y un pánico inmenso a hacer algo que todos lo demás no hacen, o dejar de hacer algo que todos los demás hacen.

Así pues, la próxima vez que el lector vaya al médico y le diga: «Me preocupa la seguridad de las vacunas» y le respondan: «Usted no lo entiende; no es médico...», recuerde que, si fuera médico y dijera: «Me preocupa la seguridad de las vacunas», le contestarían: «Le acusamos de mala praxis profesional grave...»

Dra. Jayne L. M. Donegan, Lcda. en Medicina y Cirugía, Dpda. del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Dra. en Hipnoterapia Clínica, miembro del Royal College of General Practitioners, miembro del Claustro de Homeopatía.

13 de junio de 2013, Londres
jaynelmdonegan@yahoo.com
www.jayne-donegan.co.uk

Introducción

—ROMAN BYSTRANYK

Mi viaje empezó hace muchos años, con el nacimiento de mis hijos. Siempre quise que dispusieran de lo mejor que pudiera darles: una alimentación sana, un lugar seguro donde vivir, muchos juguetes, y muchísima atención, mucha felicidad y mucho cariño. Cuando llegó el momento de vacunarles, daba por supuesto, como muchos padres, que era una buena idea. Lo tenía que ser: gobiernos, profesionales de la medicina y prácticamente todo el mundo convenían en que las vacunas eran uno de los grandes descubrimientos médicos de todos los tiempos. El sarampión, la tos ferina, la viruela y todas las demás horribles enfermedades infecciosas habían dejado de existir, gracias a las vacunas.

Soy por naturaleza una persona inquisitiva y que se lo pregunta todo, y algo había en la vacunación que no me cuadraba. Una persistente voz interior no dejaba de decirme que debía informarme mejor sobre esas inyecciones que iban a formar parte de mi familia. De algún modo sabía que no debía aceptar del todo ni a ciegas que las vacunas eran seguras y efectivas. En este punto, no sabía casi nada sobre las vacunas, pero cuando empecé a leer descubrí datos inquietantes que se asentaron en la aprensión que ya albergaba.

Pero por la gran presión a que los médicos y mi esposa me sometieron en aquel momento, mis hijos habían recibido alguna vacuna. Me sentí muy culpable de aceptar que mis hijos fueran vacunados, y esperaba que no se produjera ningún terrible efecto secundario. Recuerdo que no podía dormir por las noches, por la desazón que me producía haber aceptado ponerles una inyección y haber confiado en que no les pasaría nada de importancia. La preocupación me agobiaba, y me preguntaba si había hecho lo correcto al sucumbir a la presión para que los vacunara. No les ocurrió nada manifiesto, y parecía que no se había producido ningún efecto secundario. Me

habían dicho que las vacunas eran inocuas, pero seguía con la sensación de que tal vez me había equivocado.

Empecé a reunir información y a clasificarla, con el propósito de sacar las debidas conclusiones. Al final, di con un libro de Neil Z. Miller. En él, Miller mostraba un gráfico en que se veía que las muertes debidas al sarampión habían disminuido en un 95 % antes de que se generalizara la vacuna contra esta enfermedad. ¿No lo podía creer! ¿No era la disminución de la mortalidad por enfermedad lo que daba fama a las vacunas? ¿No era esta la principal razón de que se vacunara? ¿Podía ser correcto aquel gráfico?

El gráfico me dejó con una pregunta molesta pero simple: ¿El descenso de la mortalidad debida a enfermedades infecciosas y la erradicación de algunas de ellas se debían realmente a las vacunas? Para mí era importante ser objetivo. Mi propósito era saber la verdad. Parecía que esta pregunta evidente debía ser fácil de responder. Al fin y al cabo, hacía más de cien años que se ponían las vacunas. Era evidente que el CDC (Centros de Control de Enfermedades) o alguna organización médica dispondrían de una gran base de datos sobre las tasas de mortalidad y enfermedad. Me sorprendió que no fuera así. Los datos que yo buscaba no eran tan fáciles de encontrar. Pensé que era extraño que los datos no se mostraran públicamente para que las personas pudieran conocerlos, en especial si las vacunas habían derrotaado a las enfermedades infecciosas mortales del pasado. ¿Dónde estaban las pruebas?

Seguí investigando la vacunación y pasé incontables horas en la Biblioteca Médica de Yale y en otras bibliotecas de investigación. Localicé algunos datos sobre mortalidad, comencé a reunir estadísticas de distintas fuentes, y lo introduje todo en el ordenador. Pocas publicaciones médicas hacían referencia a datos sobre mortalidad histórica, y las que la hacían no mencionaban algo que ahora yo tenía muy claro. Al observar los datos referentes a Estados Unidos a partir de 1900, la tasa de mortalidad por sarampión había descendido más del 98 % antes de la introducción de la vacuna. Más sorprendente aún era que los mismos datos revelaban que la mortalidad por tos ferina había disminuido más del 90 % antes de que se introdujera la vacuna DTP (difteria, tos ferina, tétanos). Me asombraba que ninguno de mis conocidos, incluidos los médicos de mis hijos, hubieran analizado con cuidado esta idea básica de que gracias a las vacunas las muertes por sarampión y tos ferina habían disminuido de forma contundente y generalizada.

Ahora me daba cuenta de que la idea de que las vacunas eran fundamentales para eliminar el peligro de al menos dos de estas enfermedades estaba basada en un mito. Tenía que haber otros factores que incidieran en ese espectacular descenso de la mortalidad antes de la introducción de las vacunas.

Expuse a la madre de mis hijos mucha de esa información. Era enfermera y con estudios, pero le era imposible aceptar lo que le estaba enseñando. No mucho después, durante un fin de semana, vi que mis tres hijos estaban muy enfermos. Los observé detenidamente y vi que todos tenían mucha fiebre y los ojos muy enrojecidos. No se me ocurría qué pudo provocarles aquel estado tan preocupante. Llamé a su madre y me enteré de que, sin que yo lo supiera ni diera mi consentimiento, habían administrado a mis hijos las vacunas DTP, SPR (sarampión, paperas, rubeola) y la de la polio, todas a la vez. Me embargaron los sentimientos y las emociones. Estaba airado, disgustado, preocupado y desolado. Se me había mantenido al margen de una de las decisiones más importantes sobre la salud de mis hijos. Los niños estuvieron enfermos todo el fin de semana. Uno de ellos siguió sintiendo dolor esporádico en un ojo durante un par de meses, y al final pareció que había desaparecido.

Por entonces, ya había acumulado una gran cantidad de información y de datos elocuentes. Lo más probable era que nos habíamos equivocado al pensar que la eliminación de enfermedades tristemente célebres y la devastación que provocaron en el pasado se debía a las vacunas. Me preguntaba cómo era posible que se ignoraran las estadísticas y toda la información contenida en revistas médicas. De ello deduje cuán fácil es atrapar a las personas en un sistema de creencias equivocadas. Los responsables sanitarios aseguraban que, por amor y responsabilidad, los padres debían vacunar a sus hijos, y eso era todo lo que la mayoría de la gente necesitaba oír. Me di perfecta cuenta de que existía una creencia social en las vacunas que no se basaba en la historia ni en las evidencias. Esa creencia la mantiene un público que sigue radicalmente sometido y obediente a unas jerarquías gubernamentales y médicas que tal vez no sean dignas de su confianza.

Varios años después de aquella reacción de mis hijos a las vacunas, uno de ellos se desmayó. El posterior electroencefalograma (EEG) reflejaba unas ondas cerebrales anormales, signo habitual de enfermedades convulsivas. Por mis investigaciones, no podía evitar sospechar que las vacunas habían provocado daño neurológico. El neurólogo me dijo que, desde el punto de vista nutricional, no se podía hacer nada para combatir las convulsiones. No estaba dispuesto a aceptarlo, por lo que realicé mis propias investigaciones, y encontré estudios en revistas médicas que demostraban que determinados nutrientes podían marcar una diferencia importante. Apliqué a mi hijo un protocolo de ácidos grasos omega-3, complejo-B, magnesio, otros nutrientes y una dieta orgánica. Afortunadamente, al cabo de pocos meses, el EEG no mostraba ninguna actividad convulsiva. No solo me asombró que hubiese mejorado el estado de mi hijo, sino que la experiencia me había demostrado de nuevo el poder del sistema de creencias. En este caso, la creencia de que

los nutrientes y la dieta no afectan en modo alguno a la salud del cerebro era absolutamente falsa. Las publicaciones médicas convencionales contenían la información sobre el uso de nutrientes para detener las convulsiones, pero, sorprendentemente, la profesión médica no hacía ningún uso de esa información.

Todas estas experiencias me empujaron a seguir con mis investigaciones. Obtuve datos de muchas fuentes que me llevaron a asentar y confirmar mi hipótesis de que la disminución de las muertes por enfermedades infecciosas no se debía a las vacunas. Ahora se me planteaban nuevas preguntas. ¿A qué se debió la disminución de las enfermedades infecciosas? ¿Por qué existía aquella firme creencia en que fueron las vacunas las que la propiciaron? ¿Cuál era la verdadera historia?

Seguí indagando en cientos de publicaciones médicas y libros, revistas y periódicos del siglo XIX y principios del XX, todos olvidados desde hacía mucho tiempo. Encontré miles de páginas que dibujaban otra imagen. Me sorprendió que una historia tan asombrosa y apasionante hubiera sido enterrada en los sótanos de las bibliotecas y posiblemente se hubiese perdido para siempre. Esta nueva información me dio una visión radicalmente distinta de la vida en el siglo XIX.

También descubrí que la ciencia se puede equivocar estrepitosamente. Podemos quedar atrapados con facilidad en un sistema de creencias levantadas sobre cimientos débiles e inestables. ¿No ocurre a menudo que creemos en algo, no porque lo hayamos estudiado en profundidad, sino porque personas de autoridad nos dicen que es verdad? ¿Y si lo que creemos no es más que una ilusión?

Confío en que la información que se da en este libro —estadísticas y gráficos, capítulos repletos de citas, y más— se sume a lo que el lector cree. Todas las páginas de cada capítulo le darán ideas exclusivas y una luz distinta sobre lo que en realidad es un pasado oculto. Para algunos lectores, puede ser este un punto de partida para empezar a cuestionarse lo que quizás hayan aceptado inocentemente como la verdad. Para otros, la información podrá llenar grandes huecos y responder preguntas que tal vez tuvieran, pero no sabían dónde buscar la respuesta. Para mí, ha sido un gratificante proceso de desvanecer ilusiones, un proceso que me gustaría compartir con el lector.

—SUZANNE HUMPHRIES,
DOCTORA EN MEDICINA

Puede parecer extraño que una médica con 19 años de experiencia se haya alejado con toda determinación de la práctica de las vacunaciones. Más extraño aún puede parecer que, con una excelente carrera como nefróloga, hiciera las maletas y abandonara el hospital sin volver la vista atrás. Y lo más extraño tal vez sea que dejara a su espalda una consulta muy lucrativa y una brillante reputación. Quisiera compartir mi historia de toda esta aventura y de cómo me convertí en paria del sistema médico convencional.

Mentiría si dijera que alguna vez creí sin en el menor margen de duda en la necesidad y la seguridad de la vacunación. Desde hace mucho tiempo, y por instinto, no me gustan las vacunas. Como a todos los médicos, se me dio un breve resumen del programa de vacunación de niños y mayores, y se me dijo que las vacunas son seguras y efectivas y que las administrara siguiendo ese programa. En mis años de médica residente, vi muchas enfermedades autoinmunes, y en silencio me preguntaba si en ellas pudieran tener algo que ver las vacunas. Pero decidí seguir con los ojos cerrados y continué con mi formación.

Aquella intuición que Dios me dio fue reemplazada temporalmente por una medicina de base supuestamente empírica y unas normas, protocolos y pautas carentes de sentido. Pero la indagación minuciosa hizo que todo aquello se viniera abajo. Después de casi dos décadas de bailar al son de la medicina convencional, bien que perdiendo el paso a menudo, la conjunción de varias cosas me abrió los ojos y me lanzó a una nueva forma de pensar. Nunca hubiera imaginado que la clase médica dirigente se me presentara como una desvergonzada profanadora de la vida ni que entrara en conflicto con mis principios morales y espirituales... pero así fue.

El suceso más memorable se produjo en el invierno de 2009, cuando la vacuna contra la gripe H1N1 se administraba con inyección independiente de la vacuna contra la gripe estacional. Muchos médicos eran escépticos sobre la práctica de la vacuna de la gripe, y muchos colegas míos del hospital firmaron la renuncia a ella. Sin embargo, había pacientes confiados y sin criterio propio, en cuyos riñones pude ver la posible consecuencia de la vacunación.

Aquel invierno, ingresaron por urgencias en mi hospital, de forma casi sucesiva, tres pacientes con insuficiencia renal total. Cuando hablé con ellos, los tres, y de forma espontánea, me dijeron: «Estaba bien hasta que me vacuné». Según las historias médicas de sus respectivos ambulatorios, los tres tenían una función renal normal. Hubo que someter a

los tres a diálisis aguda, dos de ellos se recuperaron, y uno falleció unos meses después por diversas complicaciones, supuestamente de otras enfermedades que padecía. Después de todos estos sucesos, empecé a estudiar el historial de vacunación de todos mis pacientes, y me sorprendieron las conexiones que se podían establecer con la simple pregunta: «¿Cuándo se vacunó por última vez?» En mi opinión, muchos casos de enfermedad renal idiopática (término médico que significa *desconocida*) no tienen nada de idiopáticos.

Durante las semanas de diálisis de los tres pacientes de insuficiencia renal, me crucé en el vestíbulo con el jefe de medicina interna. Siempre había tenido con él una buena relación, y nos llevábamos muy bien. Me preguntó lo habitual: «¿Cómo te va? ¿Cómo van las prácticas de nefrología?» Decidí contarle lo que pasaba, y que creía que la vacuna contra la gripe estaba causando problemas. Después de transmitirle algunas de mis observaciones, se puso serio, se le tensó la expresión, su lenguaje corporal cambió, y me preguntó por qué echaba la culpa a la vacuna. «Contrajeron la gripe, y la vacuna no tuvo tiempo de actuar», fue su brusca respuesta. Le señalé el hecho de que, en todos mis años de nefróloga e internista, nunca había visto un caso de gripe con insuficiencia renal, a menos que el paciente hubiese sufrido deshidratación grave y/o hubiera tomado grandes cantidades de ibuprofeno, algo que ninguno de los dos pacientes había hecho. Y más sorprendente aún era que los pacientes de que hablábamos no habían tenido síntomas de gripe antes de desarrollar la insuficiencia renal.

Siguió la conversación. Acabamos hablando del problema de la meningitis en adolescentes y universitarios. Yo señalé la posibilidad de que los fármacos, las vacunas y la dieta inadecuada de esos jóvenes les hicieran vulnerables a una bacteria contra la que, de otro modo, tendrían defensa. Al fin y al cabo, sabía que la bacteria meningococo se encontraba a menudo en personas completamente sanas. Tenía que haber algo más que afectara al estado de quienes enfermaban. Se rió de mí y dijo: «¿O sea que piensas que la dieta es la causante de la meningitis?» Y me recordó que «las vacunas erradicaron la viruela, y en Estados Unidos las vacunas acabaron con la polio». En aquel tiempo, desconocía la historia de la viruela y la polio, con la única excepción de que, seis años antes, me pidieron que me vacunara de la viruela para trabajar en servicios de emergencia. Estos servicios debían estar preparados para posibles ataques terroristas o para casos de viruela provocada por la propia vacuna.

En cuanto a la polio, guardaba en mi conciencia, como les ocurría a otras muchas personas, las imágenes desoladoras de niños tullidos, pulmones de hierro y los días terribles de los ataques del feroz poliovirus. Creía que Jonas Salk era un gran héroe estadounidense. Es curioso que aquellos

sucesos de 1954 me llegaron con tanta claridad, pues yo nací en 1964. No podría haber pensado siquiera en la polio hasta 1969, como muy pronto. De modo que cuando aquel médico dio su veredicto final, me quedé sin saber qué decir y sin poder reaccionar. Me sentía vapuleada.

Más adelante, ingresaron varios pacientes sin afecciones renales, y cuya salud se había deteriorado al cabo de 24 horas de recibir las vacunas. La mayoría de mis colegas negaron incluso que estos casos bien definidos y documentados tuvieran que ver con la vacunación. Hubo el médico raro que convino conmigo o la enfermera que vino a darme las gracias y a ponerse de mi lado, pero nadie más escuchaba. Fueron para mí momentos de soledad y ciertamente una noche oscura del alma.

En los meses siguientes, en primer lugar me propuse averiguar cuanto pudiera sobre las pruebas de seguridad de las vacunas en pacientes renales. Me asombró descubrir que no hubo ensayos con ese tipo de pacientes. Se me dijo que podían tolerar las vacunas porque son «seguras y efectivas». Al ver que la seguridad de las vacunas en pacientes de enfermedades graves (insuficiencia cardíaca, septicemia, cáncer, enfermedad autoinmune) y nefrológicos crónicos era un mito, decidí investigar los principales supuestos de la medicina interna sobre la historia de la vacuna de la gripe, la viruela y la polio. Lo que descubrí me activó todas las alarmas y acabó por convertirme en activista de la verdad sobre la vacunación.

Me di cuenta de que las pautas, las pruebas y las opiniones de los dirigentes carecían de fundamento y NO eran garantes de una auténtica salud para todos. Lo que más me desconcertaba era cómo se me trataba cuando intentaba evitar que se vacunara a mis propios pacientes con problemas renales, en especial cuando se encontraban con la enfermedad activa.

Tras intentar que las vacunas contra la neumonía y la gripe no se administraran al ingresar en el hospital, sino cuando se diera de alta al paciente, se me dijo que no interfiriera en el protocolo de vacunación. Y más escandaloso fue que no dejaran de decirme que si quería que se consideraran mis opiniones, realizara mi propio estudio para demostrar que las vacunas provocaban insuficiencia renal. De algún modo, se me impuso la carga de la prueba para conseguir la aprobación y financiación del CRI (Consejo de Revisión Institucional, IRB en inglés) para realizar un estudio estadísticamente relevante que aceptaran quienes dudaban de mis pruebas. ¿No debían ser los fabricantes de las vacunas y quienes publicitaban su seguridad quienes habían de asumir la carga de la prueba? Al fin y al cabo, no existían datos que avalaran el supuesto de que las vacunas no provocaban insuficiencia renal, y sí muchas razones para pensar que pudieran hacerlo. Para mí, era evidente que nadie miraba, de ahí que no se establecieran relaciones.

Fue la primera vez en mi carrera profesional que no se aceptaba mi opinión sobre la insuficiencia renal. En todas las demás ocasiones en que señalé que un determinado fármaco era el responsable de la dolencia renal, inmediatamente se suspendía el tratamiento, sin más preguntas. Es algo que ocurre habitualmente con ciertos medicamentos para la tensión arterial, antibióticos, analgésicos, etc. A veces, los riñones pueden reaccionar de forma alérgica a los medicamentos —a cualquiera de ellos y en cualquier momento— y cuando así ocurre, se retira el fármaco. Algunos provocan toxicidad renal directa, y era cuando yo sugería que se evitaran o se suspendiera la medicación, y siempre se hacía así. Pero ahora era incapaz de proteger a mis propios pacientes de insuficiencia renal de las vacunas que se administraban en el hospital.

Parecía que cuestionar las vacunas abría toda una caja de Pandora sellada con cinta policial y un cartel que advertía «No pasar». Me hablaban con un doble lenguaje: me permitían que cursara la orden de detener la vacuna que se iba a administrar, y así se hacía si llegaba a tiempo, pero también me decían que lo hacía con excesiva frecuencia y que no debía interferir en la política de vacunas del hospital.

Hablé con un par de colegas receptivos de la relación entre las vacunas y el empeoramiento de la insuficiencia renal incipiente, y lo comprendieron, empezaron a consultar historias de las vacunas, y vieron lo que ocurría. Pero callaron. La mayoría de los médicos sigue actuando con cómoda indiferencia. Algunos ven los errores, el daño y las limitaciones de sus prácticas, sin embargo, siguen a ciegas el paso que se les marca y protegen a la hermandad. No sé qué haría falta para que estos médicos se opusieran a los dictados que se les imponen. Más éxito he tenido al hablar con padres y personas inteligentes no sometidas a tradiciones perjudiciales y acientíficas. Este libro va dirigido a quienes quieran saber la que, al cabo de años de investigaciones, he descubierto que es una imagen más exacta de la historia de la vacunación.

Terminología

Inoculación: Acto de introducir en el cuerpo una sustancia antigénica (que estimula la producción de anticuerpos) para provocar la reacción del sistema inmunitario a una determinada enfermedad.

Variolación: Procedimiento que consiste en inocular a una persona propensa material tomado de una vesícula (ampolla formada en la piel o debajo de ella) de alguien que tenga la viruela (el virus *orthopox variola*), para intentar prevenir la viruela en la persona propensa.

Vacunación:

- a) De *vacca*, palabra latina que significa «vaca»: inoculación del virus de la viruela de la vaca (*orthopox vaccinia*) con la intención de proteger del virus de la viruela.
- b) Hoy el término se emplea para referirse a muchos tipos de inoculación: preparado de un patógeno debilitado o muerto, por ejemplo, una bacteria o un virus, o una porción de la estructura del patógeno que, al ser administrada, estimula la producción de anticuerpos o inmunidad humoral contra el patógeno.

Inmunización: Procedimiento que induce una reacción inmune a una determinada enfermedad mediante la exposición del individuo a un antígeno natural o de laboratorio. El objetivo del procedimiento es generar anticuerpos a un determinado antígeno.

La persona, aun estando vacunada, si no existe inmunidad, no queda inmunizada. Sin estar vacunada, si ha tenido la enfermedad y tiene defensas, es inmune; por lo tanto, está inmunizada.

DTP: Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina que utilizaba la célula bacteriana entera después de matarla. Fue la versión original de la vacuna de

la tos ferina, que era muy antigénica pero más problemática desde el punto de vista de la seguridad. También se la suele llamar *vacuna de célula entera*. Se sigue usando en países en vías de desarrollo.

DTPa: Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular. La parte de la tos ferina de estas vacunas no utiliza la célula entera, sino que contiene la toxina de la tos ferina sola o mezclada con trozos de otros factores de virulencia de la célula. Son las vacunas que en la actualidad se emplean en Estados Unidos, Reino Unido y la mayor parte de Europa. Se cree que son mucho más seguras, aunque mucho menos antigénicas. También son más caras.



1. Viejos tiempos, pero no tan buenos

Al pasar por la orilla de las hediondas alcantarillas, el sol se reflejaba en un estrecho hilillo de agua que se iba escurriendo. En aquella luz clara, el agua tenía el color oscuro de la hoja de té y el aspecto sólido del mármol negro en la sombra —en realidad parecía más barro acuoso que agua embarrada—; y sin embargo se nos aseguró que era la única agua de que los desdichados habitantes disponían para beber. Vimos con horror desagües y alcantarillas que vertían allí su contenido, vimos todo un banco con excusados contruidos sobre él, sin puerta y al aire libre, comunes para hombres y mujeres; oímos cómo sobre él caían cubos y cubos de inmundicia...

—HENRY MAYHEW (1812-1887), 24 de septiembre de 1849

Por la orilla irregular, entre estacas y lavaderos, se entra en el caos de cabañas de una sola planta y dependencia única, en la mayoría de las cuales no existe suelo artificial; cocina, sala de estar y dormitorio, todo en uno... Por todas partes, delante de las puertas, residuos y basura; no se podía ver que hubiera algún tipo de pavimento por debajo de todo aquello, solo se notaba con los pies, aquí y allá...

—FRIEDRICH ENGELS (1820-1895), 1844

Muchos tenemos una imagen del siglo XIX teñida por una gran cantidad de filtros que dan una visión nostálgica y romántica de la época. Imaginamos unos tiempos en que el caballero iba a visitar a una señorita bien vestida que lo recibía en su salita. Unos tiempos en que las personas se dejaban llevar ociosas río abajo en bote de pedales mientras sorbían julepes de menta. Unos tiempos de viajes más elegantes en trenes de vapor que cruzaban por los bellos campos, o de la mujer distinguida de vestido largo y vaporoso, descendiendo de un carruaje tirado por hermosos caballos con ayuda del atildado acompañante de sombrero de copa. Tal vez pensemos en aquellos días de vida sencilla y ordenada como una aparente utopía, libre de los muchos infortunios que azotan a la sociedad actual.

Pero si quitamos los filtros y contemplamos esa época con luz más objetiva, aparece una imagen distinta. Imaginemos un mundo en que se trabajaba sin condiciones sanitarias, seguridad ni unas mínimas leyes la-

borales y salariales. El XIX fue un siglo en que las personas dedicaban entre 12 y 16 horas diarias al trabajo más tedioso. Imaginemos bandas de chiquillos vagabundeando por las calles y sin nadie que les controlara, porque sus padres trabajaban larguísimas jornadas. Los niños también se empleaban en trabajos deprimentes y peligrosos. Imaginemos Nueva York rodeada no de zonas residenciales, sino de anillos de vertederos llameantes y barrios de chabolas. Ciudades en cuyas calles eran habituales los cerdos, perros, caballos y sus desechos. En todo el mundo proliferaban muchas enfermedades infecciosas, sobre todo en las grandes ciudades. No es esta una descripción del Tercer Mundo, sino de cómo era una gran parte de Estados Unidos y otros países occidentales hace solo unos cien años.



Fotografía 1.1. Siracusa, en el estado de Nueva York. Chabolas sobre una alcantarilla abierta.

Los «viejos buenos tiempos», cuando supuestamente todo, incluida la salud de las personas, era mejor que hoy, son un mito. **La historia documentada de la civilización occidental describe una lucha cruda e interminable contra la enfermedad y la muerte, una mortalidad infantil trágicamente alta, y la muerte prematura de los adultos jóvenes.** Epidemias mortales atacaban a las comunidades impotentes casi con la misma frecuencia con que llegaban el verano y el invierno, y cada pocos años se repetían grandes catástrofes. **En la Inglaterra victoriana, la edad media de muerte entre los pobres urbanos eran los 15 o 16 años.**¹

Durante el siglo XIX, la cantidad de fábricas aumentó a la par que la población, y la consecuencia fue una avalancha de personas que huían del

1. Velv W. Greene, PhD, MPH, «Personal Hygiene and Life Expectancy Improvements Since 1850: Historic and Epidemiologic Associations», *American Journal of Infection Control*, agosto 2001, p. 203.

campo a las ciudades en busca de trabajo. La población de la ciudad de Londres se multiplicó casi por nueve en esos años. La industrialización incrementó los peligros para la salud debido al enorme crecimiento paralelo de las ciudades.

En 1750, en torno al 15 % de la población vivía en ciudades; en 1880, nada menos que el 80 % era urbana. En 1801, uno de cada cinco obreros trabajaba en la manufactura y empleos afines; en 1871, la cifra había aumentado a dos de cada tres. En 1801, Londres, la mayor ciudad occidental, tenía unos 800.000 habitantes; en 1814 su población había aumentado en un millón más, y cuando la reina Victoria murió en 1901, el corazón del imperio (Londres) albergaba a siete millones de habitantes.²

Viviendas insalubres

Las viviendas no podían dar cobijo a toda aquella gran población, y el resultado fueron el hacinamiento y la acumulación de desechos humanos y animales. En algunos casos, edificios grandes, construidos originariamente como fábricas de cerveza o refinerías de azúcar, se dividieron después en numerosas dependencias pequeñas y oscuras para que en ellas vivieran las familias.³ Estas condiciones contribuyeron a unos elevados índices de enfermedad y mortalidad.

El hedor de los «sótanos nauseabundos» con su «infernál sistema de alcantarillado» envenenaba irremediamente hasta a los ocupantes de la quinta planta... **las hondas rodadas del carro mortuorio y la ambulancia llegaban hasta la puerta, porque los ocupantes morían como moscas en todas las estaciones del año, y una décima parte de su población estaba siempre en el hospital.**⁴



Fotografía 1.2. Jefferson Street. En el cobertizo de la derecha hay tres caballos. En el siguiente, seis caballos y dos cabras. En la casa del centro, sin ningún elemento positivo, viven varias familias italianas. A la izquierda, otras casas llenas de familias (1911).

2. Roy Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, Harper Collins, Nueva York, 1997, p. 398.
3. Henry E. Sigerist, *Civilization and Disease*, Cornell University Press, Nueva York, 1943, pp. 38-39.
4. Jacob A. Riis, *The Battle with the Slum*, Macmillan, Nueva York, 1902, pp. 23-25.

Mucho después, la Comisión de Casas de Vecindad llamaba a los peores barracones «mataderos de niños», y, remitiéndose a las listas de fallecidos, demostró que aquellos chamizos acababan con uno de cada cinco niños que nacían en ellos.⁵

Si existe algún espacio abierto entre ellas (casas de vecindad), nunca tiene más de un pie de ancho, y se convierte en vertedero de basura y porquería de todo tipo; de manera que toda abertura practicada para la ventilación pasa a ser fuente de más peligros que si no existiera ninguna.⁶

Aunque a principios del siglo xx se habían producido algunos avances, muchas personas seguían viviendo en condiciones sanitarias ínfimas. Algunas casas contaban con muebles, pero era habitual que los compartieran varias familias. Las historias de sufrimiento y desesperación eran algo común entre los obreros pobres. Había que luchar a diario por la supervivencia. Las personas se encontraban a menudo casi al borde del colapso económico y físico.⁷

La deficiente planificación del aumento imparable de comercios y de la población se traducía en unas condiciones urbanas nocivas para la salud. Junto con los abarrotados barrios dormitorio, se construyó todo tipo de comercios, que generaban residuos muy peligrosos. La consecuencia de la falta de reglamentaciones sanitarias y de urbanismo fue un entorno peligroso y deprimente para la clase trabajadora. Un artículo de 1861 sobre las ciudades y parques estadounidenses publicado en *Atlantic Monthly* describía así la situación de las ciudades:

Calles angostas y tortuosas, la falta de adecuadas alcantarillas y ventilación, la ausencia de previsión y planificación de espacios abiertos para recreo de las personas, la permisión de entierros intramuros y de instalaciones fétidas,



Fotografía 1.3. Supuesta «habitación» de una casa de tres dependencias, no mayor que un armario empotrado con techo inclinado, situada debajo de las escaleras de la entrada principal. En ella, en una cama de tres cuartos, duermen el padre, la madre y el hijo pequeño. El resto de la familia duerme en la habitación de enfrente y la cocina. La «habitación» no tiene luz ni ventilación de ningún tipo (1916).

5. *Ibid.*, pp. 36-37.

6. *Ibid.*, p. 115.

7. Andrew Mearns, 'Light and Shade', *A Sequel to 'The Bitter Cry of Outcast London'*, 1885, p. 7.

como mataderos y fábricas que generan olores repulsivos, han convertido las ciudades en recintos pestilentes, y hacen que las palabras de Jefferson —«Las grandes ciudades son grandes llagas»— sigan siendo verdad en el sentido más literal y angustioso.⁸

Muchísimas familias habitaban en casas de muy deficiente construcción. No había agua corriente ni sanitarios. Toda una calle compartía una sola bomba de agua y un par de letrinas.

En 1934, el profesor Arthur Cole explicaba que, en la década de 1850, algunos habitantes de Nueva York y Boston vivían en sótanos oscuros infestados de bichos.

Las ciudades más grandes tenían elegantes barrios residenciales, con calles pavimentadas que se mantenían limpias, y un alcantarillado debidamente cuidado, pero en las afueras también había barrios abarrotados, auténticas colmenas humanas carentes de las mínimas condiciones e incluso de lo más imprescindible. En 1850, en Nueva York había 8.141 sótanos, en los que vivían 18.456 personas. Como ocurría también en Boston, en torno al 20 % de la población vivía en habitaciones subterráneas húmedas, oscuras, sin ventilación y llenas de alimañas. Cuando acabó la guerra (Guerra Civil Americana), en Nueva York se habían construido quince mil casas de vecindad, muchas de las cuales apenas eran algo más que «nidos de fiebre».⁹



Fotografía 1.4. Las casas de ambos lados del callejón estaban en unas condiciones totalmente insalubres. La primera de la derecha es una pequeña casa de madera desvencijada. Detrás hay tres viviendas más grandes. Las construcciones de la izquierda están todas destartaladas, y en ellas se encuentran unas letrinas hediondas. No hay suficientes contenedores de basura, y los que hay se limpian con tan escasa frecuencia que las familias tiran la basura y los desperdicios a la calle (1901).

Las clases trabajadoras vivían en las casas más míseras, aquellas de las que Friedrich Engels hablaba en 1844. Durante su estancia en Manchester, Engels visitó los suburbios más pobres de la ciudad, y dejó constancia de los

8. Henry W. Bellows, «Cities and Parks: With Special Reference to the New York Central Park», *Atlantic Monthly*, vol. VII, abril 1861, p. 416.

9. Arthur Charles Cole, *The Irrepressible Conflict 1850-1865, A History of American Life Volume VII*, Macmillan, Nueva York, 1934, p. 181.

horrores que vio. Describió a las personas que conoció en Londres y otras ciudades de Inglaterra.

... estos fantasmas pálidos, de pecho estrecho y ojos hundidos, con quienes te cruzas a cada paso, esos rostros flácidos y lánguidos, incapaces de la más mínima expresión de fuerza, los he visto en cantidades alarmantes.¹⁰

Personas amontonadas bajo techos ardientes y podridos por el agua, o metidas entre las ratas de los sótanos fríos y húmedos.¹¹ Roy Porter, historiador británico conocido por sus obras sobre historia de la medicina, hablaba de las miserias de millones de personas en las ciudades recién industrializadas.



Fotografía 1.5. La acumulación de basura es la máxima expresión y en parte la causa de las condiciones de los callejones cubiertos de porquería, de los patios inundados de desperdicios, de los establos y los contenedores de estiércol de olor pestilente (1901).

Millones de personas pasaban toda su vida, aunque fuera corta, en las nuevas ciudades industriales de noches tenebrosas y auténtica patología social: viviendas infames, a menudo en sótanos inundados, burdamente agolpadas, de aire y agua contaminados, con pozos negros rebosantes, bombas de agua infectadas, pobreza, hambre, fatiga y abatimiento por doquier. Tales condiciones, comparables a las de las actuales ciudades chabola del Tercer Mundo o los campos de refugiados, alimentaban todo tipo de enfermedades. Una espantosa mortalidad neonatal, infantil y juvenil acompañaba al abominable trabajo de los niños en minas y fábricas; la esperanza de vida era muy baja —en muchos casos, por debajo de los veinte años en las clases trabajadoras— y en todas partes la enfermedad descontrolada precipitaba la descomposición de la familia, el empobrecimiento y la crisis social.¹²

Los escritores de la época intentaban llamar la atención sobre la zozobra de los pobres miserables y sus terribles condiciones de vida. Andrew Mearns y William C. Preston decían en 1883 en su libro *El llanto amargo del Londres marginado: indagación sobre la situación de los pobres miserables*:

10. Friedrich Engels, *The Condition of the Working-Class in England in 1844*, Otto Wigand, Leipzig, p. 98. (Trad. cast.: *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, Akal, 1976.)

11. Jacob A. Riis, *The Battle with the Slum*, Macmillan, Nueva York, 1902, p. 13.

12. Roy Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, Harper Collins, Nueva York, 1997, p. 399.

Pocos de los que lean estas páginas sabrán qué son estas colonias humanas pestilentes, donde cientos de miles se hacinan en medio de unos horrores que recuerdan lo que hemos oído sobre los barcos de esclavos que cruzaban el Atlántico. Para llegar a ellas hay que penetrar en patios que apestan a gases que emanan de la acumulación de basuras y desechos desperdigados en todas direcciones, y que muchas veces fluyen entre los pies del viandante; unos patios en los que nunca penetra un rayo de sol, en los que nunca entra una bocanada de aire fresco, y que raramente conocen las virtudes del agua purificadora. Hay que subir por escaleras podridas, que amenazan con caerse a cada paso, con brechas que ponen en peligro las extremidades y la vida de quienes se descuidan. Hay que abrirse paso a tientas por pasadizos oscuros e inmundos llenos de alimañas. Después, si el hedor insoportable no hace desistir, tal vez se llegue a los cubiles en que estos miles de seres que, como nosotros, pertenecen al género por el que Cristo murió, se apiñan.¹³

Las condiciones extremadamente angustiosas envejecían rápidamente a las personas pobres de la clase trabajadora. Quienes escapaban a la muerte por enfermedad o discapacidad a una edad temprana, en muchos casos no llegaban más allá de los treinta o los cuarenta años.

Entre las clases trabajadoras, la esperanza de vida era muy baja en todas partes —poco más de treinta años— y a partir de la década de 1830, las fotografías muestran unos obreros que a los treinta o cuarenta años parecen viejos, por la factura que les pasaban la escasa alimentación, las malas condiciones de vida y la escandalosa sobrecarga de trabajo.¹⁴

Aguas residuales y restos animales de todo tipo

En esas zonas no existían el agua clara, un adecuado tratamiento de las aguas residuales ni el aire fresco. Sin ninguna infraestructura sanitaria, los desechos humanos y animales desembocaban en las calles, y acababan en los arroyos y los ríos locales, que resultaban ser también la fuente de agua principal de las personas. Las estructuras sanitarias diseñadas para poblaciones más pequeñas no servían. Los pozos negros rebosaban y se filtraban al suministro de agua local.

El modo en que la sociedad actual trata a la gran multitud de pobres es repugnante. Les empuja a las grandes ciudades donde respiran un aire peor

13. Andrew Mearns y William C. Preston, *The Bitter Cry of Outcast London: An Inquiry into the Condition of the Abject Poor*, James Clarke & Co., Londres, 1883, p. 4.

14. *Ibid.*, p. 425.

que en el campo; les relega a barrios que, por el sistema de construcción, están peor ventilados que cualquier otro; les priva de todo instrumento de limpieza, de la propia agua, porque solo se ponen tuberías si se pagan, y los ríos están tan contaminados, que no sirven para tales fines; les obliga a tirar a la calle vísceras y basura, muchas veces toda el agua sucia y los excrementos, sin que haya otro medio de deshacerse de ellos; de modo que se les obliga a contaminar la propia tierra en la que habitan.¹⁵

Según consta en documentos de la época, a mediados del siglo XIX, el sistema público de abastecimiento de agua del condado de McLean (Illinois) y Chicago estaba contaminado con desechos humanos y animales. La Sociedad Médica de Chicago criticaba a menudo el sistema de suministro de agua, que a partir de 1853 se obtenía del lago Michigan mediante una canal de madera de 600 pies, cerca de donde desembocaba el río Chicago, siempre lleno de inmundicias.¹⁶

Con anterioridad a la década de 1870, se tiraba todo tipo de basura y desechos humanos y animales a lo que se conocía como «Lodazales del norte y del sur», originariamente pequeños arroyos que desembocaban en Sugar Creek. Con el paso de los años, los Lodazales «se convirtieron... en un charco saturado del que se alimentaba todo tipo de enfer-



Fotografía 1.6. Retrete utilizado por catorce familias (1916).



Fotografía 1.7. Vestíbulo y lavabo públicos. El segundo está sostenido únicamente por cuerdas y endeble soportes de madera. El suelo está cubierto de aguas negras y residuos fecales (1903).

15. Friedrich Engels, *The Condition of the Working-Class in England in 1844*, Otto Wigand, Leipzig, p. 97. (Trad. cast.: *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, Akal, 1976.)

16. Thomas Neville Bonner, *Medicine in Chicago 1850-1950: A Chapter in the Social and Scientific Development of a City*, American History Research Center, Madison, Wisconsin, 1957, p. 179.

medades... porque filtraba la porquería a la principal fuente de suministro de agua de la comunidad: Sugar Creek».¹⁷

En París, el deficiente tratamiento de los residuos siguió incluso después de la Primera Guerra Mundial, con muchas de sus fosas sépticas aún en uso.

A diferencia de los londinenses, en 1870 la mayoría de los parisinos seguían obteniendo el agua en las fuentes o de los aguadores, y echaban la basura a hoyos practicados en los patios. En París había 85.000 pozos ciegos; muchos de ellos se siguieron utilizando hasta después de la Primera Guerra Mundial.¹⁸

Edwin Chadwick, reformador social inglés que trabajó en la mejora de las condiciones sociales y la salud pública, pensaba que la enfermedad alimentaba la pobreza. Contrató la ayuda de tres médicos que simpatizaban con las reformas sanitarias: Neil Arnott, James Phillips Kay-Shuttleworth y Thomas Southwood Smith. Su informe de 1838 revelaba la miseria de Londres.

La habitación de un enfermo de fiebre, en un apartamento pequeño y asfixiante de Londres, sin aire fresco, es exactamente igual que las aguas estancadas de Etiopía donde se amontonan las langostas muertas —declaraba Southwood Smith—. El veneno que se genera en ambos casos es el mismo; la diferencia está solo en su grado de potencia.¹⁹

Animales: vivos y muertos, enfermos y peligrosos

No existían leyes medioambientales, por lo que las fábricas sencillamente tiraban sus residuos al aire y el agua. En el Londres de la década de 1850, el ambiente estaba cargado de inmundicias provenientes de las fábricas. Por si los restos humanos y animales de las calles no fueran bastante repulsivos, la gente tenía que soportar además un escenario peor: los cadáveres putrefactos de animales.

En las ciudades industriales, el hollín que arrojaban las chimeneas de las fábricas lo cubría todo de mugre y suciedad. El humo era el principal ingre-

17. Lucinda McCray, *A Matter of Life and Death: Health, Illness and Medicine in McLean County, 1830-1995*, Bloomington Offset Process, Inc., 1996, pp. 54-55.

18. Roy Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, Harper Collins, Nueva York, 1997, p. 416.

19. *Ibid.*, p. 410.

diente de la famosa niebla de Londres, que no solo reducía la visibilidad, sino que generaba graves riesgos para la salud. La basura, incluidos los cadáveres en descomposición de perros y caballos, contaminaba las calles de la ciudad. En 1858, el hedor de las aguas residuales de Londres era tan infecto, que la Cámara de los Comunes tuvo que suspender sus sesiones.²⁰

En las ciudades había gran cantidad de animales, vagando libremente por las calles o en los mataderos. El *Informe anual del Consejo Metropolitano de Salud* de 1866 habla de los mataderos que compartían espacio con las casas de vecindad.

El sufrimiento que el actual sistema de mataderos provoca a los animales es fuente de incomodidad y dolor para todas las personas que viven cerca de estos establecimientos. A los animales apenas se les da de comer desde el momento en que llegan y hasta que se los mata, y no dejan de manifestar su sufrimiento. Muchos mataderos se encuentran en el centro de altos bloques de casas de vecindad, y los trabajos que en ellos se realizan, vistos desde las ventanas adyacentes, producen en los jóvenes efectos sumamente deprimentes.²¹

La gente tiraba la basura a las calles de la ciudad, y en ella hurgaban cerdos, perros y ratas. En invierno, en la ciudad de Nueva York la porquería llegaba a formar una capa de dos o tres pies. Los desechos de las casas y los residuos de los caballos y otros animales se mezclaban en las calles embarradas.

... casi todas las ciudades, de la capital del país a algunas porcópolis del Oeste, tenían que soportar las molestias de los cerdos o equivalentes. Las calles, plazas y parques se convertían en corrales públicos, con piaras de cerdos que en todas las esquinas herían la vista y el olfato de las personas... En el otoño de 1853, en las ciudades de Springfield (Illinois) había más porqueros que en los corrales de las ferias estatales. En la vecina ciudad de Urbana había más perros que personas, unos animales que, en la calle, tenían como mínimo los mismos derechos que los ciudadanos.²²

La acumulación de basura provocaba el inevitable aumento de alimañas como las ratas, que pasaron a formar parte aceptada de la vida de la ciudad.

20. Thomas F.X. Noble, Barry Straus, Duane J. Osheim, Kristen B. Neuschel, Elinor A. Accampo, David D. Roberts y William B. Choen, *Western Civilization: Beyond Boundaries*, vol. II, 6ª ed., Wadsworth, Boston, Massachusetts, 2010, p. 579.

21. *Annual Report of the Metropolitan Board of Health, 1866*, C.S. Wescott & Co.'s Printing House, Nueva York, 1987, p. 34.

22. Arthur Charles Cole, *The Irrepressible Conflict 1850-1865: A History of American Life Volume VII*, Macmillan, Nueva York, 1934, pp. 179-180.

En las casas de vecindad, era habitual todo tipo de insectos transmisores de enfermedades, incluidas las cucarachas.

La cárceles, los muelles y los astilleros eran célebres por la multitud y el tamaño de las ratas que los infestaban, y por la crueldad de sus voraces ataques contra los internos de esos receptáculos de alimañas.²³

En 1916, las ciudades de Nueva York y Boston estaban infestadas de millones de ratas, que causaban grandes estropicios.

El departamento bacteriológico del consejo de salud de Boston calcula que los **2.000.000 de ratas que plagan Boston** causan unos daños anuales por valor de 72.000.000 de dólares. Los roedores de la ciudad Nueva York provocan unos daños anuales por valor de 91.250.000 de dólares.²⁴

A mediados del siglo XIX, los hospitales eran insalubres y en ellos se hacinaban los enfermos. En Estados Unidos, la gente los tenía en poca estima, y los consideraba lugares a los que iban morir los enfermos y los pobres. Un artículo de 1860 que llevaba por título «Ratas en el hospital» y publicado en *Harper's Weekly*, una importante revista de la época, explicaba las horrorosas condiciones del Hospital de Bellevue. El artículo partía del caso de un niño al que se comieron las ratas de ese hospital.

Ese día, concluyeron las investigaciones sobre el cuerpo del bebé que se habían comido las ratas en el Hospital de Bellevue, Nueva York. Se aceptaron las pruebas de Mary O'Connor, la madre del niño, y las de otros muchos testigos... y se recomendó que se tomaran las medidas oportunas para acabar con las ratas que hoy infestan la institución.²⁵

Kill Your Rats!

There are 2,000,000 or more Rats in Boston, causing annual damages of \$70,000,000 and jeopardizing the lives, property and prosperity of our city. (City Document No. 114,=1916, p. 20)

\$50 to the person bringing the greatest number of dead rats on Tuesday, February 13, 1917, between 7 A. M. and 6 P. M. to City Sanitary Yards at Rutherford Avenue, Charlestown, Atlantic Ave., North Grove St., Albany St., and Highland St., Roxbury.
\$100 to the person who brings the greatest number of any one in the city.

Women's Municipal League of Boston

THE LIBBIE PRINTING CO., BOSTON

Fotografía 1.8. Cartel de propaganda para acabar con las ratas (1917).

23. *The American Medical Gazette*, vol. XI, Hall, Clayton & Co. Printers, Nueva York, 1859, p. 387.

24. *The Women's Municipal League of Boston Bulletin*, mayo 1916, p. 20.

25. *Vincent's Semi-Annual United States Register*, 1860, p. 346.

LOS AUTORES

Roman Bystrianyk lleva más de 15 años estudiando la historia de las enfermedades y las vacunas. Posee amplios conocimientos sobre salud y nutrición, y es diplomado en Ingeniería y graduado en Ciencias Informáticas.

La doctora **Suzanne Humphries** obtuvo el título de graduada en Medicina en 1993 en la Temple University de Filadelfia (Pensilvania), y posteriormente se especializó en medicina interna y nefrología. Ha impartido clases a estudiantes, residentes y posgraduados de medicina, y ha sido profesora adjunta del campus clínico de la Robert Wood Johnson Medical School de Camden (Nueva Jersey). Además, ha tenido consulta privada en un gran hospital universitario de Maine durante 10 años. En 2011, decidió dar un giro a su profesión, y hoy se dedica a asesorar sobre medicina holística, sigue investigando muchos aspectos de la práctica médica, y escribe sobre los problemas de la vacunación. Su web es <drsuzanne.net>.

ÍNDICE

<i>Notas de los autores</i>	11
<i>Dedicatorias</i>	12
<i>Agradecimiento especial</i>	13
<i>Prefacio</i>	15
Introducción	21
Terminología	29
1. Viejos tiempos, pero no tan buenos	31
Viviendas insalubres	33
Aguas residuales y restos animales de todo tipo	37
Animales: vivos y muertos, enfermos y peligrosos	39
Alimentos en mal estado	42
2. El sufrimiento de los niños	45
3. La enfermedad: un modo de vida	59
La fiebre tifoidea	61
El cólera	63
La disentería	65
El tifus	65
La difteria	66
La tos ferina	68
La escarlatina	68
El sarampión	69
La fiebre amarilla	70
La tuberculosis	72
La fiebre puerperal	73
4. La viruela y la primera vacuna	79
La batalla contra el monstruo de las manchas	80
De la ubre de la vaca	82
La vacuna: el misterioso virus artificial	84
La fe eclipsa la realidad	88

¿La vacunación hace que la enfermedad sea más leve?	91
La vacunación obligatoria y la posterior pandemia	94
Muertes y enfermedades relacionadas con la vacunación	99
5. Las vacunas contaminadas	107
La enfermedad de manos, pies y boca	108
6. La gran manifestación	121
7. El experimento rebelde	131
Yugoslavia, 16 de febrero-11 de abril de 1972	141
8. El poder del Estado	143
Eugenesia y vacunación	149
Conclusión	157
9. El caso de Arthur Smith	159
10. La revolución sanitaria	165
11. El asombroso descenso	179
Desaparece el gran exterminador	180
La fiebre tifoidea	184
La escarlatina	186
La tos ferina y el sarampión	186
La difteria	191
La tuberculosis	195
La diarrea	199
Los hospitales	201
12. La «desaparición» de la polio	205
La prevalencia de la poliomiелitis, 1912-1969	207
El poliovirus natural (salvaje)	208
Qué fue y dónde está hoy la polio	211
Si la polio sigue presente, ¿por qué no se ve?	215
El pulmón de acero y la mielitis transversa	218
La intoxicación por DDT: causa de una enfermedad similar a la polio	220
La polio causada por intoxicación de arsénico	224
La sífilis no diagnosticada	227
La morbilidad de la polio, entonces y ahora	228
Laboratorios y vacunas como fuente de epidemias	233
El poliovirus sintético	235
El desastre de Cutter y otros errores de la vacuna	236
Consideraciones más allá de Cutter	241

La contaminación por virus del mono	247
La historia se repite	250
Conclusión	254
13. La tos ferina	259
Sucesos adversos	260
Peligro de muerte por tos ferina: la historia y todos los datos	268
La reducción de la tasa de enfermedad: realidad y ficción	273
Promesas incumplidas	276
El pecado original antigénico cometido por la vacunación	282
Conclusión	286
14. El sarampión	293
Introducción	293
Un récord de seguridad probablemente desconocido	299
El sarampión inducido por la vacuna: observaciones extraoficiales	304
El plan fracasado	306
Plan para futuros fracasos	310
Recuperación sin anticuerpos: un descubrimiento desconcertante	312
Mejora dependiente de anticuerpos (ADE)	314
Se comunicaron menos casos de sarampión, pero ¿por qué? ¿Es bueno que no haya sarpullido?	317
Se acabó la cobertura: la pérdida de la protección materna	323
Las vitaminas A y C	328
PEES	332
Mejoría de la enfermedad renal después del sarampión	338
Conclusión	340
15. La inanición, el escorbuto y las vitaminas	342
La inanición	346
El escorbuto y la vitamina C	349
16. Los remedios olvidados	363
Las hierbas	364
La jícama	370
Los zumos frescos	370
El vinagre de sidra	372
El aceite de hígado de bacalao	374
La plata	375
17. La fe y el miedo	377

<i>Lista de fotografías</i>	401
<i>Lista de gráficos</i>	407
<i>Lista de figuras</i>	415
<i>Índice de materias y nombres</i>	417
<i>Los autores</i>	425

