

# Efectividad de las vacunas ante la variante Ómicron

Análisis escrito por [Dr. Joseph Mercola](#)

✓ Datos comprobados

## HISTORIA EN BREVE

- › Según los reportes, la nueva variante del SARS-CoV-2, Ómicron, infectó a pacientes con esquema de vacunación completo en Botswana, y cada vez surgen más casos alrededor del mundo
- › En respuesta, Japón, Israel y Marruecos cerraron sus fronteras a todos los viajeros extranjeros, mientras que Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y la Unión Europea prohibieron la entrada de viajeros del sur de África. Por otro lado, Australia retrasó sus planes de reapertura y China anunció un "enfoque de cero tolerancia" ante esta nueva variante
- › Y el miedo a esta variante parece injustificado, ya que, por lo que se sabe hasta este momento, produce síntomas más leves que otras cepas, como fatiga extrema durante un par de días, dolor de cabeza, dolores corporales, comezón en la garganta y tos seca intermitente. Además, no se han identificado casos graves
- › A pesar de que todo parece indicar que la campaña de vacunación masiva está detrás de todas estas mutaciones del virus, los gobiernos de todo el mundo le siguen apostando a esta estrategia fallida
- › Según Anthony Fauci, director de los Institutos Nacionales de Alergias y Enfermedades Infecciosas, la variante Ómicron podría evadir tanto los anticuerpos monoclonales como los anticuerpos inducidos por la vacuna antiCOVID. A pesar de esta declaración, insiste en que la mejor opción es ponerse la vacuna (si aún no lo ha hecho) o una dosis de refuerzo si ya tiene su "esquema de vacunación completo"

Se sabía que esto era inevitable. Según los reportes, la nueva variante del SARS-CoV-2, Ómicron, infectó a pacientes con esquema de vacunación completo en Botswana,<sup>1</sup> y cada vez surgen más casos alrededor del mundo. Con titulares apocalípticos<sup>2</sup> y los gobiernos de todo el mundo imponiendo nuevos confinamientos y cierres fronterizos, al parecer esta nueva variante se ajusta perfecto al plan de la elite tecnócrata.

En respuesta, Japón, Israel y Marruecos cerraron sus fronteras a todos los viajeros extranjeros, mientras que Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y la Unión Europea prohibieron la entrada de viajeros del sur de África. Por otro lado, Australia retrasó sus planes de reapertura y China anunció un "enfoque de cero tolerancia" ante esta nueva variante.<sup>3</sup> Pero ¿es un miedo justificado? Lo más seguro es que no.

Si bien la variante Ómicron parece propagarse más rápido que las otras mutaciones, al igual que afecta a personas menores de 40 años en mayor grado que antes, no hay evidencia de que tenga una mayor letalidad. Al contrario, parece ser más leve.

Al menos eso sugiere la Dra. Angelique Coetzee, presidenta de la Asociación Médica de Sudáfrica y quien descubrió la variante Ómicron. En una entrevista reciente dijo lo siguiente:<sup>4</sup>

*"Solo hemos observado síntomas leves, así que, al parecer, no hay razón para entrar en pánico porque hasta el momento no hay pacientes con enfermedad grave, los síntomas más comunes son fatiga extrema durante uno o dos días, con dolor de cabeza, dolores corporales y molestia general.*

*Algunos experimentan comezón en la garganta, mientras que otros sufren una tos seca que aparece y desaparece. En general, esos son los síntomas que hemos visto".*

## **Los virus suelen mutar en variantes menos peligrosas**

Por la información que se tiene sobre los virus, esto es normal. Como señaló el Dr. Paul Elías Alexander, del Brownstone Institute:<sup>5</sup>

*“La OMS ha dicho que la variante Ómicron se puede propagar más rápido que otras variantes. Tal vez sea cierto. Eso pasa con todos los virus.*

*Son mutables y mutan, y según la teoría de trinquete de Muller, esperamos que sean mutaciones cada vez más leves y no más letales, dado que el patógeno busca infectar al huésped y no llegar a un fin evolutivo.*

*El virus mutará a la baja para que pueda usar al huésped (nosotros) para propagarse a través de nuestra maquinaria metabólica celular. La variante Delta nos demostró lo siguiente: es muy infecciosa pero casi no es letal, sobre todo en niños y personas sanas.*

*Con respecto a esta nueva variante, Ómicron, no hay reportes de una mayor letalidad, y por lo que hemos visto con Delta y variantes anteriores, así se mantendrá. Aunque no hay garantías, operamos en función del riesgo y todo apunta que sucederá lo mismo con esta variante.*

*El hecho de que pueda haber una ola en Sudáfrica no significa que habrá olas en los Estados Unidos, Israel u otros lugares con mayor inmunidad natural, la cual se obtuvo cuando permitieron que las personas realizaran sus actividades cotidianas.*

*Así que es probable que los países que levantaron los confinamientos no deban preocuparse por esta variante. Todo esto es otra reacción exagerada de la OMS y los gobiernos, que les encanta aplicar el refrán: mucho ruido y pocas nueces”.*

## **Las dosis de refuerzo no son la respuesta**

A pesar de que todo parece indicar que la campaña de vacunación masiva está detrás de todas estas mutaciones del virus, los gobiernos de todo el mundo le siguen apostando a esta estrategia fallida. Según ellos la solución es aplicar más dosis de refuerzo.

En palabras de Anthony Fauci, director de los Institutos Nacionales de Alergias y Enfermedades Infecciosas, la variante Ómicron podría evadir tanto los anticuerpos monoclonales como los anticuerpos inducidos por la vacuna antiCOVID.<sup>6</sup> Hace poco, el Dr. Francis Collins, director de los Institutos Nacionales de Salud, se apegó a ese mismo guion cuando dijo lo siguiente a los televidentes del canal *Fox News*:<sup>7</sup>

*“Por favor, si es de las personas que piensa que hasta no ver no creer, entonces, como puede ver este es el momento de ir por su dosis de refuerzo, o si aún no se ha vacunado, este es el momento de hacerlo”.*

Si consideramos que las vacunas no protegen contra la infección o la propagación, así como el hecho de que, al parecer, Ómicron surgió en pacientes con esquema de vacunación completo, entonces estas declaraciones no tienen ningún sentido.<sup>8</sup> Es más, si la variante de Ómicron en realidad evade los anticuerpos inducidos por las vacunas antiCOVID, entonces ¿para qué sirven las vacunas?

Una variante que evade la vacuna es una clara evidencia de que la vacunación masiva está detrás de las mutaciones más problemáticas, por lo que las recomendaciones simplemente no concuerdan con los datos disponibles.

## **Las vacunas antiCOVID no sirven de nada**

En su artículo, Alexander menciona una larga lista de estudios que demuestran que las vacunas antiCOVID tienen una baja efectividad, por ejemplo:<sup>9</sup>

En octubre de 2021, la revista *The Lancet Infectious Diseases* señaló lo siguiente:<sup>10</sup> Las personas con esquema de vacunación completo que desarrollan infecciones progresivas tienen una carga viral máxima similar a la de las personas sin vacunar, mientras que en entornos domésticos, transmiten la infección tanto a personas vacunadas como sin vacunar.

---

*The Lancet Preprint* señaló lo siguiente:<sup>11</sup> En Vietnam, los trabajadores del cuidado de la salud con esquema de vacunación completo que contrajeron la variante Delta

del SARS-CoV-2, tenían cargas virales que eran 251 veces mayores que las encontradas en casos de personas infectadas con cepas anteriores. Lo que indica que las vacunas no parecen proteger contra la variante Delta.

---

El 31 de julio de 2021, en una preimpresión de *medRxiv*, Riemersma et. al.<sup>12</sup> no encontraron diferencias entre las cargas virales de las personas sin vacunar y las personas con esquema de vacunación completo, también encontraron que la variante Delta era capaz de "evadir de forma parcial los anticuerpos policlonales y monoclonales".

---

En julio de 2021, la revista *Eurosurveillance* señaló lo siguiente:<sup>13</sup> un brote de la variante Delta en un hospital en Finlandia sugirió que las vacunas hicieron poco para prevenir la propagación de la infección, incluso entre las personas con "esquema de vacunación completo" y a pesar del uso de cubrebocas y de otros equipos de protección.

---

En septiembre de 2021, *Eurosurveillance* señaló:<sup>14</sup> el incremento en las infecciones de la variante Delta en Israel, en un momento en que más del 55 % de la población tenía su "esquema de vacunación completo", también demuestra que las vacunas antiCOVID no son efectivas contra esta variante. Incluso las personas con esquema de vacunación completo que utilizaban cubrebocas se infectaron.

---

En octubre de 2021, la revista *The Lancet Preprint* señaló:<sup>15</sup> este estudio sueco encontró que la efectividad de la vacuna de Pfizer disminuyó de manera progresiva del 89 % entre los días 15 al 30, y un 42 % a partir del día 181 en adelante. A partir del día 211, no se pudo encontrar ninguna protección contra la infección. A la vacuna de Moderna le fue un poco mejor, ya que disminuyó al 59 % a partir del día 181. Mientras que la vacuna de AstraZeneca ofreció una protección menor que la de Pfizer y Moderna desde el principio, y disminuyó más rápido, ya que para el día 121 su protección era de cero.

---

En septiembre de 2021, BioRxiv señaló:<sup>16</sup> seis meses después de la segunda dosis de Pfizer, se encontró que las respuestas de anticuerpos y la inmunidad de las

células T contra el virus original y variantes conocidas, habían disminuido de forma sustancial, en muchos casos sus niveles eran indetectables.

---

En agosto de 2021, la revista *Journal of Infection* señaló:<sup>17</sup> cuando la variante Delta fue la causa de la infección, los anticuerpos neutralizantes tenían una menor afinidad por la proteína Spike, mientras que los anticuerpos que empeoran la infección mostraron una mayor afinidad.

---

En noviembre de 2021, la revista *The Lancet Infectious Diseases* señaló:<sup>18</sup> el 26 % de los pacientes que ingresaron al hospital con COVID-19 grave o crítico tenían su "esquema de vacunación completo"; el 46 % tenían una prueba de COVID positiva, pero eran asintomáticos; el 7 % tenían una infección leve y el 20 % una enfermedad moderada. Entonces, entre los que desarrollaron síntomas de infección, la mayoría terminó con una enfermedad grave o crítica.

---

En agosto 2021, *medRxiv* señaló:<sup>19</sup> a diferencia de las personas con inmunidad natural, las personas sin infección previa por SARS-CoV-2 que recibieron la vacuna de Pfizer tuvieron un riesgo 5.96 veces mayor de infección progresiva y un riesgo 7.13 veces mayor de enfermedad sintomática.

---

## **Las vacunas antiCOVID podrían incrementar el riesgo de ADE**

En el transcurso de 2020, muchos estudios mencionaron el riesgo de mejora dependiente de anticuerpos (ADE) tras recibir la vacuna antiCOVID. Por ejemplo, el 28 de octubre de 2020, un artículo señaló lo siguiente:<sup>20</sup>

*"Las vacunas que se diseñan de forma empírica a través del enfoque tradicional (que consiste en la proteína Spike viral de coronavirus no modificado o mínimamente modificado para provocar anticuerpos neutralizantes), ya sea que estén compuestas de proteína, vector viral, ADN o ARN y sin importar el método de administración, pueden empeorar la enfermedad por COVID-19 debido a la mejora dependiente de anticuerpos (ADE)".*

Aunque aún no hay evidencia concluyente, todo apunta a que existe una relación entre la ADE y estas vacunas. Veinte años de investigación han demostrado que hacer una vacuna contra los coronavirus implica muchos riesgos.<sup>21</sup> De hecho, la mayoría de los esfuerzos previos para crear vacunas contra el coronavirus, como el síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV), síndrome respiratorio de Oriente Medio, (MERS-CoV), virus sincitial respiratorio (RSV) y virus similares, terminaron por causar ADE.<sup>22,23,24,25,26,27</sup>

Lo que eso significa es que, en lugar de que la vacuna mejore su inmunidad contra la infección, mejora la capacidad del virus para ingresar e infectar sus células, lo que provoca una enfermedad más grave que si no hubiera recibido la vacuna.<sup>28</sup> En 2003, el artículo de revisión titulado: "Antibody-Dependent Enhancement of Virus Infection and Disease", lo explicó de la siguiente manera:<sup>29</sup>

*"Los anticuerpos específicos del virus se consideran antivirales y desempeñan un papel importante en el control de las infecciones por virus de muchas formas. Sin embargo, en algunos casos, la presencia de anticuerpos específicos puede ser beneficiosa para el virus. Esta actividad se conoce como mejora dependiente de anticuerpos (ADE) de la infección por el virus.*

*La ADE de la infección por el virus es un fenómeno en el que los anticuerpos específicos del virus favorecen la entrada del virus, y en algunos casos la reproducción en monocitos/macrófagos y células granulocíticas, a través de la interacción con Fc o receptores del complemento.*

*Este fenómeno se ha reportado in vitro e in vivo para virus que representan diferentes familias y géneros muy importantes para la salud pública y veterinaria.*

*Estos virus comparten algunas características, como la reproducción preferencial en macrófagos, al igual que la capacidad de establecer persistencia y diversidad antigénica. Para algunos virus, la ADE de la infección se ha convertido en una gran inquietud para el control de enfermedades a través de las vacunas".*

En 2014, el artículo titulado<sup>30</sup> "Antibody-Dependent SARS Coronavirus Infection Is Mediated by Antibodies Against Spike Proteins", concluyó que los anticuerpos monoclonales que se generan contra las proteínas Spike del SARS-CoV en realidad promovían la infección y que, en general, "los anticuerpos contra las proteínas Spike del SARS-CoV pueden causar efectos de la ADE", lo que plantea la duda de "si es posible crear una vacuna segura contra el SARS-CoV".

Hasta ahora, todos los casos de Ómicron han sido relativamente leves, pero si resulta que las personas con esquema de vacunación completo desarrollan una enfermedad grave mientras que las personas sin vacunar no lo hacen, entonces eso sería evidencia de que las vacunas provocan ADE.

## **Se ha demostrado que la vacuna contra el SARS causa ADE**

En 2012, un artículo muy interesante<sup>31</sup> cuyo título es bastante revelador: "Immunization with SARS Coronavirus Vaccines Leads to Pulmonary Immunopathology on Challenge with the SARS Virus", demuestra lo que muchos investigadores ahora temen, es decir, que las vacunas antiCOVID pueden terminar haciendo que las personas sean más propensas a la enfermedad grave por SARS-CoV-2.

El artículo revisa los experimentos que demuestran que la inmunización con una variedad de vacunas contra el SARS causó inmunopatología pulmonar tras exponerse al virus. Como señalaron los autores:<sup>32</sup>

*"Las vacunas de virus completos inactivados, ya sean inactivadas con formalina o beta propiolactona, independientemente que se hayan administrados con o sin adyuvante alumbre, exhibieron una inmunopatología tipo Th2-en los pulmones después de la exposición.*

*Como se indicó, dos reportes atribuyeron la inmunopatología a la presencia de la proteína N en la vacuna; pero encontramos la misma reacción inmunopatológica en animales que solo recibieron la vacuna de proteína S, aunque pareció ser de menor intensidad.*



*Por lo tanto, se ha producido una reacción de inmunopatología tipo Th2-tras la exposición a animales vacunados en tres de los cuatro modelos animales (no en hámsteres), incluyendo dos cepas de ratones endogámicos diferentes con cuatro tipos diferentes de vacunas contra el SARS-CoV, con y sin adyuvante de alumbre. No se ha informado ninguna preparación de vacuna inactivada que no induzca este resultado en ratones, hurones y primates no humanos.*

*Esta experiencia combinada genera inquietud para los ensayos con vacunas contra el SARS-CoV en humanos. Se han realizado ensayos clínicos con vacunas contra el coronavirus del SARS y se ha reportado que inducen respuestas de anticuerpos y que son "seguras". Sin embargo, la evidencia de seguridad es para un período corto de observación.*

*La inquietud que surge del presente informe es por una reacción de inmunopatología que se produce entre las personas vacunadas al exponerse al SARS-CoV, que es la base para el desarrollo de una vacuna contra el SARS.*

*Otros problemas de seguridad se relacionan con la efectividad y la seguridad contra las variantes antigénicas del SARS-CoV y con la seguridad de las personas vacunadas expuestas a otros coronavirus, en particular los del grupo de tipo 2".*

## **A mayores tasas de vacunación, mayores tasas de infección**

Una tendencia que podría ser indicativa de ADE es el hecho de que las áreas con mayores tasas de vacunación tienen las mayores tasas de infección. Si las vacunas evitaran la infección, sería todo lo contrario. Por ejemplo, el distrito de Waterford en Irlanda tiene la mayor tasa de vacunación del país con un 99.7 %, pero también tiene la mayor tasa de casos diarios de COVID.<sup>33</sup>

**“ Los gobiernos nos pidieron dos semanas para aplanar la curva para que los hospitales se pudieran preparar y atender los picos de casos de COVID, así**

**como otras enfermedades. Nosotros, como sociedades, dimos a nuestros gobiernos dos semanas, no 21 meses.**  
**~ Dr. Paul Elias Alexander”**

Y, por alguna razón, la tasa de mortalidad por COVID en los Estados Unidos es mayor en el 2021 que en el 2020,<sup>34</sup> antes del lanzamiento de las vacunas, lo que demuestra que las vacunas no son la solución. Como señaló Alexander en su artículo del portal *Brownstone*:<sup>35</sup>

*“Los gobiernos nos pidieron dos semanas para aplanar la curva para que los hospitales se pudieran preparar y atender los picos de casos de COVID, así como otras enfermedades. Nosotros, como sociedades, dimos a nuestros gobiernos dos semanas, no 21 meses.*

*No atendieron a personas con otras enfermedades y confinaron a las personas sanas (niños, personas jóvenes y de mediana edad sanas) mientras dejaron desprotegidas a las personas más vulnerables y de alto riesgo, como las personas de edad avanzada. Este fracaso se debió a las recomendaciones gubernamentales y de salud pública.*

*Además, ¿qué hicieron los gobiernos de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Australia, etc. con el dinero de los impuestos para los hospitales y el equipo de protección personal (PPE), etc.? Pero para este momento, los hospitales deben estar preparados. ¡Los gobiernos no hicieron su trabajo! Las personas no tienen la culpa. Los grupos operativos no hicieron su trabajo, las personas no tienen la culpa”.*

Los cubrebocas no funcionan. Los confinamientos no funcionan. Cerrar las pequeñas empresas y las escuelas no funciona. Las vacunas antiCOVID no funcionan. Pero aparece una nueva variante y los gobiernos vuelven a implementar las mismas medidas que no han funcionado en los últimos dos años.

Es una locura hacer lo mismo una y otra vez y esperar resultados diferentes. Pero eso es lo que hace la "ciencia" en estos días. La respuesta a esta locura es oponerse a estas

medidas. Debemos rechazar de forma pacífica estos "remedios" que son totalmente anticientíficos y contraproducentes.

## Fuentes y Referencias

---

- <sup>1, 8</sup> Peckford 42 November 27, 2021
- <sup>2, 3, 7</sup> NY Times COVID Live Updates (Archived)
- <sup>4</sup> Twitter Aaron Ginn November 28, 2021
- <sup>5, 9, 35</sup> Brownstone Institute November 26, 2021
- <sup>6</sup> ABC News November 28, 2021
- <sup>10</sup> The Lancet Infectious Diseases October 29, 2021 DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00648-4
- <sup>11</sup> Lancet Preprint, Transmission of SARS-CoV-2 Delta Among Vaccinated Health Care Workers, Vietnam October 11, 2021
- <sup>12</sup> medRxiv July 31, 2021, DOI: 10.1101/2021.07.31.21261387
- <sup>13</sup> Eurosurveillance rapid communication July 2021; 26(30)
- <sup>14</sup> Eurosurveillance rapid communication September 2021; 26(39)
- <sup>15</sup> The Lancet Preprint October 25, 2021
- <sup>16</sup> BioRxiv September 30, 2021 DOI: 10.1101/2021.09.30.462488
- <sup>17</sup> Journal of Infection August 9, 2021 DOI: 10.1016/j.inf.2021.08.010
- <sup>18</sup> The Lancet Infectious Diseases November 1, 2021; 21(11): 1485-1486
- <sup>19</sup> medRxiv August 25, 2021 DOI: 10.1101/2021.08.24.21262415
- <sup>20</sup> International Journal of Clinical Practice, October 28, 2020 DOI: 10.1111/ijcp.13795
- <sup>21</sup> Twitter, The Immunologist April 9, 2020
- <sup>22</sup> PLOS Pathogens 2017 Aug; 13(8): e1006565
- <sup>23</sup> Swiss Medical Weekly April 16, 2020; 150:w20249
- <sup>24, 30</sup> Biochemical and Biophysical Research Communications August 22, 2014; 451(2): 208-214
- <sup>25</sup> JCI Insight February 21, 2019 DOI: 10.1172/jci.insight.123158
- <sup>26, 31</sup> PLOS ONE April 2012; 7(4): e35421 (PDF)
- <sup>27</sup> EBioMedicine 2020 May; 55: 102768, Introduction
- <sup>28</sup> PNAS.org April 14, 2020 117 (15) 8218-8221
- <sup>29</sup> Viral Immunology 2003;16(1):69-86
- <sup>32</sup> PLOS ONE April 2012; 7(4): e35421 (PDF), page 11
- <sup>33</sup> The Irish Times October 21, 2021
- <sup>34</sup> Forbes October 6, 2021