

La vacuna antiCOVID es más mortal que el propio virus

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

✓ Datos comprobados

HISTORIA EN BREVE

- › Hace poco, un análisis de datos demostró que la vacuna antiCOVID es más mortal que el propio virus para cualquier persona menor de 80 años, lo que significa que para los adultos jóvenes y los niños solo representa amenazas y cero beneficios
- › En comparación con el riesgo de muerte a causa del COVID-19 de una persona sin vacunar, el riesgo de muerte de las personas de todos los grupos de edad por debajo de los 50 años es mayor tras recibir la vacuna antiCOVID
- › En el caso de las personas menores de 18 años, la vacuna incrementa el riesgo de morir por COVID-19, y si no han recibido la vacuna, tienen una probabilidad 51 veces mayor de morir por la vacuna que por COVID
- › Es hasta los 60 años en adelante que los riesgos entre la vacuna y el COVID se nivelan. En el grupo de edad de 60 a 69 años, la vacuna cobrará una vida por cada persona que salve del COVID, por lo que el riesgo es una moneda al aire
- › Los datos sugieren que, en los Estados Unidos, el número de muertes que se reportan ante el VAERS está muy por debajo del número real (hasta por un factor de 20)

Según un análisis de costo-beneficio que realizó la Dra. Stephanie Seneff, y la investigadora independiente Kathy Dopp, la vacuna antiCOVID es más mortal que el propio COVID-19 para cualquier persona menor de 80 años. El análisis de costo-beneficio¹ evaluó los datos oficiales que publicaron los gobiernos de Estados Unidos y del Reino Unido, y comparó las tasas de mortalidad por todas las causas con el riesgo de morir por COVID-19 para todos los grupos de edad.

"En comparación con el riesgo de muerte a causa del COVID-19 de una persona sin vacunar, el riesgo de muerte de las personas de todos los grupos de edad por debajo de los 50 años es mayor tras recibir la vacuna antiCOVID", concluyeron Seneff y Dopp. Lo que significa que, para los adultos jóvenes y los niños, la vacuna solo representa amenazas y cero beneficios. Las investigadoras señalaron lo siguiente:

"Este análisis es conservador, porque no considera el hecho de que las reacciones adversas que causa la vacuna, como trombosis, miocarditis, parálisis de Bell y otras lesiones, también podrían producir un impacto negativo en la esperanza de vida.

Si las personas sintomáticas de alto riesgo se tratan a tiempo, su riesgo de muerte por COVID-19 se reduce en casi un 90 %, por lo que se puede concluir que la vacunación obligatoria representa más riesgos que beneficios.

Y en el caso de la mayoría de los grupos de edad, la aparición de variantes resistentes a los anticuerpos, como Delta y Ómicron, provoca que las tasas de mortalidad por la vacuna antiCOVID-19 sean mayores que las tasas de mortalidad por el COVID-19 en personas sin vacunar".

La reducción del riesgo es insignificante

El análisis también es conservador en el sentido de que solo considera las muertes a causa de la vacuna antiCOVID que ocurren durante el primer mes posterior a la vacunación. Tras analizar el Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) vemos que muchos de los reportes de muerte son de personas que se vacunaron antes de abril de 2021, por lo que ahora sabemos que las vacunas pueden acabar con su vida, incluso si no lo hacen de manera inmediata. Como se detalla en el artículo de Seneff y Dopp:

"La reducción del riesgo absoluto (RRA) en la vida real... por las vacunas antiCOVID varía desde un mínimo de 0.00007 % negativo (un mayor riesgo de muerte por COVID a causa de la vacuna) para niños menores de 18 años a un

0.183 % positivo (0.00183), un menor riesgo de muerte por COVID para personas mayores de 80 años...

Las vacunas antiCOVID incrementan el riesgo de muerte y producen un beneficio neto negativo, que también se conoce como un mayor riesgo de muerte... para todos los grupos de edad menores de 60 años. En otras palabras, las vacunas antiCOVID provocan un incremento neto, en lugar de una reducción, en la probabilidad de muerte de todas las personas menores de 60 años.

En el caso de las personas mayores de 60 años, el beneficio de las vacunas antiCOVID se considera insignificante, ya que en el caso de las personas de 60 a 69 años reduce un 0.0016 % la probabilidad de muerte y un 0.125 % en las personas mayores de 80 años. Se supone que el riesgo de las vacunas debería ser muy bajo en comparación con sus beneficios.

Por lo tanto, es inaceptable que las vacunas antiCOVID tengan un riesgo de mortalidad tan alto (VFR) en comparación con la reducción del riesgo absoluto (RRA), sobre todo cuando existen tratamientos efectivos y de bajo costo que si se aplican tan pronto como aparecen los síntomas en personas de alto riesgo, podrían reducir hasta en un 90 % o más las tasas de mortalidad por COVID-19".

Mientras tanto, los datos de un análisis² que realizaron los investigadores *Spiro Pantazatos* y *Herve Seligmann*, sugieren que hay un subregistro por un factor de 20 en los reportes de muerte que recibe el VAERS. Su análisis se utilizó para calcular las tasas de mortalidad por las vacunas (VFR), el número necesario para tratar/vacunar (NNT) para prevenir una muerte por COVID, el número esperado de muertes por la vacuna para prevenir una muerte por COVID y el número esperado de muertes por las vacunas en comparación con las muertes por COVID en un grupo de edad:³

Grupo de edad	VFR: Tasa de mortalidad por las vacunas	NNT para prevenir una muerte por COVID	Muertes esperadas por las vacunas para prevenir una muerte por COVID	Número esperado de muertes por las vacunas en comparación con las muertes por COVID
Menores de 18 años	0.004 %	La vacuna incrementa la tasa de mortalidad por COVID	La vacuna incrementa la tasa de mortalidad por COVID	51
18 a 29	0.005 %	318 497	16	8
30 a 39	0.009 %	164 538	15	7
40 a 49	0.017 %	55 516	9	5
50 a 59	0.016 %	11 760	2	1
60 a 69	0.026 %	3624	1	1
70 a 79	0.048 %	1300	1	0
80 a 89	0.057 %	547	0	0

Resumen de los hallazgos

En resumen, los hallazgos clave de este artículo incluyen:

- En el caso de las personas menores de 18 años, la vacuna incrementa el riesgo de morir por COVID-19, y si no han recibido la vacuna, tienen una probabilidad 51 veces mayor de morir por la vacuna que por el COVID.
- En las personas de 18 a 29 años, la vacuna es 16 veces más propensa a matar a una persona en lugar de salvarle la vida si contrae COVID, y si no han recibido la vacuna, también tienen una probabilidad ocho veces mayor de morir por la vacuna que por COVID.
- Las personas de 30 a 39 años tienen una probabilidad 15 veces más elevada de morir a causa de la vacuna que de prevenir su muerte, y si no han recibido la vacuna, tienen una probabilidad siete veces mayor de morir por la vacuna que por COVID.
- Las personas de 40 a 49 años tienen una probabilidad nueve veces más elevada de morir a causa de la vacuna que de prevenir su muerte, y si no han recibido la vacuna, tienen una probabilidad cinco veces mayor de morir por la vacuna que por COVID.
- Las personas de 50 a 59 años tienen el doble (2 veces) de probabilidades de morir por la vacuna que de prevenir una muerte por COVID, y si no han recibido la vacuna, su riesgo de morir por la vacuna o por COVID es casi el mismo.

Es hasta los 60 años en adelante que los riesgos entre la vacuna y el COVID se nivelan. En el grupo de edad de 60 a 69 años, la vacuna cobrará una vida por cada persona que salve del COVID, por lo que el riesgo es una moneda al aire.

Las medidas de salud pública deberían basarse en el análisis de costo-beneficio

Lo más lógico sería que la campaña de vacunación contra el COVID-19 se base en una evaluación racional de los costos y beneficios reales, y para hacerlo, debemos evaluar si las vacunas son beneficiosas o dañinas y en qué grado. Hasta ahora, los gobiernos han ignorado por completo el costo de esta campaña de vacunación masiva y solo se han enfocado en el beneficio que perciben o imaginan, pero que no ha sido probado.

Como resultado, estamos ante el peor desastre de salud pública en la historia escrita. Y lo peor de todo es que ninguna de nuestras autoridades de salud pública se ha molestado en proteger a nuestros jóvenes que son el futuro de la humanidad.

“ Hasta el 11 de febrero de 2022, en los Estados Unidos, había 34 223 reportes de lesiones por la vacuna antiCOVID en niños menores de 17 años. ”

Hace poco, el equipo del portal *OpenVAERS* comenzó a buscar reportes de lesiones en niños de 17 años o menos y, para su sorpresa, encontraron que hasta el 11 de febrero de 2022 había 34 223 reportes que involucraban a este grupo de edad. [Aquí puede consultar los reportes.](#)⁴ Esta cifra resulta increíble al considerar que los niños de 12 a 17 años comenzaron a recibir la vacuna a partir de mayo de 2021, mientras que los niños de 5 a 11 años lo hicieron a partir de octubre de 2021.⁵

Pfizer retira la solicitud de EUA para niños menores de 5 años

De manera curiosa, el 11 de febrero de 2022, Pfizer retiró de forma abrupta su solicitud de Autorización de Uso de Emergencia (EUA, por sus siglas en inglés) para niños menores de 5 años.^{6,7} La pregunta es ¿por qué? Según la Administración de Alimentos y Medicamentos, Pfizer quiere recopilar más datos sobre los efectos de una tercera dosis, ya que dos dosis no produjeron la inmunidad esperada en niños de 2 a 5 años.⁸

Tres días después, el Dr. Scott Gottlieb, exinspector de la FDA y actual miembro de la junta de Pfizer, dijo para la cadena CNBC⁹ que la solicitud de EUA se retiró porque los casos de COVID son tan bajos entre este grupo de edad que no se pudo demostrar que la vacuna proporcionara algún beneficio.

Pero según un aviso que recibieron los suscriptores de *OpenVAERS* por correo electrónico: "ninguna de estas explicaciones es suficiente, teniendo en cuenta que ya se sabía todo esto desde antes de que Pfizer presentara la EUA ante la FDA el 1 de febrero

[2022]. Esto hace que uno se pregunte si las reacciones adversas en el grupo de tratamiento podrían ser el factor del que ni Pfizer ni la FDA quieren hablar".

Las autoridades afirman que desconocen información muy importante

En temas relacionados, la Dra. Jessica Rose, investigadora del *Institute for Pure and Applied Knowledge* en Israel, presentó una solicitud bajo la ley libertad de información que se envió a la Administración de Productos Terapéuticos (TGA), que es una agencia similar a la FDA en Australia.¹⁰ En la consulta se solicitaron documentos relacionados con la evaluación de la TGA sobre los siguientes puntos:

- La presencia y el riesgo de secuencias de micro-ARN dentro del ingrediente activo del ARNm de Comirnaty (la secuencia genómica del ARNm).
- La presencia y el riesgo de oncomirs (micro-ARN que causan cáncer) en Comirnaty.
- La presencia y el riesgo de lectura del codón de parada (supresión de la actividad del codón) que surge como resultado del uso de pseudouridina en Comirnaty.
- La composición del producto de proteína final (peso molecular y secuencia de aminoácidos) que se produce después de inyectar el producto de ARNm de Comirnaty en humanos.
- El riesgo del uso de la región no traducida AES-mtRNR1 3 del producto de ARNm de Comirnaty en humanos.

Resulta que la TGA no tiene ninguno de estos documentos, porque no han evaluado ninguno de estos riesgos. ¿Por qué es esto tan importante? Bien, como lo explica Rose:

"Los micro-ARN (miARN) son moléculas pequeñas (20-22 nucleótidos) de ARN monocatenario no codificante que interrumpen o suprimen la expresión de los genes a niveles transcripcionales o traduccionales con el fin de regular la expresión de los genes".

Al considerar que el micro-ARN puede alterar la expresión de los genes, ¿no es importante saber si la vacuna que quieren aplicarle a cientos de millones de personas contiene micro-ARN? Lo mismo ocurre con los oncomirs, la supresión de la actividad de codones, los productos proteicos y demás.

"Stephanie Seneff advirtió¹¹ sobre dos miARN que interrumpen la respuesta del interferón tipo 1 en cualquier célula, incluyendo las células inmunológicas: miR-148a y miR-590", dijo Rose.

"Todavía no sé qué posibles conexiones hay aquí, pero algo es seguro, cualquier tecnología que involucre la introducción de ARNm extraño para que las células humanas lo produzcan en masa, debe someterse a pruebas de seguridad.

El hecho de que "no exista" ninguno de estos documentos es prueba de que no tienen idea de los efectos que podría producir, ya que no hicieron ensayos/investigaciones/estudios o bien, lo saben y prefieren mantener los hallazgos en secreto. Cualquiera de estas dos opciones resulta criminal".

Para crear las vacunas utilizaron un proceso muy peligroso

En agosto de 2021, en un artículo de Substack,¹² Ehdén Biber, investigador británico de ciberseguridad, analiza los posibles riesgos de usar pseudouridina para optimizar el codón.

Las vacunas antiCOVID no contienen el mismo ARNm que se encuentra en el virus SARS-CoV-2. El ARNm se manipuló genéticamente en un proceso que se conoce como "optimización de codones", y se sabe que este proceso produce efectos secundarios inesperados y dañinos.

"¿Cómo es posible que Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Janssen, etc. utilicen una tecnología que tanto ellos como las autoridades saben que producirá resultados desconocidos?" preguntó Biber. La optimización de codones se utilizó porque es muy difícil hacer que su cuerpo produzca una proteína específica tras inyectar ARNm.

Es un proceso lento y, por lo general, poco efectivo. Para que la vacuna funcione, necesitan niveles elevados de expresión de proteínas, algo que no sucede de forma natural. Los científicos evitan este problema al hacer algunos cambios en las instrucciones genéticas. Descubrieron que puede intercambiar ciertos nucleótidos (tres nucleótidos forman un codón) y al final obtener la misma proteína. Pero todo esto tiene un costo terrible.

Al cambiar partes del código, la proteína que se produce puede estar mal plegada y esto se relaciona con una variedad de enfermedades crónicas,¹³ que incluyen la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y la insuficiencia cardíaca.¹⁴ Como explicó Biber:¹⁵

"Resulta que la proteína que produce la optimización de codones tiene diferentes formas de plegarse y una forma 3D diferente, lo que, por ejemplo, "podría causar inmunogenicidad, pero este efecto solo aparecería hasta las últimas etapas de los ensayos clínicos o incluso hasta después de que se apruebe", pero esta declaración se refiere al proceso de aprobación NORMAL, y las vacunas antiCOVID se aprobaron sin pasar por todo este proceso".

Ahora, la FDA sabe de estos problemas desde 2011, cuando la Dra. Chava Kimchi Sarfaty, investigadora principal de la FDA, declaró lo siguiente: "Creemos que no es posible optimizar los codones y hacer que la proteína se comporte como lo haría en su forma original".

También advirtió: "La forma modificada podría causar problemas como inmunogenicidad, pero este efecto solo aparecería hasta las últimas etapas de los ensayos clínicos o incluso tras la aprobación".¹⁶

Entonces, si la FDA sabía todo esto desde 2011 ¿por qué no rechazó el uso de la optimización de codones para crear las vacunas antiCOVID? Lo mismo se le debe preguntar a la TGA en Australia.

Tal vez, la persona que presentó la solicitud bajo la FOIA pensaba en el artículo que se publicó en marzo de 2021, titulado "BNT162b2 Vaccine: Possible Codons Misreading,

Errors in Protein Synthesis and Alternative Splicing Anomalies,¹⁷ ya que ese artículo menciona la optimización de codones a través del uso de pseudouridina que utilizó Pfizer y que tiene efectos adversos conocidos, así como el uso de la secuencia 3'-UTR, cuyas consecuencias aún se desconocen.

El hecho de que la TGA no tenga datos sobre los efectos de estas modificaciones demuestra que, al igual que la FDA, no hicieron su trabajo para garantizar que estas vacunas sean seguras. Su objetivo principal es proteger las ganancias de las compañías farmacéuticas.

Incluso Pfizer admitió, en el Plan de Gestión de Riesgos de BNT162b2/Comirnaty que presentó ante la FDA para obtener la EUA, que la optimización de codones que hicieron provocó niveles elevados de gamma-glutamil transferasa (GGT),¹⁸ que es un marcador temprano de insuficiencia cardíaca. Los niveles elevados de GGT también podrían indicar resistencia a la insulina, enfermedad cardiometabólica,¹⁹ enfermedad hepática²⁰ y enfermedad renal crónica.²¹

Si a la FDA en realidad le preocupara la salud pública, entonces eso debió activar sus señales de alerta. Después de todo, hay evidencia suficiente para cuestionar los mandatos de vacunación contra el COVID-19 y el uso de estas vacunas en niños.

Fuentes y Referencias

- ¹ [COVID-19 and All-Cause Mortality Data Analysis by Kathy Dopp and Stephanie Seneff \(PDF\)](#)
- ² [COVID Vaccination and Age-Stratified All-Cause Mortality Risk \(PDF\)](#)
- ³ [COVID-19 and All-Cause Mortality Data Analysis by Kathy Dopp and Stephanie Seneff \(PDF\), Page 8, Table 2](#)
- ⁴ [OpenVAERS Child's Report](#)
- ⁵ [Yale Medicine October 25, 2021, Updated February 11, 2022](#)
- ⁶ [New York Times February 12, 2022](#)
- ⁷ [USA Today February 11, 2022](#)
- ⁸ [CNN December 17, 2021](#)
- ⁹ [CNBC February 14, 2022](#)
- ¹⁰ [Jessica Rose Substack February 20, 2022](#)
- ¹¹ [Extremely American August 1, 2021](#)
- ^{12, 15, 16} [Ehden Substack August 20, 2021](#)
- ¹³ [Nature Medicine December 6, 2011; 17: 1536-1538](#)

- ¹⁴ Autophagy August 2008; 4(6): 821-823
- ¹⁷ Authorea March 25, 2021 DOI: 10.22541/au.161668243.35142344/v1
- ¹⁸ Nutr Metab. 2016;13:37
- ¹⁹ European Journal of Preventive Cardiology 2014 Dec;21(12):1541-8
- ²⁰ Disease Markers October 12, 2015; 2015: 818570
- ²¹ Disease Markers 2017; 2017:9765259