

Intento de clasificar el peligro sanitario que supone la pandemia de COVID-19:
El transcurso de la mortalidad entre febrero y finales de mayo de 2020 en España
y enero y finales de abril en Alemania
comparado con el transcurso regular de la mortalidad en ambos países

6. Reflexiones posteriores y personales en mayo de 2021



"Sabio es el que sabe lo que no sabe". (Sócrates)

Sin embargo, "¡Tengan valor para usar su propio entendimiento!" (Kant)

Hoy, un año después, poco ha cambiado respecto a mis conclusiones originales:

En ciertos momentos y en ciertos lugares, lo que ocurre es extraordinario.

En general, la pandemia ha sido afortunadamente sobrevalorada en sus efectos inmediatos determinados por el evento infeccioso - al menos en Europa, de la que tengo datos - porque incluso en las fases de exceso de mortalidad presuntamente desencadenadas por el nuevo virus, éste siguió siendo *una* de las principales causas de muerte y mucho menos significativo que las enfermedades cardiovasculares, los tumores u otras enfermedades respiratorias - a diferencia de lo que ocurrió con la llamada gripe española, la peste y el cólera. Como he dicho, en algunos períodos de exceso de mortalidad, pero no en lo de calor estival.

En otros momentos o visto para un periodo de un año, el virus como causa de muerte se mantuvo muy por detrás de las enfermedades cardiovasculares, los tumores u otras enfermedades respiratorias, siempre presentes.

Yo mismo no he comparado aún las tasas de mortalidad de los distintos años, pero sé de cálculos complicados que tienen en cuenta los cambios en la pirámide de población, que aún no he podido

comprobar.

Los efectos indirectos de las medidas adoptadas y el miedo generado son considerables en términos económicos en particular, pero también en términos sociales y psicológicos, especialmente para los niños y los llamados grupos de riesgo y para todos aquellos que están directamente relacionados con estos grupos de riesgo.

El mejor relato del problema lo encontré el 02/06/2020 en una entrevista con Amparo Larrauri, epidemióloga y responsable del equipo MoMo y científica del Centro Nacional de Epidemiología de España:

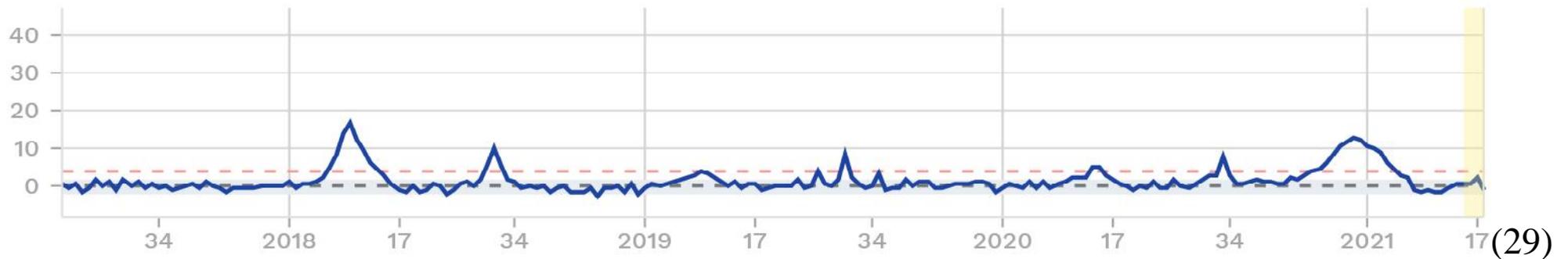
"El exceso de mortalidad constatado, (...) 'Puede deberse a casos con COVID-19 confirmada, a casos con COVID-19 sin confirmar y que los sistemas de vigilancia no identifican, y a la pandemia de manera indirecta. Esto último es muy importante. **Hemos vivido un cambio de estructura social y sanitaria, y eso ha provocado que muchas personas con patologías de base no se hayan acercado al médico por multitud de razones, como que temían el contagio o que sus consultas no funcionaban como lo hacían habitualmente. Y un montón de razones que no son médicas, sino sociales. Muchos estudios sugieren que el hecho de que una persona vulnerable, mayor, haya estado aislada y en confinamiento, infiere en su salud y evolución, afecta más que a personas jóvenes. Desgraciadamente, todos podemos ver casos así a nuestro alrededor. Son muertes que no son por COVID-19, pero están relacionadas con todo este proceso.**" (2) (Resaltado por mi.)

Quiero dejar claro que mis reflexiones no tratan de un "o - o", sino de un "y - y". La vida no es blanca-y-negra. Se compone de infinitos matices de gris. ¡Y los colores! Los que me gustaría enfrentar.

Primera y segunda ola en Alemania

Desde abril de 2021, el Instituto Robert Koch de Berlín está proporcionando, afortunadamente, al proyecto EuroMoMo de Copenhague no solo datos de Berlín, sino de toda Alemania. Ahora es posible rastrear fácilmente el transcurso de la mortalidad desde aproximadamente principios del verano de 2017 más allá de las dos regiones de Hesse y Berlín.

Germany



Así, en el caso de la gripe 2017/18 comparada con la COVID-19 de la primavera de 2020, queda claro a simple vista lo que fue un poco más laborioso extraer de esta tabla:

Tabla 2: Muertes mensuales de todas las causas en Alemania en épocas de gripe y de COVID-19¹⁵

Gripe 2016-17	12/2016	01/2017	02/2017	03/2017	Total 4 meses
	84.339	96.033	90.649	82.934	353.955
Gripe 2017/18	12/2017	01/2018	02/2018	03/2018	
	81.610	84.973	85.799	107.104	359.486
COVID-19	01/2020	02/2020	03/2020	04/2020	
	85.194	79.646	86.825	82.664	334.329

Sin embargo, lo que también queda claro es el marcado aumento de las muertes en Alemania sobre la vuelta del año 2020/21, que va mucho más allá de lo que se observó en la llamada "primera ola" y - como en España en la primavera de 2020 - es inusual para la época del año.

Spain



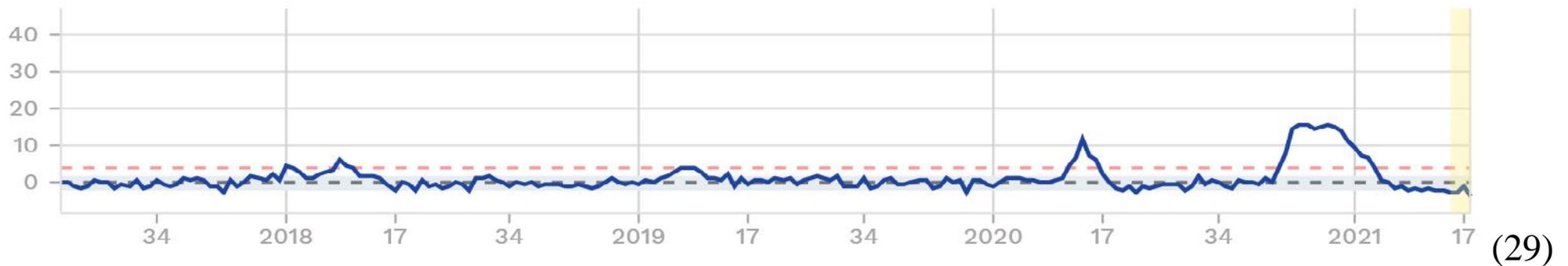
Los valores máximos en Alemania siguen siendo inferiores a los de la gripe 2017/18, pero la curva más

plana se alarga en el tiempo. En cualquier caso, el proceso es más violento que lo que ocurrió al mismo tiempo en Suecia, que siempre ha sido condenado unánimemente por los medios de comunicación.

Sweden



Switzerland



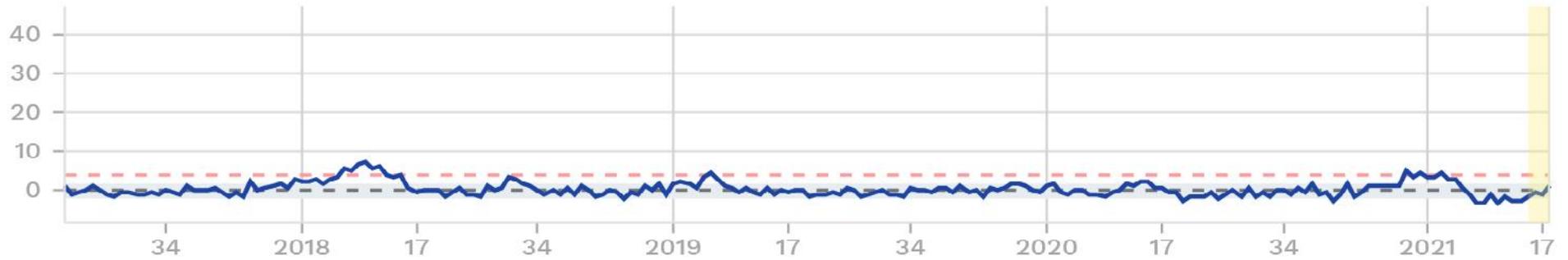
¿Los beneficios de los confinamientos?

Es cierto que no se pueden sacar conclusiones sobre los beneficios de confinamientos por el exceso de mortalidad: No sólo Alemania está en una posición muy diferente a la de España, que aplicó un confinamiento mucho más duro en la primavera de 2020. Suecia, con sus "solamente" recomendaciones para los ciudadanos y relativamente pocas restricciones, también está en mejor posición que Suiza con

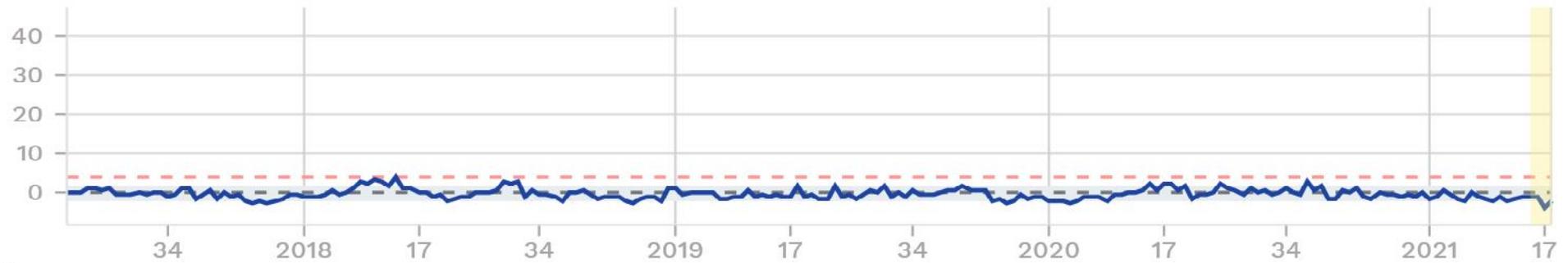
confinamiento.

Pero no mejor que sus países vecinos, sino muy peor:

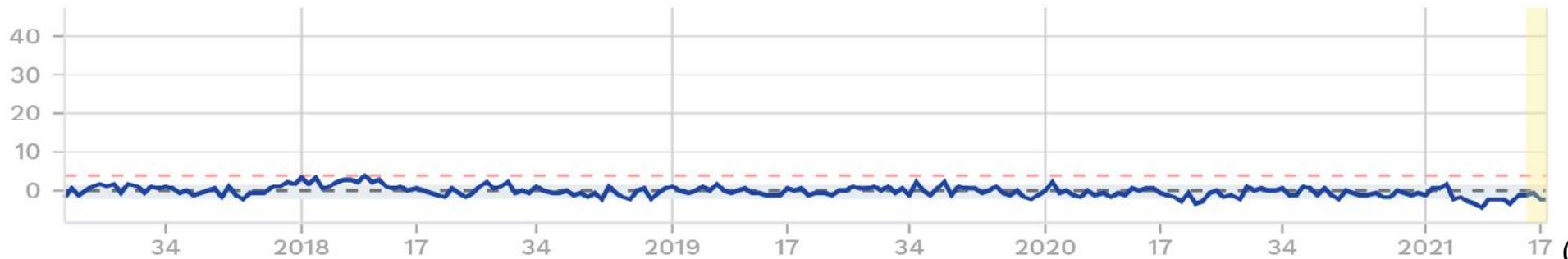
Denmark



Finland



Norway



El europa de los dos escenarios

De hecho, los países vecinos se encuentran entre los 9 de los 27 países participantes sin exceso de mortalidad actual. 7 nunca han registrado un exceso de mortalidad desde el comienzo de la pandemia. (29)

Sería interesante un estudio comparativo de las medidas adoptadas en cada caso para acercarse más a una respuesta sobre el beneficio del confinamiento y otras restricciones duras, lo que no es posible para mí aquí y ahora.

"Efecto de choque deseado"

Marzo y abril de 2020 se asociarán para siempre con el inicio del miedo de una gran mayoría a un nuevo virus, o el inicio del miedo de una gran minoría a que sea un montaje.

Replegado sobre mí mismo y obligado a no salir de mi casita durante las semanas que duró el confinamiento español extremo, salvo para hacer las compras necesarias (28), no podía creer lo que percibían mis ojos y mis oídos: estaba constantemente expuesto a las imágenes y cifras absolutas y aterradoras, omnipresentes en los medios, de infectados, enfermos y muertes, que demostraban la gravedad de la situación. Desvinculado, porque sin relación, sin referencia a la norma, al fondo: no sabía cuánta gente moría de todos modos y de qué. Pero ahora me informaban constantemente de las cifras de infecciones y muertes de todas las comunidades autónomas españolas, de las ciudades más grandes, de los países europeos y no europeos, *sin ninguna referencia*.

Ni sabía cuánta gente vivía allí y se moría continuamente, ni qué proporción de "muertes COVID" había en la mortalidad normal.

Como muchas otras cosas, desconfié de un documento titulado ["Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen"](#) ("[Cómo tener a COVID-19 bajo control](#)"), [que se "filtró" en los llamados "medios sociales" como supuestamente procedente del Ministerio Federal del Interior en Berlín en abril de 2020,](#) descargado el 28.04.2020 (ver también los [Materiales](#)): se parecía demasiado a la quimera de un supuesto "teórico de la conspiración" y tenía demasiadas debilidades estilísticas como para que dara crédito a un ministerio alemán para ese documento.

Todavía tenía la nota "VS-Nur für den Dienstgebrauch" ("Confidencial-sólo para uso oficial").

Hoy en día, exactamente [este documento está disponible públicamente en el sitio del Ministerio Federal Alemán del Interior](#), sólo se ha eliminado "VS-Nur für den Dienstgebrauch". (También se puede ver en [Materiales, descargado el 16/05/2021](#)).

En las páginas 13 y 14, "4. Conclusiones para la acción y la comunicación abierta" se indica:

"4 a. ¡Aclarar el peor de los casos!

Tenemos que dejar de lado la comunicación centrada en los índices de letalidad. Con un porcentaje de letalidad que parece insignificante y que afecta sobre todo a las personas mayores, muchos piensan entonces inconscientemente y sin darse cuenta: 'Bueno, así nos deshacemos de los viejos que arrastran nuestra economía, de todos modos ya somos demasiados en la tierra, y con un poco de suerte heredaré un poco antes de esa manera'. Estos mecanismos han contribuido sin duda a restar importancia a la epidemia en el pasado.

Para lograr el **efecto de choque deseado**, hay que aclarar los efectos concretos del contagio en la sociedad humana:

1) **Muchos enfermos graves son llevados al hospital por sus familiares pero son rechazados, y mueren agonizando luchando por el aire en casa. La asfixia o la falta de aire es un miedo primario para todo ser humano. También lo es la situación en la que no se puede hacer nada para ayudar a los familiares cuyas vidas están en peligro. Las imágenes de Italia son inquietantes.**

2) "Es poco probable que los niños sufran la epidemia": Falso. **Los niños se contagiarán fácilmente, incluso con las restricciones del toque de queda, por ejemplo, con los hijos del vecino. Si luego contagian a sus padres, y uno de ellos muere agonizando en casa, y ellos se sienten culpables porque, por ejemplo, se olvidaron de lavarse las manos después de jugar, es lo más horrible que puede vivir un niño.**

3) **Daños indirectos:** Aunque hasta ahora sólo disponemos de informes de casos individuales, éstos dibujan un panorama alarmante. **Incluso las personas aparentemente curadas después de un transcurso leve pueden sufrir recaídas en cualquier momento, que luego terminan fatalmente, a través de un ataque al corazón o insuficiencia pulmonar, porque el virus ha encontrado su camino inadvertido a los pulmones o al corazón.** Pueden ser **casos aislados**, pero se cernirán constantemente como una **espada de Damocles** sobre quienes se hayan infectado alguna vez. Una consecuencia mucho más común es la **fatiga y la reducción de la capacidad pulmonar que duran meses y probablemente años**, como han señalado a menudo los supervivientes del SARS y como ocurre ahora con el COVID-19, aunque, por supuesto, todavía no se puede estimar la duración.

Además, también hay que argumentar históricamente, según la fórmula matemática: $2019 = 1919 + 1929$.

Sólo hay que visualizar las cifras presentadas anteriormente en términos de la **tasa de mortalidad que hay que asumir (más del 1% con una atención sanitaria óptima, es decir, bastante más del 3% por**

sobrecarga en caso de contagio masivo), frente al 2% en el caso de la gripe española, y en términos de la crisis económica que hay que esperar en caso del fracaso de la contención, así que esta fórmula tendrá sentido para todos." (Resaltado por mi.).

Se leía como el modelo, el plano de la comunicación que experimenté simultáneamente en los medios de comunicación alemanes y españoles: ningún índice de letalidad en absoluto, lo que habría proporcionado información realista sobre el peligro real. En cambio, los choques sin fin y el alarmismo, retroalimentados por los propios medios de comunicación y así amplificados.

Un poco antes, en torno al 20 de marzo, una "carta a mis amigos" de un supuesto médico del Hospital Val d'Hebron, de Barcelona, circuló por las redes sociales españolas. (Aquí hay una traducción mía al alemán.) En ella se explicaba con sobriedad y precisión lo que vendría al sistema sanitario español debido a la altísima infectividad del nuevo virus y a su transmisión incluso por personas asintomáticas: triaje, medicina de guerra.

"¿Por que el COVID-19 es enormemente peligroso? Lo que determina el peligro de un agente infeccioso es la combinación de 3 factores: el vector de contagio, la morbilidad y la mortalidad. El COVID-19 tiene un vector de contagio entre 1,5 y 2,5, es decir, 3 veces superior a la gripe. Lo cual implica que su **propagación es geométrica**: 1-2-4-8-16-32-64-128-256... pero lo peor de todo es que, a diferencia de la gripe y del SARS, que fue la última epidemia por coronavirus de 2003, **éste se contagia también durante las dos semanas de incubación**, antes de tener incluso síntomas.

En cuanto a la morbi-mortalidad, es la siguiente. Hay que tener una cosa clara: **TODOS VAMOS A INFECTARNOS POR EL COVID-19 en los próximos tres meses.**

Ahora bien, de cada 1000 personas, 900 lo pasarán asintomaticamente, incluidos niños y jóvenes. 100 mostrarán síntomas. De esos 100, 80 lo pasarán como una gripe muy jodida: tos seca, dolor de

cabeza y muscular, es decir, dos o tres semanas en casa más malo que un perro. De 20 que quedan, 15 desarrollarán una neumonía bilateral con dificultad para respirar, que requerirá ingreso hospitalario para administrar broncodilatadores, corticoides y oxígeno. Los 5 restantes desarrollarán una fibrosis pulmonar que exigirá inmediato ingreso en la UCI con respiración asistida. De esos 5, 3 morirán. Y los dos que se salven presentarán secuelas que obligará posiblemente a trasplante de pulmón.

Estas son las cifras que se manejan actualmente en la comunidad científica occidental, ya que los datos en China han sido peores, pero porque su sanidad no está tan preparada. Visto así no parece tan grave, ¿verdad? El problema es que, a diferencia de la gripe, ante la cual una parte de la población se vacuna y además ataca progresivamente a lo largo de 5 meses al año, **está infección es una oleada (Ver Italia) De forma que en dos-tres meses se van a producir todos los contagios.** Así que ya tenemos los datos para hacer las cuentas.

De los 40 millones de españoles, solo 4 millones van a tener síntomas. De los que 3.200.000 la pasarán como una gripe mala en casa. 600.000 necesitarán ingreso hospitalario con oxígeno. Y 200.000 necesitarán UCI.

El problema es que en España existen, entre el sistema sanitario público y el privado, solo 200.000 camas hospitalarias y 3.800 camas de UCI. ¿Veis el problema? El auténtico problema no es la enfermedad en sí, a pesar de que tiene una morbimortalidad importante, sino que, debido a sus características epidemiológicas, viene en una oleada infectando a toda una población que no tiene inmunidad previa en cuestión de 2-3 meses, COLAPSANDO EL SISTEMA SANITARIO...!!!!

Eso significa que cuando las camas hospitalarias y las UCI estén llenas **habrá que aplicar lo que se conoce como Medicina de Guerra, es decir, cuando por cada cama que se quede libre haya 7**

personas esperando, los profesionales tendrán que decidir, a quién atienden y a quién mandan a su casa diciéndoles que les mandarán un médico y una bombona de oxígeno, que no llegará nunca porque también se habrán acabado.

Esa decisión se tomará en función de la edad y el estado general. Es decir, se escogerá a los más jóvenes, que tendrán más posibilidades de sobrevivir. Esto sin contar el resto de patologías graves y urgentes: infartos, ictus, accidentes de tráfico, etc. todo esto sin camas y sin UCI." (Destacado por mi.)

El hospital y el médico existen; cuando se le entrevistó, declaró que no había escrito la carta él mismo, sino que sólo la había reenviado.

Preguntas sin respuesta

Con preguntas como:

"¿A cuántas personas se hicieron una prueba?"

"¿Cómo se seleccionaron los que iban a ser examinados?"

"¿Se hizo la prueba a una muestra representativa de la población para conocer la propagación real del virus?"

"¿Cuál es la proporción de los examinados a la población total?"

"¿Cuál es la proporción de resultados positivos en las pruebas?"

"¿Cuál es la proporción de los positivos que enferman?"

"¿Cuál es la proporción de los enfermos que requieren tratamiento hospitalario?"

"¿Cuál es la proporción de los hospitalizados que requieren cuidados intensivos?"

"¿Cuál es la proporción de los que reciben cuidados intensivos que mueren?"

"¿Cuál es la proporción de muertes al número de infectados o enfermos en relación con otras enfermedades infecciosas, la gripe, por ejemplo?"

rápidamente dejé de preocuparme, tanto por las estrategias opacas de las pruebas como por la comunicación opaca de los resultados centrada en números absolutos sin ninguna referencia.

Además, según el Instituto Robert Koch de Berlin, los datos correspondientes a la gripe son sólo estimaciones, ya que no hay resultados de pruebas correspondientes: Estadísticamente, quien va al médico enferma de gripe. La letalidad de la gripe se estima sobre esta base, no sobre la base de los infectados o enfermos reales, a los que tampoco se les hacen pruebas, por no hablar de los asintomáticos. La comparación es difícil o imposible a este nivel.

Conozco comparaciones limitadamente útiles entre la letalidad de la gripe y la del nuevo virus. En la comunicación oficial del peligro, la pequeña diferencia se compensó haciendo hincapié en la extraordinaria facilidad de transmisión del nuevo virus también por los asintomáticos, que también es un tema habitual de discusión con las nuevas variantes: El peligro no proviene tanto de la elevada tasa de letalidad (case fatality rate), de las que de todos modos no debería hablarse, sino de una sobrecarga del sistema sanitario debida a un número inusualmente elevado de personas afectadas en un tiempo inusualmente corto, como parece demostrar el exceso de mortalidad en la primera oleada en España. [¡Ver las declaraciones de la epidemióloga Amparo Larrauri en el principio de este capítulo! (2)]

"Muertes de corona" y exceso de mortalidad

En Alemania, durante el periodo cubierto por mi estudio, se registraron muchas más "muertes del corona-virus" que quepa en la tasa de mortalidad. ¿Qué significa esto lógicamente?

Las "muertes del corona-virus" son muertes con resultados positivos en las pruebas, pero que no murieron **por** el virus. También es posible que todas las medidas adoptadas hayan reducido tanto la mortalidad global que las "muertes de Corona" no sean estadísticamente significativas.

Sin embargo, nada de esto ha impedido que los medios de comunicación o los políticos explotaran políticamente estas muertes con resultados positivos en las pruebas.

En España, el registro de las "muertes de corona" se retrasó con respecto al exceso de mortalidad. Amparo Larrauri, epidemióloga responsable del equipo de vigilancia de la mortalidad y científica del Centro Nacional de Epidemiología, a quien he citado anteriormente, lo ha explicado perfectamente. (5)

¿Qué es la realidad?

En mi situación vital muy personal - desencadenada por la información inicialmente desconcertante, de la que al principio no me fiaba de la intención del miedo (pensaba que era estupidez y retroalimentación inconsciente de supuestas noticias sensacionalistas) - y por los informes sobre una altísima infectividad del nuevo virus, se desarrolló una necesidad urgente **para mí y la continuación de mi vida** en el miedo generado a mi alrededor, que me preocupaba y asustaba profundamente, de obtener información sobre el significado real de lo que estaba ocurriendo. Esto fue *para mí*, una "terapia" contra el miedo, la ansiedad y la desorientación. Fue el intento de defenderme de la rigidez del miedo, ya sea por el virus o por otra cosa.

La forma más factible me pareció la de informarme sobre la evolución de las cifras de muertos, porque - así lo pensé - una pandemia tendría que reflejarse allí sin duda.

Si se pone lo que está ocurriendo en este momento en relación con la muerte "normal", cotidiana, que se

oculta en nuestra cultura, de cuya omnipresencia apenas somos conscientes y sobre cuyo alcance generalmente no sabemos nada, uno puede acercarse a la realidad mejor que a través de las cifras absolutas y las imágenes e ideas impactantes que se proporcionan en abundancia y con atención al detalle.

Así que empecé a ocuparme de un área muy estrecha, afortunadamente accesible para mí en mi posición aislada y para todos nosotros, la del llamado exceso de mortalidad en España y Alemania en comparación entre sí, en comparación temporal de la presente epidemia con las pasadas, y contra el fondo del patrón general de muerte en las dos sociedades. He elegido ambos países por mi cercanía personal a ellos como país de origen y de adopción y por el fuerte contraste en el curso de la pandemia, del que la mayoría de las personas que sólo tienen una perspectiva nacional no son conscientes. La percepción que prevalece en todas partes es: Lo que está ocurriendo en casa está ocurriendo igualmente en todas partes. Esto ni siquiera es cierto dentro del mismo estado: el curso es marcadamente diferente de una región a otra.

El exceso de mortalidad es especialmente adecuado para acercarse a la realidad, ya que la cuestión de cuántas personas han muerto en una región definida con precisión en un periodo de tiempo definido con precisión - independientemente de la causa - parece ser bastante incontrovertible y ser relativamente fácil de responder estadísticamente. Las autoridades que registran los nacimientos lo hacen con la misma fiabilidad para las defunciones.

La idea ahora era que el curso oficialmente registrado y presentado de las muertes - colocado en el marco de las muertes que ocurren de todos modos y habitualmente - podría permitir sacar conclusiones sobre el significado real del evento pandémico que traté de retratar arriba al principio de estas reflexiones.

He hablado con algunas personas sobre mis hallazgos. Algunos se han apresurado a considerarme un "teórico de la conspiración" simplemente por hacer preguntas e investigar de forma irreverente sobre el no-tema de la muerte. Algunos estuvieron de acuerdo, a otros no les gustó porque me pareció que el COVID es algo fuera de lo común en algunos momentos y en algunos lugares, y porque quedan muchas preguntas sin respuesta. La mayoría no ha dicho nada.

Mientras tanto, no he podido encontrar ningún error grave, y no me han llamado la atención sobre ninguno. Así que en los últimos días me he puesto a publicar esto en mi sitio de internet.

Teniendo en cuenta todo lo que está ocurriendo, quería poner en práctica lo poco que puedo hacer para apoyar a quienes quieren afrontar la situación de la forma más razonable posible. Por desgracia, no son tantos.

Yo, por mi parte, sé que es muy poco lo que sé y puedo saber. No me creo nada, necesito pruebas, y algunas he buscado y encontrado, para lo poco que puedo saber. Y quien no me crea puede comprobarlo, y por favor, hágame saber cualquier error que encuentre.

El "resto" del mundo

¿Es una coincidencia que el país africano más recientemente descolonizado y con una fuerte y aún influyente minoría blanca parezca ser el más afectado por la pandemia?

¿O más bien indica que en la mayoría de los países africanos no se recogen datos, o se recogen pocos, o que estos datos son irrelevantes a la vista de otros problemas sanitarios (malaria, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas) y políticos, y de la insuficiencia sanitaria crónica?

El proceso es multifactorial

El curso de la infección, la enfermedad y la muerte parecen depender de

- demografía/estructura de la edad y la naturaleza de las instituciones sociales: La mayoría de las muertes en los países europeos gravemente afectados se produjeron en residencias de ancianos, mayoritariamente privatizadas en España, con precauciones de infección evidentemente inadecuadas y con condiciones laborales precarias que incluso pueden obligar a trabajar en varias residencias al mismo tiempo, con todo lo que ello implica para la incidencia de la infección;

- la salud general de la población;

- la densidad de población;

- posiblemente la calidad del aire;

- posiblemente el clima;

- el estado del servicio sanitario: la oferta de médicos, enfermeras, camas, camas de cuidados intensivos.

Las malas decisiones a largo, medio y corto plazo sobre el sistema sanitario no se abordan, ni a nivel nacional ni a nivel europeo, ni siquiera por el gobierno socialista español frente a sus predecesores conservadores, que - como en todos los países del sur de Europa - han aplicado drásticas medidas de austeridad con los correspondientes efectos sobre la asistencia, además de las privatizaciones, como consecuencia de la crisis financiera.

Cui bono?

Diputados alemanes conservadores, llamándose cristianos, se han enriquecido con las máscaras declaradas obligatorias. ¿Y quién con las vacunas, más allá de los fabricantes y accionistas?

En su libro de 2007, *The Shock Doctrine (La Doctrina del Shock)*, Naomi Klein escribe sobre el ex

Secretario de Defensa de Estados Unidos, Donald Rumsfeld:

(La compañía farmacéutica) "Gilead, por su parte, ve las epidemias como un mercado en crecimiento, y tiene una agresiva campaña de marketing para animar a las empresas y a los particulares a hacer acopio de Tamiflu, por si acaso. Antes de volver a entrar en el gobierno, Rumsfeld estaba tan convencido de que estaba en una nueva industria de moda que ayudó a fundar varios fondos de inversión privados especializados en biotecnología y productos farmacéuticos. Estas empresas apuestan por un futuro apocalíptico de enfermedades galopantes, en el que los gobiernos se ven obligados a comprar, a precio de oro, los productos que salvan vidas que el sector privado tiene patentados." (Mi traducción.)

("Gilead, for its part, sees epidemics as a growth market, and it has an aggressive marketing campaign to encourage businesses and individuals to stockpile Tamiflu, just in case. Before he reentered government, Rumsfeld was so convinced that he was on to a hot new industry that he helped found several private investment funds specializing in biotechnology and pharmaceuticals. These companies are banking on an apocalyptic future of rampant disease, one in which governments are forced to buy, at top dollar, whatever lifesaving products the private sector has under patent.") (30)

Uno de los tres grupos de productos de Gilead son los fármacos y vacunas para enfermedades víricas. Pfizer y Gilead colaboran en la producción de remdesivir. No tengo información sobre la propiedad, es decir, qué fondos de inversión han invertido en qué empresas y, por supuesto, no tengo conocimiento de las instituciones y personas que han invertido su dinero en estos fondos de inversión.

Las famosas puertas giratorias entre los negocios y la política son ciertamente relevantes también cuando se trate de productos farmacéuticos, no sólo de mascarillas.