



Médicos por la Verdad

BASES PARA ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN DE LA MORTALIDAD DURANTE LA CRISIS COVID-19

“El hecho de que una opinión se haya aceptado ampliamente, no es evidencia alguna de que no sea completamente absurda” (Bertrand Russell)

I. DOS CUESTIONES PREVIAS

Existen dos conceptos que, en nuestro criterio, resultan imprescindibles en el abordaje de un entendimiento cabal del exceso de mortalidad (sobremortalidad), durante la declarada “Pandemia Covid-19” en España (sin perjuicio de ser igualmente necesarios de tener en cuenta, en aquellos países donde se ha registrado también una apreciable sobremortalidad).

Los siguientes conceptos a los que vamos a referirnos son fenómenos que operan a niveles muy distintos. Uno permitirá entender por qué la gran sobremortalidad que hubo en un periodo muy circunscrito, no tiene una sola causa, ni una explicación simple, como: “la causa ha sido el virus, y sólo el virus”. El otro, juega un papel fundamental para comprender, precisamente, que por muy intuitivas que sean las “causas únicas”, en asuntos graves y complejos, como es la sobremortalidad que nos ocupa, reducir la cuestión a la sola causa vírica, es un error, pero un error enormemente instaurado y muy resistente a ser admitido.

- **Alto Predominio Simpático:** Opera a nivel orgánico, y permitirá entender cómo, por actuación aguda intensa o por actuación crónica sostenida, desencadena todo un cúmulo de efectos dañinos en el organismo humano, que incide de manera muy importante en el quebranto de la salud y, directamente, sobre la mortalidad.
- **Disonancia Cognitiva:** Opera a nivel mental, y permitirá comprender por qué, una aproximación objetiva a hechos duros y difíciles es, demasiadas veces, una tarea, mentalmente, casi imposible de manejar.

1. ALTO PREDOMINIO SIMPÁTICO

La misión del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) es la regulación de las funciones corporales involuntarias, y generalmente inconscientes. Estas funciones corporales son la frecuencia cardíaca y respiratoria, la presión arterial y el flujo sanguíneo muscular, la secreción externa del sudor y de saliva, la secreción interna de epinefrina y norepinefrina, la secreción de cortisol, la dilatación pupilar, la actividad digestiva (gastrointestinal y biliar), la actividad hepática en la regulación de la glucosa, la actividad vesical y, muy importante, la respuesta inmunitaria.

El SNA realiza esta regulación a través de dos subsistemas de acciones antagónicas: Sistema Simpático y Sistema Parasimpático. El Sistema Parasimpático mantiene la homeostasis del organismo y conserva los recursos físicos y la energía. El Sistema Simpático, sin embargo, nos dispone para respuestas de peligro medioambiental: lucha o huida, activando respuestas rápidas de gasto energético para una acción inmediata.

La dinámica parasimpático-simpática es natural y conveniente para la vida normal, pero lo deseable es vivir en condiciones de predominio parasimpático, donde las funciones orgánicas son más conservativas y relajadas. Sin embargo, la vida actual, nos condiciona a permanecer demasiado tiempo en predominio simpático, debido al estrés cotidiano. Tal predominio es fuente de desequilibrio y de enfermedad.

Si las condiciones de predominio simpático, pasan a ser, no sólo dominantes, sino severamente dominantes, donde no se produce un retorno suficientemente reparador y compensatorio, a la situación idónea parasimpática, durante días o semanas, el organismo vivirá en constante alerta demasiado tiempo. Esta situación de alerta mantenida, con una sobreactividad agotadora e inmunodepresora que superará lo tolerable (tanto más y con mayores consecuencias, cuanto menos sanas y fuertes sean las condiciones de base) propiciará, a su vez, una destacadísima producción de EXOSOMAS.

ALTO PREDOMINIO SIMPÁTICO Y SOBREMORTALIDAD DURANTE COVID-19

A nadie le puede resultar extraño afirmar que, durante la declarada pandemia COVID-19, la población en general, y muy particularmente, la muy nutrida población vulnerable, con patologías crónicas o agudas importantes en esas largas semanas, estuvo inmersa en un estado de intenso miedo mantenido (y auténtico terror en no pocos casos), donde la propia vida o la de los allegados más cercanos estaba siendo dramáticamente amenazada.

La práctica totalidad de los medios de comunicación, ofrecían un parte de bajas humanas continuo, permanente y actualizado, desde el despertar matutino hasta el anochecer. Las autoridades gubernamentales imponían medidas de control, obligaciones y prohibiciones, nunca antes vistas, salvo en situación de guerra. El horizonte era incierto durante días, semanas, meses. Los empleos peligraban todos. Los comercios, negocios y empresas se disponían a una ruina prácticamente segura. Las familias y los amigos pasaban a sentirse tan lejanos y añorados como si estuviesen en otro país y, sin embargo, nunca se sintieron más necesarios y menos presentes.

Todo este cúmulo de tensiones emocionales mantenidas en el tiempo, inciertas en su duración y en su expectativa de terminar todos vivos, y con la certeza de la ruina propia o de allegados, produjeron en todos, sin excepción, un **ALTO PREDOMINIO SIMPÁTICO SOSTENIDO INMUNODEPRESOR**.

Es obligado señalar que, para las personas mayores de 70 años, conscientes en su mayoría de su condición de polipatológicos polimedcados vulnerables, inmersos en un permanente terror por sí mismos, por su dependencia en manos de personas también aterrorizadas, y con un horizonte de negras expectativas económicas para su familia (hijos y nietos) a la que, además, no podía ni ver ni abrazar, tal situación operó como una bomba de tiempo "simpática", que para demasiados tardó muy poco tiempo en explotar.

En cuanto a las personas mayores de 70 años con deterioro de su consciencia, pero con una indudable percepción inconsciente también aterrorizante, activada por cambios de hábitos (higiene, medicación, alimentación, hidratación, paseos, visitas), y por el hacinamiento para minimizar la frecuencia y la duración de los contactos de sus temerosos cuidadores, provocaron, por supuesto, un vivir (corto en muchísimos casos) sumidos en el estrés y el miedo; es decir, en el alto predominio simpático, que los descompensó fatalmente.

2. DISONANCIA COGNITIVA

La disonancia cognitiva es una situación mental de zozobra, caracterizada por un conflicto estresante para asimilar hechos simultáneos o coincidentes, que no son opuestos, pero se viven como tales, ocasionando una sensación de urgencia en su resolución, negando uno de ellos y afirmando el otro. Es decir, se produce una necesidad imperiosa de decisión electiva, la que sea, pero lo antes posible; de manera que cualquier opción entre aparentes opuestos es mejor que permanecer en la tortura mental y el bloqueo de la contradicción.

En consecuencia, la valoración fría y serena de pros y contras, en un 90% de los casos, es muy precipitada, carente de ponderación y, por lo tanto, muy expuesta a ser errónea. El resultado es la elección de la opción más fácil, donde la responsabilidad propia del posible error pueda quedar más diluida; es decir, se busca el amparo reconfortante de la opción percibida como mayoritaria, bloqueando con enorme fuerza la opción minoritaria, a la que, a menudo, hasta se llega a negar su legítimo derecho a existir.

Este proceso es perfectamente conocido, eficazmente manejado y muy bien aprovechado por lo que llamaríamos el "sistema paradigmático dominante".

DISONANCIA COGNITIVA Y SOBREMORTALIDAD DURANTE COVID-19

La población en general, incluida una mayoría de sanitarios, incurre en una fuerte disonancia cognitiva cuando, por un lado, recibe informaciones de **muchos miles de fallecidos y hospitalizados graves por el Síndrome COVID-19** y, por otro, recibe informaciones, muy minoritarias, que les hablan de que **el virus SARS-COV 2 no es tan letal y/o grave** como se nos cuenta. Sin embargo, **¿y si ambas cosas pudieran ser igualmente ciertas?**

II. LOS DATOS OFICIALES DISPONIBLES

Datos comparativos de Mortalidad 2019 y 2020

Fuente: INE¹

Semanas 2019 414.017			Semanas 2020 350.594		
Lune - Domi	Mort/Sem	Acumulado	Lune - Domi	Mort/Sm	Acumulado
1 31 Di - 06 En	9.127	9.127	1 30 Di - 05 En	8.902	8.902
2 07 En - 13 En	10.019	19.146	2 06 En - 12 En	9.614	18.516
3 14 En - 20 En	10.473	29.619	3 13 En - 19 En	10.110	28.626
4 21 En - 27 En	10.141	39.760	4 20 En - 26 En	9.607	38.233
5 28 En - 03 Fe	9.964	49.724	5 27 En - 02 Fe	9.647	47.880
6 04 Fe - 10 Fe	9.676	59.400	6 03 Fe - 09 Fe	9.400	57.280
7 11 Fe - 17 Fe	9.357	68.757	7 10 Fe - 16 Fe	8.986	66.266
8 18 Fe - 24 Fe	9.210	77.967	8 17 Fe - 23 Fe	8.510	74.776
9 25 Fe - 03 Mz	8.919	86.886	9 24 Fe - 01 Mz	8.000	82.776
10 04 Mz - 10 Mz	8.588	95.474	10 02 Mz - 08 Mz	8.654	91.430
11 11 Mz - 17 Mz	8.202	103.676	11 09 Mz - 15 Mz	9.283	100.713
12 18 Mz - 24 Mz	8.022	111.698	12 16 Mz - 22 Mz	12.674	113.387
13 25 Mz - 31 Mz	8.169	119.867	13 23 Mz - 29 Mz	19.220	132.607
14 01 Ab - 07 Ab	8.081	127.948	14 30 Mz - 05 Ab	20.653	153.260
15 08 Ab - 14 Ab	8.049	135.997	15 06 Ab - 12 Ab	17.230	170.490
16 15 Ab - 21 Ab	7.802	143.799	16 13 Ab - 19 Ab	13.134	183.624
17 22 Ab - 28 Ab	7.754	151.553	17 20 Ab - 26 Ab	10.341	193.965
18 29 Ab - 05 My	7.742	159.295	18 27 Ab - 03 My	8.833	202.798
19 06 My - 12 My	7.726	167.021	19 04 My - 10 My	8.592	211.390
20 13 My - 19 My	7.535	174.556	20 11 My - 17 My	7.582	218.972
21 20 My - 26 My	7.429	181.985	21 18 My - 24 My	7.656	226.628
22 27 My - 02 Jn	7.619	189.604	22 25 My - 31 My	7.219	233.847
23 03 Jn - 09 Jn	7.512	197.116	23 01 Jn - 07 Jn	7.213	241.060
24 10 Jn - 16 Jn	7.010	204.126	24 08 Jn - 14 Jn	6.944	248.004
25 17 Jn - 23 Jn	7.399	211.525	25 15 Jn - 21 Jn	7.155	255.159
26 24 Jn - 30 Jn	7.566	219.091	26 22 Jn - 28 Jn	7.635	262.794
27 01 Jul - 07 Jul	8.048	227.139	27 29 Jn - 05 Jul	7.745	270.539
28 08 Jul - 14 Jul	7.457	234.596	28 06 Jul - 12 Jul	7.839	278.378
29 09 Jul - 21 Jul	7.293	241.889	29 13 Jul - 19 Jul	7.710	286.088
30 22 Jul - 28 Jul	7.461	249.350	30 20 Jul - 26 Jul	7.915	294.003
31 29 Jul - 04 Ag	7.128	256.478	31 27 Jul - 02 Ag	8.609	302.612
32 05 Ag - 11 Ag	7.313	263.791	32 03 Ag - 09 Ag	8.516	311.128
33 12 Ag - 18 Ag	7.117	270.908	33 10 Ag - 16 Ag	8.248	319.376
34 19 Ag - 25 Ag	6.908	277.816	34 17 Ag - 23 Ag	7.967	327.343
35 26 Ag - 01 Se	6.894	284.710	35 24 Ag - 30 Ag	7.994	335.337
36 02 Se - 08 Se	6.890	291.600	36 31 Ag - 06 Se	7.664	343.001
37 09 Se - 15 Se	6.928	298.528	37 07 Se - 13 Se	7.593	350.594
38 16 Se - 22 Se	6.994	305.522	38 14 Se - 20 Se		
39 23 Se - 29 Se	7.019	312.541	39 21 Se - 27 Se		
40 30 Se - 06 Oc	6.963	319.504	40 28 Se - 04 Oc		
41 07 Oc - 13 Oc	7.297	326.801	41 05 Oc - 11 Oc		
42 14 Oc - 20 Oc	7.292	334.093	42 12 Oc - 18 Oc		
43 21 Oc - 27 Oc	7.516	341.609	43 19 Oc - 25 Oc		
44 28 Oc - 03 No	7.668	349.277	44 26 Oc - 01 No		
45 04 No - 10 No	7.661	356.938	45 02 No - 08 No		
46 11 No - 17 No	8.016	364.954	46 10 No - 15 No		
47 18 No - 24 No	8.213	373.167	47 16 No - 22 No		
48 25 No - 01 Di	8.287	381.454	48 23 No - 29 No		
49 02 Di - 08 Di	7.942	389.396	49 30 No - 06 Di		
50 09 Di - 15 Di	8.239	397.635	50 07 Di - 13 Di		

Dif. Mortalidad

Anual a 8 Marzo

91.430 - 95.474

-4.044

Inframortalidad

Dif. Mortalidad

Absoluta a 10 Mayo

211.390 - 167.021

44.369

Sobremortalidad

Sobremortalidad

Durante Covid 19

119.960 - 71.547

48.413

Duración Real Epidemia

13 Semanas = 24 Feb - 24 May

(2 Sms pre SMort - 2 Sm post SMort)

Duración Sobremortalidad

9 Semanas = 9 Marzo - 10 Mayo

Inicio SMort - Fin SMort

Duración Confinamiento

14 Semanas = 14 Marzo - 21 Junio

Dif. Mortalidad

Anual a 13 Sept

350.594 - 298.528

52.066

Sobremortalidad

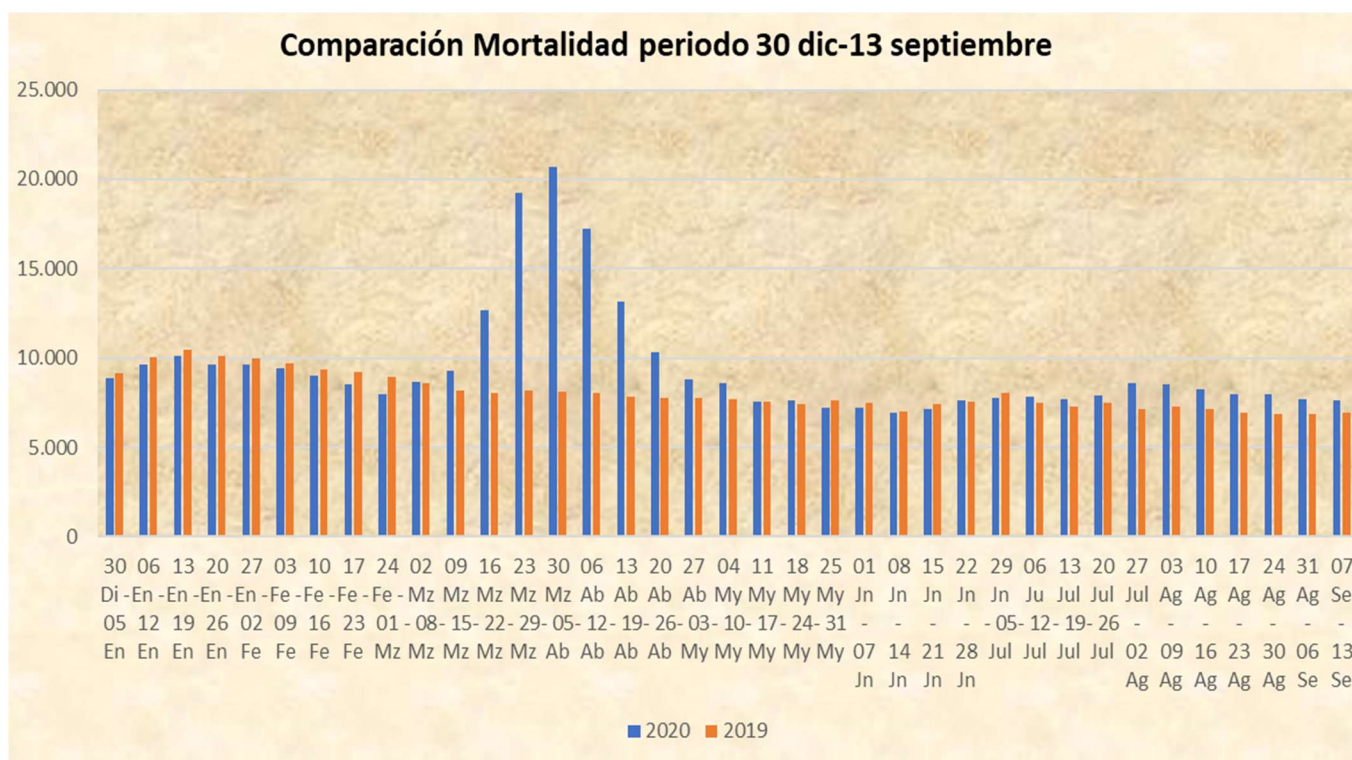
Sobre Mortalidad 2020	SOBREMortalidad 2020 Acumulada Progresiva x Grupos de Edad y % Acumulado sobre la sobremortalidad (48.399)															
	Toda Edad	90 o +	85 o +	80 o +	75 o +	70 o +	65 o +	60 o +	55 o +	50 o +	45 o +	40 o +	35 o +	30 o +	25 o +	
	48.413	14.379	25.921	33.645	39.617	43.380	45.436	46.774	47.591	47.953	48.158	48.250	48.288	48.318	48.323	48.413
SOBREMortalidad 2020 x CADA Grupo de Edad y % sobre la sobremortalidad (48.399)																
	Toda Edad	90 o +	89-85	84-80	79-75	74-70	69-65	64-60	59-55	54-50	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-0
	48.413	14.379	11.542	7.724	5.972	3.763	2.056	1.338	817	362	205	92	38	30	5	90
		29,70%	23,84%	15,95%	12,33%	7,77%	4,24%	2,76%	1,68%	0,74%	0,42%	0,19%	0,07%	0,06%	0,01%	0,18%

2020		Mortalidad 2020 x Grupos de Edad cada semana															
		Toda Edad	90 o +	89-85	84-80	79-75	74-70	69-65	64-60	59-55	54-50	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-0
11	09 Mz - 15 Mz	9.283	2.367	2.015	1.407	1.011	756	511	417	294	209	122	51	37	16	13	57
12	16 Mz - 22 Mz	12.674	3.064	2.875	2.112	1.501	1.066	637	467	366	237	140	64	43	30	15	57
13	23 Mz - 29 Mz	19.220	4.667	4.297	3.244	2.512	1.705	1.008	688	455	255	166	80	48	27	14	54
14	30 Mz - 05 Ab	20.653	5.741	4.802	3.400	2.376	1.567	974	680	455	278	153	75	47	16	21	68
15	06 Ab - 12 Ab	17.230	5.177	4.071	2.718	1.767	1.226	785	527	378	228	140	74	44	24	19	52
16	13 Ab - 19 Ab	13.134	3.916	3.029	1.968	1.287	914	616	501	381	222	135	55	26	19	9	56
17	20 Ab - 26 Ab	10.341	2.999	2.262	1.546	1.021	772	555	422	317	177	89	70	31	23	11	46
18	27 Ab - 03 My	8.833	2.388	1.944	1.280	903	699	490	410	271	188	96	59	29	20	12	44
19	04 My - 10 My	8.592	2.249	1.838	1.208	878	695	504	410	297	190	120	69	34	21	14	65
		Mortalidad 2020 Total x CADA Grupo de Edad durante 9 Marzo - 10 Mayo															
		Toda Edad	90 o +	89-85	84-80	79-75	74-70	69-65	64-60	59-55	54-50	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-0
		119.960	32.568	27.133	18.883	13.256	9.400	6.080	4.522	3.214	1.984	1.161	597	339	196	128	499
		Mortalidad 2020 Acumulada Progresiva x Grupos de Edad															
		Toda Edad	90 o +	85 o +	80 o +	75 o +	70 o +	65 o +	60 o +	55 o +	50 o +	45 o +	40 o +	35 o +	30 o +	25 o +	
		119.960	32.568	59.701	78.584	91.840	101.240	107.320	111.842	115.056	117.040	118.201	118.798	119.137	119.333	119.461	119.960

2019		Mortalidad 2019 x Grupos de Edad cada semana															
		Toda Edad	90 o +	89-85	84-80	79-75	74-70	69-65	64-60	59-55	54-50	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-0
11	11 Mz -17 Mz	8.202	2.132	1.778	1.319	828	668	436	337	234	168	120	65	33	20	9	55
12	18 Mz -24 Mz	8.022	1.999	1.785	1.243	811	638	452	348	281	199	101	57	33	22	18	35
13	25 Mz -31 Mz	8.169	2.118	1.773	1.228	820	647	458	375	263	206	104	74	29	15	13	46
14	01 Ab - 07 Ab	8.081	1.985	1.833	1.265	817	652	481	348	261	168	101	49	40	20	12	49
15	08 Ab - 14 Ab	8.049	2.007	1.719	1.209	821	671	448	404	298	181	110	50	42	23	17	49
16	15 Ab - 21 Ab	7.802	2.033	1.623	1.259	851	590	436	302	267	183	102	49	33	15	15	44
17	22 Ab - 28 Ab	7.754	1.966	1.726	1.215	760	609	437	358	259	161	114	52	30	17	15	35
18	29 Ab - 05 My	7.742	1.973	1.713	1.229	758	608	432	352	249	181	88	51	24	15	12	57
19	06 My - 12 My	7.726	1.976	1.641	1.192	818	554	444	360	285	175	116	58	37	19	12	39
		Mortalidad 2019 Total x CADA Grupo de Edad durante 11 Marzo -12 Mayo															
		Toda Edad	90 o +	89-85	84-80	79-75	74-70	69-65	64-60	59-55	54-50	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-0
		71.547	18.189	15.591	11.159	7.284	5.637	4.024	3.184	2.397	1.622	956	505	301	166	123	409
		Mortalidad 2019 Acumulada Progresiva x Grupos de Edad															
		Toda Edad	90 o +	85 o +	80 o +	75 o +	70 o +	65 o +	60 o +	55 o +	50 o +	45 o +	40 o +	35 o +	30 o +	25 o +	
		71.547	18.189	33.780	44.939	52.223	57.860	61.884	65.068	67.465	69.087	70.043	70.548	70.849	71.015	71.138	71.547

III. CONSIDERACIONES A PARTIR DEL ANÁLISIS DE LOS DATOS OFICIALES DISPONIBLES

1. Se hace necesario señalar que la comparación de las cifras de mortalidad entre los años 2019 y 2020, en base a los datos oficiales del INE (Instituto Nacional de Estadística) es una comparación neta, que precisa de un factor de corrección matemático de variabilidad estadística esperable de un año para el siguiente. Tal corrección, basada en modelos bioestadísticos de series anteriores, podrá cambiar algo la diferencia, pero siempre lo hace muy mínimamente.
2. La mortalidad de cualquier periodo está razonablemente bien documentada por el INE (con algunas pocas semanas de retraso); sin embargo, el número de fallecidos por ámbitos (residencias, domicilio y hospitales) pormenorizados por grupos de edad y día/semana no se recogen en ninguna estadística oficial. Tampoco se registran datos sobre causas del fallecimiento y suicidios. Existen registros del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica que pueden aportar algunos datos hospitalarios y, por supuesto, existen informaciones de la prensa en cuanto a fallecidos en residencias, pero que sólo pueden ser orientativas.
3. Dicho lo anterior, resulta asombrosamente inexplicable y, por lo tanto, irritante, constatar como los citados datos aportados por el INE, que son presentados en un extenso documento Excel, no suman, ni vertical, ni horizontalmente, la cifra resultante que debería corresponder, en prácticamente todas las numerosas casillas que totalizan los datos de cada columna vertical y horizontal. Este extraño hecho, imperdonable en una tabla Excel, cuya virtud principal es realizar cálculos automáticos y evitar ese tipo de errores, se sigue manteniendo en cada actualización quincenal. Afortunadamente, la cuantificación de estas inexactitudes por columna no es excesiva, constatándose diferencias variables en las 37 columnas semanales de 2020 que registran la mortalidad hasta el 13 de septiembre, de entre 1 y 8 fallecidos por semana, lo que arroja una inexactitud aproximada, hasta la fecha, de unas 180 personas fallecidas. Inadmisible.
4. Se constata una mortalidad muy similar en las 10 primeras semanas de ambos años 2019 y 2020 (1 de enero a 8 de marzo, ambos inclusive), con una inframortalidad de 4.044 fallecidos de menos en 2020.



5. A partir de la semana 11 y hasta la semana 19 de 2020 (las 9 semanas que van de 9 de marzo a 10 de mayo), se hace patente un incremento muy destacado de la mortalidad respecto a 2019, alcanzando su máximo entre las semanas 13 y 15 (ambas inclusive), semanas que coincidieron, llamativamente, con el CONFINAMIENTO MÁS DURO. Este incremento arroja la cifra de **48.413 fallecidos de más** (y por cualquier causa) que en 2019.

6. A partir de la semana 20 y hasta la semana 30 de 2020 (11 de mayo a 26 de julio), la mortalidad registrada es muy semejante en ambos años, 2019 y 2020.

7. Se constata, por lo tanto, una sobremortalidad (por cualquier causa) en 2020, de 48.413 personas, **CIRCUNSCRITA SÓLO Y EXCLUSIVAMENTE** al periodo entre el 9 de marzo y el 10 de mayo.

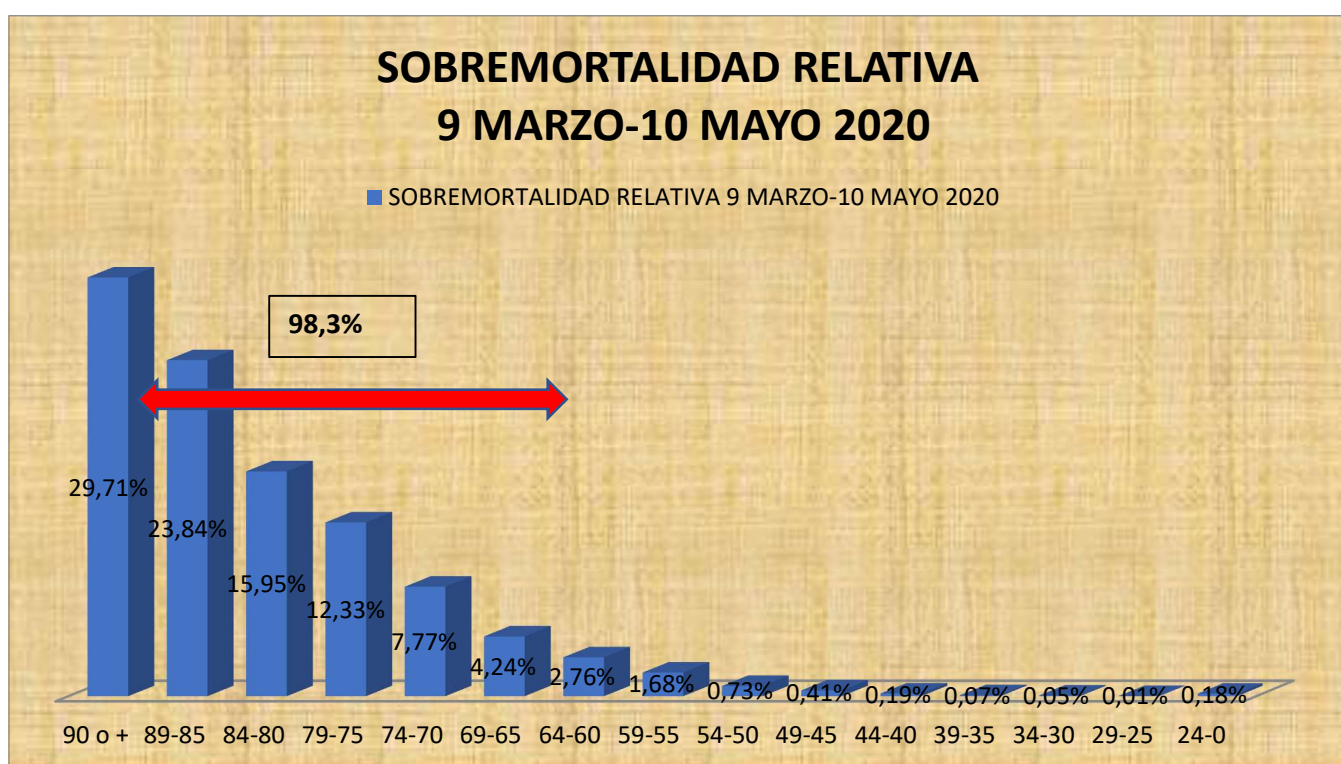


8. La comparativa por grupos de edad durante las 9 semanas de sobremortalidad, permite conocer los siguientes datos de los SOBREFALLECIDOS (según actualización del INE a 23 de septiembre de 2020):

90 o + años	14.379	29,70 %
89 - 85 años	11.542	23,84 %
84 - 80 años	7.724	15,95 %
79 - 75 años	5.972	12,33 %
74 - 70 años	3.763	7,77 %
69 - 65 años	2.056	4,24 %
64 - 60 años	1.338	2,76 %
59 - 55 años	817	1,68 %
54 - 50 años	362	0,74 %
49 - 45 años	205	0,42 %
44 - 40 años	92	0,19 %
39 - 35 años	38	0,07 %
34 - 30 años	30	0,06 %
29 - 25 años	5	0,01 %
24 - 0 años	90	0,18 %
	48.413	

Mayores 90 años	14.379	29,70 %
Mayores 85 años	25.921	53,54 %
Mayores 80 años	33.645	69,49 %
Mayores 75 años	39.617	81,83 %
Mayores 70 años	43.380	89,60 %
Mayores 65 años	45.436	93,85 %
Mayores 60 años	46.774	96,61 %
Mayores 55 años	47.591	98,30 %
Mayores 50 años	47.953	99,04 %
Mayores 45 años	48.158	99,47 %
Mayores 40 años	48.250	99,66 %
Mayores 35 años	48.288	99,74 %
Mayores 30 años	48.318	99,80 %
Mayores 25 años	48.323	99,81 %
Todos	48.413	100,00 %

9. Se constata un progresivo incremento de sobremortalidad a mayor edad, completamente acorde al comportamiento de la mortalidad global, que es también mayor cuanto mayor es la edad. En esta gráfica se demuestra una clara vinculación de la sobremortalidad con la vulnerabilidad, un factor creciente con la edad.



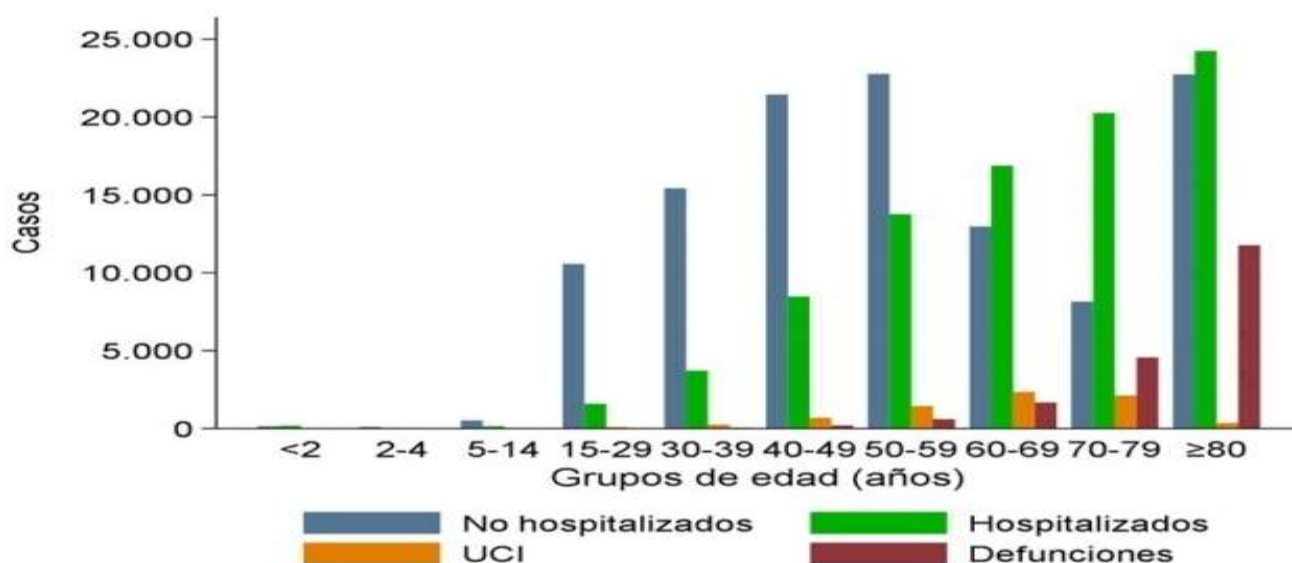
10. A partir de las 2 gráficas siguientes, del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, se puede apreciar que, en todos los grupos de edad hasta 69 años, el número neto y la relación de proporcionalidad entre ingresados en UCI y fallecidos en hospital, cumple con la lógica esperable, produciendo más ingresos en UCI que fallecidos. Sin embargo, en el grupo de personas mayores de 70 años, la situación está invertida: las personas fallecidas en hospital (16.331) son casi 7 veces más que el número de ingresados en UCI (2.476). Y todavía es más acusada la inversión en el grupo de edad de personas mayores de 80 años, donde el número de personas fallecidas es casi 33 veces más que el de personas ingresadas en UCI. Queda, por lo tanto, bien claro, el **MANIFIESTO y NUMEROSO TRIAJE HOSPITALARIO realizado con las personas mayores de 70 años** hasta el 14 de mayo, fecha a partir de la que la sobremortalidad no sólo decayó, sino que DESAPARECIÓ por completo.

Número de casos por grupos de edad y situación clínica. Casos COVID-19 notificados a la RENAVE

Grupo de edad (años)	Casos totales N	Hospitalizados n (%) ¹	UCI n (%) ¹	Defunciones n (%) ¹
<2	357	171 (53,9)	26 (11,0)	2 (0,6)
2-4	179	46 (30,1)	4 (4,0)	0 (0,0)
5-14	754	148 (22,3)	22 (4,8)	0 (0,0)
15-29	14216	1592 (13,1)	96 (1,2)	28 (0,2)
30-39	22147	3720 (19,4)	246 (1,9)	59 (0,3)
40-49	34233	8477 (28,3)	696 (3,4)	201 (0,6)
50-59	41740	13753 (37,7)	1448 (5,7)	601 (1,4)
60-69	33614	16881 (56,6)	2360 (10,9)	1670 (5,0)
70-79	31831	20259 (71,3)	2119 (10,1)	4567 (14,3)
≥80	54475	24249 (51,6)	357 (1,2)	11764 (21,6)
Total	236611	89504 (43,3)	7388 (5,2)	18912 (8,0)

¹Los porcentajes se calculan sobre los casos de COVID-19 de los que se dispone de información de cada variable. Datos actualizados a 14-05-2020.

Distribución del número de casos por grupos de edad y situación clínica. Casos COVID-19 notificados a la RENAVE



Fuente: CNE, ISCIII, Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Datos actualizados a 14-05-2020.

11. Si se consideran los datos de RENAVE, en cuanto al número de fallecidos en hospital diagnosticados de COVID-19 (la casi práctica totalidad sin autopsia clínica diagnóstica), **18.912** hasta el 14 de mayo (prácticamente coincidente con el periodo de sobremortalidad tomado en este análisis), debemos concluir que tal número es de decesos, según RENAVE, que NO SE HUBIERAN PRODUCIDO si no hubiera acontecido la declarada pandemia COVID-19. Son, por lo tanto, SOBREMORTALIDAD.

12. Deducidos los 18.912 sobrefallecidos en hospital, de los 48.413 sobrefallecidos totales, la cifra de sobrefallecidos DURANTE la declarada pandemia COVID-19, nos arroja una cifra de **29.501** sobrefallecidos en residencias y domicilios, en cualquier rango de edad.

13. Conocido el número total de sobrefallecidos mayores de 70 años (43.380) y el número de sobrefallecidos en hospital mayores de 70 años (16.331), se puede saber (aproximadamente) el número de sobrefallecidos mayores de 70 años en residencias y domicilios: 27.049.

14. La población menor de 65 años ingresada en residencias se puede considerar bastante excepcional, y sube mucho en los mayores de 70 años. El Ministerio de Sanidad afirma (en flagrante contradicción con las cifras sensiblemente mayores que aportan las CC.AA. y “Médicos sin Fronteras”) que son **18.833**, el número de fallecidos en residencias DURANTE la declarada pandemia COVID-19 compatibles con Síndrome COVID-19; los cuales, por lo tanto, son SOBREMORTALIDAD, dado que NO HUBIERAN FALLECIDO en circunstancias normales.

15. Aceptando la “inaceptable” baja cifra del Ministerio de Sanidad, de las **18.833 personas sobrefallecidas en residencias**, no se incurrirá en un gran error si también se considerase ese número, técnicamente constituido en su inmensísima mayoría por mayores de 70 años.

16. En consecuencia, la estimación de sobrefallecidos en domicilios, resultaría de restar a 29.501 (sobrefallecidos en residencias y domicilios de cualquier edad), los 18.833 sobrefallecidos en residencias. Es decir: hubo **10.668 sobrefallecidos en domicilio.**

17. Y teniendo en cuenta que 27.049 mayores de 70 años sobrefallecieron en residencias y domicilios, y que 18.833 sobrefallecieron en residencias, la cifra estimada de sobrefallecidos mayores de 70 años en domicilio sería de 8.216.

18. De una manera muy aproximada, donde el error podría ser de muy pocas decenas, aunque mantengamos los números exactos para facilitar el seguimiento de los cálculos hechos hasta aquí, se puede concluir la siguiente distribución de la sobremortalidad por ámbitos:

	Total	Mayor 70	Menor 70
Sobrefallecidos	48.413	43.380 89,60 %	5.033 10,40 %
Hospital	18.912	16.331	2.581
Residencia	18.833	18.833	
Domicilio	10.668	8.216	2.452

19. A partir de los datos expuestos, se puede establecer un perfil del sobrefallecido en base a características muy altamente compartidas, que resultaría muy aproximado a lo siguiente:

- **Mayor de 70 años (90 %).**
- **Polipatológico polimedicado.**
- **Vacunado contra la gripe estacional** (en una mayoría de casos).
- **Inmerso en estado de alto predominio simpático, sostenido y/o muy intenso** (alto estrés por miedo).
- **Desatendido por denegación asistencial debido a:**
 - Abandono confinatorio en residencias y domicilios.
 - Triage en hospitales (mórfico en su mayoría).

IV. EL **QUID** DE LA SOBREMORTALIDAD: “DURANTE”

Es fundamental señalar la diferencia conceptual entre el análisis de la sobremortalidad DURANTE la crisis del **COVID-19**, y el análisis de la sobremortalidad directa o indirectamente atribuible al SARS-COV 2. Se trata de una diferenciación conceptual crucial: deben distinguirse 3 cuestiones que, de ningún modo, son la misma cosa, y cuya no diferenciación conduce a un análisis descuidado, donde aspectos distintos que exigen consideraciones particulares, no son tenidos en cuenta. No se pueden esperar conclusiones acertadas, si se toman por lo mismo, cosas que no lo son.

En consecuencia, se debe hacer una clara diferenciación, entre:

- El supuesto Virus SARS-COV 2, y su virulencia patógena infecciosa.
- El constatado Síndrome COVID-19: Coloquialmente conocido como “Enfermedad Covid-19”.
- La declarada Pandemia COVID-19.

Soslayar una diferenciación tan imprescindible, es lo que, tanto a nivel institucional gubernamental, como a nivel médico y sanitario, y de un modo casi surrealista en medios de comunicación y, finalmente, a pie de calle, ha llevado a facilitar (nótese la benevolencia del término) una confusión de proporciones desconocidas, que ha propiciado y justificado, y sigue propiciando y justificando, una distopía autodestructiva en nuestra sociedad. Una distopía que se impone por quienes tienen el poder de decidir, y se ha de aceptar mansa y acríticamente por todos los demás.

De esta suerte, estamos viviendo, como nunca antes, la evidencia de la gran disparidad existente entre los viejos conceptos clásicos de “*auctoritas*” y “*potestas*”, donde el primero sin ser vinculante es reconocido por todos y se ha ganado su respeto, y el segundo es conocido por obligatorio y se acata para evitar marginación o sanciones.

El exponente máximo de la confusión, son las consideraciones bizantinas de si los fallecidos atribuidos a la crisis COVID-19, lo son “POR”, lo son “DE”, o lo son “CON” Covid-19. A la luz de lo que a día de hoy vamos conociendo, la cuestión es epistemológica: **¿cómo sabemos lo que creemos saber?** Como veremos, entrar en tales disquisiciones podría tener sentido si, para determinarlas, hubiera habido al respecto “verdades” científicas irrefutables y medios humanos y técnicos disponibles para constatarlas. No ha sido el caso, y sigue sin serlo. A día de hoy sigue habiendo más preguntas que respuestas.

A continuación, se hará un análisis de cuestiones tan diferenciales y, a la vez, tan interrelacionadas, de forma que se pueda ofrecer una explicación, completa y clara, de la **importante sobremortalidad** acaecida DURANTE la crisis COVID-19.

A. El virus SARS-COV 2

1. El virus SARS-COV 2 NO tiene una entidad admitida por toda la comunidad científica. Los “*papers*” que sostienen tal entidad, publicados casi al mismo tiempo en *The New England Journal of Medicine*² y en *Nature*³, en una lectura atenta y cuidadosa, NO DEMUESTRAN RIGUROSAMENTE, haber realizado lo siguiente:

- Aislamiento y purificación inequívocos del virus.
- Microfotografiado del virus.
- Cultivo del virus.

2. El incumplimiento de lo anterior, hace imposible el cumplimiento del primer postulado de Koch, vigente en la virología actual. A partir de este incumplimiento se subsigue el incumplimiento de los otros tres postulados restantes.

3. En consecuencia, la entidad del virus SARS-COV 2 no pasa de ser una elegante hipótesis científica y, por lo tanto, una **SUPOSICIÓN TEÓRICA con base y legitimidad científicas para merecer ser considerada**, y que **NO podemos descartar**, pero sin una completa y rigurosa certeza científica: NO HA HABIDO IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA ALGUNA DE SARS-COV 2 en ningún ser humano hasta la fecha.

4. La **POSITIVIDAD en el test RT-PCR es un resultado INESPECÍFICO siempre y para TODOS los casos**, como el propio Kary Mullis⁴, inventor de la técnica y, galardonado Premio Nobel por ello, se cansó de manifestar hasta su reciente fallecimiento. El test RT-PCR no es válido para la detección de ningún virus concreto, y no determina su carga viral; es altamente orientativo de presencia de material genético compatible con el de un virus. Nada más. No informa de a qué virus concreto resulta positivo, ni en qué medida (carga viral) está presente.

5. Por lo tanto, el **RT-PCR NO ES DIAGNÓSTICO**, ni para SARS-COV 2, ni para un Coronavirus en general, ni siquiera asegura que es 100% material vírico, habiendo bacterias neumo-patógenas, como Micoplasma y Clamidia que también pueden dar positivo al test.

6. Siendo esto así, **¿cómo podemos estar seguros de que la epidemia COVID-19 está directa y únicamente causada por SARS-COV 2? ¿Son los cuadros graves de Síndrome COVID-19 monofactoriales o polifactoriales?** ¿Es razonable desentenderse, de la enorme importancia que medidas y decisiones humanas han tenido en la clarísima sobremortalidad registrada en las 9 semanas comprendidas entre el 9 de marzo y el 10 de mayo (en absoluto antes, y en absoluto después)?

B. El Síndrome COVID-19

7. La hipótesis dominante, afirma los siguientes procesos etiopatogénicos y clínicos evolutivos posibles:

- V. SARS-COV 2 → **Ningún síntoma**.
- V. SARS-COV 2 → **Síntomas banales autolimitantes**.
- V. SARS-COV 2 → **Síndrome Covid-19** → Consecuencias muy graves y/o fallecimiento.

8. A la luz de los datos de la población sobrefallecida (recordemos que por cualquier causa), la hipótesis dominante es muy razonable en sus 2 primeras variantes etiopatogénicas y clínico-evolutivas, pero queda prácticamente invalidada en su tercera variante. O... ¿acaso decide el virus por sí solo cuándo actuar letalmente y cuándo no? ¿Acaso no **existe en la medicina, el concepto, ya muy asentado y confirmado, de la multifactorialidad de la enfermedad, donde la condición previa del enfermo es uno de los factores imprescindibles que jamás se puede dejar de considerar?**

9. El supuesto virus SARS-COV 2 NO ha producido, ni produce, ni producirá Síndrome Covid-19 SOLO, POR SÍ MISMO. Necesita de algo más, es decir; de uno o más cofactores:

- **Una inoculación directa del supuesto virus, obviando la barrera de piel y mucosas** → Síndrome Covid-19.
 - **Inoculación parenteral:** Vacunación o inyección directa.
 - **Inoculación por mordedura:** Humana o animal.
- **Una situación de base inmunológica y/o de salud comprometida** → Síndrome Covid-19.
 - **Activada o agravada por alta predominancia simpática inmunodepresora aguda o sostenida** (terror).
 - **Activada o agravada por carencia de Vitamina D por deprivación confinatoria de radiación solar.**
- **Una interacción potenciadora de la agresividad del supuesto SARS-COV 2** → Síndrome Covid-19.
 - **¿Interacción Bio-Farmacológica?:** ¿Vacuna de la gripe?
 - **¿Interacción Bio-Electromagnética?**
 - **¿Interacción Tóxica Ambiental?**
- **Una combinación de una o más de las circunstancias anteriores** → Síndrome Covid-19.

10. El Síndrome Covid-19 NO ha producido, ni produce, ni producirá la muerte SOLO, POR SÍ MISMO, necesita de algo más:

- **Una actuación terapéutica errónea:** Siguiendo los protocolos erróneos de la OMS hasta finales de abril, cuando patólogos italianos desafiaron, valientemente, la prohibición de realizar autopsias, y aportaron datos clave de la fisiopatología inflamatoria y tromboembólica del síndrome, que permitieron cambiar los tratamientos y empezar a salvar más vidas.
- **Una actuación terapéutica tardía:** Ocasionada por 2 circunstancias concurrentes a la vez:
 - **Apelación aterradorizante del gobierno y sanitarios al “quédate en casa”** ... (a no ser que te sientas ahogar... y en demasiados casos resultó ser demasiado tarde).
 - **Incremento del tiempo de reacción de los servicios de ayuda y transporte sanitario a domicilios:** Por el cumplimiento de nuevos protocolos de protección y desinfección, que redujeron la operatividad y aumentaron el tiempo de respuesta.
- **Una actuación terapéutica nula o denegada:** Producto de 2 posibilidades:
 - **Abandono confinatorio** (que NO sólo confinamiento) **en el caso de las residencias de ancianos**, que el gobierno, con mando EXCLUSIVO, no quiso considerar y evitar enviando ayuda médica: *"Clausura incustoditus sine medicas curas"*.
 - **Triage en los hospitales**, con los ancianos y/o con los casos más graves (con Síndrome Covid-19 o con cualquier otra afección).
- **Una situación de base inmunológica y/o de salud enormemente deteriorada:** En este caso, con una situación previa de clara vulnerabilidad que, en todos los casos, se incrementó y agravó, por medidas gubernamentales confinatorias estresantes, acompañado de un mensaje aterradorizante gubernamental y mediático de peligro de muerte inminente para dichos vulnerables.
- **Una combinación de 2 o más de los factores anteriores.**

C. La declarada Pandemia COVID-19

11. Para cualquier sociedad, la gravedad de una pandemia/epidemia está sujeta a un criterio fundamental: el daño producido. La forma de medir el daño epidémico siempre ha sido la misma: el coste de vidas y la repercusión social.

12. Los datos permiten cuantificar la sobremortalidad registrada DURANTE la crisis COVID-19, pero el análisis no puede quedarse en el simplismo de la pura constatación de la gravedad de las cifras, sin más. Como hasta ahora hemos visto, en la crisis COVID-19, ninguno de los factores en juego ha resultado ser simple. En la fecha presente, disponemos de una cuantiosa información en cuanto a hechos producidos, medidas drásticas tomadas y no tomadas, eficiencia y preparación del equipo de expertos responsables de la gestión, y manejo de los tiempos (anticipación y oportunidad de las decisiones). Toda esa información, una vez conocida, es enormemente relevante y, lo más importante, reveladora. Es decir, **el virus y el síndrome no han tenido un papel mayor que la declaración de pandemia, y lo que ello implicó**. Es precisamente “el DURANTE” de la declarada pandemia, lo que, finalmente, ha podido ser determinante de la gravedad (sobremortalidad) de la crisis COVID-19.

12. **La “DECLARADA” pandemia COVID 19 es un cúmulo de factores médico-sanitarios, político-sanitarios y socio-mediático-políticos**, que pueden confundirse en apariencia, pero que son perfectamente distinguibles. Fruto de ello, la sociedad se ha visto literalmente atrapada en una dependencia absoluta y completa de la **autoridad ÚNICA del gobierno, de su ÚNICO CRITERIO y su ÚNICA GESTIÓN**, para todo, **SIN EXCEPCIÓN**.

13. Una virosis de mínima virulencia, gestionada desastrosamente, con deficiente criterio en los tiempos y medidas a tomar, se puede convertir en una tragedia. Y una virosis letal, gestionada con criterio acertado, anticipación y celeridad tiene una gran oportunidad de éxito razonable.

14. En España, esa gestión correcta no sólo no se ha producido, sino que dramáticamente, al contrario, se ha ganado el **humillante último puesto del informe internacional anual de la Universidad de Cambridge sobre desarrollo sostenible**⁵ que analiza el progreso de **33 países del OCDE** en los objetivos del milenio, este año en emergencia sanitaria por la Covid-19. Es decir, dicho informe señala a **España como el país del mundo que peor gestionó la crisis Covid-19, entre los meses de marzo y mayo**; mostrando ante el mundo, bien a las claras, la tragedia sanitaria, social y, por ende, económica que ha vivido, y está viviendo, la población de nuestro país.

Rank	Country	Covid Index	Deaths Per Million	Effective Reproduction Rate (ERR)	Epidemic Control Efficiency (ECE)	ERR Decline	Mobility Decline
1	South Korea	0.90	5.00	0.76	0.63	0.36	0.10
2	Latvia	0.78	9.34	0.95	0.29	0.63	0.24
3	Australia	0.76	3.88	1.06	0.27	0.67	0.24
4	Lithuania	0.75	17.85	0.90	0.15	0.61	0.36
5	Estonia	0.75	46.14	0.94	0.21	0.73	0.31
6	Japan	0.73	5.08	1.25	0.29	0.70	0.16
7	Slovenia	0.72	49.18	0.83	0.07	0.78	0.46
8	Slovak Republic	0.72	4.77	0.96	0.07	0.74	0.42
9	New Zealand	0.71	4.34	0.80	-0.03	0.86	0.44
10	Norway	0.71	42.17	1.13	0.18	0.72	0.30
11	Greece	0.71	14.07	0.99	0.07	0.62	0.43
12	Denmark	0.70	92.00	1.11	0.19	0.73	0.29
13	Czech Republic	0.70	26.53	1.11	0.11	0.67	0.33
14	Finland	0.69	49.13	1.18	0.12	0.65	0.32
15	Hungary	0.68	43.48	1.14	0.06	0.63	0.32
16	Austria	0.65	70.13	1.16	0.00	0.58	0.44
17	Israel	0.64	29.04	1.22	-0.06	0.82	0.42
18	Luxembourg	0.64	166.13	0.95	-0.07	0.78	0.50
19	Germany	0.63	90.86	1.38	0.07	0.70	0.31
20	Switzerland	0.63	181.13	1.23	0.06	0.78	0.37
21	Poland	0.63	21.36	1.34	-0.05	0.52	0.38
22	Sweden	0.61	319.99	1.36	0.21	0.60	0.19
23	Netherlands	0.58	316.63	1.30	0.08	0.72	0.32
24	Canada	0.56	134.74	1.51	-0.10	0.63	0.37
25	Portugal	0.55	111.24	1.39	-0.21	0.65	0.49
26	Turkey	0.53	46.66	1.56	-0.25	0.65	0.38
27	Ireland	0.53	301.40	1.31	-0.14	0.73	0.44
28	United States	0.51	246.98	1.73	-0.05	0.63	0.27
29	Italy	0.49	508.74	1.19	-0.15	0.69	0.62
30	France	0.46	397.79	1.50	-0.21	0.68	0.54
31	United Kingdom	0.43	482.47	1.60	-0.15	0.60	0.43
32	Belgium	0.40	761.55	1.39	-0.10	0.67	0.45
33	Spain	0.39	575.26	1.50	-0.28	0.64	0.60

15. Resulta imposible establecer, en ningún caso, la causa real de los fallecimientos, por una razón evidente: en España no hubo autopsias clínicas **a fallecidos sospechosos o etiquetados de COVID-19, DURANTE el periodo de más mortalidad, en marzo y prácticamente todo abril.** Además, los cadáveres fueron mayoritariamente incinerados.

16. La **acientífica recomendación de la OMS de no realizar autopsias clínicas**, secundada por el Ministerio de Sanidad, tuvo que ser desafortunadamente aplicada por la Sociedad Española de Anatomía Patológica. Muy al contrario, patólogos italianos, en el mes de abril, desafiaron una recomendación tan contraria al buen proceder científico y, consiguieron explicar la fisiopatología del Síndrome COVID-19. A partir de una decisión tan valiente como necesaria, que no enfermó ni mató a ningún patólogo italiano, en el mundo entero se fue instaurando un protocolo de tratamiento que, a nivel médico, permitió afrontar con optimismo la pandemia. Entonces, **¿por qué a nivel político y mediático se sigue aterrorizando a la población?**

17. Ahora, es posible entender que, el etiquetado de “POR” o “CON” Covid-19, por mucho que mediara un RT-PCR positivo (en las escasas ocasiones en las que el test se hizo, porque a muchísimos fallecidos, en aquellas fechas, no se les realizó), resulta irrelevante a efectos de certeza diagnóstica en la certificación de los fallecimientos. Tal circunstancia, obliga a deducir cifras de aproximación, únicamente con argumentos y razonamientos del mayor peso lógico-médico posible, pero en absoluto científicamente obtenidos.

18. Es indudable el hecho de una destacada sobremortalidad por cualquier causa, que SÍ ocurrió **DURANTE** la crisis de la declarada pandemia Covid-19, pero ha de ser explicada por un contexto en el que entraron en juego **varios factores, no sólo médico-biológicos, sino de GESTIÓN IRRESPONSABLE, lo cual fue, sin duda, alta y determinadamente PATOGÉNICO y LETAL.**

19. Por último, todas las consideraciones anteriores apuntan, con claridad meridiana, a la **gravísima responsabilidad de las catastróficas decisiones humanas, en este caso gubernamentales**, al NO garantizar la protección anticipada, y la debida y obligada atención de la población vulnerable, durante la declarada pandemia COVID-19. Tales incompetentes y dramáticas decisiones, propiciaron la siguiente “cascada” de hechos:

- **Mayor exposición al virus SARS-COV 2:** por aislamiento tardío y no planificado con medios suficientes de protección y vigilancia para personas vulnerables y cuidadores.



- **Mayor oportunidad de desarrollo y evolución grave del Síndrome COVID-19:** Por privación de asistencia médica en residencias, o por asistencia muy tardía en domicilios y hospitales.



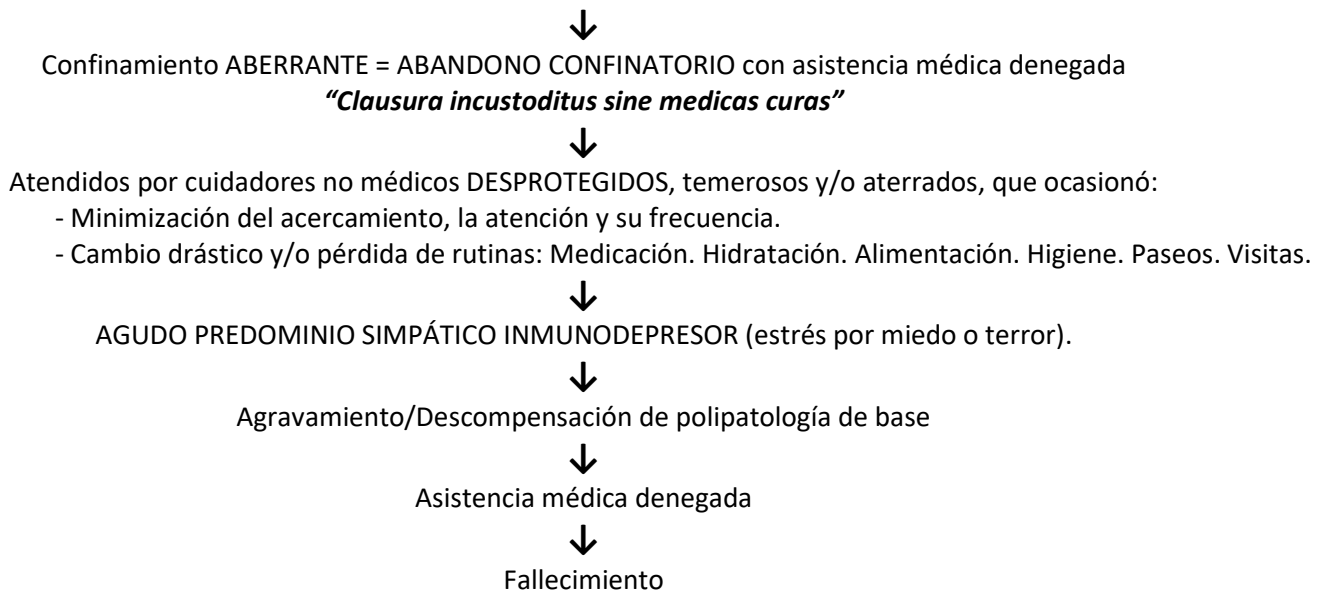
- **Mayor mortalidad**

V. Tipología de la Sobremortalidad DURANTE la declarada pandemia COVID-19

Conocida la indudable sobremortalidad, cifrada en **48.413 fallecidos DE MÁS**, respecto a 2019, **DURANTE** las 9 semanas entre el 9 de marzo y el 10 de mayo, que **NO** hubieran fallecido en 2020 en circunstancias de normalidad, se puede establecer una tipología etiopatogénica por los **ÁMBITOS** en los que se produjo el deceso:

A. Sobremortalidad en RESIDENCIAS

- Mayores de 65 años.
- Polipatológicos polimedicados.
- Sobrefallecidos por AGRAVAMIENTO o descompensación de su situación de base, inmersos en el siguiente proceso desatado por CRIMINOSAS DECISIONES POLÍTICO-SANITARIAS tomadas DURANTE la declarada pandemia Covid-19:



- La sobremortalidad en residencias puede ser debida a:

1. Síndrome Covid-19 NO CAUSALES

Son los sobrefallecidos por OTRAS PATOLOGÍAS AGRAVADAS, NO debidas, ni descompensadas por el Síndrome Covid-19.

2. Síndrome Covid-19 CAUSALES

Son los sobrefallecidos por OTRAS PATOLOGÍAS AGRAVADAS o descompensadas por el Síndrome Covid-19.

- Vacunados contra la gripe.
- NO vacunados contra la gripe.

B. Sobremortalidad en DOMICILIOS

- Sobrefallecidos inmersos en el siguiente proceso, desatado por CRIMINOSAS DECISIONES POLÍTICO-SANITARIAS, tomadas DURANTE la declarada pandemia Covid-19:



Confinamiento CONTRASALUDABLE: Muy estricto y exageradamente prolongado



INMUNODEPRESIÓN

- Predominio Simpático por estrés (miedo, ansiedad, incertidumbre, falta de libertad).
- Sedentarismo confinatorio.
- Disminución drástica de la aireación natural.
- Disminución drástica de radiación solar (síntesis de Vitamina D).
- Disminución drástica de contacto familiar y/o social.

- La sobremortalidad en domicilios puede ser debida a:

1. Etiopatogenia orgánica

Sobrefallecidos por ATENCIÓN MÉDICA TARDÍA, bien por aguantar lo más posible = ***“Quédate en casa... (y no acudas al hospital, a no ser que te sientas morir)”***, o por colapso en la recepción telefónica de la ayuda solicitada y retrasos debidos al tiempo añadido por el cumplimiento de protocolos de desinfección y protección de los servicios médicos de transporte sanitario.

1a. En polipatológicos previos

- Mayoritariamente mayores de 65 años.
- Sobrefallecidos por AGRAVAMIENTO o descompensación de su situación de base.

- **Síndrome Covid-19 NO CAUSALES**

Sobrefallecidos por PATOLOGÍAS AGRAVADAS, NO debidas a Síndrome Covid-19.

- **Síndrome Covid-19 CAUSALES**

Sobrefallecidos por PATOLOGÍAS PREVIAS AGRAVADAS o descompensadas por Síndrome Covid-19.

- Vacunados contra la gripe.
- NO vacunados contra la gripe.

1b. En patologías agudas debutantes = Síndrome Covid-19 NO CAUSAL

Sobrefallecidos en domicilio con patología aguda inesperada

1c. En supuestos “sanos previos” = Síndrome Covid-19 MONOCAUSAL

Sobrefallecidos en domicilio SIN patologías previas (o con ellas, pero sin detectar).

- Vacunados contra la gripe.
- NO vacunados contra la gripe.

2. Etiopatogenia NO orgánica = Síndrome Covid-19 NO CAUSAL

Sobrefallecidos por consecuencias derivadas del CONFINAMIENTO pandémico, pero SIN relación con el Síndrome Covid-19.

2a. Patogénesis por ESTRÉS CONFINATORIO y sus consecuencias DURANTE y DESPUÉS

- Violencia domiciliaria
- Suicidio

2b. Atención tardía DURANTE el confinamiento

- Accidentes domiciliarios

C. Sobremortalidad en HOSPITALES

- Todos atendidos en condiciones de **ANORMALIDAD PSICO-FUNCIONAL-ASISTENCIAL**:

- Desconocimiento de la fisiopatología del Síndrome Covid-19.
- Erróneas indicaciones terapéuticas de la OMS.
- Cotas de estrés y miedo de los sanitarios, nunca visto.
- Colapso hospitalario.

- La sobremortalidad en hospitales admite la siguiente clasificación:

1. Casos polipatológicos GRAVES

Mayoritariamente mayores de 65 años.

1a. Polipatológicos Síndrome Covid-19 NO CAUSALES GRAVES

Sobrefallecidos por patologías agravadas, NO debidas, ni descompensadas por el Síndrome Covid-19, a quienes se aplicó **TRIAJE DENEGATORIO** de tratamiento:

- **Hospitalizados graves ANTES de Covid-19**

Reducción/Supresión de recursos, personal y tiempo frente al colapso, afectando a pruebas diagnósticas, cuidados, procedimientos y cirugías.

- **Hospitalizados graves DURANTE Covid-19**

Denegación de tratamiento al acudir tarde al hospital, por resistir en domicilio hasta tener un cuadro muy severo.

1b. Polipatológicos Síndrome Covid-19 CAUSALES GRAVES

Sobrefallecidos por patologías previas agravadas o descompensadas por Síndrome Covid-19:

- **Hospitalizados graves ANTES de Covid-19**

Reducción/Supresión de recursos, personal y tiempo frente al colapso = **Triage denegatorio**.

- Vacunados contra la gripe.
- NO vacunados contra la gripe.

- **Hospitalizados graves DURANTE Covid-19**

En este caso se pudieron dar 2 circunstancias:

- **Denegación de tratamiento** al acudir tarde por resistir en domicilio hasta tener un cuadro severo.
- **Aplicación de tratamientos erróneos de la OMS.**
 - Vacunados contra la gripe.
 - NO vacunados contra la gripe.

2. Supuestos “sanos previos” = Síndrome Covid-19 MONOCAUSALES GRAVES

- Sobrefallecidos SIN patologías previas (o presentes, pero sin detectar).
- En este caso se pudieron dar 2 circunstancias:

- **Denegación de tratamiento** al acudir tarde por resistir en domicilio hasta tener un cuadro severo.
- **Aplicación de tratamientos erróneos de la OMS.**
 - Vacunados contra la gripe.
 - NO vacunados contra la gripe.

VI. FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística (INE)

https://www.ine.es/experimental/defunciones/experimental_defunciones.htm#tablas_resultados

2. Evidence of SARS-CoV-2 Infection in Returning Travelers from Wuhan, China | NEJM

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmc2001899>

3. The proximal origin of SARS-CoV-2. Nature Medicine volume 26, pages 450–452 (2020)

<https://www.nature.com/articles/s41591-020-0820-9>

4. Declaracion en vídeo de Kary Mullis

<https://lbry.tv/@kikei:e/La-explicaci%C3%B3n-m%C3%A1s-clara-de-por-qu%C3%A9-la-prueba-PCR-no-es-apta-para-diagn%C3%B3stico-en-palabras-de-su-inventor-el-premio-Nobel-de-qu%C3%ADmica-1993-Kary-Banks-Mullis.e>

5. Sustainable development report 2020. The Sustainable development Goals and Covid-19. Cambridge University Press.