

Nuestras graves preocupaciones sobre el manejo de la pandemia de COVID por parte de los gobiernos de las naciones del Reino Unido

Por varios autores*

Sr. Boris Johnson, Primer Ministro
Sra. Nicola Sturgeon, Primera Ministra de Escocia
Sr. Mark Drakeford, Primer Ministro de Gales
Sr. Paul Givan, Primer Ministro de Irlanda del Norte
Sr. Sajid Javid, Secretario de Salud
Dr. Chris Whitty, director médico
Dr. Patrick Vallance, director científico
22 de agosto de 2021

Estimados señores y señora,

Nuestras graves preocupaciones sobre el manejo de la pandemia de COVID por parte de los gobiernos de las naciones del Reino Unido.

Escribimos como médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios aliados que no tienen ningún interés en hacerlo. Por el contrario, nos enfrentamos a un riesgo personal en relación con nuestro empleo por hacerlo y / o el riesgo de ser "difamados" personalmente por aquellos a quienes inevitablemente no les gustará que hablemos.

Damos el paso de escribir esta carta pública porque nos ha quedado claro que:

- El gobierno (por lo que nos referimos al gobierno del Reino Unido y tres gobiernos / administraciones delegadas y asesores y agencias gubernamentales asociados, como CMO, CSA, SAGE, MHRA, JCVI, servicios de salud pública, Ofcom, etc., en lo sucesivo, "usted" o el "gobierno ") Han basado el manejo de la pandemia de COVID en supuestos erróneos.
- Estos le han sido señalados por numerosas personas y organizaciones.
- No ha podido entablar un diálogo y no muestra signos de hacerlo. Le ha quitado a la gente los derechos fundamentales y ha alterado el tejido de la sociedad con poco debate en el Parlamento. Ningún ministro responsable de la política ha aparecido nunca en un debate adecuado con nadie con puntos de vista opuestos en ningún canal de los principales medios de comunicación.
- A pesar de conocer los puntos de vista médicos y científicos alternativos, no ha logrado garantizar una discusión abierta y completa de los pros y los contras de las formas alternativas de controlar la pandemia.
- Las políticas de respuesta a la pandemia implementadas han causado daños masivos, permanentes e innecesarios a nuestra nación, y nunca deben repetirse.
- Solo al revelar la total falta de aprobación generalizada de sus políticas por parte de los profesionales de la salud, el público exigirá un debate más amplio.

En relación a lo anterior, deseamos llamar la atención sobre los siguientes puntos. Se pueden proporcionar referencias de apoyo a pedido.

1. Ningún intento de medir los daños de las políticas de encierro

La evidencia de los efectos desastrosos de los encierros en la salud física y mental de la población está ahí para que todos la vean. Los daños son masivos, generalizados y duraderos. En particular, el impacto psicológico en una generación de niños en desarrollo podría durar toda la vida.

Es por esta razón que las políticas de encierro nunca fueron parte de cualquier plan de preparación para una pandemia antes de 2020. De hecho, fueron expresamente no recomendadas en los documentos de la OMS, incluso para los patógenos virales respiratorios severos y para el caso ni le dieron el cierre de fronteras, revestimientos de cara, y pruebas de personas asintomáticas. Ha habido una ausencia tan

inexplicable de consideración de los daños causados por la política de encierro que es difícil evitar la sospecha de que se trata de una evasión deliberada.

La introducción de tales políticas nunca estuvo acompañada de ningún tipo de análisis de riesgo / beneficio. Por malo que sea, es aún peor que después del evento, cuando se dispuso de muchos datos para medir los daños, solo se haya prestado una atención superficial a este aspecto de la planificación pandémica. Profesionales eminentes han pedido en repetidas ocasiones que se discuta sobre estos impactos en la salud en conferencias de prensa, pero han sido ignorados universalmente.

Lo curioso es que las políticas que se estaban llevando a cabo antes de mediados de marzo de 2020 (autoaislamiento de los enfermos y protección de los vulnerables, mientras que por lo demás la sociedad seguía cerca de la normalidad) eran equilibradas, sensatas y reflejaban el enfoque establecido por consenso antes de 2020. No se dio entonces ninguna razón convincente para el abrupto cambio de dirección desde mediados de marzo de 2020 y sorprendentemente no se ha presentado ninguna en ningún momento desde entonces.

2. Naturaleza institucional de COVID

En realidad, desde el principio, a partir de los datos italianos, estaba claro que COVID (la enfermedad, a diferencia de la infección o exposición al SARS-Cov-2) era en gran medida una enfermedad de las instituciones. Los residentes de hogares de ancianos representaron alrededor de la mitad de todas las muertes, a pesar de representar menos del 1% de la población. Las infecciones hospitalarias son el principal impulsor de las tasas de transmisión, como fue el caso tanto del SARS1 como del MERS. La transmisión se asoció con el contacto hospitalario en hasta un 40% de los casos en la primera ola en la primavera de 2020 y en el 64% en el invierno de 2020/2021.

Se produjo una enfermedad grave entre las personas sanas menores de 70 años (como se observa en las pandemias de gripe), pero fue extremadamente rara.

A pesar de esto, no se tomaron medidas tempranas, agresivas y específicas para proteger los hogares de ancianos; por el contrario, los pacientes fueron dados de alta sin pruebas a hogares donde el personal no contaba con el equipo de protección personal, la capacitación y la información adecuados. Como resultado, se produjeron muchas muertes innecesarias.

Los preparativos para el próximo invierno, incluida la garantía de capacidad suficiente y las medidas preventivas, como las soluciones de ventilación, no se han priorizado.

3. La naturaleza exagerada de la amenaza.

La política parece haber estado dirigida a la exageración sistemática del número de muertes que pueden atribuirse al COVID. Las pruebas se diseñaron para encontrar todos los 'casos' posibles en lugar de centrarse en las infecciones diagnosticadas clínicamente y los números de casos exagerados resultantes se transmitieron a los datos de muerte con un gran número de personas que murieron 'con COVID' y no 'de COVID' donde la enfermedad era la causa subyacente de la muerte.

La política de publicar una cifra diaria de muertes significaba que la cifra se basaba completamente en el resultado de la prueba de PCR sin aportes de los médicos tratantes. Al incluir todas las muertes dentro de un período de tiempo después de una prueba positiva, las muertes incidentales, con pero no debidas a COVID, no se excluyeron, exagerando así la naturaleza de la amenaza.

Además, en los titulares que informan sobre el número de muertes, no se incluyó una categorización por edad. La edad promedio de una muerte etiquetada por COVID es de 81 años para los hombres y 84 para las mujeres, más alta que la esperanza de vida promedio cuando nacieron estas personas. Este es un hecho muy relevante para evaluar el impacto social de la pandemia. La muerte en la vejez es un fenómeno natural. No se puede decir que una enfermedad que afecta principalmente a los ancianos sea la misma que una que afecta a todas las edades y, sin embargo, el mensaje del gobierno parece diseñado para hacer pensar al público que todos corren el mismo riesgo.

Se pidió a los médicos que completaran los certificados de defunción sabiendo que la muerte del difunto ya había sido registrada como una muerte por COVID por el Gobierno. Dado que sería virtualmente imposible encontrar evidencia que descartara categóricamente al COVID como factor contribuyente a la muerte, una vez registrado como "muerte por COVID" por el gobierno, era inevitable que se incluyera como causa en el certificado de defunción. Siempre es difícil diagnosticar la causa de la muerte y la

reducción de las autopsias inevitablemente habrá dado lugar a una mayor inexactitud. El hecho de que las muertes por causas no relacionadas con COVID en realidad se movieron hacia un déficit sustancial (en comparación con el promedio) a medida que aumentaron las muertes etiquetadas con COVID (y esto se revirtió a medida que disminuyeron las muertes etiquetadas con COVID) es una evidencia sorprendente de la atribución excesiva de muertes a COVID.

La tasa general de mortalidad por todas las causas de 2015 a 2019 fue inusualmente baja y, sin embargo, estas cifras se han utilizado para comparar con las cifras de mortalidad de 2020 y 2021, lo que ha hecho que el aumento de la mortalidad parezca sin precedentes. Las comparaciones con datos de años anteriores habrían demostrado que la tasa de mortalidad de 2020 se superó en todos los años anteriores a 2003 y, como resultado, no es excepcional.

Incluso ahora, los casos y muertes de COVID continúan agregándose al total existente sin el rigor adecuado, de modo que los totales generales crecen cada vez más y exageran la amenaza. No se ha hecho ningún esfuerzo para contar los totales en cada temporada de invierno por separado, lo cual es una práctica estándar para todas las demás enfermedades.

Ha seguido adoptando publicidad de alta frecuencia a través de medios de difusión y publicación para aumentar el impacto de los "mensajes de miedo". El costo de esto no se ha publicado ampliamente, pero los sitios web de contratación pública revelan que es inmenso: cientos de millones de libras.

La retórica de los medios de comunicación y el gobierno ahora se está moviendo hacia la idea de que "Long Covid" va a causar una gran morbilidad en todos los grupos de edad, incluidos los niños, sin discutir la normalidad de la fatiga posviral que dura más de 6 meses. Esto se suma al miedo público a la enfermedad, fomentando la vacunación entre aquellos que tienen muy pocas probabilidades de sufrir efectos adversos por COVID.

4. Supresión activa de la discusión sobre el tratamiento temprano utilizando protocolos que se están implementando con éxito en otros lugares.

El daño causado por COVID y nuestra respuesta deberían haber significado que se aceptaran los avances en la profilaxis y la terapéutica para COVID. Sin embargo, la evidencia sobre tratamientos exitosos se ha ignorado o incluso se ha suprimido activamente. Por ejemplo, un estudio en Oxford publicado en febrero de 2021 demostró que la budesonida inhalada podría reducir las hospitalizaciones en un 90% en pacientes de bajo riesgo y una publicación de abril de 2021 mostró que la recuperación también fue más rápida para los pacientes de alto riesgo. Sin embargo, esta importante intervención no se ha promovido.

La Dra. Tess Lawrie, de la Consultoría Médica Basada en Evidencia en Bath, presentó al gobierno un análisis exhaustivo de los beneficios profilácticos y terapéuticos de la ivermectina en enero de 2021. Más de 24 ensayos aleatorizados con 3.400 personas han demostrado una reducción del 79-91% en infecciones y una reducción del 27-81% en las muertes con ivermectina.

Muchos médicos son comprensiblemente cautelosos acerca de una posible interpretación excesiva de los datos disponibles para los medicamentos mencionados anteriormente y otros tratamientos, aunque debe tenerse en cuenta que no parece haberse aplicado tal precaución en relación con el tratamiento de los datos en torno a las intervenciones del gobierno (por ejemplo, la eficacia de los cierres cerrados o las máscaras) cuando se utilizan en apoyo de la agenda del gobierno.

Cualquiera que sea la opinión de uno sobre los méritos de estos medicamentos reutilizados, es totalmente inaceptable que los médicos que han intentado simplemente abrir una discusión sobre los beneficios potenciales de los tratamientos tempranos para COVID hayan sido censurados de manera severa e inexplicable. Saber que los tratamientos tempranos que podrían reducir el riesgo de requerir hospitalización podrían estar disponibles alteraría la visión completa que tienen muchos profesionales y legos sobre la amenaza que representa el COVID y, por lo tanto, la relación riesgo / beneficio de la vacunación, especialmente en los grupos más jóvenes.

5. Uso inapropiado y poco ético de la ciencia del comportamiento para generar miedo injustificado.

La propagación de una narrativa de miedo deliberada (confirmada a través de documentación gubernamental de acceso público) ha sido desproporcionada, dañina y contraproducente. Solicitamos que cese de inmediato.

Para dar solo un ejemplo, las políticas de cobertura facial del gobierno parecen haber sido impulsadas por el asesoramiento de la psicología conductual en relación con la generación de un nivel de miedo necesario para el cumplimiento de otras políticas. Esas políticas no parecen haber sido impulsadas por razones de control de infecciones, porque no hay evidencia sólida que demuestre que el uso de una cubierta facial (en particular de tela o máscaras quirúrgicas estándar) sea eficaz contra la transmisión de patógenos respiratorios aerotransportados como el SARS-Cov-2. Varias instituciones e individuos de alto perfil son conscientes de esto y han abogado en contra de cubrirse la cara durante esta pandemia solo inexplicablemente para revertir su consejo sin ninguna justificación científica de la que tengamos conocimiento. Por otro lado, existe mucha evidencia que sugiere que el uso de mascarillas puede causar múltiples daños, tanto físico como mental. Esto ha sido particularmente angustiante para los niños en edad escolar de la nación, quienes han sido alentados por la política del gobierno y sus escuelas a usar máscaras durante largos períodos en la escuela.

Finalmente, el uso de cubrimientos faciales es altamente simbólico y, por lo tanto, contraproducente para hacer que las personas se sientan seguras. El uso prolongado corre el riesgo de convertirse en un comportamiento de seguridad arraigado, que en realidad impide que las personas vuelvan a la normalidad porque atribuyen erróneamente su seguridad al acto de usar una máscara y no al riesgo remoto, para la gran mayoría de las personas sanas menores de 70 años, de contagiarse. el virus y malestar grave con COVID.

6. Falta de comprensión de la naturaleza ubicua de las mutaciones de los virus emergentes.

La mutación de cualquier virus nuevo en cepas más nuevas, especialmente cuando se encuentra bajo presión de selección debido a restricciones anormales de mezcla y vacunación, es normal, inevitable y no es algo de lo que preocuparse. Ya se han identificado cientos de miles de mutaciones de la cepa original de Wuhan. Perseguir cada nueva variante emergente es contraproducente, dañino y totalmente innecesario y no hay evidencia convincente de que cualquier variante recién identificada sea más mortal que la cepa original.

Las cepas mutantes aparecen simultáneamente en diferentes países (a modo de "evolución convergente") y el cierre de las fronteras nacionales en un intento de evitar que las variantes viajen de un país a otro no tiene un propósito significativo de control de infecciones y debe abandonarse.

7. Malentendido de la propagación asintomática y su uso para promover el cumplimiento público de las restricciones.

Está bien establecido que la propagación asintomática nunca ha sido un factor importante de una pandemia de enfermedades respiratorias y nos oponemos a sus mensajes constantes que implican esto, que deben cesar de inmediato. Nunca antes habíamos pervertido la práctica centenaria de aislar a los enfermos aislando a los sanos. Los mandatos repetidos a personas sanas y asintomáticas de autoaislamiento, especialmente los escolares, no tienen ningún propósito útil y solo han contribuido a los daños generalizados de tales políticas. En la gran mayoría de los casos, las personas sanas son sanas y no pueden transmitir el virus y solo se debe aislar a las personas enfermas que presenten síntomas.

Se ha demostrado que la afirmación del gobierno de que una de cada tres personas podría tener el virus es incompatible entre sí con los datos de la OMS sobre la prevalencia de la enfermedad en la sociedad, y el único efecto de este mensaje parece haber sido generar miedo y promover el cumplimiento de las restricciones gubernamentales. El mensaje del gobierno de "actuar como si tuvieras el virus" también ha provocado miedo innecesariamente, dado que es muy poco probable que las personas sanas transmitan el virus a otras personas.

La prueba de PCR, ampliamente utilizada para determinar la existencia de "casos", ahora se reconoce indiscutiblemente que no puede detectar de manera confiable la infecciosidad. La prueba no puede discriminar entre aquellos en quienes la presencia de fragmentos de material genético que coinciden parcialmente con el virus es incidental (tal vez debido a una infección pasada), representa una infección activa o indica una infecciosidad. Sin embargo, se ha utilizado casi universalmente sin calificación o diagnóstico clínico para justificar políticas de bloqueo y para poner en cuarentena a millones de personas innecesariamente a un costo enorme para la salud y el bienestar y para la economía del país.

Los países que han eliminado las restricciones comunitarias no han visto consecuencias negativas que puedan atribuirse a la flexibilización. Los datos empíricos de muchos países demuestran que el aumento y la disminución de las infecciones es estacional y no se debe a restricciones o cubrimientos faciales. La razón del impacto reducido de cada oleada sucesiva es que: (1) la mayoría de las personas tienen algún

nivel de inmunidad, ya sea por inmunidad previa o por inmunidad adquirida a través de la exposición; (2) como es habitual con los nuevos virus emergentes, parece que se ha producido una mutación del virus hacia cepas que causan una enfermedad más leve. La vacunación también puede contribuir a esto, aunque su durabilidad y nivel de protección contra variantes no está claro.

El gobierno parece estar hablando de “aprender a vivir con COVID” mientras aparentemente practica de manera sigilosa una estrategia de “cero COVID” que es inútil y, en última instancia, dañina para la red.

8. Pruebas masivas de niños sanos

Pruebas repetidas de niños para encontrar casos asintomáticos que es poco probable que propaguen el virus, y tratarlos como una especie de peligro biológico es dañino, no tiene ningún propósito de salud pública y debe detenerse.

Durante el período de Semana Santa, se gastó semanalmente una cantidad equivalente al costo de construir un Hospital General de Distrito en hacer pruebas a los escolares para encontrar algunos miles de 'casos' positivos, ninguno de los cuales era grave hasta donde sabemos.

Los bloqueos son, de hecho, un contribuyente mucho mayor a los problemas de salud infantil, con niveles récord de enfermedades mentales y niveles elevados de infecciones no COVID, que algunos expertos consideran que son el resultado del distanciamiento que resulta en el descondicionamiento del sistema inmunológico.

9. La vacunación de toda la población adulta nunca debería haber sido un requisito previo para poner fin a las restricciones.

Basándose simplemente en los primeros datos de vacunas "prometedoras", está claro que el gobierno decidió en el verano de 2020 seguir una política de supresión viral en toda la población hasta que la vacuna estuviera disponible (que inicialmente se dijo que era solo para los vulnerables, pero luego se modificó - sin un debate adecuado o un análisis riguroso - a toda la población adulta).

Esta decisión se tomó a pesar de los daños masivos resultantes de los bloqueos continuos que usted conocía o debían haber sido determinados para ser considerados en el proceso de toma de decisiones.

Además, en relación con la campaña de vacunación se han violado una serie de principios de buena práctica médica y estándares éticos previamente impecables, lo que significa que, en la mayoría de los casos, se debe cuestionar seriamente si el consentimiento obtenido puede considerarse verdaderamente como “plenamente informado”:

- El uso de la coacción respaldado por una campaña mediática sin precedentes para persuadir al público de que se vacune, incluidas amenazas de discriminación, ya sea con el apoyo de la ley o alentado socialmente, por ejemplo, en cooperación con plataformas de redes sociales y aplicaciones de citas.
- La omisión de información que permita a las personas tomar una decisión totalmente informada, especialmente en relación con la naturaleza experimental de los agentes de la vacuna, el riesgo de COVID de fondo extremadamente bajo para la mayoría de las personas, la aparición conocida de efectos secundarios a corto plazo y los efectos desconocidos a largo plazo.

Por último, observamos que el Gobierno está considerando seriamente la posibilidad de que estas vacunas, que no tienen datos de seguridad asociados a largo plazo, puedan administrarse a los niños sobre la base de que esto podría proporcionar algún grado de protección a los adultos. Consideramos que esa noción es una inversión espantosa y poco ética del deber aceptado desde hace mucho tiempo que recae sobre los adultos de proteger a los niños.

10. Dependencia excesiva del modelado mientras se ignoran los datos del mundo real

A lo largo de la pandemia, las decisiones parecen haberse tomado utilizando modelos no validados producidos por grupos que tienen lo que solo puede describirse como un historial lamentable, sobrestimando enormemente el impacto de varias pandemias anteriores.

Los equipos de toma de decisiones parecen tener muy poca información clínica y, en la medida de lo posible, ninguna experiencia en inmunología clínica.

Además, los supuestos subyacentes al modelo nunca se han ajustado para tener en cuenta las observaciones del mundo real en el Reino Unido y otros países.

Es una admisión asombrosa que, cuando se les preguntó si SAGE había considerado los daños colaterales, la respuesta fue que no era de su competencia, simplemente se les pidió que minimizaran el impacto de COVID. Eso podría ser perdonable si algún otro grupo asesor estuviese constantemente estudiando el lado de daños del libro mayor, pero parece que no ha sido así.

Conclusiones

El enfoque del Reino Unido hacia COVID ha fracasado palpablemente. En el aparente deseo de proteger a un grupo vulnerable - los ancianos - las políticas implementadas han causado daños colaterales generalizados y desproporcionados a muchos otros grupos vulnerables, especialmente a los niños. Además, sus políticas han fallado, en cualquier caso, para evitar que el Reino Unido alcance una de las tasas de muerte por COVID más altas del mundo.

Ahora, a pesar de las tasas de vacunación muy altas y las tasas de muerte y hospitalización por COVID actualmente muy bajas, la política continúa apuntando a mantener a una población discapacitada por el miedo extremo con restricciones en la vida cotidiana que prolongan y agravan los daños derivados de las políticas. Para dar solo un ejemplo, las listas de espera del NHS ahora ascienden oficialmente a 5,1 millones y, según el anterior Secretario de Salud, es probable que otros 7 millones requieran tratamiento que aún no se ha presentado. Esto es inaceptable y debe abordarse con urgencia.

En resumen, es necesario que haya un cambio radical dentro del Gobierno, que ahora debe prestar la debida atención a los estimados expertos fuera de su círculo íntimo que están haciendo sonar estas alarmas. Como involucrados en la salud, estamos comprometidos con nuestro juramento de "primero no hacer daño", y ya no podemos quedarnos en silencio observando políticas que han impuesto una serie de supuestas "curas" que de hecho son mucho peores que la enfermedad. se supone que deben abordar.

Los firmantes de esta carta le piden a usted, en el Gobierno, que sin más demora amplíe el debate sobre la política, consulte abiertamente con grupos de científicos, médicos, psicólogos y otros que comparten puntos de vista alternativos cruciales, científicamente válidos y basados en evidencias y que deben hacer todo lo que esté en su poder para devolver el país lo más rápidamente posible a la normalidad con el mínimo de daño adicional a la sociedad.

Tuyo sinceramente,

Dr. Jonathan Engler, MB ChB LLB (con honores) DipPharmMed

Profesor John A Fairclough, BM BS B Med Sci FRCS FFSEM, Cirujano consultor, dirigió el programa de vacunación para un brote de poliomielitis, ex presidente BOSTA, para cirujanos ortopédicos, miembro de la facultad FFSEM

Sr. Tony Hinton, MB ChB, FRCS, FRCS (Oto), cirujano consultor

Dr Renee Hoenderkamp, BSc (Hons) MBBS MRCGP, Médico general

Dr. Ros Jones, MBBS, MD, FRCPCH, pediatra consultor jubilado

Sr. Malcolm Loudon, MB ChB MD FRCSEd FRCS (Gen Surg) MIHM VR

Dr. Geoffrey Maidment, MBBS, MD, FRCP, médico consultor jubilado

Dr. Alan Mordue, MB ChB, FFPH (retirado), consultor jubilado en medicina de salud pública

Sr. Colin Natali, BSc (Hons), MBBS FRCS FRCS (Orth), Cirujano consultor de columna

Dra. Helen Westwood, MBChB MRCGP DCH DRCOG, Médico general

Otros firmantes (ver en el link original)

Por qué debería firmar esta carta

El propósito de la carta se establece en él, pero en resumen es para:

- Notifique al gobierno y a los ciudadanos del Reino Unido que:

1. Al contrario de lo que informan los principales medios de comunicación, no se ha alcanzado un consenso científico en la mayoría de las áreas de la respuesta a la pandemia, ya que no se ha permitido un debate científico riguroso y abierto.

2. Un número significativo de profesionales de la salud no está de acuerdo con muchos aspectos de las políticas de manejo de pandemias.

- Generar demanda pública para que se permita un debate público más amplio.

Si desea agregar su nombre a la carta, complete el formulario a continuación.

Para obtener más información sobre "Speak Out", el servicio de denuncia de irregularidades de la Asamblea Covid19, haga clic [aquí](#).

Comparta esta carta con otros profesionales que deseen firmarla.

Texto traducido automáticamente con Google Translate.

fuelle: <https://www-covid19assembly-org.translate.goog/doctors-open-letter>