

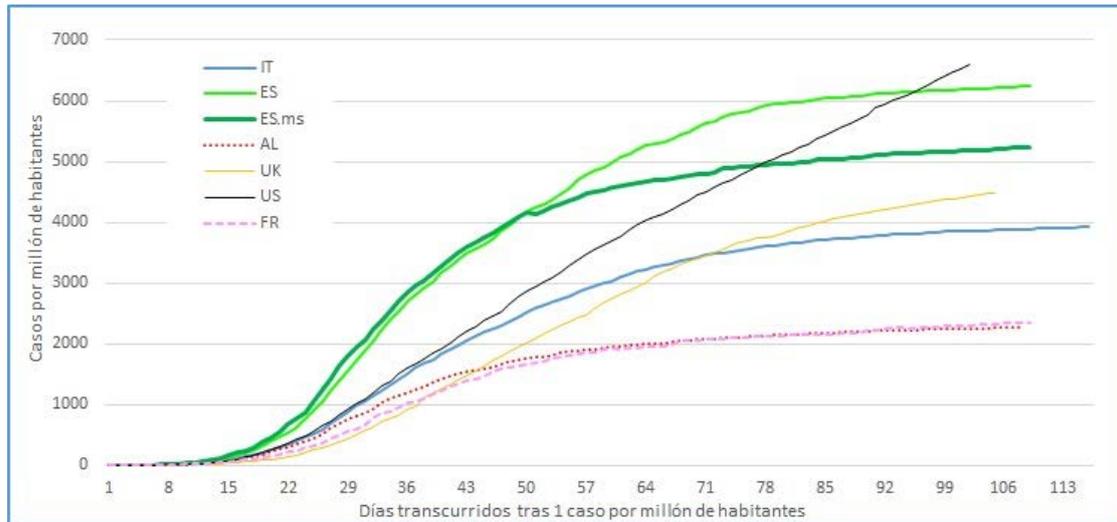
Reflexiones sobre el COVID-19 de un epidemiólogo veterinario

Nacho de Blas

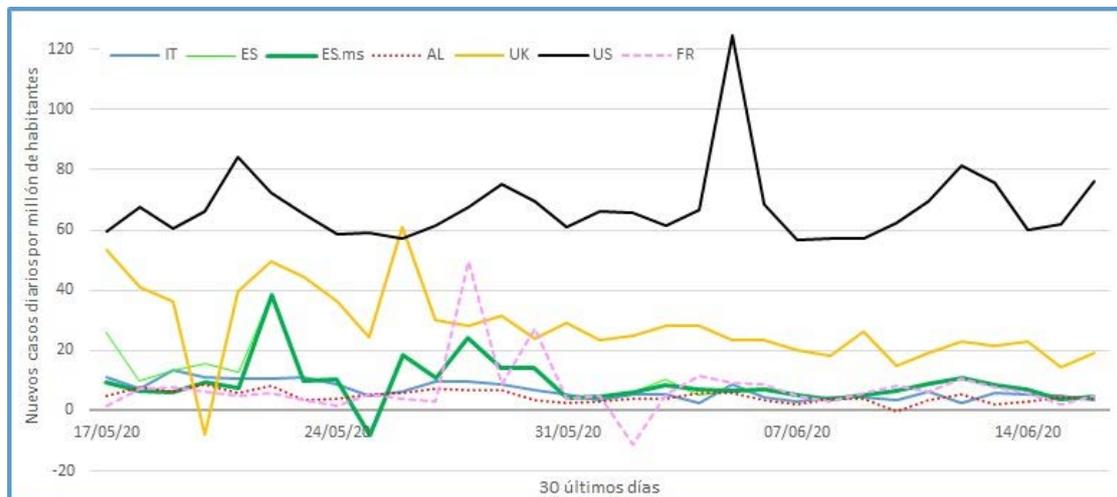
17 de junio de 2020

Buenos días, y estar preparados para un bombardeo masivo de mensajes en los próximos minutos.

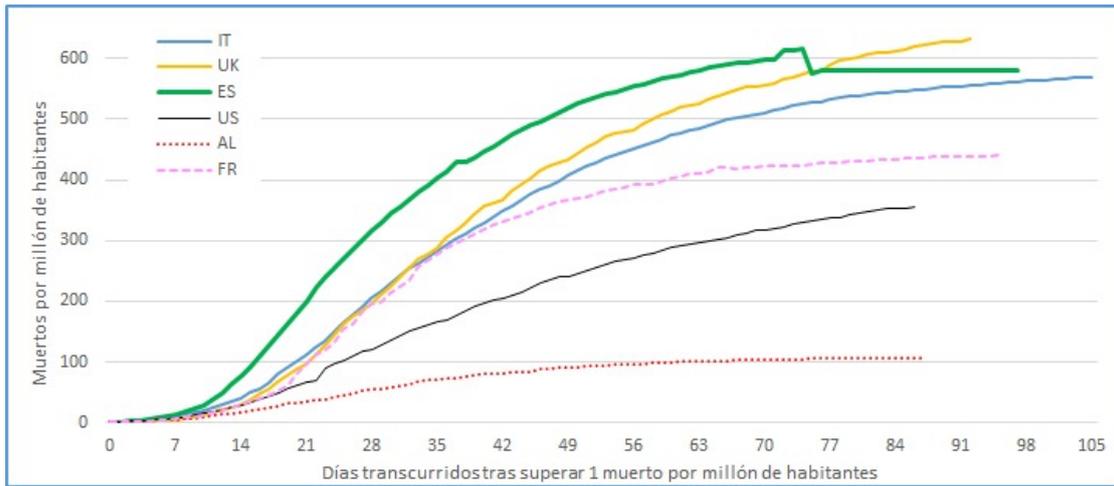
La primera parte será breve, ya que no hay grandes cambios. Las prevalencias acumuladas siguen las tendencias de días previos (no sé cuándo EEUU piensa pisar el freno).



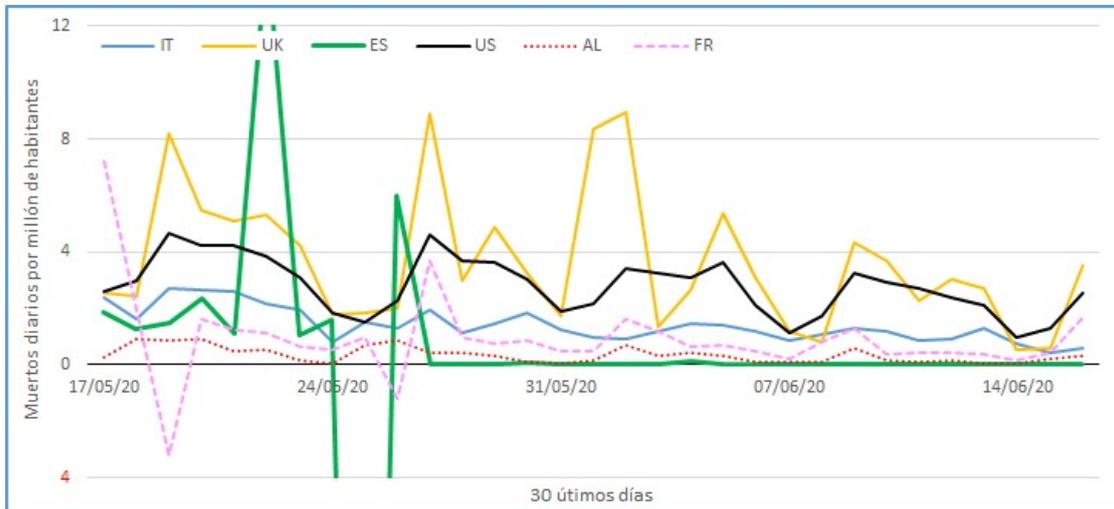
Porque en las incidencias de los últimos 30 días siguen en la misma línea. Al menos Reino Unido parece que va frenando poco a poco.



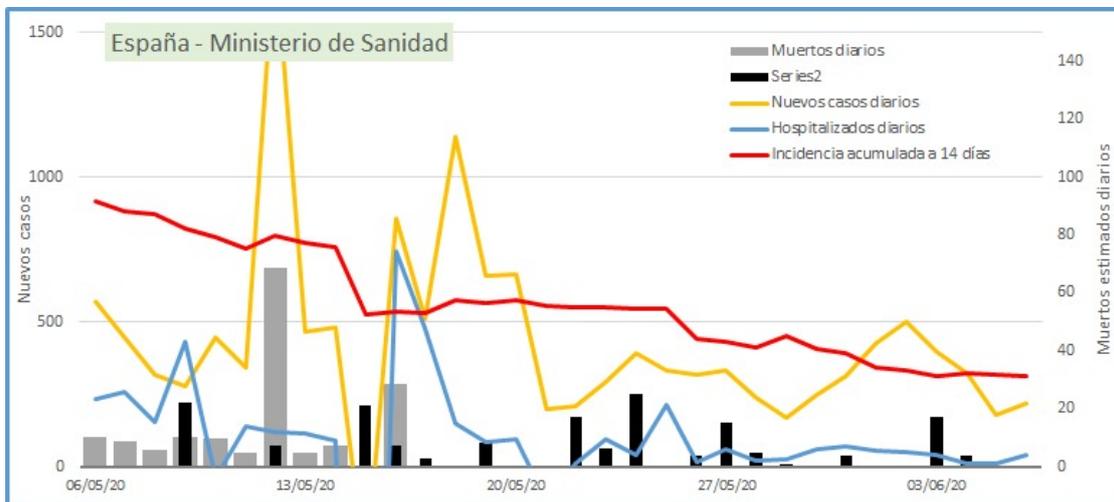
Tampoco hay cambios en las tendencias de las mortalidades acumuladas.



Y en las mortalidades diarias se nota perfectamente el EFS en todos los países menos España que lleva 10 días sin muertos oficiales.



Aunque en la GIM sigo estimando con el algoritmo del simplex los muertos diarios en función de los muertos acumulados en los últimos 7 días. Y allí sí que se ven mortalidades diarias. La incidencia acumulada en 14 días va bajando poco a poco y lo mejor de todo es el bajo número de nuevos hospitalizados.



Empezaré la segunda parte con un recordatorio que me hace mi colega Nacho Gracia. El 8 de abril (ya han pasado casi dos meses y medio), se publicó una predicción del prestigioso Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de la University of Washington, del que ya he hablado alguna otra vez.

“Un estudio pronostica el 8 de junio como el primer día sin muertos por coronavirus en España” por LD/Agencias

<https://www.libertaddigital.com/espana/2020-04-08/un-estudio-preve-el-8-de-junio-como-el-primer-dia-sin-muertos-por-coronavirus-en-espana-127665525/>

Según su modelo la mortalidad se pararía en España el 8 de junio tras acumular 19.209 muertos. Pues casi aciertan... porque desde el 7 de junio la cifra oficial de fallecidos en España está detenida en 27.136 (básicamente porque el equipo PANDA ha decidido no notificar ninguno). La única pega es que se han equivocado un poco con las cifras. Sólo llevamos un 40% más de casos de los previstos.



Fuente: <https://www.libertaddigital.com/espana/2020-04-08/un-estudio-preve-el-8-de-junio-como-el-primer-dia-sin-muertos-por-coronavirus-en-espana-127665525/>

El 31 de mayo os comentaba que habían lanzado una aplicación para ver la evolución del modelo, y en ese momento la previsión era de 36.235 fallecidos para el 4 de agosto (un 33,5% más de los actuales, así que entonces fallaron por exceso). Os recuerdo el enlace, y seguro que recordáis la gráfica con su “pequeño” intervalo de confianza a partir del 1 de julio.

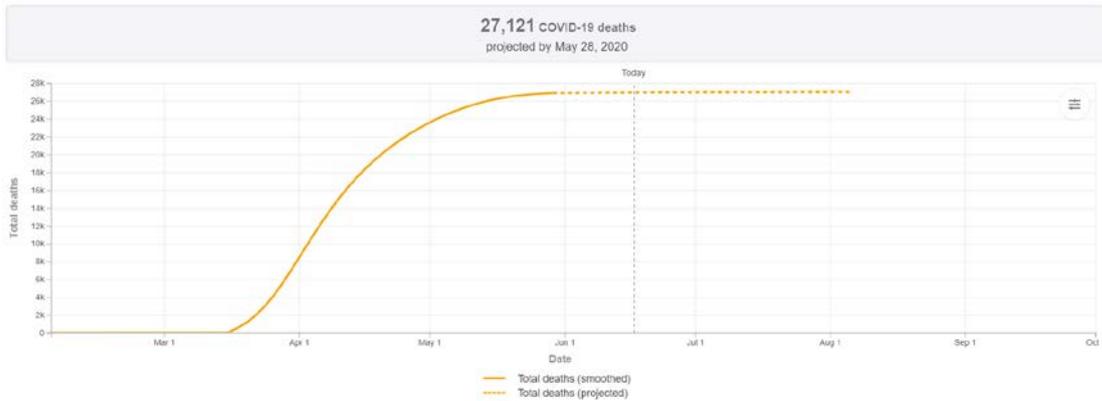
“COVID-19 Projections” por IHME

<https://covid19.healthdata.org/spain>



Fuente: <https://covid19.healthdata.org/spain>

Seguro que estéis deseando ver la gráfica de hoy. El 28 de mayo predijeron un total de 27.121 muertos (parece que llevan unos días sin actualizar la previsión), así que la única forma de cumplirlo es que el Ministerio resucite a unos cuantos más, y no sería la primera vez (os recuerdo que el 25 de mayo quitaron a 1.915 fallecidos de las estadísticas).



Fuente: <https://covid19.healthdata.org/spain>

A estas alturas ya sabéis que me encantan los modelos (son superdivertidos) pero no me creo demasiado sus predicciones.

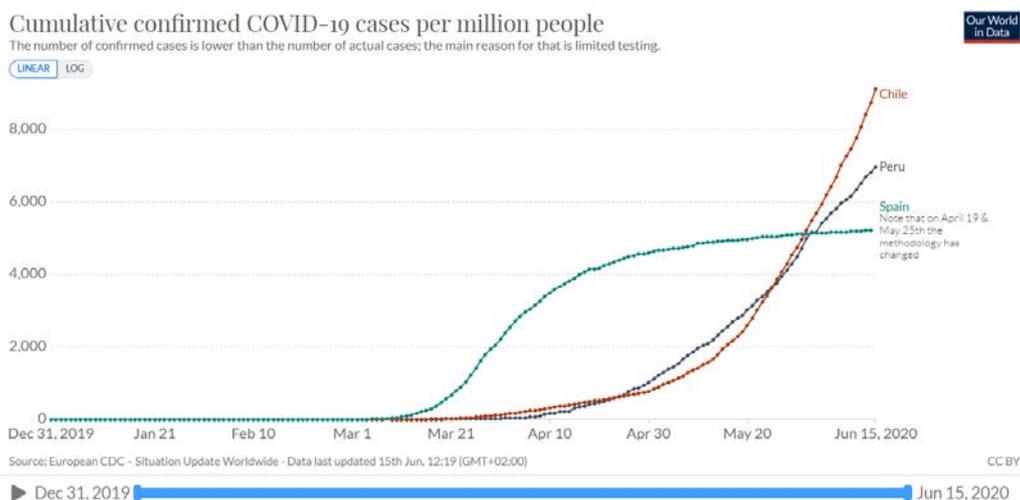
Por cierto, me he animado a compartir algunas cosas en Twitter. Mi cuenta es **@BlasIgnacio**. Hoy creo que publicaré una versión reducida de estas predicciones.

Seguiré con lo fácil, que es comentar la evolución de la covid-19 hasta el momento y a dar explicaciones a posteriori de lo que ha ocurrido, e intentar no mojarme demasiado con lo que va a ocurrir.

Por Europa aparentemente tenemos todo el pescado vendido (ya veréis luego a qué viene la referencia ictiológica), aunque ya trataré ese tema un poco más adelante.

Pero hay algo que me preocupa bastante y es la evolución en el hemisferio sur, concretamente Chile y Perú. En ambos países los primeros casos se detectaron a principios de marzo y se tomaron medidas de confinamiento similares a las europeas (en Chile un poco más reducidas y limitadas a las zonas más afectadas).

Empiezo con una gráfica sacada de Our World in Data (<https://ourworldindata.org/coronavirus>) para que comparéis las prevalencias acumuladas de Chile y Perú con España.



Fuente: <https://ourworldindata.org/coronavirus>

A continuación os voy a poner un par de noticias de cada país acompañadas de la GR de la Covid-19 Follow-up de Javier Gómez-Arrue (https://jgomezarrue.shinyapps.io/Covid19_Follow_Up/), el patrón de gripe según datos de Google Flu Trends y la incidencia de covid-19 en la Región Metropolitana de Santiago de Chile y el Departamento de Lima, respectivamente, unida al promedio de horas de luz solar diarias en una serie histórica de 20 años.

Vamos con Chile. La primera noticia es de finales de abril y hasta entonces tenían la situación bajo control y desde principios de marzo (con los primeros casos, que aparecen a la vez que Europa) se estaban aplicando medidas de confinamiento temporal en las zonas donde se detectaban incrementos de casos.

“El confinamiento "selectivo y dinámico" de Chile, donde el miedo está en un sistema sanitario desigual” por Meritxell Freixas

https://www.eldiario.es/internacional/desigualdad-Aquiles-sistema-chileno-coronavirus_0_1020148319.html

Sin embargo, en mayo la situación se descontrola y la incidencia aumenta espectacularmente. El escándalo es tan grande que ha dimitido su ministro de Salud, Jaime Mañalich que es médico y con un máster en Health Research Methodology por la University McMaster de Canadá. Así que a pesar de su sólida formación en epidemiología ha sido incapaz de gestionar la situación al superar los 180.000 casos y más de 3.300 muertos. Ojo al dato que la prevalencia acumulada en estos momentos es de 9.652 casos por millón de habitantes (España está en 6.233 y somos los líderes europeos... descontando los micropaíses). Y la situación es incluso peor que en Brasil.

“Chile cambia el ministro de Salud para enfrentar la etapa más dura de la pandemia” por Meritxell Freixas

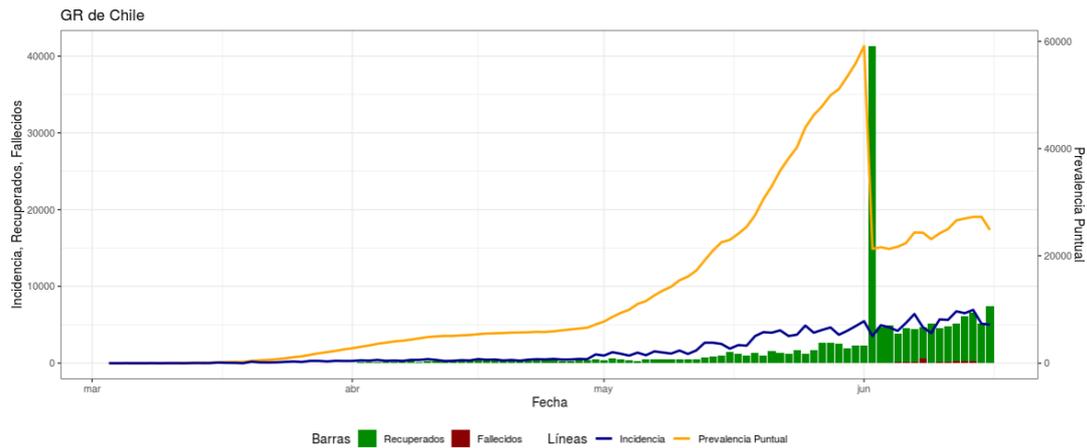
<https://www.publico.es/internacional/emergencia-coronavirus-chile-cambia-ministro-salud-enfrentar-etapa-dura-pandemia.html>

El principal problema que ha tenido es que su enfoque de confinamiento parcial no ha funcionado bien, y desde el 15 de mayo ha tenido que poner en cuarentena total a la capital, y por si fuera poco resulta que acaban de descubrir que se les había notificado 2.000 muertos, y en la siguiente noticia también hablan de otro “olvido” de 31.412 casos, lo que situaría a Chile con más de 210.000 casos y 5.300 muertos, y la prevalencia se dispararía a casi 11.000 casos por millón de habitantes.

“Chile halla 31.412 casos de COVID-19 que no había contabilizado hasta ahora” por EFE

<https://www.efe.com/efe/america/sociedad/chile-halla-31-412-casos-de-covid-19-que-no-habia-contabilizado-hasta-ahora/20000013-4273116#>

En la GR de Javier vemos una actualización de datos a principio de junio que distorsiona un poco la gráfica (y con la próxima actualización de datos va a ser peor todavía), pero podréis comprobar que ha estado desde el primer caso a principio de marzo en un canal endémico hasta el 15 de mayo, que es cuando empiezan los problemas de verdad.



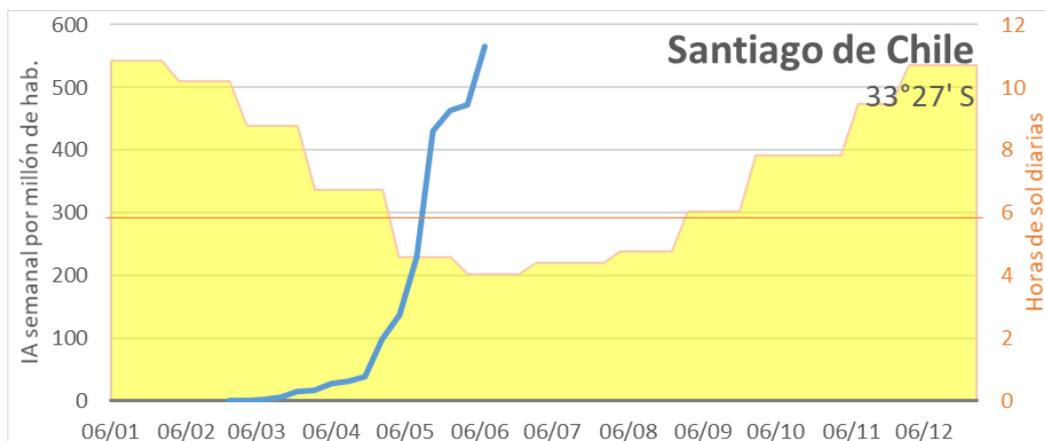
Fuente: https://jgomezarrue.shinyapps.io/Covid19_Follow_Up/

La segunda gráfica prometida es la evolución de la gripe común en Chile (y Argentina) y se ve claramente la evolución estacional, y la pregunta es si este brote chileno era lo esperable al llegar la temporada de gripe.



Fuente: http://prensa.unizar.es/noticias/2006/200616_z0_m4.pdf

En la tercera gráfica solo he seleccionado la capital chilena para poder comparar con las horas de radiación solar (Chile es un país muy grande y hay mucha variación). Y vemos que, mientras las horas de sol estaban por encima de 6-8, la covid-19 estaba "portándose bien", pero en el momento que empieza a haber menos horas de luz solar (no confundir con la duración de los días, aunque está correlacionado) se disparan los nuevos casos.



Vamos con Perú, otro país sudamericano donde el impacto de la covid-19 está siendo particularmente alto (un poco menos que Brasil). Llevan ya 237.156 casos (7.197 por millón) y 7.056 muertes.

En su caso también empezaron los primeros casos a principios de marzo y rápidamente adoptaron medidas de confinamiento similares a las españolas (y prácticamente a la vez). Sin embargo, la situación actual no tiene nada que ver y lo están pasando realmente mal. El problema principal es la gran cantidad de gente que vive “al día” y tiene que salir a trabajar y a vender sus productos para poder comer cada día, además de que se está produciendo la migración hacia los pueblos desde Lima lo que está contribuyendo a la propagación del virus.

“El fatídico caso de Perú: hacerlo 'todo bien' contra el covid-19 y ser de los más afectados” por Héctor Estepa

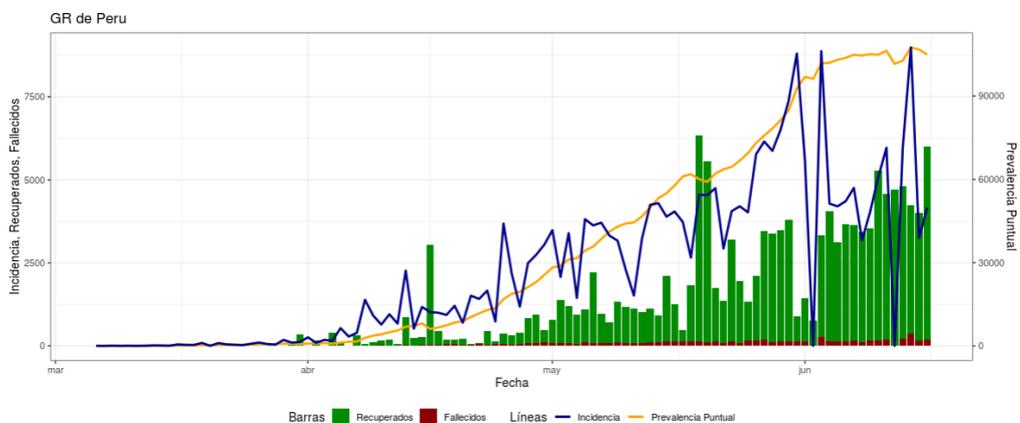
https://www.elconfidencial.com/mundo/2020-06-09/coronavirus-peru-estrategia_2626559/

“Perú roza los 230.000 casos de COVID-19 y se acerca a las cifras de Italia y España” por EFE

<https://www.20minutos.es/noticia/4291566/0/peru-roza-los-230-000-casos-de-covid-19-y-se-acerca-a-las-cifras-de-italia-y-espana/>

Vamos a intentar comprender un poco mejor su situación mirando las gráficas. La GR una situación similar a la de Chile (aquí la escala es diferente ya que no hay esa distorsión). Y veréis que hasta principios de mayo la epidemia estaba casi controlada y que en marzo y abril el confinamiento había dado resultado. Sin embargo, con las medidas de confinamiento activas se dispara la prevalencia.

Hay algunas variaciones importantes a mitad de junio al endurecer las medidas de confinamiento, pero que vuelve a repuntar al volver a la calle los vendedores ambulantes. Las veces que he estado en Lima he podido comprobar que casi se puede hacer la compra diaria al parar en cada semáforo (en uno te venden fruta, en otro papel higiénico, en el siguiente semáforo te ofrecen productos de limpieza, helado, hielo, golosinas...).



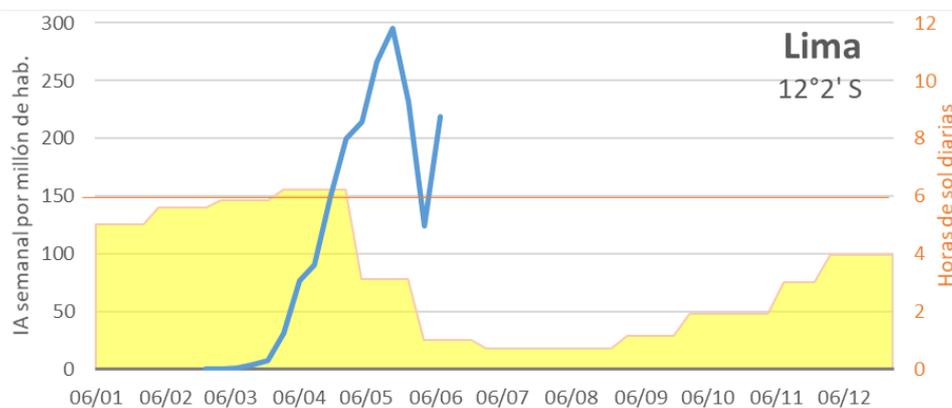
Fuente: https://jgomezarrue.shinyapps.io/Covid19_Follow_Up/

Vamos con la gráfica de la gripe de Perú y el comportamiento estacional desaparece. Este país está más cerca del trópico y las variaciones estacionales no son tan marcadas, así que tiene gripe durante todo el año (un poco más alta de abril a octubre).



Fuente: http://prensa.unizar.es/noticias/2006/200616_z0_m4.pdf

Y vamos con la gráfica de la incidencia solapada con las horas de luz solar diaria pero sólo correspondiente a la capital. La covid-19 estuvo en niveles mínimos hasta que empezaron a acortar los días, y ahora (a pesar de esa bajada puntual) la incidencia está disparada. Quizás os sorprenda las pocas horas de luz que tienen en Lima, allí los días tienen casi la misma duración todo el año, pero quien haya estado habrá podido comprobar que está todo el día con una neblina que te impide ver el sol. Así que a pesar de sus bonitas playas no esperéis encontrar las mismas condiciones que en el Caribe.



Afortunadamente en ambos casos la mortalidad y la letalidad están siendo inferiores a las registradas en España. Aprovecho para mandar un saludo a los buenos amigos de Chile y Perú y desearles que la situación mejore pronto.

Parte de esto lo conté ayer en un artículo a doble página en el suplemento Tercer Milenio del Heraldo de Aragón, así que para no tenerlo que escribir aquí de nuevo os recomiendo que le echéis un vistazo para conocer mis argumentos sobre la posibilidad de que la covid-19 siga un patrón estacional.

“Llega el verano > ¿Será la covid-19 una enfermedad estacional?” por Nacho de Blas
http://prensa.unizar.es/noticias/2006/200616_z0_m4.pdf

La gráfica de Santiago de Chile está actualizada con los datos de ayer y la de Lima no salía en el artículo.

A los dos días de escribirlo cayó en mis manos este artículo sobre el efecto de la luz solar (simulada) en la viabilidad del virus (tanto en cultivos como en saliva artificial). El estudio no lo hacen unos investigadores universitarios ansiosos de publicaciones y de proyectos... sino investigadores del National Biodefense Analysis and Countermeasures Center (NBACC).

Schuit M, Ratnesar-Shumate S, Yolitz J, Williams G, Weaver W, Green B, Miller D, Krause M, Beck K, Wood S, Holland B, Bohannon J, Freeburger D, Hooper I, Biryukov J, Altamura LA, Wahl V, Hevey M, Dabisch P. **Airborne SARS-CoV-2 is Rapidly Inactivated by Simulated Sunlight.** *The Journal of Infectious Diseases*, 2020, Doi 10.1093/infdis/jiaa334
<https://academic.oup.com/jid/advance-article/doi/10.1093/infdis/jiaa334/5856149>

Yo no había oído hablar de ese centro en mi vida. Pero es que allí trabajan 180 investigadores y fue creado en 2001 para dar respuesta a los ataques bioterroristas con ántrax, y ahora se dedican a evaluar amenazas bioterroristas. Forma parte de un campus localizado en Fort Detrick (Maryland) denominado National Interagency Biodefense Campus (NIBC) en el que también tienen instalaciones y laboratorios el ejército (US Army), el sistema de salud (National Institutes of Health) y los servicios veterinarios del USDA (US Department of Agriculture).

Por cierto, el NBACC depende del US Department of Homeland Security... el mismo al que pertenece el servicio secreto de los EEUU y otras agencias importantes.

Con esos antecedentes lo que me extraña es que les haya permitido publicar este estudio. Han mirado cuanto tardan en inactivarse el 90% de los virus presentes en superficies a 20°C y con distintas condiciones de humedad (que ha resultado que no influye), sometiendo a distintas condiciones de radiación solar simulada en función de la época del año. En condiciones de oscuridad se tardan 125 minutos en que se inactiven el 90% (con una radiación de 0,008 min⁻¹), al subir a condiciones de luz invernal (0,121 min⁻¹) se consigue el mismo nivel de inactivación en 19 minutos, y con luz de verano (0,379 min⁻¹) baja a 6 minutos.

Blanco y en botella... más claro no puede estar.

Voy ahora con un artículo publicado en la prensa ecuatoriana (donde la covid-19 también ha golpeado con fuerza especialmente Guayaquil y Quito). Allí explican perfectamente un factor fundamental para entender por qué los casos ahora son más leves... porque hay menos carga viral ambiental. Y eso se logra de varias formas: luz solar y actividades al aire libre, reducción del número de personas en espacios cerrados, y uso de EPI (mascarillas).

“La carga viral varía según la exposición” por Andrea Rodríguez

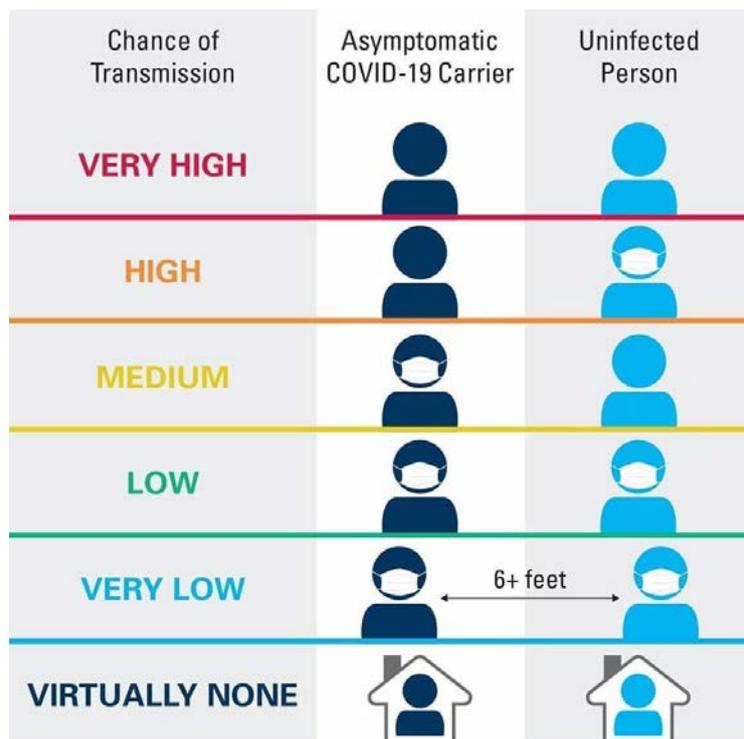
<https://www.elcomercio.com/tendencias/carga-viral-varia-exposicion-coronavirus.html>

El mundo es un pañuelo, porque uno de los médicos citados en la noticia es Fabricio González, al que conocí cuando hizo su tesis doctoral en la Universidad de Zaragoza en 2006 bajo la dirección de mi amiga Begoña Martínez Jarreta, e incluso tenemos en común un par de comunicaciones a congresos.

Sobre el tema de las mascarillas me ha encantado una infografía que me ha mandado Manuel Vencejo (desde luego estas reflexiones no serían lo mismo sin sus contribuciones). La infografía la publica Michael R. Anderson en su cuenta de Twitter, un pediatra americano, sin citar su procedencia.

“Masks and social distancing are more important than ever” por Michael R. Anderson

<https://twitter.com/MikeAndersonMD/status/1272162975940370432>



Fuente: <https://twitter.com/MikeAndersonMD/status/1272162975940370432>

La siguiente noticia trata de los cambios de opinión del ministro Castells (va camino de recibir el código 5D bis) sobre la forma de impartir la docencia universitaria en el próximo curso.

“Manuel Castells rectifica su protocolo de vuelta a la universidad un día después de difundirlo”
por Olga R. Sanmartín

<https://www.elmundo.es/espana/2020/06/16/5ee7b258fdddf284d8b46da.html>

Después de todo lo que he comentado anteriormente, me parece que la propuesta de una **docencia alternada** (una semana la mitad de los alumnos en casa y la otra mitad atienden por videoconferencia, y a la semana siguiente cambia), me parece un despropósito. Más que docencia alternada, yo lo considero **docencia alterada**.

O quizás le cuadre más el término de **docencia adulterada**.

No veo que apliquen las mismas medidas en fábricas, comercios, hospitales, etc. Esta vez me voy a mojar con una propuesta. Lo normal sería volver a la universidad a reanudar la actividad docente normal, pero con dos medidas adicionales y un plan B. Me explico:

- Medida 1. Uso de mascarillas (para evitar mantener el 1,5 m de separación interpersonal, que antes eran 2 m y que bajará a 1 m en cualquier comentario) y desinfección de manos a la entrada a las aulas
- Medida 2. Ventilación y desinfección de las aulas cuando haya cambio de grupo docente (o cada 6 horas, por ejemplo). Se puede hacer fácilmente con lámparas ultravioletas UV-C (las mismas que usamos en nuestros laboratorios de prácticas y de investigación). Media hora podría ser suficiente para desinfectar las superficies y el aire. El coste de una lámpara está entre 8 y 50€ según la potencia, y habría que instalar varias por aula en función de su superficie y altura del techo. Y muy importante, tener interruptores bloqueados para que solo personal autorizado pueda encenderlas tras comprobar que el espacio a desinfectar está vacío y bloquear su acceso hasta su apagado.
- Plan B. Si hay un rebrote importante en algún centro (que muy probablemente lo habrá en cuanto llegue octubre o noviembre) habrá que cerrar las aulas y tener identificadas las actividades docentes que se pueden impartir de forma telepresencial (e incluso adelantarlas para luego tener tiempo para recuperar las actividades presenciales canceladas).

Pero dar la docencia alternada me parece demencial. O todo o nada. Las técnicas pedagógicas para una clase presencial y una no presencial son muy diferentes, y no veo viable dar una docencia de calidad con el sistema propuesto.

Esto se me está alargando mucho hoy, y todavía tengo muchas noticias que contar. Voy a abreviar un poco, y me paso al tema de los rebotes.

En primer lugar, la noticia de la reintroducción del virus en Nueva Zelanda después de conseguir erradicarlo. Si eso ocurre en las antípodas en unas islas con accesos perfectamente controlados imaginad lo que puede ocurrir en España. Y menos mal que las han detectado a tiempo.

“La historia de cómo dos mujeres llegadas de Reino Unido llevaron de nuevo el virus a un país que lo había eliminado” por Charlotte Graham-McLay

https://www.eldiario.es/theguardian/Nueva-Zelanda-coronavirus-Reino-Unido_0_1038696441.html

Aquí por Barajas están entrando decenas de enfermos (ya no os cuento la cantidad de infectados asintomáticos que han podido llegar). Lo alucinante del tema es que la Comunidad de Madrid ha protestado por el riesgo que conlleva de propagación del virus entre los madrileños. No veo que

estuvieran tan preocupados con la salida masiva de madrileños a sus segundas residencias durante el periodo de confinamiento. Ávila, Segovia, Soria y Salamanca siguen en fase 2 por sus “escapaditas”, y luego se quejan cuando se habla de “madrileñofobia”.

“La Comunidad de Madrid alerta de que están recibiendo por Barajas casos de países con pico de pandemia elevado” por Europa Press

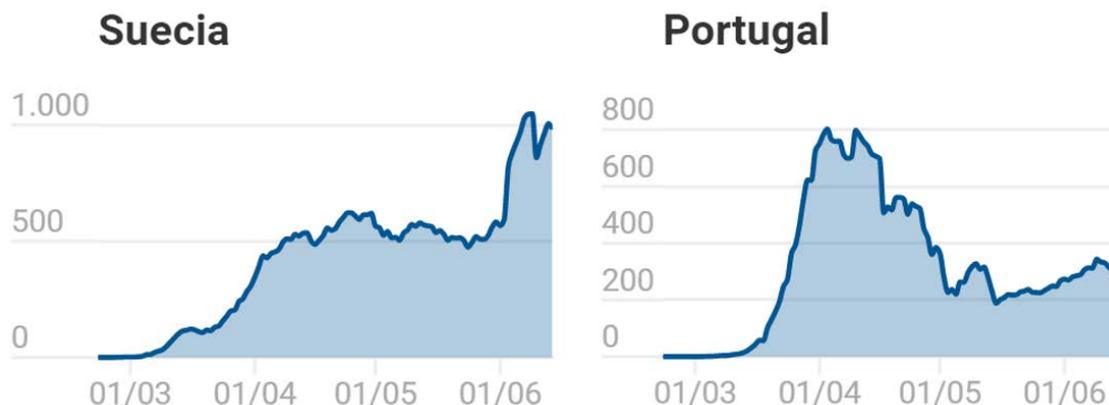
<https://www.20minutos.es/noticia/4291362/0/comunidad-madrid-alerta-recibiendo-barajas-casos-paises-pico-pandemia-elevado/>

En la siguiente noticia hablan precisamente del estado en el que se encuentra la covid-19 en los distintos países que en breve nos empezaran a mandar turistas (también sirve en sentido inverso).

“Así está la pandemia en los países de origen de los turistas que pueden visitar España desde el 21 de junio” por Iciar Gutiérrez y Raúl Sánchez

https://www.eldiario.es/internacional/epidemia-COVID-19-paises-visitar-Espana_0_1038346654.html

Pero lo que más me ha preocupado son las curvas de Suecia y Portugal. En Suecia los casos se han disparado sin llegar a controlarse como en el resto de Europa, y en Portugal que lo había controlado bastante bien parece que han tenido un rebrote importante (sobre todo Lisboa y Oporto) al que habrá que estar atentos. Por si alguien no tenía todavía claro que tenemos todas las papeletas para una onda secundaria en octubre-noviembre (o incluso antes).



Fuente: https://www.eldiario.es/internacional/epidemia-COVID-19-paises-visitar-Espana_0_1038346654.html

No soy el único que lo piensa y desde el equipo PANDA advierten que puede haber un rebrote en julio y que se tendría que volver a activar el estado de alarma. Desde luego llegan tarde con la estrategia de acojonar al personal, sobre todo con la evolución tan excelente que están teniendo las curvas epidémicas españolas. Que llevamos 10 días sin muertos según las estadísticas oficiales.

“Illa advierte: ‘Si hay brotes que no se pueden controlar, tendremos que volver a utilizar el estado de alarma’” por L. B., K. B., M. M., L. G. y Á. A.

<https://www.20minutos.es/noticia/4294267/0/ultimas-noticias-coronavirus-desescalada-contagiados-muertos-recuperados/>

Y termino con el brote de Pekín. Eso no es un brote ni es nada. En España ayer tuvimos 76 nuevos casos (42 en Madrid), y 4.315 casos en los últimos 14 días... Allí hablan de 79 casos en los últimos días (con una población de 21,5 millones de pequineses, aunque en otra noticia hablan de 106 casos en 5 días)... y le echan la culpa a un salmón importado de Europa. No puede ser más surrealista. Lo normal es que haya sido cualquiera de los cientos de viajeros que llegan a la ciudad cada día... sería recomendable que aplicaran la navaja de Occam.

“China cree que un salmón importado desde Europa podría ser el origen del rebrote de coronavirus en Pekín” en 20 minutos

<https://www.20minutos.es/noticia/4292527/0/china-cree-que-un-salmon-importado-desde-europa-podria-ser-el-origen-del-rebote-en-pekín/>

Y en la recta final, tres noticias sobre tratamientos contra la covid-19. El primero es un antibiótico usando normalmente para tratar salmónidos. Se trata de una quinolona de 2º generación que han seleccionado “in silico” en la Universidad Rovira i Virgili y luego han demostrado “in vitro” que puede inhibir la proteína M-pro que determina la capacidad de replicación del virus. Ahora habrá que pasar a la evaluación “in vivo”.

“El antibiótico veterinario Sarafloxacin frena la replicación del Covid-19” en Animal’s Health

<https://www.animalshealth.es/profesionales/antibiotico-veterinario-sarafloxacin-frena-replicacion-coronavirus-covid-19>

El siguiente tratamiento es la dexametasona para reducir la mortalidad de los pacientes con sintomatología respiratoria grave. La University of Oxford lo ha comunicado a través de una nota de prensa que os pongo traducida al castellano (gracias a Manuel por el enlace):

“La dexametasona redujo la mortalidad por COVID-19” por University of Oxford

<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=96275>

Básicamente lo que dicen es que disminuye algo la mortalidad de pacientes con ventilación y oxigenación al aplicarles Dexametasona. En los que no necesitaron ayuda respiratoria no se observa una reducción significativa de la mortalidad. El estudio se ha hecho con 2.104 pacientes tratados de forma aleatoria con dexametasona y 4.321 sin tratar. Dan pocos datos (habrá que esperar al artículo científico completo), pero no es para echar las campanas al vuelo.

Lo que han logrado es bajar de 41% al 26,7% la mortalidad en los pacientes con respiradores, y según sus cálculos (a mí me salen otros números distintos, pero será porque no tengo los datos originales), eso supone una NNT igual a 8. El NNT es el número necesario para tratar, y se calcula como el inverso del riesgo atribuible (que a su vez es la diferencia entre la incidencia entre los dos grupos evaluados). Y se interpreta de la siguiente manera: por cada 8 pacientes con ventilación asistida que se tratan con dexametasona a dosis bajas se evita 1 muerte (a mí me salen 6,9).

En el grupo de pacientes con oxígeno la mortalidad bajaría de 25% a 20%, y la NNT es de 25 (20 según mis cálculos, pero seguro que están mal). Es decir, se evita 1 muerto por cada 25 tratados.

En el grupo de pacientes sin asistencia respiratoria (que son la mayoría) no se registra un cambio significativo, que según los datos de la nota de prensa pasaría del 13% al 15,9% (ojo, que aumentaría la mortalidad en esos casos).

Así que creo que la noticia es excesivamente triunfalista.

Y ya termino (de verdad) con un artículo que me habéis enviado varios de vosotros sobre el LancetGate y que está firmado por los investigadores españoles que fueron de los primeros en alertar sobre la falsedad de los estudios sobre la hidroxiclороquina.

“El escándalo del #LancetGate y la hidroxiclороquina: una llamada de atención sobre las publicaciones científicas” por Carlos Chaccour, Alberto García-Basteiro y Joe Brew

<https://www.agenciasinc.es/Opinion/El-escandalo-del-LancetGate-y-la-hidroxiclороquina-una-llamada-de-atencion-sobre-las-publicaciones-cientificas>

Además de un repaso cronológico de los hechos claves del escándalo, resumen al final en cuatro puntos los motivos: desequilibrios entre el rigor de la revisión y la velocidad de publicación, el afán de notoriedad de algunos investigadores, la intención de influir en decisiones en política sanitaria y la perversidad de sistema editorial que siguen las publicaciones científicas.

Os copio literalmente el párrafo relativo a este último punto:

“La industria de la publicación científica se ha convertido en un negocio rocambolesco. Es posiblemente el único negocio del mundo en el que los consumidores, (a) envían la materia prima de forma gratuita a la industria (las revistas y las editoriales), (b) contribuyen gratuitamente al procesamiento de la materia en su trabajo como editores asociados, (c) realizan el control de calidad mediante revisiones por pares y finalmente (d) pagan por ver el producto final publicado, ya sea mediante las tasas de open access o mediante suscripciones a las revistas.”

Aquí termino por hoy. Un abrazo muy fuerte a todo el mundo y hasta el domingo.

Y que me perdone mi compañero Agustín por los 84 mensajes de hoy.

Este documento es la transcripción casi literal de mensajes enviados por WhatsApp a colegas y amigos, tan sólo se han corregido algunas faltas ortográficas. No pretende ser ningún documento de referencia, sino tan sólo unas reflexiones personales sobre la evolución de la epidemia de COVID-19 en tiempo real. Los datos y resultados que aquí se muestran no han sido sometidos a ninguna revisión por pares, y puede haber errores involuntarios o por causas ajenas a mi voluntad.



Este documento se distribuye bajo [licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 España](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/)