

## La Pandemia causada por el Covid-19

La expansión del Covid19, detectado en la ciudad china de Wuhan a finales de 2019 sigue avanzando, si bien de forma desigual, por todo el mundo. El día 15 de abril de 2020, casi 2 millones de personas en más de 180 países habían sido diagnosticadas y más de 125.000 habían fallecido.

Sobre las manifestaciones clínicas de la infección, las medidas de protección individual y colectiva y el desarrollo de la pandemia a nivel mundial y en cada uno de los países, se puede consultar la página electrónica de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>), así como las secciones correspondientes de muchos diarios de amplia difusión.

Desde el punto de vista de los dispositivos de salud pública, la pandemia por Covid19 se ha caracterizado por una rápida capacidad de expansión, un periodo de incubación superior a las dos semanas, un alto porcentaje de casos asintomáticos o con sintomatología leve que son transmisores de la enfermedad, una elevada letalidad (15-20%) en determinados grupos poblacionales (personas mayores de 65 años o que padecen patologías previas -hipertensión, diabetes, enfermedades cardio-respiratorias- o están inmunodeprimidas), una escasa afectación de los menores de 20 años, y la ausencia de tratamientos específicos y vacunas.

Los pacientes con afectación moderada o severa suelen requerir tratamiento hospitalario, con frecuencia en unidades de cuidados intensivos, y pueden fallecer a consecuencia de afectación pulmonar masiva, de coagulación intravascular diseminada, de complicaciones bacterianas asociadas a la enfermedad y/o de un agravamiento súbito de la enfermedad preexistente.

Las dos características más destacadas de esta pandemia (alta capacidad de contagio mediante gran número de portadores asintomáticos o con síntomas leves y elevada letalidad en las personas mayores de 65 años), la han hecho difícil de contener. Sobre todo, al principio de su diseminación cuando muchas de las características epidemiológicas y clínicas del virus eran aún poco conocidas.

En ausencia de vacuna, en la que se está ya trabajando, los países han adoptado estrategias de desinfección de espacios públicos, higiene de manos, restricción de aglomeraciones masivas y de desplazamientos individuales, confinamiento poblacional de zonas enteras, cierre o estricto control de las fronteras, así como detección temprana y aislamiento de enfermos, portadores y contactos. También

se han reforzado urgentemente los servicios de salud, en particular las unidades de cuidados intensivos, movilizando para ello ingentes recursos humanos y tecnológicos en muy poco tiempo.

Estas estrategias se han implantado de forma variable y no bien coordinada a medida que la pandemia se iba extendiendo primero en varios países de Asia (China, Corea, Singapur, Irán, Taiwán, Japón), y a partir de febrero en varios países de Europa (Italia, España, Suiza, Francia, Bélgica, Alemania, Reino Unido y otros). En Asia el uso de mascarillas individuales ha sido generalizado desde el principio, no así en Europa o en Estados Unidos.

Pero mientras a finales de marzo en China, Corea y otros países de Asia esas estrategias daban rápidamente fruto, y la vida y los desplazamientos interiores de personas comenzaban poco a poco recuperarse, la pandemia ha seguido continuado golpeando con especial virulencia a varios países europeos y, un poco después, a los Estados Unidos de Norteamérica. De hecho, desde la segunda semana de abril, los Estados Unidos es el primer país del mundo en número de casos notificados y de fallecidos.

Sobre los orígenes, la diseminación y las respuestas adoptadas por los países y también a nivel mundial para hacerle frente se ha debatido y se seguirá debatiendo durante los meses y años por venir. Por ejemplo, un análisis cronológico de las actuaciones desarrolladas sugiere que la OMS reaccionó tarde y actuó despacio<sup>1</sup>. Sin embargo, el reciente anuncio del presidente de los Estados Unidos de retirar la financiación a la OMS parece más bien una estrategia destinada a desviar la atención de sus propias responsabilidades durante los dos meses en que estuvo restando importancia a los efectos de la epidemia en su país. En cualquier caso, ya nadie duda de que la primera gran pandemia global del siglo XXI tendrá un impacto duradero sobre los sistemas de salud, la vida social, las costumbres y la economía, tanto en el nivel de los países como a escala mundial.

---

<sup>1</sup> Miguel A. Muñoz Encinas. *El tiro en el pie de la OMS en la gestión del coronavirus*. SER, 14/04/2020. China comunicó a la OMS el primer caso el 31 de diciembre de 2019 y la OMS declaró emergencia global el 30 de enero. Todavía el 1 de febrero la OMS sostenía que la transmisión del coronavirus entre humanos era muy rara. Y no declaró la pandemia global hasta el 11 de marzo cuando la pandemia afectaba a muchos países y se extendía incontenible por varias regiones de Italia y de España.

## La respuesta a la pandemia en Europa.

Todavía a mediados de febrero, las autoridades sanitarias europeas no habían emitido recomendaciones claras y la percepción social del riesgo seguía siendo baja. En esas fechas, la presidenta de la Comisión Europea encontraba tiempo para viajar a Grecia y alentar a las autoridades a contener una nueva avalancha de refugiados procedentes de Turquía, pero no había realizado una sola declaración sobre la pandemia. Poco después, ya en pleno brote epidémico, el presidente de la República italiana se quejaba de la falta de apoyo de la Unión Europea para hacer frente a la situación.

También se han alzado voces criticando la tardanza de los expertos y científicos europeos en sacar las conclusiones adecuadas del brote en China<sup>2,3</sup>. Y en casi todos los países, los partidos de oposición y muchos medios de prensa han criticado la tardanza de las autoridades en adoptar las medidas adecuadas<sup>4</sup>.

No es fácil evaluar si este tipo de críticas están plenamente justificadas. Existe la impresión generalizada de que la respuesta sanitaria de la Unión Europea, que tiene un Comisario de Salud con competencias en los asuntos de salud pública que afectan a más de un estado miembro, ha sido pobre y tardía, lo que parece haber contribuido a la dimisión del presidente del Consejo Europeo de investigación<sup>5</sup>. Un estudio comparativo sobre el tipo de las medidas de confinamiento establecidas el momento en que fueron adoptadas, muestra que los primeros países en reaccionar fueron Italia y España<sup>6</sup> y que los demás actuaron más tarde y con menor contundencia.

El 7 de marzo, Italia cerró las dos regiones del norte más afectadas (Lombardía y Véneto). España declaró el estado de alarma el 14 de marzo y el 16 Italia extendió las medidas de confinamiento a todo el país.

Sin embargo, las diferencias de casos registrados y muertes producidas entre unos países europeos y otros siguen siendo muy llamativas. Alemania y los países centroeuropeos y escandinavos muestran un menor grado de afectación que los tres grandes países del sur y el Reino Unido, lo cual probablemente es el resultado de dinámicas epidemiológicas y poblacionales, y de formas de

---

<sup>2</sup> Juan Martínez Hernández. *Cerrar un país no basta*. El Mundo, 18/03/2020

<sup>3</sup> Richard Horton. *La gestión del coronavirus es uno de los mayores fracasos en las políticas científicas de nuestra generación*. eldiario.es, 11/04/2020

<sup>4</sup> Juan Luis Cebrián. *Un cataclismo previsto*. El País, 23/03/2020.

<sup>5</sup> Pier Marco Tacca. *Dimite el jefe del Consejo Europeo de Investigación por sus discrepancias en la gestión de la crisis de la Covid-19*. El País, 08/04/2020.

<sup>6</sup> Jaime Y. Aroca. *¿Realmente llegamos tarde al estado de alarma?* La Vanguardia. 1/04/2020

enfrentar las fases iniciales de la pandemia, muy distintas<sup>7</sup>. Lo que parece ser también los casos de Portugal<sup>8</sup> y de Grecia<sup>9</sup>, dos países que sacaron rápidamente lecciones de lo que empezaba a ocurrir en España e Italia..

## La respuesta a la pandemia en España

El 31 de enero se confirmó el primer caso (importado) en suelo español. En febrero se detectaron los primeros casos autóctonos, poco después que en Italia. Pero no fue hasta primeros de marzo cuando los diagnósticos empezaron a aumentar de forma exponencial. Se ha argumentado que una de las razones de la tardanza en detectar el alcance de la pandemia entre la población fue que el Covid19 se expandió durante la temporada de gripal estacional y gran número de casos leves autóctonos fueron confundidos con gripes corrientes, mientras las autoridades seguían pendientes de detectar y asilar casos importados de China primero y de Italia después.

A finales de febrero se hizo evidente que en varias Comunidades Autónomas (Madrid, País Vasco, la Rioja) la situación estaba empeorando y unos días después se decidió pasar de la inicial estrategia de contención a otra de mitigación de la epidemia en esas Comunidades.

Durante las primeras dos semanas de marzo, la pandemia siguió expandiéndose y se adoptaron algunas medidas. Sin embargo, se siguieron celebrando eventos masivos, tanto en España como en Italia, y continuó habiendo un importante flujo de personas entre ambos países.

En España las capacidades para actuar en estas situaciones están repartidas entre el Gobierno central, las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos de cuyos respectivos gobiernos forman parte casi todos los partidos políticos con representación en el Parlamento español. Un análisis cronológico de las medidas adoptadas revela que la Comunidades Autónomas actuaron al mismo tiempo que el Gobierno Central<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> Ester Samper. *Las razones que explican por qué la epidemia de Covid19 “explotó” en España*. eldiario.es, 10/04/2020

<sup>8</sup> Francisco Javier Martín del Barrio. *Portugal, los suecos del sur*. El País, 12/04/2020.

<sup>9</sup> Gabriel Morales. *El milagro de Grecia: el país que cerró el paso al coronavirus tras el primer muerto*. espanol.com. 15/04/2020

<sup>10</sup> A. Moreno. *Todos culpables, todos inocentes: así reaccionaron las autonomías frente al Covid19*. Público. 07/04/2020

Finalmente, el 14 de marzo el gobierno español declaró el estado alarma que, entre otras cosas, estableció el cierre de fronteras, la cancelación de espectáculos, la paralización de la actividad presencial en el sistema educativo, la prohibición de cualquier concentración de personas, el cierre de restaurantes, hoteles, bares y comercios (excepto los dedicados a la venta de productos esenciales), así como un estricto confinamiento de la población en sus hogares.

Este confinamiento, uno de los más estrictos de Europa, se vio reforzado a partir del 30 de marzo con una “congelación” de las actividades productivas no esenciales por espacio de dos semanas, que ha reducido a mínimos inimaginables hasta hace poco tanto la movilidad de las personas como la circulación de los vehículos de transporte públicos y privados.

La razón aducida para este esfuerzo adicional fue abatir aún más rápidamente la velocidad de propagación del virus para “proteger” de ese modo al sistema de salud, y en particular a las unidades de cuidados intensivos de la sobrecarga asistencial derivada de la atención de los casos más graves. De hecho, durante la tercera y cuarta semana de marzo, pese al rápido incremento de la capacidad de esas unidades, varios hospitales de las Comunidades Autónomas más golpeadas (Madrid y Cataluña principalmente) se hallaban al borde del colapso<sup>11</sup>.

El 8 de abril, al final del periodo de “congelación”, los efectos positivos de esta medida se hacían ya evidentes: bajaban sustancialmente el ritmo de nuevos contagios, el número de personas ingresadas en las unidades de cuidados intensivos y el número diario de muertes, y se incrementaba el número de personas curadas.

A ello han contribuido el esfuerzo denodado del personal de salud, el apoyo de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado y de otros servicios esenciales (fuerzas armadas, bomberos, empleados de los sectores que se han mantenido trabajando) y, muy especialmente, la notable disciplina de la gran mayoría de los ciudadanos que han acatado ejemplarmente las medidas de confinamiento y se han quedado en casa.

Desde su adopción, el estado de alarma se ha prorrogado ya en dos ocasiones, su vigencia está prevista hasta el 26 de abril y no se descarta que deba ser prorrogado una vez más antes de su vencimiento.

---

<sup>11</sup> Conviene recordar que, debido a las políticas de ajuste aplicadas para responder a la crisis económica de 2008, el gasto público en salud y en otros servicios públicos, se contrajo abruptamente desde 2010. Durante varios años el sistema público de salud perdió miles de trabajadores y la inversión en salud y en servicios de salud se redujo de forma significativa. Algo que solo en parte había empezado a recuperarse a partir de 2018

## ¿Cómo abordar el “deshielo” primero y el des confinamiento después?

Este es un tema crucial que, antes o después, se verán forzados a afrontar aquellos países (o regiones) donde se hayan aplicado medidas de confinamiento poblacional. Para responder a esta pregunta en España, hay que comprender antes varias cosas.

La primera es que, como se ha señalado, en España la gestión del Sistema Nacional de Salud corresponde a las Comunidades Autónomas y que la declaración del estado de alarma no modifica esta situación. El decreto que lo establece delega en el presidente de cada Comunidad las facultades que se otorgan al Gobierno central para la gestión de la pandemia en el ámbito de su respectivo territorio.

En circunstancias habituales, la coordinación de las acciones salud pública y otras relevantes de política sanitaria, se realiza en el Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud, formado por el Ministro de Salud y los consejeros de salud de las Comunidades Autónomas. Aunque sus decisiones no son formalmente vinculantes, suelen ser seguidas por casi todas ellas. Durante la presente crisis, este Consejo se ha reunido de manera telemática en al menos tres ocasiones, pero su papel parece haber quedado algo disminuido. En este marco, el Gobierno central puede, y así lo ha hecho (por ejemplo, integrando el dispositivo asistencial privado en los servicios regionales públicos de salud, habilitando la contratación de personal sanitario adicional, comprando insumos o movilizándolo los recursos sanitarios de las fuerzas armadas) complementar las actuaciones de las Comunidades Autónomas, pero no sustituirlas. A estos efectos, España funciona como un país cuasi federal.

En segundo lugar, al igual que en otros países europeos (Italia, Francia, Bélgica) un porcentaje sustancial (30-35%) de los fallecimientos registrados se han producido entre personas mayores ingresados en centros residenciales, de modo que proteger a quienes viven y trabajan en ellas (lo mismo que al personal de los servicios de salud) se ha convertido en una prioridad. La supervisión de las residencias de mayores y de otros centros sociosanitarios (y la gestión de aquellos que son de titularidad pública) corresponde exclusivamente a las Comunidades Autónomas. El estado de alarma ha facultado que los gobiernos autonómicos puedan intervenir las residencias privadas cuando la situación así lo requiera, lo que se ha hecho en varias ocasiones. El Gobierno central ha actuado allí donde sido requerido por sus propietarios, por los ayuntamientos o por los gobiernos autonómicos para labores de desinfección o para garantizar los suministros.

En tercer lugar, la expansión de la pandemia ha seguido un ritmo diferente de unas Comunidades Autónomas a otras. Desde el principio, hubo Comunidades (Madrid, País Vasco, La Rioja, Navarra, Cataluña) que sufrieron una expansión muy rápida mientras en otras (Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Galicia, Murcia) el ritmo de expansión ha sido más lento, situándose el resto de Comunidades en una posición intermedia. Estas dinámicas, debidas en parte a factores geográficos, poblacionales, y también a la respuesta inicial a los primeros casos detectados, han variado relativamente poco hasta ahora.

Y en cuarto lugar que, si bien las medidas aplicadas hasta ahora, en particular el confinamiento domiciliario de la población y la “congelación” de la actividad productiva, han sido duras y costosas, se trata de medidas fáciles de comprender y relativamente sencillas de controlar por quienes deben encargarse de hacerlo, es decir, las policías locales y las cuerpos y fuerzas de seguridad del estado. Sin embargo, diseñar una estrategia para salir de la fase en la que nos encontramos, ajustando el ritmo de salida a la evolución de la pandemia, es mucho más difícil. El riesgo de levantar el confinamiento y recuperar la movilidad demasiado pronto ha sido señalado reiteradamente<sup>12</sup>.

Por último, es evidente que el confinamiento prolongado y la paralización de la actividad productiva ni se pueden ni se deben prolongar más allá de lo necesario, pues, además del gran impacto económico, tienen consecuencias sobre la salud física y mental de la población, así como consecuencias asistenciales sobre el tratamiento de otras patologías distintas a la infección por Covid19, para nada despreciables.

Se trata, por tanto, de una situación nunca antes enfrentada (al menos no desde la pandemia de gripe de 1918) para abordar la cual solo contamos con la experiencia de China y algún otro país asiático, cuyas características demográficas, sociales y políticas son muy distintas a las de España, Italia u otros países europeos.

Todo lo anterior suscitó debates desde finales de marzo sobre cuándo y cómo se debería reiniciar la actividad de un país inicialmente “congelado” hasta el 13 de abril, un asunto sobre el que algunos ya nos pronunciamos a primeros de ese mes<sup>13</sup>, tan pronto se hubo comprobado que el confinamiento estricto empezaba

---

<sup>12</sup> Tedros Adhanom, Director General de la OMS: “Deseamos como el que más ver el fin de los confinamientos, pero si se hace demasiado deprisa puede producirse un repunte mortal”. El País, 10/04/2020.

<sup>13</sup> Daniel López-Acuña, José Martínez Olmos, Alberto Infante Campos. *Garantizar la seguridad sanitaria al des escalar el confinamiento: no tirar por la borda el esfuerzo colectivo*. eldiario.es, 3/04/2020

a dar resultados<sup>14</sup>. En aquel momento apoyamos la decisión gubernamental de ampliar el confinamiento al menos durante dos semanas más y “congelar” la actividad económica no esencial y señalamos que había que empezar a planificar el des confinamiento contando con la mayor participación posible de los gobiernos regionales, las organizaciones científicas y profesionales de salud, los partidos políticos y los agentes sociales.

También indicamos que había que mejorar la información epidemiológica disponible y aumentar la realización de tests serológicos tanto para realizar un cribado poblacional rápido como para la realización de estudios de seroprevalencia que permitieran disponer de una fotografía cierta del grado de presencia del virus en la sociedad para poder planificar con base en esa información las acciones futuras. Señalábamos la necesidad de proteger más y mejor a los trabajadores de salud y a otras personas situadas en la primera línea de lucha contra la epidemia, así como prestar una especial atención a las residencias de ancianos, blindándolas del contacto con el exterior cuando fuera preciso. Y reforzando además la atención primaria de salud para la detección precoz y aislamiento de los casos sospechosos. Sugeríamos por fin, que cada Comunidad Autónoma, con base en elementos comunes proporcionados por el gobierno central, elaborase un plan de desconfinamiento adaptado a las particularidades de la epidemia en su territorio. Por último, llamábamos la atención sobre la necesidad de reforzar la cooperación con la OMS y la Unión Europea en esta materia.

En un artículo inmediatamente posterior<sup>15</sup> insistíamos en aprovechar el tiempo que nos daba la fase de “congelación” para preparar el desconfinamiento y desarrollábamos más en extenso algunos de estos conceptos, sobre todo la importancia de ir centrando cada vez más el control de la fases posteriores de la epidemia en la atención primaria de salud y en el manejo intradomiciliario de los casos leves y asintomáticos, y en el aislamiento de sus contactos, sin descartar el ofrecer opciones alternativas, de carácter voluntario, a quienes no pudieran confinarse en sus domicilios.

---

<sup>14</sup> El porcentaje de crecimiento de casos diagnosticados pasó del 34,5% en la semana del 10 al 15 de marzo, al 3,4% en la semana del 7 al 11 de abril.

<sup>15</sup> José Martínez Olmos, Alberto Infante Campos, Daniel López-Acuña. *Reforzar la atención primaria y la vigilancia epidemiológica para lograr un deshielo sanitariamente seguro*. eldiario.es, 5/04/2020

En nuestro tercer artículo<sup>16</sup> planteábamos una estrategia de des confinamiento por etapas, por grupos poblacionales y por territorios basada en dar pasos sucesivos, evaluar cuidadosamente sus efectos, evitar cualquier falsa sensación de seguridad, y adoptar cautelosamente los siguientes, empezando por los grupos menos vulnerables al tiempo que se protege de forma reforzada a los más vulnerables. Y contando además con mecanismos que permitieran modular y modificar las actuaciones en función de la situación.

Por último, en nuestro cuarto artículo<sup>17</sup>, discutíamos las utilidades de la encuesta de seroprevalencia anunciada por el gobierno y señalábamos sus utilidades en el mediano plazo, así como sus importantes limitaciones para guiar el desconfinamiento, e insistíamos en reforzar la vigilancia epidemiológica y realizar cuantos más pruebas rápidas fueran posibles antes del “deshielo” previsto para el 13 de abril. También discutíamos el uso adecuado de mascarillas en la población general, un tema en el que tanto la OMS como el Centro Europeo de Control de enfermedades acababan de emitir nuevas recomendaciones.

En este punto, conviene insistir en que nunca antes se ha abordado un problema semejante. Las incertidumbres sobre el comportamiento epidemiológico de la pandemia siguen siendo muchas. Nadie puede predecir el efecto que el retorno de unos 4 millones de trabajadores de la industria y de la construcción tendrá sobre ella. Se sabe, sin embargo, que los efectos económicos, sociales y psicológicos del confinamiento poblacional y de la “congelación” de la actividad productiva de las últimas dos semanas están siendo enormes.

El gobierno sostiene que la duración del periodo de “congelación” de los servicios no esenciales (planteada legalmente como un permiso laboral retribuido y recuperable) fue establecida desde el principio y poco objetada cuando se estableció. La actividad laboral regresa, por tanto, a su nivel anterior, correspondiente al estado de alarma, que ya era muy reducido y ha producido una notable disminución de la movilidad y del número de nuevos casos, de la presión sobre el dispositivo asistencial y de la mortalidad. El desconfinamiento solo se iniciaría, si es el caso, a partir del próximo día 26 de abril.

---

<sup>16</sup> Alberto Infante Campos, Daniel López-Acuña, José Martínez Olmos. *Des escalar gradualmente el confinamiento: por etapas, por grupos, por territorios*. eldiario.es, 7/04/2020.

<sup>17</sup> Alberto Infante Campos, Daniel López-Acuña, José Martínez Olmos. *Tres temas sanitarios que requieren precisiones en la lucha contra la Covid19 y en el desconfinamiento*. eldiario.es, 9/04/2020

Además, el gobierno ha insistido en recomendar el teletrabajo, ha establecido guías de actuación para los centros de trabajo, ha reforzado las recomendaciones básicas de prevención ya establecidas y, por vez primera<sup>18</sup> y como medida adicional ha recomendado el uso de mascarillas en los transportes públicos y otros lugares donde existan dificultades para mantener la distancia de seguridad. También ha insistido en que cualquier persona con síntomas o con sospecha de haber estado en contacto con una persona infectada no deberá reanudar su actividad laboral. Los críticos han pedido prolongar la “congelación” de la actividad económica no esencial y responsabilizan al gobierno de cualquier rebote de la pandemia que pueda ocurrir.

Tanto la OMS<sup>19</sup> como la Comisión Europea<sup>20</sup> han elaborado unos criterios para tratar de orientar a los países que han de abordar esta fase. Son esfuerzos valiosos, pero debe recordarse que una epidemia es un fenómeno no solo biológico sino también social. Tanto el confinamiento y el cese de las actividades productivas como la recuperación paulatina de la cotidianidad son procesos complejos con múltiples dimensiones inter-relacionadas en los que los aspectos cualitativos importan tanto como los cuantitativos. Por ejemplo, a las incertidumbres sobre cómo se comportará la pandemia en los distintos territorios en las semanas por venir, hay que añadir el miedo de la población a lo que pueda suceder, el efecto mismo de prolongar confinamiento sobre los distintos grupos poblacionales, el impacto de las medidas adoptadas por otros países y la tendencia de muchos actores políticos a cubrirse del riesgo de hipotéticos rebotes que puedan serles achacables.

**Alberto Infante Campos**

Profesor emérito de salud internacional. Escuela Nacional de Sanidad –  
Instituto de Salud Carlos III

---

<sup>18</sup> Una recomendación en estos términos fue publicada por Centro Europeo de Control de Enfermedades el día 8 de abril y adoptada por el gobierno español al día siguiente.

<sup>19</sup> LP.ES. *Los seis requisitos que pone la OMS para poder levantar el confinamiento*. Las Provincias, 15/04/2020

<sup>20</sup> Antena 3 Noticias. *Las recomendaciones de la UE a los países para salir del desconfinamiento por coronavirus*. 15/04/2020