

Documento de trabajo 14/2020

17 de julio de 2020



# ¿Ha sido un fracaso la gestión española del COVID-19? Errores, lecciones y recomendaciones

Miguel Otero-Iglesias, Ignacio Molina y José Pablo Martínez



# ¿Ha sido un fracaso la gestión española del COVID-19? Errores, lecciones y recomendaciones

Miguel Otero-Iglesias, Ignacio Molina y José Pablo Martínez | Real Instituto Elcano  
| @miotei, @\_ignaciomolina y @jpmromera 

## Índice

Resumen.....	2
(1) ¿Cuántos casos, cuántas muertes? .....	3
(2) Los factores clave .....	5
(3) Debilidades y fortalezas de la respuesta española.....	10
(4) Qué hacer a partir de ahora.....	14
Conclusiones .....	16

## Resumen<sup>1</sup>

España ha sido uno de los países del mundo que ha registrado un mayor impacto del COVID-19, tanto en número de contagios como de muertes, durante la primera mitad de 2020. El limitado conocimiento sobre la naturaleza del virus, la falta de una contabilidad homogénea y veraz en los diferentes países, y los distintos ritmos de evolución de la enfermedad dificultan la comparación y no permiten establecer certezas. Aun con estas cautelas, pero teniendo en cuenta la información ya disponible, pueden plantearse algunas hipótesis sobre los motivos por los que la propagación ha sido tan severa en España.

Los posibles factores explicativos, que son múltiples y complejos, apuntan a la geografía humana (alta densidad de población e intensidad de las conexiones exteriores y de la movilidad interna, sobre todo por lo que respecta a Madrid y Barcelona), a la demografía (envejecimiento) y a hábitos culturales (sociabilidad o convivencia intergeneracional), pero también a fallos del sistema de salud pública. Entre estos destacan la falta de preparación y experiencia ante pandemias en la atención primaria, las carencias hospitalarias, la mala praxis en muchas residencias de mayores, la mejorable coordinación entre administraciones y los retrasos en la adopción de medidas de distanciamiento.

Este análisis también incluye importantes aspectos positivos de la respuesta española (resiliencia social, aplicación comparativamente estricta de las medidas de

---

<sup>1</sup> Parte de este texto, que ahora se ha ampliado y actualizado, se publicó en las primeras secciones del documento colectivo de Charles Powell, Ignacio Molina y José Pablo Martínez (coords.), *España y la crisis del coronavirus: una reflexión estratégica en contexto europeo e internacional*, Real Instituto Elcano, Madrid, junio, [www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano\\_es/contenido?WCM\\_GLOBAL\\_CONTEXT=/elcano/elcano\\_es/zonas\\_es/documento-espana-y-la-crisis-del-coronavirus](http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/documento-espana-y-la-crisis-del-coronavirus). Los autores agradecen en particular las aportaciones de Carmen González Enríquez que se reflejan en varios pasajes de este análisis.

distanciamiento una vez decretada, y buen desempeño del sistema sanitario fuera de las dos grandes ciudades), que acabó demostrando su efectividad para aplanar la curva de contagios en la segunda mitad de la primavera. Las conclusiones provisionales pretenden ayudar a gestionar la desescalada y prepararse para posibles segundos brotes de coronavirus o infecciones diferentes en el futuro.

### **(1) ¿Cuántos casos, cuántas muertes?**

Han pasado cinco meses desde la declaración de emergencia por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y todavía se desconocen muchos aspectos sobre el COVID-19. Su incidencia y letalidad son tan dispares y heterogéneas en cuanto a intensidad y geografía que, por ahora, no existen respuestas concluyentes y eso dificulta cualquier intento riguroso de analizar la gestión realizada por los diferentes países. Sin embargo, aunque haya tantos interrogantes abiertos sobre la naturaleza y evolución de la pandemia y sean evidentes los problemas en la contabilización comparativa de los contagios, que enseguida se comentan, ya se tienen suficientes elementos para comenzar a indagar en los posibles motivos por los que España ha sufrido tantos casos y muertes.

Según la información reportada por los propios países, España (que es el 30º país del mundo en población) se sitúa a principio de julio de 2020 en octavo lugar por número absoluto de casos, tras EEUU, Brasil, Rusia, la India, Perú, Chile y el Reino Unido.<sup>2</sup> No obstante, teniendo en cuenta los vertiginosos desarrollos recientes del coronavirus en varios países no europeos, es muy probable que en el próximo mes descienda varias posiciones (y sea superada también por México, Pakistán, Sudáfrica, Irán, Arabia Saudí y posiblemente Bangladesh o Turquía). Si la medición de la incidencia de los casos oficialmente reconocidos se hace en términos relativos a la población, entonces España ronda al comienzo del verano el 15º lugar mundial, por detrás de varios países del Golfo Pérsico y América Latina o de EEUU, aunque siempre a la cabeza de Europa (donde sólo le superarían Luxemburgo y Suecia).

Los datos anteriores son, como se ha dicho, los oficialmente reconocidos y es imperativo tomarlos con sumo cuidado, bien por la poca transparencia demostrada en algunos países, bien por las dificultades contables objetivas que presenta una enfermedad en la que buena parte de sus contagiados presentan pocos síntomas o son asintomáticos. Además, existen enormes diferencias en la capacidad de los sistemas nacionales de salud para detectar y cuantificar los casos. Algunos (como Corea del Sur, Alemania y Dinamarca) han mostrado una mayor eficacia a la hora de identificar infectados en las fases iniciales de la epidemia, otros (como EEUU, Rusia, el Reino Unido o la misma España) han multiplicado la realización de tests a medida que se veían muy afectados, y por fin están aquellos muchos que no han podido medir ni de lejos la verdadera extensión de la pandemia. Como quiera que sea, y por muchas cautelas que se pongan en la consideración de los datos por ese desbordamiento generalizado de capacidades, no parece haber muchas dudas de que España está a la cabeza de incidencia del

---

<sup>2</sup> En este análisis se usa como fuente de los datos oficiales los ofrecidos por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), que es una agencia de la UE. Véase <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>.

COVID-19 en, al menos, Europa y así lo demuestran también los primeros estudios de seroprevalencia donde, en teoría, se evitan los problemas de inframedición.<sup>3</sup>

Las dudas y falta de homogeneidad de la información oficial se producen también cuando se atiende al número de fallecimientos, un indicador que lógicamente se ha tendido a considerar como más relevante para analizar el impacto real de la enfermedad.<sup>4</sup> Ahí, y de acuerdo siempre a los registros oficiales, España aparecía a principios de julio en séptimo lugar del mundo por número absoluto de muertes (debajo de seis países más poblados, como son EEUU, Brasil, el Reino Unido, Italia, Francia y México). Cuando la contabilización se realiza en términos relativos a la población, y una vez descontados los micro Estados, entonces quedaría sólo por detrás de Bélgica y el Reino Unido. De nuevo aquí, como pasa con el número de casos, las dificultades para recabar la información quitan fiabilidad a la comparativa internacional de letalidad. Una medición alternativa a la de los registros oficiales consiste en tomar como indicador *proxy* la diferencia entre los fallecimientos totales producidos y los esperados en base a las tendencias históricas en el mismo período. Esos contrastes muestran la escasa fiabilidad de la información oficial reportada en algunos países asiáticos o latinoamericanos (en ciertos casos, apenas se recoge el 15% del exceso de muertes realmente producidas). En otros, como podría ser China, el problema no es tanto de baja capacidad para gestionar los registros sino de opacidad.

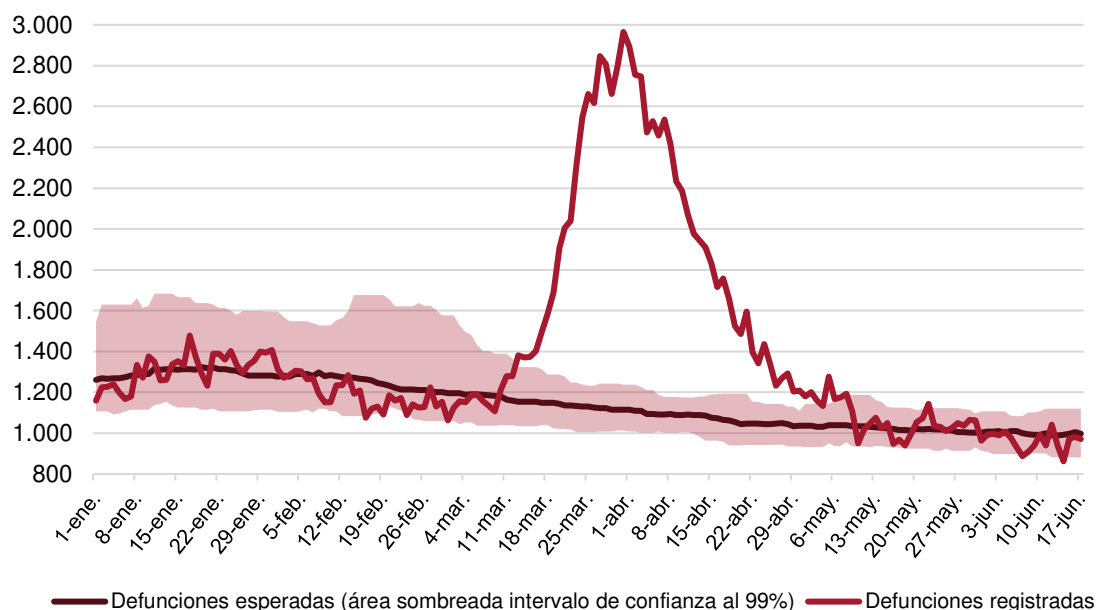
En los países occidentales la veracidad de los datos es mayor. En algunos de ellos, como Bélgica y Alemania, se contabilizan incluso los casos sospechosos, por lo que sus datos oficiales y el exceso de fallecimientos con respecto a la media histórica se acercan mucho. En otros donde sólo se consideran afectados por COVID-19 las personas que han dado positivo en un test PCR o similar, como España, Italia y el Reino Unido, el número reportado de muertes por la enfermedad se queda en el entorno del 60% del aumento total de mortalidad. Así, por lo que respecta a España, en el período marzo-junio de 2020 se certificaron algo más de 28.000 muertes por coronavirus, mientras que el sistema de monitorización del Instituto de Salud Carlos III (véase Figura 1) registró un exceso de 43.000, que el Instituto Nacional de Estadística eleva hasta 48.000.

---

<sup>3</sup> Véase el trabajo comparativo, desarrollado por científicos del *Imperial College* de Londres ([https://www.nature.com/articles/s41586-020-2405-7\\_reference.pdf](https://www.nature.com/articles/s41586-020-2405-7_reference.pdf)), que calcula los porcentajes reales de población contagiada en una muestra de países europeos: España, con un 5,5% de población contagiada queda sólo por detrás de Bélgica (8%), y por delante del Reino Unido (5,1%), Italia (4,6%), Suecia (3,7%), Francia (3,4%) y Alemania (0,9%). El estudio oficial español de seroprevalencia, realizado a partir de una amplia muestra, arroja un resultado final del 5% de inmunidad (véase el artículo en *The Lancet* en [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31483-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31483-5/fulltext)). Estos datos implican que se habrían infectado unos 2,5 millones de personas en España, cuando los casos oficialmente detectados rondan sólo los 300.000.

<sup>4</sup> El dato de fallecimientos es más relevante que el de contagios no sólo por el drama humano que supone sino porque permite valorar algo mejor la gestión de la pandemia. Al fin y al cabo, una gran cantidad de infectados, cuyo tratamiento pudiera ser digerido por el sistema nacional de salud, ayudaría a alcanzar gradualmente la llamada 'inmunidad de rebaño'. Ningún país ha asumido tal estrategia, pero, aun así, muchos casos y pocas muertes sería un indicador de eficacia sanitaria. No hay, en cambio, posibles dimensiones positivas de una mortalidad elevada.

**Figura 1. Diferencia en España entre defunciones esperadas y registradas, enero-junio de 2020**



Fuente: Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria (EuroMoMo), Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación (datos extraídos el 3 de julio de 2020).

Estos intentos para controlar la infracontabilidad son todavía provisionales y variarán conforme se actualicen registros y siga evolucionando la enfermedad, sobre todo fuera de los Estados occidentales. En las mediciones actualmente disponibles ya hay varios países latinoamericanos (Perú y Ecuador) claramente por encima de España pero, si se restringe la comparación a los casos en Europa, entonces España y el Reino Unido encabezan el exceso de mortalidad real *per cápita*, seguidos, por este orden, de Italia, Bélgica, los Países Bajos, Suecia, Suiza y Francia.<sup>5</sup> En suma, todos los datos disponibles apuntan a que España ha sido uno de los países de Europa, y a comienzo del verano también del mundo, con mayor incidencia. ¿Cuáles son los motivos que le llevan a situarse tan arriba en los rankings de casos y fallecimientos por el virus?

## (2) Los factores clave

Considerando las vías de transmisión del virus, existen ciertos factores que influyen en su propagación, siendo la densidad de población y la alta movilidad los más evidentes para una patología infecciosa. Eso explicaría la menor incidencia de la enfermedad en países con baja densidad y menores flujos de viaje con territorios donde se han desarrollado los focos o, al contrario, la mayor propagación en grandes urbes, con intenso tránsito exterior (turistas, profesionales, inmigrantes o estudiantes), alta

<sup>5</sup> Medios como el *New York Times*, el *Financial Times* y *El País* realizan un seguimiento comparado de qué países recogen con más o menos precisión la realidad. Para Europa, destaca la información proporcionada por la red EuroMoMo (*European Mortality Monitoring*) que es un sistema que trata de detectar excesos de mortalidad diaria en colaboración con los gobiernos de 24 Estados, el ECDC y la OMS (<https://euromomo.eu>).

ocupación de las viviendas y redes de transporte público congestionadas.<sup>6</sup> No es casual que, con los datos de exceso de fallecimientos disponibles a finales de junio, entre las áreas más afectadas estén tanto Nueva York (con una sobremortalidad del 251%) como las principales regiones metropolitanas globalizadas de Europa Occidental, incluyendo Madrid (157%) y Cataluña (106%).<sup>7</sup> Además, Madrid y Barcelona no sólo están muy interconectadas con el mundo, sino también con el resto de España, lo que habría contribuido –sobre todo en el caso de la capital– a difundir luego la enfermedad a nivel nacional.

También parece ser un factor relevante todo lo relativo a las formas de sociabilidad. Hay países que mantienen de forma habitual una distancia interpersonal superior al metro y medio (pues acercarse más se considera intrusivo). En otros, como España, Francia e Italia, se tiende en cambio a la cercanía física y a saludos que implican el contacto de manos, caras y cuerpos.<sup>8</sup> De nuevo aquí Nueva York sirve como ejemplo, pues la incidencia ha sido mucho mayor en los distritos del extrarradio de la ciudad (con población más negra y latina, mayor concentración de personas por hogar y relaciones familiares y de amistades más intensas) que en la propia Manhattan.<sup>9</sup>

La estructura de edad es otro elemento determinante en la incidencia del COVID-19. No solo hay menos contagios entre niños y jóvenes, sino que la mortalidad crece mucho entre los más mayores. En base a este factor, España está en desventaja por ser uno de los países más envejecidos del mundo (véase la Figura 2) y abundar una estrecha convivencia intergeneracional cotidiana, incluso si la persona anciana vive en una residencia.

---

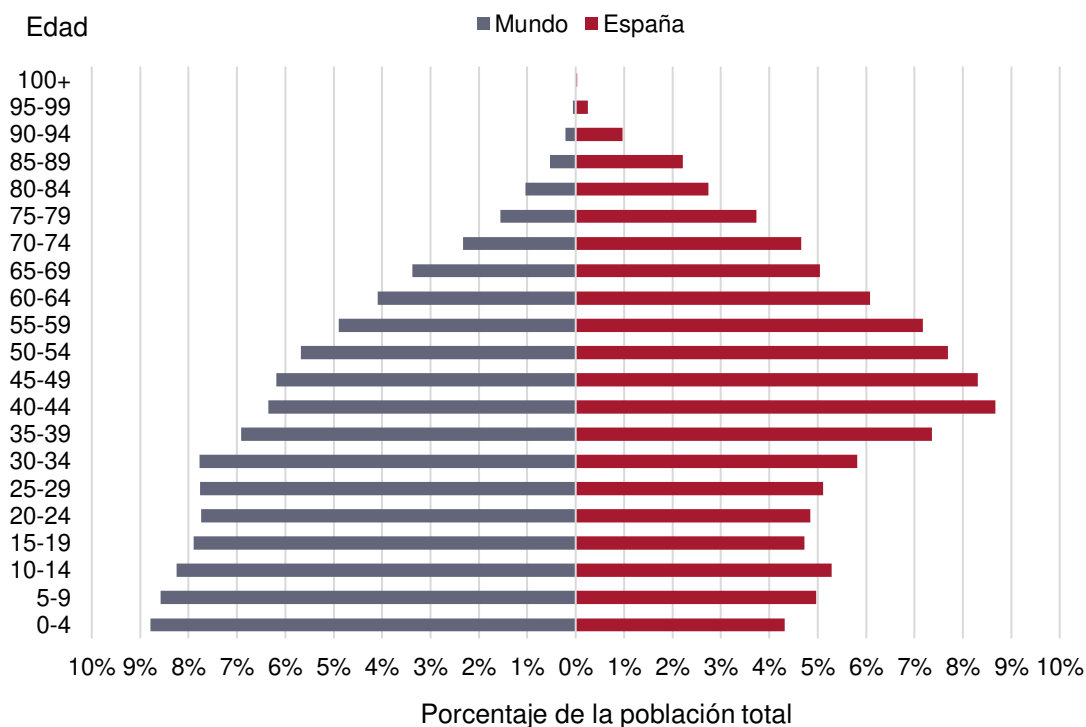
<sup>6</sup> España tiene una de las densidades de población más bajas de toda Europa Occidental (sólo por delante de Irlanda y los países nórdicos) cuando se mide en número total de habitantes por kilómetro cuadrado. Sin embargo, tiene la segunda densidad “vivida” más alta de toda la UE, tras la pequeña Malta. Esto se debe a que, como ha calculado el especialista en estudios urbanos, Alasdair Rae, apenas el 13% de su superficie está realmente habitada y eso aconseja realizar mediciones de la densidad no estrictamente aritméticas (<https://theconversation.com/think-your-country-is-crowded-these-maps-reveal-the-truth-about-population-density-across-europe-90345>).

<sup>7</sup> El exceso de mortalidad ha sido del 81% en la región de París, del 99% en Londres y del 124% en Lombardía. En varias grandes ciudades latinoamericanas el virus llegó después, dado que su conexión global es menor (y, en gran parte, canalizada a través de lazos migratorios), pero su difusión ha sido luego altísima. Lima, con un exceso de mortalidad que roza el 300%, es el caso ahora conocido con un impacto más agudo. Véanse los datos de distintas áreas metropolitanas en el *Financial Times*, <https://www.ft.com/content/a26fbf7e-48f8-11ea-aeb3-955839e06441>.

<sup>8</sup> Carmen González Enríquez (2020), “¿España lo está haciendo bien o mal en su respuesta a la COVID19?”, Comentario Elcano, nº 15/2020, Real Instituto Elcano, [www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano\\_es/contenido?WCM\\_GLOBAL\\_CONTEXT=/elcano/elcano\\_es/zonas\\_es/imagen+de+espana/comentario-gonzalez-enriquez-espana-lo-esta-haciendo-bien-o-mal-en-su-respuesta-covid19](http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/imagen+de+espana/comentario-gonzalez-enriquez-espana-lo-esta-haciendo-bien-o-mal-en-su-respuesta-covid19).

<sup>9</sup> Los autores agradecen a Marta Bengoa-Calvo su insistencia en este punto.

**Figura 2. Estructura demográfica de España y del mundo, 2019**



Fuente: División de Población de Naciones Unidas.

Así pues, los países más afectados deberían ser aquellos más envejecidos, con grandes áreas urbanas densamente pobladas y una alta movilidad de sus habitantes, y con pautas sociales basadas en la cercanía física. Se trata de un patrón aplicable a España y al resto de países europeos occidentales con mayor incidencia, pero que no siempre se confirma en otras latitudes: Japón, el país más envejecido del mundo, con elevada densidad poblacional y bien interconectado con China (foco original de la pandemia), ha registrado muy pocas muertes. Y, aunque la distancia social cultural, el uso generalizado de mascarillas y las aplicaciones móviles hayan servido como medidas protectoras en los países de Asia Oriental, es probable que existan otros elementos adicionales a tener en cuenta. En los primeros estudios científicos se barajan conjeturas como el clima, la polución, la diversidad de cepas del virus, la posibilidad de una mayor propagación y letalidad por susceptibilidad genética, e incluso que el volumen y la intensidad con el que se habla (generalmente altos en España) puedan tener un efecto en la carga viral que se propaga.<sup>10</sup>

Pero también, entre esos otros factores a considerar, estaría una dimensión tan clave como la respuesta de salud pública y las capacidades sanitarias nacionales. Ha habido ya algunos esfuerzos para comparar y evaluar la gestión de los países,<sup>11</sup> pero se trata

<sup>10</sup> Véase el resumen en *Science*, <https://www.sciencemag.org/news/2020/05/why-do-some-covid-19-patients-infect-many-others-whereas-most-don-t-spread-virus-all>.

<sup>11</sup> Véanse el llamado GRID Index (*Global Response to Infectious Diseases*, GRIDTM), elaborado en Australia (<https://www.cmawebline.org/ontarget/grid-index-tracking-the-global-leadership-response-in-the-cont.>)

de intentos más bien superficiales que no tienen en cuenta la complejidad de los diversos factores que contribuyen a la propagación y letalidad del virus. Sin aislar las causas estructurales, antes expuestas, un ejercicio de medición de la gestión nacional tenderá a tomar la propia variable dependiente –el número de muertes– como principal indicador supuestamente explicativo y, así, los países de Europa Occidental que registraban más muertes en primavera (Bélgica, España, Italia y el Reino Unido) aparecen en los puestos finales de esos primeros índices.

Desde luego, no es fácil valorar la gestión de los gobiernos. Por ejemplo, los países africanos (incluyendo al vecino Marruecos) tienen por ahora poca mortalidad a causa del virus, lo que podría deberse a una mejor combinación de los factores antes mencionados, a la existencia de otros que ahora se desconocen, a que la enfermedad todavía esté empezando a extenderse, a su mayor experiencia afrontando epidemias o, simplemente, a deficiencias en los registros. Con todo, se puede aventurar algunos análisis que intenten tener bajo control todas las variables que parecen significativas (de tipo geográfico, demográfico, conducta social, nivel de desarrollo y fiabilidad de los datos). Y, así, un posible ejemplo de buena gestión por número de muertes podría ser Alemania. Al contrario, Suecia prefirió evitar una estrategia de confinamiento y presenta registros muy superiores a sus vecinos escandinavos.

¿Y España? Desde luego, no se encuentra entre los casos exitosos, a la luz de la muy fuerte incidencia de contagios y muertes. Es verdad que el alto número de pacientes recuperados denota eficiencia y que la respuesta desplegada a partir de mitad de marzo demuestra que España presenta tanto debilidades como fortalezas (que se mencionan en la siguiente sección). Pero, como enseguida se dirá, se trata de debilidades nada menores que, entre otras, incluyen fallos de prevención y detección de la enfermedad, recursos hospitalarios insuficientes y tardanza a la hora de imponer medidas de distanciamiento personal (mascarillas, limitaciones de aforo y prohibición de actos masivos) y de restricción a la movilidad. Lo cierto es que ya a principios de febrero la comunidad científica alertaba de la virulencia del SARS-CoV2,<sup>12</sup> y el 28 de febrero la OMS, en su informe tras la visita de una misión a China, aconsejaba tomar medidas de confinamiento tan drásticas como las que se habían aplicado en el gigante asiático.<sup>13</sup> Ese mismo día, Alemania reforzó el control de fronteras y canceló acontecimientos multitudinarios.<sup>14</sup> En España, como es sabido, se permitieron fiestas populares y manifestaciones hasta 10 días después.

---

covid-19-crisis/) y el informe *How well have OECD countries responded to the coronavirus crisis?*, publicado por *The Economist Intelligence Unit* (<https://www.eiu.com/n/quality-of-oecd-countries-response-to-the-pandemic/>).

<sup>12</sup> Véase este resumen en STAT del 4 de Febrero: <https://www.statnews.com/2020/02/04/two-scenarios-if-new-coronavirus-isnt-contained/>. Tres semanas más tarde, Marc Lipsitch, epidemiólogo de la Universidad de Harvard, declaraba que probablemente el virus no se iba a poder contener y en torno al 40% o 70% de la población mundial se iba a contagiar. Sus avisos se pueden leer en James Hamblin (2020), “You’re likely to get the coronavirus”, *The Atlantic*, 24/II/2020, <https://amp.theatlantic.com/amp/article/607000/>. Le agradecemos a Miguel Hernán indicarnos esta referencia.

<sup>13</sup> El informe del 28 de Febrero del comité de la OMS que visitó China se puede encontrar en [https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19)).

<sup>14</sup> Véase “Germany tightens border checks in bid to curb coronavirus spread”, Bloomberg, 28/II/2020, <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-02-28/germany-steps-up-quarantines-to-contain-coronavirus-spread>.

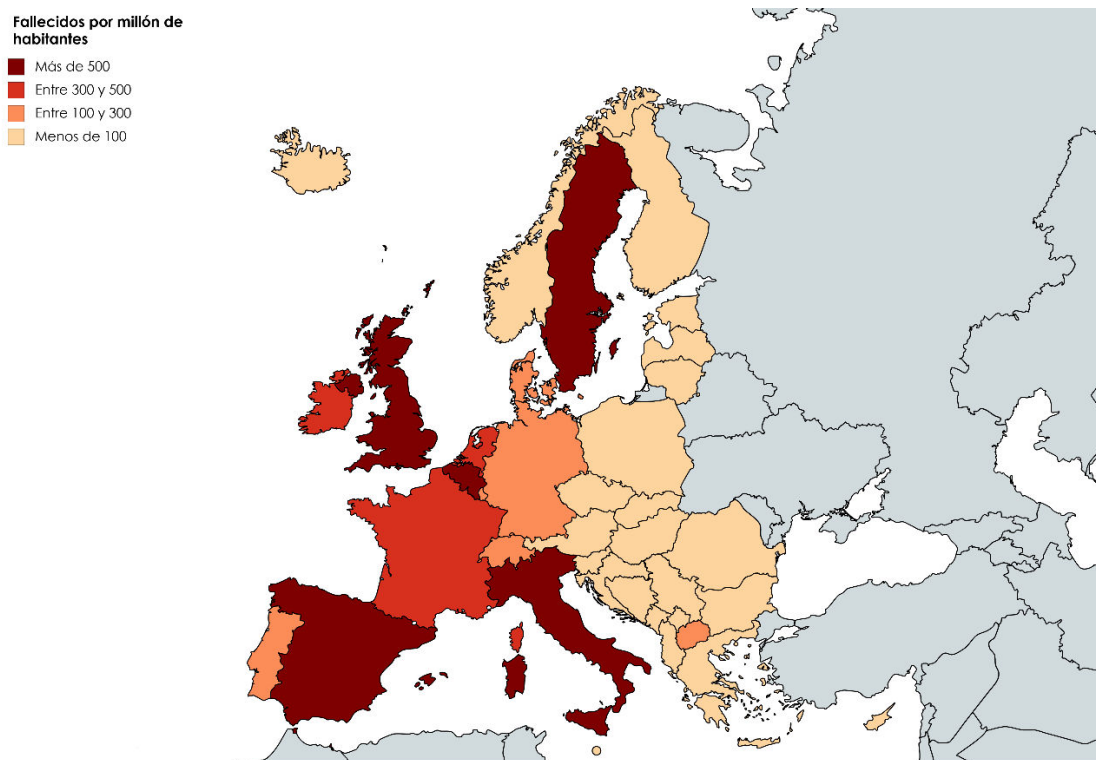
De todos modos, el alcance del impacto real que haya podido tener la gestión realizada debe contextualizarse con una mirada comparativa a toda Europa Occidental (véase la Figura 3), que muestra que la enfermedad ha golpeado de modo similar a ciertos Estados contiguos que comparten rasgos propicios, según las hipótesis demográficas, geográficas y sociales arriba apuntadas. Esa mayor vulnerabilidad a priori también ha supuesto que, gracias a las medidas de confinamiento, Francia, Italia, Bélgica y España habrían evitado muchas más muertes que el resto de países de su entorno.<sup>15</sup> Y si se mira a Portugal, que presenta mejores datos, lo cierto es que apenas difiere mucho de las comunidades autónomas limítrofes. Considerando las variables estructurales, se podría decir que la respuesta del Gobierno de España (en forma ya de estado de alarma y confinamiento) llegó tarde para Madrid y Barcelona, sobre todo, pero no para muchas otras partes del país.<sup>16</sup> Y lo que realmente llama la atención es que países como el Reino Unido, EEUU y la citada Suecia hayan reaccionado tan tarde después de ver en las noticias durante semanas las experiencias de Italia y España, o de contar con departamentos de epidemiología que se encuentran entre los mejores del mundo. La presión de no querer paralizar la economía ha sido un factor determinante en todos los países.

---

<sup>15</sup> Véase el trabajo antes citado del Imperial College de Londres, que incluye un modelo contrafactual según el cual esos cuatro países (con similares características de demografía, densidad y movilidad urbana) habrían superado a principio de mayo los 10 fallecimientos por 1.000 habitantes en el caso de que no se hubiese implementado ninguna medida. Otros países incluidos en la muestra de ese estudio hubieran tenido entre seis y ocho muertes por 1.000 habitantes (Austria, el Reino Unido, Alemania, Suiza y Dinamarca) y, finalmente, Suecia y Noruega no hubieran pasado de tres. Si ese modelo fuese correcto, sí que podrían juzgarse como más efectivas *caeteris paribus* algunas respuestas (Austria, Alemania y Dinamarca, e incluso Francia), y como menos efectivas otras (el Reino Unido y Suecia). Siempre en ese caso, España no destacaría en uno u otro sentido ([https://www.nature.com/articles/s41586-020-2405-7\\_reference.pdf](https://www.nature.com/articles/s41586-020-2405-7_reference.pdf)).

<sup>16</sup> Véase Oriol Güell *et al.* (2020), “La avalancha que asfixió a los hospitales”, *El País*, 5/VII/2020, <https://elpais.com/sociedad/crisis-del-coronavirus/2020-07-04/la-avalancha-que-asfixio-a-los-hospitales.html>.

**Figura 3. Muertes reportadas por millón de habitantes (COVID-19) en Europa Occidental**



Fuente: Johns Hopkins Coronavirus Resource Center (datos extraídos el 3 de julio).

### (3) Debilidades y fortalezas de la respuesta española

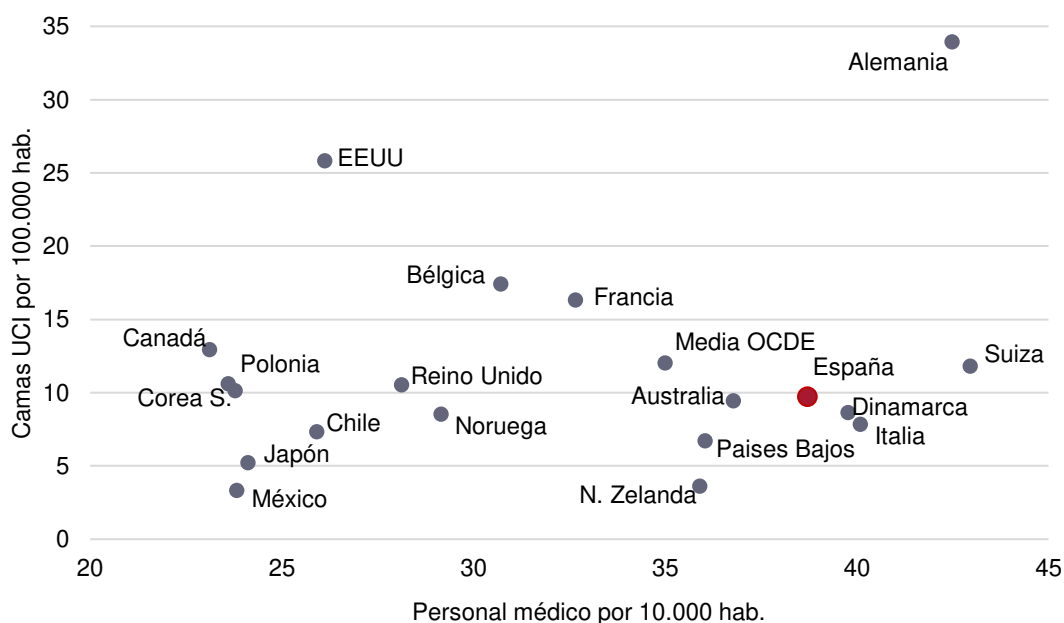
La sanidad de España ha sido tradicional motivo de orgullo nacional y lo cierto es que, pese a la caída en gasto público sanitario registrada desde la Gran Recesión, el Sistema Nacional de Salud español sigue ocupando una posición media-alta en los rankings comparados. En algunos indicadores (por ejemplo, personal médico por habitante) sale mejor parado que en otros, como el bajo número de profesionales de enfermería o de camas, si bien en número de camas UCI queda en torno a la media de la OCDE (véase la Figura 4).

En cualquier caso, el COVID-19 ha mostrado sus debilidades, tanto en la dimensión de salud pública como en la parte asistencial.

- El sistema está diseñado de modo relativamente eficiente para ofrecer atención primaria, tratar las enfermedades habituales y afrontar epidemias similares a las ya conocidas. Pero España (que, como el resto de Europa, no había sufrido ni el SARS ni el MERS) no tenía experiencia ni recursos suficientes para prevenir, detectar y afrontar una pandemia como ésta, a pesar de que la Estrategia de Seguridad Nacional (ESN) vigente advierte infructuosamente desde 2017 de esta amenaza. Una realidad que evidencia carencias en salud pública, que incluyen la necesidad de mejorar la cultura de lavado de manos en la población e incluso entre los

profesionales médicos<sup>17</sup> y, al menos, dos aspectos sangrantes en el plano asistencial: la lamentable situación de muchas residencias de mayores (donde habrían muerto aproximadamente la mitad de las víctimas del coronavirus sin haber podido acceder a atención hospitalaria) y la falta de equipos adecuados de protección para el personal sanitario, que ha llevado a un alto número de contagios.

**Figura 4. Personal médico y camas UCI por población (año más reciente disponible)**



Fuente: Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD, OCDE.

- b) Numerosos epidemiólogos llevan tiempo denunciado los recortes producidos en el sistema, y la consecuente falta de recursos humanos y materiales. Actualmente el apartado de salud pública, incluyendo el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) que ha estado al frente de la gestión de la crisis, solo representa el 1% del presupuesto sanitario. Una cifra que a luz de los últimos meses explica las carencias desde la recogida de datos, incluyendo las capacidades de rastreo, hasta la falta de respiradores y unidades de testeo.<sup>18</sup> En todo caso, España comparte en buena medida estas limitaciones con otros países europeos, que también han tenido que enfrentarse a un sistema de salud pública desarmado,

<sup>17</sup> Ver "The Impact of Cross-Cultural Differences in Handwashing Patterns on the COVID-19 Outbreak Magnitude" [https://www.researchgate.net/publication/340050986\\_The\\_Impact\\_of\\_Cross-Cultural\\_Differences\\_in\\_Handwashing\\_Patterns\\_on\\_the\\_COVID-19\\_Outbreak\\_Magnitude](https://www.researchgate.net/publication/340050986_The_Impact_of_Cross-Cultural_Differences_in_Handwashing_Patterns_on_the_COVID-19_Outbreak_Magnitude) y este estudio sobre el grado de cumplimiento y determinantes de las recomendaciones sobre la higiene de manos <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X07743094?via%3Dihub>

<sup>18</sup> Véase la entrevista realizada al epidemiólogo Miquel Porta en el diario *El Mundo*: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/04/08/5e8cd62421efa0e8588b45f5.html>.

a una escasez de unidades de cuidados intensivos y a la necesidad urgente de material médico cuya fabricación está mayoritariamente deslocalizada en China.

- c) Desde el punto de vista de la gobernanza, otro problema generalizado en Europa ha sido la descoordinación, tanto entre expertos y decisores como entre diferentes agencias y niveles de la administración. Esta última dimensión se ha agravado en algunos países de estructura territorial compuesta (EEUU, el Reino Unido, Italia y Bélgica). En el caso de España se han identificado diversas disfuncionalidades de gestión entre el Gobierno central y las Comunidades Autónomas, incluyendo la falta de datos fiables y homogéneos por parte de la Red Nacional de Vigilancia de la Salud Pública. Como destaca Miquel Porta, “si hace veinte o diez años se hubiese legislado sobre la obligatoriedad de cada CCAA de dar la información epidemiológica al sistema estatal de vigilancia epidemiológica y si se hubiesen dotado los recursos materiales, personales e institucionales necesarios, hoy estaríamos en una situación mucho mejor”.

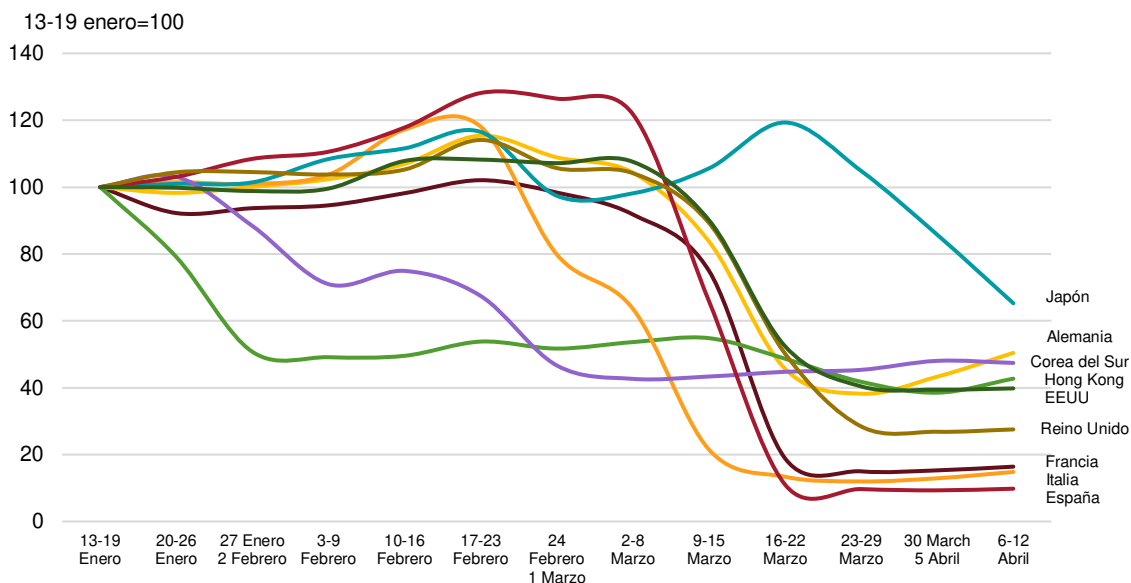
Por el contrario, otras circunstancias pueden considerarse fortalezas, pues han favorecido la capacidad de respuesta de España para afrontar la alarma sanitaria:

- a) Independientemente del debate sobre la posible tardanza a la hora de imponer restricciones a la movilidad y decretar el confinamiento, es innegable el estricto grado de cumplimiento de la cuarentena y del uso de mascarillas (véanse las Figuras 5 y 6) así como su efectividad para aplanar la curva de contagios (véase la Figura 7). La ciudadanía española ha hecho gala de una disciplina y responsabilidad cívica notables, complementada en su caso por una sólida capacidad estatal a partir de la declaración del estado de alarma el 14 de marzo, sobre todo por tratarse de uno de los más estrictos en el continente europeo (y no exento, por ello, de controversia).<sup>19</sup>

---

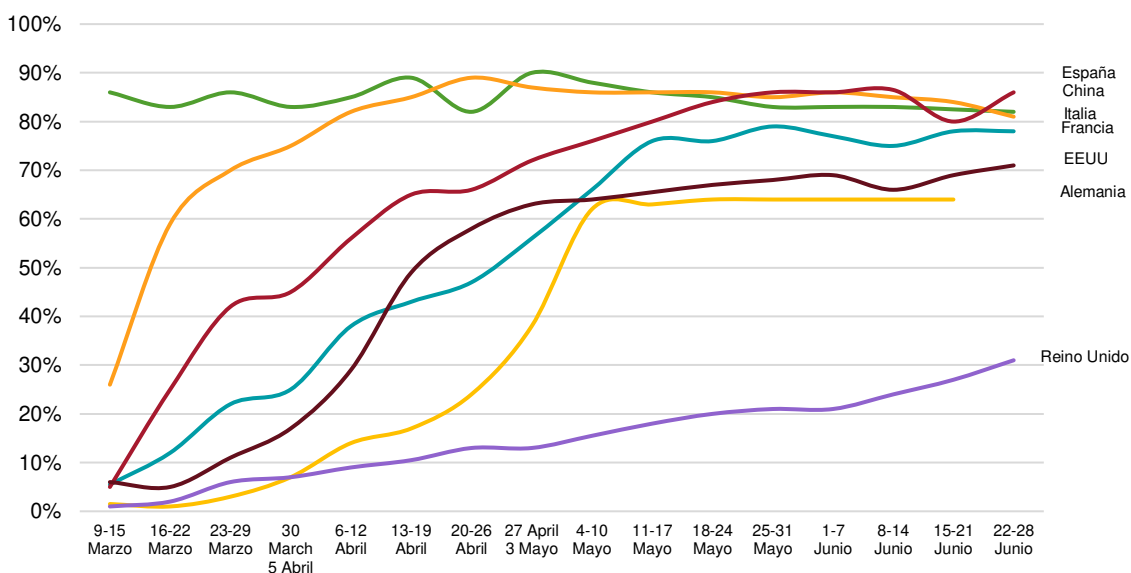
<sup>19</sup> Véase “Effectiveness of the measures to flatten the epidemic curve of COVID-19. The case of Spain”, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7166106/>.

**Figura 5. Evolución de la movilidad personal**



Fuente: informes de tendencia de movilidad de Apple (estos informes reflejan las solicitudes de indicaciones en mapas de dispositivos Apple).

**Figura 6. Población que declara usar mascarilla en lugares públicos**



Fuente: YouGov (datos extraídos el 3 de julio).

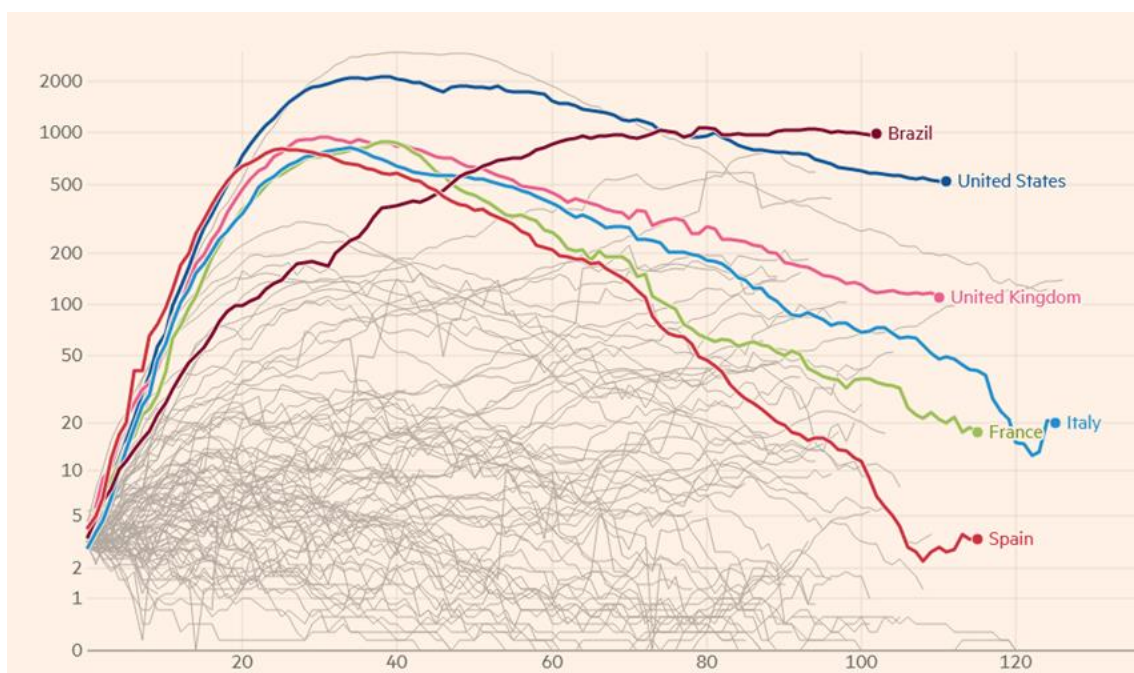
- b) Resiliencia social y apoyo a las medidas de confinamiento, pese a la aparición de protestas sobre todo en la ciudad de Madrid a mitad de mayo. El 97,3% de la población española consideraba en abril que las medidas adoptadas para combatir la pandemia eran “necesarias” o “muy necesarias”, mientras que el 91% dijo llevar el confinamiento “muy bien” o “razonablemente bien”.<sup>20</sup> Pese a la

<sup>20</sup> Barómetro especial del CIS, abril de 2020.

polémica que ha generado por su complejidad y gradualidad, un 69% incluso ha aprobado el plan de desescalada del Gobierno.<sup>21</sup> Esta actitud es importante para mantener medidas de distanciamiento social e incluso, si la situación epidemiológica lo requiriese, volver a un confinamiento.

- c) Pese a las situaciones de estrés sufridas y el desbordamiento que se ha producido en algunos hospitales en Madrid y Barcelona (donde hay que recordar que se produjeron la mitad de las muertes en el país), en el resto del Estado el sistema sanitario y demás servicios públicos no se han colapsado. En general, se ha demostrado la profesionalidad del personal médico y demás empleados públicos que han sabido adaptar su trabajo, con cierta capacidad de improvisación, al estado de alarma, aplicado por vez primera con carácter general y de modo prolongado.

**Figura 7. Evolución de la curva de contagios (media de muertes diarias durante la semana previa a partir del primer recuento superior a tres muertes diarias)**



Fuente: Financial Times Coronavirus Tracked.

#### **(4) Qué hacer a partir de ahora**

A nivel nacional, ya en la propia fase de desescalada, pero también de cara a futuras pandemias o de rebrotes del coronavirus, existe un amplio consenso sobre la necesidad de prestar atención interna tanto a las capacidades de detección de contagios (testeo, rastreo y aislamiento), de respuesta sanitaria (en asistencia primaria y hospitalaria), y

<sup>21</sup> Barómetro continuo COVID-19 de Metroscopia, "Aciertos y errores en la gestión de la epidemia", 11/VI/2020.

de recogida y sistematización de datos de manera eficaz y homogénea.<sup>22</sup> No sólo ha habido infracontabilidad de contagios y fallecimientos por encima de la media europea (debido a la falta de tests suficientes), sino que la información disponible no ha sido siempre comunicada de modo transparente.<sup>23</sup> Además, el Gobierno central y las Comunidades Autónomas tienen que coordinarse mejor, y eso vale tanto para la dimensión asistencial como la de salud pública, tratando de evitar los errores del pasado y que el COVID-19 o un nuevo virus se cuele por las rendijas del sistema.<sup>24</sup>

A nivel europeo, las competencias sobre salud recaen fundamentalmente en los Estados, lo que ha impedido una coordinación eficaz de la gestión de la crisis en su fase más aguda y ahora complica una salida común de los confinamientos, con mecanismos compartidos de control y seguimiento de los contagios. Sin dicha coordinación, en la que España podría hacer valer su experiencia con la enfermedad, pero también con la gestión de intensos flujos de viajeros, será más fácil la reaparición de nuevos brotes. Por ahora hay muchas dudas sobre la inmunidad frente al COVID-19, pero cuando haya más información, podría homologarse un certificado de salud a nivel europeo. De esta manera se combinarían criterios sanitarios y de recuperación de la movilidad, evitándose posibles cuarentenas generalizadas, lo que por otra parte requerirá PCR o tests rápidos fiables.

Para evitar las tensiones que se produjeron con el material sanitario y farmacéutico al principio de la pandemia, la UE también tiene que trabajar conjuntamente en los próximos meses y años en la producción y/o adquisición y distribución de posibles tratamientos o vacunas para el COVID-19 y en la fabricación de material estratégico para poder estar mejor preparados para la siguiente pandemia. En su acuerdo histórico del 18 de mayo de 2020 el presidente francés Emmanuel Macron y la canciller alemana Angela Merkel decidieron que la Comisión Europea se pudiese endeudar hasta 500.000 millones de euros, pero en el primer punto de este acuerdo también abogaron por la “soberanía sanitaria europea”,<sup>25</sup> objetivo al que España debería contribuir activamente.

Por lo que hace a la dimensión internacional, la política de salud global se coordina (si se quiere, muy imperfectamente) a través de la OMS, que monitoriza los sistemas nacionales en materia de preparación, alerta, investigación y asistencia sanitaria en situaciones de incidencia internacional. La crisis del COVID-19 ha demostrado debilidades tanto en el sistema general como en muchos de los sistemas nacionales. Además, la confianza en que los sistemas sanitarios podrían afrontar pandemias (véase el llamado GHS Index en la Figura 8, encabezado por los muy golpeados EEUU o el Reino Unido y donde España obtuvo una notable 15ª posición entre 195 países) hizo que se subestimara la necesidad de dotarlos de capacidades específicas para la gestión de la crisis y de reservas estratégicas de equipos y medicamentos.

---

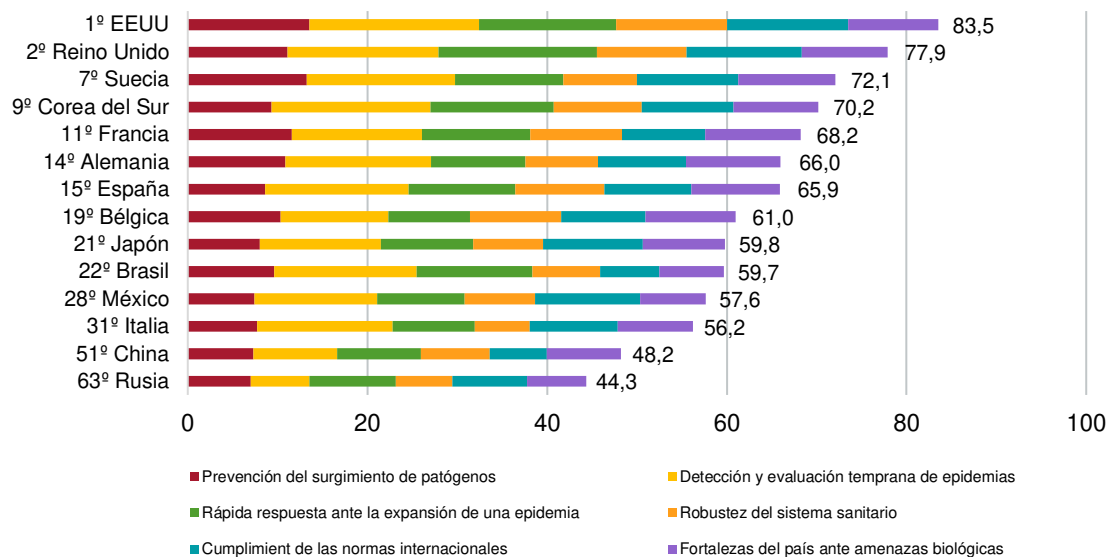
<sup>22</sup> Véase la serie de documentos para luchar contra el COVID-19 del Instituto de Salud Global de Barcelona: <https://www.isglobal.org/es/-/isglobal-lanza-una-serie-de-documentos-analizando-la-estrategia-de-desconfinamiento-ante-la-covid-19>.

<sup>23</sup> Véase Kiko Llaneras (2020), “Los problemas de usar datos del siglo pasado para una pandemia del siglo XXI”, *El País*, 21/VI/2020, <https://elpais.com/sociedad/crisis-del-coronavirus/2020-06-20/los-problemas-de-usar-datos-del-siglo-pasado-para-una-pandemia-del-siglo-xxi.html?pm>.

<sup>24</sup> Véase esta excelente crónica de *El País*: “El agujero negro por el que se coló el virus”, <https://elpais.com/sociedad/2020-06-13/el-agujero-negro-por-el-que-se-colo-el-virus.html>.

<sup>25</sup> Ver aquí la declaración conjunta de Merkel y Macron (en inglés): <https://www.bundeskanzlerin.de/resource/blob/656734/1753772/414a4b5a1ca91d4f7146eeb2b39ee72b/2020-05-18-deutsch-franzoesischer-erklaerung-eng-data.pdf>

**Figura 8. Global Health Security Index, 2019 (0-100)**



Fuente: Global Health Security Index, 2019.

Igual que ha ocurrido a tantos sistemas nacionales de salud (incluyendo el español), la OMS no ha sacado una buena nota en esta crisis, pero eso no quiere decir que haya que desmantelarla como pretende el presidente de EEUU, Donald Trump. Más bien todo lo contrario, sin obviar los errores cometidos, lo que debe hacerse es dotarla de más recursos. Es particularmente importante invertir en un sistema de información más veraz. Se echa en falta que la OMS (pero tampoco la UE) haya sido capaz de elaborar un protocolo para la recopilación de datos homogéneos que permita la adecuada comparación entre países. Los gobiernos están actuando en esta incertidumbre basándose en indicios extraídos de otros países, de modo que todos están aprendiendo de los demás en un proceso acumulativo de experiencias, éxitos y fracasos.

## Conclusiones

No es posible contestar con certezas a la pregunta que abre este análisis. Los datos disponibles apuntan a que el grueso de los contagios y fallecimientos producidos en España durante esta crisis sanitaria se debe a causas estructurales que comparte con varios vecinos de Europa Occidental (fundamentalmente Italia, Francia y Bélgica) y que tienen con ver con variables geográficas (grandes urbes hiperconectadas) demográficas (envejecimiento) y sociológicas (hábitos de cercanía). Dicho eso, también parece claro que habría un importante margen de explicación añadida que se conecta a la gestión de la política de salud. En algunos casos se trata de factores más bien sistémicos (falta de preparación ante pandemias, carencias materiales en atención primaria y hospitalaria, desconexión de las residencias de mayores con la asistencia sanitaria y descoordinación entre administraciones) y, en otros, coyunturales (los retrasos al aconsejar o decretar medidas de distanciamiento a principio de marzo). Por otro lado, la respuesta a partir del confinamiento también ha incluido elementos positivos de gestión, tanto por lo que hace al funcionamiento de los servicios públicos como al comportamiento ciudadano, de modo que se consiguió un eficaz aplanamiento de la curva de contagios en el mes de mayo.

En cualquier caso, el impacto del COVID-19 ha demostrado que España, como otros muchos países, tiene que trabajar intensamente en mejorar la capacidad interna para la gestión de pandemias. Al margen de errores concretos, que están sometidos a la sana rendición de cuentas que es propia de una democracia, los errores de previsión y reacción observados (que para algunos ha sido un fracaso y para otros comprensible, ya que estamos ante la mayor pandemia de los últimos 100 años) no serían culpa de un gobierno en concreto en un momento determinado. Más bien, se ha demostrado la falta de preparación del propio Estado, entendido éste de manera amplia e incluyendo no sólo a los poderes públicos (que lógicamente son los que tienen más responsabilidad) sino también a los propios ciudadanos. Aprender las lecciones de esta crisis de cara al futuro debería incluir prestar atención a los siguientes aspectos:

- (a) La prevención, implicando difíciles cambios culturales relativos a la distancia social en la vida pública, laboral y escolar, a la protección personal o a la higiene de manos.
- (b) La detección y la ampliación de los instrumentos de rastreo, tanto tradicionales como modernos (con la incorporación de las herramientas de *big data*).
- (c) Los protocolos de aislamiento de los casos detectados y de posible confinamiento si se produce contagio comunitario.
- (d) La protección de grupos vulnerables, con especial énfasis en los mayores, pero también los niños de familias con menos recursos (que han sufrido mucho con el confinamiento) y los inmigrantes sin buenas condiciones habitacionales (como ha demostrado el rebrote de julio entre los temporeros de Lleida y Huesca).
- (e) La respuesta sanitaria, fortaleciendo la asistencia primaria y los recursos hospitalarios, pero también el sistema de salud pública, primera línea de contención en epidemias.
- (f) La producción y reserva estratégica de material sanitario y farmacéutico, incluyendo la investigación en vacunas y tratamientos.
- (g) La mejora de los formatos de comunicación (visual) con la ciudadanía, incorporando mensajes claros y el uso de tableros de mandos, mapas e infografía.
- (h) La coordinación y colaboración (es decir, la mejor cogobernanza) entre el Gobierno central y las Comunidades Autónomas.

En el nivel europeo, y pese al reparto competencial en materia de salud entre la UE y sus miembros, España debe apoyar mecanismos eficaces europeizados de gestión de futuras crisis sanitarias (suministro de material médico y diseño de una suerte de estado de alarma europeo) y armonización en el control y seguimiento de los contagios a corto plazo. La alta movilidad intraeuropea, la deseable porosidad de las fronteras en el espacio Schengen y la importancia del turismo hace recomendable que se trabaje, más que por la interoperabilidad con sistemas y equipos de países terceros (en el uso de las

*apps*, por ejemplo), por la existencia de una soberanía tecnológica y sanitaria europea. España en este sentido necesita ser más proactiva que pasiva en una mayor cooperación e integración. Esta crisis ha demostrado de nuevo que no se pueden separar políticas europeas (el mercado interior o Schengen) de muchas políticas nacionales, incluyendo las sanitarias.

Por lo que hace al sistema de salud global, España y el resto de la UE deben trabajar por el reforzamiento de los sistemas nacionales de salud peor preparados para la gestión de epidemias y poner en relación el trabajo de la OMS con el de las organizaciones mundiales dedicadas al turismo y al comercio (sin que exista a día de hoy una estructura similar de gobernanza internacional para las migraciones), de modo que se coordinen los protocolos de seguridad y movilidad que permitan reactivar los flujos humanos y comerciales (a través, por ejemplo, de certificados sanitarios homologados). España, como país abierto que es, se juega mucho en la resolución de esta crisis, desde el punto de vista sanitario y también económico. Para ello tiene que ser un sitio seguro a nivel doméstico, pero también a nivel internacional, porque mientras el virus siga activo en el resto del mundo, ni España ni Europa estarán a salvo.