

Los datos de la pandemia por SARS-CoV-2 (a 19 de mayo 2020)

Miguel A. Martín de la Nava.

Técnico Farmacéutico. Servicio Extremeño de Salud

Cada año mueren en el mundo aproximadamente 58 millones de personas por todas las causas¹, muchas de ellas previsible y prevenible.

En lo que va de año 2020 se han producido aproximadamente 22.500.000 defunciones, unas 160.000 cada día.

Las principales causas de mortalidad a nivel global durante el año 2017 se muestran en la siguiente tabla:

Causas mortalidad mundial 2017	
Causa	Defunciones (Millones)
Enfermedad cardiovascular	17,79
Cáncer	9,56
Enfermedades respiratorias	3,91
Infecciones vías respiratorias inferiores	2,56
Demencia	2,51
Enfermedades digestivas	2,38
Trastornos neonatales	1,78
Enfermedades diarreicas	1,57
Diabetes	1,37
Enfermedad hepática	1,32
Accidente de tráfico	1,24
Enfermedad renal	1,23
Tuberculosis	1,18
VIH/SIDA	0,95
Suicidios	0,79
Malaria	0,62

Fuente: <https://ourworldindata.org/grapher/share-of-deaths-by-cause>

DATOS SARS-COV-2 (ACTUALIZADOS A 19 MAYO 2020):

- ▶ Casos notificados a nivel mundial: 4.805.544 (0,06 % sobre población total)
- ▶ Mortalidad global: 318.596 (desde diciembre 2019)
- ▶ Tasa letalidad mundial: 6,63 % (% mortalidad sobre casos notificados)
- ▶ Tasa mortalidad mundial: 0,004 % (% mortalidad sobre población total).



Por cada muerte vinculada a SARS-CoV-2 se han producido en el mundo en lo que va de año 71 muertes por otra causa diferente, no encontrándose un incremento significativo de la mortalidad global desde la declaración de la pandemia por la OMS².

La gripe española de 1918, con la que se ha llegado a comparar esta pandemia en algunos modelos como el del Imperial College London³ y en algunos medios de comunicación, infectó a unos 500 millones de personas (1/3 de la población mundial de la época) y provocó alrededor de 50 millones de muertes⁴.

PAÍSES CON MÁS CASOS NOTIFICADOS:

En la actualidad hay 188 países en el mundo con casos notificados. Sin embargo, de los 4.805.544 de casos notificados, 4.048.462 (84,25 %) se concentran en los 20 países con más casos, y 2.750.071 (57,23 % del total) pertenecen a tan solo 9 países: EEUU, Canadá y 7 países de Europa Occidental (Reino Unido, España, Italia, Francia, Alemania, Bélgica y Holanda), que además son los países que presentan mayores tasas de letalidad y mayores tasas de mortalidad global (exceptuando a Alemania).

Países con más casos notificados (19 mayo 2020)					
País	Población	Casos notificados	Defunciones	Tasa letalidad %	Tasa mortalidad/1000 hab
EEUU	330.002.651	1.508.957	90.369	5,99	0,27
Rusia	145.934.462	290.678	2.722	0,94	0,02
Brasil	212.559.417	255.368	16.853	6,60	0,08
Reino Unido	67.886.011	247.709	34.876	14,08	0,51
España	46.754.778	231.606	27.709	11,96	0,59
Italia	60.461.826	225.886	32.007	14,17	0,53
Francia	65.273.511	180.051	28.242	15,69	0,43
Alemania	83.783.942	176.551	8.041	4,55	0,10
Turquía	84.339.067	150.593	4.171	2,77	0,05
Irán	83.992.949	122.492	7.057	5,76	0,08
India	1.380.004.385	101.261	3.164	3,12	0,002
Perú	32.971.854	94.933	2.789	2,94	0,08
China	1.439.323.776	84.063	4.638	5,52	0,003
Canadá	37.742.154	79.411	5.960	7,51	0,16
Arabia Saudí	34.813.871	57.345	320	0,56	0,01
Bélgica	11.589.623	55.559	9.080	16,34	0,78
México	128.932.753	51.633	5.332	10,33	0,04
Chile	19.116.201	46.059	478	1,04	0,03
Holanda	17.134.872	44.341	5.713	12,88	0,33
Pakistán	220.892.340	43.966	939	2,14	0,004

Fuente: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

PAÍSES CON MÁS DEFUNCIONES NOTIFICADAS:

De las 318.596 defunciones notificadas, 297.221 (93,29 %) pertenecen a los 20 países con mayor número de defunciones y 247.581 (77,71 %) se han producido en solo 11 países: EE. UU., Canadá y 9 países de Europa (los mencionados anteriormente más Suecia y Suiza). Como se indica en el apartado anterior, en estos países se producen las tasas de letalidad sobre casos notificados y las tasas globales de mortalidad más altas del mundo.

Paradójicamente, esto ocurre en los países que se encuentran a la cabeza en gasto sanitario per cápita. Según datos de la OCDE del año 2018⁵, 8 de estos países se encontraban entre los 13 países con más gasto sanitario per cápita a nivel mundial, y los 11 países citados estaban dentro de los primeros 21 puestos en el ranking de gasto sanitario/habitante.

Las tasas de letalidad más elevadas se observan en países de Europa Occidental: Bélgica (16,34 %), Francia (15,69 %), Italia (14,17 %), Reino Unido (14,08 %), Holanda (12,88 %),

Suecia (12,17 %) y **España (11,96 %)**.

Otros países con elevado número de casos notificados presentan unas tasas de letalidad bastante inferiores: Canadá (7,51 %), Brasil (6,60 %), EEUU (5,99 %), Irán (5,76 %), China (5,52 %), Alemania (4,55 %), India (3,12 %), Perú (2,94 %), Turquía (2,77 %) y Rusia (0,94 %).

Las tasas de mortalidad/1.000 habitantes más altas también se encuentran en los mismos países europeos: Bélgica (0,78), **España (0,59)**, Italia (0,53), Reino Unido (0,51), Francia (0,43), Suecia (0,37) y Holanda (0,33).

Al igual que ocurre con las tasas de letalidad, las tasas de mortalidad/1.000 habitantes de otros países con elevado número de casos notificados son mucho más bajas que las de los países de Europa Occidental: EEUU (0,27), Suiza (0,22), Canadá (0,16), Ecuador (0,16), Alemania (0,10), Brasil (0,08), Irán (0,08), Perú (0,08), Turquía (0,05), México (0,04), Rusia (0,02), China (0,003) e India (0,002).

Países con más defunciones notificadas (19 mayo 2020)					
País	Población	Casos notificados	Defunciones	Tasa letalidad %	Tasa mortalidad/1000 hab
EEUU	330.002.651	1.508.957	90.369	5,99	0,27
Reino Unido	67.886.011	247.709	34.876	14,08	0,51
Italia	60.461.826	225.886	32.007	14,17	0,53
Francia	65.273.511	180.051	28.242	15,69	0,43
España	46.754.778	231.606	27.709	11,96	0,59
Brasil	212.559.417	255.368	16.853	6,60	0,08
Bélgica	11.589.623	55.559	9.080	16,34	0,78
Alemania	83.783.942	176.551	8.041	4,55	0,10
Irán	83.992.949	122.492	7.057	5,76	0,08
Canadá	37.742.154	79.411	5.960	7,51	0,16
Holanda	17.134.872	44.341	5.713	12,88	0,33
México	128.932.753	51.633	5.332	10,33	0,04
China	1.439.323.776	84.063	4.638	5,52	0,003
Turquía	84.339.067	150.593	4.171	2,77	0,05
Suecia	10.099.265	30.377	3.698	12,17	0,37
India	1.380.004.385	101.261	3.164	3,12	0,002
Rusia	145.934.462	290.678	2.722	0,94	0,02
Ecuador	17.643.054	33.582	2.799	8,33	0,16
Perú	32.971.854	94.933	2.789	2,94	0,08
Suiza	8.654.622	30.597	1.886	6,16	0,22

Fuente: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

COMPARACIÓN CON PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO:

Al establecer comparaciones de los datos entre países de nuestro entorno más cercano también se aprecian grandes diferencias entre unos y otros.

Por ejemplo, Francia presenta una tasa de letalidad 3 veces superior a la de Portugal y Grecia, y España tiene una tasa de

mortalidad global 4 veces superior a la de Portugal y 45 veces superior a la de Grecia.

Francia y Portugal presentan una tasa similar de casos notificados sobre el total de sus respectivas poblaciones (0,28 % vs 0,29 %). Sin embargo, la tasa de letalidad en Francia es 2,8 veces mayor y la tasa de mortalidad global es 2,7 veces superior a la de Portugal.

Comparación España - Países de nuestro entorno (19 mayo 2020)					
País	Población	Casos notificados	Defunciones	Tasa letalidad %	Tasa mortalidad/1000 hab
España	46.754.778	231.606	27.709	11,96	0,59
Italia	60.461.826	225.886	32.007	14,17	0,53
Francia	65.273.511	180.051	28.242	15,69	0,43
Portugal	10.196.709	29.209	1.631	5,58	0,16
Grecia	10.423.054	2.836	135	4,76	0,013
Marruecos	36.910.560	6.972	193	2,77	0,005

Fuente: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

Como se observaba en el apartado anterior, se repite el contrasentido de que los países con menor gasto sanitario per cápita presentan mejores datos en las tasas de letalidad y mortalidad global (véase que los mejores datos corresponden a Marruecos).

Entre los países europeos, cabe recordar que Grecia y Portugal fueron rescatados por la UE tras la crisis de 2008 y como consecuencia de ello realizaron importantes recortes en el gasto sanitario, presentando en la actualidad el gasto sanitario/habitante más bajo de la UE junto con los países del Este de Europa⁶, en los que, curiosamente, los efectos de la pandemia también son de mucha menor envergadura.

Para justificar las diferencias entre estos países y España, se ha utilizado el argumento de que Grecia y Portugal anticiparon las medidas más restrictivas para contener la expansión de la pandemia cuando contaban con un bajo número de casos y defunciones. En el siguiente apartado se comparan países que han seguido distintas estrategias en cuanto a las medidas adoptadas.

COMPARACIÓN ESPAÑA CON PAÍSES SIN CONFINAMIENTO O CONFINAMIENTO INTELIGENTE

Resumen de medidas adoptadas en cada uno de los países analizados:

► **España: confinamiento rígido.**

Cierre de centros educativos, establecimientos, empresas, etc. Limitación estricta de movimientos de ciudadanos y vehículos. Suspensión de todo tipo de eventos.

► **Suecia: sin confinamiento.**

Se mantienen abiertos centros educativos, guarderías, gimnasios, cafeterías, bares, restaurantes. Se recomienda teletrabajo en la medida de lo posible, pero no se cierran empresas. No es obligatorio el uso de mascarillas y guantes, ni está generalizado su uso entre la población. Únicamente se prohíben reuniones de más 50 personas.

► **Holanda: confinamiento voluntario** (también llamado inteligente).

Se cierran centros educativos (reabiertos desde el 11 de mayo), establecimientos que no garanticen la distancia social recomendada y se cancelan eventos que puedan producir aglomeraciones.

Se mantienen abiertos los establecimientos y espacios públicos que garanticen el distanciamiento social. No se prohíbe salir a la calle, ni hacer ejercicio en espacios públicos y las personas que no puedan teletrabajar pueden acudir a su puesto de trabajo.

► **Bielorrusia: sin confinamiento ni ninguna otra medida restrictiva.**

La población hace vida con total normalidad. Es uno de los pocos países que no ha suspendido las competiciones deportivas, manteniendo la asistencia de público. El día 9 de mayo se celebró en la capital Minsk un multitudinario desfile militar.

► **Japón: sin confinamiento.**

Cierre de centros educativos e incentivación del teletrabajo. No se cierran establecimientos y se permite a la población salir a la calle.

El uso de mascarillas está extendido entre la población por hábitos higiénicos, hecho que se ha utilizado como posible explicación del reducido número de contagios y la baja tasa de mortalidad global. Sin embargo, Japón presenta una tasa de mortalidad por gripe estacional mucho más elevada que la mayoría de países occidentales⁷.

Como se extrae de los datos de la tabla, la tasa de mortalidad global de España casi dobla las de Suecia y Holanda, y es 31 veces superior a la de Bielorrusia y 98 veces superior a la de Japón.

CASO PARTICULAR DE JAPÓN:

Japón tiene el triple de población y cuatro veces más densidad de población que España, cuenta con la población más envejecida del mundo (28% de su población es > 65 años), y

Comparativa España - Países sin confinamiento (19 mayo 2020)					
País	Población	Casos notificados	Fallecimientos	Tasa letalidad %	Tasa mortalidad/1000 hab
España	46.754.778	231.606	27.709	11,96	0,59
Suecia	10.099.265	30.377	3.698	12,17	0,37
Holanda	17.134.872	44.341	5.713	12,88	0,33
Bielorrusia	9.449.323	32.426	179	0,55	0,019
Japón	126.476.461	16.305	749	4,59	0,006

Fuente: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

mantiene además altas tasas de tabaquismo, especialmente entre la población masculina.

El primer caso de SARS-CoV-2 se notificó en Japón el 16 de enero y en la actualidad tiene 16.305 casos notificados y 749 defunciones, con una tasa de letalidad del 4,59 % y una tasa de mortalidad/1.000 habitantes de 0,006, es decir, en Japón se han producido 6 defunciones por cada millón de habitantes desde que comenzó la pandemia.

DATOS DE ESPAÑA POR CCAA

Al analizar los datos por CCAA también se observan diferencias sustanciales.

Las tasas de letalidad más altas sobre el número de casos notificados corresponden a Castilla la Mancha (17,41%), Extremadura (16,96 %), Aragón (15,23 %), Asturias (13,38 %) y Madrid (13,37 %).

La tasa de letalidad en Castilla la Mancha es 2,6 superior a la de Canarias y Galicia, a pesar de que Galicia es una de las CCAA más envejecidas (año 2019 población > 65 años; 25,16 %).

Las tasas de mortalidad/1.000 habitantes más elevadas se producen en Castilla la Mancha (1,42), Madrid (1,33), La Rioja (1,12), Castilla-León (0,81) y Cataluña (0,79).

La tasa de mortalidad global de Castilla la Mancha (población > 65 años; 18,99 %), es muy superior a la de otras CCAA con población mucho más envejecida. Concretamente, es 6,5 veces superior a la de Galicia, 4,6 veces superior a la de Asturias y 3,9 veces a la de Cantabria.

De las 5 CCAA con más alta tasa de mortalidad, solamente Castilla-León se encuentra entre las 5 CCAA más envejecidas. Las otras CCAA del grupo de las más envejecidas presentan unas tasas de mortalidad mucho más bajas.

Datos España por CCAA (19 mayo 2020)						
CCAA	Casos Notificados	Hospitalizados	UCI	Fallecidos	Tasa letalidad%	Tasa mortalidad /1000 hab
Andalucía	12.458	6.178	761	1.358	10,90	0,16
Aragón	5.503	2.659	267	838	15,23	0,63
Asturias	2.369	2.328	153	317	13,38	0,31
Baleares	1.993	1.136	169	218	10,94	0,18
C. Valenciana	10.914	5.469	725	1.370	12,55	0,28
Canarias	2.294	942	178	153	6,67	0,07
Cantabria	2.271	1.035	79	207	9,11	0,36
C. La Mancha	16.648	9.066	637	2.898	17,41	1,42
C. León	18.512	8.718	551	1.953	10,55	0,81
Cataluña	55.921	29.421	2.957	5.956	10,65	0,79
Ceuta	116	11	4	4	3,45	0,05
Extremadura	2.948	1.775	110	500	16,96	0,47
Galicia	9.056	2.934	332	607	6,70	0,22
La Rioja	4.024	1.496	91	351	8,72	1,12
Madrid	66.302	42.283	3.594	8.863	13,37	1,33
Melilla	121	44	3	2	1,65	0,02
Murcia	1.556	678	112	145	9,32	0,10
Navarra	5.178	2.045	136	503	9,71	0,77
P. Vasco	13.422	7.016	578	1.466	10,92	0,67
España	231.606	125.233	11.437	27.709	11,96	0,62

Fuente: <https://www.datoscoronavirus.es>

Datos CCAA con mayor % población > 65 años (INE 2019)			
CCAA	% población > 65	Tasa letalidad %	Tasa mortalidad / 1000 hab
Asturias	25,66	13,38	0,31
Castilla - León	25,23	10,55	0,81
Galicia	25,16	6,7	0,22
País Vasco	22,60	10,92	0,67
Cantabria	21,90	9,11	0,36

Fuente: <https://www.datoscoronavirus.es>

La tasa de mortalidad global en Castilla-León es 3,7 veces superior a la de Galicia y 2,6 veces superior a la de Asturias.

DATOS DE ESPAÑA POR TRAMOS DE EDAD

El 36,9 % de los casos notificados, 51 % de los pacientes hospitalizados, 33,5 % de los ingresos en UCI y el 86,6 % de los fallecidos son mayores de 70 años.

El 95 % de los fallecidos tenía al menos una patología previa⁸.

En la tabla se aprecia que la tasa de letalidad y la tasa de mortalidad/1.000 habitantes se disparan a partir de los 70 años, pero, como se verá más adelante, estos datos están condicionados inequívocamente por los datos de las residencias sociosanitarias.

DATOS POR ÁREAS DE SALUD (EL EJEMPLO DE EXTREMADURA)

A nivel autonómico también hay diferencias muy notables entre las diferentes Áreas de Salud de Extremadura. La tasa de letalidad y de mortalidad global presenta grandes divergencias en-

tre las 4 Áreas de la provincia de Cáceres respecto a las 4 Áreas de la provincia de Badajoz, que en parte se podrían explicar por contar la primera con una población más envejecida, ya que la provincia de Cáceres tiene un 22,72 % de población > 65 años y la provincia de Badajoz un 19,43%. La edad media en la provincia de Cáceres es de 45,98 años y en la provincia de Badajoz de 43,38 años. (datos INE 2019). Sin embargo, no parece que éste sea el único factor que explique unas diferencias tan acusadas.

La tasa de letalidad es 2,4 veces mayor y la tasa de mortalidad global es 7,7 superior en la provincia de Cáceres que en la provincia de Badajoz.

Por Áreas de salud, la tasa de letalidad en el Área de Naval Moral es 3,3 veces superior a la del Área de Badajoz.

La tasa de mortalidad global es 29,8 veces superior en el Área de Cáceres que en el Área de Llerena-Zafra.

Al comparar los datos de las dos Áreas de Salud más grandes de la CCAA se observa que la tasa de mortalidad global es 10,6 veces superior en el Área de Salud de Cáceres que en el Área de Salud de Badajoz.

Datos España por CCAA (19 mayo 2020)										
Edad	% casos	Casos	% hospitalizados	Hospitalizados	% UCI	UCI	% fallecidos	Fallecidos	Tasa letalidad %	Tasa mortalidad /1000 hab
0-9	0,4	926	0,3	376	0,5	57	0	0	0	0
10-19	0,7	1.621	0,3	376	0,3	34	0	0	0	0
20-29	5,6	12.970	1,6	2004	1,1	126	0,1	28	0,21	0,006
30-39	9,5	22.003	4,2	5.260	3,5	400	0,3	83	0,38	0,013
40-49	14,7	34.046	9,4	11.772	9,4	1.075	1	277	0,81	0,035
50-59	17,9	41.457	15,3	19.161	19,7	2.253	3,2	887	2,14	0,13
60-69	14,4	33.351	18,8	23.544	32	3.660	8,8	2.438	7,31	0,47
70-79	13,6	31.498	22,6	28.303	28,6	3.271	24,1	6.678	21,20	1,76
80-89	15,7	36.362	22,5	28.177	4,2	480	41	11.361	31,24	4,86
+90	7,7	17.834	6,9	8.641	0,7	80	21,3	5.902	33,09	11,02

Fuente: <https://www.datoscoronavirus.es>

Datos Extremadura por Área de Salud				
Área Salud	Casos	Defunciones	Tasa letalidad %	Tasa mortalidad /1000 hab
Badajoz	450	37	8,22	0,14
Llerena	54	5	9,26	0,05
Mérida	241	30	12,45	0,19
Don Benito	221	21	9,50	0,16
Provincia Badajoz	966	93	9,63	0,14
Cáceres	1.360	268	19,71	1,49
Coria	92	19	20,65	0,45
Plasencia	334	73	21,86	0,69
Navalmoral	189	51	26,98	0,96
Provincia Cáceres	1.975	411	20,81	1,08
Total	2.941	504	17,14	0,47

COMPARACIÓN EXTREMADURA – ALENTEJO:

La región portuguesa del Alentejo (aprox.700.000habitantes), fronteriza con Extremadura y con la que mantiene un importante intercambio comercial (hasta el 17 de marzo no se produjo el cierre de la frontera), a fecha 4 de mayo registraba un único fallecido y 214 positivos con una de tasa letalidad del 0.47 %, 36,5 veces inferior a la de Extremadura.

DEFUNCIONES EN CENTROS SOCIO SANITARIOS POR CCAA

Los datos de fallecidos en residencias de mayores facilitados por las CCAA, además de ser muy confusos, incluyen los casos confirmados y los fallecidos con síntomas compatibles con la enfermedad (síntomas comunes a otras muchas situaciones clínicas), lo que puede provocar una sobreestimación de

la mortalidad en estos centros, por inclusión en las estadísticas de residentes fallecidos por otras causas.

Las defunciones contabilizadas en los centros sociosanitarios suponen el 72,03 % del total de defunciones registradas en España.

En algunas CCAA se supera con creces este porcentaje. Así, en Extremadura representan el 85,80 % del total de fallecidos en la CCAA, en Navarra el 85,69 %, en Aragón el 84,01 % y en Castilla la Mancha el 82,02 %.

Otras CCAA presentan cifras mucho más bajas, Canarias el 11,76 %, C. Valenciana el 38,10 %, País Vasco el 39,84 % y Baleares el 39,91 %.



La sanidad no se vende

HIXINIO BEIRAS CAL, MARCIANO SÁNCHEZ bayle (coords.)

Autores/as: Hixinio Beiras Cal, Marisa Fernández Ruiz, Sergio Fernández Ruiz, Luisa Lores Aguin, Manuel Martín García, Luis Palomo Cobos, Marciano Sánchez Bayle, Pablo Vaamonde García.

La políticas en sanidad, además de complejas, están disfrazadas para dificultar la comprensión de lo que pasa. Grandes corporaciones publicitarias estudian la manera de presentarnos lo malo como bueno, lo falso como cierto, lo positivo como antiguo e ineficaz, en suma, lo que les interesa a ellos como bueno para todos. Este libro, mediante una exposición de conceptos, propuestas, advertencias, falacias..., pretende formar a auténticos activistas que luchen para transformar la realidad que se nos quiere imponer.

Editorial **Akal Foca** • PVP: 15 euros

Fallecidos en centros sociosanitarios por CCAA*			
CCAA	Nº fallecidos CSS	Fallecidos CCAA	% fallecidos CSS/total CCAA
Andalucía	530	1.358	39,03
Aragón	704	838	84,1
Asturias	196	317	61,83
Baleares	87	218	39,91
C. Valenciana	522	1.370	38,10
Canarias	18	153	11,76
Cantabria	135	207	65,22
C. La Mancha	2.400	2.898	82,82
C. León	1.442	1.953	73,84
Cataluña	3.913	5.956	65,70
Ceuta	0	4	0
Extremadura	429	500	85,80
Galicia	271	607	44,65
La Rioja	202	351	57,55
Madrid	5.929	8.863	66,90
Melilla	0	2	0
Murcia	67	145	46,21
Navarra	431	503	85,69
País Vasco	584	1.466	39,84
España	19.958	27.709	72,03

Fuente: Elaboración propia con datos de las CCAA.
* Fallecidos con coronavirus o síntomas compatibles

Al cotejar los datos de los fallecidos en residencias de mayores con los datos de mortalidad por tramos de edad (tabla “datos España por tramos de edad”) se extraen las siguientes conclusiones:

▶ Se han producido 23.941 defunciones entre personas mayores de 70 años en toda España, de las cuales 19.958 corresponden a personas que vivían en residencias (para simplificar los cálculos supongamos que todas las personas fallecidas en residencias eran mayores de 70 años). Por tanto, han fallecido 3.983 personas mayores de 70 años que no residían en centros sociosanitarios.

▶ La población española mayor de 70 años es de 6.668.398 personas (datos INE 2019) de las que aproximadamente 320.000 viven en residencias de mayores⁹, es decir, unas 6.350.000 personas mayores de 70 años no viven en residencias.

▶ Desagregando ambas poblaciones, obtenemos una tasa de mortalidad de 0,63/1.000 habitantes para el grupo de población de mayores de 70 años que residen fuera de las residencias de mayores y de 64,4/1.000 habitantes en el caso de la población que vive en residencias, es decir una tasa mortalidad global 102,2 veces superior en las residencias.

PROFESIONALES SANITARIOS

Los profesionales sanitarios constituyen el grupo de población en el que se han realizado más test para detección de SARS-CoV-2, y por tanto los datos de este colectivo, aunque susceptibles de presentar ciertos sesgos, nos acercan más a la situación real de los efectos de la pandemia en la población de 18 a 69 años.

Como vemos en la tabla, la tasa de letalidad general sobre los casos diagnosticados para todo el colectivo se sitúa en el 0,13 %, siendo del 0,53 % para el grupo de edad de 60-69 años.

Datos Profesionales sanitarios España					
Tramo edad	Casos	Hospitalizados (%)	UCI (%)	Fallecidos	Tasa letalidad %
18-29	5.548	237 (4,4)	8 (0,2)	1	0,018
30-39	8.118	549 (6,9)	22 (0,4)	2	0,025
40-49	10.628	971 (9,4)	51 (0,7)	5	0,047
50-59	11.410	1.490 (13,9)	121 (1,5)	19	0,17
60-69	4.876	928 (19,5)	108 (3,3)	26	0,53
Total	40.921	4.177 (10,5)	310 (1,1)	53	0,13

Fuente: iscii-Situación en profesionales sanitarios a 21 de mayo de 2020

CONCLUSIONES GENERALES

Asumiendo como válidos los datos de mortalidad notificada y atribuida a la infección por SARS-CoV-2, a fecha 19 de mayo ha fallecido el 0,004 % de la población mundial por la pandemia (4/100.000 habitantes).

Estudios recientes que relacionan tasas de mortalidad por infección (tasa de letalidad) con datos de seroprevalencia¹⁰, sitúan la tasa de mortalidad por infección SARS-CoV-2 entre el 0,02 % y el 0,40 %, muy por debajo de la inicialmente anunciada por la OMS y similar a la de la gripe estacional⁷.

Paradójicamente los países desarrollados occidentales con mayor gasto sanitario per cápita, a pesar de disponer de los mejores sistemas de salud, presentan las tasas de letalidad y mortalidad más elevadas del mundo. Su mayor capacidad para identificar casos asintomáticos (algunos estudios los cifran en el 80 % de los infectados¹¹) y leves, mediante la posibilidad de realización masiva de test, por lógica debería hacer disminuir sustancialmente las tasas de letalidad en estos países.

Al establecer la comparación con países de nuestro entorno, se repite la máxima de que los países con menor gasto sanitario/habitante presentan mejores resultados frente a la pandemia.

Los países en los que se han tomado las medidas más estrictas de confinamiento de la población no presentan mejores resultados que otros países con medidas mucho más laxas. De hecho, países como España e Italia que han aplicado medidas muy restrictivas presentan unos de los peores datos a nivel global.

Cuando se analizan los resultados por CCAA también se encuentran incongruencias, como CCAA con poblaciones envejecidas con tasas de letalidad mucho más bajas que otras con población más joven.

En Extremadura se observa una gran disparidad entre los datos de las diferentes Áreas de Salud difícilmente explicable por sus diferencias demográficas, por lo que habría que incidir en la búsqueda de otras posibles causas que justifiquen estos resultados.

La mayor parte de la mortalidad en los países occidentales desarrollados se produce en residencias de mayores¹² encontrándose tasas de mortalidad muy elevadas, aunque hay que tener en cuenta que un número importante de las defunciones en estos centros no han sido confirmadas mediante test y se han atribuido a SARS-CoV-2 por síntomas compatibles con la enfermedad. Incluso entre los casos confirmados, dada la edad y situación clínica de los fallecidos, habría que distinguir entre las defunciones de residentes con test positivo a SARS-CoV-2 y aquellas cuya verdadera causa real haya sido la infección. Además, las personas que viven en residencias de mayores no solo no se benefician de un confinamiento general de la población, sino que otros factores relacionados, como el miedo, la soledad y el abandono pueden haber contribuido a un aumento de la mortalidad.

La tasa mortalidad global entre la población de edad avanzada que vive fuera de las residencias de mayores se reduce drásticamente cuando se excluyen del análisis las personas fallecidas en residencias. Desde que comenzó la pandemia, en España se han producido 6 muertes/10.000 habitantes imputables a SARS-CoV-2 entre mayores de 70 años que no viven en residencias, la mayoría de ellos con patologías previas. La población de edad avanzada con buen estado general de salud presenta una tasa de mortalidad muy baja.

La tasa de letalidad en poblaciones ampliamente testadas, como los profesionales sanitarios, como cabría esperar, es muy inferior a la de la población general. Los datos de esta población nos permiten aproximarnos más a los verdaderos efectos de la pandemia en población de 18 a 69 años.

A la vista de todos los datos expuestos y de las conclusiones que se extraen de los mismos, algunas de las cuáles deberían invitara la reflexión, como por ejemplo: la gravedad selectiva de la pandemia por países, la mayor afectación en países desarrollados occidentales, las diferencias abismales entre países y otros territorios (CCAA, regiones limítrofes, Áreas de Salud) de entornos próximos, las altas tasas de mortalidad en residencias y hospitales¹³, etc., se hace imprescindible la revisión exhaustiva de todas las intervenciones llevadas a cabo durante la pandemia y de sus consecuencias, incluyendo las medidas de confinamiento, el alarmismo generado desde amplios sectores de la sociedad, los protocolos utilizados en hospitales y residencias de mayores, no pudiendo descartarse la posibilidad de la iatrogenia inducida por el uso generalizado de tratamientos experimentales^{13,14} y otros procedimientos utilizados en el ámbito hospitalario¹⁵, como una de las causas de las altas tasas de letalidad y mortalidad en algunos países.

Respecto a esto último, recientemente se han publicado los datos de un amplio estudio observacional¹⁶, que asocia el uso de hidroxiquina con un aumento de la mortalidad y de las arritmias ventriculares cuando se utiliza sola o en combinación con antibióticos macrólidos para el tratamiento de la infección por SARS-CoV-2. ◆

BIBLIOGRAFÍA

1— <https://www.worldometers.info/es/>

2— <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

3— Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Imperial College COVID-19 Response Team (16 marzo 2020)

4— <https://espanol.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-pandemic-h1n1.html>

5— <https://es.statista.com/estadisticas/634745/gasto-en-salud-per-capita-en-paises-seleccionados/>

6— https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_3.htm

7— Mortality, morbidity, and hospitalisations due to influenza lower respiratory tract infections, 2017: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Respir Med* 2019;7: 69–89

Published Online December 12, 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(18\)30496-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(18)30496-X)

8— Situación de COVID-19 en España, disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/situacionActual.htm>

9— <http://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>

10— John P.A. Ioannidis. The infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.13.20101253> (version posted May 19, 2020)

11— Michael Day. Covid-19: four fifths of cases are asymptomatic, China figures indicate. *BMJ* 2020;369:m1375 doi: 10.1136/bmj.m1375 (Published 2 April 2020)

12— Adelina Comas-Herrera, Joseba Zalakaín, Charles Litwin, et al. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>

13— José Manuel Casas Rojo, Juan Miguel Antón Santos, Jesús Millán Núñez-Cortés, et al. Clinical characteristics of patients hospitalized with COVID-19 in Spain: results from the SEMICOVID-19 Network. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.24.20111971> (version posted May 26, 2020).

14— Tratamientos disponibles para el manejo de la infección respiratoria por SARS-CoV-2 (fecha actualización 22 mayo 2020) <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid%20%9119/tratamientos-disponibles-para-el-manejo-de-la-infeccion-respiratoria-por-sars-cov-2/?lang=en>

15— E. Díaz, L. Lorente, J. Valles y J. Rellod. Neumonía asociada a la ventilación mecánica. *Med Intensiva*. 2010;34(5):318–324

16— Mandeep R Mehra, Sapan S Desai, Frank Ruschitzka, Amit N Patel. Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis. Published Online May 22, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31180-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31180-6)