

5 PERIODISTAS. LA CRÓNICA DEFINITIVA DEL

ESTADO

LOS CIEN
DÍAS QUE
PUSIERON
A ESPAÑA
EN JAQUE

DE

PABLO LINDE

CARLOS SÁNCHEZ

ELENA SEVILLANO

RAÚL REJÓN

ALARMA

PRÓLOGO Y EPÍLOGO DE **LUCÍA MÉNDEZ**

Estado de alarma

Los cien días que pusieron a España en jaque

Pablo Linde, Raúl Rejón,
Carlos Sánchez y Elena Sevillano

Prólogo y epílogo de Lucía Méndez

© Pablo Linde Hernández, Raul Rejón Altable, Elena Sevillano González
y Carlos Sánchez Sanz, 2020

© del prólogo y del epílogo, Lucía Méndez Prada, 2020

Queda rigurosamente prohibida sin autorización por escrito
del editor cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública
o transformación de esta obra, que será sometida a las sanciones establecidas por la ley.
Pueden dirigirse a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org)
si necesitan fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra

(www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 272 04 47).

Todos los derechos reservados.

Primera edición: octubre de 2020

© de esta edición: Edicions 62, S.A., 2020
Ediciones Península,
Diagonal 662-664
08034 Barcelona
edicionespeninsula@planeta.es
www.edicionespeninsula.com

PAPYRO - fotocomposición
DEPÓSITO LEGAL: B. 15.785-2020
ISBN: 978-84-9942-941-0

ÍNDICE

Prólogo: La quinta crisis	11
Introducción	21
1. UNA ENFERMEDAD NUEVA Y LEJANA	25
La ensoñación del mejor sistema sanitario del mundo	32
¿Emergencia internacional?	35
Parálisis en la fábrica del mundo	38
La primera comparecencia de Fernando Simón	40
2. EL VIRUS ESTÁ EN ESPAÑA	45
El primer caso llegó desde Alemania	46
El preludio de la tragedia en los hospitales	48
El Mobile World Congress da la primera señal de alarma	52
La reunión de los guardianes europeos de la salud	54
Los primeros desabastecimientos	59
3. LA EXPLOSIÓN DEL VIRUS	65
Dos informes apuntaban el camino	68
Las primeras muertes	73
El fin de semana del 8-M	76

4. UN MERCADO ENLOQUECIDO	81
Falta de transparencia en las compras	85
El intento de centralizar las compras	87
Ni mascarillas ni gel hidroalcohólico	90
Las negociaciones en un despacho gubernamental	92
5. CONTENCIÓN AMPLIADA	97
Las primeras medidas contundentes	100
Toda España es zona de riesgo	103
Sánchez anuncia el estado de alarma	107
6. ESTADO DE ALARMA	109
Europa, epicentro del coronavirus	111
No hay suficientes diagnósticos	114
España se cierra	117
La decisión más difícil	120
7. EL INICIO DE LA CRISIS ECONÓMICA	125
Salud o economía	130
8. LOS HOSPITALES	133
Cuatro semanas desbordados	135
«Desesperación» en Madrid	137
Barcelona, «al filo de la navaja»	139
Un SOS en Castilla y León	142
9. LAS RESIDENCIAS	147
Un campo abonado para el virus	148
Sin sitio en las UCI	150
No hay espacio para todos	153
La «Operación bicho»	155
La angustia en las residencias de Madrid	158
10. UN PAÍS HIBERNADO	161
Dieciocho sistemas sanitarios	162
Las cifras siguen sin cuadrar	165
El cambio de criterio con las mascarillas	168

11. VUELTA A LA ACTIVIDAD	171
El cuello de botella de las pruebas	173
Material «averiado»	177
Varios equipos y poca claridad	180
Las salidas a la calle de los niños	183
Ni aplicación móvil ni encuesta serológica	186
12. LAS FASES	189
El «Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad»	192
El cierre de IFEMA	194
Los españoles salieron a la calle en mitad de una crisis	197
Los técnicos anónimos del cambio de fases	199
13. RADIOGRAFÍA DE UN DESASTRE ECONÓMICO	205
Más impuestos a las rentas altas	208
El papel del Banco Central Europeo	210
Un fondo de emergencia antipandemia	213
Tres paquetes contra el desastre económico	215
14. LAS ÚLTIMAS PRÓRROGAS	219
La batalla del cambio de fases	220
Los litigios de la pandemia	224
El recuento de fallecidos	227
La tragedia económica sigue a la humana	229
Una nueva forma de trabajar	231
15. EL FINAL DEL ESTADO DE ALARMA	237
La esperanza del turismo	239
El fin del mando único	241
Epílogo: Sobrevivir es todo	245

UNA ENFERMEDAD NUEVA Y LEJANA

Como cada mañana, a las once, los técnicos del CCAES se reunieron en la cuarta planta de la sede del Ministerio de Sanidad para escudriñar informes, boletines, noticias de prensa, incluso redes sociales que les dieran pistas sobre amenazas para la salud de los españoles que pudieran llegar de fuera. Se nutren de fuentes que van desde herramientas que escanean miles de medios de comunicación en una veintena de idiomas hasta los boletines de la OMS y el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés), pasando por sus equivalentes en Estados Unidos y en Canadá. Confían particularmente en la Red Global de Inteligencia en Salud Pública de este último país que, con muchos más recursos que el organismo español, hace ese mismo rastreo diario que mezcla la búsqueda automática con el análisis de especialistas de riesgos químicos, biológicos, radiológicos y nucleares. En invierno, día sí y día también, está sobre la mesa algún foco de gripe, ya sea humano o animal, nuevo o conocido, de un lugar remoto o a la vuelta de la esquina. En verano, una *invitada* recurrente es la fiebre del Nilo Occidental, una enfermedad transmitida por mosquitos que puede quedarse en una destemplanza, pero que es potencialmente mortal. Y, según van surgiendo, analizan brotes de zika, de dengue, de ébola o fugas radiactivas. Prestan especial atención a aquellos países de

mucho trasiego con España, ya sea por intercambio de mercancías o de pasajeros. Preocupa más lo que suceda en Latinoamérica que en las Islas Salomón. La mayoría de los avisos quedan archivados por la improbabilidad de que causen problemas, pero también realizan cada año decenas de informes de seguimiento para estar pendientes de la evolución de aquellos a los que ven capacidad de cruzar las fronteras.

Es raro el día que China no se menciona en las reuniones: no solo es el país más poblado del mundo y un exportador compulsivo de todo tipo de bienes, sino que cuenta con las mayores granjas y mercados de animales del planeta, lugares perfectos para que todo tipo de patógenos muten, se expandan y encuentren en los humanos un cálido hogar donde vivir y reproducirse. En el encuentro del CCAES del 27 de diciembre de 2019, uno de los técnicos alertó de que los medios del país asiático hablaban de una serie de neumonías de origen desconocido. No parecían muy graves por el momento y estaban concentradas en Hubei, una provincia enclavada en la China Central salpicada de lagos y montañas. Había poca información, escasos detalles. Seguirían observando.

Cuatro días más tarde, las autoridades chinas avisaron a la OMS de que había 27 personas en aislamiento con una enfermedad aparentemente viral que no parecía transmitirse entre humanos. Siete de ellas estaban graves. El 5 de enero la OMS emitió un comunicado advirtiendo de que era temprano para evaluar el riesgo con los pocos datos que había en ese momento. Todos los contagiados hasta la fecha parecían tener vínculos con el mercado mayorista de mariscos de Huanan, en Wuhan, la capital provincial, donde además de todo tipo de pescados se vendían animales salvajes vivos, desde zorros hasta serpientes. El origen zoonótico de la enfermedad parecía lo más probable. Dos días después, los laboratorios chinos ya habían identificado al culpable: un coronavirus que recordaba al que había causado el

síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés) y al síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), dos enfermedades de reciente descubrimiento que corrieron suerte dispar. El SARS, la primera pandemia del siglo XXI, causó alrededor de 9.000 casos y unas 900 muertes en 2003, pero los países a los que llegó fueron capaces de contenerlo y desapareció unos meses después sin dejar rastro. Probablemente estará agazapado en algún animal en Asia, donde nació. El MERS surgió en 2012 y desde entonces ha seguido saltando esporádicamente de camellos a seres humanos, pero su escasa capacidad de transmisión entre personas evita que se expanda: se han registrado unos 2.500 casos y han fallecido alrededor de un tercio de los afectados.

En ese momento, desde el 7 de enero, los trabajadores del CCAES ya asumieron que podían estar ante un patógeno importante; lo normal era que no fuera a mayores, aunque ya habían comenzado algunos contactos para intercambiar información con la OMS y con otros países europeos. Recordaban que en febrero de 2012 en una de esas reuniones hablaron de 12 casos de una enfermedad respiratoria en Jordania que quedó ahí auto-limitada. Al final de ese mismo año el MERS se propagó de forma tímida por Oriente Medio, especialmente por Arabia Saudí. Dos de aquellos casos de Jordania, como se vio a posteriori, fueron causados por el mismo virus. No descartaban que estas neumonías fueran un aviso similar y que pudiera convertirse en una nueva enfermedad que se quedara en su radar durante los siguientes meses o años, pero ni de cerca sospechaban todavía hasta qué punto lo haría.

Tanto ellos como el resto del Gobierno debían conocer que ya en la Estrategia de Seguridad Nacional de 2017, un documento aprobado en tiempos de Mariano Rajoy, pero finalmente defendido en el Congreso por Iván Redondo, el jefe de gabinete del presidente Pedro Sánchez, se decían cosas como estas: «España, un país que recibe más de 75 millones de turistas al año, con puertos y

aeropuertos que se cuentan entre los de mayor tráfico del mundo, un clima que favorece cada vez más la extensión de vectores de enfermedades, con una población envejecida y una situación geopolítica polarizada, no está exenta de amenazas y desafíos asociados a enfermedades infecciosas tanto naturales como intencionadas».

Para el 9 de marzo, apenas cinco días antes de que se declarara el estado de alarma, el Centro Superior de Estudios de la Defensa Nacional tenía prevista la presentación de un informe extraordinario del Instituto Español de Estudios Estratégicos (IEEE), dependiente del Ministerio de Defensa, en el que ya se advertía del poder destructor de las enfermedades infecciosas. El propio IEEE había publicado un documento en diciembre de 2014 en el que María del Mar Hidalgo, analista principal, advertía de la influencia de las pandemias sobre la seguridad internacional.

Y, de hecho, en la estrategia española para defenderse de amenazas externas ya se advertía de la necesidad de «adoptar planes de preparación y respuesta ante riesgos sanitarios, tanto genéricos como específicos, bajo el principio de coordinación» entre administraciones y organismos internacionales. Los planes se quedaban en los informes, pese a que, como reconocía el Ministerio de Defensa, España era especialmente vulnerable. No tanto por causas internas de su economía, sino, sobre todo, por su dependencia respecto del contexto exterior. Nunca había estado tan condicionada por lo que ocurre fuera. Solo Francia recibía más turistas.

Pese a todas estas advertencias, solo quienes habían vivido en carne propia emergencias sanitarias tuvieron suficientes recursos para afrontar la pandemia. Dicen muchos expertos en salud pública, en virología, en epidemiología e incluso en sociología, que en la reacción tardía y lenta de la gran mayoría de los países occidentales —unos más que otros— frente al coronavirus hay algunas experiencias previas que influyeron decisivamente: la del MERS, y especialmente la del SARS, tuvieron un papel importante. La otra fue la compra masiva de vacunas para la gripe A.

Una pandemia era un riesgo previsible para la comunidad científica internacional. Lo que más ha trascendido a la opinión pública son discursos de Bill Gates que parecían proféticos en 2015, pero que no eran más que el resumen de lo que los investigadores decían a todo el que quisiera escucharles. La falta de preparación de las administraciones no puede achacarse a que los epidemiólogos no llevasen años avisando de que algo así podría ocurrir. Una mutación del virus de la influenza ha estado siempre entre las previsiones de las autoridades sanitarias mundiales, que saben que una enfermedad estacional y conocida se puede convertir cualquier año en una pesadilla para el mundo, como ya sucedió en 1918, cuando un nuevo virus de la gripe contagió a 500 millones de personas —un tercio de la población mundial de entonces— y mató a 50 millones. Conocida como «gripe española» —aunque probablemente nació en México— por ser uno de los pocos países occidentales que no estaba involucrado en la Primera Guerra Mundial y, por lo tanto, prácticamente el único que informaba de esta epidemia, se ensañó con los jóvenes y sanos, al contrario de lo que hacen la mayoría de los patógenos de esta enfermedad, que aprovechan sistemas inmunológicos debilitados o en formación de niños y ancianos. Existen dos grandes hipótesis para explicar este comportamiento anómalo. La primera es que el virus fuera tan agresivo que desencadenara una sobrerreacción del sistema inmunitario que acabara matando a los individuos que lo tenían más en forma. La segunda, que el de los mayores ya estuviera familiarizado con el microorganismo gracias a una epidemia similar que ocurrió en 1889. Como sea, las pandemias más o menos mortales de gripe conviven cíclicamente con el ser humano desde hace siglos. En el xx, además de la de 1918, hubo otras dos: en 1957 y en 1968.

Todos los virus de la gripe humana proceden, en último término, de aves. Son su reservorio natural, donde viven muchas veces sin importunar a su huésped. Algunos de ellos mutan y pasan a

otros animales —frecuentemente de granja, como los cerdos— o directamente a las personas, aunque lo normal es que no se adapten a nuestro organismo y no sean capaces de pasar de unos seres humanos a otros. Es lo que ocurrió con el H₅N₁, un patógeno virulento detectado en 2005 en el Sudeste Asiático cuya potencial expansión mundial fue un quebradero de cabeza ese año. Pero nunca llegó a tener demasiado recorrido epidémico: o mataba a la desafortunada persona que lo adquiría desde los animales o moría a manos de su sistema inmunológico, pero no llegaba a ser contagioso.

El brote del virus H₁N₁ de 2009 —la conocida como gripe A— parecía reunir todas las características para convertirse en la gran pandemia que los expertos esperaban más pronto que tarde. Ante la incertidumbre, los Gobiernos gastaron cientos de millones en dosis de vacunas, pero la enfermedad terminó resultando más inofensiva que cualquier gripe corriente. Las predicciones fallaron y, en plena crisis económica y financiera, no fueron pocas las voces que afearon un «derroche innecesario» que solo benefició a la cuenta de resultados de las farmacéuticas. Tiene que ver con lo que en medicina se conoce como la paradoja de la prevención. Si las medidas para frenar las enfermedades funcionan, nunca se apreciará su valor. Es un desincentivo perverso para los gobernantes: luce más pagar un medicamento costoso que cure una enfermedad o inaugurar una infraestructura para tratar a los pacientes que evitar que se produzca. El ejemplo casi perfecto es el de la Comunidad de Madrid una vez que pasó lo peor de la primera ola de la COVID-19, cuando anunció una inversión de 50 millones de euros en un hospital de pandemias en lugar de contratar al personal necesario para evitar que el coronavirus se volviera a descontrolar, algo que tenía un coste muy inferior. Y, si por lo general las inversiones en prevención resultan invisibles, el desincentivo se multiplica cuando se hacen notar por ser fallidas, como ocurrió en 2009. De forma más o menos consciente, el supuesto dispendio en las vacunas de la gripe estaba instalado en las

cabezas de quienes tenían que tomar decisiones sanitarias cuando llegó el coronavirus.

El otro factor decisivo para entender la respuesta al SARS-CoV-2 (el acrónimo de coronavirus del SARS) fue la experiencia previa con su primo hermano: ese número dos que pusieron al virus en su apellido se debe a su semejanza con el primer SARS-CoV. Aunque parezca paradójico, su mayor letalidad y virulencia lo hicieron más fácil de controlar. De forma más rápida, manifestaba síntomas más graves de los que provoca la COVID-19, así que era detectado más fácilmente, sus portadores eran tratados y aislados y no tenía tiempo para seguir expandiéndose. Desapareció tras haber llegado a 29 países.

El mensaje que caló en las primeras etapas en los medios de comunicación a través de muchos especialistas fue que, lo que al principio se conoció como coronavirus de Wuhan, era un patógeno menos agresivo que el SARS que, al fin y al cabo, en todo su periplo se cobró menos vidas que la malaria en un solo día. Y esta ha sido el arma que ha usado para llegar a todos los rincones del planeta, ser menos letal, pasar más inadvertido y tener mayor capacidad de transmisión. Los países asiáticos que padecieron la primera versión ya vivieron en carne propia el terror que causa este enemigo invisible. Lo que a posteriori se ve como un simulacro de pandemia —sobre todo si se compara con la de 2020— generó en su día las mismas incertidumbres que esta. Incluso mayores, por su virulencia y la rapidez con la que terminaba con sus víctimas. En países como Corea, Taiwán o Singapur, desde los primeros casos importados ya tomaron medidas que en Occidente tardaron semanas en llegar.

En esas latitudes, las emergencias, tanto sanitarias como provocadas por otras catástrofes naturales, están mucho más presentes en la vida de los ciudadanos. El cambio climático está a punto de mutar el panorama, pero, hoy por hoy, en Europa no preocupan las enfermedades transmitidas por mosquitos, los huracanes,

los tsunamis; los terremotos son escasos y de importancia menor en comparación con otros rincones del mundo, apenas existen volcanes activos que puedan alterar radicalmente la vida de millones de ciudadanos de un día para otro. Esa burbuja de aparente invulnerabilidad tan solo se ve alterada de cuando en cuando por problemas alimentarios, una industria sometida a unos controles estrictos que tiene articuladas acciones tempranas cada vez que detectan una anomalía. La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) es un organismo que coordina el trabajo de las comunidades autónomas, emite alertas y trabaja en el desarrollo de normas en consonancia con las que establece la Unión Europea. No había nada parecido en salud pública. Los departamentos autonómicos estaban mermados, era una especialidad sin prestigio ni peso en las facultades de Medicina. España se ha enfrentado a la crisis sanitaria con un centro nacional para alertas sanitarias, el CCAES, creado en 2004, durante la época de ministra de la popular Ana Pastor, en el que trabajaban menos de media docena de funcionarios. Y con direcciones regionales cuyo grueso presupuestario se lo llevan las campañas rutinarias de vacunación. La Ley de Salud Pública de 2011, una de las últimas del Gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero, abría la puerta a la creación de una agencia nacional que nunca se desarrolló en los sucesivos ejecutivos de los nueve años posteriores: ni en los de Mariano Rajoy, que tuvo siete para hacerlo, ni en los de Pedro Sánchez, que llevaba uno y medio en el poder cuando el SARS-CoV-2 cambió el curso de la Historia.

LA ENSOÑACIÓN DEL MEJOR SISTEMA SANITARIO DEL MUNDO

Los políticos de varios países del mundo repetían antes de la pandemia a sus ciudadanos que tenían el mejor sistema sanitario del mundo. No todos podían llevar razón. En España, quien vivie-

ra en esa ensoñación despertó bruscamente en marzo de 2020 y se topó con una realidad muy distinta. En lo que sí coinciden los analistas es que el Sistema Nacional de Salud es muy bueno cuando no hay problemas y uno de los más eficientes del mundo: con solo un 6,4% del PIB —por debajo de los países ricos de Europa— da resultados envidiables. La epidemia ha servido para evidenciar carencias, pero había muchas otras que eran notorias desde hacía tiempo, especialmente a partir de la crisis financiera que comenzó en 2008. Aunque cuenta con un número de médicos especialistas por encima de la media de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en atención primaria está muy por debajo, algo que se multiplica en lo referido a enfermeras: en España la tasa es de 5,2 por cada mil habitantes, mientras que la media europea se sitúa en los 8,4.

La pérdida de músculo con la que la sanidad española tuvo que intentar curar a las docenas de miles de enfermos de COVID había que buscarla en cómo se afrontó la crisis económica de hace una década y sus consecuencias a largo plazo, basada en la poda sistemática del gasto público. La austeridad se convirtió en la piedra angular de casi cualquier política. La resaca de aquella borra- chera de recortes todavía se dejaba sentir muchos años después. La sanidad no se libró de los recortes para salvar las cifras de déficit. Lo que sucedió está bien ejemplificado en las palabras del entonces consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha, José Ignacio Echániz, que en 2020 es responsable de sanidad del Partido Popular: «Recortar es acabar con una parte de los servicios y ajustar es prescindir de una parte innecesaria. Hay que priorizar y buscar los elementos más necesarios para los ciudadanos, los que son definitivos para la salud».

Dicho y hecho. La caída comenzó en 2010 y no paró hasta 2014. Entre esos dos cursos las administraciones públicas dejaron de aportar más de 7.700 millones de euros al sistema, un 11% como refleja la Cuenta Satélite de Gasto Sanitario del Ministerio de Sa-

nidad, una estadística que recoge el gasto real realizado. El gasto público en 2010 había llegado a 69.500 millones. Cuatro años después estaba desplomado en 61.900. En 2017 —con la crisis económica superada, según las palabras del presidente del Gobierno Mariano Rajoy la mañana del 26 de noviembre de 2014 en el Congreso de los Diputados— todavía se destinaban menos recursos públicos que siete años antes. Solo en 2018 la inversión llegó a los niveles de hacía casi una década.

Por el camino, entre presupuesto y presupuesto, entre ejercicio y ejercicio en la búsqueda de cuadrar los déficits exigidos por el Ministerio de Hacienda, se iban quedando recursos que se han echado de menos durante la oleada pandémica vivida de marzo a mayo de 2020. Los encargados de cuatro servicios de Medicina Intensiva españoles publicaron en junio de 2013 un recuento de los recursos de su especialidad con los que contaban los hospitales en España. «El número total de camas de críticos de agudos identificadas fue de 4.738», escribieron. El 13 de marzo de 2020, la Sociedad Española de Medicina Intensiva informaba de que los hospitales disponían de un total de 4.404 camas de UCI, 3.508 de ellas en los centros públicos. Siete años de pérdidas. Los Gobiernos de las comunidades autónomas, las administraciones responsables de gestionar la sanidad, se lanzaron aquel día a una búsqueda urgente de camas de cuidados intensivos por lo que se les venía encima.

En el resto de las plantas de hospital, la situación de partida también heredaba los ajustes. En 2010 había instaladas en los hospitales españoles 157.978 camas, mientras que la última edición de la Estadística Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad —de 2017, lo que es un ejemplo de la calidad y actualidad de las estadísticas sanitarias en España— ilustraba el periplo que ha soportado el sistema: había 153.383. España está en la franja baja de la OCDE y es de las últimas de Europa. Con tres por cada mil habitantes, entre los vecinos, tan solo Italia (3,2) y Por-

tugal (3,4) tienen cifras parecidas. Alemania cuenta con ocho. Los países punteros en el mundo son asiáticos: Corea (12,3) y Japón (13,1).

¿EMERGENCIA INTERNACIONAL?

Este era el contexto con el que comenzó a tomar protagonismo en los medios de comunicación la existencia del coronavirus, a mediados de enero. El día 20 de ese mes China confirmó lo que los científicos venían sospechando desde hacía días: el virus se podía transmitir entre humanos. Esto lo acercaba al SARS y lo alejaba del MERS. El mundo se enfrentaba a un virus nuevo que había matado a seis personas. Su letalidad no estaba nada clara en un estadio tan prematuro, pero parecía menor a la de los precedentes más inmediatos. Su capacidad para pasar de unas personas a otras cambiaba radicalmente el panorama. Ya no valía con tratar los casos y buscar el foco primigenio. El virus probablemente se estaba extendiendo y había que actuar de forma más radical. Era lunes. La Organización Mundial de la Salud convocó a un comité de expertos para el miércoles siguiente con objeto de decidir si declaraba la emergencia sanitaria internacional, un mecanismo que precisamente había creado tras la emergencia del SARS para articular recomendaciones internacionales ante amenazas sanitarias. Hasta el momento solo la había puesto en marcha cinco veces: ante el brote de gripe H1N1 (2009), los de ébola en África Occidental (2014) y en la República Democrática del Congo (2019), el de polio en 2014 y el de virus zika en 2016.

La OMS es un organismo financiado en su gran mayoría por los propios países miembros y cuya labor es consultiva, de vigilancia; financia programas y da recomendaciones, no tiene poder ejecutivo alguno. La declaración de emergencia sanitaria internacional no es, *per se*, ninguna figura jurídica que obligue a nada

a los Gobiernos. Tampoco consta de unas acciones predeterminadas. Es simplemente una bandera roja que llama a los Estados a estar alerta y a tomar unas u otras acciones en función de la naturaleza del peligro. Nada tiene que ver la del zika, una enfermedad transmitida por mosquitos, con la de la polio, una mucho más conocida, cuya prevención consistió en asegurarse de que quienes residían o fueran a visitar Irak (foco del brote) recibieran una vacuna que lleva usándose años. La idea era evitar que los viajeros se convirtieran en transmisores del virus. Es básicamente lo que se busca al decretar una alerta sanitaria internacional: frenar su propagación.

El mismo día que la OMS se reunía para establecer el grado de alarma, China tomó una decisión drástica: confinar Wuhan, una ciudad de 13 millones de habitantes, un importante nudo industrial y de transportes. Había 500 infecciones y 17 muertes sobre la mesa. El país asiático parecía haber actuado de forma rápida, contundente y transparente. En el brote de SARS ocultó los casos hasta que cruzó sus fronteras, lo que dificultó su contención. Esta vez todo parecía distinto: había notificado a la comunidad internacional de forma temprana, había clausurado el mercado del foco nada más conocerse, había compartido la secuencia genética del virus en tiempo récord para que los laboratorios de todo el mundo pudieran trabajar en los reactivos de las pruebas de diagnóstico. La OMS no hacía más que alabar la gestión de la crisis en China, pero el tiempo demostró que no fue tan modélica. Quizás nunca sepamos toda la verdad, pero a la vista de lo que sucedió en el resto del mundo, los epidemiólogos tienen serias sospechas de que ocultó algunos hechos y maquilló sus cifras. Pasado el tiempo, quienes tomaron como referencia aquellas estadísticas en el CCAES reconocen que son difícilmente digeribles. «En aquel momento te podías fiar más o menos, pero eran las únicas que había. No podíamos inventarnos otras. Si nos decían mil casos, ¿qué íbamos a suponer, que en realidad eran diez mil,

cien mil? En epidemiología se trabaja con las cifras que hay y no nos daba la impresión de que estuvieran ocultando nada», justifican estas fuentes.

La previsible censura en un régimen como el chino evitó que se conociera más información y desde antes, algo que quizás no hubiera cambiado de forma radical la actuación ante un virus tan desconocido y devastador, pero probablemente habría permitido mayor anticipación. Más allá de los primeros pasos erráticos —incluida una comida multitudinaria en Wuhan auspiciada por las autoridades locales—, el *New England Journal of Medicine* descubrió, tras examinar los primeros 425 casos de infección, que los contagios entre seres humanos empezaron a producirse a mediados de diciembre. El Gobierno chino estuvo más de un mes insistiendo en que no había indicios de ello.

El debate en la OMS fue intenso. Sus expertos estaban divididos y no lograron llegar a un acuerdo el día 22. Después de una jornada entera de reunión anunciaron que necesitaban más datos para evaluar la situación. En el segundo día de discusiones los especialistas seguían sin llegar a un consenso. De los dieciséis que se reunieron, ocho eran favorables a declarar la emergencia, y ocho se mostraban en contra. Fue su director general, el etíope Tedros Adhanom Ghebreyesus, quien decidió no tomar por el momento una decisión que podía perjudicar a China si iba acompañada de recomendaciones de limitar viajes o negocios con el país. «Dado el número de casos y su severidad, con un limitado número de infecciones fuera de China y considerando los esfuerzos de las autoridades para contener al virus, hemos decidido que es demasiado temprano», dijo en una rueda de prensa retransmitida desde Ginebra Didier Houssin, el presidente del comité de emergencia, quien también matizó que estaban preparados para cambiar de opinión si la situación lo requería. El 23 de enero, cuando pronunció estas palabras todos los casos estaban en China, excepto uno en Japón, uno en Corea, uno en Estados Unidos,

cuatro en Tailandia. Se habían registrado 17 muertes, todas en Hubei, la provincia en la que está enclavada Wuhan. No había, que se supiera, contagios fuera de China.

PARÁLISIS EN LA FÁBRICA DEL MUNDO

Wuhan no es una ciudad cualquiera en el entramado económico de China. Es una especie de Detroit de la industria automovilística en el corazón de la fábrica del mundo, y de ahí que necesariamente tuviera que inquietar lo que allí estaba ocurriendo. Allí tienen sede empresas como Inditex, Siemens Gamesa, Gestamp, CIE Automotive o el Grupo Antolín. Es decir, algunos de los pesos pesados de la industria española, pero también gigantes de la tecnología o de la industria del automóvil.

Esto se debe, básicamente, al papel central que ocupa China en las cadenas globales de valor, y que hacen posible producir determinados bienes en varios países aprovechando las ventajas competitivas de cada uno de ellos. Y ahí el país asiático, que representa el 25 % del PIB mundial en términos de paridad de poder de compra, tiene mucho que decir: bajos salarios, normas medioambientales laxas, estabilidad política bajo el control del partido comunista o un desarrollo tecnológico acelerado —ya no solo produce bienes de tecnología media-baja— gracias a las fuertes inversiones que ha hecho el Estado en los últimos años. China es, por lo tanto, una especie de *hub* mundial que ensambla, empaqueta y exporta a todo el planeta. Y si se rompían las cadenas globales de valor porque los puertos estaban cerrados, el problema era monumental. Sin los bienes intermedios que llegan de China, los que sirven para fabricar productos finales, las fábricas no podían trabajar por falta de repuestos o materiales. Era el principio de un colapso industrial que afectaba, fundamentalmente, a la manufactura, pero también al conjunto de la

industria. Nada se podía fabricar si no llegaban componentes de China y de su área de influencia, incluidos objetos que serían tan preciados como las mascarillas.

A finales de enero, por lo tanto, había muchas razones para comenzar a estar preocupados. Pero en ese momento, en España, el nuevo Gobierno echaba a andar y los equipos se estaban conformando. Un indicador adelantado de actividad es el petróleo, ya que se negocia en el mercado de futuros. Es decir, los precios se fijan de acuerdo con la demanda esperada, que depende del nivel de actividad previsto. Y en enero, un mes en el que sube la demanda por la llegada del invierno al hemisferio norte, se había desplomado un 10% sin que por medio hubiera un aumento de la producción, que tiende a deprimir los precios. Los 60 dólares barril del crudo Brent (159 litros) pronto se convertirían en 30. Otras señales no dejaban lugar a dudas de que algo importante estaba pasando. Solo había que leer la prensa extranjera, que daba señales inquietantes: el grupo Toyota había anunciado el 30 de enero que aplazaba la reapertura de sus doce fábricas en China, cerradas debido a las festividades del Año Nuevo Lunar. Honda y Renault también se unieron a la medida. La cadena sueca de muebles Ikea anunció el cierre de todas sus tiendas físicas en China hasta nuevo aviso. Starbucks también confirmó la clausura temporal de más de la mitad de sus establecimientos en el gigante asiático, donde tenía 4.292 puntos de venta. La marca de joyas Pandora bajó la persiana en 53 de sus 237 locales en China, la mayoría en la provincia de Hubei.

Había, por lo tanto, razones para estar algo más que inquietos. Incluso, seriamente intranquilos. Máxime cuando la guerra comercial entre Estados Unidos y China, lejos de remitir, estaba en todo lo alto. Aunque los políticos siempre intentan transmitir tranquilidad para trasladar a la opinión pública la sensación de que todo está bajo control, lo cierto es que los técnicos del Ministerio de Economía que elaboran la Síntesis de Indicado-

res Económicos, un documento de carácter mensual, ya habían dado algunas señales preocupantes. «La información coyuntural más reciente sobre la economía española», sostenía el informe de febrero, «muestra, de forma generalizada, un tono favorable consistente con un crecimiento robusto de la actividad y del empleo, si bien la evolución del crecimiento dependerá crucialmente de la persistencia y profundidad del *shock* provocado por la COVID y de las políticas y medidas que se lleven a cabo».

LA PRIMERA COMPARECENCIA DE FERNANDO SIMÓN

El cierre de Wuhan, además del golpe a la economía mundial, dejó encerrados dentro a 21 españoles que vivían allí y a dos periodistas que consiguieron entrar horas antes del decreto de confinamiento. En el CCAES ya seguían con atención la evolución de la enfermedad, pero la posibilidad de que llegase a España de forma epidémica era todavía una hipótesis que no creían muy realista: en ese momento les preocupaba más cómo sacar a los españoles de forma segura. Contemplaban que se detectasen algunos casos importados, que con aislamiento no debían pasar a mayores. Fernando Simón hizo su primera comparecencia pública el 24 de enero. No era la primera vez que se ponía delante de las cámaras. En la crisis del ébola, en el año 2014, ya había dado explicaciones a los medios tras la repatriación de un misionero español y posterior contagio de una enfermera. Pero aquel momento de fama fue efímero. Pocos recordaban a aquel técnico cuando salió a una de las salas del Ministerio de Sanidad en la que se apiñaban una veintena de periodistas. El Gobierno quería una comparecencia de perfil bajo. La atención era creciente y en Sanidad pensaban que estaba empezando a cundir un miedo exagerado para una amenaza sumamente improbable. No había muertes fuera de China, ni contagios, no había nada más

allá de unos cuantos casos importados. Pese a que Simón estaba en una sala preparada para alocuciones oficiales y asientos para los redactores, y aunque los periodistas pidieron trasladar ahí su comparecencia para no tener que agolparse en un rincón de la estancia, la orden era hacerla sin más parafernalia; un canutazo, como se conoce en la jerga periodística, una diferencia sutil la que aporta ante las cámaras una declaración que pareciera casi improvisada frente a una alocución delante de un atril. El mensaje era de tranquilidad:

Tenemos un nivel de preocupación bajo, pero activo. La población tiene que tener un nivel de percepción de riesgo muy bajo. Si vienen de Wuhan y tienen síntomas, que vayan al médico tranquilamente. Pero estamos en época de gripe: cualquier sintomatología, incluso si vienen de allí, lo más probable es que sea gripe.

En esas fechas, una especie de diario que publicó a posteriori Santiago Moreno, jefe de servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, sintetiza bastante bien lo que expresaban la mayoría de los expertos en España cuando les preguntaban:

Por lo que sabemos hasta ahora, parece muy poco probable que el nuevo virus de Wuhan llegue a ser un problema serio en España. Las noticias que llegan de China es que tiene una escasa mortalidad, de un 1 %, y ocurre en personas de edad avanzada, con enfermedades de base importantes, y que fuera de ahí no pasa nada. Ni siquiera parece tan peligroso como el de la gripe. El SARS y el MERS, tan amenazantes, desaparecieron. De todas formas, estamos atentos.

La inquietud de las autoridades sanitarias era de un colapso de la atención primaria en plena campaña de gripe ante cualquier leve síntoma, no la de una pandemia mundial, que se juzgaba improbable. Además, ni había capacidad para hacer pruebas diagnósticas

de COVID-19 —la enfermedad todavía no tenía ese nombre, ni ningún otro— a todos los sintomáticos ni las recomendaciones internacionales aconsejaban que se operase así. Solo aquellos que procedieran de Wuhan debían someterse a unos test que luego se harían conocidos por todos: los de reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés), los únicos que existían para detectar el coronavirus, que se basan en detectar su material genético en muestras sacadas de la nariz y la garganta con algo parecido a un bastoncillo.

Lo que hacía Sanidad era preparar un protocolo junto a las comunidades autónomas para identificar a personas sospechosas de portar al virus y aislarlas. Aquí entra en juego un concepto que será crucial para entender cómo se afrontó la epidemia: la definición de caso. Son las circunstancias que debe reunir una persona para que se le considere posible infectada y, en consecuencia, sea sometida a pruebas. Se divide en una parte puramente clínica, cual es la sintomatología (en la COVID: tos, fiebre y sensación de falta de aire como principales signos), y otra que tiene que ver con comportamientos de riesgo, en este caso, haber estado en Wuhan o en contacto con personas que hubieran desarrollado la enfermedad. Para ser considerado *caso* era necesario aunar ambas. Sin vuelos directos con la ciudad china, se descartó cualquier tipo de control fronterizo; simplemente se informó a los ciudadanos que si se enmarcaban dentro de la definición acudieran a cualquier hospital, que debía encargarse de someterlos a observación, extraer sus muestras y enviarlas al Centro Nacional de Microbiología que, en aproximadamente veinticuatro horas, tendría los resultados.

En su primera comparecencia, Simón dijo, casi de pasada, que había dos personas sospechosas en estudio, con una probabilidad mínima de que fueran positivas. Se convirtió en una alerta informativa en los grandes medios de comunicación, que lo destacaron como la noticia principal en cuanto se conoció.

Ambos dieron negativo minutos después, pero España ya vivía pendiente del coronavirus.

Faltaban aún siete días para que se detectara el primer caso en suelo nacional. A la semana siguiente comenzaron las repatriaciones de extranjeros, que fueron abandonando Wuhan a medida que iban pudiendo. Los países con más nacionales fletaron aviones y España anduvo varios días buscando uno en el que pudiera meter a los 23 compatriotas que estaban en el epicentro de la epidemia. Acabaron en un avión financiado por la Unión Europea y se trazó un plan pormenorizado para llevarlos a un hospital militar de Madrid, el Gómez Ulla, donde serían aislados durante catorce días. A pesar de que ninguno de ellos respondía a la definición de caso —ya que no tenían síntomas—, de forma excepcional se les sometió a las pruebas, ya que era uno de los requisitos de China para permitir su salida. Todos dieron negativo. Mientras las miradas estaban en la decimoséptima planta de un hospital castrense de Carabanchel, es posible que el virus comenzara a circular por la retaguardia. La epidemia no prendió donde todo estaba bajo control, a raíz de los españoles procedentes de Wuhan, ni de los primeros casos importados localizados, sino donde no miraba nadie.