

Intento de clasificar el peligro sanitario que supone la pandemia de COVID-19:

El transcurso de la mortalidad entre febrero y finales de mayo de 2020 en España y enero y finales de abril en Alemania comparado con el transcurso regular de la mortalidad en ambos países

Reinhard Wagner, Tenagua, 12 de junio de 2020

„Todas las personas tienen derecho a información clara, accesible, oportuna y significativa sobre la naturaleza y el grado de la amenaza a su salud.“

(Esteban Beltrán, Director Sección española de Amnistía Internacional, ante la Comisión de Reconstrucción Económica y Social del Congreso de los Diputados, Grupo Unión Europea, 12 de junio 2020)

CONTENIDO

1. Resumen

2. España

2.1. El transcurso regular de la mortalidad

2.2. El transcurso de la mortalidad en España entre febrero y finales de mayo de 2020

Tabla 1: Muertes mensuales de todas las causas en España en épocas de gripe y de COVID-19

3. Alemania

3.1. El transcurso regular de la mortalidad

3.2. El transcurso de la mortalidad en Alemanis entre enero y finales de abril de 2020

Tabla 2: Muertes mensuales de todas las causas en Alemanis en épocas de gripe y de COVID-19

4. Muertes regulares "de fondo" en España y Alemania en comparación de las muertes con COVID-19

5. Preguntas abiertas

6. Reflexiones posteriores y personales en mayo de 2021

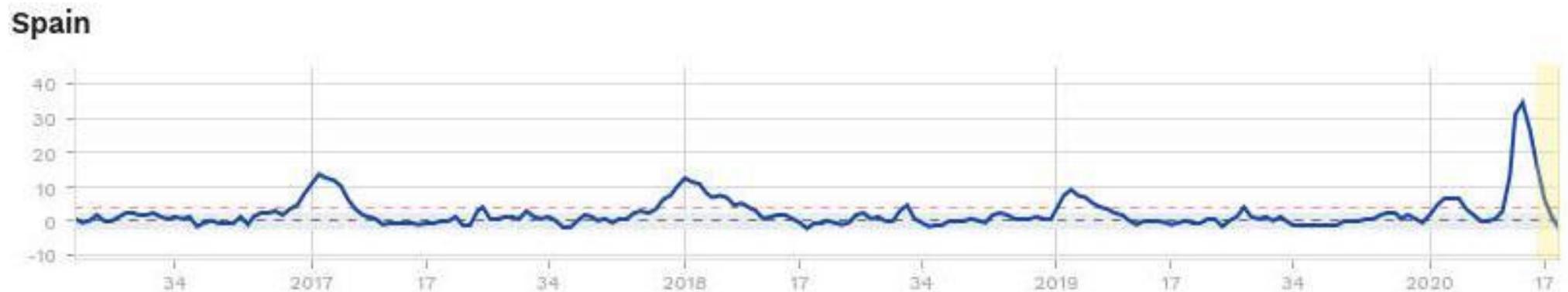
Apuntes a pie de página

Materiales

Se agradece correcciones y mejoras:

r_a_wagner@gmx.de

1. Resumen



(8)

La tasa de mortalidad en *España* ha aumentado significativamente en el período mencionado. Esto también se confirma si se observan no sólo regiones o periodos específicos, sino el país en su conjunto y un periodo de cuatro meses, habitual en una epidemia de gripe.

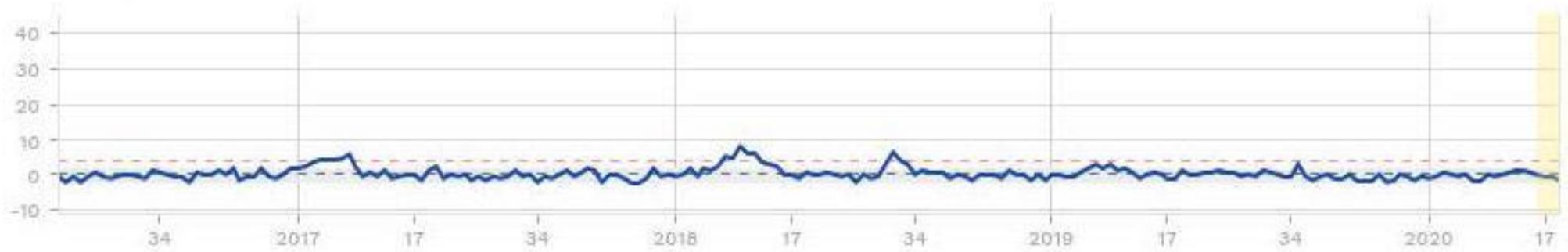
Independientemente de la forma en que se vea o se presente, se trata de un fenómeno inusual por la intensidad de su transcurso y la posición temporal en el año.

En términos puramente cuantitativos, ya no está dentro del rango de muertes durante la epidemia de gripe de 2017/18 - tras la notificación posterior de alrededor de 12.000 muertes a finales de mayo de 2020 -, **sino un 6% por encima**, sin que se tomaran medidas extraordinarias en aquel periodo de 2017/18

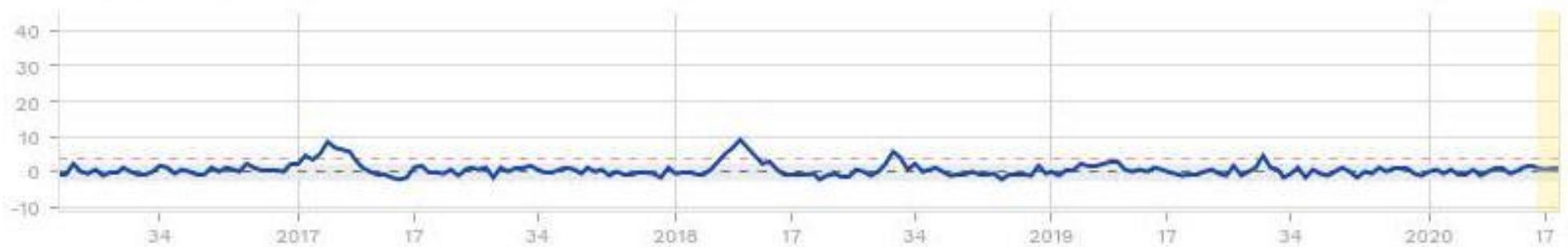
Hubo una coincidencia temporal directa de exceso de mortalidad con la aparición del nuevo virus y un número significativamente mayor de muertes con* infección por SARS-CoV-2 confirmada en laboratorio. Esto sugiere una relación causal.

Cuando del 17 de marzo hasta el 3 de mayo de 2020, los 48 días de un exceso de mortalidad o "la primera ola", oficialmente murieron por medio 526 personas a diario con* COVID-19, siguieron muriendose 787 personas a diario por las habituales enfermedades del sistema circulatorio, por tumores y por otras enfermedades del sistema respiratorio.

Germany (Berlin)



Germany (Hesse)



(8)

La tasa de mortalidad en *Alemania* desde enero hasta finales de marzo de 2020 no ha cambiado y está por debajo de lo que sucedió en epidemias de gripe fuertes anteriores, en las que no se tomaron medidas extraordinarias.

El nuevo virus no desarrolló significación estadística. Por lo tanto, en el caso de las muertes con* infección por el SARS-CoV-2 confirmada por laboratorio

- o bien el nuevo virus no era la causa
- o las medidas adoptadas han permitido una reducción global de la mortalidad, compensando así

estadísticamente las posibles muertes adicionales por COVID-19

- o una combinación de ambas cosas.

Cuando del 17 de marzo hasta el 3 de mayo de 2020 (los 48 días de un exceso de mortalidad en España, elegidos solamente por razones de comparación), en Alemania oficialmente murieron por medio 139 personas a diario con* COVID-19, siguieron muriéndose 1.770 personas a diario por las habituales enfermedades del sistema circulatorio, por tumores y por otras enfermedades del sistema respiratorio

*Para poder comparar, presento aquí los datos oficiales, aunque sé que una muerte **con** una infección confirmada de SARS-CoV-2 no significa que ésta haya **causado** la muerte. La muerte pudo producirse por otra enfermedad, o pudo ser acelerada por la infección. Ambas cosas ocurrieron probablemente en casos en los que había una o más condiciones preexistentes.

Intento de clasificar el peligro sanitario que supone la pandemia de COVID-19:
El transcurso de la mortalidad entre febrero y finales de mayo de 2020 en España
y enero y finales de abril en Alemania
comparado con el transcurso regular de la mortalidad en ambos países

2. ESPAÑA

2.1. El transcurso regular de la mortalidad

Entre 2014 y finales de 2018, entre 30.000 y 50.000 personas murieron cada mes en España, más en la temporada del frío, especialmente durante la temporada de gripe, y menos en el verano. (3)

Lo mismo ocurrió de enero a junio de 2019. (4)

Los datos correspondientes desde diciembre de 2019 se pueden encontrar en el sitio web del Monitoreo de Mortalidad del Instituto de Salud Carlos III en Madrid (5), el equivalente del Instituto Robert Koch en Berlin, pero se muestran las muertes diarias. Para poder comparar, las cifras mensuales solo se pueden conseguir mediante la base de datos puesta de disposición en formato .csv. (6)

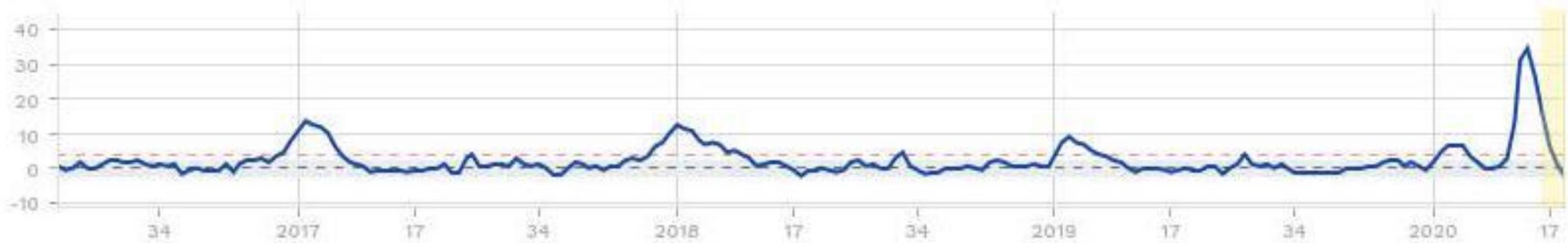
Los datos se actualizan y corrigen diariamente, incluso hasta después de 5 semanas.

Así, a finales de mayo de 2020, se produjo un nuevo registro extraordinario de aproximadamente 12.000 muertes. (1)

2.2. El transcurso de la mortalidad en España entre febrero y finales de mayo de 2020

Como se puede ver en el sitio web del Monitoreo de Mortalidad del Instituto de Salud Carlos III (7) y también con particular claridad en los diagramas del European Mortality Monitoring (EuroMoMo) (8), la tasa de mortalidad en la temporada de gripe de este año fue inusualmente baja, a diferencia de las temporadas de gripe de 2016/17 y 2017/18.

Spain



Pero particularmente notable es el transcurso de la mortalidad en el período comprendido entre el 13 de marzo y el 25 de mayo de 2020. (9)

Esta anomalía, se supone, se debe al nuevo virus, y trataré de ponerlo en el contexto del transcurso de la mortalidad general en España, comparándolo con la mortalidad durante las temporadas de gripe y con algunas otras causas y transcurso permanentes de la mortalidad.

Tabla 1: Muertes mensuales de todas las causas en España en épocas de gripe y de COVID-19

Gripe 2016-17¹⁰		12/2016	01/2017	02/2017	03/2017	Total 4 meses
		39.188	49.370	37.434	35.779	161.771 ¹³
Gripe 2017/18¹⁰		12/2017	01/2018	02/2018	03/2018	
		41.665	47.911	39.756	39.772	169.104 ¹³
COVID-19, por periodo de mortalidad en exceso (Presentación por el Centro Nacional de Epidemiología, MoMo-ISCH)⁸		02/2020	01/03-12/03	13/03-22/05	23/05-31/05	
	esperadas¹⁴	36.926 ¹¹	14.488,5 ¹¹	77.574 ¹²	9.263,25 ¹²	138.211,75 ¹³
	observadas	34.584 ¹¹	14.030 ¹¹	120.837 ¹²	9.659 ¹²	179.110 ¹³
	Exceso¹⁴			56 % ¹²		40.898 personas ¹³
COVID-19 por mes (Presentación por mi para poder comparar con otras épocas)		02/2020	03/2020	04/2020	05/2020	
		34.584 ¹¹	54.463 ¹²	56.336 ¹²	33.727 ¹²	179.110 ¹³

Marzo y abril de 2020 son dos meses con más de 50.000 muertes, lo que no ha ocurrido ni siquiera en anteriores epidemias de gripe fuertes.

El llamado exceso de mortalidad, según las diferencias con las medias a largo plazo para esta época del año

(14), es de casi 41.000 personas para los cuatro meses.

Lo que llama la atención es la concentración del exceso de mortalidad en un periodo relativamente pequeño de sólo 10 semanas, la extrema inclinación de la curva.

Si se observa este periodo de cuatro meses, habitual para las epidemias de gripe, independientemente de lo que es habitual para la época del año, el **número de fallecidos es un 6% o unas 10.000 personas más que en la epidemia de gripe 2017/18**, y un 11% o unas 17.300 personas más que en la epidemia de gripe 2016/17.

Independientemente de cómo se vea o se presente, se trata de un fenómeno inusual en cuanto a la gravedad de su progresión y su momento en el año. También en términos puramente cuantitativos, ya no está dentro del rango de muertes durante la epidemia de gripe 2017/18, cuando no se tomaron medidas extraordinarias, sino un 6% por encima (2), tras la nueva notificación de finales de mayo de alrededor de 12.000 muertes. (1)

Intento de clasificar el peligro sanitario que supone la pandemia de COVID-19:
El transcurso de la mortalidad entre febrero y finales de mayo de 2020 en España
y enero y finales de abril en Alemania
comparado con el transcurso regular de la mortalidad en ambos países

3. ALEMANIA

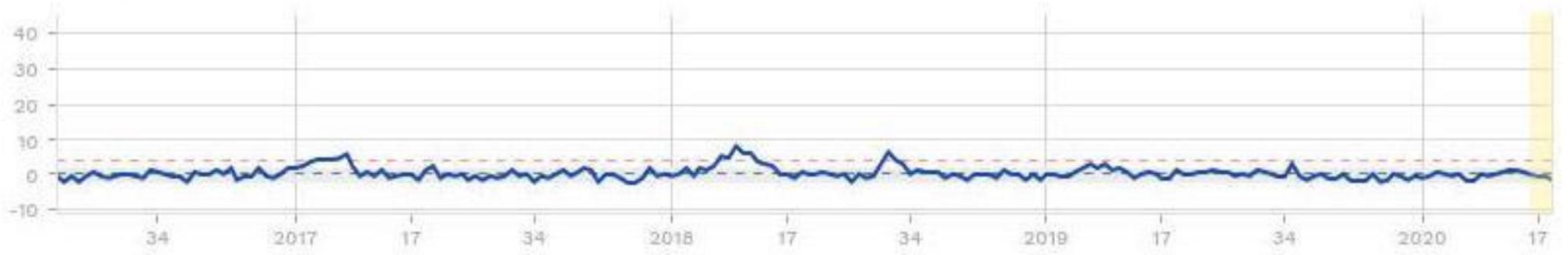
3.1. El transcurso regular de la mortalidad

Entre enero de 2016 y abril de 2020, entre 69.000 y 107.000 personas murieron en Alemania cada mes, más en la temporada de frío, sobre todo en la de gripe, y menos en verano, a excepción de los periodos de calor extremo. (15)

3.2. El transcurso de la mortalidad en Alemanis entre enero y finales de abril de 2020

Como se puede ver con especial claridad en los gráficos del European Mortality Monitoring (EuroMoMo) (8), la mortalidad ha sido inusualmente baja esta temporada de gripe, a diferencia de las temporadas de gripe 2016/17 y 2017/18.

Germany (Berlin)



Germany (Hesse)

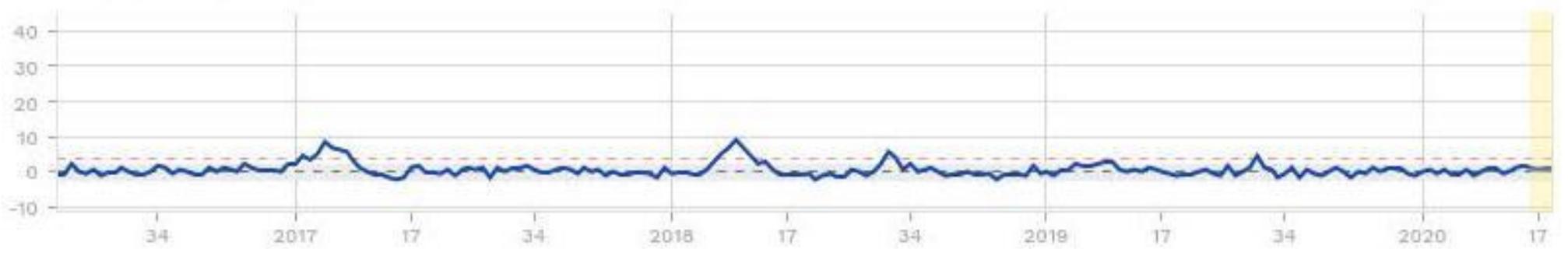


Tabla 2: Muertes mensuales de todas las causas en Alemania en épocas de gripe y de COVID-19¹⁵

Gripe 2016-17	12/2016	01/2017	02/2017	03/2017	Total 4 meses
	84.339	96.033	90.649	82.934	353.955
Gripe 2017/18	12/2017	01/2018	02/2018	03/2018	
	81.610	84.973	85.799	107.104	359.486
COVID-19	01/2020	02/2020	03/2020	04/2020	
	85.194	79.646	86.825	82.664	334.329

La tasa de mortalidad en Alemania en el periodo de enero a abril de 2020 no ha cambiado y está por debajo de la observada en anteriores epidemias graves de gripe en las que no se tomaron medidas extraordinarias. La Oficina Federal de Estadística constata un ligero exceso de mortalidad desde la última semana de marzo hasta la segunda semana de abril. (16)

Hasta ahora (05.06.2020), las estadísticas sólo están disponibles hasta el 10 de mayo de 2020. En la decimonovena semana del calendario, las tasas de mortalidad ya no estaban por encima de la media. (17)

Las estadísticas oficiales alemanas de ámbito nacional suelen publicarse con un retraso de 5 semanas. Por lo tanto, es de esperar que se produzcan actualizaciones y correcciones, como ocurre constantemente con las estadísticas españolas, publicadas a muy corto plazo.

Intento de clasificar el peligro sanitario que supone la pandemia de COVID-19:
 El transcurso de la mortalidad entre febrero y finales de mayo de 2020 en España
 y enero y finales de abril en Alemania
 comparado con el transcurso regular de la mortalidad en ambos países

4. Muertes regulares "de fondo" en España y Alemania en comparación de las muertes con COVID-19

Tipo de datos	España 2018	Alemania 2019 ²²
Habitantes en la actualidad	47.100.000 ¹⁸	83.100.000 ²⁴
Muertes anuales de todas las causas	427.721 ¹⁸	949.000 ²²
Muertes oficiales con* COVID-19 a 03/05/2020	25.264 ¹⁹	6.649 ²³
Muertes oficiales diarias con* COVID-19 por medio del 17/03/2020 hasta el 03/05/2020 (48 días)	526	139
Muertes diarias por todas causas por medio	1.172	2.600 ²²
... diarias por enfermedades del sistema circulatorio	331 ²⁰	930 ²²
... diarias por tumores	309 ²⁰	650 ²²
... diarias por enfermedades del sistema respiratorio	147 ²⁰	190 ²²
... diarias de neumonía	29 ²⁰	80 ²²
... anuales de neumonía	10.415	30.000 ²²
Infecciones nosocomiales (contraídos dentro del sistema de salud)	Entre 7 y 9 % de pacientes ²¹	600.000 al año ²²
Infecciones nosocomiales a diario	No he podido encontrar datos	1.600 ²²
Muertes por infecciones nosocomiales al año	No he podido encontrar datos	10.000 - 20.000 ²²
Muertes por infecciones nosocomiales a diario	No he podido encontrar datos	30 - 60 ²²
<p>* Estoy poniendo los datos oficiales por razones de comparación, sabiendo que una muerte con una infección confirmada de COVID-19 no significa que esa haya causado la defunción. La muerte podría haber ocurrido por otra enfermedad o también podría haber sido precipitado por la infección adicional. Ambas cosas han ocurrido en la gran mayoría de los casos en los que había uno o mas problemas de salud previos.</p>		

Intento de clasificar el peligro sanitario que supone la pandemia de COVID-19:
El transcurso de la mortalidad entre febrero y finales de mayo de 2020 en España
y enero y finales de abril en Alemania
comparado con el transcurso regular de la mortalidad en ambos países

5. Preguntas abiertas

5.1 ¿Cuál ha sido el impacto de las medidas adoptadas en términos de

- una reducción de la incidencia de la muerte: interrupción de las cadenas de infección, tratamiento en el hospital;
- un aumento de la incidencia de la muerte: pánico, estrés; reserva de las capacidades las cuales de otro modo habrían estado disponibles para accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio, cáncer y otras operaciones; todas las consecuencias económicas, sociales, físicas y psicológicas. (2)

5.2 ¿El descenso de las muertes en España después del 31/03/2020 está relacionado causalmente con la declaración del Estado de Alarma con las restricciones de contacto a partir del 14/03?

Esta pregunta podría responderse aclarando el tiempo medio entre la infección y la muerte entre los que murieron con COVID-19.

El periodo entre el inicio de las restricciones de contacto y el pico de la curva de mortalidad fue de 17 días.

Según los datos publicados hasta ahora por el Instituto Robert Koch (25), el tiempo que transcurre desde

la infección hasta la muerte es de entre 14 días y un mes.

Christian Drosten también habló de un mes en una entrevista con Spiegel, reproducida en el Tagesspiegel de Berlín el 29.05.2020. (26)

La respuesta definitiva a esta pregunta se deja, por tanto, para futuras investigaciones.

5.3 ¿Fueron sensatas las medidas adoptadas en Alemania, aunque incluso antes de la introducción de las restricciones de contacto ("lockdown") el día 22 de marzo de 2020, según el Instituto Robert Koch, la tasa de transmisión había descendido por debajo de 1? (27)

5.4 ¿El virus tendrá su propia temporada en el futuro, además de la actual temporada de gripe?

Intento de clasificar el peligro sanitario que supone la pandemia de COVID-19:
El transcurso de la mortalidad entre febrero y finales de mayo de 2020 en España
y enero y finales de abril en Alemania
comparado con el transcurso regular de la mortalidad en ambos países

6. Reflexiones posteriores y personales en mayo de 2021

"Sabio es el que sabe lo que no sabe". (Sócrates)

Sin embargo, "¡Tengan valor para usar su propio entendimiento!" (Kant)

Hoy, un año después, poco ha cambiado respecto a mis conclusiones originales:

En ciertos momentos y en ciertos lugares, lo que ocurre es extraordinario.

En general, la pandemia ha sido afortunadamente sobrevalorada en sus efectos inmediatos determinados por el evento infeccioso - al menos en Europa, de la que tengo datos - porque incluso en las fases de exceso de mortalidad presuntamente desencadenadas por el nuevo virus, éste siguió siendo *una* de las principales causas de muerte y mucho menos significativo que las enfermedades cardiovasculares, los tumores u otras enfermedades respiratorias - a diferencia de lo que ocurrió con la llamada gripe española, la peste y el cólera. Como he dicho, en algunos períodos de exceso de mortalidad, pero no en lo de calor estival.

En otros momentos o visto para un periodo de un año, el virus como causa de muerte se mantuvo muy por detrás de las enfermedades cardiovasculares, los tumores u otras enfermedades respiratorias, siempre presentes.

Yo mismo no he comparado aún las tasas de mortalidad de los distintos años, pero sé de cálculos complicados que tienen en cuenta los cambios en la pirámide de población, que aún no he podido

comprobar.

Los efectos indirectos de las medidas adoptadas y el miedo generado son considerables en términos económicos en particular, pero también en términos sociales y psicológicos, especialmente para los niños y los llamados grupos de riesgo y para todos aquellos que están directamente relacionados con estos grupos de riesgo.

El mejor relato del problema lo encontré el 02/06/2020 en una entrevista con Amparo Larrauri, epidemióloga y responsable del equipo MoMo y científica del Centro Nacional de Epidemiología de España:

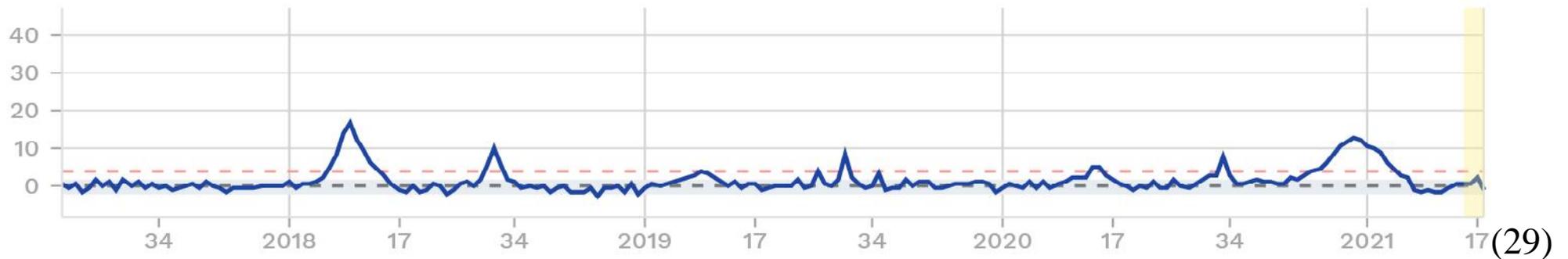
"El exceso de mortalidad constatado, (...) 'Puede deberse a casos con COVID-19 confirmada, a casos con COVID-19 sin confirmar y que los sistemas de vigilancia no identifican, y a la pandemia de manera indirecta. Esto último es muy importante. **Hemos vivido un cambio de estructura social y sanitaria, y eso ha provocado que muchas personas con patologías de base no se hayan acercado al médico por multitud de razones, como que temían el contagio o que sus consultas no funcionaban como lo hacían habitualmente. Y un montón de razones que no son médicas, sino sociales. Muchos estudios sugieren que el hecho de que una persona vulnerable, mayor, haya estado aislada y en confinamiento, infiere en su salud y evolución, afecta más que a personas jóvenes. Desgraciadamente, todos podemos ver casos así a nuestro alrededor. Son muertes que no son por COVID-19, pero están relacionadas con todo este proceso.**" (2) (Resaltado por mi.)

Quiero dejar claro que mis reflexiones no tratan de un "o - o", sino de un "y - y". La vida no es blanca-y-negra. Se compone de infinitos matices de gris. ¡Y los colores! Los que me gustaría enfrentar.

Primera y segunda ola en Alemania

Desde abril de 2021, el Instituto Robert Koch de Berlín está proporcionando, afortunadamente, al proyecto EuroMoMo de Copenhague no solo datos de Berlín, sino de toda Alemania. Ahora es posible rastrear fácilmente el transcurso de la mortalidad desde aproximadamente principios del verano de 2017 más allá de las dos regiones de Hesse y Berlín.

Germany



Así, en el caso de la gripe 2017/18 comparada con la COVID-19 de la primavera de 2020, queda claro a simple vista lo que fue un poco más laborioso extraer de esta tabla:

Tabla 2: Muertes mensuales de todas las causas en Alemania en épocas de gripe y de COVID-19¹⁵

Gripe 2016-17	12/2016	01/2017	02/2017	03/2017	Total 4 meses
	84.339	96.033	90.649	82.934	353.955
Gripe 2017/18	12/2017	01/2018	02/2018	03/2018	
	81.610	84.973	85.799	107.104	359.486
COVID-19	01/2020	02/2020	03/2020	04/2020	
	85.194	79.646	86.825	82.664	334.329

Sin embargo, lo que también queda claro es el marcado aumento de las muertes en Alemania sobre la vuelta del año 2020/21, que va mucho más allá de lo que se observó en la llamada "primera ola" y - como en España en la primavera de 2020 - es inusual para la época del año.

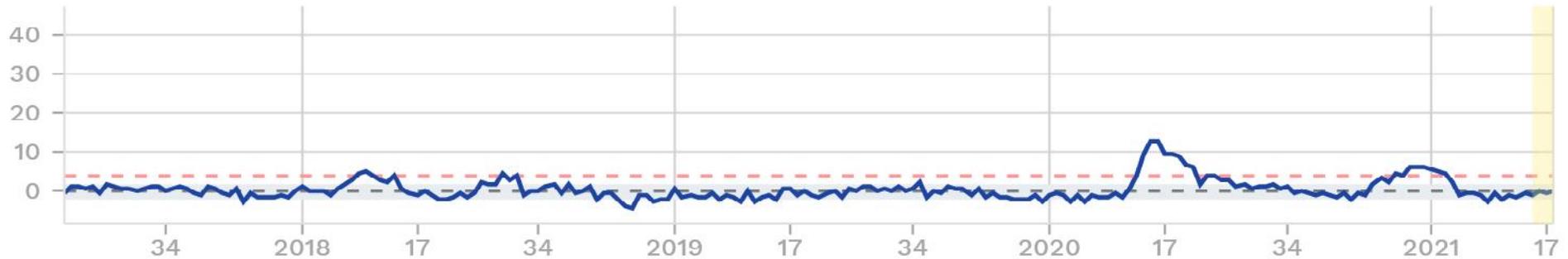
Spain



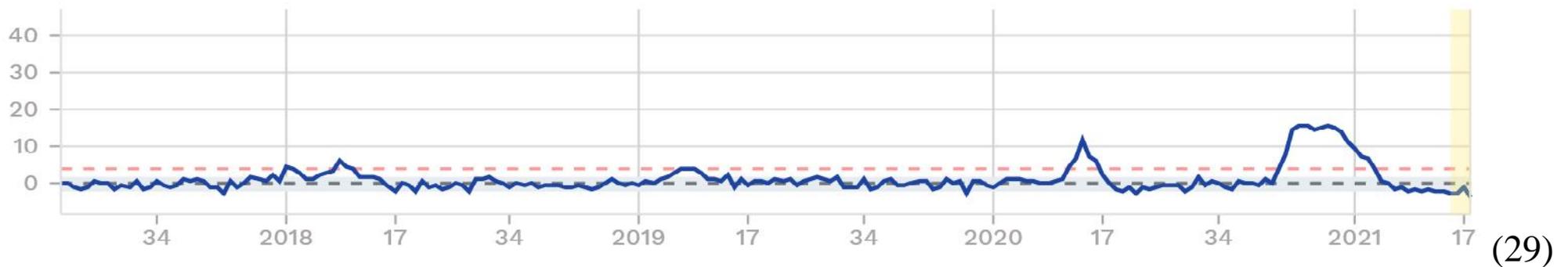
Los valores máximos en Alemania siguen siendo inferiores a los de la gripe 2017/18, pero la curva más

plana se alarga en el tiempo. En cualquier caso, el proceso es más violento que lo que ocurrió al mismo tiempo en Suecia, que siempre ha sido condenado unánimemente por los medios de comunicación.

Sweden



Switzerland



¿Los beneficios de los confinamientos?

Es cierto que no se pueden sacar conclusiones sobre los beneficios de confinamientos por el exceso de mortalidad: No sólo Alemania está en una posición muy diferente a la de España, que aplicó un confinamiento mucho más duro en la primavera de 2020. Suecia, con sus "solamente" recomendaciones para los ciudadanos y relativamente pocas restricciones, también está en mejor posición que Suiza con

confinamiento.

Pero no mejor que sus países vecinos, sino muy peor:

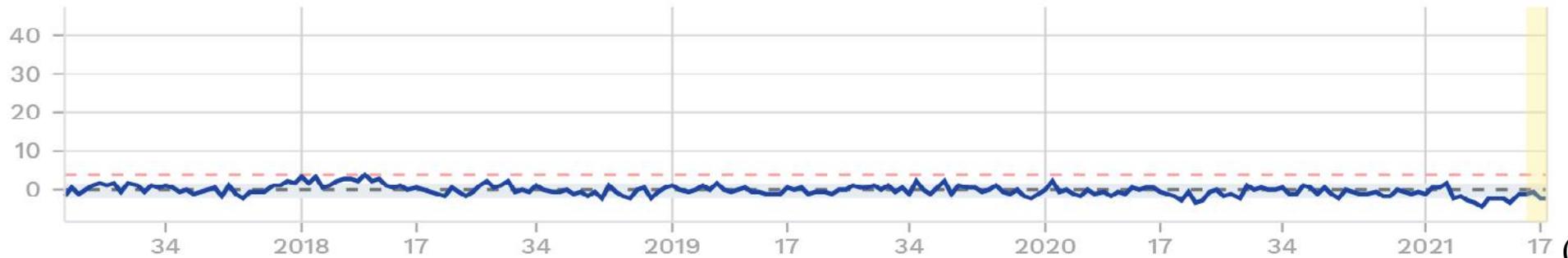
Denmark



Finland



Norway



El europa de los dos escenarios

De hecho, los países vecinos se encuentran entre los 9 de los 27 países participantes sin exceso de mortalidad actual. 7 nunca han registrado un exceso de mortalidad desde el comienzo de la pandemia. (29)

Sería interesante un estudio comparativo de las medidas adoptadas en cada caso para acercarse más a una respuesta sobre el beneficio del confinamiento y otras restricciones duras, lo que no es posible para mí aquí y ahora.

"Efecto de choque deseado"

Marzo y abril de 2020 se asociarán para siempre con el inicio del miedo de una gran mayoría a un nuevo virus, o el inicio del miedo de una gran minoría a que sea un montaje.

Replegado sobre mí mismo y obligado a no salir de mi casita durante las semanas que duró el confinamiento español extremo, salvo para hacer las compras necesarias (28), no podía creer lo que percibían mis ojos y mis oídos: estaba constantemente expuesto a las imágenes y cifras absolutas y aterradoras, omnipresentes en los medios, de infectados, enfermos y muertes, que demostraban la gravedad de la situación. Desvinculado, porque sin relación, sin referencia a la norma, al fondo: no sabía cuánta gente moría de todos modos y de qué. Pero ahora me informaban constantemente de las cifras de infecciones y muertes de todas las comunidades autónomas españolas, de las ciudades más grandes, de los países europeos y no europeos, *sin ninguna referencia*.

Ni sabía cuánta gente vivía allí y se moría continuamente, ni qué proporción de "muertes COVID" había en la mortalidad normal.

Como muchas otras cosas, desconfié de un documento titulado ["Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen"](#) ("[Cómo tener a COVID-19 bajo control](#)"), [que se "filtró" en los llamados "medios sociales" como supuestamente procedente del Ministerio Federal del Interior en Berlín en abril de 2020,](#) descargado el 28.04.2020 (ver también los [Materiales](#)): se parecía demasiado a la quimera de un supuesto "teórico de la conspiración" y tenía demasiadas debilidades estilísticas como para que dara crédito a un ministerio alemán para ese documento.

Todavía tenía la nota "VS-Nur für den Dienstgebrauch" ("Confidencial-sólo para uso oficial").

Hoy en día, exactamente [este documento está disponible públicamente en el sitio del Ministerio Federal Alemán del Interior](#), sólo se ha eliminado "VS-Nur für den Dienstgebrauch". (También se puede ver en [Materiales, descargado el 16/05/2021](#)).

En las páginas 13 y 14, "4. Conclusiones para la acción y la comunicación abierta" se indica:

"4 a. ¡Aclarar el peor de los casos!

Tenemos que dejar de lado la comunicación centrada en los índices de letalidad. Con un porcentaje de letalidad que parece insignificante y que afecta sobre todo a las personas mayores, muchos piensan entonces inconscientemente y sin darse cuenta: 'Bueno, así nos deshacemos de los viejos que arrastran nuestra economía, de todos modos ya somos demasiados en la tierra, y con un poco de suerte heredaré un poco antes de esa manera'. Estos mecanismos han contribuido sin duda a restar importancia a la epidemia en el pasado.

Para lograr el **efecto de choque deseado**, hay que aclarar los efectos concretos del contagio en la sociedad humana:

1) **Muchos enfermos graves son llevados al hospital por sus familiares pero son rechazados, y mueren agonizando luchando por el aire en casa. La asfixia o la falta de aire es un miedo primario para todo ser humano. También lo es la situación en la que no se puede hacer nada para ayudar a los familiares cuyas vidas están en peligro. Las imágenes de Italia son inquietantes.**

2) "Es poco probable que los niños sufran la epidemia": Falso. **Los niños se contagiarán fácilmente, incluso con las restricciones del toque de queda, por ejemplo, con los hijos del vecino. Si luego contagian a sus padres, y uno de ellos muere agonizando en casa, y ellos se sienten culpables porque, por ejemplo, se olvidaron de lavarse las manos después de jugar, es lo más horrible que puede vivir un niño.**

3) **Daños indirectos:** Aunque hasta ahora sólo disponemos de informes de casos individuales, éstos dibujan un panorama alarmante. **Incluso las personas aparentemente curadas después de un transcurso leve pueden sufrir recaídas en cualquier momento, que luego terminan fatalmente, a través de un ataque al corazón o insuficiencia pulmonar, porque el virus ha encontrado su camino inadvertido a los pulmones o al corazón.** Pueden ser **casos aislados**, pero se cernirán constantemente como una **espada de Damocles** sobre quienes se hayan infectado alguna vez. Una consecuencia mucho más común es la **fatiga y la reducción de la capacidad pulmonar que duran meses y probablemente años**, como han señalado a menudo los supervivientes del SARS y como ocurre ahora con el COVID-19, aunque, por supuesto, todavía no se puede estimar la duración.

Además, también hay que argumentar históricamente, según la fórmula matemática: $2019 = 1919 + 1929$.

Sólo hay que visualizar las cifras presentadas anteriormente en términos de la **tasa de mortalidad que hay que asumir (más del 1% con una atención sanitaria óptima, es decir, bastante más del 3% por**

sobrecarga en caso de contagio masivo), frente al 2% en el caso de la gripe española, y en términos de la crisis económica que hay que esperar en caso del fracaso de la contención, así que esta fórmula tendrá sentido para todos." (Resaltado por mi.).

Se leía como el modelo, el plano de la comunicación que experimenté simultáneamente en los medios de comunicación alemanes y españoles: ningún índice de letalidad en absoluto, lo que habría proporcionado información realista sobre el peligro real. En cambio, los choques sin fin y el alarmismo, retroalimentados por los propios medios de comunicación y así amplificados.

Un poco antes, en torno al 20 de marzo, una "carta a mis amigos" de un supuesto médico del Hospital Val d'Hebron, de Barcelona, circuló por las redes sociales españolas. (Aquí hay una traducción mía al alemán.) En ella se explicaba con sobriedad y precisión lo que vendría al sistema sanitario español debido a la altísima infectividad del nuevo virus y a su transmisión incluso por personas asintomáticas: triaje, medicina de guerra.

"¿Por que el COVID-19 es enormemente peligroso? Lo que determina el peligro de un agente infeccioso es la combinación de 3 factores: el vector de contagio, la morbilidad y la mortalidad. El COVID-19 tiene un vector de contagio entre 1,5 y 2,5, es decir, 3 veces superior a la gripe. Lo cual implica que su **propagación es geométrica**: 1-2-4-8-16-32-64-128-256... pero lo peor de todo es que, a diferencia de la gripe y del SARS, que fue la última epidemia por coronavirus de 2003, **éste se contagia también durante las dos semanas de incubación**, antes de tener incluso síntomas.

En cuanto a la morbi-mortalidad, es la siguiente. Hay que tener una cosa clara: **TODOS VAMOS A INFECTARNOS POR EL COVID-19 en los próximos tres meses.**

Ahora bien, de cada 1000 personas, 900 lo pasarán asintomaticamente, incluidos niños y jóvenes. 100 mostrarán síntomas. De esos 100, 80 lo pasarán como una gripe muy jodida: tos seca, dolor de

cabeza y muscular, es decir, dos o tres semanas en casa más malo que un perro. De 20 que quedan, 15 desarrollarán una neumonía bilateral con dificultad para respirar, que requerirá ingreso hospitalario para administrar broncodilatadores, corticoides y oxígeno. Los 5 restantes desarrollarán una fibrosis pulmonar que exigirá inmediato ingreso en la UCI con respiración asistida. De esos 5, 3 morirán. Y los dos que se salven presentarán secuelas que obligará posiblemente a trasplante de pulmón.

Estas son las cifras que se manejan actualmente en la comunidad científica occidental, ya que los datos en China han sido peores, pero porque su sanidad no está tan preparada. Visto así no parece tan grave, ¿verdad? El problema es que, a diferencia de la gripe, ante la cual una parte de la población se vacuna y además ataca progresivamente a lo largo de 5 meses al año, **está infección es una oleada (Ver Italia) De forma que en dos-tres meses se van a producir todos los contagios.** Así que ya tenemos los datos para hacer las cuentas.

De los 40 millones de españoles, solo 4 millones van a tener síntomas. De los que 3.200.000 la pasarán como una gripe mala en casa. 600.000 necesitarán ingreso hospitalario con oxígeno. Y 200.000 necesitarán UCI.

El problema es que en España existen, entre el sistema sanitario público y el privado, solo 200.000 camas hospitalarias y 3.800 camas de UCI. ¿Veis el problema? El auténtico problema no es la enfermedad en sí, a pesar de que tiene una morbimortalidad importante, sino que, debido a sus características epidemiológicas, viene en una oleada infectando a toda una población que no tiene inmunidad previa en cuestión de 2-3 meses, COLAPSANDO EL SISTEMA SANITARIO...!!!!

Eso significa que cuando las camas hospitalarias y las UCI estén llenas **habrá que aplicar lo que se conoce como Medicina de Guerra, es decir, cuando por cada cama que se quede libre haya 7**

personas esperando, los profesionales tendrán que decidir, a quién atienden y a quién mandan a su casa diciéndoles que les mandarán un médico y una bombona de oxígeno, que no llegará nunca porque también se habrán acabado.

Esa decisión se tomará en función de la edad y el estado general. Es decir, se escogerá a los más jóvenes, que tendrán más posibilidades de sobrevivir. Esto sin contar el resto de patologías graves y urgentes: infartos, ictus, accidentes de tráfico, etc. todo esto sin camas y sin UCI." (Destacado por mi.)

El hospital y el médico existen; cuando se le entrevistó, declaró que no había escrito la carta él mismo, sino que sólo la había reenviado.

Preguntas sin respuesta

Con preguntas como:

"¿A cuántas personas se hicieron una prueba?"

"¿Cómo se seleccionaron los que iban a ser examinados?"

"¿Se hizo la prueba a una muestra representativa de la población para conocer la propagación real del virus?"

"¿Cuál es la proporción de los examinados a la población total?"

"¿Cuál es la proporción de resultados positivos en las pruebas?"

"¿Cuál es la proporción de los positivos que enferman?"

"¿Cuál es la proporción de los enfermos que requieren tratamiento hospitalario?"

"¿Cuál es la proporción de los hospitalizados que requieren cuidados intensivos?"

"¿Cuál es la proporción de los que reciben cuidados intensivos que mueren?"

"¿Cuál es la proporción de muertes al número de infectados o enfermos en relación con otras enfermedades infecciosas, la gripe, por ejemplo?"

rápidamente dejé de preocuparme, tanto por las estrategias opacas de las pruebas como por la comunicación opaca de los resultados centrada en números absolutos sin ninguna referencia.

Además, según el Instituto Robert Koch de Berlin, los datos correspondientes a la gripe son sólo estimaciones, ya que no hay resultados de pruebas correspondientes: Estadísticamente, quien va al médico enferma de gripe. La letalidad de la gripe se estima sobre esta base, no sobre la base de los infectados o enfermos reales, a los que tampoco se les hacen pruebas, por no hablar de los asintomáticos. La comparación es difícil o imposible a este nivel.

Conozco comparaciones limitadamente útiles entre la letalidad de la gripe y la del nuevo virus. En la comunicación oficial del peligro, la pequeña diferencia se compensó haciendo hincapié en la extraordinaria facilidad de transmisión del nuevo virus también por los asintomáticos, que también es un tema habitual de discusión con las nuevas variantes: El peligro no proviene tanto de la elevada tasa de letalidad (case fatality rate), de las que de todos modos no debería hablarse, sino de una sobrecarga del sistema sanitario debida a un número inusualmente elevado de personas afectadas en un tiempo inusualmente corto, como parece demostrar el exceso de mortalidad en la primera oleada en España. [¡Ver las declaraciones de la epidemióloga Amparo Larrauri en el principio de este capítulo! (2)]

"Muertes de corona" y exceso de mortalidad

En Alemania, durante el periodo cubierto por mi estudio, se registraron muchas más "muertes del corona-virus" que quepa en la tasa de mortalidad. ¿Qué significa esto lógicamente?

Las "muertes del corona-virus" son muertes con resultados positivos en las pruebas, pero que no murieron **por** el virus. También es posible que todas las medidas adoptadas hayan reducido tanto la mortalidad global que las "muertes de Corona" no sean estadísticamente significativas.

Sin embargo, nada de esto ha impedido que los medios de comunicación o los políticos explotaran políticamente estas muertes con resultados positivos en las pruebas.

En España, el registro de las "muertes de corona" se retrasó con respecto al exceso de mortalidad. Amparo Larrauri, epidemióloga responsable del equipo de vigilancia de la mortalidad y científica del Centro Nacional de Epidemiología, a quien he citado anteriormente, lo ha explicado perfectamente. (5)

¿Qué es la realidad?

En mi situación vital muy personal - desencadenada por la información inicialmente desconcertante, de la que al principio no me fiaba de la intención del miedo (pensaba que era estupidez y retroalimentación inconsciente de supuestas noticias sensacionalistas) - y por los informes sobre una altísima infectividad del nuevo virus, se desarrolló una necesidad urgente **para mí y la continuación de mi vida** en el miedo generado a mi alrededor, que me preocupaba y asustaba profundamente, de obtener información sobre el significado real de lo que estaba ocurriendo. Esto fue *para mí*, una "terapia" contra el miedo, la ansiedad y la desorientación. Fue el intento de defenderme de la rigidez del miedo, ya sea por el virus o por otra cosa.

La forma más factible me pareció la de informarme sobre la evolución de las cifras de muertos, porque - así lo pensé - una pandemia tendría que reflejarse allí sin duda.

Si se pone lo que está ocurriendo en este momento en relación con la muerte "normal", cotidiana, que se

oculta en nuestra cultura, de cuya omnipresencia apenas somos conscientes y sobre cuyo alcance generalmente no sabemos nada, uno puede acercarse a la realidad mejor que a través de las cifras absolutas y las imágenes e ideas impactantes que se proporcionan en abundancia y con atención al detalle.

Así que empecé a ocuparme de un área muy estrecha, afortunadamente accesible para mí en mi posición aislada y para todos nosotros, la del llamado exceso de mortalidad en España y Alemania en comparación entre sí, en comparación temporal de la presente epidemia con las pasadas, y contra el fondo del patrón general de muerte en las dos sociedades. He elegido ambos países por mi cercanía personal a ellos como país de origen y de adopción y por el fuerte contraste en el curso de la pandemia, del que la mayoría de las personas que sólo tienen una perspectiva nacional no son conscientes. La percepción que prevalece en todas partes es: Lo que está ocurriendo en casa está ocurriendo igualmente en todas partes. Esto ni siquiera es cierto dentro del mismo estado: el curso es marcadamente diferente de una región a otra.

El exceso de mortalidad es especialmente adecuado para acercarse a la realidad, ya que la cuestión de cuántas personas han muerto en una región definida con precisión en un periodo de tiempo definido con precisión - independientemente de la causa - parece ser bastante incontrovertible y ser relativamente fácil de responder estadísticamente. Las autoridades que registran los nacimientos lo hacen con la misma fiabilidad para las defunciones.

La idea ahora era que el curso oficialmente registrado y presentado de las muertes - colocado en el marco de las muertes que ocurren de todos modos y habitualmente - podría permitir sacar conclusiones sobre el significado real del evento pandémico que traté de retratar arriba al principio de estas reflexiones.

He hablado con algunas personas sobre mis hallazgos. Algunos se han apresurado a considerarme un "teórico de la conspiración" simplemente por hacer preguntas e investigar de forma irreverente sobre el no-tema de la muerte. Algunos estuvieron de acuerdo, a otros no les gustó porque me pareció que el COVID es algo fuera de lo común en algunos momentos y en algunos lugares, y porque quedan muchas preguntas sin respuesta. La mayoría no ha dicho nada.

Mientras tanto, no he podido encontrar ningún error grave, y no me han llamado la atención sobre ninguno. Así que en los últimos días me he puesto a publicar esto en mi sitio de internet.

Teniendo en cuenta todo lo que está ocurriendo, quería poner en práctica lo poco que puedo hacer para apoyar a quienes quieren afrontar la situación de la forma más razonable posible. Por desgracia, no son tantos.

Yo, por mi parte, sé que es muy poco lo que sé y puedo saber. No me creo nada, necesito pruebas, y algunas he buscado y encontrado, para lo poco que puedo saber. Y quien no me crea puede comprobarlo, y por favor, hágame saber cualquier error que encuentre.

El "resto" del mundo

¿Es una coincidencia que el país africano más recientemente descolonizado y con una fuerte y aún influyente minoría blanca parezca ser el más afectado por la pandemia?

¿O más bien indica que en la mayoría de los países africanos no se recogen datos, o se recogen pocos, o que estos datos son irrelevantes a la vista de otros problemas sanitarios (malaria, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas) y políticos, y de la insuficiencia sanitaria crónica?

El proceso es multifactorial

El curso de la infección, la enfermedad y la muerte parecen depender de

- demografía/estructura de la edad y la naturaleza de las instituciones sociales: La mayoría de las muertes en los países europeos gravemente afectados se produjeron en residencias de ancianos, mayoritariamente privatizadas en España, con precauciones de infección evidentemente inadecuadas y con condiciones laborales precarias que incluso pueden obligar a trabajar en varias residencias al mismo tiempo, con todo lo que ello implica para la incidencia de la infección;

- la salud general de la población;

- la densidad de población;

- posiblemente la calidad del aire;

- posiblemente el clima;

- el estado del servicio sanitario: la oferta de médicos, enfermeras, camas, camas de cuidados intensivos.

Las malas decisiones a largo, medio y corto plazo sobre el sistema sanitario no se abordan, ni a nivel nacional ni a nivel europeo, ni siquiera por el gobierno socialista español frente a sus predecesores conservadores, que - como en todos los países del sur de Europa - han aplicado drásticas medidas de austeridad con los correspondientes efectos sobre la asistencia, además de las privatizaciones, como consecuencia de la crisis financiera.

Cui bono?

Diputados alemanes conservadores, llamándose cristianos, se han enriquecido con las máscaras declaradas obligatorias. ¿Y quién con las vacunas, más allá de los fabricantes y accionistas?

En su libro de 2007, *The Shock Doctrine (La Doctrina del Shock)*, Naomi Klein escribe sobre el ex

Secretario de Defensa de Estados Unidos, Donald Rumsfeld:

(La compañía farmacéutica) "Gilead, por su parte, ve las epidemias como un mercado en crecimiento, y tiene una agresiva campaña de marketing para animar a las empresas y a los particulares a hacer acopio de Tamiflu, por si acaso. Antes de volver a entrar en el gobierno, Rumsfeld estaba tan convencido de que estaba en una nueva industria de moda que ayudó a fundar varios fondos de inversión privados especializados en biotecnología y productos farmacéuticos. Estas empresas apuestan por un futuro apocalíptico de enfermedades galopantes, en el que los gobiernos se ven obligados a comprar, a precio de oro, los productos que salvan vidas que el sector privado tiene patentados." (Mi traducción.)

("Gilead, for its part, sees epidemics as a growth market, and it has an aggressive marketing campaign to encourage businesses and individuals to stockpile Tamiflu, just in case. Before he reentered government, Rumsfeld was so convinced that he was on to a hot new industry that he helped found several private investment funds specializing in biotechnology and pharmaceuticals. These companies are banking on an apocalyptic future of rampant disease, one in which governments are forced to buy, at top dollar, whatever lifesaving products the private sector has under patent.") (30)

Uno de los tres grupos de productos de Gilead son los fármacos y vacunas para enfermedades víricas. Pfizer y Gilead colaboran en la producción de remdesivir. No tengo información sobre la propiedad, es decir, qué fondos de inversión han invertido en qué empresas y, por supuesto, no tengo conocimiento de las instituciones y personas que han invertido su dinero en estos fondos de inversión.

Las famosas puertas giratorias entre los negocios y la política son ciertamente relevantes también cuando se trate de productos farmacéuticos, no sólo de mascarillas.

Intento de clasificar el peligro sanitario que supone la pandemia de COVID-19:
El transcurso de la mortalidad entre febrero y finales de mayo de 2020 en España
y enero y finales de abril en Alemania
comparado con el transcurso regular de la mortalidad en ambos países

Apuntes a pie de página

1: „Desde el Centro Nacional de Epidemiología aclaran a eldiario.es que, efectivamente, "hoy hemos hecho una actualización importante resultante del trabajo que venimos realizando con el Ministerio de Justicia". El objetivo es "recuperar aquellas defunciones que no habían entrado en el Sistema MoMo por retraso en la notificación durante los tres meses anteriores". (...) El Instituto de Salud Carlos III aporta en sus gráficas el tiempo medio estimado en retraso de notificaciones, y para estos días en en los que se han sumado las 12.032 muertes, el retraso es de 35 días. (...)

Los servicios mínimos de personal debido al estado de alarma y el aumento de muertes por el coronavirus llevaron a una situación de colapso en varios registros civiles y depósitos de cadáveres, que sufrió especialmente el de Barcelona y el depósito de cadáveres de la Ciudad de la Justicia de la capital catalana. En un informe de principios de abril, momento del pico, la subdirección general de planificación de la administración de Justicia de la Generalitat revelaba que la sección de defunciones del registro civil de Barcelona no estaba practicando inscripciones de defunciones desde el 17 de marzo ya que sus servicios mínimos se centran en expedir libros de familia y licencias de enterramiento debido a la "elevada carga de trabajo".“

https://m.eldiario.es/sociedad/MoMo-registro-muertes_0_1031697065.html?_ga=2.195763883.607369215.1590683111-795171950.1590683111,
27.05.2020, consultado el 05/06/2020

2: "El exceso de mortalidad constatado, según Amparo Larrauri, epidemióloga y responsable del equipo MoMo y científica del Centro Nacional de Epidemiología, 'Puede deberse a casos con COVID-19 confirmada, a casos con COVID-19 sin confirmar y que los sistemas de vigilancia no identifican, y a la pandemia de manera indirecta. Esto último es muy importante. **Hemos vivido un cambio de estructura social y sanitaria, y eso ha provocado que muchas personas con patologías de base no se hayan acercado al médico por multitud de razones, como que temían el contagio o que sus consultas no funcionaban como lo hacían habitualmente. Y un montón de razones que no son médicas, sino sociales. Muchos estudios sugieren que el hecho de que una persona vulnerable, mayor, haya estado aislada y en confinamiento, influye en su salud y evolución, afecta más que a personas jóvenes. Desgraciadamente, todos podemos ver casos así a nuestro alrededor. Son muertes que no son por COVID-19, pero están relacionadas con todo este proceso.**" (Resaltado por R.W.)
https://www.eldiario.es/sociedad/llegaremos-cuantas-muertes-directamente-COVID-19_0_1033797562.html?_ga=2.257052940.607369215.1590683111-795171950.1590683111, 02.06.2020, consultado el 05/06/2020.

Los diagramas están tomados del boletín del Monitoreo Europeo de la Mortalidad <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/>, semana 20/2020, visitado el 15/05/2020.

3: Instituto Nacional de Estadística (INE), <https://www.ine.es/consul/serie.do?s=MNP89585&c=2&nult=50> , consultado el 30/04/2020

4: Los datos del INE sobre las defunciones mensuales en España del 01/2019 al 06/2019 son preliminares:
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177008&idp=1254735573002&menu=resultados#!tabs-1254736195546 , consultados el 22/04/2020, publicados el 11/12/2019. Los datos definitivos del primer semestre de 2020 se publicarán en diciembre de 2020.

5: https://momo.isciii.es/public/momo/dashboard/momo_dashboard.html, actualizado y corregido diariamente. El sombreado es el rango normal, como en el EuroMoMo, <https://www.euromomo.eu/>, determinado a partir de valores a largo plazo, y sólo cuando se supera se habla de exceso de mortalidad. „¿De qué hablamos exactamente cuando decimos que hay un "exceso" en España de casi 43.000 muertes durante los meses de la pandemia, si Sanidad reporta 28.000? Esas 43.000 muertes son los resultados de la vigilancia de la mortalidad diaria por todas las causas del sistema MoMo, y significan la diferencia entre las defunciones que observamos para un periodo, y la mortalidad esperada a partir de las series históricas en España de los últimos diez años. A esta última, la mortalidad esperada, llegamos a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), con un modelo matemático de medias móviles que se ajustan por la tendencia y por la estacionalidad. La mortalidad observada diaria procede de datos del Ministerio de Justicia a partir de los registros civiles informatizados de casi 4.000 municipios españoles, entre ellos todas las capitales de provincias, que corresponden al 93% de la población española. Una cantidad de información muy importante.

Mediante el sistema MoMo hemos estimado un exceso de las muertes por todas las causas durante la primera ola pandémica de COVID-19. Es muy lógico suponer que parte de la mortalidad en exceso corresponde directamente a la COVID-19. También es lógico pensar que las defunciones reales por COVID-19 han sido un número mayor del que proporciona el Ministerio de Sanidad, puesto que son cifras oficiales procedentes de las comunidades autónomas que no pueden cubrir la totalidad, solo las defunciones confirmadas microbiológicamente. Y todas están dentro de estos excesos estimados por los MoMo. No es nada anormal, ni contradictorio: son estudios que no se contraponen sino que se complementan para establecer cuál ha sido el verdadero impacto de la pandemia. Lo anormal sería que fueran iguales. Sanidad da las defunciones confirmadas por COVID-19; el MoMo, las defunciones por todas las causas, muchas de ellas atribuibles a COVID-19. Y aún tendrá que pasar un tiempo para que consolidemos definitivamente la verdadera mortalidad de estos meses.“

Amparo Larrauri, epidemióloga y responsable del equipo MoMo y científica del Centro Nacional de Epidemiología, https://www.eldiario.es/sociedad/llegaremos-cuantas-muertes-directamente-COVID-19_0_1033797562.html?_ga=2.257052940.607369215.1590683111-795171950.1590683111, 02.06.2020, consultado el 05/06/2020

6: https://momo.isciii.es/public/momo/dashboard/momo_dashboard.html#datos, consultado el 04/06/2020

7: Consultado los días 23/04., 01/05., 27/05., 02/06. y 04/06 de 2020.

8: <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/>, actualizado cada jueves; aquí están los gráficos de España y Alemania, respectivamente, del Boletín de la Semana 20/2020, consultado el 15/05/2020.

9: El 31/03/2020 se produjeron un máximo de 2.466 muertes. En comparación, en 2018, último año del que el Instituto Nacional de Estadística ofrece cifras definitivas, murieron (https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177008&menu=ultiDatos&idp=1254735573002) una media de 1.172 personas al día.

Los máximos diarios durante las pasadas epidemias de gripe no se pudieron determinar para mí, por lo que me concentro en los valores mensuales más fácilmente comparables, sobre todo porque la fijación en secciones temporal y geográficamente muy pequeñas dirige la vista especialmente a los valores extremos.

10: Instituto Nacional de Estadística, <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1132&capsel=1134> , consultado el 22/04/2020.

11: Centro Nacional de Epidemiología, Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo), https://momo.isciii.es/public/momo/dashboard/momo_dashboard.html, consultado el 04/06/2020.

12: https://momo.isciii.es/public/momo/dashboard/momo_dashboard.html#nacional, consultado el 04/06/2020.

13: Mi calculación.

14: El exceso de mortalidad es, según Amparo Larrauri, epidemióloga y responsable del equipo MoMo y científica del Centro Nacional de Epidemiología, „...la diferencia entre las defunciones que observamos para un periodo, y la mortalidad esperada a partir de las series históricas en España de los últimos diez años. A esta última, la mortalidad esperada, llegamos a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), con un modelo matemático de medias móviles que se ajustan por la tendencia y por la estacionalidad.“ https://www.eldiario.es/sociedad/llegaremos-cuantas-muertes-directamente-COVID-19_0_1033797562.html?_ga=2.257052940.607369215.1590683111-795171950.1590683111, 02.06.2020, consultado el 05/06/2020.

15: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html?nn=209016>, consultado y descargado el 05/06/2020.

16: "Cuando se observa el patrón anual de las estadísticas de mortalidad, es importante tener en cuenta las fluctuaciones típicas durante la temporada de gripe, desde mediados de diciembre hasta mediados de abril. Esto queda claro cuando se observan las cifras de años anteriores: en marzo de 2019, por ejemplo, murieron alrededor de 86.400 personas, en comparación con las 107.100 de marzo de 2018, un año en el que la epidemia de gripe fue especialmente grave. **En consecuencia, incluso sin una pandemia de Corona, las tasas de mortalidad pueden fluctuar significativamente durante la temporada de gripe típica. Estas fluctuaciones afectan especialmente al número de muertes en el grupo de edad de 65 años o más.**

El impacto de la ola de gripe en 2020 fue muy pequeño en comparación con años anteriores, según las cifras preliminares de mortalidad. En enero de 2020, murieron unas 85.200 personas, según el recuento preliminar. En febrero de 2020, había 79.600 personas. En marzo de 2020, con un total de al menos 86.800 muertes, una visión mes a mes tampoco muestra un aumento notable del número de muertes en comparación con años anteriores. En abril, sin embargo, el número de muertes fue significativamente superior a la media de los años anteriores, con al menos 82.600 casos.

Si se observa la tendencia por semanas naturales, desde la última semana de marzo (del 23 al 29 de marzo) se han incrementado las cifras de casos de muerte en comparación con la media de 2016-2019. Esta desviación al alza fue mayor en la 15ª semana del calendario (del 6 al 12 de abril). A partir de la decimosexta semana del calendario (del 13 al 19 de abril), las tasas de mortalidad volvieron a descender significativamente. Luego, en la 19ª semana natural (del 4 al 10 de mayo), el número de casos de muerte ya no superó la media de los años anteriores, según el recuento preliminar. Los hallazgos del exceso de mortalidad intermitente son aproximadamente consistentes con los datos de las muertes confirmadas por COVID-19 reportadas al Instituto Robert Koch (RKI) cuando se consideran los números absolutos". (Mi traducción y resalto.)

[„Bei der Betrachtung des Jahresverlaufes in der Sterbefallstatistik sind die typischen Schwankungen während der Grippezeit von ungefähr Mitte Dezember bis Mitte April zu beachten. Dies wird beim Blick auf die Zahlen aus den Vorjahren deutlich: Im März 2019 starben beispielsweise etwa 86.400 Menschen, im März 2018, also in einem Jahr, als die Grippewelle besonders heftig ausfiel, waren es 107.100. Auch ohne Corona-Pandemie können die Sterbefallzahlen demnach in der typischen Grippezeit stark schwanken. Von diesen Schwankungen sind insbesondere die Sterbefallzahlen in der Altersgruppe ab 65 Jahren betroffen.

Die Auswirkungen der Grippewelle im Jahr 2020 waren den vorläufigen Sterbefallzahlen zufolge im Vergleich zu den Vorjahren sehr gering ausgeprägt. Im Januar 2020 starben nach der

vorläufigen Auszählung etwa 85 200 Menschen. Im Februar 2020 waren es 79 600 Personen. Auch im März 2020 mit insgesamt mindestens 86 800 Sterbefällen ist bei einer monatsweisen Betrachtung kein auffälliger Anstieg der Sterbefallzahlen im Vergleich zu den Vorjahren erkennbar. Im April lag die Zahl der Gestorbenen allerdings mit mindestens 82 600 Fällen deutlich über dem Durchschnitt der Vorjahre.

Betrachtet man die Entwicklung nach Kalenderwochen, dann haben sich seit der letzten Märzwoche (23. bis 29. März) erhöhte Sterbefallzahlen im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2019 gezeigt. Diese Abweichung nach oben war in der 15. Kalenderwoche (6. bis 12. April) am größten. Ab der 16. Kalenderwoche (13. bis 19. April) sind die Sterbefallzahlen wieder deutlich gefallen. In der 19. Kalenderwoche (4. bis 10. Mai) lagen die Sterbefallzahlen nach der vorläufigen Auszählung dann nicht mehr über dem Durchschnitt der Vorjahre. Die Befunde zu einer zeitweisen Übersterblichkeit decken sich bei Betrachtung der absoluten Zahlen annähernd mit den Daten zu bestätigten COVID-19-Todesfällen, die beim Robert Koch-Institut (RKI) gemeldet werden.“ (Hervorhebung durch R.W.)]

(<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.html>, consultado el 05/06/2020)

17: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20_203_12621.html?nn=209016, consultado el 06/05/2020

18: Instituto Nacional de Estadística: <https://www.ine.es/>, consultado el 29/04/2020. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177008&menu=ultiDatos&idp=1254735573002

19: <https://covid19.isciii.es/>, consultado el 03/05/2020

20: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=14819>

21: Respecto a las infecciones hospitalarias en España, el *Informe global de España, Resumen, Análisis EPINE-EPPS 2017* (313 hospitales y 61.673 pacientes), 9 de noviembre de 2017, concluye que entre el 7% y el 9% de los pacientes se infectan dentro del ámbito hospitalario o sanitario.

(<http://hws.vhebron.net/epine/Global/EPINE-EPPS%202017%20Informe%20Global%20de%20Espa%C3%B1a%20Resumen.pdf>) (Nota 08/05/2021: Ya no se puede acceder al documento. Puede verse en "[Materiales](#)" y con el título *EPINE-EPPS 2017 Informe Global de España Resumen.pdf*.) No se muestra el número de muertes resultantes.

"Según han puesto de manifiesto los expertos reunidos en la jornada, entre un 5% y un 15% de los pacientes ingresados en un hospital acaba padeciendo una infección nosocomial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recuerda que en Europa se producen 4,5 millones de IRAS (Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria, R.W.) al año, cifra que se traduce en 37.000 muertes y 16 millones de estancias hospitalarias adicionales." (Resaltado por mi.)

(*Las infecciones nosocomiales más frecuentes en España son urinarias, respiratorias y del lecho quirúrgico*, artículo del 28/04/2016 en <https://www.immedicohospitalario.es/noticia/8349/las-infecciones-nosocomiales-mas-frecuentes-en-espana-son-urinarias-respiratorias-y-del-lecho-quirurgico>).

22: Adopto aquí los datos de Ellis Huber, *El virus, la gente y la vida. La pandemia de Corona y la atención sanitaria cotidiana (Das Virus, die Menschen und das Leben. Die Corona Pandemie und die alltägliche Gesundheitsversorgung)*, <https://www.praeventologe.de/hauptbeitraege-nicht-loeschen/1380-informationen-zu-corona>, consultados el 24/04/2020, actualizados frecuentemente, sin verificación propia.

He pedido al Sr. Huber, ex presidente del Colegio de Médicos de Berlín y actual presidente de la Asociación de Preventólogos, las fuentes de sus datos del contexto de la mortalidad de la pandemia

actual en Alemania, pero no me ha respondido ni ha ampliado su presentación en Internet en consecuencia, lo cual lamento. (Observación 08/05/2021: Mientras tanto hay una lista detallada de fuentes en el lugar indicado). Debido a la situación relativamente clara de Alemania, que no excede la norma, y para ahorrar tiempo, me he abstenido de comprobar sus afirmaciones.

23: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html, consultado el 03/05/2020.

24: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/_inhalt.html, consultado el 03/05/2020.

25: Hoja informativa sobre la enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19).
Actualización: 29/5/2020 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html, consultado el 11/06/2020.

"7. Período de incubación e intervalo de serie

El periodo de incubación indica el tiempo que transcurre desde la infección hasta la aparición de la enfermedad. Es una media de 5-6 días (rango de 1 a 14 días) (54, 137)".

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText7

"12. Tiempo desde el inicio de la enfermedad hasta la neumonía

En una publicación (serie de casos chinos [n = 1.099]), este tiempo fue de cuatro días [IQR]: 2-7 días) (23)".

"13. Tiempo desde el inicio hasta la hospitalización": 4 - 8 días

"14. Tiempo desde el inicio hasta el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)": 8 - 9 días

"15. Tiempo desde el inicio de la enfermedad hasta la UCI" (unidad de cuidados intensivos): 5 - 10 días

"16. Tiempo desde la hospitalización hasta la UCI

En una serie de casos chinos (ver 13.), este tiempo fue de media un día (IQR: 0-3 días) (130)".

"22. Proporción de fallecidos entre los pacientes en UCI.

(...) La mediana de los pacientes fallecidos fue de nueve días de hospitalización (49)".

Mi cálculo del **período desde la infección hasta la muerte:**

Incubación mín. 1 - máx. 14 días

Desde el inicio de la enfermedad hasta la hospitalización: mínimo 4 - máximo 8 días

Inicio de la enfermedad hasta ingreso a la UCI mín. 5 - máx. 10 días

Hospitalización hasta la muerte media de 9 días

Período desde la infección hasta la muerte: **MÍNIMO: 14 días MÁXIMO: 31 días**

26: Tagesspiegel, 29/05/2020: "Sin la prueba, esto no se habría detectado 'hasta un mes' después, 'cuando las muertes se habrían acumulado, como en Italia, España y el Reino Unido'. Ese es el tiempo que transcurre desde la infección hasta la muerte en cuidados intensivos, continuó el virólogo. 'Y este mes nosotros - y me refiero a mi laboratorio - hemos conseguido como ventaja temporal para Alemania". (Mi traducción.)

("Ohne den Test sei dies 'erst einen Monat' später festgestellt worden, 'wenn sich wie in Italien, Spanien und Großbritannien die Toten gehäuft hätten'. So lange dauere es von der Infektion bis zum Tod auf der Intensivstation, so der Virologe weiter. 'Und diesen Monat haben wir – und damit meine ich mein Labor - für Deutschland als Vorsprung eingespielt.'")

<https://m.tagesspiegel.de/wissen/mein-labor-hat-deutschland-vorsprung-ingespielt-virologe-drosten-reklamiert-rettung-von-bis-zu-100-000-leben-fuer-sein-team/25871954.html??> , consultado el

11/06/2020

27: Robert-Koch-Institut, *Estimación de la evolución actual de la epidemia de SARS-CoV-2 en Alemania* - *Nowcasting*, Boletín Epidemiológico 17-2020, 23 de abril de 2020, p. 14.

(*Schätzung der aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Epidemie in Deutschland – Nowcasting*, Epidemiologisches Bulletin 17-2020, 23. April 2020, S. 14.) https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/17_20.pdf?__blob=publicationFilehttps://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/17_20.pdf?__blob=publicationFile, consultado el 10/06/2020.

28: No me quejo porque he sido un privilegiado: Ingresos seguros, salud, casa de campo con jardín, clima agradable..... Pero no dejaba de ser consciente de lo que esto significa para las personas que viven en una gran ciudad, posiblemente con niños, en un piso y que tienen que preocuparse por sus ingresos.

29: <https://euromomo.eu/graphs-and-maps/>, consultado y descargado el 16/05/2021.

30: Naomi Klein, *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism*, Metropolitan Books, Henry Holt and Company, 2007, S. 290-291.

Intento de clasificar el peligro sanitario que supone la pandemia de COVID-19:
El transcurso de la mortalidad entre febrero y finales de mayo de 2020 en España
y enero y finales de abril en Alemania
comparado con el transcurso regular de la mortalidad en ambos países

Materiales

Diagramas del European Mortality Monitoring, Statens Serum Institut, Copenhagen:

Semana 20/2020, descargado el 15/05/2020, formato .pdf

Semana 19/2021, descargado el 16/05/2021, formato .pdf

Semana 19/2021, descargado el 16/05/2021, formato .png

Diagramas del monitoreo de la mortalidad del Instituto Carlos III, Madrid:

Mortalidad del 1 de diciembre de 2019 al 30 de abril de 2020, con el periodo de exceso de mortalidad del 17 de marzo al 30 de abril de 2020, descargado el 01/05/2020, formato .pdf

Tablas de datos del monitoreo de la mortalidad del Instituto Carlos III, Madrid:

Mortalidad febrero de 2020 a mayo 2020, inclusive, descargado el 02/06/2020, formato .ods

Mortalidad del 15/05/2018 al 01/06/2020, descargado el 02/06/2020, formato .csv

Infecciones nosocomiales en España:

EPINE-EPPS 2017 Informe Global de España Resumen.pdf

Tablas de datos de la Oficina Federal de Estadísticas - Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, Alemania:

Análisis estadístico mortalidad 2016-2020, descargado el 05/06/2020, formato .ods

Análisis estadístico mortalidad 2016-2021, descargado el 27/01/2021, formato .pdf

Materiales del Instituto Robert-Koch, Berlin:

Epidemiologisches Bulletin 17/2020, 23 de abril de 2020, descargado el 10/06/2020, formato .pdf

Materiales del Ministerio Federal del Interior - Bundesministeriums des Inneren, Berlin:

Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen (Cómo tener a COVID-19 bajo control), anónimo, sin fecha, "filtrado" en abril de 2020, descargado el 28/04/2020

Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen (Cómo tener a COVID-19 bajo control), anónimo, sin fecha, descargado el 16/05/2021