



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

Tesina de grado

Licenciatura en Relaciones Internacionales

“El coronavirus en Europa: balance de las estrategias nacionales y sus resultados en los casos de España y el Reino Unido 2020-2021”

Autora: Rubleski, Sol Agustina (R-1963/1)

Correo electrónico: solrubleski@gmail.com

Directora: Álvarez, Ma. Victoria

Co-directora: Cabeza, Marta

Rosario, abril de 2023

Resumen

Los primeros dos años de la pandemia de COVID-19 han sido muy impactantes en todos los países del mundo, algunos han logrado sobrellevar este tiempo de una mejor manera que otros, y Europa, como continente y portadora de un importante proceso de integración, no está exenta en este sentido. El presente trabajo de investigación busca analizar las estrategias nacionales que implementaron España y el Reino Unido en materia política-sanitaria y económica para afrontar la pandemia del coronavirus durante el año 2020 y 2021 con el fin de intentar encontrar las principales similitudes y diferencias, siendo el primero miembro de la Unión Europea (UE), y el segundo actualmente por fuera del bloque.

La relevancia de este trabajo viene dada a raíz de la necesidad de estudiar la pandemia como fenómeno internacional así como las estrategias nacionales adoptadas por parte de algunos países, con el fin de tomar como ejemplos las decisiones que no resultan favorables para combatir un virus de este calibre al igual que evitar repetir ciertos errores en un futuro probablemente no muy lejano. Desde la disciplina de las relaciones internacionales desde la cual buscamos abordar esta temática, entendemos que todo fenómeno de este tipo nos trae lecciones por aprender, ya sea por su novedad, por su magnitud o por su urgencia. Conocer sobre distintas estrategias alrededor del mundo, nos lleva a evaluar cuáles resultan ser efectivas y cuáles, aunque arriben a resultados inmediatos, en realidad son riesgosas. Esta investigación sostiene como hipótesis que las estrategias nacionales pandémicas que llevaron a cabo estos dos países han demostrado ser débiles en términos de contagios, hospitalizaciones y decesos, pudiendo vislumbrar avances y retrocesos en la gestión del COVID-19, encontrando similitudes y diferencias entre ambos países.

En cuanto a la metodología, la presente investigación pretende ser abordada desde una perspectiva de tipo cualitativa (abarcando la recolección e interpretación de la información empírica) haciendo un estudio de tipo analítico-comparativo tomando dos países a comparar. Se procura entonces entender procesos específicos, identificando sus principales características. A su vez, nos serviremos también de datos cuantitativos, como estadísticas y observación de datos numéricos que resultan ser fundamentales, ya que cumplen el papel de corroborar la hipótesis y permitir el seguimiento de los efectos de las estrategias nacionales frente a la pandemia.

Con respecto al recorte temporal, tomaré el período comprendido por los años 2020 y 2021 para realizar una comparación sincrónica de ambos casos nacionales, delimitando su inicio más específicamente el 31 de enero de 2020, día en el cual se reportó el primer caso de coronavirus en ambos países y siendo el punto de cierre del trabajo el 31 de diciembre de 2021, pretendiendo lograr hacer un balance completo de los dos primeros años de la pandemia y sus respectivas olas y consecuencias en estos dos países, considerados estos dos años como los de mayor ebullición del COVID-19. Asimismo, se deja un tiempo prudente entre la fecha de cierre del recorte temporal y la fecha de realización de esta tesina para lograr un mejor análisis en perspectiva debido al carácter coyuntural del fenómeno del coronavirus y conforme a la producción de material académico.

Palabras clave: Coronavirus, COVID-19, Estrategia Nacional, Política Pública, España, Reino Unido, Salud, Economía, Vacunas.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I: Dimensión político-sanitaria de las estrategias nacionales.....	15
1.1 Forma de gobierno y estado de los sistemas sanitarios.....	15
1.1.1 España.....	15
1.1.2 Reino Unido.....	20
1.2 Coordinación entre el gobierno central y los gobiernos descentralizados.....	23
1.2.1 El caso español.....	24
1.2.2 El caso del Reino Unido.....	26
1.3 Aparición del virus COVID-19 en España y medidas para paliarlo en cada ola durante el año 2020 y 2021.....	27
1.3.1 Primera ola: sorpresa, medidas de emergencia, prórrogas y desescalada.....	27
1.3.2 Segunda ola: desescalada acelerada, la llegada del verano y la acción de las comunidades autónomas.....	31
1.3.3 Tercera ola: nuevo año, nuevas variantes y nueva ola.....	34
1.3.4 Cuarta ola: la vacunación masiva durante la “olita”, la variante Delta y la transición a la nueva normalidad	35
1.3.5 Quinta ola: la ola “joven” y el regreso del verano.....	35
1.3.6 Sexta ola: el Tribunal Constitucional contra Pedro Sánchez y la variante Ómicron.....	36
1.4 Aparición del virus COVID-19 en el Reino Unido y medidas para paliarlo en cada ola durante el año 2020 y 2021.....	38
1.4.1 Primera ola: entre el Brexit y la falta de atención al COVID-19.....	38
1.4.2 Segunda ola: el acuerdo de vacunas, la llegada del otoño y la aparición de la primera variante.....	41
1.4.3 Tercera ola: el verano, las nuevas variantes Delta y Ómicron y la vacunación completa.....	44
Conclusiones del capítulo.....	45

CAPÍTULO II: Dimensión económica de las estrategias nacionales	49
2.1 Decisiones de corte económico tomadas por España durante los años 2020 y 2021.....	49
2.2 Decisiones de corte económico tomadas por el Reino Unido durante los años 2020 y 2021.....	57
Conclusiones del capítulo.....	62
CONCLUSIONES.....	64
Similitudes.....	67
Diferencias.....	69
Actualidad y perspectivas futuras.....	71
ANEXOS.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76

Agradecimientos

Esta investigación representa el final de mi recorrido universitario de grado y a través de este espacio quisiera transmitir mi sentido agradecimiento a todas las personas que me acompañaron en este recorrido.

En primer lugar, quiero agradecer a toda mi familia por estar siempre. En especial, a mi papá y a mi mamá, gracias por siempre apoyarme y creer en mí. A mis abuelos, gracias por preocuparse casi tanto como yo y por confiar. Ha sido un camino duro tan lejos de ustedes.

Seguidamente, quiero agradecer a mis amigos/as que han sido mi gran sostén en Rosario y sin ellos/as nada hubiera sido igual. Hemos compartido numerosas experiencias juntos y esto también es gracias a todos ustedes. También quiero agradecer a todos/as mis amigos/as de la vida y las personas especiales que conocí a lo largo del camino que me acompañaron desde siempre donde quiera que estén.

Por otra parte, quiero agradecer a mis directoras de tesina por su predisposición y paciencia, así como por compartir conmigo el entusiasmo en la investigación sobre las cuestiones de la Unión Europea. Ellas me han visto crecer a lo largo de estos años en la carrera. De igual modo, agradecer a la Universidad Pública por darme la oportunidad de recibir una educación y una formación de calidad en la carrera que elegí y por ser mi segunda casa todos estos años. Me siento muy orgullosa de pertenecer a esta renombrada institución.

Por último, quisiera agradecer a quienes se tomen el tiempo de leer y se interesen por esta investigación. Espero que sea de una lectura agradable.

Introducción

A lo largo de la historia se han sucedido distintas pandemias que han impactado de manera diferente en cada población. Algunas se han llevado millones de vidas, y otras han sido menos trascendentales. Algunas han sido resueltas con la llegada de una vacuna y otras no la encuentran hasta el día de hoy. Esta pandemia de COVID-19, en particular, ha puesto en jaque a la mayoría de los países del mundo de manera tan repentina que nadie la ha podido dimensionar a tiempo, pese a ciertas advertencias hechas por científicos anteriormente. Sin embargo, resulta erróneo pensar que las pandemias están correctamente espaciadas y tenemos tiempo suficiente para recuperarnos.

Los primeros dos años de esta pandemia han sido muy impactantes en todos los países del mundo, algunos han logrado sobrellevar este tiempo de una mejor manera que otros, y Europa, como continente y portadora de un importante proceso de integración, no está exenta en este sentido. El presente trabajo de investigación busca desarrollar las estrategias nacionales que implementaron España y el Reino Unido¹ para afrontar la pandemia del coronavirus y analizar sus respectivos resultados durante el año 2020 y 2021, siendo el primero el país con mayor número de casos y miembro de la Unión Europea (UE), y el segundo, el país con mayor número de muertes en Europa², actualmente por fuera del bloque. El objetivo de la comparación se establece para encontrar cuáles han sido las similitudes y diferencias entre ambos casos con respecto a los resultados adversos que han tenido durante esta lucha contra el virus.

Con respecto al Reino Unido, si bien abandonó formalmente la UE el 31 de enero de 2020³, se encontró en un período de transición hasta el 31 de diciembre del mismo año como parte del Acuerdo de Retirada, razón por la cual siguió acatando las normas de la UE y contribuyó a su presupuesto hasta esa fecha. Además, el Reino Unido se mantuvo en el mercado europeo por lo que la situación permaneció sin cambios para los ciudadanos, los consumidores, las empresas, los inversores, los estudiantes y los investigadores, tanto en la UE como en el Reino Unido. Ambos utilizaron esos meses para negociar una nueva relación comercial, basada en la Declaración Política⁴ acordada entre la UE y el Reino Unido en octubre

¹ Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

² Este punto ha sido un enunciado muy trabajoso y complicado de sostener ya que las cifras y el impacto del COVID-19 en la región variaba constantemente, pudiendo afirmarse en gran parte del 2020 y casi todo el año del 2021, pero resulta inevitable ver algunas variaciones en los puestos de los rankings de cifras de casos y de muertes, por lo que no tomamos este enunciado como inamovible y menos como completamente fijo.

³ Tras un referéndum celebrado en el Reino Unido el 23 de junio de 2016 en el que el 51,9% de los votantes apoyó abandonar la UE, el Gobierno británico invocó en marzo de 2017 el artículo 50 del Tratado de la Unión Europea, iniciando un proceso de dos años que debía concluir con la salida del país el 29 de marzo de 2019. Ese plazo se prolongó debido a la complejidad y desacuerdos en las negociaciones y a disputas parlamentarias internas; en un primer término se previó hasta el 12 de abril de 2019 y volvió a ser prolongado hasta el 31 de octubre de 2019. Por tercera y última vez, el plazo volvió a ser ampliado hasta el 31 de enero de 2020.

⁴ Para acceder a la Declaración Política, véase

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/948119/EU-U_K_Trade_and_Cooperation_Agreement_24.12.2020.pdf y https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/948106/EU_U_K_Civil_Nuclear_Agreement_24.12.2020.pdf

de 2019, llegando a firmar el Acuerdo de cooperación y comercio⁵ en Navidad, el cual entró en vigor al día siguiente. En relación a la pandemia, el gobierno del entonces Primer Ministro Boris Johnson tuvo un manejo de la misma que ha sido muy criticado y sus políticas han sido caracterizadas como débiles e inclusive contradictorias por parte de la población local y extranjera así como por numerosos medios de comunicación en términos de prevención de muertes y enfermedades, así como de daños a la economía. Por su parte, España, que también ha recibido diversas críticas por parte de numerosos expertos, medios de comunicación, políticos, inclusive de sus propios habitantes y de otros países con respecto al manejo de la pandemia, el detrimento de la economía y el alcance del número de casos en el territorio, se encontró enfrentando numerosas olas de contagios, a raíz de la temprana flexibilización de las medidas de confinamiento adoptadas producto de la temporada de verano que se avecinaba en junio de 2020 y las urgencias económicas propias de cualquier país. Ahora bien, se debe tener en cuenta que, además de los números alarmantes de contagios y muertes que se evidenciaron a lo largo de muchos meses, la vacunación y sus diferentes tipos y alcances han demostrado ser un factor aliviante como estrategia de defensa ante el COVID-19.

La realidad del impacto de la pandemia nos obliga a limitar el análisis a tan sólo estos dos países que son los que resultaron más afectados en la región europea y durante el período de tiempo escogido. En este caso, un análisis en profundidad del impacto de la pandemia en los dos casos seleccionados nos permitirá indagar en cómo estos Estados han intentado afrontar el virus y cómo han llegado a ser los países más afectados de Europa, teniendo en cuenta la importancia que tienen en la zona por su peso demográfico así como por su peso económico.

Teniendo tantos ejemplos históricos sobre pandemias, resulta sorprendente que no se hayan podido implementar distintas acciones utilizadas anteriormente que funcionaron con el fin de evitar el incremento del número de contagios y muertes fundamentalmente considerando el avance de la medicina y la calidad de la tecnología con la que contamos hoy en día. Además, uno de los aspectos más llamativos del COVID-19 es que actúa magnificando el efecto de factores preexistentes, como son la dislocación económica, la desigualdad o acelerando cambios que, en ciertos casos, ya estaban en marcha.

La relevancia de este trabajo viene dada a raíz de la necesidad de estudiar la pandemia como fenómeno internacional así como las estrategias nacionales adoptadas por los países, con el fin de tomar como ejemplos las decisiones que no resultan favorables para combatir un virus de este calibre así como para evitar repetir ciertos errores en un futuro probablemente no muy

⁵ El acuerdo establece el libre comercio de bienes y el acceso mutuo limitado al mercado de servicios, así como mecanismos de cooperación en un rango de ámbitos políticos, disposiciones transitorias sobre el acceso de la UE a la pesca del Reino Unido y la participación del Reino Unido en algunos programas de la UE. En comparación con el estado anterior del Reino Unido como Estado miembro de la UE, pone fin a la libre circulación de personas entre las partes, la membresía del Reino Unido en el Mercado Común Europeo y la unión aduanera, la participación del Reino Unido en la mayoría de los programas de la UE y la autoridad del Tribunal de Justicia Europeo en solución de controversias. El Parlamento del Reino Unido ratificó el ACC el 30 de diciembre de 2020, entrando en vigor de manera provisional desde el 1 de enero de 2021. Por su parte, el Parlamento Europeo manifestó su aprobación el 27 de abril de 2021 y el Consejo de la Unión Europea lo ratificó formalmente el 29 de abril, entrando en vigor de forma definitiva el 1 de mayo de 2021 (EU-UK Trade and Cooperation Agreement, 2020).

lejano. Desde la disciplina de las relaciones internacionales con la cual buscamos abordar esta temática, entendemos que todo fenómeno de este tipo nos trae lecciones por aprender, ya sea por su novedad, por su magnitud o por su urgencia. Conocer sobre distintas estrategias alrededor del mundo, nos lleva a evaluar cuáles resultan ser efectivas y cuáles, aunque arriben a resultados inmediatos, en realidad son riesgosas.

Además, como explica Gundermann Kröll (2001), el estudio de casos particulares se emprende para alcanzar una comprensión más desarrollada de un problema más general. En la variante instrumental que el autor propone, los casos son oportunidades de estudiar el fenómeno de interés, no son el foco de interés en sí mismo. Entonces, el autor nos dice que los casos no son unidades muestrales, más bien, un caso o varios casos se escogen de la manera como se seleccionan las unidades en los experimentos. La inferencia se fundamenta en el carácter lógico de los nexos entre los elementos del caso estudiado respecto a una matriz conceptual de referencia. El método de generalización es en esta ocasión como un molde o red conceptual con que se comparan los resultados empíricos del caso. Si dos o más casos se conforman o ajustan a la teoría, tenemos una situación de réplica. Cada caso se selecciona cuidadosamente con el fin de buscar ya sea resultados similares o contrastantes (Gundermann Kröll, 2001). También existirán variaciones según el caso, por condiciones que no están presentes o lo están en distinto grado, pero lo que se ha buscado aquí es contrastar ambos casos a través de variables generales donde se puedan encontrar fácilmente las similitudes y diferencias a las que nos referíamos anteriormente.

Una nota de cautela que quisiera añadir es que entendemos que esta investigación de estudio de caso cubre una multitud de aspectos que por sí mismos merecerían varios estudios específicos. La variabilidad de la epidemiología de la pandemia entre países y entre provincias, regiones, comunidades autónomas (CCAA), etc. dentro de cada país, las distintas medidas de salud pública y de asistencia médica, la diversidad de las respuestas tanto económicas como políticas, los contextos políticos, etc., requerirían cada uno de un análisis particular. El aporte que se busca es el de una visión integrada del manejo del COVID-19 con sus múltiples variables, bajo la perspectiva de la comparación entre estos dos países en particular. Asimismo, resulta un gran desafío realizar esta tarea de comparación de datos entre países ya que se debe tener en cuenta factores como la población, la composición del gobierno, el clima, la economía, los sistemas sanitarios, las costumbres, entre otros, por lo que vemos que las estadísticas individuales no reflejan la historia completa. Se debe entonces considerar el hecho de que los datos a comparar signifiquen lo mismo.

El objetivo de este trabajo de investigación entonces es describir la gestión de la pandemia que llevaron adelante España y el Reino Unido entre 2020 y 2021 en términos políticos-sanitarios y económicos para intentar encontrar las principales similitudes y diferencias entre las dos estrategias. En este sentido, se pueden encontrar algunas similitudes preliminares entre ambos como el tardío anuncio de confinamiento o el pronto desconfinamiento que llevó a rebrotes y nuevas olas de contagio, así como también algunas diferencias, como las decisiones llevadas a cabo de manera autónoma por las distintas regiones en España y las decisiones tomadas en cada país del Reino Unido, o las medidas económicas a las que apostó Boris Johnson para que no se debilite aún más la economía y las que Pedro

Sánchez ha tomado para evitar cumplir con las estadísticas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que situaban a España a la cabeza del desplome económico mundial. A pesar de ello, ninguna de las dos estrategias logró evitar sus resultados adversos.

Del objetivo general mencionado, se desprenden los siguientes objetivos específicos: 1) Identificar y comparar las principales variables políticas-sanitarias en las estrategias nacionales que tanto España y el Reino Unido llevaron adelante para hacer frente a la pandemia. 2) Analizar y comparar las variables económicas que atravesaron las estrategias de ambos países.

Para ello, esta investigación sostiene como hipótesis que las estrategias nacionales pandémicas que llevaron a cabo España y Reino Unido en materia política-sanitaria y económica durante 2020 y 2021, han demostrado ser débiles en términos de contagios, hospitalizaciones y decesos, pudiendo vislumbrar avances y retrocesos en la gestión del COVID-19.

Considerando que el presente trabajo busca realizar un análisis comparativo de dos estrategias nacionales frente a una pandemia, resulta importante entonces contar con una definición clara de los conceptos centrales que surgirán frecuentemente a lo largo de esta investigación, los cuales constituyen el marco conceptual de la misma.

A continuación expondré qué se entiende por *coronavirus*, el cual refiere a “una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como ocurre con el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el que ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV)” (OMS, 2020a). Por *COVID-19*, se entiende a la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019 (OMS, 2020b). Se calcula que el período de incubación del virus tiene un rango de 1 a 14 días, por ello su intervalo medio de vida de infección es de 5-6 días.

El concepto de *transmisión comunitaria* refiere a los casos en los cuales no se identifica ninguna conexión con un caso índice con las características de la epidemiología inicial de la pandemia. El COVID-19 es una *pandemia* que afecta a muchos países de todo el mundo, entendiéndose como la propagación mundial (en más de un continente) de una nueva enfermedad que se cataloga como tal cuando: aparece un virus nuevo (que no haya circulado previamente y por lo tanto, no exista población inmune a él), el virus sea capaz de producir casos graves de enfermedad o la muerte, y cuando el virus tenga la capacidad de transmitirse de persona a persona de forma eficaz (OMS, 2010).

Por otra parte, existen *variantes del COVID-19*⁶ que corresponden a alteraciones

⁶ Existen dos tipos de variantes según la OMS: por un lado las de mayor impacto en la salud pública, variantes preocupantes (VOC) (las más transmisibles, virulentas o que pueden escapar al efecto de los anticuerpos adquiridos tras una infección natural o vacunación con variantes previas por lo cual, se prioriza su seguimiento y la investigación a escala mundial) como ser la Alfa, Beta, Gamma, Delta, Omicron. Por otro lado, en las variantes de interés (VOI), su genoma tiene mutaciones con implicaciones fenotípicas y o bien ha sido

puntuales a nivel de sus diferentes proteínas virales con aparente importancia particular. Las mutaciones o cambios en el ARN viral son detectables a través de la secuenciación genómica completa. Se cree que la secuencia WIV04/2019 fue la primera en infectar a los humanos, y es conocida como “secuencia cero” (Organización Mundial de la Salud, OMS, s.f.). La aparición de estas suponían un mayor riesgo para la salud pública mundial, por lo que se necesitaban categorías específicas para el seguimiento y la investigación a escala mundial y, en última instancia, orientar la respuesta a la pandemia de COVID-19. A partir del 31 de mayo del 2021 se decide utilizar el alfabeto griego⁷ para denominar a las variantes teniendo como argumento desestigmatizar el vínculo de la variante con el país en donde se descubrió (OMS, s.f.).

Por último, es necesario definir el término *cuarentena* o *confinamiento*, que significa “restringir las actividades o separar a las personas que no están enfermas pero que pueden haber estado expuestas a la COVID-19. El objetivo es prevenir la propagación de la enfermedad en el momento en que las personas empiezan a presentar síntomas” (OMS, 2020b).

No obstante, sería importante, antes de continuar, hacer unas aclaraciones con respecto a la realización de esta investigación y la posterior redacción de la tesina. Con respecto a la bibliografía a nuestro alcance, la etapa de relevamiento de fuentes de información ha sido ardua y ha presentado algunas dificultades teniendo en cuenta que es una temática coyuntural. Sin embargo, la factibilidad de este estudio ha sido posible gracias al acceso a recursos bibliográficos en línea producidos por distintos investigadores en todo el mundo que, conforme ha pasado el tiempo, se han ido incrementando. Aunque resulta importante destacar también, que por la misma razón de coyuntura ha habido una falta de fuentes de información oficiales y académicas sobre ciertos puntos de la investigación⁸, por lo que hemos tenido que recurrir a numerosos diarios de renombre en línea para resolver estas lagunas. Por último, si bien contamos con muchas fuentes en español para el caso de España, se ha hecho un esfuerzo adicional para el caso del Reino Unido analizando la información en idioma inglés.

La investigación se realizó entonces a partir de la información proporcionada por distintas fuentes. Primeramente, se encuentran los documentos oficiales publicados por cada gobierno y los sitios oficiales de los mismos, así como documentos elaborados por organizaciones internacionales. Por su parte, las fuentes secundarias se componen, como hemos mencionado anteriormente, de artículos periodísticos y de revistas internacionales y nacionales de renombre, capítulos de libros y libros relacionados con la temática de la investigación que se han ido publicando a partir de 2020, conforme el virus avanzaba.

Se debe considerar que todas las cifras que exponremos en la tesina son estimativas, ya que según la fuente, el tipo de prueba o si se tiene en cuenta a los casos asintomáticos o no

identificada como causa de transmisión comunitaria o de múltiples casos de COVID-19, o ha sido detectada en múltiples países, estas son: Épsilon, Zeta, Eta, Theta, Iota, Kappa, Lambda, Mu.

⁷ La OMS (2020a) decidió omitir el uso de la letra griega Nu para nombrar a alguna variante debido a que su pronunciación se asemeja a la palabra en inglés new (en español: nuevo), lo que podría causar una confusión con un virus nuevo. Además también omitió el uso de la letra griega Xi porque podía ser interpretada como el apellido del dirigente chino Xi Jinping.

⁸ A su vez, cabe considerar el hecho de que muchos países han ocultado información a su población como por ejemplo cifras de casos y muertes, la falta de equipamiento, la crisis económica y el propio colapso sanitario.

diagnosticados, varían y podemos encontrarnos con un número más alto o más bajo que el que se pretende exhibir. El Reino Unido por ejemplo, realizaba los tests de coronavirus principalmente a personas que estaban lo suficientemente enfermas como para ser internadas en el hospital. Eso puede hacer que la tasa de mortalidad parezca mucho más alta que en un país con un programa de pruebas más amplio. Cuantas más pruebas realice un país, más personas encontrará que tengan coronavirus con síntomas leves o tal vez sin síntomas. Por lo tanto, la tasa de mortalidad tomando como referencia los casos confirmados no es la misma que la tasa de mortalidad general.

Otra medida es la cantidad de muertes que ocurrieron en comparación con el tamaño de la población de un país. Por ejemplo, el número de muertes por millón de personas. Pero eso está determinado en parte por el momento en que el brote haya alcanzado a cada país. Si el primer caso de un país fue en las primeras etapas del brote global, entonces ha tenido más tiempo para que aumente su número de muertos. Asimismo, en el caso de que apareciera más tarde, debería haber tenido más tiempo para prepararse para el virus y reducir el número de decesos. Es importante resaltar que la gran mayoría de las personas que se infectaron con el coronavirus se recuperaron. Pero no todos los datos de los tests son iguales: algunos países registran el número de personas examinadas, mientras que otros lo hacen con el número total de tests realizados (muchas personas necesitan hacerse más de un test para obtener un resultado preciso). También se debe tener en cuenta el momento en que se hicieron las pruebas y si los análisis se realizaron principalmente en hospitales, en la comunidad o en algún otro lugar (BBC, 2020c). En definitiva, todas las dificultades mencionadas anteriormente tienen una repercusión y generan un entorpecimiento a la hora de tomar decisiones políticas a partir de datos inadecuados.

La técnica de recolección de datos utilizada es el relevamiento bibliográfico, es decir, la búsqueda y categorización de la información disponible acerca de la temática abordada. Por otro lado, las técnicas de análisis de datos por las que se opta son el análisis bibliográfico o documental, estadístico y de contenido.

Ahora bien, originalmente, esta investigación estaba dividida en tres capítulos: político, económico y sanitario. En un osado intento de simplificación académica de nuestra parte, de buscar realizar un análisis propio y separar lo estrictamente político de lo económico y lo sanitario, teniendo en cuenta el enorme grado de influencia que tiene el primero en las otras dos dimensiones y viceversa, nos hemos encontrado con una gran dificultad para dividir la información en estos tres capítulos mencionados. Por lo que hemos optado por unificar lo sanitario a la dimensión política, teniendo en cuenta que el análisis refiere al coronavirus el cual afecta la salud humana y que nuestro análisis en la dimensión política refiere a las decisiones que se han tomado justamente para hacerle frente al virus, en pos de la salud de la población. Empero, la dimensión económica también guarda relación con las otras dos, por lo que entre las tres perspectivas existe una relación de yuxtaposición e interconexión que es imposible separar. De modo que, habiendo hecho esta aclaración, esperamos que esta nueva organización sea de una lectura un poco más amigable.

De cualquier modo, una recopilación de lo producido sobre el tema hasta el momento requerirá del abordaje sobre los orígenes de la pandemia en cuestión en cada país, las medidas que implementó cada uno a medida que el virus avanzaba y los resultados que podemos advertir en el período de tiempo seleccionado. Además, hay que tener en cuenta la particularidad del objeto de estudio, el cual no tiene precedentes similares en épocas recientes, por lo que todavía la producción académica y la generación de conocimiento científico en torno al fenómeno es relativamente “poca”. Entre las fuentes de datos principales nos encontraremos con información oficial de los países en sus webs gubernamentales (estadísticas epidemiológicas, documentos, notas de prensa, etc.), las webs de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de múltiples entidades públicas y privadas, de la prensa sanitaria especializada, artículos científicos e información de prensa generalista (procurando que la información proceda de periódicos reconocidos por su rigor).

Respecto a los trabajos que tratan los orígenes de la pandemia en cada país, en relación al Reino Unido, la BBC es una de las agencias de noticias que ha seguido la expansión del virus desde el primer caso el 31 de enero del 2020, coincidiendo con el mismo día en que el país se retiró de manera efectiva de la UE, suceso más conocido como Brexit. De forma paralela, el diario El País fue quien publicó que el primer positivo diagnosticado fue confirmado el 31 de enero de 2020 en la isla canaria de La Gomera, también coincidiendo con la fecha en el Reino Unido, mientras que el primer fallecimiento ocurrió el 13 de febrero en la ciudad de Valencia, dato conocido veinte días después.

Conforme avanzaba la pandemia, se han sumado diversas investigaciones sobre las políticas nacionales que llevaron a cabo los gobiernos de cada país, destacándose nuevamente para el Reino Unido, los trabajos de la BBC, el Institute for Government Analysis, The Guardian, el Departamento de Salud y Asistencia Social del Gobierno de Su Majestad (DHSC), Public Health England, el Gobierno del Reino Unido, el British Business Bank y Práger Metis. Por su parte, para el caso de España y sus comunidades autónomas, se destacan los trabajos del Centro de Estudios Estratégicos de Relaciones Internacionales (CEERI), el Ministerio de Sanidad, el diario El País, el Boletín Oficial del Estado (BOE), la Comunidad de Madrid, el diario La Vanguardia y La Moncloa.

Por último, entre las investigaciones sobre los resultados que vemos en cada país tanto para el año 2020 como el 2021, diversos autores se han dedicado a estudiar los resultados de las políticas nacionales de combate al coronavirus empleadas, siendo tratadas por el diario The Guardian, el Gobierno del Reino Unido, la BBC para el caso del Reino Unido, y los trabajos del diario La Vanguardia y el Ministerio de Sanidad para el caso de España.

En cuanto a la metodología, la presente investigación pretende ser abordada desde una perspectiva de tipo cualitativa (abarcando la recolección e interpretación de la información empírica) haciendo un estudio de tipo analítico-comparativo tomando dos países a comparar. Se procura entonces entender procesos específicos, identificando sus principales características. A su vez, nos serviremos también de datos cuantitativos, como estadísticas y observación de datos numéricos que resultan ser fundamentales, ya que cumplen el papel de corroborar la

hipótesis y permitir el seguimiento de los efectos de las estrategias nacionales frente a la pandemia.

Con respecto al recorte temporal, tomaré el período comprendido por los años 2020 y 2021 para realizar una comparación sincrónica de ambos casos nacionales, delimitando su inicio más específicamente el 31 de enero de 2020, día en el cual se reportó el primer caso de coronavirus en ambos países y siendo el punto de cierre del trabajo el 31 de diciembre de 2021, pretendiendo lograr hacer un balance completo de los dos primeros años de la pandemia y sus respectivas olas y consecuencias en estos dos países, considerados estos dos años como los de mayor ebullición del COVID-19. Asimismo, se deja un tiempo prudente entre la fecha de cierre del recorte temporal y la fecha de realización de esta tesina para lograr un mejor análisis en perspectiva debido al carácter coyuntural del fenómeno del coronavirus y conforme a la producción de material académico.

Seguidamente se detalla la organización de la tesina: posteriormente a esta introducción, la investigación se divide en dos capítulos con sus respectivas secciones y subsecciones. En el primer capítulo en el cual abordamos la dimensión política-sanitaria, la primera sección consta de una introducción a la forma de gobierno de cada país y al estado de sus sistemas sanitarios, la segunda sección trata de la coordinación entre el gobierno central y los gobiernos descentralizados teniendo en cuenta que en ambos países tenemos esta característica presente (CCAA en el caso de España y países en el caso del Reino Unido), y una tercera sección y sus respectivas subsecciones en la cual tratamos la irrupción del coronavirus en cada uno, las sucesivas olas de contagios y las decisiones políticas que se tomaron para hacer frente al coronavirus.

En el segundo capítulo en el cual analizamos la dimensión económica, la primera sección trata de las decisiones económicas tomadas por España según lo acontecido en los años 2020 y 2021 y la segunda se ocupa de las decisiones económicas tomadas por el Reino Unido en los años 2020 y 2021. Ambos capítulos cierran con algunas conclusiones y la tesina acaba con las conclusiones finales.

CAPÍTULO 1: Dimensión política-sanitaria de las estrategias nacionales

1.1 Forma de gobierno y estado de los sistemas sanitarios

Existen medidas de política pública que se toman dentro de un país para elaborar una estrategia nacional con el fin de enfrentar, en esta oportunidad, a la crisis del coronavirus. Por ello, en este apartado, partimos de la base de una descripción de la forma de gobierno de ambos países para entender luego cuál es el rol de cada actor en la toma de decisiones vinculadas a esta crisis.

Por otra parte, al observar los sistemas sanitarios de un país, estamos directamente analizando los valores de la sociedad y sus gobernantes con respecto a la salud; sus modelos de financiación y de asignación de recursos sanitarios; la cartera de servicios programada y el grado de protección sanitaria deseado; su legislación; su organización administrativa y su modelo de gestión adoptado para garantizar una prestación de servicios eficaz, efectiva, eficiente y de calidad. Los sistemas sanitarios son sistemas complejos, abiertos e interrelacionados con factores determinantes de otros sistemas, como el sistema político, el sistema fiscal o el sistema educativo. De acuerdo con la OMS, para considerarse sistema estos deben cumplir las cualidades de ser: un sistema universal que dé cobertura a toda la población; con atención integral, tanto higiene y salud mental, medicina preventiva, asistencia primaria, asistencia terciaria de todas las patologías agudas y crónicas; debe tener equidad en la distribución de los recursos; debe ser eficiente, es decir, aportar las mejores prestaciones y el mejor nivel de salud al menor coste; debe ser un sistema con flexibilidad, con objeto de poder adaptarse y responder de manera rápida a las nuevas necesidades; con participación de los ciudadanos en la planificación y gestión del sistema (Cabo Salvador, 2010).

1.1.1 España

En primer lugar, en el caso de **España**, el Gobierno central es el órgano constitucional que encabeza el poder ejecutivo del Reino de España y dirige la Administración General del Estado. Según la Constitución, sus funciones son dirigir la política interior y exterior, la administración civil y militar y la defensa del Estado; así como ejercer la función ejecutiva y la potestad reglamentaria de acuerdo con la Constitución y las leyes. La forma política es la monarquía parlamentaria. El rey es el Jefe del Estado y todos sus actos deben ser refrendados por el Gobierno⁹. El Gobierno se compone del presidente, de los vicepresidentes y de los ministros. De acuerdo con el procedimiento establecido, tras haber recibido la confianza del Congreso de los Diputados, el presidente es nombrado por el rey. Los ministros lo serán también, pero a propuesta del presidente. Los órganos colegiados del Gobierno son el Consejo de Ministros (del que forman parte el presidente, vicepresidente/s y los ministros) y las

⁹ El Gobierno es políticamente dependiente y responsable ante el Congreso de los Diputados, que lo elige a través de la investidura o censura de su presidente, conforme al sistema parlamentario establecido por la Constitución de 1978. El rey es el símbolo de la unidad y permanencia del Estado, arbitra y modera el funcionamiento de las instituciones y asume la más alta representación del Estado español en las relaciones internacionales, especialmente con las naciones de su comunidad histórica (La Moncloa, s.f.).

Comisiones Delegadas del Gobierno. Ahora bien, la iniciativa legislativa se realiza a través de la aprobación de Proyectos de Ley en Consejo de Ministros¹⁰ (La Moncloa, s.f.).

El ejercicio de la potestad legislativa del Estado corresponde a las Cortes Generales, que representan al pueblo español y controlan la acción del Gobierno. Están compuestas por dos Cámaras: Congreso de los Diputados y Senado. El Congreso se compone de 350 diputados elegidos por sufragio universal cada cuatro años. Todos los proyectos y proposiciones de ley han de examinarse en primer lugar en el Congreso de los Diputados, correspondiendo al Senado el derecho de veto o de enmienda sobre el texto elaborado y reservándose a éste la decisión definitiva tras un nuevo examen. Asimismo, es el Congreso el que otorga la investidura del presidente del Gobierno y, por lo tanto, es esta Cámara la que puede provocar su dimisión, bien mediante la aprobación de una moción de censura, bien a través de la negativa a conceder la confianza solicitada por el Gobierno. Por su parte, el Senado se presenta como la Cámara de representación territorial y está compuesto por 265 senadores. 208 de sus miembros son elegidos por sufragio universal directo cada cuatro años y otros 57 son designados por las Asambleas Legislativas de las comunidades autónomas, que eligen un senador cada una y otro por cada millón de habitantes de su respectivo territorio (La Moncloa, s.f.).

Con respecto al poder judicial, la justicia emana del pueblo y es administrada en representación del rey por los jueces y magistrados del Poder Judicial, independientes, inamovibles, responsables y sometidos únicamente a la Constitución y al imperio de la ley. El gobierno del Poder Judicial corresponde al Consejo General del Poder Judicial. El ejercicio de la potestad jurisdiccional, juzgando y haciendo ejecutar lo juzgado, corresponde exclusivamente a los Juzgados y Tribunales determinados en las leyes y en los tratados internacionales. El Tribunal Supremo es la más alta instancia jurisdiccional del Estado, salvo en lo que afecta a las garantías constitucionales, que es potestad del Tribunal Constitucional (La Moncloa, s.f.).

El Estado español se organiza territorialmente en municipios, provincias y CCAA, con autonomía para la gestión de sus respectivos intereses. Entre diciembre de 1979 y febrero de 1983 se aprobaron los Estatutos de Autonomía que permitieron conformar las 17 comunidades autónomas actuales¹¹, y en 1995 los de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (La Moncloa, s.f.). El proceso de descentralización se completó en el año 2002 y el traspaso de funciones y servicios a las comunidades comenzó en el año 1981 con Cataluña y concluyó en el

¹⁰ En caso de extraordinaria y urgente necesidad, y salvo en lo relativo a las instituciones básicas del Estado, a los derechos, deberes y libertades de los ciudadanos regulados en el Título I de la Constitución, al régimen de las CCAA o al derecho electoral general, el Gobierno podrá dictar Reales Decretos-leyes. Estas disposiciones legislativas provisionales deberán ser sometidas a debate y votación en el Congreso, en el plazo de los treinta días siguientes a su promulgación. Las Cortes Generales podrán delegar en el Gobierno la potestad de dictar normas con rango de ley sobre materias determinadas, bien mediante una ley de bases para la formación de textos articulados o por una ley ordinaria cuando se trate de refundir varios textos legales en uno solo. Las disposiciones del Gobierno que contienen legislación delegada se denominan Decretos Legislativos (La Moncloa, s.f.).

¹¹ Estas son: Euskadi, Catalunya, Galicia, Andalucía, Principado de Asturias, Cantabria, La Rioja, Región de Murcia, Comunitat Valenciana, Aragón, Castilla-La Mancha, Canarias, Comunidad Foral de Navarra, Extremadura, Illes Balears, Comunidad de Madrid y Castilla y León.

año 2001. Además, España forma parte de la UE desde 1986, proceso de integración compuesto por 27 países¹².

En cuanto al sistema sanitario, el gobierno central a través del Ministerio de Sanidad tiene la responsabilidad de promover la coordinación y cooperación del mismo. A partir del año 1986 se realizó la transformación de un Sistema de Seguridad Social (modelo Bismarck) de financiación de los servicios sanitarios por medio de cuotas de las empresas y trabajadores, a un modelo Beveridge con financiación y responsabilidad estatal a través de los impuestos y de los presupuestos generales del Estado. Es un modelo “hospital céntrico” dejando a la atención médica de proximidad (centros de asistencia primaria) en una situación algo precaria tanto en recursos como en elementos simbólicos dentro del escalafón médico¹³. La asistencia en España se diferencia estructuralmente en Asistencia Primaria y Asistencia Especializada u Hospitalaria, asistencias no coordinadas e independientes con Gerencias distintas, lo cual supone un gran problema funcional y de eficacia y eficiencia para el sistema. La pandemia del coronavirus ha puesto en crisis un modelo excesivamente centrado en los hospitales y, en especial, en los prestigiosos hospitales de las grandes ciudades. Estos son totalmente adecuados y competitivos para tratar las enfermedades más graves como son: el cáncer, las crisis cardíacas o los trasplantes. Pero, en cambio, no han demostrado su solvencia para hacer frente al coronavirus ya que han sido una de sus principales fuentes de contagio (Cabo Salvador, 2010; Ramió Matas, 2020).

La estructura organizativa cuenta, desde la Ley General de Sanidad (1986), con un gobierno central a través del Ministerio de Sanidad que asume la responsabilidad de áreas estratégicas como la coordinación general y la legislación sanitaria básica; la definición de la cartera de servicios básica del Sistema Nacional de Salud (SNS); la política farmacéutica; la educación sanitaria de pre y posgrado; y la gestión, es decir, el Ministerio tiene el poder legislativo, establece los sistemas de información y asegura la cooperación entre las diferentes comunidades autónomas.

Las 17 CCAA tienen a su vez poderes de planificación y capacidad para organizar sus servicios de salud, respetando la cartera de servicios básica fijada por el gobierno central siendo sus dos principales fuentes de financiación los impuestos y las asignaciones del gobierno central. Otra fuente complementaria de financiación y totalmente vital para el sostenimiento del sistema son los ingresos privados, bien directos o a través de los seguros privados. Dentro del Ministerio y con participación de todas las CCAA se crea el Consejo Interterritorial de Sanidad con la finalidad de promover la cohesión y la calidad del sistema, principios básicos de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS del año 2003. Todas las CCAA deciden cómo organizar y proporcionar los servicios sanitarios y configuran su mapa sanitario con divisiones territoriales en las Áreas Sanitarias que tienen la responsabilidad de dar cobertura sanitaria a la población adscrita a su área. La cobertura es universal, con cobertura a 99,8% de la población, incluyendo indigentes y población inmigrante. Los funcionarios pueden

¹² Alemania, Bélgica, Croacia, Dinamarca, España, Francia, Irlanda, Letonia, Luxemburgo, Países Bajos, Suecia, Bulgaria, Eslovaquia, Estonia, Grecia, Malta, Polonia, República Checa, Austria, Chipre, Eslovenia, Finlandia, Hungría, Italia, Lituania, Portugal y Rumanía.

¹³ Un médico de familia tiene mucho menos estatus que un cirujano o cualquier especialista hospitalario.

optar libremente a la asistencia dentro de la asistencia pública del SNS o por la asistencia sanitaria privada a través de alguna de las aseguradoras concertadas¹⁴. Los fondos mutuales de los funcionarios se financian con un 70% a cargo del Estado y un 30% con contribuciones de los propios funcionarios (Cabo Salvador, 2010).

El gasto sanitario público asciende a €81.590 millones (6,6% del PIB) y supone el 70,7% del gasto sanitario total (€115.458 millones), aumentando un 15% desde 2015. Los servicios de asistencia curativa y de rehabilitación absorben la mayor parte del gasto sanitario público (57,5%). El gasto sanitario privado supone un 2,7% del PIB (Ministerio de Sanidad, 2022).

El SNS debió afrontar una demanda excepcional por la pandemia SARS-CoV 2: durante 2020, en atención primaria se ha atendido a más de 2 millones de personas con COVID-19 y se ha realizado el seguimiento a más de 5 millones de contactos. En lo que refiere al nivel de hospitalización, de 232.420 personas hospitalizadas, se han generado 245.215 ingresos en la red de hospitales de agudos del SNS durante 2020, dado que un 6% ha precisado más de un ingreso hospitalario y un 10% ha necesitado cuidados críticos. La estancia media ha sido de 11 días, 9 días en hospitalización convencional y 15 días en las UCIs. La cifra máxima de ingresos hospitalarios, superando los 5.000, se produjo el día 24 de marzo de 2020 y el número máximo de pacientes COVID-19 hospitalizados se registró durante la primera ola, el 7 de abril, día en el que los pacientes COVID-19 ocupaban cerca de 40.000 camas. En la primera ola pandémica, el 42% de las personas con una prueba positiva fue hospitalizada. En las tres siguientes olas, con un número mucho mayor de casos diagnosticados, esta proporción ha sido del 8% y en la quinta ola, habiendo alcanzado hasta el 60% de cobertura vacunal, cayó a la mitad (4%) (Ministerio de Sanidad, 2022).

En cuanto al impacto de la vacunación, se observa que a 30 de septiembre de 2021, el 82% de las personas de 12 o más años había recibido la pauta de vacunación completa frente a la COVID-19¹⁵. El rechazo de la vacunación afectó solamente a 24 de cada 100.000 habitantes, siendo mayor en la población de 80 y más años (Ministerio de Sanidad, 2022).

En lo que concierne a la Atención Primaria, la misma se despliega en más de 13 mil centros de salud y consultorios y cuenta con casi 43 mil médicos y 38 mil enfermeras, de los cuales, alrededor de 36 mil médicos y 30 mil enfermeras están vinculados a Equipos de Atención Primaria. Más del 80% de las camas hospitalarias en funcionamiento y de los puestos de hospital de día pertenecen a la red del Sistema Nacional de Salud el cual cuenta con aproximadamente 3 mil centros de salud y 10 mil consultorios locales. Desde el año 2004 se ha producido un incremento en el número de centros de salud y una disminución de los

¹⁴ Existen aseguradoras privadas que ofrecen cobertura adicional complementaria que a menudo se compra para paliar las largas listas de espera diagnóstica y quirúrgica del SNS (Cabo Salvador, 2010).

¹⁵ La vacunación en España es voluntaria, con excepción del calendario de vacunación infantil recomendado hasta los 16 años, elaborado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y se completa con los diferentes calendarios aprobados por las CCAA, en el ejercicio de sus propias competencias. Este vendría a ser el marco de la denominada vacunación sistemática. En determinadas situaciones (como en el caso de epidemias o pandemias, como la del COVID-19), se permite a los poderes públicos imponer la vacunación forzosa (Barceló Doménech, 2020).

consultorios locales, tendencia que se ha ido estabilizando en los últimos 5 años (Ministerio de Sanidad, 2022).

Según el Ministerio de Sanidad (2022), el SNS dispone de una red de 467 hospitales: 322 hospitales de agudos y 145 hospitales de larga estancia. El número de hospitales de la red del SNS ha crecido un 5% en los últimos ocho años y cuenta con un total de 158 mil profesionales de la medicina y casi 197 mil de enfermería, siendo este el colectivo más numeroso. El 81% de las camas hospitalarias en funcionamiento en España está en el ámbito de la red del SNS (112.225).

Previamente a la pandemia (2019), el 42% de los pacientes de atención primaria era atendido en el día o al día siguiente y el resto esperaba una media de 5 días. En 2021 la cita en el día o para el día siguiente la obtiene solamente un 26% y el resto ha esperado como media 10 días. Del mismo modo, la espera media para una primera consulta de atención especializada se situaba en 2019 en 99 días y para cirugía programada no urgente en 148 días, alcanzando en junio de 2020 los 170 días y descendiendo a 121 días en junio de 2021 (Ministerio de Sanidad, 2022).

La pandemia COVID-19 generó un gran impacto en el SNS, que ha llevado a cabo una adaptación organizativa y táctica para afrontar tanto el diagnóstico de la enfermedad como la fuerte demanda derivada de la misma: el porcentaje de personas que ha tenido que contactar con los servicios sanitarios por pensar que tenía síntomas relacionados con el coronavirus fue del 9% en mayo de 2020, aumentando hasta el 34% en septiembre del 2021. Alrededor del 50% acudió a su médico de atención primaria y se ha atendido un total de 379 millones de consultas en 2020, con un incremento de la actividad de 12 millones respecto a 2019 (+3%). Las teleconsultas entre profesionales y pacientes aumentaron un 600% con respecto al año previo y la actividad domiciliaria (13,5 millones de visitas) un 4%. Las personas de 85 años o más presentaron las tasas más elevadas de positividad en las tres primeras olas de la pandemia, mientras que en la cuarta y quinta ola las tasas más elevadas se observaron en las personas de 15 a 24 años (Ministerio de Sanidad, 2022).

Durante la pandemia, el personal sanitario denunció la falta de equipamiento como respiradores y protección para los sanitarios (batas impermeables, guantes de nitrilo, mascarillas FP2 o FP3, gafas de protección, etc.) para enfrentar la crisis. España, y toda Europa, ha tenido que recurrir a la importación debido a la falta de empresas locales capaces de abastecer al país¹⁶. Es uno de los frutos de la deslocalización de las empresas a raíz del proceso de globalización. Para dar solución a la saturación de los hospitales y sus UCI, debido al gran número de enfermos, el Estado, a través de sus facultades, ha intervenido la sanidad privada bajo la dirección única del sistema público. No siendo esto suficiente, se han medicalizado

¹⁶ En relación a la falta de material de protección y de equipamientos sanitarios, y la dificultad en importarlos, el gobierno pasó a incentivar su producción en territorio español. Así, la producción de mascarillas quirúrgicas pasó a ser incumbencia de empresas especializadas en la producción de material médico sanitario, y la fabricación de respiradores pulmonares quedó bajo la responsabilidad de la empresa familiar Hersill, situada en Móstoles (Madrid) que, con la ayuda de empresas como Escribano, del ramo militar, pasó de fabricar 10 aparatos a la semana, a 200 al día (Zaar y García Ávila, 2020).

hoteles y trenes para el transporte de enfermos, se han construido hospitales de campaña y se han habilitado recintos para albergar a los fallecidos. Además de levantar, en menos de una semana, un hospital de campaña con una UCI dotada de un sistema de oxígeno, en la Institución Ferial de Madrid (IFEMA). Su capacidad es de hasta 1.300 pacientes lo que lo transforma en el mayor hospital español en número de camas.

Todo ello demuestra la magnitud de la crisis generada por las privatizaciones y la reducción de recursos para la sanidad pública. Situación que venía siendo denunciada en diversas manifestaciones desde el 2011, por miles de médicos y personal del servicio público, ante la mirada indiferente de las autoridades y de gran parte de una población que se creía ajena al problema. En la misma línea de la externalización de los servicios públicos, habría que mencionar cómo esta crisis ha impactado en los centros geriátricos y residencias de tercera edad. En la comunidad de Madrid el 40% del total de fallecidos eran atendidos en estos centros. Estas cifras no solo muestran la necesidad de reforzar los recursos humanos, materiales y la supervisión pública de estos centros, sino que dejan al descubierto el vacío que existe en cuanto a la responsabilidad social respecto a las tareas de cuidado de las personas mayores (Ministerio de Sanidad, 2022; Cabo Salvador, 2010).

1.1.2 Reino Unido

El Reino Unido por su parte presenta un sistema político particular. Consiste en cuatro países (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte) con un mismo monarca, que se han unido a lo largo de los siglos¹⁷ debido a conquistas, alianzas y uniones dinásticas. Es una monarquía constitucional¹⁸, en la que el monarca ejerce de Jefe de Estado mientras que el Primer Ministro es el Jefe de Gobierno, a cargo del ejecutivo¹⁹. El Primer Ministro es el líder del Gobierno de Su Majestad y es el responsable último de todas las políticas y decisiones: supervisa el funcionamiento del servicio civil y las agencias gubernamentales, nombra a los miembros del gobierno y es la principal figura del gobierno en la Cámara de los Comunes. El cargo no está establecido en ningún texto oficial; solo leyes recientes del siglo XX han regulado algunos aspectos no esenciales del cargo. Sin embargo, el cargo existe por convención (o costumbre) constitucional, lentamente consolidada a partir del siglo XVIII. Después de una elección, el

¹⁷ Desde el Acta de Unión de 1707, en la que Inglaterra y Gales junto con Escocia decidieron constituir un nuevo reino llamado Reino Unido de Gran Bretaña. Más adelante, con el Acta de Unión de 1800 la isla de Irlanda pasó a formar parte y el nombre cambió a Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda. Finalmente, en 1927, el país obtuvo su nombre actual Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte con la independencia de la parte sur de la isla.

¹⁸ La constitución británica no está escrita, lo que se conoce como una Constitución “no codificada”. Consta de una acumulación de estatutos, decisiones judiciales, tratados internacionales y convenciones parlamentarias. La jurisprudencia que generan todas estas fuentes es el equivalente a una constitución escrita de tipo continental. Esta diferencia implica que el Parlamento, al aprobar una ley, puede estar cambiando la Constitución sin tener que pasar por un proceso específico, lo que se conoce como “soberanía parlamentaria”. Tampoco existe un tribunal constitucional como tal, el propio Parlamento y el Tribunal Supremo se encargan de repartir esas funciones.

¹⁹ Según la constitución británica no codificada, la autoridad ejecutiva recae en el soberano, aunque esta autoridad se ejerce sólo después de recibir el consejo del Consejo Privado, en el cual el Primer Ministro, la Cámara de los Lores, el líder de la oposición y el alto mando policial y militar sirven como miembros y asesores del monarca.

monarca elige como Primer Ministro al líder del partido con más probabilidades de ganarse la confianza de la Cámara de los Comunes, generalmente por poseer una mayoría de diputados. Por su parte, el Gabinete está compuesto por los altos cargos del gobierno.

Cada semana, los miembros del Gabinete (Secretarios de Estado de todos los departamentos y algunos otros ministros) se reúnen para discutir los temas más importantes para el gobierno. En total hay 122 ministros y son elegidos por el Primer Ministro entre los miembros de la Cámara de los Comunes y la Cámara de los Lores, son responsables de las acciones, éxitos y fracasos de sus departamentos (UK Government, s.f.).

Oficialmente conocido como Parlamento del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, el Parlamento británico es bicameral. Consiste en dos cámaras comúnmente conocidas como la cámara baja (los Comunes) y la cámara alta (la de los Lores). Ambas se reúnen en el Palacio de Westminster. La Cámara de los Comunes está compuesta por 650 Miembros del Parlamento elegidos por sufragio universal en circunscripciones uninominales de mayoría simple en principio cada 5 años. Es decir, Reino Unido está dividido en 650 distritos electorales relativamente iguales, los partidos políticos presentan a un candidato en cada distrito y finalmente el candidato con más votos es el representante de ese distrito en la Cámara de los Comunes.

La Cámara de los Lores se rige por otra dinámica: no tiene un número fijo de miembros y estos no son elegidos democráticamente. Desde 2010 esta cámara cuenta con 733 miembros designados por el Monarca a recomendación del Primer Ministro. Las dos cámaras no tienen el mismo peso en la toma de decisiones. Antiguamente ambas tenían competencias simétricas, es decir, para la aprobación de una ley se debía conseguir una mayoría en ambas: primero aprobación en los Comunes y luego el visto bueno de los Lores. Con la Parliament Act 1911 la Cámara de los Lores perdió la capacidad de vetar leyes; aún mantiene la capacidad de frenar leyes durante un año, aunque su rol es principalmente consultivo (De Arriba Coro, 2021).

El Reino Unido era un país considerablemente centralizado políticamente hasta épocas recientes; durante los años 90, el gobierno laborista de Tony Blair inició un proceso denominado *Devolutions* mediante el cual se “devolvieron” varias competencias ejecutivas y legislativas a los otros países que conforman el reino: Gales, Escocia e Irlanda del Norte. La descentralización se hizo de abajo a arriba, siendo los territorios los que piden el tipo de competencias que desean asumir. Como resultado, el nivel de autogobierno de estos territorios varía de uno a otro. La descentralización del Reino Unido quedó de la siguiente forma según De Arriba Coro (2021):

- El “Gran Londres”: la capital y su área metropolitana son el hogar de casi 9 millones de personas, la mitad inmigrantes. Es prácticamente una ciudad-estado dentro del Reino Unido. Por esta razón Londres es el único territorio de Inglaterra que se benefició de una *devolution* competencial que otorgó amplias competencias administrativas a las autoridades locales.
- Escocia: tras la promulgación de la Scotland Act 1998, se reestableció el Parlamento Escocés como órgano legislativo del territorio. También se le devolvieron competencias

en otras áreas como educación, sanidad, finanzas, administración civil, políticas culturales y lingüísticas.

- Gales: su proceso de *devolution* fue paralelo al escocés, aunque se inició un poco más tarde en 1999. El grado de autogobierno galés, refrendado en un plebiscito regional, es menor que el escocés.
- Irlanda del Norte: el fragmento de isla que pertenece al Reino Unido vivió un proceso de consecución del autogobierno un tanto particular. Tras décadas con cierto grado de autogobierno, principalmente en manos de la comunidad anglicana en detrimento de la católica, el periodo conocido como *The Troubles* incitó un cambio de paradigma más acorde con la realidad social del territorio. Formalizado en la *Northern Ireland Act* 1998, el autogobierno de la región comprende áreas como la fiscalidad, la cobertura social y el poder legislativo (reunido en *The Assembly*). El reparto de poder entre grupos es hoy en día más equitativo (De Arriba Coro, 2021).

En lo que refiere al sistema sanitario, dentro de la estructura organizativa del mismo, nos encontramos con el *National Health Service* (NHS), que al igual que en España, está financiado por impuestos generales nacionales (impuestos directos: IVA, IRPF) que proporciona asistencia sanitaria pública y locales, por medio de proveedores públicos, delegando las responsabilidades de compra a nivel local. La cobertura es universal a todos los residentes legales en el Reino Unido y ciudadanos de otros países con los que el Reino Unido tenga acuerdos recíprocos, como el caso español. La sanidad privada, por medio de un seguro médico complementario, es escasa. Desde su fundación en 1948 tiene como características la universalidad, globalidad de prestaciones y gratuidad en el momento de uso. Es uno de los sistemas más citados, debido a la elevada satisfacción de los usuarios, cifras de resultados y costo bajo (en términos de porcentaje del PIB) (Cabo Salvador, 2010).

La asistencia primaria se realiza por medio de los médicos de medicina general (GP) que son autónomos. Los GP de asistencia primaria se unen en grupos que actúan como médicos de cabecera de toda la población asignada. Los hospitales reciben su financiación por contratos de actividad mediante el análisis del *case-mix* y los GRDs. Los médicos del *staff* hospitalario son asalariados pero se les permite tener actividad privada (Cabo Salvador, 2010).

El sistema tuvo que afrontar una demanda excepcional por la pandemia de coronavirus, tal como fue el caso español. En lo que refiere al nivel de hospitalización, para fines del año 2021 hubo más de 641 mil personas hospitalizadas (número mayor que en España) y 996 pacientes en cuidados intensivos (UCIs), número menor que en España. (UK Government, 2021). La pandemia de COVID-19 generó un gran impacto también en este sistema de salud, que tuvo que adaptarse para afrontar el aumento de las demandas de la población que crecía en contagios y decesos. Estos servicios incluyeron el aumento de las consultas a los servicios sanitarios por síntomas relacionados con el coronavirus, el número de hospitalizaciones, las teleconsultas, entre otras. Además, también se adaptaron de manera provisoria distintas edificaciones ante el desbordamiento del sistema sanitario.

Es válido destacar que el Reino Unido vacunó a ritmo récord: 873.784 personas en un solo día y en marzo de 2021 se alcanzó a administrar por primera vez una mayor cantidad de

segundas dosis que primeras dosis. En ese mes, la vacuna Oxford-AstraZeneca se vio envuelta en una polémica luego de informes de coágulos de sangre en algunas personas que recibieron la vacuna, por lo que varios países -incluidos Alemania, Francia e Italia- habían detenido su lanzamiento. La OMS, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y el regulador de medicamentos del Reino Unido habían dicho que no había indicios sobre esto y que el número de eventos tromboembólicos en general en las personas vacunadas no parecía ser más alto que el observado en la población general. Además, concluyeron que los beneficios de la vacuna COVID-19 Oxford-AstraZeneca continuaban superando el riesgo de efectos secundarios (New Scientist, 2021).

En otro orden de cosas, la presidenta de la Comisión Europea, Ursula von der Leyen, había advertido que dicha institución podría restringir las exportaciones de vacunas COVID-19 al Reino Unido a menos que éste mostrase más “reciprocidad” en las exportaciones de vacunas, planteando que la UE todavía estaba esperando las dosis de la vacuna Oxford-AstraZeneca del Reino Unido, mientras que 10 millones de dosis de la vacuna, incluida la de Pfizer-BioNTech, se entregaron al Reino Unido desde las plantas de fabricación de la UE. Así, la Comisión Europea propuso controles más estrictos sobre las exportaciones de vacunas COVID-19 y cualquier envío se evaluaba en función de la tasa de vacunaciones y exportaciones de vacunas del país de destino (New Scientist, 2021).

Por último, la campaña de vacunación ha sido de los planes más exitosos del gobierno. Cabe destacar que el Reino Unido fue el primer país en el mundo en usar una vacuna COVID-19 aprobada, y a su vez desarrollaron su propia vacuna entre la Universidad de Oxford y AstraZeneca, lo que les permitió implementarla rápidamente. Según la Oficina de Estadísticas Nacionales, las muertes semanales por COVID-19 en Inglaterra y Gales cayeron por debajo de 1.000 por primera vez desde octubre de 2020, y aproximadamente la mitad de las personas en el Reino Unido tenían anticuerpos contra el coronavirus, ya sea por infección o vacunación (54,7% en Inglaterra, 50,5% en Gales, 49,3% en Irlanda del Norte y el 42,6% en Escocia).

La estrategia del gobierno de aumentar el tiempo entre las dosis de la vacuna COVID-19 funcionó con el fin de vacunar a la mayor cantidad de personas posible (New Scientist, 2021). A fin de cuentas, alrededor de 30,4 millones de personas en todo el Reino Unido habían recibido al menos una dosis de la vacuna COVID-19 hasta el 28 de marzo de 2021, y más de 3,6 millones de personas recibieron dos dosis. La positividad de los anticuerpos aumentó en todos los grupos de edad y aún más rápidamente entre las personas mayores, a las que se dió prioridad para las vacunas (New Scientist, 2021). El Ministro de Vacunas, Nadhim Zahawi, afirmó que en febrero de 2021 los trabajadores de los servicios de salud estaban administrando las vacunas a un ritmo de casi 1.000 por minuto (Euronews, 2021).

1.2 Coordinación entre el gobierno central y los gobiernos descentralizados

Dentro de este apartado, se busca contraponer los dos casos elegidos en cuanto al nivel de coordinación que existe entre el gobierno central y las potestades que tienen los gobiernos descentralizados (las CCAA en el caso de España y los países en el caso del Reino Unido).

Por otra parte, con respecto a la OMS y el informe realizado por la entidad, el mismo incluyó recomendaciones dirigidas a países con casos importados y a los todavía no infectados. A los primeros, les aconsejaba “activar inmediatamente los protocolos de gestión de respuesta nacional al máximo nivel”, priorizar la búsqueda de todos los casos y contactos y someterlos a cuarentena, educar al público para concientizar de la gravedad de la epidemia y el papel que podían desempeñar en su transmisión, y aumentar la vigilancia para detectar las cadenas de transmisión del COVID-19 realizando tests a todos los pacientes con neumonías atípicas, problemas respiratorios o enfermos de gripe. A los países todavía libres de la infección, les recomendaba prepararse para activar los planes nacionales de emergencia y poner a prueba los planes de preparación nacional, incorporando a los protocolos médicos los tests de detección rápida del virus, el aislamiento a gran escala de los pacientes infectados y la disponibilidad de equipos respiradores (Polo, 2020).

El propósito es ver cómo se llevó a cabo la toma de decisiones referente a las políticas que eligió cada país para la lucha contra el COVID-19.

1.2.1 El caso español

Como señala Vampa (2021), en este país, la descentralización se logró aumentando los niveles de “autogobierno” regional y la transferencia de autoridad en la formulación de políticas a los gobiernos regionales, manteniendo a la vez la autoridad fiscal centralizada. Sin embargo, sostiene que este fortalecimiento regional no estuvo acompañado de mecanismos robustos de coordinación territorial. Ahora bien, la dinámica política a raíz de la primera fase de la crisis, reveló tensiones territoriales precedentes a la pandemia. El Ministerio de Sanidad central fue quien activó el protocolo COVID-19 en coordinación con las Consejerías de Sanidad autonómicas. No obstante, según este autor, estas iniciativas no erosionaron la autonomía de las regiones y, en el momento cúlmine de la emergencia, existía una confusión sobre la asignación de responsabilidades. Teniendo en cuenta que la atención médica es una de sus responsabilidades políticas “centrales”, los gobiernos regionales se encontraron al frente de la respuesta al brote. Los primeros cierres de escuelas e instituciones culturales por ejemplo, se decidieron de manera descoordinada por los gobiernos regionales de Madrid, País Vasco y Cataluña. Posteriormente el gobierno central tomó medidas directas y pidió que las medidas de cierre se aplicaran a todas las regiones coordinadamente (Vampa, 2021).

En esa misma línea, veremos la dinámica decisoria para hacer frente al COVID-19 seguida en el caso de España. En aquel momento simultáneo a la aparición del virus, la política española se encontraba en una preocupante espiral de polarización y fragmentación, tanto ideológica como territorial, debido al aumento de fuertes tensiones secesionistas en Cataluña, por ejemplo (Vampa, 2021). Conforme se detectaron los primeros casos y más adelante la primera muerte, el presidente Pedro Sánchez anunció finalmente la declaración del “estado de alarma” el 13 de marzo de 2020. Esta fue una medida constitucional propuesta por el Ejecutivo Nacional que solo requiere la aprobación por mayoría absoluta de la Cámara Baja española, es decir del Congreso de los Diputados. Supuso la centralización total de todas las medidas de confinamiento en manos de cuatro Ministros centrales: el de Sanidad, el de Defensa, el de Transportes y el del Interior. Estas medidas no fueron previamente negociadas con los

gobiernos regionales, sino que, en cambio, fueron impuestas unilateralmente, socavando así la competencia regional en materia de salud. El anuncio lo hizo en solitario el Presidente del Gobierno y sólo había sido comunicado al Rey y al Presidente del Congreso, informándose durante la tarde de ese mismo día a los presidentes autonómicos (Grau-Creus y Sanjaume-Calvet, 2020).

Sin embargo, podemos dilucidar que este fortalecimiento de la autoridad central frente a la autoridad regional fue bastante frágil y precario. En primer lugar, el gobierno de Sánchez carecía de mayoría en el Congreso de los Diputados y tuvo que depender de una difícil cooperación con la oposición, incluidos los partidos regionalistas e independentistas. Las regiones podían seguir tomando decisiones en la medida en que no colisionaran con las decisiones centrales²⁰. A este respecto, el problema siguió radicando en la asignación de competencias y la naturaleza del bloqueo, con Cataluña exigiendo medidas más duras y pidiendo que la región se aisle del resto de España (Vampa, 2021).

Una vez llegada la fase de desescalada del confinamiento a fines de abril de 2020, se puede vislumbrar una relación más fluida entre las autoridades centrales y los gobiernos autonómicos con frecuentes reuniones desde la primera realizada a mediados de marzo. Aunque esta fase siguió bajo el control del “mandamiento único central”, éste se mostró más abierto a escuchar las propuestas de las CCAA. Ahora bien, cabe recordar que Sánchez es el líder de un gobierno de coalición minoritario (Partido Socialista Obrero Español-Podemos) que fue elegido con el apoyo de los partidos nacionalistas catalán y vasco (ERC y PNV) que gobiernan en sus respectivas comunidades autónomas. Estos dos partidos han sido muy críticos con las medidas de confinamiento pero, al mismo tiempo, fueron cruciales para mantener una mayoría parlamentaria viable²¹.

En segundo lugar, la política de partidos a nivel estatal ha emergido con fuerza para guiar las relaciones intergubernamentales entre el gobierno central y aquellas CCAA gobernadas por el principal partido de oposición estatal, el Partido Popular (PP). A modo de ejemplo, la presidenta del PP de Madrid, Isabel Díaz-Ayuso, muy cercana al entonces líder del PP, Pablo Casado, cuestionó las decisiones del Gobierno central y abogó por una resolución más rápida. El partido conservador, al frente de la oposición oficial, retiró su apoyo a las medidas gubernamentales y se abstuvo en la votación del (primer) estado de alarma en el Parlamento. Mientras tanto, el partido de extrema derecha Vox llamó a la movilización social en las calles para desafiar el estado de alarma “comunista” según sus términos (Grau-Creus y Sanjaume-Calvet, 2020).

²⁰ Esto provocó el resurgimiento de las tensiones territoriales, que se agudizaron cuando comenzó la segunda ola de la pandemia en verano y se hizo evidente la ausencia de una estrategia territorial coherente y cohesionada. Por ejemplo, entre septiembre y octubre, la Comunidad de Madrid se enfrentó repetidamente con el gobierno central por la imposición de restricciones más estrictas mientras los casos de COVID-19 aumentaban a un ritmo preocupante (Vampa, 2021).

²¹ Las prórrogas del estado de alarma requieren debate y mayoría parlamentaria cada quince días. A fecha del 7 de mayo de 2020 obtuvo 178 votos (sobre 350 diputados), la coalición de gobierno entonces solo pudo negociar apoyos del partido de centro-derecha Ciudadanos y los nacionalistas vascos PNV-EAJ, mientras que los nacionalistas catalanes se abstuvieron o votaron en contra de esta medida por sus efectos centralizadores (Grau-Creus y Sanjaume-Calvet, 2020).

1.2.2 El caso del Reino Unido

En el caso británico podemos observar un sistema “híbrido” en el que las interacciones entre el gobierno central y los países oscilan entre la competencia y la coordinación. A su vez, lo que lo caracteriza es la coexistencia de una autonomía sustancial en la formulación de políticas en las administraciones descentralizadas y el exceso de centralización en Inglaterra. Teniendo en cuenta su tamaño, Inglaterra no puede ser considerada simplemente como una “región” del Reino Unido. Por eso, la confusión dominó la fase inicial de la pandemia con problemas en la comunicación sobre si ciertas políticas y anuncios se aplicaban al Reino Unido en su conjunto o solo a Inglaterra²² (Vampa, 2021). Hecho que derivó en numerosas críticas.

Más allá de esto, podemos ver que, sorprendentemente, la crisis del coronavirus incentivó la coordinación entre las cuatro naciones al publicar un plan de acción conjunto a principios de marzo de 2020. Además, trabajaron en bloque en la Ley del Coronavirus²³, que finalmente se aprobó en el Parlamento y otorgó poderes a los cuatro gobiernos para abordar la pandemia. Esto contrastaba con la negativa de los gobiernos descentralizados a apoyar la legislación Brexit unas semanas antes. Éstos participaron en las reuniones del comité de emergencia “COBRA”²⁴ durante este período, lo que ayudó a asegurar que los principales anuncios, incluida la imposición del cierre a fines de marzo de 2020, fueran coordinados entre las capitales (Paun, 2020).

El Reino Unido también gestionó la pandemia mediante un enfoque de seguridad nacional. La gestión de los distintos ministerios se supervisó por el Consejo de Seguridad Nacional a través de un Consejo Interministerial bajo la dirección del Ministro del Interior. Desde 2018, el Reino Unido cuenta con la estrategia UK Biological Security Strategy, que explica cómo se enfrenta el sistema británico a las pandemias en general y a través de ésta, se ajustó un plan de actuación específico para hacer frente al COVID-19. Estas estrategias

²² Los tests fueron un ejemplo de esta ambigüedad, con el Secretario de Salud prometiendo que se realizarían 100.000 tests de COVID-19 todos los días para fines de abril. Hubo mensajes contradictorios sobre si este compromiso era de hecho sólo para Inglaterra, y los gobiernos de Escocia y Gales posteriormente anunciaron sus propios planes para ampliar los tests (Paun, Sargeant y Nice 2020 citados en Vampa 2021).

²³ La Ley de Coronavirus 2020 es una ley del Parlamento del Reino Unido que otorga al gobierno poderes de emergencia para manejar la pandemia de COVID-19: para limitar o suspender las reuniones públicas, detener a las personas sospechosas de estar infectadas por COVID-19 e intervenir o relajar las regulaciones en una variedad de sectores para limitar la transmisión de la enfermedad, aliviar la carga de los servicios de salud pública y ayudar a los trabajadores de la salud y a los económicamente afectados. Las áreas cubiertas por la ley incluyen el Servicio Nacional de Salud, la atención social, las escuelas, la policía, la Fuerza Fronteriza, ayuntamientos, funerales y juzgados. La ley fue aprobada por la Cámara de los Comunes el 23 de marzo y por la Cámara de los Lores el 25 de marzo. Posteriormente, el acto recibió la aprobación real el 25 de marzo de 2020 (Cambridge Network, 2020). La ley tiene un plazo de dos años que puede ser acortado o prorrogado por seis meses a discreción ministerial. Varias de las disposiciones fueron revocadas anticipadamente, el 17 de julio de 2021, mientras que otras fueron prorrogadas por seis meses más allá del período de dos años (Cowie, 2020).

²⁴ El Cabinet Office Briefing Room A (Sala de reuniones de la Oficina del Gabinete por sus siglas en inglés) es el lugar donde el comité de emergencias creado por el Reino Unido se reúne ante situaciones de graves crisis de seguridad ciudadana con la finalidad de poder coordinar las acciones oportunas con los distintos órganos del Gobierno del Reino Unido, tanto si las emergencias se producen a nivel regional, nacional como extranjero si estos tienen o pueden tener implicaciones importantes para el Reino Unido (Gardiner, 2002).

aseguran la coherencia entre los planes y las medidas de respuesta con los objetivos estratégicos de la gestión, y facilitan el escrutinio político y social, una herramienta que hace falta en España y que dificulta la comunicación estratégica del Gobierno en situaciones de pandemia (Arteaga, 2020).

El cambio relativamente rápido de una dura competencia territorial durante el proceso del Brexit, a un enfoque más coordinado al comienzo de la pandemia, constituye un efecto unificador en función de los elementos esenciales de coordinación y colaboración necesarios en todas las partes de la geografía y la política del Reino Unido, facilitado esto por la naturaleza flexible y no codificada de la constitución no escrita del Reino Unido y por el hecho de ser cuatro unidades territoriales involucradas (Vampa, 2021).

Sin embargo, la comprensión de las medidas sobre a qué país se aplicaban ciertas decisiones políticas siguió siendo ambigua, teniendo en cuenta que cada nación del Reino Unido era gobernada por un partido diferente. Después de que la pandemia alcanzara su primer pico, las cuatro naciones comenzaron a divergir y adoptaron diferentes estrategias para salir de la crisis: mientras que Inglaterra pasó de una política de “quedarse en casa” a una política menos estricta de “mantenerse alerta”, Gales, Escocia e Irlanda del Norte siguieron apegados a la primera medida y criticaron abiertamente lo que se estaba decidiendo en Londres (Mason and Siddique 2020 citados en Vampa, 2021). Además, el enfoque más cauteloso y mesurado del gobierno escocés para hacer frente a la pandemia tuvo un impacto positivo en el apoyo a la independencia escocesa. Entonces, lejos de conducir a una convergencia y coordinación duraderas, el COVID-19 amplificó las contradicciones y tensiones preexistentes en el acuerdo territorial británico.

La ausencia de regiones fuertes que desarrollen diferentes políticas de salud podría explicar por qué el impacto inicial de la pandemia en el Reino Unido, del cual Inglaterra es la unidad constituyente más grande, no fue tan territorialmente diferenciado como en España. Esto, sin embargo, no impidió que el Reino Unido se convirtiera en el país con el peor número de muertos de Europa al final de la segunda ola. La falta de autoridades poderosas de “nivel medio” también significó que los efectos negativos de las decisiones equivocadas del gobierno central no fueran “moderados” por ninguna resistencia subnacional significativa (Vampa, 2021).

En resumen, en palabras de Vampa (2021), las últimas fases de la pandemia en 2020 vieron una reafirmación del centralismo en Inglaterra que, a diferencia de lo que había sucedido durante la primera ola, desencadenó reacciones locales más conflictivas. Al mismo tiempo, el establecimiento de un sistema de vacunación centralizado en enero de 2021 y la rápida implementación de vacunas en el primer trimestre del año contribuyeron a restablecer cierto nivel de confianza en la capacidad de las autoridades nacionales para responder de manera efectiva a la emergencia.

1.3 Aparición del virus COVID-19 en España y medidas para paliarlo en cada ola durante los años 2020 y 2021

1.3.1 Primera ola: sorpresa, medidas de emergencia, prórrogas y desescalada

En el caso de España, y retomando las palabras de Gentiletti (2020), la pandemia aparece en un momento político-institucional único en la historia de su democracia moderna. En enero de 2020 Pedro Sánchez fue investido presidente luego de que el PSOE hubiera obtenido mayoría simple en el Congreso de los Diputados. Sin embargo, para acceder al cargo, el Partido debió forjar una alianza con Unidas Podemos, dando lugar así al primer gobierno de coalición en minoría parlamentaria desde el retorno a la democracia post franquismo. En la votación parlamentaria Sánchez logró reunir 167 votos a favor y 165 en contra provenientes de los partidos del espectro de la derecha e independentistas. Con el principal partido opositor (Partido Popular, PP) atravesando una fuerte pérdida de popularidad tras la moción de censura a Mariano Rajoy en 2018, todo parecía indicar que la nueva coalición de gobierno tenía el camino allanado para poner en marcha su agenda política.

La dificultad en la gestión de los acuerdos se evidenció en la imposibilidad de acordar los Presupuestos Generales del Estado, y en la debilidad política del gobierno y la competencia entre Pedro Sánchez y Pablo Iglesias -líder de Unidas Podemos-. Este ha sido el esquema político en el que se ha movido la gestión del coronavirus.

El 31 de enero de 2020 el Ministerio de Sanidad anunció el primer caso importado de COVID-19 de un turista en la isla de La Gomera que se había infectado en Alemania (Linde, 2020; El Independiente, 2021). Por otro lado, un dato curioso es que el 7 de febrero de 2020, el Foro Económico Mundial otorgaba a España el título de “mejor sanidad del mundo” (Vidal, 2020).

Al mismo tiempo en el que desde el gobierno central ponían en marcha un plan de contención, el virus ya se estaba esparciendo por el resto del territorio. La primera alarma donde el gobierno se vio obligado a admitir la crisis sanitaria fue cuando algunas empresas de tecnología decidieron suspender el Mobile World Congress que iba a tener lugar en Barcelona (Muñoz, 2020). Pero no fue hasta casi un mes más tarde, el 26 de febrero, cuando se confirmó el primer contagio local, un hombre de 62 años en Sevilla. A partir de ese momento los casos comenzaron a crecer exponencialmente, de 73 casos el 1 de marzo a 589 casos una semana más tarde y 5.753 infecciones el día que el Gobierno anunció el confinamiento domiciliario.

Ante esta situación, y el hecho de que la OMS declaró al brote del virus una “pandemia” el 11 de marzo, a partir del 12 de marzo se tomaron medidas para reforzar el sistema sanitario, abarcando grandes desembolsos de dinero, y también la capacidad del Gobierno de regular precios de determinados productos. Se obligó a las empresas dedicadas a proveer material sanitario a declarar stock actual y capacidad de fabricación, mientras que el Gobierno procedió a adquirir del exterior aquellos productos sanitarios que escaseaban. En concordancia, hacia el 25 de marzo se concretó una compra a China de material sanitario por €509 millones, llegando en dos ocasiones vuelos sanitarios desde Shanghái (CEERI, 2020; Vidal, 2020).

Por otro lado, siguiendo a Gentiletti (2020), mientras el gobierno central preparaba el sistema de salud se comenzaron a tomar decisiones por parte de diferentes gobiernos autonómicos de los territorios más afectados, como el cierre de centros educativos en el País

Vasco y el paquete de medidas de la Comunidad de Madrid (Comunidad de Madrid, 2020) destinado a incentivar el teletrabajo, la modalidad virtual de clases, la flexibilidad horaria, la suspensión de intervenciones quirúrgicas programadas, la habilitación de camas de reserva, la atención primaria de salud en domicilios y las limitaciones de viajes. Ante un panorama de un brote incontrolable esparciéndose por la totalidad del territorio nacional y los gobiernos autonómicos tomando medidas unilaterales para responder y tratar de paliar la crisis sanitaria, el Presidente Sánchez reunió al Consejo de ministros para decretar el estado de alarma por un periodo de 15 días (BOE, 2020).

Llegando a ese plazo de días, ante el colapso del sistema sanitario y el aumento incesante de casos positivos y muertes²⁵ Sánchez buscó prorrogar el estado de alarma solicitando permiso al Congreso de los Diputados. La propuesta obtuvo fuerte respaldo y de esta manera se fijó un nuevo plazo al 11 de abril. Luego, vino la aprobación del Real Decreto-Ley 10/2020 apodado “hibernación de la economía” el cual significó un fuerte impacto económico ya que estaba orientado a parar casi por completo el sistema productivo español, eximiendo solo a los sectores esenciales y en los casos que se podía mantener el teletrabajo, con el objetivo de evitar el colapso del sistema sanitario (Cué, 2020).

Llegando al 11 de abril, el nuevo plazo del estado de alarma, el Congreso de Diputados decidió conceder una segunda prórroga, pero esta vez el apoyo fue más débil y con más críticas al gobierno central por la gestión pandémica. El nuevo plazo quedó fijado hasta el 26 de abril. La tercera y última prórroga del estado de alarma fue aprobada por la Cámara Alta, pero con más fuerzas políticas tratando de evitar a toda costa una nueva extensión. El confinamiento que había comenzado el 14 de marzo quedó finalmente extendido, tras tres prórrogas, hasta el 10 de mayo²⁶ (Gentiletti, 2020).

El 28 de abril marca un punto de inflexión en la gestión de la crisis. Mientras se transitaba la tercera prolongación del estado de alarma, el Consejo de Ministros aprobó el Plan de Transición hacia una Nueva Normalidad con cuatro fases programadas de desconfinamiento a aplicar de manera asimétrica en cada provincia o isla acorde a su evolución sanitaria (La Moncloa, 2020). Las fases de la desescalada que menciona Taverner Illescas (2021) eran las siguientes: FASE 0: 4 al 10 de mayo. FASE I: 11 al 24 de mayo. FASE II: 25 de mayo al 7 de

²⁵ Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de muchos hospitales no daban abasto y pese a la puesta en marcha de hospitales de campaña, un estudio estimó que la mitad de fallecidos de la primera ola lo hicieron consecuencia de la saturación hospitalaria. Los más vulnerables, especialmente ancianos de residencias que se convirtieron en auténticos infiernos, en los que no siempre pudieron ser atendidos (El Independiente, 2021).

²⁶ El Gobierno aprobó una serie de medidas a través de distintos Reales Decretos, que no supuso una suspensión de los derechos y libertades tal y como indica el artículo 55 de la Constitución Española, ya que esta situación sólo se contempla en los casos de estado de excepción o de sitio, y no de alarma. Estas medidas preventivas que se han adoptado han sido el aislamiento (separando a las personas infectadas por el virus, para evitar el contagio del resto, teniendo en cuenta las circunstancias, sintomatología y estado de salud, pueden ser aisladas en centros médicos o bien en el domicilio); la cuarentena (limitando la libertad de movimientos de la población tanto asintomática como de la que ha estado expuesta a un portador del virus, para evitar el riesgo de contagio y controlar los focos); el rastreo de portadores (para seguir la trazabilidad del virus y evitar el contagio); la restricción laboral (en los casos de actividad no esencial, con la misma finalidad) (Fernández, 2020).

junio. FASE III: 8 al 21 de junio²⁷. Una vez superadas todas las fases por los diferentes territorios del país, se entraba en la “Nueva Normalidad” mencionada anteriormente²⁸ (Taverner Illescas, 2021).

Lo que ocurrió con la desescalada del confinamiento es que en la reunión del 24 de abril del Consejo Interterritorial de Salud, los directores del sistema de salud de cada comunidad autónoma presentaron sus propuestas para relajar el confinamiento al Ministro de Salud. Algunas regiones favorecieron criterios unificados gestionados por el gobierno central (Valencia, Andalucía, Castilla-La Mancha y Castilla-León), mientras que otras prefirieron un enfoque asimétrico y autogestionario (dirigida por el Gobierno). En principio, cada miércoles las CCAA presentaban sus propuestas de fase para la semana siguiente, y los viernes el Gobierno anunciaba qué regiones podrían pasar de fase a fase y con qué medidas. Algunas CCAA definieron todo su territorio como una única zona, mientras que otras distinguieron entre zonas más o menos pobladas; sin embargo, la región primaria para los criterios de relajación fue la provincia, ya que estas corresponden más a las principales áreas metropolitanas del país (Dubin, 2021).

A partir de la fase 3, las CCAA asumieron la gestión de la crisis. El Ministerio de Salud tomaba su decisión en función de las tasas de transmisión regional y las capacidades del sistema de salud regional: alertas tempranas y seguimiento epidemiológico, identificación rápida y control de contagio, capacidad de aislamiento de casos confirmados y potenciales, capacidad de atención primaria, capacidad hospitalaria y envío oportuno y de calidad de la información solicitada a las CCAA (Dubin, 2021).

Con este guiño a las CCAA, la coalición de gobierno pudo por un lado hacer frente a las duras críticas por la “hibernación” de la economía y las consecutivas prórrogas del estado de alarma, y por el otro, con el correr de los días, publicar y ejecutar nuevas medidas destinadas al desconfinamiento de la población y a reactivar la economía (Gentiletti, 2020).

Durante abril y mayo, mientras el Ministerio de Sanidad estableció las condiciones para la realización de actividad física y paseos, el gobierno publicó una Orden para regular el proceso de co-gobernanza con las CCAA en el marco del proceso de transición. Además de algunas medidas económicas, se reguló la cuarentena obligatoria de 14 días a quienes ingresen al territorio español y se dieron a conocer las condiciones de reapertura para aquellas unidades territoriales que avanzaban a la fase 2 para el 18 de mayo.

²⁷ El estado de alarma fue aprobado por una duración de 15 días, pero este se verá prorrogado hasta en 6 ocasiones, y así de manera sucesiva hasta la duración del derecho de excepción de hasta 3 meses. Las prórrogas tal como se dicta en el ordenamiento se realizaron bajo la autorización del Congreso de los Diputados por los siguientes Reales Decretos, RD 476/2020, de 27 de marzo, RD 487/2020, de 10 de abril, RD 492/2020, de 24 de abril, RD 514/2020, de 8 de mayo, RD 537/2020, de 22 de mayo, y por sexta y última desde las 00.00 horas del día 7 de junio hasta las 00.00 horas del día 21 de junio de 2020 (Taverner Illescas, 2021).

²⁸ Entró en vigor mediante el Real Decreto-ley 21/2020, del 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (Taverner Illescas, 2021).

Por último, también durante mayo, se publicaron las medidas de apertura de la fase 3 del plan de transición hacia una nueva normalidad que incluían: la apertura de comercio minoristas con capacidad al 50%; la reapertura de las zonas comunes y los centros comerciales, limitando su capacidad al 40%; la flexibilización de la apertura de hoteles y servicios gastronómicos y se dio luz verde a las prácticas de turismo activo hasta 30 personas; el reinicio de actividades culturales hasta el 50% de la capacidad y entrenamientos en ligas no profesionales; y la circulación interna por la provincia, isla o unidad territorial, pero extremando las medidas de seguridad e higiene. Durante los meses de junio y julio, el Plan de Transición a la Nueva Normalidad y la apertura continuaron. Nuevos territorios pasaron a fases 2 y 3 de desconfinamiento (Gentiletti, 2020).

El gobierno central reforzó la línea sanitaria distribuyendo mascarillas, avanzó hacia lograr una reserva autónoma de insumos médicos estratégicos y se elaboraron los protocolos sanitarios para una gradual vuelta a los centros educativos y de turismo con el plan Operación Verano 2020 (Gentiletti, 2020). Por último cabe destacar que el 3 de julio, en consonancia con lo dispuesto por el Consejo de la Unión Europea, el gobierno levantó las restricciones de acceso a viajeros provenientes de países extracomunitarios²⁹. En el caso particular de China, Marruecos y Argelia, la reapertura de fronteras quedó supeditada a que estos países actuaran de manera recíproca y reabrieran a su vez sus fronteras a los residentes en España (La Vanguardia, 2020).

1.3.3 Segunda ola: desescalada acelerada, la llegada del verano y la acción de las comunidades autónomas

Es difícil determinar el inicio de la segunda ola porque la incidencia³⁰ volvió a subir el 26 de junio aunque muy lentamente y de forma progresiva. En realidad, no fue hasta el 9 de octubre cuando escaló sin freno. El 5 de noviembre se estancó y se disipó el 11 del mes siguiente. En este periodo, las restricciones por comunidades ayudaron a frenar una escalada aún mayor de la curva (Chiarroni y Millan, 2022). Lo que ocurrió fue una desescalada acelerada a criterio de algunos expertos, razón por la cual aparecen los rebrotes. Estos se contaban al principio por decenas pero pronto la situación empezó a desbordarse en Barcelona y, ya desde antes, entre los temporeros agrícolas de Aragón y Cataluña. Además, a mitad de junio los expertos empezaron a advertir el peligro en Madrid, que había sido epicentro de la pandemia y no registraba rebrotes.

La situación empezó a desbocarse y convirtió a España en uno de los primeros países europeos en transitar la segunda ola (El Independiente, 2021). Además, un dato a considerar es que desde que se dictó el estado de alarma hasta junio, el Gobierno aprobó 11 decretos-leyes³¹,

²⁹ Australia, Canadá, Georgia, Japón, Montenegro, Nueva Zelanda, Ruanda, Serbia, Corea del Sur, Tailandia, Túnez y Uruguay.

³⁰ La incidencia refleja el número de nuevos “casos” en un periodo de tiempo. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés.

³¹ Real Decreto-ley 8/2020, del 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19; Real Decreto-ley 9/2020, del 27 de marzo, por el que se adoptan medidas complementarias, en el ámbito laboral, para paliar los efectos derivados del COVID-19; Real Decreto-ley 10/2020, del 29 de marzo, por el que se regula un permiso retribuido recuperable para las personas trabajadoras

a los que cabría añadir otros dos directamente vinculados con la crisis sanitaria³². Por su parte, desde 2006 se ha incluido en diferentes Estatutos de Autonomía la posibilidad de que los gobiernos autonómicos dicten también decretos-leyes, con regulaciones análogas a la prevista en la Constitución, y, de hecho, desde que entró en vigor el estado de alarma se aprobaron 59 decretos-leyes autonómicos, la mayoría de ellos directamente vinculados con la crisis sanitaria³³ (Teruel Lozano, 2020).

A raíz de las primeras medidas de confinamiento de la segunda ola como el cierre del ocio nocturno y la limitación de la apertura de la hostelería, estas provocaron que el 14 de agosto de 2020 se produzca una manifestación negacionista del COVID-19 y anti-mascarillas en la Plaza de Colón de Madrid, a la cual acudieron 3.000 personas (La Vanguardia, 2020).

El gobierno también creó una aplicación (app) para teléfonos inteligentes de rastreo de contactos llamada “Radar COVID”. Después de un programa piloto en La Gomera en las Islas Canarias, la aplicación se lanzó el 10 de agosto de 2020. Sin embargo, cada comunidad autónoma tenía que conectar la aplicación a su propio sistema de rastreo de contactos para activarla y no estaban obligados a hacerlo hasta el 15 de septiembre de 2020 (Dubin, 2021).

No obstante, el resultado de la aplicación no ha sido el esperado. Para controlar la pandemia, el 60% de la población debería haber utilizado una aplicación de este tipo para que tenga un alcance óptimo. La app española “Radar COVID” se ha descargado más de 8 mil veces desde su implantación. De acuerdo con la propia aplicación, esto supone un 20% de tasa de penetración³⁴. A pesar de ello, no se especificó si se contabilizan las descargas globales –sin tener en cuenta si una misma persona descargó la app varias veces– o si se dividían por usuarios únicos. Pese a todo, en ella se introdujeron 96.586 códigos por casos confirmados de COVID-19. Sobre el número de contagios en España, los positivos registrados en la aplicación comunicaron solamente un 1,4% del total (Alonso Pascual, 2022).

por cuenta ajena que no presten servicios esenciales, con el fin de reducir la movilidad de la población en el contexto de la lucha contra el COVID-19; Real Decreto-ley 11/2020, del 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19; Real Decreto-ley 12/2020, del 31 de marzo, de medidas urgentes en materia de protección y asistencia a las víctimas de violencia de género; Real Decreto-ley 13/2020, del 7 de abril, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en materia de empleo agrario; Real Decreto-ley 14/2020, del 14 de abril, por el que se extiende el plazo para la presentación e ingreso de determinadas declaraciones y autoliquidaciones tributarias; Real Decreto-ley 15/2020, del 21 de abril, de medidas urgentes complementarias para apoyar la economía y el empleo; Real Decreto-ley 16/2020, del 28 de abril, de medidas procesales y organizativas para hacer frente al COVID-19 en el ámbito de la Administración de Justicia; Real Decreto-ley 17/2020, del 5 de mayo, de medidas de apoyo al sector cultural y de carácter tributario para hacer frente al impacto económico y social del COVID-2019; Real Decreto-ley 18/2020, del 12 de mayo, de medidas sociales en defensa del empleo (Teruel Lozano, 2020).

³² Real Decreto-ley 6/2020, del 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública; y Real Decreto-ley 7/2020, del 12 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes para responder al impacto económico del COVID-19 (Teruel Lozano, 2020).

³³ Por tener una referencia numérica por comunidades: Andalucía (11, 1 anterior a la declaración del estado de alarma pero vinculado con la crisis sanitaria), Aragón (2); Castilla y León (1); Cataluña (12, 2 anteriores pero vinculados); Extremadura (10); Islas Baleares (5); Islas Canarias (6); Región de Murcia (4); Navarra (4); y Valencia (4) (Teruel Lozano, 2020).

³⁴ Cifra que se calcula dividiendo el número de descargas entre el total de población mayor de 14 años (Alonso Pascual, 2022).

Para el 17 de agosto, mientras se imponían nuevas restricciones y aumentaba el rechazo social, España volvía a estar entre los diez países con más contagios en todo el mundo y el gobierno, tratando de balancear costos y demandas, optó por profundizar la estrategia de confinamientos puntuales por provincias y municipios. A pesar de que se avizoraba una “nueva tormenta”, el gobierno central y las CCAA acordaron un esquema para la vuelta a las aulas del curso escolar 2020-21 (Gentiletti, 2021).

En el mes de septiembre, los diferentes niveles de gobierno anunciaron públicamente la intención de empezar a vacunar en diciembre, mientras avanzaban las restricciones en los diferentes municipios. A finales de septiembre, el Gobierno acordó con la mayoría de CCAA imponer restricciones en áreas con más de 100.000 habitantes que cumplieran con tres parámetros: 500 casos por cada 100.000 habitantes, 35% de ocupación de pacientes COVID-19 en unidades de cuidados intensivos y resultados positivos en el 10% de las pruebas diagnósticas (Kölling y Molina, 2022).

El 9 de octubre de 2020 el gobierno decretó el estado de alarma³⁵ en nueve municipios de la Comunidad de Madrid para responder a una nueva escalada de casos diagnosticados por coronavirus. Este prohibía, entre otras cosas, entrar o salir de los municipios afectados sin causa justificada. El estado de alarma se declaró como respuesta a un auto judicial del Tribunal Superior de Justicia de Madrid que anulaba parte de la orden del Ministerio de Sanidad. El Tribunal Superior alegaba que la orden ministerial restringía derechos fundamentales. El estado de alarma impuesto en Madrid acabó el 24 de octubre (Gentiletti, 2021).

La grave noticia llegó el 21 de octubre, cuando España superó el millón de contagiados y el sistema de “semáforo COVID” del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC por sus siglas en inglés) colocó al país en rojo junto a otros países de la UE. Con estos indicadores alarmantes, el gobierno central se vio obligado a endurecer las restricciones y decretó de nuevo el estado de alarma con carácter nacional, pero sin establecer un nuevo confinamiento general de la población. Se impuso el toque de queda sanitario en todo el territorio nacional desde las 11 de la noche hasta las 6 de la mañana, permitiendo a las CCAA adelantarlo o atrasarlo una hora, y se prohibieron las reuniones de más de seis personas (Gentiletti, 2021).

El 29 de octubre el Congreso de los Diputados aprobó prorrogar el estado de alarma hasta mayo de 2021, aceptando la extensión de seis meses que había solicitado el gobierno central. Sin embargo, el descontento social fue en escalada y estallaron protestas violentas en diferentes partes del país por las medidas impuestas por el gobierno. Aprovechando la oportunidad, el partido de extrema derecha VOX trató de capitalizar políticamente el momento de desgaste alentando las manifestaciones contra el toque de queda (Gentiletti, 2021).

A pesar de todo lo señalado anteriormente, cabe destacar las fortalezas que mencionan Otero-Iglesias et al. (2020), en las cuales independientemente del debate sobre la posible tardanza a la hora de imponer restricciones a la movilidad y decretar el confinamiento, es

³⁵ A diferencia de marzo, el segundo estado de alarma, que se aprobó a finales de octubre a pedido de los gobiernos autonómicos, se implementó de manera descentralizada y con un mayor protagonismo de las CCAA (Kölling y Molina, 2022).

innegable el estricto grado de cumplimiento de la cuarentena y del uso de mascarillas así como su efectividad para aplanar la curva de contagios. Además, pese a las situaciones de estrés sufridas y el desbordamiento que se ha producido en algunos hospitales en Madrid y Barcelona (donde hay que recordar que se produjeron la mitad de las muertes en el país), en el resto del país el sistema sanitario y demás servicios públicos no se colapsaron.

1.3.4 Tercera ola: nuevo año, nuevas variantes y nueva ola

A pesar de la prórroga del estado de alarma y luego de Navidad, la tercera ola hizo su aparición a fin del año 2020, con una curva de contagios que empezó a ascender y no sería hasta el 28 de enero de 2021 cuando volvió a bajar, terminando por desaparecer en febrero. La relajación de las restricciones durante esas Navidades la convirtió en la segunda ola más letal por detrás de la primera (Chiarroni y Millan, 2022). Hay que tener en cuenta que para diciembre de 2020 se había detectado la presencia en el país de la variante más conocida como Alfa o británica (VUI-202012/01 o de forma científica B.1.1.7), una variante del SARS-CoV-2 (virus que causa el COVID-19) (Ministerio de Sanidad, 2021).

Por otra parte, la buena noticia llegó de la mano de la Agencia Europea de Medicamentos y de la Comisión Europea cuando aprobaron la vacuna de Pfizer-BioNTech. De esta manera, el 27 de diciembre España dio inicio oficial a la campaña de vacunación con esta misma. El año 2021 inició turbulento: España seguía resistiendo los embates de la segunda ola y para el 7 de enero se superaron los dos millones de contagiados confirmados oficialmente. En este sentido, el gobierno apostó por aumentar el ritmo de vacunación y el 12 de enero las primeras dosis de la vacuna de Moderna aterrizaron en el país (Gentiletti, 2021).

Además, durante ese mes, hizo su aparición la variante Beta, más conocida como sudafricana³⁶, lo que explicó el aumento de casos (Ministerio de Sanidad, 2021). Hacia finales del mes, se hizo efectiva la renuncia del ministro de Sanidad, Salvador Illa, para presentarse como candidato en las elecciones regionales catalanas, y lo sustituyó Carolina Darias. El 6 de febrero se recibieron las primeras dosis de la vacuna de AstraZeneca-Oxford, pero ese mismo mes España superó los tres millones de contagiados confirmados y se dio la aparición de los primeros casos de la variante Gamma, más conocida como brasileña³⁷, lo que también explicaba el alto número de casos (Ministerio de Sanidad, 2021).

En medio de esa grave situación epidemiológica, se llevaron a cabo las elecciones al Parlamento de Cataluña el 14 de febrero. Illa obtuvo el primer lugar con el 23% que se tradujo en 16 escaños. El gobierno interpretó la victoria de Illa como una muestra de aprobación a la

³⁶ También conocida como linaje B.1.351, fue detectada por primera vez en Sudáfrica y notificada por el Departamento de Salud el 18 de diciembre de 2020. Los investigadores y funcionarios informaron que la prevalencia de la variante era mayor entre los jóvenes sin condiciones de salud subyacentes y, en comparación con otras variantes, conlleva de manera más frecuente a enfermedad grave en esos casos. Esta se propaga a un ritmo más rápido que otras variantes anteriores. Los científicos observaron que posee varias mutaciones que le permiten unirse más fácilmente a las células humanas (OMS, s.f.).

³⁷ También conocida como linaje P.1, fue detectada en Japón el 6 de enero de 2021 por el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (NIID) y se encontró en cuatro personas que llegaron a Tokio tras viajar desde el estado de Amazonas el 2 de enero de 2021 (OMS, s.f.).

gestión de la pandemia. Sin embargo, contradiciendo esta lectura por parte del gobierno, el PSC (denominación local del PSOE) no consiguió los apoyos necesarios para investir un presidente del Parlamento de Cataluña. En su lugar, fue elegida la independentista Laura Borràs del partido Junts per Catalunya. Seguidamente, en el mes de marzo de 2021 se destacan dos hechos de relevancia. Por un lado, se confirmó que la Comunidad de Madrid llevaría adelante las elecciones el 4 de mayo. Por otro lado, el Ministerio de Sanidad decidió suspender la vacunación con la vacuna de AstraZeneca por un periodo de 15 días, siguiendo los pasos de otros países de Europa a raíz de los casos de trombosis detectados (Gentiletti, 2021).

1.3.5 Cuarta ola: la vacunación masiva durante la “olita”, la variante Delta y la transición a la nueva normalidad

La cuarta ola es la más difícil de determinar porque fue, con diferencia, la más leve, de ahí que Fernando Simón, por entonces coordinador de alertas sanitarias del Ministerio de Sanidad, la calificara de “olita” (Chiarroni y Millan, 2022). Su inicio se puede situar el 17 de marzo de 2021, el techo de contagios lo alcanzó el 26 de abril y el 22 de junio se disipó. Coincidió en el tiempo con la vacunación masiva a grupos de más edad. En ese periodo se notificaron más de 562 mil nuevos contagios y casi 8 mil fallecidos. Esa cifra puede ser incluso inferior porque del 22 al 26 de marzo hubo anomalías importantes en el dato de fallecidos notificados, que previsiblemente eran de fechas anteriores (Chiarroni y Millan, 2022). Por otro lado, hay que considerar la aparición de los primeros casos de la variante Delta, más conocida como la variante india³⁸, a finales de abril.

El plan para la transición hacia una nueva normalidad del 21 de junio aprobado por el gobierno en Consejo de Ministros, tenía como objetivo principal la protección de la salud pública, la recuperación exponencial de la vida cotidiana y el fortalecimiento de la actividad económica. Otro de los objetivos del plan era evitar que las capacidades del Sistema Nacional de Salud se desbordaran de nuevo, buscar el equilibrio entre la recuperación social y económica y el buen servicio, fluidez y descongestión del sistema de salud. Como expresaba el Plan, el proceso de desescalada estaba compuesto por cuatro fases y tres transiciones. El Ministerio de Sanidad era el encargado de decidir en qué fase se encontraba cada parte del territorio del país, basándose en los parámetros establecidos e indicadores que permitían avanzar de fase, permanecer en la misma o retroceder (Taverner Illescas, 2021).

1.3.6 Quinta ola: la ola “joven” y el regreso del verano

El 23 de junio de 2021, unas semanas después de que finalizara el estado de alarma y el toque de queda, comenzó a tomar forma una nueva ola, la quinta. A esta se la conoce como la ola “joven” porque la incidencia se situó, sobre todo, en el grupo etario de 20 a 29 años, precisamente los que aún estaban sin vacunar. La relajación de restricciones y el buen clima animaron eventos multitudinarios. El 13 de julio se superaron los cuatro millones de contagios,

³⁸ También conocida como linaje B.1.617, fue inicialmente identificada en la India el 5 de octubre del 2020 (de acuerdo a Professor Sharon Peacock) y es una variante con doble mutación. Se halla una mayor contagiosidad y una acción más severa de la enfermedad en pacientes sin vacunar respecto al resto de variantes. En 2021 se descubrieron las subvariantes y tuvo al menos 15 mutaciones (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

baja a partir del 28 de julio y concluye el 14 de octubre (Chiarroni y Millan, 2022). En ésta ya se empiezan a notar los efectos de la vacunación porque la letalidad era inferior a la de olas anteriores. Se situó en el 0,2% por cada 1.000 diagnosticados según Chiarroni y Millan (2022). El promedio en toda la pandemia se situaba en el 1,7%, más de ocho veces superior. De hecho, la edad media de los fallecidos disminuyó hasta los 80 años, seis años menos que un año antes (Chiarroni y Millan, 2022). Además, la OMS advirtió el 24 de junio de que la llamada variante “delta plus” tenía una mutación adicional a la que presenta la delta original y podría tener un impacto en la capacidad de los anticuerpos para acabar con el virus³⁹.

Un duro revés al gobierno ocurre el 14 de julio de 2021, cuando el Tribunal Constitucional sentenció por seis votos contra cinco que el estado de alarma decretado por el gobierno en marzo de 2020 fue ilegal e inconstitucional porque para ordenar el confinamiento de la población se tendría que haber declarado el estado de excepción⁴⁰ (BOE, 2021a). La reacción del gobierno por su parte ha sido de sorpresa y se han defendido al calificar la decisión como “inédita” puesto que todos los países del entorno han recurrido a fórmulas similares, dentro de sus respectivas legislaciones, para luchar contra la pandemia. A su vez, se reafirmaron en que la medida adoptada al inicio de la pandemia "era absolutamente imprescindible para salvar vidas y conforme a la Constitución y a la ley orgánica del estado de alarma" (El Confidencial, 2021).

1.3.7 Sexta ola: el Tribunal Constitucional contra Pedro Sánchez y la variante Ómicron

El segundo revés al gobierno, acontece el 27 de octubre de 2021, cuando nuevamente el Tribunal Constitucional vuelve a fallar contra la estrategia jurídica del Gobierno de Pedro Sánchez, declarando inconstitucional el segundo estado de alarma por la falta de control parlamentario eficaz y periódico sobre el Ejecutivo en el período de seis meses de duración de la medida y la “co-gobernanza”, al haberse delegado competencias exclusivas del gobierno central a las CCAA sin consentimiento expreso del Congreso de los Diputados y del Senado (BOE, 2021b). Estas sentencias sorprendieron al Gobierno, debido a que el partido político que lo había denunciado (VOX) había votado a favor de la primera prórroga del primer estado de

³⁹ Los síntomas de la versión delta son diferentes a los habituales del COVID original, esta provoca más mucosidad y dolor de garganta pero menos tos y pérdida de olfato. Se observó una leve disminución de la efectividad vacunal, todavía más marcada con la vacunación incompleta. Esto es importante porque explica el aumento de casos.

⁴⁰ El Tribunal, que resolvía un recurso de Vox, entendió que para acordar el confinamiento de toda la población era necesario declarar el estado de excepción, cosa que solo podía hacer el Parlamento, a propuesta del Ejecutivo. Se anularon los apartados 1, 3 y 5 del artículo 7 del decreto acordado por el Gobierno el 14 de marzo del 2020. El primero era el que regulaba el confinamiento, y por tanto restringía la capacidad de movimiento de los ciudadanos: solo se podía circular “por las vías o espacios de uso público” para actividades esenciales, como la adquisición de alimentos y de primera necesidad, desplazamientos a centros sanitarios o al lugar de trabajo que siguiera operativo por su naturaleza e importancia. El punto 3 prohibía la circulación de vehículos, salvo para los casos necesarios descritos. Y el punto 5 facultaba al Ministerio del Interior para el corte de carreteras “por razones de salud pública”, entre otras. Lo que se declaró inconstitucional era que el Gobierno recurriera a la vía del decreto sobre el estado de alarma para dictar unas disposiciones que suspendían tres derechos fundamentales. La anulación de estos preceptos supone que las personas que hubieran sido sancionadas por incumplirlos podían reclamar el importe de las multas impuestas (BOE, 2021a).

alarma, a que el propio Tribunal Constitucional no sancionaba penalmente al Gobierno y declaraba que los estados de alarma promulgados eran “necesarios para hacer frente al virus”, y a que el recurso de inconstitucionalidad sólo afectaba al apartado de un artículo que regulaba los horarios de paseo por la calle. Al declararse ilegales ambos estados de alarma, se tuvo que devolver el dinero cobrado a los ciudadanos en concepto de multas⁴¹.

La mutabilidad del virus hacía difícil el manejo de las cuestiones sanitarias por parte del gobierno y en octubre de 2021, se detectó una nueva variante desde Sudáfrica. A esa altura, tras infinidad de mutaciones del coronavirus original, no era una novedad, pero sus características la convirtieron en una posible amenaza. Era mucho más contagiosa y transmisible, aunque en principio menos letal. Casi todos los países de Europa empezaron a registrar incidencias nunca antes vistas en cuestión de días. En España tardó en llegar, pero finalmente lo hizo en noviembre de 2021, cuando los contagios empezaron a subir de forma lenta pero sostenida, aunque no fue hasta diciembre cuando la situación se desbordó. La ola de ómicron⁴² despegó a finales de año y fue la que más casos notificó con millones de personas infectadas. El mayor pico fue el fin de semana de Año Nuevo, con casi 400.000 contagios registrados en tres días (Chiarroni y Millan, 2022).

En cuanto a la mortalidad, se había superado la de las dos olas anteriores porque, por estadística, a más contagios, más muertes. La magnitud de la ola, sólo es comparable a la de la tercera ola, aunque las dos hayan estado muy distanciadas en número de muertos y en contagios. En la tercera ola, con una cuarta parte de positivos diagnosticados, moría el 1,7 % de los infectados. En la última ola, se redujo al 0,5%. Aún así, la sexta ola llegó a dejar 400 muertes al día, una cifra “escalofriante” (Chiarroni y Millan, 2022).

Los datos y la forma de contabilizar infectados y decesos generaron discrepancias (además de polémica en la arena política), tanto por el retraso en la inscripción de las defunciones y casos, como el ocultamiento del número real, inclusive teniendo en cuenta de que recién el 17 de abril de 2020 el Ministerio de Sanidad comunicó que debía rehacer la serie histórica de datos y publicó unos criterios unificados para la aplicación de un sistema similar por parte de las CCAA. Las CCAA debían reportar a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) a través de la plataforma informática vía Web SiViES que gestiona el Centro Nacional de Epidemiología (CNE), los datos de los centros sanitarios sobre: casos confirmados, casos de personal sanitario, hospitalizaciones, ingresos en UCI, recuperados,

⁴¹ El balance final dejó 1.142.127 multas impuestas en toda España en el primer estado de alarma –desde el 14 de marzo al 21 de junio–, y al menos 220.296 sanciones en el segundo estado de alarma –desde 26 de octubre hasta mayo–, según datos del Ministerio del Interior facilitados en marzo, cuando se cumplió un año del primero de los estados de alarma. De las 481.969 actas de propuesta de sanción tramitadas, 172.482 se habían resuelto con sanción; 87.826 habían sido trasladadas a otras administraciones (autonómicas y locales); 54.193 se encontraban todavía en proceso de instrucción; y 11.206 habían sido archivadas. El resto, 156.262, tras el análisis del instructor correspondiente se había determinado que, a la vista de los hechos, “no procedía iniciar el procedimiento sancionador por distintas causas” (Lanza, 2021).

⁴² También conocida como linaje B.1.1.529, surgió probablemente en Botsuana y se detectó por primera vez en Sudáfrica en noviembre de 2021 y la OMS la designó como variante de preocupación. Tiene un número inusualmente grande de mutaciones. En España, los pacientes contagiados con esta variante tenían episodios de sudoración repentina, síntoma que no se había registrado hasta el momento (OMS, s.f.).

fallecidos. A partir de ellos el Ministerio realizaba los informes sobre la situación del COVID-19. Esta información procedía de la encuesta epidemiológica de casos que cada CCAA cumplimentaba ante la identificación de un caso de COVID-19. El contenido de la encuesta se fue modificando conforme a las prioridades en cada momento (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2020).

España ha sido por mucho tiempo considerado el país con mayor número de casos confirmados, lugar que más adelante fue disputado por Francia y el mismo Reino Unido. Según los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad, al 31 de diciembre de 2021 se detectaron 6.294.745 contagios, se suministraron 91.277.253 vacunas siendo 37.869.504 de la primera dosis, 39.664.717 de la segunda dosis y 13.743.032 de la tercera dosis, mientras que el número de muertes alcanzaron en ese momento las 89.405 personas.

1.4 Aparición del virus COVID-19 en el Reino Unido y medidas para paliarlo en cada ola durante el año 2020 y 2021

1.4.1 Primera ola: entre el Brexit y la falta de atención al COVID-19

Con respecto al Reino Unido, podemos dar cuenta que el primer caso de coronavirus en la zona coincidió con el mismo día en que el país se retiró de manera efectiva de la UE, suceso más conocido como Brexit, el 31 de enero de 2020. El siguiente paso fue dado por el Departamento de Salud y Asistencia Social (DHSC por sus siglas en inglés) el cual lanzó una campaña de información de salud pública para ayudar a frenar la propagación del virus y comenzó a publicar actualizaciones diarias desde febrero de 2020. La estrategia consistía en cuatro objetivos para enfrentar el brote: contener, retrasar, investigar y mitigar. A pesar de ello, a comienzos de marzo se detectaron casos en las cuatro naciones: Inglaterra, Gales, Irlanda del Norte y Escocia (Rubleski, 2020).

En este sentido, como menciono en mi artículo (Rubleski, 2020), la BBC (2020a), enumeró en ese momento algunas claves para entender qué pudo fallar (en el sentido de la cantidad de casos y muertes por coronavirus) estableciendo primeramente la cuestión del *tiempo de reacción*: el gobierno británico no fue la excepción en subestimar la amenaza del coronavirus y reaccionar tardíamente, al encontrarse además, “distráido” con el Brexit. El 21 de febrero, cuando el virus ya había cobrado miles de víctimas mortales en China y comenzaba a propagarse rápidamente en Italia, el Reino Unido mantuvo el nivel de amenaza como “moderado”. Johnson se ausentó en cinco reuniones de emergencia sobre el virus y habría ignorado llamados para preparar al Servicio Nacional de Salud (NHS por sus siglas en inglés) para la crisis que se avecinaba. Ante la falta de políticas del gobierno, muchos actores de la sociedad civil como organizadores de eventos o las autoridades encargadas de eventos deportivos tanto de fútbol como de rugby, pospusieron partidos y eventos a pesar de las pérdidas económicas que sufrieron (Hunter, 2020).

El miedo del gobierno a una fatiga generalizada causada por esta política, combinado con preocupaciones legítimas sobre los efectos adversos del distanciamiento social en la sensación de aislamiento, soledad y acceso a la atención médica de algunas personas mayores, llevó al argumento de que el distanciamiento social debía retrasarse tanto como fuese posible.

Ahora bien, el 16 de marzo, el Primer Ministro cambió abruptamente de marcha, y en otra conferencia de prensa expuso una serie de “consejos” muy vagos en los cuales se debía leer entre líneas e ir más allá de la política explícita⁴³. Entonces el gobierno se alejó supuestamente de las reuniones masivas, pero éstas seguían sin ser completamente prohibidas (Hunter, 2020). Finalmente, recién el 23 de marzo, tras un aumento significativo de contagios y muertes, se decretó el aislamiento preventivo obligatorio, inicialmente por tres semanas, permitiendo sólo la salida para abastecerse de alimentos y bienes esenciales, turnos médicos y una hora por día para ejercitarse fuera de sus casas, así como el cierre de escuelas, universidades, locales comerciales y gastronómicos. Además, advirtieron que la infracción de la cuarentena obligatoria traía sanciones económicas y judiciales (Rubleski, 2020). Para el 16 de abril, se extendió nuevamente el confinamiento al menos por tres semanas más (Institute for government analysis, 2021).

La segunda cuestión mencionada por la BBC para explicar el fracaso de las políticas públicas en relación al COVID-19, fueron las *estrategias cuestionadas*: a diferencia del resto de Europa, el Reino Unido decretó su cuarentena más de un mes después de que el virus ya había estado contagiando a su población local. Durante un tiempo, la estrategia del gobierno contra la pandemia se basó en la mitigación y la “inmunidad colectiva” o “de rebaño”, refiriendo a cuando un gran número de personas están protegidas frente a un virus ya sea a través de la vacunación o porque la infección ha llegado a tanta gente que el virus ya no encuentra más víctimas. Sin embargo, la comunidad científica británica alegaba que esto ponía en peligro “más vidas de lo necesario”⁴⁴. El Primer Ministro explicó que si lograban retrasar el pico de la pandemia, el NHS podía hacer frente al virus con más eficacia a medida que se acercara el verano. No obstante, se advirtió que más de un cuarto de millón de personas podían morir si el gobierno no cambiaba su estrategia. Por lo que Johnson comenzó a hablar de supresión en vez de mitigación y estableció un “plan de batalla” para contener el avance del virus, que incluía aumentar el número de hospitales temporales de atención crítica. Otro argumento para sostener esa política era la supuesta “fatiga” que se produciría con la pronta activación de medidas estrictas de control de infecciones (Hunter, 2020).

La tercera cuestión mencionada por la BBC en cuanto al fracaso de las políticas frente a la pandemia fueron los *criterios para hacer las pruebas y problemas con equipos médicos*: hasta mayo, el Reino Unido había realizado más de un millón de pruebas de coronavirus que, si bien era un número elevado, era mucho menor que otros países con menores poblaciones (BBC, 2020a). Los criterios para hacer los tests era otro de los factores que pudo haber influido en el alto número de muertos ya que realizaban las pruebas a personas lo suficientemente

⁴³ Exponían que “cualquier persona con fiebre o tos persistente debe aislarse por sí misma durante 7 días, lo mismo para las personas que convivan con ellas”, “se deben evitar los pubs, clubes, teatros y otros lugares sociales similares, así como los viajes no esenciales”, pero este consejo no se cumplió. “Las personas deben trabajar desde casa”, pero eso dependía de que los empleadores lo decidieran, etc (Hunter, 2020).

⁴⁴ La declaración del principal asesor científico del Reino Unido, repetida en entrevistas, de que la salida de esta epidemia era lograr que el 60% o más de la población se recuperara de la infección, no proporcionó tranquilidad. Parte del público entendió de inmediato que la compensación parecía ser aceptar una gran cantidad de muertes de forma repentina para finalmente llevar a la población a un estado resistente al COVID-19. El ministro de Salud entonces se vio obligado a negar que esa estrategia fuera la política del gobierno (Hunter, 2020).

enfermas como para ser hospitalizadas, lo que pudo hacer que la tasa de mortalidad parezca mucho más alta que en un país con un programa de pruebas más amplio. Como en muchos países, parte del personal sanitario británico ha denunciado también falta de equipos y medicamentos para hacer las pruebas esenciales con el fin de enfrentar la pandemia a raíz de la demora del gobierno en reaccionar.

Además, el gobierno se dio cuenta del punto bajo en el que se ha hundido el NHS después de una década de recortes presupuestarios dictados por las políticas de austeridad. Existe un acceso universal a la atención gratuita en el punto de servicio, y profesionales de la salud leales y trabajadores pero los médicos generales (GP) son muy escasos y muchos hospitales son viejos y están mal equipados (Hunter, 2020). El Brexit contribuyó en este sentido a la pérdida de personal médico y de enfermería europeo. El Reino Unido tiene uno de los números más bajos de camas de hospital por cada 1000 habitantes, según Hunter (2020).

El personal médico informaba una grave escasez de equipos de protección personal, lo que los terminó obligando a atender a pacientes con posible COVID-19 mientras usaban máscaras faciales de papel y delantales de plástico, en lugar de viseras, batas y máscaras adecuadas. En suma, a medida que el personal médico tuvo fiebre o tos, se les recomendaba autoaislarse sin una prueba de SARS-Cov-2, lo que reducía aún más el personal clínico disponible. Por otro lado, se capacitó a los especialistas para que trabajasen en otras áreas clínicas, los estudiantes de medicina de último año cuyos exámenes clínicos se hayan cancelado se graduaron obteniendo una licencia provisional para ejercer (Hunter, 2020).

Aún así, el COVID-19 llegó a las esferas políticas. Además del caso positivo del Primer Ministro Johnson, el virus no tardó en hacerse presente en la realeza, con el test positivo de coronavirus del entonces Príncipe Carlos de Gales (heredero de la corona), lo que lo llevó a su confinamiento, al igual que la Reina Isabel II junto a su esposo el Príncipe Felipe, ambos considerados parte del grupo de alto riesgo de contagio. Ello alteró transitoriamente la línea sucesoria, haciendo que el Príncipe Guillermo de Cambridge tuviera que asumir la representación de la casa real. La situación generó desconcierto en la sociedad y dudas en el sector económico, por lo que la Reina Isabel hizo una aparición televisiva de emergencia (la quinta en su reinado) para “llevar calma y dar apoyo al pueblo británico” (Botero y Guzmán, 2020). Con una opinión pública temerosa de las consecuencias, el país más renuente a imponer un bloqueo, se convirtió en el más cauteloso para comenzar a reabrir (The Guardian, 2020).

Boris Johnson anunció un plan condicional para levantar el bloqueo y dijo que las personas que no podían trabajar desde sus casas debían regresar al lugar de trabajo pero evitando el transporte público. La flexibilización en las restricciones de distanciamiento social dependieron de cinco condiciones entre mayo y junio: 1) la protección del personal médico, 2) el análisis en la tasa de mortalidad, 3) el análisis en la tasa de infección, 4) la obtención de equipos de protección personal para quienes lo necesiten, y 5) asegurar que las medidas que se tomen no fueren la tasa de reproducción de la enfermedad y se rebasa la capacidad del sistema de salud (Botero y Guzmán, 2020; Institute for government analysis, 2021).

Sin embargo, ante la prematura apertura de múltiples espacios como escuelas (el 1 de junio), tiendas no esenciales (15 de junio), entre otros, se advirtió que algunas medidas podrían revertirse en el caso de una segunda ola, situación que terminó por ocurrir a finales de julio en diez localidades del norte del país afectando a millones de personas, y siendo el Primer Ministro sumamente criticado en cuanto a la “comunicación” de la crisis, al dar este aviso a medianoche y vía Twitter. Johnson anunció el 23 de junio, la relajación de las restricciones y la regla de distanciamiento social de 2m. Para el 29 de junio Matt Hancock anunció que el primer confinamiento local del Reino Unido se aplicaba en Leicester y partes de Leicestershire, entrando este en vigor el 4 de julio. A su vez, el 18 de julio las autoridades locales en Inglaterra obtuvieron poderes adicionales para hacer cumplir el distanciamiento social (Rubleski, 2020; Institute for government analysis, 2021).

Por último, si bien existió una especie de aplicación de rastreo implementada por Gales el 11 de abril llamada “COVID Symptom Tracker” con la idea de ayudar a contabilizar las cifras al NHS, en realidad se dice que el 30 de julio de 2020, Irlanda del Norte se convirtió en el primer país del Reino Unido en lanzar una aplicación para rastrear el coronavirus, la cual se llamó “StopCOVID NI”. Ahora bien, ante un fallido lanzamiento del gobierno a fines de mayo de una aplicación parecida, la cual enfrentó fuertes críticas por su decisión de desarrollar un sistema centralizado, a diferencia de los gigantes tecnológicos Apple y Google, quienes se unieron para desarrollar una tecnología descentralizada de rastreo de contactos, se optó por retirarla temporalmente hasta mejorarla. El 10 de septiembre, Escocia lanzó su propia aplicación móvil para rastrear los casos de COVID-19 llamada “Protect Scotland”, adelantándose así a la implantación de esta herramienta en Inglaterra. Esta última, llamada “NHS COVID-19” o “NHS Test and Trace” para Inglaterra y Gales se lanzó finalmente el 24 de septiembre de 2020⁴⁵.

Sin embargo, como en España, los resultados tampoco fueron los esperados. En el caso de la “NHS COVID-19”, vemos que recogió un porcentaje importante de los positivos en coronavirus. En concreto, los usuarios ingleses de esta aplicación han informado de 3.120.722 positivos desde su implementación. Esta cifra implicó que la aplicación recogió uno de cada cuatro casos de Inglaterra, cifra similar a la de los positivos detectados por la app en Gales respecto al total de contagios de COVID-19 en la nación. De hecho, un análisis realizado por expertos de la Universidad de Oxford y del Instituto Alan Turing publicado en febrero de 2021 estimó que el uso de la app de rastreo de contagios había evitado entre 200.000 y 900.000 casos en Inglaterra y Gales (Alonso Pascual, 2022).

1.4.2 Segunda ola: el acuerdo de vacunas, la llegada del otoño y la aparición de la primera variante

En primer lugar, entre agosto y septiembre de 2020 el Gobierno británico anunció la firma de acuerdos para la compra de 100 millones de dosis de la vacuna AstraZeneca que desarrolló la Universidad de Oxford y 90 millones de dosis de dos vacunas contra el COVID-19 que se encontraban en fase de desarrollo. Uno de ellos preveía la compra de 30 millones de dosis de la vacuna Pfizer-BioNtech y el otro, por 60 millones de dosis, con opción

⁴⁵ El rastreo de contactos de rutina se detuvo el 24 de febrero de 2022.

de 40 millones adicionales, con el laboratorio francés Valneva. Las cifras de vacunas encargadas superaban ampliamente las de la población británica, que actualmente es de 66 millones de personas (El Periódico, 2020).

Por otro lado, vemos que para fines de septiembre, vuelven a aumentar los casos de COVID-19 llevando nuevamente a la introducción de medidas de distanciamiento social y restricciones en Gales, Inglaterra e Irlanda del Norte. Tanto en Inglaterra como en Escocia, se introdujeron restricciones escalonadas en octubre e Inglaterra entró en un bloqueo durante noviembre seguido de nuevas restricciones escalonadas en diciembre. Cabe mencionar que en octubre de 2020 se detectó por primera vez en el Reino Unido la variante Alfa o británica, que se extendió muy rápidamente a mediados de diciembre. Al 13 de diciembre de 2020, se habían identificado 1.108 casos de ésta en el Reino Unido, predominantemente en el sureste de Inglaterra, Gales y Escocia, por lo que un número cada vez mayor de países de todo el mundo consideraron prohibir viajes desde el Reino Unido (Rubleski, 2021).

Además, el segundo bloqueo terminó el 2 de diciembre después de cuatro semanas e Inglaterra volvió a un sistema de restricciones más estricto de tres niveles (Public Health England, 2020; Institute for government analysis, 2021). El Reino Unido detectó que la nueva cepa era entre un 43% y un 90% más transmisible y entre un 32% y un 104% más mortal que el virus original. El número de reproducción, que es la cantidad de personas que se contagian por cada enfermo de COVID-19, pasó de 1,1 a 1,5. La prioridad, según la OMS, era detener la propagación de todas las variantes de SARS-COV-2 porque cuanto más circulaba el virus entre la población, más posibilidades había de que siguiese mutando (Noticias ONU, 2020).

La vacunación dio inicio con la Pfizer-BioNTech el 8 de diciembre de 2020, jornada que el ministro de Sanidad, Matt Hancock, bautizó como “Día V”, de vacuna o victoria. El orden de prioridades -que comenzó con residentes y trabajadores de los geriátricos, personal médico y mayores de 80 años- continuó con grupos de edad regresivos hasta los mayores de 50 años (Rubleski, 2021). Las autoridades advirtieron que la mayor parte se realizaría en 2021, esperando vacunar a todas las personas vulnerables hacia abril, siempre dependiendo del ritmo con el que lleguen las vacunas.

Para luchar contra las reticencias de algunos británicos a recibir la inyección, la reina Isabel II⁴⁶ y su marido el príncipe Felipe⁴⁷ fueron también vacunados. Las vacunas Oxford-AstraZeneca y Moderna comenzaron a ser aplicadas el 4 y el 8 de enero de 2021 respectivamente. Conforme pasaron los meses, la disposición a recibir una vacuna COVID-19 aumentó en el Reino Unido -y en el mundo- pasando de un 55% en noviembre a un 77% en febrero (New Scientist, 2021).

Tras dos confinamientos que redujeron temporalmente las cifras, se buscó un “acuerdo” según el cual los ciudadanos británicos realizarían el sacrificio de un confinamiento en noviembre a cambio de festividades más relajadas por parte del gobierno. Pero el plan fracasó y cuando las restricciones disminuyeron en diciembre, las cifras se dispararon, por lo que el

⁴⁶ Fallecida el 8 de septiembre de 2022 en el Reino Unido.

⁴⁷ Fallecido el 9 de abril de 2021 en el Reino Unido.

gobierno no cumplió su promesa de relajar las medidas que, en solo dos semanas, duplicó el número de casos de 12.000 a 25.000 por día (BBC, 2021a). Entre el 21 y el 26 de diciembre se volvieron a implementar medidas de restricción para combatir la nueva oleada. Así es que el Primer Ministro Boris Johnson confirmó en enero de 2021 que Inglaterra entraba en un tercer confinamiento nacional con restricciones similares al primero realizado en marzo de 2020, incluido el cierre de escuelas y comercios no esenciales, y restricciones de viaje, tanto dentro del país como con el extranjero. La segunda ola alcanzó su punto máximo a mediados de enero con más de 1000 muertes diarias, antes de descender hacia el verano (Sky News, 2021; Institute for government analysis, 2021).

Johnson informó en el Parlamento que: “si se produjera un cambio sustancial, si las vacunas avanzaran lo suficientemente rápido y si todo el mundo hace un esfuerzo por cumplir las reglas, en torno al 15 de febrero habría posibilidades de relajar las medidas”. No obstante, se reservó el derecho a extender el nuevo confinamiento hasta la primavera (El Mundo, 2021), situación que finalmente ocurrió hasta marzo con una desescalada “gradual”. Cabe recordar también que la variante P.1, más conocida como la variante brasileña, Gamma o Manaus, se detectó en el Reino Unido en febrero: tres de los seis casos se detectaron en Inglaterra y los tres restantes en Escocia, mientras que en marzo, se detectaron casos de la variante B.1.351, más conocida como la sudafricana o Beta (New Scientist, 2021). De igual manera, comenzó el 15 de febrero la llamada “cuarentena hotelera” para viajeros que llegaban a Inglaterra desde 33 países de alto riesgo (Institute for Government Analysis, 2021).

Como indica la BBC (2021b), el Primer Ministro presentó el 22 de febrero un plan de cuatro pasos para poner fin a las restricciones del coronavirus en Inglaterra antes del 21 de junio y dijo a los parlamentarios que el plan tenía como objetivo ser “cauteloso pero irreversible”, y que en cada etapa las decisiones se basaban en “datos, no fechas”, agregando que no había “una ruta creíble hacia una Gran Bretaña sin COVID-19 ni tampoco un mundo sin COVID”. Sujeto a cuatro pruebas sobre vacunas, tasas de infección y nuevas variantes de coronavirus en cada etapa, el primer paso del plan para aliviar el bloqueo en Inglaterra incluyó los siguientes puntos:

- A partir del 8 de marzo: todas las escuelas primarias y secundarias abrieron y se permitieron actividades y deportes extracurriculares al aire libre, así como la recreación en espacios públicos al aire libre. Aunque se mantiene la orden de “quedarse en casa”.

- A partir del 29 de marzo: se permitieron reuniones al aire libre de seis personas o dos hogares. Las instalaciones deportivas al aire libre como las canchas de tenis y básquet reabrieron y también volvieron los deportes organizados para adultos y niños. A los alumnos de escuela secundaria se les pidió que se cubrieran la cara en las aulas y en los espacios compartidos como los pasillos. La orden de "quedarse en casa" finalizó, pero se alentaba a las personas a permanecer a no salir si no era necesario.

El segundo paso del 12 de abril permitió la reapertura de grandes partes de la economía: minoristas no esenciales, peluquerías y algunos edificios públicos como bibliotecas y museos, lugares al aire libre, pubs y restaurantes, zoológicos y parques temáticos, ocio en interiores

como piscinas y gimnasios, alojamientos vacacionales y campings, etc. Aunque se siguieron aplicando reglas de contacto social más amplias en todos los entornos, lo que significa que no se permitía la mezcla en interiores entre diferentes hogares. Los funerales continuaron con hasta 30 personas y las bodas con hasta 15 invitados.

El tercer paso vino a partir del 17 de mayo con la abolición de la “regla de los seis” y su reemplazo por un límite de 30 personas para las reuniones al aire libre: dos hogares podían mezclarse en el interior; la continuación de la reapertura de hostelería y bares; cines, museos, hoteles, espectáculos y eventos deportivos aunque se mantuvo el distanciamiento social; hasta 10.000 espectadores podían asistir a los lugares con asientos al aire libre más grandes como los estadios de fútbol y hasta 30 personas podían asistir a bodas, recepciones, funerales y velorios. Este paso también consideró el papel potencial de los llamados “pasaportes de vacunas” pero la OMS advirtió contra los países que lo desarrollen ya que podría crear inequidades, y en ese momento declararon que: “La certificación de la vacunación como requisito para los viajes internacionales no está justificada, ya que la vacunación no está suficientemente disponible y se distribuye de manera desigual en todo el mundo” (New Scientist, 2021).

El Primer Ministro confirmó el 14 de junio que el cuarto paso de la hoja de ruta se retrasaba un mes hasta el 19 de julio. En esta instancia y tras una aceleración en el programa de vacunación, en Inglaterra se eliminaron la mayoría de los límites legales al contacto social y se reabrieron los últimos sectores cerrados de la economía (por ejemplo, los clubes nocturnos). Los empresarios de música y eventos pidieron más apoyo financiero para el sector (BBC, 2021b; Institute for government analysis, 2021).

Las otras naciones del reino -Escocia, Gales e Irlanda del Norte- poseen plenas competencias en materia de salud independientemente del gobierno central británico y tenían en vigor sus propias restricciones, que eran similares a las que regían en Inglaterra. La Primera Ministra Nicola Sturgeon había dicho que Escocia volvería a un sistema escalonado de restricciones, esto es, que diferentes partes del país podían estar bajo diferentes reglas. En Gales, el Primer Ministro Mark Drakeford había dicho que el requisito de “quedarse en casa” terminaba en marzo y que algunas tiendas no esenciales y peluquerías podían reabrir. Por su parte, la Primera Ministra de Irlanda del Norte, Arlene Foster, quiso que su ejecutivo discuta la fecha de reapertura de las escuelas tras el anuncio de Johnson en Inglaterra (BBC, 2021b).

1.4.3 Tercera ola: el verano, las nuevas variantes Delta y Ómicron y la vacunación completa

La tercera ola de infecciones diarias comenzó en julio de 2021 debido a la llegada y rápida propagación de la variante Delta del SARS-CoV-2 altamente transmisible⁴⁸. Sin embargo, la vacunación masiva continuó manteniendo las muertes y las hospitalizaciones en niveles mucho más bajos que en oleadas anteriores (UK Government, 2021).

Se volvió obligatorio para las personas mostrar prueba de vacunación completa o prueba de que no estaban infectados para ingresar a ciertos lugares. Para agosto de 2021, más

⁴⁸ En el Reino Unido la variante Delta representó el 91 % de los casos nuevos.

del 75 % de los adultos en el Reino Unido estaban completamente vacunados contra el COVID-19 (BBC, 2021a). Podemos ver aquí un porcentaje mayor frente al 60% que tenía España en su quinta ola comenzada en junio.

El 14 de septiembre de 2021, el Primer Ministro reveló el plan de invierno de Inglaterra para COVID: el “Plan B” se usaría si el NHS se encontraba bajo una "presión insostenible", e incluía medidas como los barbijos. No obstante, para el 8 de diciembre, este terminó anunciando un cambio a las medidas del mencionado “Plan B” en Inglaterra luego de la aparición y propagación de la variante Ómicron, particularmente en Londres, lo que provocó un mayor aumento de casos que superó los récords anteriores, aunque se pensaba que el número real de infecciones era inclusive mayor⁴⁹.

Así, vemos como para el 10 de diciembre, el uso de barbijos se volvió obligatorio en la mayoría de los lugares públicos. Siguiendo esa misma línea, el 15 de diciembre el NHS Covid Pass se volvió obligatorio en entornos específicos, como los clubes nocturnos (UK Government, 2021; Institute for government analysis, 2021). Todas las restricciones restantes relacionadas con COVID-19 aplicadas legalmente concluyeron en Irlanda del Norte e Inglaterra durante febrero de 2022, en Escocia (parcialmente extendido hasta abril) y Gales a fines de marzo de 2022. Los casos, hospitalizaciones y muertes aumentaron tras la relajación de las restricciones entre febrero y marzo, pero luego comenzaron a caer (UK Government, 2021).

Con una estricta cuarentena desde principios de 2021 y una campaña de vacunación que avanzó a buen ritmo, los contagios cayeron en un 60%. Según los datos proporcionados por el Gobierno del Reino Unido, al 31 de diciembre de 2021 se detectaron 13.866.804 contagios, se suministraron 133.312.817 vacunas siendo 51.786.768 de la primera dosis, 47.434.251 de la segunda dosis y 34.091.798 de la tercera dosis, mientras que el número de muertes alcanzaron en ese momento las 177.395 personas (UK Government, 2021). Según estas cifras, vemos en los números finales que arrojó el 2021, una clara superación con respecto a las cifras en España. Esto se debe a una multiplicidad de factores como son las políticas que cada uno implementó, las cuales venimos desarrollando.

Conclusiones del capítulo

Para darle un cierre a este capítulo, resumiremos algunas cuestiones abordadas a lo largo del mismo. Con respecto al punto de la coordinación entre el gobierno central y los gobiernos descentralizados, vemos que en España, a raíz de unas semanas de incertidumbre luego de la detección de los primeros casos, el gobierno central es quien lidera la respuesta a la pandemia limitando las competencias de las CCAA. Esto resultó en un aumento de las tensiones centro-regionales y el surgimiento de presiones políticas asociadas con dinámicas territoriales competitivas. Las instituciones centrales lucharon por armonizar los sistemas de salud y los modelos de gobernanza, que habían divergido durante años antes de la pandemia. En suma, vemos que luego de una recentralización abrupta de las políticas frente a un shock

⁴⁹ La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido es la entidad que publica un informe nacional de influenza y coronavirus (COVID-19) semanal, que resume los niveles de COVID-19 y otras enfermedades respiratorias estacionales para dar cuenta de las cifras que se detectan (UK Government, 2021)

externo como resultó esta pandemia, la cuestión de cómo se debe distribuir la autoridad entre los diferentes niveles de gobierno sigue siendo objeto de un debate político (Vampa, 2021).

En el caso del Reino Unido, advertimos un panorama mixto, en el que se combinan instancias de coordinación y competencia entre las cuatro naciones constituyentes, mientras se basa en un sistema altamente centralizado en Inglaterra, donde vive más del 80% de la población británica. Ahora bien, a medida que se fue desarrollando la crisis, vemos que surgieron dinámicas competitivas entre las naciones y dentro de Inglaterra (Vampa, 2021).

En el caso español, la reducción del sistema de respuesta desde lo intergubernamental a lo ministerial y desde la centralización a la coordinación configuraron un sistema de gestión sanitario sin liderazgo político fuerte y con dificultades para coordinar las competencias y recursos dispersos por todo el sistema de salud pública (Arteaga, 2020). La inacción del gobierno español en las primeras semanas facilitó la expansión desbocada de la epidemia y provocó el desbordamiento de los centros hospitalarios, las elevadas tasas de contagio del personal sanitario que no dispuso del material de protección adecuado, la propagación de infección a los centros de mayores y las elevadas cifras de fallecimientos en hospitales y centros de mayores en la segunda mitad de marzo (Polo, 2020). Sin embargo, luego del desconfinamiento podemos ver una relación más fluida en donde el gobierno central tuvo en cuenta las propuestas de las CCAA y estas podían tomar sus decisiones siempre y cuando no contradigan las decisiones políticas nacionales.

En el Reino Unido, vemos un cambio notorio desde una competencia durante el Brexit a un enfoque coordinado al comienzo de la pandemia, facilitado por la constitución no escrita. Además, se debe considerar el hecho de que el Reino Unido contaba con la estrategia UK Biological Security Strategy, la cual explicaba cómo enfrentar la pandemia y brindaba un plan de acción específico. No obstante, la comprensión sobre el alcance territorial de las medidas políticas siguió siendo ambigua, por lo que luego del primer pico de contagios, las cuatro naciones comenzaron a adoptar diferentes estrategias para salir de la crisis. Meses más adelante, podemos ver una recentralización de las decisiones en Inglaterra, que junto con el sistema de vacunación centralizado, restablecieron la confianza a nivel nacional.

A pesar de la significativa diferencia entre los dos países, en la que uno tenía una estrategia para las pandemias pensada de antemano como la que mencionamos anteriormente, y el otro no, la gestión general de la pandemia no fue tan eficaz como podía esperarse. El Reino Unido fue el país más afectado de Europa y el cuarto en el mundo con más casos de fallecidos, siendo Inglaterra el país del Reino Unido con la tasa de mortalidad más alta registrada (90%), mientras que Irlanda del Norte tenía la más baja. Además, uno de los problemas más notorios fue la pésima forma de comunicación sobre las medidas tomadas por el gobierno, algunas contradictorias y poco claras, así como informales a través de redes sociales, las cuales han llevado en muchos casos a confundir a la población (sobre todo a los trabajadores con respecto a su posibilidad de volver a sus lugares de trabajo a pesar de la cuarentena y los riesgos de contagio), así como a desoír y desestimar las medidas preventivas viéndose reflejadas las consecuencias en los rebrotes (Rubleski, 2020). En España, podemos ver una réplica de esta situación donde tenemos un gobierno que si bien fue constante en la difusión de información,

también manipuló cifras para protegerse de las críticas y opiniones opositoras. De igual manera se optó por la difusión de información de tipo informal vía redes sociales, y por la portavocía mixta, en la cual se recurría tanto a políticos como a científicos para hacer las apariciones públicas y brindar información a la población.

En cuanto a la aparición del coronavirus en ambos territorios y las sucesivas olas que fuimos describiendo en detalle en cada subsección, podemos ver que en ambos países apareció el primer caso el 31 de enero de 2020 y ambos gobiernos ignoraron la gravedad de la situación hasta cerrar sus fronteras terrestres en marzo de ese año, a excepción del retorno de ciudadanos y residentes, personal diplomático y trabajadores involucrados en cadenas de suministro de bienes de primera necesidad, España además interrumpió el Acuerdo de Schengen.

Luego, encontramos medidas más restrictivas llegando al final del mes de marzo, con todos los trabajadores no esenciales ahora obligados a permanecer en sus hogares y se prohibió a las empresas despedir trabajadores por causas relacionadas con la cuarentena. Y así veríamos una sucesión de olas de contagio, medidas de emergencia como los confinamientos y sus prórrogas y las respectivas desescaladas. Del mismo modo, todas las variantes de la enfermedad que han aparecido alrededor del mundo, han estado presentes en ambos territorios en mayor o menor medida dependiendo de donde surgían y hacia donde se extendían.

Con respecto a las aplicaciones móviles de rastreo de COVID-19 mencionadas, los objetivos para los cuales han sido creadas, no han sido cumplidos. Si bien se lograron detectar casos confirmados, estos no han sido suficientes en lo que respecta al total de cada población. Estos problemas se deben a la baja confiabilidad de los usuarios en los gobiernos, por el miedo a la invasión de privacidad y por fallas de las mismas.

En lo que refiere al nivel de gravedad de las cifras, vemos que si bien el plan de vacunación del Reino Unido fue uno de los más avanzados del mundo con las vacunas AstraZeneca, Moderna y Pfizer, el Reino Unido continuó siendo el país más afectado de Europa y el quinto en el mundo con más cantidad de fallecidos. España por su parte, ha sido por mucho tiempo considerado el país con mayor número de casos confirmados, lugar que más adelante fue disputado por Francia y el mismo Reino Unido. Aunque, no debemos olvidar el hecho de que las cifras expuestas son estimativas, ya que según de dónde busquemos la información, estas cifras van variando y podemos encontrarnos con una sobreestimación o una subestimación del número real que se pretende exhibir. Asimismo, el confinamiento, por ejemplo, se implementó de manera tardía y los barbijos se hicieron obligatorios tiempo después de haber sido recomendados. Aunque esto pueda resultar como un retraso natural en la toma de decisiones, la vacilación en implementar medidas obligatorias de distanciamiento físico también pudo haber sido influenciada por inclinaciones políticas.

Por último, a través de este capítulo hemos podido responder a una parte de nuestro objetivo general, y por otro lado a nuestro primer objetivo específico el cual buscaba identificar y comparar las principales variables políticas-sanitarias en las estrategias nacionales que tanto España y el Reino Unido llevaron adelante para hacer frente a la pandemia. A raíz de los resultados que obtuvimos, nuestra hipótesis sobre la debilidad en términos de contagios,

hospitalizaciones y decesos de las estrategias nacionales de los dos países ha sido confirmada ya que a pesar de las numerosas políticas implementadas, no se pudieron revertir las cifras alarmantes alcanzadas por ambos países.

En este capítulo específicamente, pudimos vislumbrar retomando nuestra hipótesis, principalmente los retrocesos que tuvieron que ver con que las políticas implementadas no llegaron a los resultados esperados como por ejemplo la aplicación de rastreos de contagios de coronavirus, el tardío confinamiento priorizando lo económico, el apresurado desconfinamiento, los recortes y la falta de equipamiento sanitario, el estado de los sistemas sanitarios no preparados para una pandemia de estas dimensiones y con un recorte presupuestario de hacía unos años atrás, entre otros. Por otra parte, entre los avances podemos mencionar a las exitosas campañas de vacunación, la variedad de vacunas adquiridas para ofrecer a la población, y aunque resulte algo contradictorio, a los renombrados sistemas sanitarios de ambos, entre otros.

CAPÍTULO 2: Dimensión económica de las estrategias nacionales

La importancia del estudio del impacto de esta crisis, a veces llamada “Coronacrisis” o la crisis económica por el coronavirus, es que ha causado la mayor recesión mundial de la historia, con una fuerte caída del mercado de valores en 2020, un fuerte aumento del desempleo, el cierre masivo de escuelas, el colapso de la industria del turismo, de la industria hotelera, de la aviación, del precio del petróleo, de las pequeñas empresas y de la industria energética, la desestabilización, el aumento de la deuda pública, de la desigualdad económica entre ricos y pobres, la desaceleración de la actividad del consumidor, una crisis de liquidez del mercado, la suspensión masiva de eventos culturales, artísticos, deportivos, religiosos, políticos, entretenimientos, entre otros eventos; así como grandes protestas y disturbios alrededor del mundo (Smith, 2020).

Los mercados bursátiles mundiales empezaron a caer fuertemente el 24 de febrero de 2020 debido al aumento significativo en el número de casos de COVID-19 fuera de China. Para el 28 de febrero de 2020, los mercados bursátiles acumulaban los mayores descensos de una semana desde la crisis financiera de 2008 (Smith, 2020).

Este capítulo busca enumerar las medidas económicas que tanto España como el Reino Unido han tomado a lo largo del recorte temporal seleccionado para ver el impacto que ha tenido el virus en cada uno de ellos y las políticas que eligieron para afrontarlo.

2.1 Decisiones de corte económico tomadas por España durante los años 2020 y 2021

Siguiendo el análisis de la economista Calviño Santamaría (2020), en España, las graves consecuencias de la enfermedad sobre la salud de las personas y su rápida propagación obligaron a imponer restricciones a la movilidad y la actividad económica. Esto provocó la interrupción en la cadena de suministros y la hibernación económica, originando un shock de oferta que rápidamente se vio acompañado de un shock de demanda causada por la caída de las rentas y el confinamiento social. El impacto en el país ha sido intenso debido al peso de sectores como el turismo, la hostelería y el comercio, que se vieron afectados especialmente por la caída de la demanda, llevando a una contracción del PBI que el Instituto Nacional de Estadística (INE) estimó en torno al 17,8% en el segundo trimestre de 2020, el período álgido de las restricciones.

Los datos iniciales del desempleo en la crisis han sido impactantes: el desempleo creció en más de 302 mil personas en el primer mes del “estado de alarma” y alrededor de 834 mil puestos de trabajo fueron destruidos y varios millones de autónomos solicitaron prestaciones tras la clausura de sus negocios (Fernández Riquelme, 2020). En efecto, en el ámbito doméstico se adoptaron medidas sin precedentes para proteger el tejido productivo, el empleo y las rentas de las familias. Así, las políticas de financiación aprobadas en España tuvieron una referencia fundamental en el Real Decreto Ley 8/2020, de 17 de marzo, “de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19”. En su exposición de motivos, el Real Decreto estableció una serie de decisiones para preservar la normalidad de los flujos de financiación y los niveles de circulante y liquidez, “para permitir

que empresas y autónomos continúen abonando los salarios de los empleados y las facturas a proveedores” (Carbó Valverde y Rodríguez Fernández, 2020).

Se destacó el programa de avales públicos, gestionado a través del Instituto de Crédito Oficial (ICO), que permitió que las empresas españolas, especialmente las pymes, tuvieran garantizado el acceso a la liquidez para sostener sus flujos de caja⁵⁰ a pesar del descenso en sus ingresos por la menor actividad. Con una dotación inicial de €100.000 millones, la línea había avalado, a 15 de septiembre del 2020 más de €76.000 millones a través de más de 806 mil operaciones, siendo uno de los más utilizados de la Unión Europea⁵¹. El buen funcionamiento de la línea de avales públicos del Estado fue posible gracias a la colaboración de las entidades financieras españolas que, tras diez años inmersas en un intenso proceso de reestructuración, pudieron contribuir a canalizar recursos hacia el sistema productivo⁵² (Calviño Santamaría, 2020).

El Gobierno aprobó el diferimiento de las cuotas de la Seguridad Social por un plazo de seis meses para las empresas que habían suspendido actividades por el estado de alarma. Existieron dos alternativas de diferimiento, el aplazamiento y la moratoria, siendo ambos incompatibles. Por un lado, el aplazamiento permitía fraccionar el pago de las cuotas durante seis meses, mientras que con la moratoria las cuotas no pagadas se abonaban íntegramente en el sexto mes. El aplazamiento estaba operativo para los meses de abril a junio mientras que la moratoria en los meses de mayo a julio. La concesión de la moratoria era automática con la simple presentación telemática, aunque no estaba permitido en todos los sectores económicos. Sin embargo, el aplazamiento debía ser resuelto por la Administración siendo requisito obligatorio no tener aplazamientos previos anteriores a marzo⁵³. El Gobierno había estimado un impacto presupuestario de estas medidas en €691,2 millones (Calviño Santamaría, 2020; Fernández Riquelme, 2020; Romero-Jordán y Sanz-Sanz, 2020).

Además de garantizar la liquidez a las empresas, el otro gran objetivo, en aplicación de las lecciones aprendidas en crisis anteriores, ha sido paliar la destrucción de puestos de trabajo. En este ámbito, la flexibilización y el fuerte apoyo público a los llamados Expedientes de

⁵⁰ La finalidad de estos avales fue facilitar a las entidades financieras el otorgamiento de nuevos préstamos, renovación y otras modalidades de financiación a empresas y autónomos para atender sus necesidades de circulante derivadas, entre otros, de pagos de salarios, facturas, vencimientos de obligaciones financieras o tributarias, para facilitar el mantenimiento del empleo y paliar los efectos económicos del COVID-19 (Viñuela Llanos, 2020).

⁵¹ En lo que respecta específicamente a la colaboración público-privada para la financiación, el texto del Real Decreto indicaba que la “línea de avales por cuenta del Estado, cubrirá tanto la renovación de préstamos como nueva financiación por entidades de crédito, establecimientos financieros de crédito, entidades de dinero electrónico y entidades de pagos, para atender sus necesidades derivadas, entre otras, de la gestión de facturas, necesidad de circulante u otras necesidades de liquidez, incluyendo las derivadas de vencimientos de obligaciones financieras o tributarias, para facilitar el mantenimiento del empleo y paliar los efectos económicos de COVID-19” (Calviño Santamaría, 2020).

⁵² El otorgamiento, además de los requisitos generales previstos en la resolución, quedaba sujeto al cumplimiento de los trámites y requerimientos habituales que internamente cada entidad financiera tenía para el otorgamiento de las operaciones de financiación (Calviño Santamaría, 2020).

⁵³ La moratoria estaba exenta de intereses de demora y recargos, mientras que el aplazamiento llevaba aparejado un interés de demora que aunque reducido era del 0,5%.

Regulación Temporal de Empleo (ERTE)⁵⁴. Instrumento de cuya eficacia muchos dudaban dada la estructura del tejido empresarial español, predominantemente poblado por pymes y micropymes. Este permitió que más de medio millón de empresas ajustaran sus costes, bien mediante la suspensión temporal de los contratos o bien mediante la reducción de la jornada laboral, mientras que los trabajadores veían compensada la caída de sus rentas con las prestaciones públicas por desempleo, incluso cuando no se cumplían las condiciones de cotización previa normalmente exigibles (Calviño Santamaría, 2020).

En tercer lugar, el Gobierno puso en marcha una prestación extraordinaria por cese de actividad para los trabajadores autónomos cuya facturación cayó de forma significativa como resultado de la pandemia. Esta prestación, inédita en el país, protegió a un millón y medio de autónomos y, junto con otras medidas, como las moratorias en el pago de cotizaciones e impuestos o las moratorias en el pago de alquileres, supusieron una herramienta fundamental para el sostenimiento de sus rentas. En línea con la evolución del empleo por cuenta ajena, se redujeron significativamente los trabajadores autónomos que estaban todavía accediendo a la prestación extraordinaria, los cuales fueron en torno a 150 mil personas al mes de septiembre de 2020 (Calviño Santamaría, 2020).

Por otro lado, se articularon €17.000 millones en “ayudas directas a los colectivos más vulnerables”. Gran parte de estas ayudas directas tenían que concretarse según las necesidades de cada línea de acción. Estas y otras medidas orientadas a ayudar a estos colectivos, como las facilidades para cubrir los costes de la vivienda en régimen de propiedad o de alquiler, permitieron resistir el primer impacto de la crisis que tuvo su máximo exponente en el momento de hibernación económica. El Ministerio de Asuntos Económicos destacó que la banca estaba aprobando alrededor de 10.000 créditos al día y que el 74% de los préstamos los estaban recibiendo autónomos y micropymes con menos de diez empleados⁵⁵. En adición, una línea extraordinaria de hasta €2.000 millones fue abierta por la Compañía Española de Seguros de Crédito a la Exportación (CESCE) para indemnizar a los bancos ante los posibles impagos de créditos concedidos a empresas exportadoras tras el estallido de la crisis del virus (Calviño Santamaría, 2020; Castelló Muñoz, 2020; Dorta Velázquez, 2020).

Luego de la prórroga del estado de alarma, la aprobación del Real Decreto-Ley 10/2020 apodado “hibernación de la economía” fue un paso más en cuanto a restricciones. Este decreto significó un fuerte impacto económico ya que estaba orientado a parar casi por completo el

⁵⁴ El ERTE es la adopción por parte de la empresa de una suspensión temporal de la relación laboral con una parte concreta de sus trabajadores o de toda la plantilla. Existen dos tipos: uno es la suspensión de empleo y otra una reducción de la jornada. Cuando un trabajador pertenece al ERTE, no cobra su sueldo sino una prestación por desempleo que consta durante los 180 primeros días del 70% de la base reguladora del sueldo bruto y a partir del día 181 hasta el final de la prestación, un 50%. En circunstancias habituales, el ERTE consume paro, sin embargo excepcionalmente por el coronavirus, cuando éste finalice volverá a ponerse a cero, lo cual no consumirá paro. El cobro del paro en caso del ERTE ofrece a los ciudadanos perjudicados la garantía de prestación por desempleo, lo cual tendrán derecho a cobrar el paro aunque no cumplan los requisitos del periodo de cotización mínimo exigido. A su vez no se considera consumido el tiempo que dure la percepción de esta prestación (Torres González, 2020).

⁵⁵ La mayoría de las empresas beneficiadas con estos créditos procedían principalmente de Cataluña, Andalucía y Madrid.

sistema productivo español, eximiendo solo a los sectores esenciales y en los casos que se podía mantener el teletrabajo, con el objetivo de evitar el colapso del sistema sanitario (Gentiletti, 2020).

Pasados algunos meses, se diseñó un nuevo esquema de avales públicos por un importe máximo de €40.000 millones, y se puso en marcha un fondo de apoyo a la solvencia⁵⁶, dotado con €10.000 millones, que permitió participar en el capital de empresas solventes que se vieron afectadas por la crisis y que tenían carácter estratégico para la economía española.

Con respecto a los sectores más afectados, cabe citar el Plan de Impulso del sector turístico, dotado con más de €4.200 millones, o el Plan Integral de ayuda al sector de la automoción, dotado con €3.750 millones.

Las medidas adoptadas hasta ese momento fueron numerosas y supusieron un enorme esfuerzo fiscal para todos los contribuyentes españoles, de alrededor del 5% del PIB, junto con un 15% adicional en medidas de liquidez. Sin embargo, “no cabe duda del impacto positivo” que tuvo, permitiendo salvaguardar más de tres millones de empleos⁵⁷ (Calviño Santamaría, 2020).

Por otra parte, las entidades bancarias pusieron en marcha una serie de iniciativas solidarias a través de ayudas a los hospitales, al personal sanitario y a las distintas organizaciones y fundaciones que estaban trabajando para luchar contra el coronavirus. También colaboraron con ONGs en proyectos de innovación social, programas educativos de investigación y empleabilidad, así como en donaciones. Las acciones de voluntariado de los empleados de la banca se sumaron al amplio abanico de manifestaciones de responsabilidad social. Por su parte, más de cien compañías aseguradoras hicieron su aporte también con la creación de un fondo de €37 millones para proteger a los sanitarios que se enfrentaban al virus⁵⁸ (Castelló Muñoz, 2020).

Sumadas a estas ayudas para la mejora de la liquidez, durante abril y mayo, el gobierno publicó una Orden para regular el proceso de co-gobernanza con las CCAA y de esta forma, fueron transferidos alrededor de €446 millones a las CCAA. Algunas CCAA entonces, concedieron ayudas como fondos para garantizar operaciones de endeudamiento, líneas directas de financiación, bonificaciones en tipo de interés en financiaciones públicas o subvenciones directas en sectores sensiblemente afectados, entre otras. Además de las medidas que favorecen la liquidez, algunas CCAA y diputaciones tomaron medidas que, dentro de sus

⁵⁶ Ambos aprobados por el Real Decreto Ley 25/2020, de 3 de julio, de medidas urgentes para apoyar la reactivación económica y el empleo.

⁵⁷ El impacto positivo de todas las medidas adoptadas, que suponen un 3% del PIB en ayudas y más de un 10% en liquidez, es evidente, con más de 3 millones de trabajadores y más de 550.000 empresas cubiertos por ERTes, más de 1 millón de autónomos con prestación extraordinaria y más de €50.000 millones en créditos avalados por el ICO. Esto es así especialmente en pymes y autónomos (que absorben un 98% de los avales y son el 99% de las empresas acogidas a ERTes) (Gómez Moreno, 2020).

⁵⁸ Entre las diez empresas con mayor compromiso y responsabilidad durante la pandemia según el informe elaborado por Monitor Empresarial de Reputación Corporativa (Merco) estuvieron Santander y Caixabank con el puesto 4 y 7 respectivamente (Castelló Muñoz, 2020).

competencias, tuvieron impacto en el ámbito tributario (ampliación de plazos de presentación de impuestos, simplificación de obligaciones formales y de suministro de información, bonificación, suspensión o exención temporal de determinadas tasas administrativas e impuestos, etc.⁵⁹).

En cuanto a los hogares, se prohibió el corte de suministros de agua, luz o gas y se prorrogaron los bonos sociales para estos fines. Asimismo, los trabajadores que estaban en paro o que perdieron una parte de sus ingresos (al menos el 40%) y los empresarios cuyas ventas se desplomaron, podían aplazar el pago de sus hipotecas. Se establecieron también ayudas al alquiler y se suspendieron los desahucios en seis meses (Dorta Velázquez, 2020; Carbó Valverde y Rodríguez Fernández, 2020).

Más allá de las intervenciones de los diferentes gobiernos a nivel nacional, también hubo una respuesta europea con el fin de garantizar la estabilidad y minimizar el daño ante estas circunstancias. Como resultado de las negociaciones realizadas entre abril y mayo, los miembros de la Unión Europea adoptaron la decisión de apoyar a la lucha contra los efectos económicos y sociales con un importante paquete con medidas de liquidez a corto plazo.

Estas constituyeron una triple red de seguridad para las empresas, los trabajadores y los tesoros nacionales consistente en un paquete financiero de unos €540.000 millones a través de tres instrumentos para ayudar a contener los efectos de la pandemia: 1) el instrumento temporal de apoyo al empleo, conocido como programa SURE, con hasta €100.000 millones, se articuló mediante préstamos a los Estados miembros para financiar las medidas adoptadas para la preservación del empleo. España recibió hasta €21.300 millones, lo que permitió financiar el gasto público derivado de los ERTE y de la prestación por cese de actividad de los autónomos, entre otras medidas; 2) un Fondo Paneuropeo de Garantías empresariales, complementario de los fondos nacionales por €200.000 millones y que se canalizó a través del Banco Europeo de Inversiones y; 3) una nueva Línea COVID-19 de apoyo presupuestario para la lucha contra la pandemia a través del Mecanismo Europeo de Estabilidad (MEDE), por €240.000 millones (Calviño Santamaría, 2020; De la Rocha Vazquez, 2020)⁶⁰.

Cuando la segunda ola de coronavirus azotaba España y el gobierno central vio su margen de maniobra reducido por el descontento social, los costos económicos y las maniobras de otros partidos y el Poder Judicial, Pedro Sánchez presentó el 7 de octubre el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de la Economía Española, con el fin de movilizar

⁵⁹ Así, el aplazamiento de impuestos fue valorado positivamente por más del 70% de las empresas con caídas en sus ventas, mientras en los ERTE el porcentaje de valoración positiva estaba próximo al 50%. En esencia, las normas aprobadas permitieron aplazar durante seis meses los pagos del impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF) de los autónomos, el impuesto sobre el valor añadido (IVA), el impuesto de sociedades (IS) y las cotizaciones a la Seguridad Social (CSS). El aplazamiento, como opción para mejorar la liquidez empresarial, es una herramienta adecuada que permite liberar recursos que pueden ser destinados a salarios, suministros o proveedores, reduciendo así el riesgo de insolvencia (Romero-Jordán y Sanz-Sanz, 2020).

⁶⁰ Las acciones de la UE pueden dividirse en tres frentes: medidas del Banco Central Europeo (BCE), ayudas y financiación de la UE para los problemas que genera el COVID-19, y el programa de reconstrucción (y su financiación) europea para cuando pasase la pandemia y sea preciso relanzar la economía y realizar mejoras estructurales (Carbó Valverde y Rodríguez Fernández, 2020).

en los próximos tres años el 50% de los recursos con los que cuenta España gracias al instrumento Next Generation EU⁶¹ acordado por el Consejo Europeo para financiar inversiones de los Estados miembros.

El Plan de Sánchez además giró en torno a cuatro transformaciones que el gobierno de España consideraba prioritarias: la transición ecológica, la transformación digital, la igualdad de género y la cohesión social y territorial. Por otra parte, la segunda ola demostró ser tan potente como la primera, a la hora de golpear al mercado laboral, llegando a un punto en el que los ERTE comenzaban a parecer insuficientes. Incluso el Banco de España cuestionó su idoneidad. Los expertos laborales estimaron que entre 200.000 y 300.000 trabajadores en ERTE habían perdido sus puestos de trabajo entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre de 2020. Mientras tanto, la escasez de personal en los servicios de empleo provocó retrasos de hasta cuatro meses en la tramitación de las miles solicitudes de ayuda (Gentiletti, 2021; Kölling y Molina, 2022).

Un dato no menor en cuanto a la defensa de las consecuencias del virus, es que gracias a las inversiones de las últimas décadas, España tiene la red de banda ancha más extensa de Europa. Este es un elemento absolutamente estratégico para que el sistema haya resistido bien los intensos incrementos de demanda que se produjeron, fundamentalmente durante el confinamiento, para atender las necesidades del teletrabajo y de la educación a distancia, así como el acceso al ocio de miles de ciudadanos (Calviño Santamaría, 2020).

A nivel internacional, cabe destacar que España forma parte de la alianza global ACT-Accelerator, la mayor apuesta geoestratégica mundial para el desarrollo de medicamentos y vacunas COVID-19. Dentro de esta respuesta multilateral encabezada por la ONU, la cooperación española movilizó un total de €1.720 millones, centrando la respuesta en tres áreas prioritarias: apoyo a los sistemas de salud pública; gobernanza y protección de derechos; y desarrollo socioeconómico y protección de las personas más afectadas. El Gobierno aportó inicialmente €732 millones, las CCAA un total de €39,9 millones, las entidades locales €7,3 millones y el Banco de España €941 millones (Calviño Santamaría, 2020; Kölling y Molina, 2022).

Por su parte, la Seguridad Social reconoció de manera excepcional la prestación de hasta €661 a alrededor de 1.316.000 trabajadores por cuenta propia. Por otro lado, el Gobierno activó el cuarto tramo de la Línea de Avales con €20.000 millones para dar liquidez a Pymes y autónomos y el Consejo de ministros aprobó el reparto de €130,7 millones entre las CCAA para programas de desarrollo rural (Gentiletti, 2020).

⁶¹ Con este plan de recuperación, los gobiernos recibieron la confirmación oficial de que podían contar con financiación para impulsar los planes de inversión millonarios que estaban desplegando. Fue acordado el 21 de julio de 2020 por el Consejo Europeo, después de cuatro días de negociación. El fondo se extendió a los años 2021-2023 y estaba ligado al presupuesto de la UE de 2021-2027. Desde entonces, el goteo de medidas fue continuo: máxima flexibilidad a las compras de deuda (para España fue un respiro, ya que se pudo contar con la potencia del BCE para aliviar su prima de riesgo), relajamiento de las condiciones en las que el BCE aceptaba las garantías y nuevas inyecciones de liquidez para los bancos, que podían cobrar un 1% por tomar dinero del BCE si luego lo prestaban a empresas y familias. El BCE quedaba como último recurso de los países más golpeados por la crisis (Castelló Muñoz, 2020).

En el área social, se puso en marcha un plan de vivienda en contexto de vulnerabilidad social y un programa de abastecimiento de alimentos, además de los pagos adicionales del Ingreso Mínimo Vital a cargo de Seguridad Social articulado con un plan reactivación del empleo. Entre las medidas económicas, se realizaron nuevas transferencias a los sectores más damnificados como el sector ganadero y pesquero, a pymes y a trabajadores autónomos. Para diciembre, el Consejo de Ministros autorizó la transferencia de €20 millones en contribuciones voluntarias a fondos y agencias de la ONU para hacer frente al impacto de COVID-19 en el mundo. España ha sido el tercer país líder en la gestión de fondos delegados de la UE y un socio clave en la cooperación europea, especialmente en América Latina y África (Cué, 2020; Gentiletti, 2020; Kölling y Molina, 2022).

Siguiendo el análisis de Gentiletti (2020), las consecuencias de la hibernación de la economía y de la pandemia fueron desalentadoras para España. La OCDE situaba a España a la cabeza del desplome económico mundial con una caída del 14,4%. Según la ministra de Trabajo, Yolanda Díaz, se destruyeron 1,14 millones de empleos entre los meses de marzo y mayo. Además, la paralización de la economía provocó una caída del 31% en la Bolsa española, el consumo de los hogares cayó en un 6% y el PIB cayó un 5% en el primer trimestre del año. El Índice de Producción Industrial (IPI) cayó en un 12% en marzo y un 37% en abril según el Instituto Nacional de Estadística (INE). Además, el sector turístico sufrió pérdidas estimadas entre el 30 y el 40%, calculando que unos 44 mil viajeros internacionales llegaron a España en mayo, lo que equivale a un 99,5 % menos que en el mismo mes del año anterior.

Con ese panorama desilusionante y para aliviar las cargas de los empresarios del turismo de cara a la temporada de verano, el 18 de junio se lanzó la campaña Spain for sure para atraer a turistas extranjeros. España parecía encontrarse en la encrucijada de aliviar a los sectores duramente golpeados por las medidas de confinamiento regresando a la actividad y el impacto de la pandemia en áreas claves como el turismo mientras enfrentaba la amenaza de rebrotes producto de la progresiva libertad de circulación (Gentiletti, 2020).

Siguiendo el 2020, se elaboró la Estrategia de Ciencia, Tecnología e Innovación para 2021-2027. Esta fue realizada de forma conjunta con los gobiernos autonómicos, actores económicos y sociales, universidades e instituciones científicas para duplicar la inversión en I+D hasta el 2% del PBI para 2027. La estrategia aborda las debilidades destacadas por la pandemia, pero también los problemas estructurales de la política española de I+D. La salud es uno de los seis sectores prioritarios, junto con la cultura, la creatividad y la inclusión, la seguridad, el mundo digital, la industria, el espacio y la defensa; clima, energía y movilidad; la bioeconomía, los recursos naturales y el medio ambiente (Kölling y Molina, 2022). Por lo tanto, luego de esta explicación, vemos que el coronavirus chocó con un mercado laboral estructuralmente débil en España. Sin embargo, los ERTE amortiguaron el primer impacto para las empresas afectadas, donde también el apoyo temporal de la UE fue vital. A principios de 2021 y a pesar de los esfuerzos, el empleo se mantenía lejos de los niveles pre pandémicos y 750 mil personas en España seguían en ERTE (Kölling y Molina, 2022).

Por otra parte, el papel del Centro para el Desarrollo de la Tecnología Industrial⁶² (CDTI) fue destacado. El presupuesto del CDTI se incrementó un 42% en 2021, hasta €1.500 millones, con el fin de fortalecer la innovación. Además, los gobiernos autonómicos contribuyeron con su propia política de investigación e innovación, que verán aumentar en los próximos años. A pesar de estas mejoras, la inversión en I+D siguió siendo baja y desigual dentro del territorio español (Kölling y Molina, 2022).

Según los Presupuestos de 2021, que tienen en cuenta la financiación europea, las transferencias del gobierno central a las CCAA para educación aumentaron un 70%. Los principales objetivos incluyeron mejorar las competencias digitales, impulsar la formación profesional y extender la educación infantil por debajo de los tres años. En el presupuesto de 2021 también se incrementó la cantidad asignada a las subvenciones para estudiantes de entornos desfavorecidos. La nueva Ley Orgánica de Educación aprobada en 2020, pone el énfasis en la inclusión y las medidas compensatorias. Además, el presupuesto de 2021 previó un aumento del 151% en el presupuesto de salud pública gracias a los nuevos ingresos percibidos por las nuevas medidas fiscales y los €2.400 millones de los fondos europeos. Esto sirvió para la adquisición de vacunas y modernización de la atención primaria, así como más inversiones en mejora de la calidad.

En octubre, el Congreso aprobó dos nuevas leyes para crear un impuesto sobre los servicios digitales y el Impuesto sobre las Transacciones Financieras (Ley 4/2020 y Ley 5/2020), que aportaban unos €1.800 millones según cálculos del Gobierno. En adición, el presupuesto 2021 también incluyó un aumento en las tasas impositivas para personas y corporaciones con altos ingresos. El impuesto sobre la renta aumentó junto con otros aumentos en el IVA en algunos productos de consumo no esenciales. Así, los ingresos públicos también aumentaron debido a medidas fiscales que aportaron €491 millones en 2021. De acuerdo con estos presupuestos de 2021, todos los nuevos impuestos ayudaban a financiar un mayor gasto en infraestructura y atención médica, así como a reconstruir la economía devastada por la pandemia (Kölling y Molina, 2022).

En suma, podemos decir que la medida principal fue la línea de avales que, para el caso de pymes y autónomos, cubrían hasta el 80% de las operaciones tanto para nuevos créditos como para refinanciamiento, mientras que para las grandes empresas cubrían hasta el 60% para la refinanciación y el 70% para los nuevos créditos. Estos porcentajes significativos eran inferiores a los máximos establecidos en el marco europeo para el tratamiento de avales que, por otro lado, no tienen la consideración de ayudas de Estado. La estrategia fue la de ayudar con mayor intensidad de liquidez a los autónomos y pymes respecto a las empresas de mayor dimensión, siendo necesario que se acredite una solvencia adecuada al cierre de 2019 y demuestren que sus problemas de liquidez eran consecuencia del impacto del COVID-19, tomando como referencia el 18 de marzo de 2020. Una estrategia cuyo éxito pasó por el protagonismo y eficacia de las entidades financieras que debieron flexibilizar sus sistemas de concesión de crédito al tejido empresarial (Dorta Velázquez, 2020).

⁶² Entidad pública empresarial dependiente del Ministerio de Economía que apoya a las startups españolas, fomenta la productividad y gestiona la participación española en programas de cooperación tecnológica internacional (Kölling y Molina, 2022).

Por último, el COVID-19, como explican Williams, Rajan y Cylus (2021), también expuso y amplificó las desigualdades económicas existentes, con tasas de mortalidad desproporcionadamente más altas para aquellos en áreas desfavorecidas. Estas desigualdades interrelacionadas colocaron a estos grupos en mayor riesgo de exposición a la infección, en parte debido a una mayor probabilidad de realizar trabajos esenciales que no se podían realizar en el hogar, que debían utilizar el transporte público y vivir en hogares pequeños y hacinados.

2.2 Decisiones de corte económico tomadas por el Reino Unido durante los años 2020 y 2021

Siguiendo el análisis realizado en Rubleski (2020), vemos como haciendo caso omiso a las recomendaciones de la OMS, el gobierno privilegió lo económico-financiero para evitar que una crisis impacte en el país. Es así que el gobierno decidió proveer una inyección de €34 millones para mitigar el impacto que podía tener el virus (Botero y Guzmán, 2020). Las autoras destacan que “el Banco de Inglaterra anunció la baja en las tasas de interés a un mínimo histórico de 0,25% para afrontar el paro en la economía local y poder comprar la deuda a corto plazo de las empresas” (2020:18). Estas decisiones le valieron muchas críticas al gobierno a nivel internacional acusado de “subestimar masivamente” la gravedad de la crisis del coronavirus después de haber reportado un gran número de muertes en Europa (The Guardian, 2020).

Entre las medidas que el gobierno tomó para enfrentar la crisis en un primer período podemos mencionar: el aplazamiento del pago fraccionado de los autónomos previsto de julio de 2020 hasta enero de 2021; los acuerdos de pago con la Agencia Tributaria Británica utilizando líneas de ayuda COVID-19; la prórroga de pagos de IVA hasta finales de junio de 2020 sin intereses; las devoluciones de impuestos directos; la aplicación de vacaciones fiscales para ciertos sectores como comercio minorista y ocio para el 2020 y 2021 con facturación inferior a £51.000; los saldos positivos de IVA de marzo a junio aplazados hasta el 31 de marzo de 2021, entre otras (Carbó Valverde y Rodríguez Fernández, 2020).

Por otro lado, en una intervención sin precedentes y en el paquete más progresista de una administración conservadora, el gobierno británico previó un plan de £30 millones para poner en marcha la economía pos-coronavirus, el cual buscó revitalizar el sector procurando salvar empleos, hoteles y atracciones con cupones de descuento para consumo, rebajas del IVA para hoteles y restaurantes al borde de la quiebra y ayudas a empresas para evitar despidos y contratar empleados. Además, el gobierno apostó a otro esquema llamado “Kickstart”⁶³, en el cual se pagaba a los jóvenes un salario por seis meses en lugares de trabajo y cada empresa que tomaba aprendices recibía un bono de £2000 (Avignolo, 2020). Todo esto, teniendo en cuenta que más de 700.000 trabajadores habían perdido sus puestos de trabajo entre marzo y julio siendo los más afectados los mayores de 65 años, los más jóvenes, los autónomos, los empleados a tiempo parcial y los menos calificados.

⁶³ Kickstart Scheme lanzado el 2 de septiembre de 2020, proporcionó financiación a los empleadores que crearon nuevas colocaciones laborales de seis meses para jóvenes que estaban en Universal Credit y en riesgo de desempleo a largo plazo. También hubo fondos adicionales para ayudar a los jóvenes a desarrollar su experiencia y a lograr un empleo sostenido después de haber completado su trabajo financiado por el Programa Kickstart.

Ahora bien, el 1 de marzo de 2020, se lanzó el Plan de Retención de Empleo por Coronavirus (“CJRS”). Se reembolsó hasta el 80% de los costos salariales de los "trabajadores suspendidos" cuyos salarios eran inferiores a £2.500 al mes, teniendo como objetivo proteger y mantener la estructura de la economía. Aún así, el Esquema de Préstamos por Interrupción de Negocios por Coronavirus (CBILS) fue lanzado el 23 de marzo de 2020 y fue diseñado para brindar apoyo financiero a las empresas más pequeñas en todo el Reino Unido que estaban perdiendo ingresos y viendo interrumpido su flujo de efectivo como resultado del brote de COVID-19.

A través de CBILS, las empresas afectadas por el coronavirus accedieron a un apoyo financiero de hasta £5 millones, disponibles en plazos de reembolso de hasta seis años. No tenían intereses y estaban disponibles en diferentes formas, como préstamos a plazo, sobregiros, financiación de facturas o financiación de activos. El esquema le dio al prestamista una garantía respaldada por el gobierno para los reembolsos del préstamo para alentar más préstamos. El prestatario permaneció plenamente responsable de la deuda. Los bancos no podían solicitar garantías personales para préstamos inferiores a £250.000; en cambio, el gobierno proporcionaba una garantía del 80% al banco que pudiera sufrir pérdidas. CBILS cerró para nuevas solicitudes el 31 de marzo de 2021 (Práger Metis, 2020; British Business Bank, s.f.).

En lo que concierne al pago de IVA, el Gobierno anunció su aplazamiento el 20 de marzo de 2020. Este estaba disponible para todas las empresas registradas a efectos del IVA en el Reino Unido (incluidos los sujetos pasivos no establecidos) y estaba aplicado a los pagos vencidos entre marzo y junio de 2020. Inicialmente se les dio hasta el 31 de marzo de 2021 para pagar las obligaciones que se acumularon. Sin embargo, en septiembre de 2020 con la llegada de la segunda ola se anunció un nuevo esquema de pago. En el Plan de Economía de Invierno del Canciller, en lugar de pagar en marzo de 2021, las empresas podían optar por realizar hasta 11 cuotas iguales durante 2021-22. Sin embargo, durante el período de aplazamiento, aún tenían que presentarse las declaraciones de IVA y se seguían aplicando los plazos normales de presentación.

La Ley de Finanzas de 2021 estableció una nueva sanción específicamente con respecto al IVA diferido no pagado en la cual se estableció el 5% del IVA diferido pendiente si las empresas no optaron por el nuevo esquema de pago, o pagado en su totalidad o hecho un arreglo alternativo para pagar, antes del 30 de junio de 2021. Cuando el Reino Unido entró en su tercer confinamiento, se anunció el 15 de enero de 2021 la suspensión de pago de cuatro meses en el nuevo esquema de pago para brindar certeza a los clientes que habían aplazado su obligación de pagar el IVA. Las empresas podían unirse antes del 31 de marzo o retrasar la unión hasta el 30 de junio de 2021: cuanto más tarde se unieran, menos cuotas mensuales había disponibles. Todas las cuotas debían pagarse antes de enero de 2022 (UK Government, 2022b).

Para el 20 de mayo de 2020, el entonces canciller de hacienda Rishi Sunak⁶⁴ creó el Future Fund, el cual estaba dirigido a empresas innovadoras con sede en el Reino Unido⁶⁵ que enfrentaron dificultades financieras debido al brote de coronavirus y a las que quedaban fuera del Esquema de Préstamos por Interrupción de Negocios por Coronavirus (CBILS)⁶⁶. El Future Fund proporcionó préstamos convertibles desde £125.000 hasta £5 millones. Inicialmente, el gobierno tenía como objetivo proporcionar préstamos de £250 millones en total bajo el plan, sujeto a una financiación equivalente al menos igual de inversores privados. Se utilizó para salarios o dividendos, el dinero no podía utilizarse para pagar otros préstamos, para recompensar al personal, la gerencia, los accionistas o los consultores con dividendos o bonificaciones o para pagar a asesores externos por ayudar a tramitar el préstamo⁶⁷ (The Future Fund, s.f)

El esquema, junto con otros esquemas de apoyo del gobierno, tenía como objetivo apoyar a las empresas que enfrentaban dificultades financieras y era entregado en asociación con el British Business Bank (“BBB”). Además, en junio de 2020 el paquete de rescate se amplió para incluir empresas con sede en el extranjero. Las nuevas empresas pudieron postularse entre mayo de 2020 y enero de 2021. Estuvo abierto inicialmente hasta fines de septiembre de 2020 pero finalmente el 31 de enero de 2021 cerró para nuevos solicitantes (Shead, 2021).

Por otro lado, dentro del marco del Plan para el Empleo del gobierno británico, Sunak anunció el 8 de julio de 2020 el plan Eat out to Help out para apoyar y crear empleos en la industria hotelera debido a la caída de las actividades turísticas y de ocio. El esquema implicó el subsidio del gobierno del 50% del pedido (hasta £10 por persona) de alimentos y bebidas no alcohólicas en cafés, pubs y restaurantes participantes. Este estuvo disponible del 3 al 31 de agosto de 2020, de lunes a miércoles de cada semana, sin límites de uso por persona. En total, el plan subvencionó £849 millones en 160 millones de comidas y si bien algunos consideran que fue un éxito para impulsar la industria hotelera, más adelante se encontró que el mismo contribuyó a un aumento en los contagios por COVID-19 (UK Government, 2020b).

Tras las medidas de confinamiento anunciadas por el Gobierno el 31 de octubre de 2020 y que entraron en vigor el 5 de noviembre, el Plan de Retención de Empleo por Coronavirus (CJRS), que debía finalizar el 31 de octubre, se prorrogó hasta diciembre. En virtud de este CJRS ampliado, el empleador no estaba obligado a contribuir al 80 % del costo del salario pero era responsable de los costos asociados al seguro nacional y las contribuciones a la pensión del empleador. Según el CJRS anterior, las empresas tenían flexibilidad para traer de vuelta al trabajo a los empleados suspendidos a tiempo parcial o suspenderlos a tiempo completo. Finalmente, el CJRS se extendió hasta finales de septiembre de 2021. El Gobierno siguió

⁶⁴ Actual Primer Ministro del Reino Unido.

⁶⁵ Desde nuevas empresas y microempresas hasta grandes multinacionales en cualquier sector empresarial (The Future Fund, s.f.).

⁶⁶ Muchos no pueden solicitar un préstamo CBILS porque generan pocos o ningún ingreso, no obtienen ganancias o dependen de la financiación de capital, lo que los convierte en prospectos poco atractivos para la financiación comercial estándar (The Future Fund, s.f.).

⁶⁷ El préstamo vencía después de 36 meses, momento en el que se convertía en acciones. Se cobraba una tasa de interés del 8% sobre el préstamo, aunque no era necesario devolverlo todos los meses.

entonces pagando el 80% del salario habitual de los empleados por las horas no trabajadas, hasta un límite de £2.500 al mes. Entre julio, agosto y septiembre, esto se redujo al 60% del salario habitual de los empleados, por lo que los empleadores tenían que financiar la diferencia entre esto y las subvenciones del CJRS (Práger Metis, 2020; Práger Metis, 2021).

En relación a los trabajadores autónomos, si bien al inicio de la crisis, existió una ayuda limitada, más adelante se elaboró un plan de ayuda que cubría inicialmente tres meses de subvenciones. El gobierno otorgaba las subvenciones basadas en el retorno; cuanto menor era el rendimiento, mayor era el crédito. La primera subvención fue de mayo a julio de 2020, en caso de que la facturación haya disminuido un 30% o más, se obtenía 80% de las ganancias comerciales promedio con un tope de £7.500 de subvención. La segunda fue del 14 de julio al 19 de octubre de 2020 y cubría un 10% menos que la anterior.

Ahora bien, el Gobierno anunció el 2 de noviembre de 2020 que duplicaba el nivel de apoyo financiero para los trabajadores autónomos en noviembre. La extensión del Régimen de Apoyo a la Renta de los Trabajadores por Cuenta Propia (SEISS) brindó un apoyo crítico. La tercera subvención que fue de noviembre de 2020 a fines de enero de 2021 y la cuarta de fines de abril a junio de 2021 cubrían lo mismo que la primera. La quinta subvención fue de fines de julio a fines de septiembre de 2021 y cubría un 30%, con un tope de £2.850 u 80% con un tope de £7.500. El Gobierno proporcionó, en general, el mismo nivel de apoyo a los trabajadores autónomos que a los empleados a través del Plan de Apoyo al Empleo. Las ayudas eran renta imponible y estaban sujetas a cotizaciones a la Seguridad Social (Práger Metis, 2020a; Low Incomes Tax Reform Group 2022).

El Gobierno lanzó el 6 de abril de 2021 un nuevo esquema de apoyo denominado Recovery Loan Scheme (RLS). El objetivo era garantizar que las empresas de cualquier tamaño puedan seguir accediendo a préstamos y otros tipos de financiación de hasta £2 millones por empresa para prestatarios fuera del alcance del Protocolo de Irlanda del Norte⁶⁸. Los fondos recibidos en virtud del Plan se podían utilizar para cualquier fin comercial legítimo, incluida la gestión del flujo de caja, la inversión y el crecimiento. El gobierno garantizaba el 80% de la financiación al prestamista para que sigan teniendo la confianza necesaria para prestar a las empresas. Estos incluyeron agricultura, pesca/acuicultura y transporte de mercancías por carretera. El esquema tenía una duración prevista hasta el 31 de diciembre (Práger Metis, 2021a; British Business Bank, s.f).

Para septiembre de 2021, el British Business Bank, que administraba el programa Future Fund, había emitido préstamos convertibles a 1.190 empresas por un valor de £1.140 millones. Los préstamos convertibles se convertían en participaciones de capital en la siguiente ronda de financiación de una empresa nueva; la teoría es que esto permitía al gobierno obtener

⁶⁸ El Protocolo de Irlanda del Norte es una parte del acuerdo de salida del Reino Unido de la Unión Europea que garantiza la frontera abierta entre Irlanda e Irlanda del Norte. Firmado el 24 de enero de 2020 y en vigor desde el 1 de enero de 2021, el objetivo del Protocolo es mantener la frontera entre las dos Irlandas. Esto permite cumplir con el Acuerdo del Viernes Santo de 1998, que puso fin al conflicto, al preservar una frontera invisible. También permite proteger la economía norirlandesa y el mercado único de bienes de la UE. Sin embargo, la cuestión de Irlanda del Norte sigue siendo un obstáculo para la finalización del Brexit (Montoya Barreiros, 2022).

un retorno de la inversión más adelante. Al 31 de agosto, 158 de los préstamos se habían convertido en acciones de capital, lo que indicaba que las empresas habían recaudado más capital del sector privado. De los 158 préstamos convertidos en acciones, 90 fueron para empresas con sede en Londres, mientras que sólo cuatro fueron para empresas en Gales. Al 31 de marzo de 2022, 337 préstamos se habían convertido en acciones de capital (Shead, 2021; British Business Bank, s.f.).

En lo que se refiere a los pagos de impuestos que se deben hacer al HMRC⁶⁹, el Gobierno previó un Programa de tiempo de pago (TTP: Time To Pay) ampliado a raíz del COVID-19, es decir, se otorgaron prórrogas para el pago de impuestos. Entonces las multas por presentación y pago tardío no se aplicaron durante un mes a los contribuyentes. El HMRC reconocía la presión que estos enfrentaron ya que el COVID-19 afectó la capacidad para cumplir con sus obligaciones a tiempo para la fecha límite del 31 de enero. Por lo que estas exenciones de multas les dieron más tiempo para completar y presentar su declaración.

Aún así, el departamento reveló que de los 12 millones de contribuyentes que debían presentar su declaración de impuestos antes del 31 de enero de 2022, la mitad ya lo había hecho. Pasada esa fecha, se debía pagar intereses. La declaración de impuestos de 2020 a 2021 cubría ingresos y pagos durante la pandemia, por lo que los contribuyentes debían declarar si recibieron subvenciones de apoyo de COVID-19 hasta el 5 de abril de 2021, ya que estaban sujetos a impuestos, incluidos: el Régimen de Apoyo a la Renta del Trabajo por Cuenta Propia (SEISS), el Esquema de retención de empleo de coronavirus (CJRS), otros pagos de apoyo, como pagos de autoaislamiento, de las autoridades locales y aquellas para el esquema Eat Out to Help Out (UK Government, 2022a).

Por su parte, el llamado Crédito Universal (UC) es un mecanismo de crédito para familias con trabajo pero con bajos ingresos o para quienes están desempleados o cuya capacidad para trabajar está limitada por enfermedad o discapacidad. Fue introducido por el Gobierno de coalición desde 2013 para simplificar y optimizar el sistema de beneficios, mejorar los incentivos para el trabajo, abordar la pobreza y reducir el fraude y el error. El UC ha estado disponible en todo el Reino Unido desde diciembre de 2018 pero con la pandemia se comenzó a utilizar más pasando de 3 millones a 5,8 millones de personas en noviembre de 2020 (UK Parliament, 2021).

Con respecto al PIB del Reino Unido, este experimentó una expansión durante 2021 del 7,6%, en comparación con la contracción económica del 9% que registró el país durante el 2020 como consecuencia de la pandemia, según se desprende de los datos de la Oficina Nacional de Estadística del país. La producción anual del PIB del Reino Unido creció un 4% en el año 2022 (Office for National Statistics, 2023).

Por último y al igual que la situación en España, este virus expuso y amplificó las desigualdades económicas mostrando una mayor mortalidad como resultado del mayor riesgo

⁶⁹ His Majesty's Revenue and Customs (HMRC) es un departamento no ministerial del gobierno del Reino Unido responsable de la recaudación de impuestos, el pago de formas de apoyo estatal, la administración de otros regímenes que incluyen el salario mínimo nacional y la emisión de números de seguros nacionales.

de exposición a la infección, por tener trabajos que no se podían realizar en el hogar, por la utilización del transporte público y por vivir en condiciones de hacinamiento (Williams, Rajan y Cylus, 2021)

Conclusiones del capítulo

Para concluir con este capítulo económico, repasaremos algunos puntos vistos a lo largo del mismo. En el caso de la estructura empresarial española, notamos que es muy fragmentada, componiéndose principalmente de empresas pequeñas (ocho de cada diez empresas tienen dos o menos empleados). Las empresas con menos de 10 empleados son vulnerables ante las perturbaciones económicas y tienen dificultades para crecer e integrarse en los mercados europeos y mundiales. Teniendo en cuenta este desafío, el gobierno estableció en 2020 un plan para fomentar la resiliencia de las pymes ayudando en su internacionalización para fomentar la creación de empleos. También existen grandes empresas que son importantes actores internacionales. Estas se vieron afectadas por las interrupciones en las cadenas de producción o la reducción del consumo en 2020. Además, notamos que España se vio obstaculizada por su excesiva dependencia del turismo que en 2019 había aportado alrededor del 14% del PBI y empleo a 3 millones de personas (Kölling y Molina, 2022).

Las medidas de confinamiento tomadas para contener la pandemia desde marzo de 2020 causaron una contracción sin precedentes de la actividad económica en la primera mitad del año, siendo el sector de servicios, especialmente el turismo, el más afectado. Los indicadores económicos mejoraron en mayo, ya que las restricciones iniciales se fueron levantando paulatinamente aunque de forma diferenciada por sectores y CCAA. Sin embargo, las nuevas restricciones introducidas en la segunda mitad de 2020, los cambios en el comportamiento de los consumidores, la reducción de la conectividad de los vuelos, las interrupciones en las cadenas de valor globales y la débil demanda impidieron la normalización de las actividades económicas durante el 2020.

El paquete global de hasta €200.000 millones presentado por el Gobierno comprendía financiación pública (€117.000 millones) y recursos privados. Si bien los fondos se destinaron a las familias, trabajadores y empresas más vulnerables directamente afectados, los paquetes también se orientaron a proyectos en línea con los objetivos reformadores del Gobierno. La mayoría de los fondos tenían como objetivo apoyar la transformación digital, la economía circular, la ecoinnovación, la descarbonización, la eficiencia energética y el desarrollo de materiales y productos avanzados (Kölling y Molina, 2022).

Por lo que se refiere al Reino Unido, su salida oficial de la UE coincidió con la pandemia de COVID-19, creando más riesgos para una economía ya desestabilizada. Debido a las medidas del gobierno sobre restricciones y movimientos sociales, la producción de bienes y servicios disminuyó drásticamente; la demanda de productos también cayó y el gobierno recurrió a la impresión de dinero para ayudar a las empresas y amortiguar los efectos. Esto impulsó la inflación y afectó el mercado financiero del Reino Unido, en particular la libra esterlina, la cual perdió un valor enorme, lo que perjudicó aún más a las empresas locales y multinacionales.

La coincidencia de la pandemia y el Brexit, junto con las inestabilidades políticas y monetarias, aumentaron los riesgos de inversión, ya que los inversores potenciales tenían que retrasar la entrada al mercado del Reino Unido o, en última instancia, considerar entornos comerciales alternativos. Entre las naciones del G7, el Reino Unido es el que más depende de la inversión extranjera directa; las consecuencias de una respuesta gubernamental ineficaz podían agravar las frágiles condiciones de la economía del país (Paterson et al., 2023).

En el Reino Unido, el mercado financiero experimentó pérdidas significativas en marzo de 2020 cuando se acentuó el riesgo de pandemia, ya que tanto el mercado de capitales como el de divisas soportaron las presiones de la concurrencia de la pandemia y el Brexit. Asimismo, el tipo de cambio diario £/\$ registró enormes pérdidas al comienzo de la pandemia. La recuperación registrada se puede atribuir a las iniciativas de política del gobierno diseñadas para aislar la economía del Reino Unido del colapso sistémico (Paterson et al., 2023).

Cabe destacar la diferencia que existe entre España y el Reino Unido en cuanto a las posiciones económicas y a su demografía para entender la base a partir de la cual estamos comparando. Según el Fondo Monetario Internacional (s.f.), el PIB nominal del Reino Unido se encuentra en el puesto 6° y su PBI per cápita en el puesto 22°, con una población de 68.497.907 de habitantes (puesto 21°). Mientras que España, tiene un PIB nominal que se encuentra en el puesto 15° y un PBI per cápita en el puesto 35°, con una población de 46.719.142 de habitantes (puesto 30°). Percibimos entonces una diferencia económica del triple, y una diferencia poblacional de más de 21 millones de habitantes, lo que ayuda a explicar en algún grado el distinto impacto que ha tenido el virus en cada uno.

Por último, a través de este capítulo hemos podido responder a la segunda parte de nuestro objetivo general, y por otro lado a nuestro segundo objetivo específico, el cual buscaba analizar y comparar las variables económicas que atravesaron las estrategias de ambos países. Retomando nuestra hipótesis, en este capítulo pudimos vislumbrar principalmente los avances que tuvieron que ver con que las políticas implementadas han logrado que se eviten muchos desempleos, que la economía no se desplome y se muestren signos de recuperación en el 2021 y más en el 2022.

Hemos visto entonces numerosas medidas por parte de ambos gobiernos para paliar los efectos devastadores causados en la economía por la crisis del coronavirus. En ambos encontramos ayudas a empresas, pymes y trabajadores, además de la exposición de las desigualdades económicas existentes en la sociedad que aportaron un mayor nivel de mortalidad en las cifras.

Conclusiones

La pandemia del COVID-19 ha puesto de manifiesto la hipercomplejidad en todas sus dimensiones: paradojas entre la economía, la salud y la ciencia, en las decisiones en diferentes niveles de gobierno en todos los países, así como diversas lógicas de combate y confinamiento (y sus irracionalidades). También se han evidenciado las disfunciones en las estrategias de combate a la pandemia entre las decisiones gubernamentales, la articulación multinivel, entre los gobiernos y la OMS, y entre los estados de la Unión Europea.

Como resultado de esta investigación, hemos podido responder al objetivo general que nos hemos propuesto, el cual tenía que ver con describir la gestión de la pandemia que llevaron adelante España y el Reino Unido entre 2020 y 2021 en términos políticos-sanitarios y económicos para intentar encontrar las principales similitudes y diferencias entre los dos conjuntos de políticas. Consideramos que esto ha sido logrado tanto con el desarrollo del capítulo 1 como con el desarrollo del capítulo 2.

Ahora bien, en lo que respecta al capítulo 1, hemos alcanzado el cumplimiento del primer objetivo específico: identificar y comparar las principales variables políticas-sanitarias en las estrategias nacionales que tanto España y el Reino Unido llevaron adelante para hacer frente a la pandemia. Asimismo, también encontramos resultados que confirman nuestra hipótesis inicial, que refería a las debilidades de las estrategias nacionales de ambos países en términos de contagios, hospitalizaciones y decesos, así como avances y retrocesos en estas gestiones pandémicas. Retomaremos algunos puntos de la investigación para demostrar lo dicho.

Llama la atención el hecho de que países como el Reino Unido hayan reaccionado tan tarde después de ver durante semanas las experiencias de Italia y España, o de contar con departamentos de epidemiología que se encuentran entre los mejores del mundo. Por lo que podemos notar que la presión de no querer paralizar la economía ha sido un factor determinante en este sentido (Otero-Iglesias et al., 2020).

Por su parte, la sanidad de España ha sido tradicional motivo de orgullo nacional y lo cierto es que, pese a la caída en gasto público sanitario registrada desde la Gran Recesión, el sistema nacional de salud español sigue ocupando una posición media-alta en los rankings comparados, si bien en número de camas UCI queda en torno a la media de la OCDE. Aquí vemos una contradicción: si bien el sistema está diseñado de modo relativamente eficiente para ofrecer atención primaria específicamente, es decir, tratar las enfermedades habituales y afrontar epidemias similares a las ya conocidas, no es eficiente a la hora de atender una pandemia de esta dimensión y características. En contraposición a lo dicho al principio del párrafo, numerosos epidemiólogos han denunciado recortes y la consecuente falta de recursos humanos y materiales. Así, el apartado de salud pública, incluyendo el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) que ha estado al frente de la gestión de la crisis, solo representa el 1% del presupuesto sanitario. Una cifra que explica las carencias desde la recogida de datos, incluyendo las capacidades de rastreo, hasta la falta de respiradores y unidades de testeo (Otero-Iglesias et al., 2020).

Además, si pasamos a las disfuncionalidades de gestión entre el gobierno central y las CCAA, vemos que se delegó la autoridad al Ministro de Sanidad. Con la creación del “mando único”, el Ministro de Sanidad asumió formalmente la toma de decisiones y la coordinación de la política sanitaria, contando con el apoyo de todas las CCAA a nivel político y técnico ya que el estado de alarma permitió al Gobierno suspender temporalmente las competencias sanitarias de éstas. Sin embargo, teniendo en cuenta que la gestión sanitaria lleva dos décadas descentralizada, la coordinación del Gobierno demostró ser muy débil. Fue difícil para el Ministerio de Sanidad obtener y proporcionar incluso datos operativos básicos, así como coordinar acciones conjuntas como la compra de materiales. En este panorama de escasez, las CCAA comenzaron a competir entre sí por estos recursos escasos y a comprar materiales de forma independiente en los mercados. Esta falta de capacidad y de coordinación sin duda condicionó la respuesta de España a la pandemia (Otero-Iglesias et al., 2020; Kölling y Molina, 2022).

Por su parte, en octubre de 2019, el Índice de Seguridad Sanitaria Global clasificó al Reino Unido como el segundo país mejor preparado del mundo para hacer frente a una epidemia o pandemia. Sin embargo, lo que sucedió desde entonces estuvo muy lejos de lo que muchos predijeron: un país que debería haber sido uno de los mejor ubicados para enfrentar la crisis sanitaria, se encontraba entre los más afectados en Europa, lo mismo que hemos mencionado con respecto a España.

Para agosto de 2020, el Reino Unido había registrado el mayor número de muertes en exceso y uno de los mayores números de infecciones per cápita en Europa. Durante las once peores semanas de la crisis, del 23 de marzo de 2020 al 7 de junio de 2020, el Reino Unido reportó un exceso estimado de 64.451 muertes. Inglaterra fue la nación del Reino Unido más afectada, con un exceso de aproximadamente 991 muertes por millón de habitantes, seguida de Escocia (880), Gales (701) e Irlanda del Norte (514) (Williams, Rajan y Cylus, 2021).

De igual modo, como se ha visto en el capítulo 1, con respecto al punto de la coordinación entre gobiernos, todo parece indicar que hay una correlación entre la centralización y la forma de atender la crisis del coronavirus. En el caso español, que operaba en la práctica como un modelo federal, pero sin los ingredientes institucionales imprescindibles (cooperación y lealtad entre los agentes institucionales, una cámara de representación autonómica, mecanismos de financiación, etc.), el gobierno optó por gestionar la crisis de manera centralizada. No quedó otra opción para España que optar por un mando único para afrontar la crisis debido al déficit de instrumentos institucionales para operar de forma descentralizada pero cooperativa. Quizás, un dato positivo a nivel institucional durante esta crisis ha sido la forma en que muchos municipios y diputaciones han mostrado un gran dinamismo en la búsqueda de protección a la ciudadanía (desde la obtención de material sanitario en un mercado internacional muy complejo hasta múltiples iniciativas de apoyo social y fomento económico) (Ramíó Matas, 2020).

En el caso del Reino Unido, encontramos un panorama mixto en cuanto a la coordinación entre gobiernos, en el que se combinan instancias de coordinación y competencia entre las cuatro naciones constituyentes, mientras se basa en un sistema altamente centralizado

en Inglaterra, donde vive más del 80% de la población británica, como hemos mencionado anteriormente. Ahora bien, a medida que se fue desarrollando la crisis, vemos que surgieron dinámicas competitivas entre las naciones y dentro de Inglaterra (Vampa, 2021). Lo que implica que existieron momentos en los que hubo acuerdo en cuanto a las decisiones tomadas, y otros momentos en los cuales se prefirió seguir cada uno su propia decisión.

A raíz de los resultados que obtuvimos, nuestra hipótesis sobre la debilidad en términos de contagios, hospitalizaciones y decesos de las estrategias nacionales queda confirmada ya que a pesar de las numerosas políticas implementadas, no se han podido revertir las cifras alarmantes alcanzadas por ambos países.

En el capítulo 2 hemos logrado responder al segundo objetivo específico de analizar y comparar las variables económicas que atravesaron las estrategias de ambos países. En este capítulo específicamente, pudimos vislumbrar retomando nuestra hipótesis, principalmente los avances que tuvieron que ver con que las políticas implementadas han logrado que se eviten muchos despidos, que la economía no se desplome y se muestren signos de recuperación en el 2021 y más en el 2022. Hemos identificado numerosas medidas por parte de ambos gobiernos para paliar los efectos devastadores causados en la economía por la crisis del coronavirus. En ambos encontramos ayudas a empresas, pymes y trabajadores, además de la exposición de las desigualdades económicas existentes en la sociedad que aportaron un mayor nivel de mortalidad en las cifras. Retomaremos entonces algunas políticas económicas vistas en este capítulo para demostrar lo afirmado.

Una de las principales medidas que introdujo el Gobierno de España al comienzo del estado de alarma fue un paquete de €200.000 millones para luchar contra las consecuencias económicas del cierre, comprendiendo un impulso fiscal con inversiones públicas y privadas y medidas de liquidez y garantía para permitir que las empresas y los autónomos se refinanciaran e invirtieran. Ocho textos legislativos del año 2020 proporcionaron medidas adicionales para hacer frente a la crisis sobre cuestiones como la salud y la economía en general, con especial énfasis en la industria del turismo, las pymes y los autónomos, así como las personas afectadas por las medidas.

Cabe destacar los Planes de Despido Temporal (ERTE), las inversiones públicas y garantías crediticias para asegurar la liquidez y solvencia de las empresas, así como los planes para reactivar el consumo. Llegando a fin del año 2020, el Gobierno presentó el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de la Economía Española para orientar la implementación de los Fondos de Recuperación de la UE entre 2021 y 2023. El plan cumple con las prioridades del Fondo Europeo de Recuperación, siendo las inversiones “verdes” más del 37% de todo el plan y la digitalización cerca del 33% (Kölling y Molina, 2022).

En cuanto a las medidas fiscales, se permitió ampliar o suspender el plazo para cumplir con las obligaciones y procedimientos fiscales, o la reducción al 0% del IVA que grava la venta de suministros médicos por parte de fabricantes nacionales a entidades públicas, sin fines de lucro y hospitales. Se adoptaron más paquetes de ayuda para los sectores más afectados a lo largo de 2020, y se permitió una moratoria en el pago de las contribuciones a la Seguridad

Social de los autónomos afectados. Aún así, los expertos han afirmado que los paquetes de ayuda en España han sido más reducidos que en otras economías avanzadas y otros estados miembros de la UE. La crisis golpeó a España cuando el gobierno tenía un margen de gasto muy reducido, lo que impedía que pueda adoptar medidas más agresivas. Por este motivo, el gobierno depositó todas sus esperanzas en los fondos europeos (Kölling y Molina, 2022).

Las CCAA también han puesto en marcha sus propios planes de actuación para afrontar la pandemia, fortalecer sus sistemas sanitarios e introducir medidas para la recuperación económica y el consumo, contando con asistencia de fondos del Gobierno para sortear su limitada autonomía financiera. Además de esta financiación, el Gobierno aprobó un fondo no reembolsable de €16.000 millones para cubrir los costes derivados de la pandemia. Su distribución a las CCAA se basó en variables de salud, aunque algunos gastos también se dirigieron a cuestiones educativas (Kölling y Molina, 2022).

Por su parte, entre las decisiones económicas que implementó el Reino Unido a lo largo del 2020 y 2021 podemos destacar al Plan de Retención de Empleo por Coronavirus (CJRS) que cubría el 80% de los salarios de las personas con salarios inferiores a £2.500; el Esquema de Préstamos por Interrupción de Negocios por Coronavirus (CBILS) para que las empresas puedan acceder a un apoyo financiero; y el Régimen de Apoyo a la Renta de los Trabajadores por Cuenta Propia (SEISS) en el cual el gobierno otorgaba subvenciones basadas en el retorno: cuanto menor sea el rendimiento, mayor será el crédito, entre las principales iniciativas.

Seguidamente, se formalizó la activación del aplazamiento de pagos de IVA; el programa Future Fund para préstamos convertibles; el plan Eat out to Help out con subsidios de alimentos y bebidas en pubs y restaurantes; el Régimen de Apoyo a la Renta de los Trabajadores por Cuenta Propia (SEISS) con tres meses de subvenciones distribuidas en cinco lanzamientos. Otras medidas fueron el esquema de apoyo Recovery Loan Scheme (RLS) para garantizar que las empresas de cualquier tamaño puedan seguir accediendo a préstamos; y el programa Kickstart de empleo para jóvenes. El Gobierno otorgó prórrogas para el pago de impuestos con el Programa de tiempo de pago con exenciones de multas y por último el Crédito Universal disponible para quienes tenían bajos ingresos, así como para desempleados o limitados para trabajar por enfermedad o discapacidad.

Luego de este recorrido por ambos países y retomando la segunda parte de nuestro objetivo general de intentar encontrar las principales similitudes y diferencias entre ambos, presentaremos los resultados de la investigación en los siguientes apartados.

Similitudes

Primeramente, entre las similitudes más evidentes que podemos considerar se encuentran el hecho de que ambos países cuentan, cada uno con su particularidad específica, con un gobierno central y con gobiernos descentralizados que, con distintos niveles y áreas de potestad, han tomado decisiones que guiaron el rumbo del país en esta crisis. Pese a esta similitud, hubo periodos de descoordinación entre los distintos niveles de gobierno en ambos casos. Además, la aparición del coronavirus ha sido casualmente el mismo día en ambos países (31 de enero del 2020).

Por otro lado, coinciden también en la demora y en la poca importancia que se le brindó al coronavirus viendo lo que ocurría en simultáneo en otros países del mundo, lo que llevó inevitablemente a una reacción tardía por parte de estos gobiernos decretando el confinamiento una vez que los contagios ya se habían extendido por todo el país (España el 14 de marzo de 2020 y el Reino Unido el 23 de marzo de 2020) y los retrasos en la ampliación de la capacidad de prueba y rastreo de la enfermedad.

A su vez, el virus expuso problemas sistémicos en cuanto a los sistemas sanitarios y las diferencias propias de cada sociedad como las desigualdades económicas, de clase o étnica (esto se ve reflejado también en la voluntad de vacunación) y el debilitamiento de los servicios públicos. En ambos países se vio una priorización en la cuestión económica, lo que llevó a optar por un desconfinamiento apresurado, cuando los contagios seguían en alza. Asimismo, entre las medidas económicas mencionadas anteriormente, podemos decir que estuvieron orientadas a asegurar el empleo, con paquetes de ayuda e inyecciones de liquidez para paliar los efectos de la crisis, ayudas a empresas, pymes y trabajadores autónomos, financiamiento, aplazamiento de pagos, moratorias, supresión temporal de impuestos, entre otras. Estas medidas, como mencionamos anteriormente, han tenido resultados positivos en ambos países ya que evitaron muchos desempleos, el desplome total de la economía y la posterior recuperación en los años siguientes.

Si bien los sistemas sanitarios de ambos países son bastante avanzados, algunos años atrás se habría recortado el monto destinado a la sanidad y esto se vio reflejado en la falta de equipamiento que tuvieron al comienzo de la pandemia. A pesar de que la asistencia frecuente de las personas a los médicos y la accesibilidad del sistema sanitario es óptima en ambos países, aún así se llevaron erróneamente las estadísticas en cuanto a muertes y casos. Vemos el hecho de las cifras “mal contadas” como un factor común, ya que por un lado no se unificó el criterio de contabilidad de casos y muertes para todos los territorios dentro de los países por igual así como la intención de ocultar ciertas cifras alarmantes, lo que llevó a un desfase en la presentación de números oficiales.

De la misma manera, todas las variantes de la enfermedad que se han mencionado a lo largo del desarrollo de la investigación del COVID-19 han hecho su aparición en ambos países, aumentando el número de contagios debido a su rápida propagación. Sumado a lo anterior, también notamos la voluntad de rastreo por parte de los gobiernos para detectar y seguir a los casos confirmados a través de aplicaciones móviles, aunque estas no resultaron muy exitosas en su tarea por la baja confiabilidad de los usuarios en los gobiernos, por el miedo a la invasión de la privacidad y por fallas de las mismas.

Por otro lado, en lo estrictamente político, ambos gobiernos tuvieron que enfrentarse a una oposición en un principio conciliadora, pero luego rival, que en algunos casos organizó marchas en contra de ciertas decisiones gubernamentales como los “anti-mascarilla”, “anti-confinamiento”, etc. También la comunicación fue criticada en ambos casos, por la forma de comunicar y por la confusión que provocaba en cuanto al alcance de las medidas tomadas.

Por último, las campañas de vacunación tuvieron resultados positivos en ambos países pudiendo garantizar una amplia oferta de vacunas para la población (estas fueron AstraZeneca, Moderna, Pfizer/BioNTech, Janssen, Novavax), dando prioridad a la primer dosis para que llegara a la mayor cantidad de personas posible, protegiendo primero a la población de riesgo como los de tercera edad y el personal médico, y luego progresivamente hacia las personas más jóvenes.

Diferencias

Siguiendo con nuestro análisis, también podemos vislumbrar algunas diferencias entre ambos países. La primera digna de mención es el hecho de que en España hablamos del Presidente como decisor principal en la estrategia nacional y en el Reino Unido la figura principal es la del Primer Ministro. Por otra parte, la diferencia que existe entre las posiciones económicas de ambos y su demografía, donde el PIB nominal del Reino Unido se encuentra 9 puestos por encima que el de España y una diferencia poblacional de más de 21 millones de habitantes, lo que muestra una disparidad en cuanto a casos y muertes en el total de las cifras por país, como ya hemos mencionado.

Hemos visto, además, la diferencia en la cantidad de olas que ha tenido España (seis) y las que ha tenido el Reino Unido (tres) y esto se debe al alza y la baja en los contagios, el confinamiento y desconfinamiento decretado, así como la prolongación de las olas en el tiempo en el caso del Reino Unido.

Asimismo, la cuestión que se ha mencionado a lo largo de esta investigación sobre los gobiernos descentralizados es que, si bien es un rasgo común, no tienen las mismas potestades y libertades con respecto al gobierno central ya que unos son países que conforman un sistema político bajo un mismo monarca, y las otras son gobiernos subnacionales dentro de un mismo país.

Por otra parte, pese a no ser parte de nuestra investigación, algunos factores como el tipo de población y las costumbres, son incluidas por otros estudios para explicar la expansión que ha tenido el virus en cada país con el fin de vislumbrar el hecho de que este ha sido mucho más letal con la tercera edad y con pacientes con enfermedades respiratorias. Otro factor -médico- importante para explicar esta cuestión, y que, por supuesto queda por fuera de esta investigación, es el nivel de comorbilidad, esto es la cantidad de otras afecciones, como diabetes, enfermedades cardíacas o presión arterial alta que las personas pueden tener cuando se infectan. Si bien en ambos tenemos una población envejecida (aunque la natalidad es mayor en el caso del Reino Unido), en España las costumbres y el trato entre las personas resulta más afectuoso y cercano, lo que podría haber aumentado la probabilidad de contagio del virus, a diferencia del Reino Unido, con un trato mucho más frío y distante.

La contabilidad de cifras, como ya hemos advertido anteriormente, se da de manera diferente dado que no existió un criterio unificado a nivel internacional y cada país/territorio tomó en consideración lo que estimaba necesario. El Reino Unido realizaba los tests de coronavirus principalmente a personas que estaban lo suficientemente enfermas como para ser internadas en el hospital y eso pudo hacer que la tasa de mortalidad parezca mucho más alta.

En el caso español, los datos y la forma de contabilizar infectados y decesos generaron discrepancias tanto por el retraso en la inscripción de las defunciones y casos, como el ocultamiento del número real, inclusive teniendo en cuenta de que recién el 17 de abril el Ministerio de Sanidad comunicó que debía rehacer la serie histórica de datos y publicó unos criterios unificados para la aplicación de un sistema similar por parte de las CCAA.

Por último, existe una diferencia en las cifras de muertes, casos, tests, pacientes en cuidado intensivo (UCI), pacientes ingresados en hospitales y vacunas (1°, 2° y 3° dosis), que varían de un país al otro, pero esta cuestión está presentada en una Tabla y en gráficos dentro del siguiente apartado “Anexos”. Según las cifras expuestas, vemos que el 2021 arrojó unos números finales que muestran una clara superación del Reino Unido con respecto a las cifras en España. Esto se debe a una multiplicidad de factores como son las políticas que cada uno implementó, las cuales hemos desarrollado a lo largo de esta investigación.

Ahora bien, luego de analizar todas estas cuestiones y retomando nuestra hipótesis, la cual sostenía que las estrategias nacionales pandémicas que llevaron a cabo España y Reino Unido en materia política-sanitaria y económica durante 2020 y 2021, demostraron ser débiles en términos de contagios, hospitalizaciones y decesos, pudiendo vislumbrar avances y retrocesos en la gestión del COVID-19; podemos advertir la multiplicidad de posibles factores explicativos de las disfunciones en las estrategias. Estos son numerosos y complejos, y si bien, como hemos mencionado, hay algunos que no han formado parte de la investigación en sí misma, deben ser tenidos en cuenta para explicar aspectos de la debilidad que hemos buscado demostrar.

Si ampliamos el foco nos damos cuenta de que estos fallos no han sido nacionales sino internacionales, casi globales. España ha fallado, pero también han cometido errores muy similares países tan dispares como Italia, Francia, Bélgica, y el mismo Reino Unido. Países con culturas políticas distintas y con modelos institucionales y de gestión muy diferentes. Por tanto, no parece posible hallar una correlación entre sistemas políticos o modelos de administración pública con los niveles de éxito o fracaso con el que han afrontado los distintos países la crisis del coronavirus. No hay muchas diferencias en la calidad de las respuestas entre los sistemas políticos presidenciales, parlamentarios o semipresidenciales. En efecto, no parece que exista una correlación clara entre sistemas políticos y el tipo de reacciones institucionales ante la crisis (Ramió Matas, 2020).

Una razón importante de este “fracaso”, según Michie et al. (2022), ha sido que las políticas del gobierno del Reino Unido en momentos críticos no han tenido en cuenta adecuadamente la evidencia científica, mientras que al mismo tiempo se ha intentado culpar a los científicos por los fracasos de las políticas resultantes. En 2021, una investigación conjunta del Comité de Salud y Atención Social y el Comité de Ciencia y Tecnología de la Cámara de los Comunes concluyó que las decisiones sobre cierres y distanciamiento social durante las primeras semanas de la pandemia representaron “una de las fallas de salud pública más importantes que el Reino Unido haya experimentado jamás”, con el resultado de que el Reino Unido se desempeñó “significativamente peor” que otros países en comparación en términos de muertes y hospitalizaciones relacionadas con COVID-19. La investigación señaló que “la

inmunidad de rebaño”, el enfoque “lento y gradual” y las suposiciones de excepcionalismo nacional contribuyeron a este fracaso, entre otras deficiencias. Esta afirmación, la cual es coincidente con el caso español en su propia particularidad, confirma nuestra hipótesis sobre la debilidad de la gestión pandémica de estos países en términos de contagios, hospitalizaciones y decesos y los retrocesos que implicaron en la política y la economía de los mismos; a pesar de las numerosas políticas sanitarias y económicas implementadas.

Esperamos que esta investigación sea un aporte a la disciplina con el fin de tomar como ejemplos las decisiones que no resultan favorables para combatir un virus de este calibre, así como para evitar repetir ciertos errores en un futuro probablemente no muy lejano. Desde la disciplina de las relaciones internacionales con la cual hemos buscado abordar esta temática, entendemos que todo fenómeno de este tipo nos trae lecciones por aprender, ya sea por su novedad, por su magnitud o por su urgencia.

Conocer sobre distintas estrategias alrededor del mundo, nos lleva a evaluar cuáles resultan ser efectivas y cuáles, aunque arriben a resultados inmediatos, en realidad son riesgosas. También existirán variaciones según el caso, por condiciones que no están presentes o lo están en distinto grado, pero lo que se ha buscado aquí, como hemos mencionado en la introducción, es contrastar ambos casos a través de variables generales donde se puedan encontrar fácilmente las similitudes y diferencias a las que nos referíamos anteriormente.

Actualidad y perspectivas futuras

Si bien no es objeto de esta tesina, considerando que este trabajo tiene su recorte temporal al 31 de diciembre de 2021 y que no se incluye al año 2022, no queríamos dejar de destacar lo más significativo que tuvo cada país en ese período.

En el caso de España, podemos ver que el Gobierno de Sánchez continúa y las políticas han dado sus frutos finalmente con la recuperación de la normalidad. Gracias a la ayuda brindada por la Unión Europea, la campaña de vacunación y los resultados de las políticas económicas que hemos visto, se han protegido a los potenciales desempleados y se ha dado una recuperación económica inclusive. Aunque no debemos ignorar el hecho de que cuando hacemos el recorte final, la variante Ómicron estaba en plena expansión y la preocupación venía por la efectividad de las vacunas y los refuerzos a los cuales la población apeló para protegerse. Por otra parte, los ERTes se consolidaron como mecanismo de ayuda a empresas en dificultades económicas en momentos de crisis.

Ahora bien, según los datos proporcionados por World O Meter y el GISAIID, la actualización al 28 de marzo de 2023 es que se han detectado 13.790.580 contagios, mientras que el número de muertes alcanzó las 120.170 personas, y al 24 de febrero se han suministrado 108.591.474 vacunas. Según estas cifras, podemos ver que durante el 2022 hubo más del doble de contagios con respecto al año anterior por la variante aludida anteriormente, pero a su vez, hay un esquema de vacunación en curso que sumó 20 millones de vacunas más durante el año, lo que hizo disminuir a una cuarta parte el número de muertes en este período.

Por su parte, en el Reino Unido podemos ver que hubo un cambio de gobierno, ya que Boris Johnson anunció su dimisión como líder del partido conservador el 7 de julio de 2022 tras una crisis gubernamental, asumiendo en su lugar Liz Truss el 6 de septiembre de 2022 -convirtiéndose en la tercera mujer en ocupar el cargo tras Margaret Thatcher y Theresa May- y siendo además el mandato más corto en la historia del país ya que renunció 14 días después de asumir. Finalmente, Riski Sunak, anterior secretario principal del Tesoro en la gestión de Johnson, se convirtió en Primer Ministro el 25 de octubre de 2022, siendo el primero de ascendencia sudasiática, además del más joven desde 1783.

Si bien las medidas económicas ayudaron a detener la tasa alta de desempleo y el cierre de empresas, sobre todo las pymes, se heredó de los gobiernos anteriores una situación de crisis económica con una recesión, una inflación del 11% y una caída de ingresos en un 7% en los próximos dos años, según la Oficina de Responsabilidad Presupuestaria. Esto intensificó la crisis por el creciente costo de vida, que se atribuye a las consecuencias de la salida del país de la UE, la pandemia de coronavirus y a la guerra en Ucrania. Sunak eligió seguir una política de austeridad y en su primer presupuesto, previó un ahorro de £55.000 millones anuales en los próximos cinco años. En noviembre de 2022, muchos británicos se declararon en huelga para exigir salarios más altos, aunque Sunak optó por una línea dura contra éstos, negándose a negociar. El índice de popularidad del Primer Ministro se situó en diciembre de 2022 en el 25% (El Economista, 2022).

En cuanto al recorte que hacemos al 31 de diciembre de 2021, como ya mencionamos, la última ola ha sido protagonizada por la variante Ómicron que desestabilizó nuevamente las cifras que se venían conteniendo. A lo largo de 2022, el gobierno británico pasó a considerar al COVID-19 como una enfermedad endémica y decretó el abandono de todas las restricciones (Financial Times, 2022). Según los datos proporcionados por World o Meter (s.f.), al 28 de marzo de 2023 se han detectado 24.448.729 contagios, mientras que el número de muertes alcanzó las 209.396 personas, según el Gobierno del Reino Unido (2023), al 23 de marzo se han suministrado 144.789.323 vacunas sumando una cuarta dosis inclusive. Estas cifras nos demuestran que, al igual que España, los casos casi se duplican con la aparición de Ómicron pero con el exitoso esquema de vacunación de este país, las muertes se redujeron considerablemente.

Quedará abierto el interrogante sobre qué consecuencias seguirán manifestándose a raíz de las políticas implementadas en este período, tanto a corto, como mediano y largo plazo. Asimismo, cabe preguntarnos sobre el avance de este virus en el mundo y el impacto que tenga en cada país, teniendo en cuenta que todavía se están observando los resultados a los que nos referimos anteriormente y el hecho de que seguiremos confiando en que la tecnología de hoy en día y las lecciones aprendidas a raíz de esta pandemia, nos hayan preparado para próximos desafíos a experimentar. Además, como hemos adelantado en la introducción, entendemos que esta investigación cubre una multitud de aspectos que por sí mismos merecerían varios estudios específicos. La variabilidad de la epidemiología de la pandemia entre países y entre provincias, regiones, CCAA, etc. dentro de cada país, y las respuestas tanto económicas como políticas, los contextos, etc., requerirían cada uno de un análisis particular. Es de nuestro interés que dichos interrogantes puedan ser respondidos y desarrollados en futuras investigaciones.

Anexos

Tabla 1. Cifras del impacto del coronavirus en ambos países

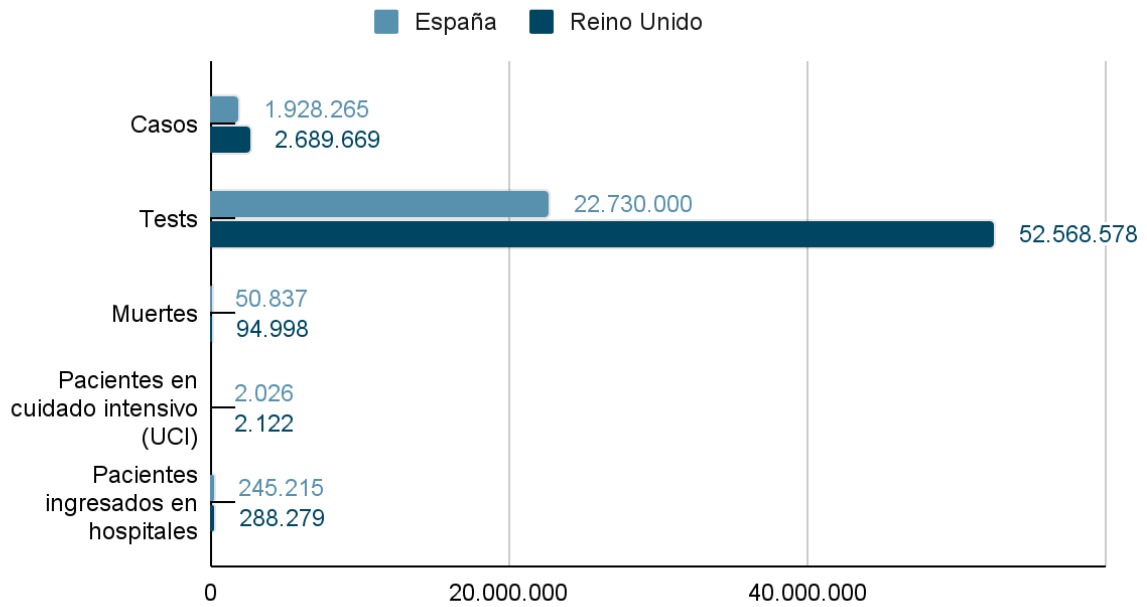
	España	Reino Unido
Casos	Al 31/12/2020: 1.928.265 Al 31/12/2021: 6.294.745	Al 31/12/2020: 2.689.669 Al 31/12/2021: 13.866.804
Tests	Al 31/12/2020: 22.730.000 Al 31/12/2021: 73.045.000	Al 31/12/2020: 52.568.578 Al 31/12/2021: 402.614.146
Muertes	Al 31/12/2020: 50.837 Al 31/12/2021: 89.405	Al 31/12/2020: 94.998 Al 31/12/2021: 177.395
Pacientes en cuidado intensivo (UCI)	Al 31/12/2020: 2.026 Al 31/12/2021: 1.812	Al 31/12/2020: 2.122 Al 31/12/2021: 996
Pacientes ingresados en hospitales	Al 31/12/2020: 245.215 Al 31/12/2021: 320.849	Al 31/12/2020: 288.279 Al 31/12/2021: 641.415
Vacunas (al 31/12/2021)	1º dosis: 39.664.717 2º dosis: 37.869.504 3º dosis: 13.743.032	1º dosis: 51.786.768 2º dosis: 47.434.251 3º dosis: 34.091.798

Fuente: Elaboración propia. Información extraída de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Gobierno del Reino Unido, Ministerio de Sanidad de España y del GISAID.

Gráficos de las cifras de ambos países

Gráfico 1. Cifras del COVID-19 en el año 2020

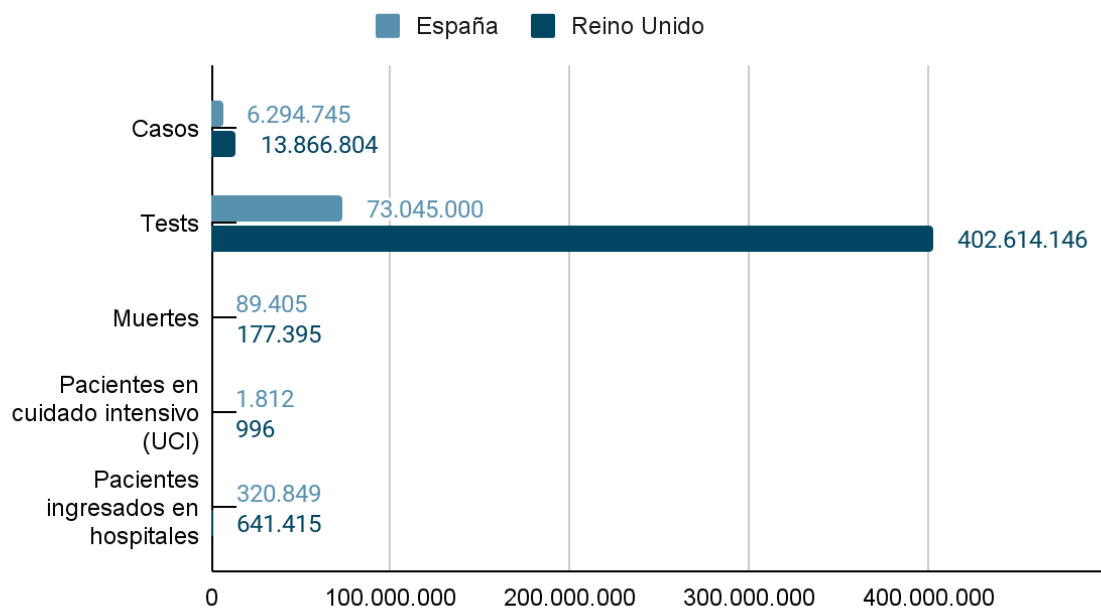
Cifras del COVID-19 en el año 2020



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Cifras del COVID-19 en el año 2021

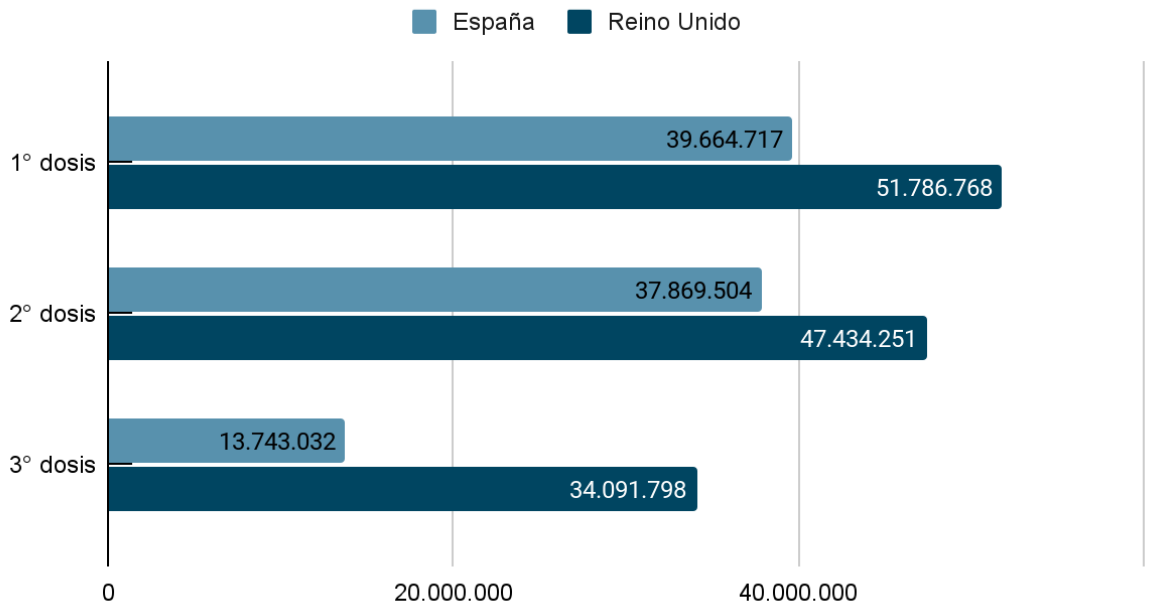
Cifras del COVID-19 en el año 2021



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3. Cantidad de vacunas aplicadas

Cantidad de vacunas aplicadas



Fuente: Elaboración propia.

Referencias bibliográficas

Documentos y sitios oficiales

Boletín Oficial del Estado (BOE) (2020): “Real Decreto 463/2020”. 14 de marzo. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>

Boletín Oficial del Estado (BOE) (2021a): “Sentencia 148/2021”. 14 de julio. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-13032>

Boletín Oficial del Estado (BOE) (2021b): “Sentencia 183/2021”. 27 de octubre. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-19512>

British Business Bank: “Coronavirus Business Interruption Loan Scheme (CBILS)”. Disponible en: <https://www.british-business-bank.co.uk/ourpartners/coronavirus-business-interruption-loan-scheme-cbils-2/>

British Business Bank: “Recovery Loan Scheme”. Disponible en: <https://www.british-business-bank.co.uk/ourpartners/recovery-loan-scheme/>

British Business Bank: “Future Fund”. Disponible en: <https://www.british-business-bank.co.uk/ourpartners/coronavirus-business-interruption-loan-schemes/future-fund/>

Comunidad de Madrid (2020): “La Comunidad de Madrid aprueba medidas extraordinarias por el coronavirus”. 9 de marzo. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/noticias/2020/03/09/comunidad-madrid-aprueba-medidas-extraordinarias-coronavirus>

Departamento de Salud y Asistencia Social del Gobierno de Su Majestad (2020): “Casos de coronavirus en el Reino Unido: estadísticas actualizadas diariamente”. Febrero. Disponible en: <https://www.gov.uk/guidance/coronavirus-covid-19-information-for-the-public>

EU-UK Trade and Cooperation Agreement (2020): “TRADE AND COOPERATION AGREEMENT BETWEEN THE EUROPEAN UNION AND THE EUROPEAN ATOMIC ENERGY COMMUNITY, OF THE ONE PART, AND THE UNITED KINGDOM OF GREAT BRITAIN AND NORTHERN IRELAND, OF THE OTHER PART”. 24 de diciembre. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/948119/EU-UK_Trade_and_Cooperation_Agreement_24.12.2020.pdf

Fondo Monetario Internacional (FMI): “WORLD ECONOMIC AND FINANCIAL SURVEYS. World Economic Outlook Database”. Disponible en: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2022/October/weo-report?>

Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data (GISAID): “Tracking of hCoV-19 Variants”. Disponible en: <https://gisaid.org/hcov19-variants/>

Institute for government analysis (2021): “Timeline of UK government coronavirus lockdowns and measures, March 2020 to December 2021”. Disponible en: <https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/2022-12/timeline-coronavirus-lockdown-december-2021.pdf>

La Moncloa: “Organización de España”. Web oficial del presidente del Gobierno y el Consejo de Ministros. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/espana/organizacionestado/Paginas/index.aspx>

La Moncloa (2020): “Plan de desescalada [Consejo de ministros]”. 28 de abril. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/Paginas/enlaces/280420-enlacedesescalada.aspx>

Ministerio de Sanidad (2021): “Actualización de la situación epidemiológica de la variante B.1.1.7 de SARS-CoV-2 y otras variantes de interés”. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Gobierno de España. 8 de febrero. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20210208_Variantes_de_SARS-CoV-2_en_Espana.pdf

Ministerio de Sanidad (2022): “Informe del SNS 2020-2021”. Gobierno de España. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/ASPECTOS_RELEVANTES_2020-21.pdf

Ministerio de Sanidad (2023): “Gestión Integral de la vacunación COVID-19”. 24 de febrero. Gobierno de España. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe_GIV_comunicacion_20230224.pdf

Office for National Statistics (ONS) (2023): “GDP monthly estimate, UK: December 2022”- 10 de febrero. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20230219002229/https://www.ons.gov.uk/economy/grossdomesticproductgdp/bulletins/gdpmonthlyestimateuk/december2022>

Organización Mundial de la Salud: “Tracking SARS-COV-2 variants”. Disponible en: <https://www.who.int/es/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

Organización Mundial de la Salud (2010): “¿Qué es una pandemia?”. 24 de febrero. Disponible en: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/

Organización Mundial de la Salud (2020a): “Coronavirus”. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>

Organización Mundial de la Salud (2020b): “Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)”. Disponible en:

<https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) (2020): “Informe nº 59. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir del 10 de mayo”. 29 de diciembre. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2059_29%20de%20diciembre%20de%202020.pdf

The Future Fund (s.f.): “Future Fund”. Disponible en: <https://thefuturefund.co.uk/>

UK Government (s.f.): “How government works”. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/how-government-works>

UK Government (2020a): “Coronavirus (COVID-19) in the UK”. 31 de julio. Disponible en: <https://coronavirus.data.gov.uk/>

UK Government (2020b): “Eat Out to Help Out launches today – with the government paying half on restaurant bills”. 3 de agosto. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/news/eat-out-to-help-out-launches-today-with-government-paying-half-on-restaurant-bills>

UK Government (2021): “National flu and COVID-19 surveillance reports published”. 7 de octubre. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/news/national-flu-and-covid-19-surveillance-reports-published>

UK Government (2022a): “HMRC gives Self Assessment taxpayers more time to ease COVID-19 pressures”. 6 de enero. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/news/hmrc-gives-self-assessment-taxpayers-more-time-to-ease-covid-19-pressure>

UK Government (2022b): “Impact assessment: VAT deferral new payment scheme”. 13 de octubre. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/vat-deferral-new-payment-scheme-screening-equality-impact-assessment/vat-deferral-new-payment-scheme>

UK Government (2023): “Vaccine update”. 29 de marzo. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/collections/vaccine-update>

UK Parliament (2021): “Coronavirus: Universal Credit during the crisis”. En House of Commons Library. 15 de enero. Disponible en: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-8999/>

Literatura especializada

Arteaga, Félix (2020): “La gestión de pandemias como el COVID-19 en España: ¿enfoque de salud o de seguridad?”. 13 de abril. Real Instituto Elcano. Disponible en:

<https://media.realinstitutoelcano.org/wp-content/uploads/2021/10/ari42-2020-arteaga-gestion-d e-pandemias-covid-19-en-espana-enfoque-de-salud-o-de-seguridad.pdf>

Barceló Doménech, Javier (2020): “Régimen jurídico de las vacunas en España: reflexiones ante la situación creada por el coronavirus”. Universitat de València. Disponible en: <https://roderic.uv.es/handle/10550/78418>

Botero, Laurita y Guzmán, María Florencia (2020): “Primero BREXIT y ahora COVID-19, ¿Qué le espera al Reino Unido?” En Documento de Extensión: notas sobre la pandemia. Publicación conjunta de Perspectivas Revista de Cs. Soc. y la Escuela de Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Rosario. 26 de mayo. pp. 17-22. Disponible en: <https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/18374/Botero%20Guzm%c3%a1n.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Cabo Salvador, Javier (2010): “Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada. Necesidad de nuevas formas y herramientas de gestión sanitaria”. Julio. Editorial: Centro de Estudios Financieros. Disponible en: <https://tienda.cef.udima.es/libros/gestion-sanitaria-integral-publica-privada.html>

Calviño Santamaría, Nadia (2020): “Las medidas de política económica en el contexto de la covid-19”. En el Colegio de Economistas de Madrid, Consejo General de Economistas. Actividad empresarial en la pandemia de la COVID-19. Octubre. Disponible en: <http://www.economistaslaspalmas.org/actualidad/000073ECONOMISTASNum170A4.pdf>

Cambridge Network (2020): “Coronavirus Act 2020 receives Royal Assent”. 26 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.cambridgenetwork.co.uk/news/coronavirus-act-2020-receives-royal-assent>

Carbó Valverde y Rodríguez Fernández (2020): “Ayudas a la financiación ante el COVID-19: marco temporal y suficiencia”. Centro de análisis FUNCAS. Disponible en: https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_CIE/276art03.pdf

Castelló Muñoz, Enrique (2020): “Estrategias de las empresas de servicios financieros en la crisis del coronavirus”. En el Colegio de Economistas de Madrid, Consejo General de Economistas. Actividad empresarial en la pandemia de la COVID-19. Octubre. Disponible en: <http://www.economistaslaspalmas.org/actualidad/000073ECONOMISTASNum170A4.pdf#page=94>

Centro de Estudios Estratégicos de Relaciones Internacionales (CEERI) (2020): “Observatorio Mundial de Coronavirus”. Disponible en: <https://www.ceeriglobal.org/espana/>

Cowie, Graeme (2020): “Coronavirus Bill: Amended time limits and post-legislative review”. 25 de marzo de 2020. Disponible en: <https://commonslibrary.parliament.uk/coronavirus-bill-amended-time-limits-and-post-legislative-review/>

Dorta Velázquez, José Andrés (2020): “El REF ante la crisis económica y social del coronavirus. Reflexiones y propuestas”. 12 de abril. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Disponible en: <https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/106484/2/EI%20REF%20ante%20la%20crisis%20econ%C3%B3mica%20y%20social%20del%20coronavirus.pdf>

Dubin, Kenneth (2021): “Spain's response to COVID-19”. Disponible en: <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/48284>

Fernández, Francisca (2020): “El derecho a la vida y a la protección de la salud en las medidas adoptadas en España como consecuencia de la covid-19: Una reflexión sobre su oportunidad”. En Scielo. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-52002020000200051&script=sci_arttext&tlng=pt

Gentiletti, Juan (2020): “El nuevo gobierno de coalición español enfrenta su primer gran desafío: la pandemia de COVID-19”. En “La Unión Europea y el COVID-19: pandemia global, respuestas nacionales, ¿soluciones europeas?” dossier del Grupo de Estudio de Estudio de la Unión Europea (GEUE). Julio 2020. Disponible en: <https://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/19075>

Gentiletti, Juan (2021): “España ante las nuevas olas de COVID-19”. En “La Unión Europea y el Covid-19: las sucesivas olas y la recuperación de la "normalidad", 2020-2021: segundo informe” dossier del Grupo de Estudio de Estudio de la Unión Europea (GEUE). Marzo de 2021. Disponible en: <https://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/21774>

Grau-Creus, Mireia y Sanjaume-Calvet, Marc (2020): “«Loyalty does not mean submission!»: On the Covid19 measures and the apparently surprising features of the Spanish territorial model”. Blog de Política Territorial de la UACES. 26 de mayo. Disponible en: <https://uacesterrpol.wordpress.com/2020/05/26/loyalty-does-not-mean-submission-on-the-covid19-measures-and-the-apparently-surprising-features-of-the-spanish-territorial-model/>

Gundermann Kröll (2001): “El método de los Estudios de Caso”. En Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social. El Colegio de México. FLACSO.

Kölling, Mario (2020): “Solidaridad y condicionalidad europea en tiempos post COVID-19”. 01 de junio. Real Instituto Elcano. Disponible en: <https://www.realinstitutoelcano.org/analisis/solidaridad-y-condicionalidad-europea-en-tiempos-post-covid-19/>

Kölling, Mario y Molina, Ignacio (2022): “La UE, España y el COVID-19”. En Lecciones internacionales, regionales, nacionales y locales de la pandemia COVID-19. Tomo III: Una perspectiva desde la Ciencia Política y las Relaciones Internacionales. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/704275/AFDUAM_extra_03_7.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Low Incomes Tax Reform Group (2022): “Coronavirus: Self-Employment Income Support Scheme (SEISS)”. 28 de octubre. Disponible en: <https://www.litrg.org.uk/tax-guides/coronavirus-guidance/coronavirus-self-employment-income-support-scheme-seiss>

Michie, Susan, Ball, Philip, Wilsdon, James y West, Robert (2022): “Lessons from the UK’s handling of Covid-19 for the future of scientific advice to government: a contribution to the UK Covid-19 Public Inquiry”. 11 de diciembre. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21582041.2022.2150284>

Molina, Ignacio y Steinberg, Federico (2020): “Influencia (y debilidad) de la política europea de España en tiempos de pandemia: del diagnóstico a las propuestas”. Real Instituto Elcano. 28 de abril. Disponible en: <https://media.realinstitutoelcano.org/wp-content/uploads/2021/10/ari56-2020-molina-steinberg-influencia-debilidad-politica-europea-espana-en-tiempos-pandemia-del-diagnostico-a-propuestas.pdf>

Otero-Iglesias, Miguel et al. (2020): “¿Ha sido un fracaso la gestión española del COVID-19? Errores, lecciones y recomendaciones”. Real Instituto Elcano. Documento de trabajo 14/2020. 17 de julio. Disponible en: <https://media.realinstitutoelcano.org/wp-content/uploads/2020/07/dt14-2020-otero-molina-martinez-ha-sido-un-fracaso-gestion-espanola-del-covid-19.pdf>

Paterson et al. (2023): “The Impact of Government Policy Responses to the COVID-19 Pandemic and Brexit on the UK Financial Market: A Behavioural Perspective”. En British Journal of Management. 5 de enero. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1467-8551.12702>

Paun, Akash (2020): “Five key questions about coronavirus and devolution”. The Constitution Unit Blog, 31 de mayo de 2020. Disponible en: <https://constitution-unit.com/2020/05/31/five-key-questions-about-coronavirus-and-devolution/>

Práger Metis (2020): “Esquema de retención de empleo por coronavirus”. 2 de noviembre. Disponible en: <https://pragermetis.com/es/noticias/esquema-de-retenci%C3%B3n-de-empleo-de-coronavirus-2/>

Práger Metis (2020a): “Extensión de la subvención del Plan de Apoyo a los Ingresos del Trabajo por Cuenta Propia por Coronavirus”. 4 de noviembre. Disponible en: <https://pragermetis.com/es/noticias/extensi%C3%B3n-de-la-subvenci%C3%B3n-del-plan-de-apoyo-a-los-ingresos-del-trabajo-por-cuenta-propia-del-coronavirus/>

Práger Metis (2021): “Prórroga del Plan de Retención de Empleo Coronavirus”. 23 de marzo. Disponible en: <https://pragermetis.com/es/noticias/esquema-de-retenci%C3%B3n-de-empleo-de-coronavirus-de-extensi%C3%B3n/>

Práger Metis (2021b): “El Plan de Préstamo de Recuperación”. 23 de marzo. Disponible en: <https://pragermetis.com/es/noticias/el-esquema-de-pr%C3%A9stamo-de-recuperaci%C3%B3n/>

Ramió Matas, Carles (2020): “Coronavirus, modelos de Estado, toma de decisiones y la transformación de la gestión pública”. Universitat Pompeu Fabra. Junio. Disponible en: <http://www.gigapp.org/images/docus/2020-182-prelim.pdf>

Romero-Jordán, Desiderio y Sanz-Sanz, José Félix (2020): “Medidas fiscales para mejorar la liquidez empresarial en respuesta al COVID-19”. Disponible en: https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_CIE/276art03.pdf

Rubleski, Sol (2020): “Avances y retrocesos del Reino Unido frente al Brexit y al COVID-19”. En “La Unión Europea y el COVID-19: pandemia global, respuestas nacionales, ¿soluciones europeas?” dossier del Grupo de Estudio de Estudio de la Unión Europea (GEUE). Julio 2020. Disponible en: <https://rephip.unr.edu.ar/handle/2133/19075>

Rubleski, Sol (2021): “La segunda ola de coronavirus en el Reino Unido”. En “La Unión Europea y el Covid-19: las sucesivas olas y la recuperación de la "normalidad", 2020-2021: segundo informe” dossier del Grupo de Estudio de Estudio de la Unión Europea (GEUE). Marzo de 2021. Disponible en: <https://rephip.unr.edu.ar/handle/2133/21774>

Taverner Illescas, Juan Carlos (2021): “Crisis sanitarias: Respuesta ante situaciones extraordinarias de urgente necesidad en el siglo XXI”. Universidad de Almería. Disponible en: <http://repositorio.ual.es/handle/10835/13180>

Teruel Lozano, Germán (2020): “Los Decretos-leyes en la crisis del coronavirus: perspectiva constitucional”. En Cuadernos Manuel Giménez Abad parte de la fundación con el nombre homónimo. Junio 2020.

Torres González, Coral María (2020); “Impacto económico en Canarias y España tras el paso del virus coronavirus (COVID-19)”. 15 de septiembre. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/21469/Impacto%20economico%20en%20Canarias%20y%20Espana%20tras%20el%20paso%20del%20virus%20coronavirus%20%28COVID-19%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vampa, Daniel (2021): “COVID-19 and Territorial Policy Dynamics in Western Europe: Comparing France, Spain, Italy, Germany, and the United Kingdom”. En Publius: The Journal of Federalism, Volumen 51, Tema 4. 28 de junio de 2021. Páginas 601–626. Disponible en: <https://academic.oup.com/publius/article/51/4/601/6310391?login=false>

Vidal, Josep Pont (2020): “Gobernanza de la pandemia covid-19 y modelos de gestión ¿Hacia un nuevo tipo de vínculo sociedad-Estado?”. Septiembre. Disponible en: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/5562>

Viñuela Llanos, Antonio (2020): “. Medidas del gobierno para garantizar la liquidez de las empresas: Los avales ICO y la actuación de las entidades financieras”. 12 de abril. Disponible en:

<https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/106484/2/EI%20REF%20ante%20la%20crisis%20econ%C3%B3mica%20y%20social%20del%20coronavirus.pdf>

World o Meter: “COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC”. Disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>

Williams, Gemma, Rajan, Selina y Cylus, Jonathan (2021): “COVID-19 in the United Kingdom. How Austerity and a Loss of State Capacity Undermined the Crisis Response”. Disponible en: <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/48284>

Zaar, Miriam Hermi y García Ávila, Manuel-Blas (2020): “O Covid-19 na Espanha e suas primeiras consequências”. Espaço e Economia: Revista Brasileira de Geografia Econômica Disponible en: <https://journals.openedition.org/espacoeconomia/10142>

Artículos periodísticos

Alonso Pascual, Cristina (2022): “Las apps de rastreo de covid en Europa: del 20% de casos notificados en Dinamarca al 0,7% en Italia”. 9 de enero. En Newtral. Disponible en: <https://www.newtral.es/app-rastreo-covid-radar-europa/20220109/>

Avignolo, María Laura (2020): “Coronavirus: el extraordinario plan de Gran Bretaña para salvar empleos, hoteles y atracciones”. Clarín. 8 de julio. Disponible en: https://www.clarin.com/mundo/coronavirus-extraordinario-plan-gran-bretana-salvar-empleos-hoteles-atracciones_0_rGarJWJqk.html

BBC (2020a): “Coronavirus: 3 claves para entender cómo Reino Unido se convirtió en el país de Europa con más muertos por covid-19 (y el segundo en el mundo)”. 6 de mayo. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52496950>

BBC (2020b): “Coronavirus UK map: How many confirmed cases are there in your area?”. 31 de julio. Disponible en: <https://www.bbc.com/news/uk-51768274>

BBC (2020c): “Coronavirus: ¿por qué son difíciles las comparaciones de datos entre países?”. 25 de abril. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52406152>

BBC (2021): “Covid-19: More than 75% of UK adults now double-jabbed”. 10 de agosto. Disponible en: <https://www.bbc.com/news/uk-58162318>

Chiarroni, Carlota y Millán, Jorge (2022): “Radiografía de dos años de pandemia: seis olas, 10 millones de casos y más de 100.000 muertes por covid en España”. 14 de marzo. En diario 20 minutos. Disponible en: <https://www.20minutos.es/noticia/4958994/0/radiografia-de-dos-anos-de-pandemia-seis-olas-10-millones-de-casos-y-100-000-muertos-por-covid-en-espana/>

Cué, Carlos (2020): “El Gobierno ordena la “hibernación” de la economía para evitar el colapso del sistema sanitario”. El País. 29 de marzo. Disponible en: <https://elpais.com/espana/2020-03-29/el-gobierno-ordena-la-hibernacion-de-la-economia-para-evitar-el-colapso-delsistema-sanitario.html>

De Arriba Coro, Aitor (2021): “Todo lo que debes saber sobre el sistema político británico en 5 minutos”. En el diario El Ibérico, el periódico español en Reino Unido. 14 de junio. Disponible en: <https://www.eliberico.com/sistema-politico-britanico-en-5-minutos/>

De la Rocha Vazquez, Manuel (2020): “La Economía Española ante la pandemia del Covid-19”. En Revista Tiempo de Paz. Disponible en: <https://revistatiempodepaz.org/wp-content/uploads/2020/07/TP-137-3.pdf#page=68>

El Confidencial (2021): “El Gobierno califica de "inédita" la sentencia y se reafirma en la alarma "para salvar vidas """. 14 de julio. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/espana/2021-07-14/el-gobierno-califica-de_3184408/

El Economista (2022): “El Reino Unido anuncia gran ajuste y suba de impuestos y confirma que está en recesión”. 17 de noviembre. Disponible en: <https://eleconomista.com.ar/internacional/el-reino-unido-anuncia-gran-ajuste-suba-impuestos-confirma-esta-recesion-n57654>

El Independiente (2021): “El año del Covid: cronología de la pandemia en España”. 12 de marzo. Disponible en: <https://www.elindependiente.com/vida-sana/salud/2021/03/12/el-ano-del-covid-cronologia-de-la-pandemia-en-espana/>

Fernández Riquelme, Sergio (2020): “Consecuencias socioeconómicas de la crisis del coronavirus en España”. 21 de abril. La Dialéctica Nacional. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/90221/1/Crisis%20econ%C3%B3mica%20Coronavirus%20Espa%C3%B1a.%20La%20dial%C3%A9ctica%20nacional.pdf>

Financial Times (2022): “Coronavirus infections rise in England for fourth week”. 23 de diciembre. Disponible en: <https://www.ft.com/content/e091594b-548b-48be-81d3-6c3c49341d94>

Gardiner, Joey (2002): “What is Cobra?”. 21 de octubre. The Guardian. Disponible en: <https://www.theguardian.com/politics/2002/oct/21/Whitehall.uk>

Gómez Moreno, Ángel (2020): “España y la Gran Crisis (2020)”. En Tiempo de paz, Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <https://revistatiempodepaz.org/wp-content/uploads/2020/07/TP-137-3.pdf#page=108>

Hunter, David (2020): “Covid-19 and the Stiff Upper Lip — The Pandemic Response in the United Kingdom”. En The New England Journal of Medicine. 16 abril. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005755>

La Vanguardia (2020): “La UE abre sus fronteras a solo 15 países”. 30 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/internacional/20200630/482031572114/ue-fronteraseuropa-apertura-paises-limitaciones.html>

Lanza (2021): “El Gobierno ordena devolver todas las multas del primer estado de alarma por el COVID al ser declarado inconstitucional”. Diario de La Mancha. Disponible en: <https://www.lanzadigital.com/provincia/el-gobierno-ordena-devolver-todas-las-multas-del-prim-er-estado-de-alarma-por-el-covid-al-ser-declarado-inconstitucional/>

Linde, Pablo (2020): “Sanidad confirma en La Gomera el primer caso de coronavirus en España”. El País. 1 de febrero. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2020/01/31/actualidad/1580509404_469734.html

Montoya Barreiros, Mencía (2022): “¿Qué es el Protocolo de Irlanda del Norte?”. En El Orden Mundial. 1 de julio. Disponible en: <https://elordenmundial.com/que-es-protocolo-irlanda-norte/>

Muñoz, R. (2020): “Los organizadores cancelan el Mobile World Congress de Barcelona por la crisis del coronavirus”. El País. 13 de febrero. Disponible en: https://elpais.com/tecnologia/2020/02/12/actualidad/1581509148_414423.html

Polo, Clemente (2020): “La dimensión política de la epidemia”. En El Liberal: Diario independiente sobre Cataluña. 11 de abril. Disponible en: <https://www.elliberal.cat/2020/04/11/la-dimension-politica-de-la-epidemia/>

Shed, Sam (2021): “The UK government now holds stakes in over 150 start-ups”. En la cadena de noticias CNBC. 14 de septiembre. Disponible en: <https://www.cnbc.com/2021/09/14/future-fund-uk-government-now-holds-stakes-in-over-150-s-tart-ups.html>

Sky News (2021): “COVID-19: Deaths in England and Wales down 99% from second wave peak”. 18 de mayo. Disponible en: <https://news.sky.com/story/covid-19-deaths-in-england-and-wales-down-99-from-second-wave-peak-12309872>

Smith, Elliot (2020): “Global stocks head for worst week since the financial crisis amid fears of a possible pandemic”. 28 de febrero. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20200228210138/https://www.cnbc.com/2020/02/28/global-stocks-head-for-worst-week-since-financial-crisis-on-coronavirus-fears.html>

The Guardian (2020): “‘Complacent’ UK draws global criticism for Covid-19 response”. 6 de mayo. Disponible en: <https://www.theguardian.com/world/2020/may/06/complacent-uk-draws-global-criticism-for-covid-19-response-boris-johnson>