

INFORME

**LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA EN PAÍSES FEDERALES
Y NO FEDERALES**

***THE RELATIVE PERFORMANCE OF FEDERAL AND NON-FEDERAL
COUNTRIES DURING THE PANDEMIC***

por **David Cameron**¹

Profesor de Ciencias Políticas en la Universidad de Toronto

Cómo citar este artículo / Citation:

Cameron, David (2021):

La gestión de la pandemia en países federales y no federales, en:
Cuadernos Manuel Giménez Abad, nr. 21.

DOI: <https://doi.org/10.47919/FMGA.CM21.0101>

RESUMEN

En este texto analizaremos cómo se gestionó la pandemia, no nos vamos a centrar en el apoyo a la economía o cómo se logró el equilibrio entre este apoyo económico y la lucha contra la pandemia. La pregunta clave para este texto es: ¿hasta qué punto han sido eficaces las respuestas médicas y de salud pública ante la pandemia?

Palabras claves: Covid-19, federalismo, unitarismo, liderazgo, gestión

ABSTRACT

In this text, we will be scrutinizing how the pandemic was managed, not how the economy was supported or how the balance was struck between the two. Balancing the conflicting pressures of public health and the economy is an inescapable part of the responsibility of all governments coping with the pandemic, but that is not as such the focus of this chapter. How effective have the public health and medical responses to the virus been?

Keywords: Covid-19, federalism, unitarianism, leadership, management

I. INTRODUCCION

La historia de la COVID-19 puede dividirse en dos amplias fases que se solapan parcialmente. La primera fase abarca el periodo que va desde el brote inicial de la pandemia a principios de 2020 hasta aproximadamente enero de 2021. Ese es el momento en el que el mundo se esforzó principalmente por contener la propagación de la COVID-19 y proporcionar atención sanitaria. La segunda fase comienza a principios de 2021, cuando se empezaron a fabricar y administrar vacunas eficaces. La evaluación de los resultados de la gestión en un país durante la primera fase se puede realizar conforme a cómo se contuvo la expansión de la infección y en el número de personas que perdieron la vida a causa de la enfermedad. La evaluación de los resultados en la segunda fase sigue basándose en las medidas de contención de la infección y en la reducción de la mortalidad, pero además implicará una evaluación de la eficacia de la administración de las vacunas a la población². Este texto se limita a examinar los resultados de la primera fase.

¿Cuál ha sido el rendimiento de las federaciones en comparación con los países no federales? ¿Existe alguna evidencia que sugiera que las federaciones han manejado la crisis del coronavirus mejor o peor, o de forma diferente a los estados unitarios? Es esta cuestión la que se va a tratar en este texto.

Una pandemia es una prueba de fuego para la relación entre los ciudadanos y sus gobiernos, especialmente en las democracias. Puede compararse con la movilización de la sociedad civil que se llevó a cabo en el Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y otros países durante la Segunda Guerra Mundial, cuando los gobiernos dejaron claro que la victoria sólo podría alcanzarse si cada ciudadano desempeñaba un papel activo en el esfuerzo bélico. En la pandemia de la COVID-19, los ciudadanos tenían que llevar mascarillas, mantener la distancia social y evitar viajar para no ponerse a sí mismos y a la sociedad en peligro. Pocas veces se ha establecido un vínculo más directo entre el comportamiento individual y el bienestar colectivo. Los gobiernos de todos los niveles intentaron encontrar el equilibrio adecuado entre educación, exhortación, presión de grupo y coerción para dar una respuesta óptima a la crisis.

A continuación analizaremos cómo se gestionó la pandemia, no nos vamos a centrar en el apoyo a la economía o cómo se logró el equilibrio entre este apoyo económico y la lucha contra la pandemia. La pregunta clave para este texto es: ¿hasta qué punto han sido eficaces las respuestas médicas y de salud pública ante la pandemia? Está claro que las presiones económicas pueden haber llevado a los gobiernos a levantar las restricciones demasiado tarde o demasiado pronto. Si esas decisiones políticas han afectado a la actuación de los gobiernos y las poblaciones en la gestión de la pandemia, eso se reflejará en los resultados sanitarios, pero la economía como tal no entra en el ámbito de este capítulo.

II. COVID-19 EN LOS PAÍSES DE LA OCDE

Para economizar esfuerzos y lograr, al menos en cierta medida, una comparación entre diferentes países, el capítulo se centrará en los países miembros de la OCDE. Se entiende que los Estados miembros se adhieren a dos principios fundamentales: se espera que sean sociedades democráticas comprometidas con el Estado de Derecho

2. Ya en marzo de 2021, todo indica que los malos resultados en la primera fase no predicen los resultados en la segunda. El Reino Unido y los Estados Unidos obtuvieron malos resultados en la primera fase, pero están entre los líderes mundiales en la administración de la vacuna en la segunda fase.

y la protección de los derechos humanos; y se supone que tienen economías abiertas, transparentes y de libre mercado. En algunos casos -como el de Turquía, que es un miembro de la OCDE clasificado como “no libre” en el índice de Freedom House de 2020-, estos compromisos parecen ser hoy más una aspiración que una realidad, pero, no obstante, los países de la OCDE constituyen colectivamente una agrupación de Estados que en general presentan estas características³. Además, los miembros de la OCDE suelen ser países más ricos y con economías y sociedades más articuladas⁴. Restringir nuestro análisis a este grupo reduce en cierta medida el abanico de variables que habría que tener en cuenta de otro modo, y hace que el ejercicio analítico sea más manejable.

Nueve de los 35 miembros de la OCDE que estamos considerando en este texto son federaciones⁵: Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Alemania, México, España, Suiza y Estados Unidos de América. Esto ofrece un buen abanico de federaciones de diferentes tipos: con sistemas parlamentarios y presenciales, formas monárquicas y republicanas, poblaciones grandes y relativamente pequeñas, y composición social nacional y multinacional.

Para evaluar el comportamiento pandémico de los países que estudiamos, utilizaremos dos indicadores aproximados:

- Número de casos de COVID-19 por millón de habitantes
- Número de muertes por COVID-19 por millón de habitantes

Estos dos ratios ofrecen una aproximación a los resultados relativos. El primero, en particular, debe tratarse con mucha cautela, dado que una evaluación precisa del número de casos que se producen en un país depende en gran medida de los test, así como de la naturaleza del sistema de pruebas y el alcance de su uso. Además, la capacidad de registro y notificación varía mucho de un país a otro (Hasell, Mathieu, Beltekian, 2020). Aunque puede haber algunas complejidades de datos asociadas a la presentación de informes sobre las muertes por COVID-19 por millón, suponemos que esos datos son generalmente fiables y comparables, y daremos prioridad a este indicador, utilizándolo para proporcionar una clasificación aproximada del rendimiento de cada país.

La Tabla 1 informa sobre el rendimiento pandémico de los países de la OCDE a partir de enero de 2021 en relación con los dos indicadores. La clasificación primaria en la columna de la derecha indica las tasas de muertes por COVID por millón de habitantes. En la columna central, se indica el número de casos por millón de habitantes, entre paréntesis se puede ver la clasificación relativa de los países según ese indicador. Los países de la OCDE que son estados federales se señalan con letras mayúsculas.

3. Los miembros de la OCDE, Colombia, Hungría y México, figuran como “parcialmente libres” en el índice Freedom House 2020. Los otros 33 miembros son calificados como “libres”.

4. Todos ellos se encuentran, por ejemplo, en la mitad superior del rango del PIB nominal per cápita (clasificación del Banco Mundial, 2019).

5. Hemos excluido de la lista a dos países de la OCDE con menos de un millón de habitantes: Islandia y Luxemburgo.

Tabla 1: Tasas de casos y muertes por COVID-19 en los países de la OCDE hasta enero de 2021

<i>Países (Países federales en Letras mayúsculas)</i>	<i>Casos por millón (orden de clasificación)</i>	<i>Muertes por millón (orden de clasificación)</i>
Nueva Zelanda	474 (1)	5 (1)
Corea del Sur	1,473 (3)	26 (2)
AUSTRALIA	1,129 (2)	36 (3)
Japón	2,899 (4)	39 (4)
Noruega	11,267 (6)	102 (5)
Finlandia	7,685 (5)	114 (6)
Estonia	30,693 (12)	267 (7)
Turquía	28,808 (11)	295 (8)
Dinamarca	33,609 (14)	328 (9)
Israel	69,020 (31)	469 (10)
CANADÁ	19,926 (9)	492 (11)
Grecia	14,581 (8)	520 (12)
Letonia	32,344 (13)	553 (13)
Irlanda	37,983 (17)	570 (14)
ALEMANIA	25,635 (10)	612 (15)
Eslovaquia	43,313 (21)	697 (16)
Países Bajos	55,380 (26)	764 (17)
AUSTRIA	44,936 (22)	821 (18)
Polonia	38,985 (18)	910 (19)
Lituania	64,881 (30)	916 (20)
Chile	36,572 (15)	934 (21)
Portugal	62,392 (29)	943 (22)
Colombia	39,610 (19)	997 (23)
SUIZA	58,845 (27)	1046 (24)
Francia	46,640 (23)	1060 (25)
Suecia	54,179 (25A)	1062 (26)
MÉXICO	13,675 (7)	1132 (27)
ESPAÑA	54,179 (25B)	1169 (28)
Hungría	37,222 (16)	1199 (29)
ESTADOS UNIDOS	76,243 (33)	1244 (30)
Italia	40,800 (20)	1396 (31)
República Checa	87,554 (34)	1403 (32)
Reino Unido	53,729 (24)	1412 (33)
Eslovenia	75,919 (32)	1573 (34)
BÉLGICA	59,582 (28)	1796 (35)

Fuentes: número de casos a partir del 24 de enero de 2021: Tabla de datos del Coronavirus KFF COVID-19 por país: https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/fact-sheet/coronavirus-tracker/?utm_source=web&utm_medium=trending&utm_campaign=covid-19 Como señalamos en la nota 5, hemos excluido a los países de la OCDE con menos de un millón de habitantes (Islandia y Luxemburgo). Fuentes: número de muertos 22 de enero 2021: <https://www.statista.com/statistics/1104709/coronavirus-deaths-worldwide-per-million-inhabitants/>.

Lo primero que hay que señalar es que las nueve federaciones (de los 35 países de la OCDE que figuran en la lista) están en puestos altos de la escala. Australia es uno de los países de la OCDE con mejores resultados, ocupando el tercer lugar en muertes por millón y el segundo en casos por millón. Por el contrario, la federación de Bélgica se encuentra en la cola, en el puesto 35 y último en muertes por millón, y también Estados Unidos no está en un buen puesto (30). Las otras seis federaciones de la OCDE se encuentran dispersas sin un patrón claro, excepto quizás por una muy ligera inclinación hacia el extremo inferior de la clasificación.

En cuanto a los resultados de los países de la OCDE que no son federales, hay una dispersión similar. Cuatro de los cinco mejores resultados no son federales (Nueva Zelanda, Corea del Sur, Japón y Noruega). Del mismo modo, cuatro de los cinco países con peores resultados no son federales (Eslovenia, Reino Unido, República Checa e Italia)⁶. Dado que 26 de los 35 países de la lista no son federales, quizá no sea sorprendente que estén bien representados tanto en la parte superior como en la inferior de la clasificación, así como en los puntos intermedios.

III. LO MEJOR Y LO PEOR

A continuación, examinaremos con más detalle los países que se encuentran en los primeros puestos de la lista o en los últimos. Empezaremos por examinar algunos de los países con peores resultados que se encuentran al final de la Tabla 1. Como hemos señalado, el país con la tasa más alta de muertes por millón es una federación, el Reino de Bélgica. Este país ejemplifica en gran medida la relación entre la gobernanza y los resultados de la pandemia, aunque también hay que reconocer que no le ayuda la geografía. Bélgica comparte frontera con los Países Bajos, Alemania, Luxemburgo y Francia; su mayor ciudad, Bruselas, es la capital de facto de la Unión Europea, lo que la convierte en un destino para personas de todo el continente.

Con una sociedad fuertemente dividida entre los valones francófonos y los flamencos (más una pequeña minoría germanófona), el país se ha transformado desde un Estado unitario a un Estado federal a través de una serie de reformas constitucionales que comenzaron en 1970. Estas alteraciones en la composición constitucional no han expresado un diseño coherente, sino que han sido una serie de acuerdos descentralizadores *ad hoc* que reflejan las presiones políticas y partidistas del momento (Bursens, Popelier, Meier, 2021). El resultado ha sido una federación única y muy compleja compuesta por dos unidades imperfectamente superpuestas: tres comunidades lingüísticamente definidas (neerlandesa, francesa y germanófona); y tres regiones territorialmente definidas (Flandes, Valonia y la región de Bruselas). Hay dos sistemas de partidos distintos, uno para cada comunidad lingüística principal. Cuando se produjo la pandemia, Bélgica llevaba un año bajo un Gobierno provisional, que fue constituido apresuradamente como Gobierno de pleno derecho en respuesta a la crisis.

En teoría, cabría esperar que un país pequeño (11,5 millones de habitantes) y próspero, con un sector sanitario y de servicios sociales muy desarrollado, tuviera buenos resultados en la lucha contra el coronavirus. Sin embargo, Bélgica no lo hizo bien, y la razón principal parece tener el origen principalmente en su modelo de gobernanza⁷. La dificultad recurrente que ha tenido el país para formar un Gobierno federal eficaz

6. A pesar de que el Reino Unido aparece en este volumen como un sistema de gobierno descentralizado con disposiciones "federalizadas", lo trataremos en este capítulo como un país no federal, que de hecho lo es.

7. Sin embargo, cabe destacar que en el Índice de Seguridad Sanitaria Global Bélgica ocupó el séptimo lugar entre los nueve

sugiere una deficiencia institucional, y la confusa dispersión de las responsabilidades jurisdiccionales ha dificultado una acción decisiva. Para que este sistema funcione bien, se requiere un grado de coordinación alto y una considerable capacidad de colaboración intergubernamental, que han faltado notablemente durante la crisis.

Además, la competencia entre los partidos que representan a las diferentes comunidades socavó el potencial de una acción coherente y embotó o confundió la respuesta política a la pandemia. Bajo el modelo de gobernanza belga subyace una sociedad profundamente dividida. Dicho esto, hay otros estados federales con una profunda diferenciación etnocultural que han respondido mejor. Canadá, que ocupa el 11º lugar en muertes por millón, y Suiza, que ocupa el 24º, son ejemplos de ello.

Los Estados Unidos de América ocupan el sexto lugar de la clasificación de la OCDE y se sitúan en el segundo puesto más bajo entre los países federales. Como país rico y poderoso con un sistema federal que ofrece un importante papel de liderazgo y coordinación al Gobierno federal, cabría esperar que Estados Unidos fuera una de las federaciones con mejores resultados de la lista. En el Índice de Seguridad Sanitaria Global obtuvo la primera puntuación en su capacidad de respuesta a las pandemias. El hecho de que no haya obtenido los resultados esperados se debe principalmente a un fracaso estrepitoso del liderazgo a nivel nacional y a una división partidista que es muy evidente en el sistema de salud pública estadounidense como en el resto de la gobernanza y la sociedad. El ex presidente Trump cuestionó y puso activamente en duda la gravedad de la COVID-19 y la necesidad de tomar medidas de salud pública para combatirlo; como resultado, los estados fueron abandonados a su suerte⁸. Trump restó importancia al coronavirus, contradujo a sus altos funcionarios de salud pública, alentó la pronta reapertura de la economía y afirmó que los Estados tienen la responsabilidad principal de combatir la COVID-19 y de asegurar el equipo de protección personal necesario. Su abdicación del liderazgo nacional fomentó una respuesta nacional confusa a la crisis, que fomentó un mosaico de políticas y enfoques por parte de los Estados, y contribuyó sustancialmente a los malos resultados de Estados Unidos en la lucha contra la enfermedad (Camacho, Glickman, 2020).

Podría decirse que Trump activó inadvertidamente el federalismo estadounidense con su conducta. Al fin y al cabo, aunque los analistas y comentaristas estadounidenses tienden a prestar poca atención al federalismo en comparación con sus homólogos de otros países federales, los Estados de EE.UU. en realidad tenían y tienen un papel constitucional indispensable para hacer frente a una crisis de salud pública. Los gobernadores estatales eran responsables de muchas de las medidas, como por ejemplo si los comercios debían permanecer abiertos, si había que llevar mascarillas o si el acceso a las playas estaba prohibido. Mientras el virus hacía estragos en todo el país, se puso de manifiesto la importancia de las unidades subnacionales de la federación estadounidense para dar una respuesta coherente y eficaz a la pandemia. Pero también se puso de manifiesto otro aspecto: la ausencia de liderazgo por parte de Washington socavó no sólo la elaboración de una respuesta federal eficaz al virus, sino también la eficacia de las acciones a nivel estatal. El Presidente es el que marca la pauta a nivel nacional; su negativa o ausencia permitió que muchos ciudadanos y algunos líderes políticos de todo el país rechazaran los consejos de los expertos de salud pública. La

8. Véase Gordon, Huberfield y Jones, 2020. Argumentan que: “en esta pandemia, el federalismo de la sanidad pública estadounidense asegura que la respuesta al coronavirus depende del código postal. Una pandemia global no respeta las fronteras geográficas, lo que deja al descubierto las debilidades del federalismo ante una crisis”. Como señalan Kumanan Wilson *et al* (2008), los Estados Unidos, junto con Canadá y Australia, se enfrentan al “reto de que la autoridad sobre varios de los requisitos de capacidad básicos (se encuentra) principalmente a nivel estatal o provincial”. (p. 217).

ausencia de Washington como coordinador nacional fomentó en ocasiones un comportamiento mutuamente destructivo entre los Estados, que se manifiesta, por ejemplo, en la desesperada competencia por los suministros de salud pública. La lección de esta experiencia es que el federalismo es importante en una crisis de salud pública, pero que los Estados no pueden hacer su trabajo eficazmente si Washington no cumple su parte.

La división partidista, a menudo tóxica, amplificó la incoherencia de la respuesta de la nación. Hubo conflictos y desacuerdos sobre el tamaño de los paquetes de ayuda, el apoyo a los gobiernos estatales y locales, el cierre y la apertura de los comercios, y el uso de mascarillas. Las disputas entre el Gobierno federal y los gobiernos estatales y locales a menudo reflejaban la composición partidista de los principales actores del Gobierno (Kincaid, Leckrone, 2021). El fragmentado sistema sanitario estadounidense, en parte público y en parte privado, no ayudó tampoco. En marzo de 2021, Estados Unidos fue el país que lideró el número total de casos y muertes por el coronavirus⁹.

¿Qué pasa con los países unitarios con malos resultados? Al final de la lista, o cerca de ella, están Eslovenia, el Reino Unido, la República Checa e Italia. Dado su tamaño y su importante posición en Europa, en este texto centraremos nuestra atención en el Reino Unido e Italia. La República Checa también será tratada muy brevemente.

Italia fue el primer país de Europa que se enfrentó a un brote importante del coronavirus. Por ello, otros países de la región tuvieron la oportunidad de aprender de la temprana experiencia italiana con la COVID. En el trigésimo quinto lugar del Índice Sanitario Mundial de preparación para la pandemia, Italia no partía de una posición institucional fuerte. Los brotes en Italia se concentraron a nivel regional (en las regiones de Lombardía, Emilia-Romaña y Véneto, en el norte de Italia), lo que supuso una gran presión para las instituciones sanitarias locales. La población italiana es la más envejecida de Europa y, a diferencia del impacto de la pandemia en otros países europeos como Alemania, los italianos de mayor edad fueron el grupo demográfico más afectado en las primeras fases. Los italianos tienen una tasa relativamente alta de comorbilidades, y la edad media de las personas que murieron por la COVID-19 en Italia fue de 80 años. Aunque Italia cuenta con un sistema sanitario que funciona bien, está infradotado de camas de UCI, en comparación con otros países. Cuando las personas con síntomas leves fueron admitidas en los hospitales en los primeros momentos, la capacidad se vio sobrecargada, lo que supuso posteriormente un reto para acomodar a los realmente enfermos. Los hospitales superpoblados se convirtieron en incubadoras de infecciones, lo que provocó altas tasas de infección para el personal médico¹⁰.

La respuesta de Italia a la crisis consistió en: la imposición de una cuarentena para controlar la propagación de la pandemia; la ampliación de las instalaciones médicas, y, como en otros lugares, medidas financieras para apoyar la economía en crisis (Nicola, 2020). El sistema relativamente descentralizado del “país federal sin federalismo”, no demostró ser un instrumento eficaz para hacer frente a la pandemia (Palermo, 2021). Las regiones italianas se han hecho más poderosas en los 50 años transcurridos desde su implantación, y -a pesar de ser las principales responsables de la atención sanitaria- el inicio de la primera oleada de la pandemia condujo a una centralización de la respuesta de Italia.

El Gobierno nacional declaró el estado de emergencia a finales de enero de 2020, sentando las bases para la implementación de un conjunto de normas que se aplicaron en

9. Johns Hopkins University Coronavirus Resource Center, March 24, 2021. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

10. La información de este apartado se ha extraído principalmente de Boccia, Ricciardi and Ioannidis, 2020, 927-8.

todo el país, independientemente de las variaciones en las circunstancias concretas. La colaboración nacional con los gobiernos regionales fue relativamente limitada. Al contrario de lo que ocurre en varios otros sistemas explícitamente federales, Francesco Palermo señala que el principal instrumento de gestión de las relaciones intergubernamentales en Italia, la Conferencia Permanente entre los Estados y las Regiones, se reunió en realidad con menos frecuencia durante este periodo que en épocas normales. Según Palermo: tras una primera fase de extrema centralización, las regiones (y en cierta medida los municipios) retomaron gradualmente sus funciones. El impacto asimétrico del virus y la respuesta igualmente asimétrica de los territorios revelaron tanto el potencial de una gobernanza territorial tan asimétrica como las debilidades de un sistema incompleto y cuasi-federal, especialmente en lo que se refiere a la división de poderes poco clara y a las insuficientes relaciones intergubernamentales. (Palermo, 2021) Cuando los contagios empezaron a caer en primavera, los gobiernos regionales empezaron a imponerse, lo que llevó a una mayor diferenciación y a una mayor colaboración. Sin embargo, la confusión sobre las funciones no disminuyó, en parte porque continuó un régimen de emergencia nacional más limitado, y volvieron a surgir tensiones, a veces políticas, entre el Estado y la región.

Italia tiene una larga tradición de gobiernos de coalición de corta duración, y las tensiones entre los partidos políticos continuaron durante la pandemia. De hecho, a finales de enero de 2021, el Gobierno del primer ministro Giuseppe Conte se derrumbó después de que un partido menor se retirara de la coalición de gobierno¹¹. Así pues, Italia está luchando con la inestabilidad política mientras sigue en medio de la crisis del coronavirus, lo que hace más difícil que se apliquen medidas oportunas y eficaces (Mammone, 2020). La indiferente actuación de Italia, por tanto, no puede explicarse con ninguna medida simple, sino que parece ser el producto de una mezcla de varios factores, como la mala suerte y el desconocimiento inicial de la enfermedad, la demografía, el carácter particular del sistema sanitario del país y la gobernanza.

El Reino Unido entró en la pandemia en una buena posición para hacer frente a los retos de la COVID-19 con eficacia. Gran Bretaña poseía sólidas instituciones públicas y había elegido recientemente un Gobierno con mayoría estable en Westminster; el Servicio Nacional de Salud (NHS) se consideraba un envidiable sistema de salud pública, que ocupaba el segundo lugar, después de Estados Unidos, en el Índice de Seguridad Sanitaria Global en cuanto a preparación para la pandemia. Sin embargo, ocupa el tercer lugar de la tabla, registrando los peores resultados entre los países del G7, y el tercer mayor número de muertes por COVID por millón en la lista de la OCDE. ¿A qué se debe esto?

Gran Bretaña ha transferido una importante autoridad en materia de salud a las tres “naciones de origen” de Escocia, Gales e Irlanda del Norte, pero con relativamente poca autoridad fiscal autónoma. Esto significó que el país, ante la repentina conmoción de la pandemia, buscó naturalmente el liderazgo de Londres. La actuación del Reino Unido en los primeros momentos estuvo determinada por las decisiones tomadas por el Gobierno del Reino Unido, más que por los gobiernos de Escocia o Gales o la Asamblea de Irlanda del Norte, pero con una colaboración intergubernamental relativamente escasa. El Gobierno del Reino Unido definió tres fases en la política: contención (lavado de manos, rastreo de contactos, etc.); retraso (aplanar la curva para no abrumar al NHS y desarrollar terapias y vacunas); y mitigación (proteger a los más vulnerables, pero dejar que la población en general adquiera gradualmente la inmunidad de rebaño).

Esta estrategia excluyó la adopción de medidas tempranas y decisivas para detener la propagación del virus. La fuerte reacción pública a este enfoque hizo que el Gobierno cambiara rápidamente su política hacia la supresión del virus y su transmisión con una serie de medidas cada vez más estrictas (Calnan, 2020). Dispuestos a seguir al Gobierno del Reino Unido, los gobiernos de Escocia y Gales se volvieron cada vez más inquietos con el paso del tiempo, frustrados por los bandazos y los giros de la política. Empezaron a marcar un rumbo más autónomo, sobre todo en lo que respecta a la regulación del cierre de escuelas y la flexibilización de las medidas contra la pandemia. En definitiva, mientras que el Servicio Nacional de Salud actuó muy bien, “la gestión de la COVID en el Reino Unido ha sido un desastre” (Grace, 2021). Hay pocos indicios de que la descentralización sea la responsable de los malos resultados del Reino Unido; en cambio, parece que han sido el liderazgo político nacional y la formulación de políticas los que han influido más significativamente en la baja clasificación del Reino Unido. De hecho, se podría plantear la hipótesis de que una mayor descentralización podría haber conducido a mejores resultados.

Curiosamente, Clive Grace ha argumentado que el resultado probable de la experiencia pandémica de Gran Bretaña será el fortalecimiento de la presión para una mayor devolución y “federalización” del país, lo que claramente no es un resultado que el gobierno británico, que ya está luchando con el impacto fisiparo del Brexit, recibiría con agrado. (Grace, 2021)

Antes de pasar a analizar una serie de países de alto rendimiento, permítanme señalar la experiencia de la República Checa. Hemos visto que la lucha contra la pandemia se parece más a un maratón que a una carrera de cien yardas, y que los países que obtienen buenos resultados en un momento del proceso pueden tener problemas en otro. Tanto Estados Unidos como el Reino Unido obtuvieron malos resultados en la primera etapa, cuando se trataba de controlar la propagación del virus, pero posteriormente han sido líderes mundiales en la administración de vacunas contra la COVID a sus ciudadanos. A fecha de 3 de marzo de 2021, Gran Bretaña y Estados Unidos ocupan el segundo y tercer lugar entre los países de la OCDE en cuanto al número de dosis de vacunas administradas por cada 100 personas (Globe and Mail, 5 de marzo de 2021). La República Checa ofrece otro ejemplo de rendimiento variable en el largo curso de la lucha contra la enfermedad. El país, que fue uno de los mejores en la primera fase del virus, se encuentra ahora, por una serie de errores, luchando desesperadamente por controlar las infecciones desbocadas en el país.

Rastislav Madar, epidemiólogo checo, identifica tres decisiones críticas en particular en las que el Gobierno se equivocó. En primer lugar, el Gobierno -descartando el consejo de sus asesores científicos- se negó a restablecer la obligación de llevar mascarilla en el verano de 2020, justo antes de la reapertura de las escuelas. En segundo lugar, después de una oleada de infecciones en octubre resultante en gran parte de la gente que no llevaba mascarilla, el Gobierno -sin seguir sus propias directrices- decidió reabrir las tiendas justo antes de Navidad. Y en tercer lugar, no actuó con rapidez en respuesta a la aparición de la variante británica, que se convirtió en una parte cada vez más importante del aumento de las infecciones después de Navidad en enero 2021. El resultado es que, en marzo de 2021, la tasa de infección checa está cerca de los niveles récord, justo cuando el número de infecciones globales está empezando a descender (CNN, 1 de marzo de 2021).

A continuación me referiré a los países con mejores resultados. Cabe destacar que tres de los cuatro países con mejores resultados (Nueva Zelanda, Australia y Japón) son países insulares, y que el cuarto, Corea del Sur, limita por tres lados con agua y por el norte con una frontera dura con el “reino ermitaño” de Corea del Norte. ¿Su situación geográfica supone alguna diferencia con respecto al control de la pandemia? Si se

comparan estos países con otros como Bélgica, Eslovenia, la República Checa o Hungría, que están físicamente incrustados en una compleja red de estados colindantes, habría que reconocer que la condición de isla o cuasi isla de los países que encabezan la lista de la OCDE es al menos una condición que facilita la gestión de un virus altamente infeccioso. La contigüidad física con otras naciones y una frontera terrestre porosa dificultan el aislamiento nacional. Aunque la situación geográfica puede ser una condición que facilita las cosas, sería un error dar demasiada importancia a la simple situación geográfica, y concretamente a la insularidad. Al fin y al cabo, el Reino Unido también es un país insular y, como hemos visto, está casi al final de la lista.

El tamaño y la densidad de la población también se han mencionado como factores relevantes. Se piensa que un país pequeño será capaz de reunir a sus ciudadanos y gestionar su respuesta política con mayor facilidad que un país grande, y que una enfermedad infecciosa tendrá obviamente más facilidad para propagarse en una población densa que en una dispersa. Pero, de nuevo, estos están muy lejos de ser factores determinantes para el éxito del control de la pandemia. Es cierto que Nueva Zelanda, el país con mejores resultados, tiene una población pequeña y relativamente dispersa de poco menos de 5 millones de habitantes, con una densidad de 18 personas por kilómetro cuadrado. Australia, el país con mejores resultados entre las federaciones, es una isla del tamaño de un continente, con vastas extensiones de territorio despoblado. Sin embargo, más del 80% de sus ciudadanos viven en entornos urbanos, algunos de ellos bastante grandes: Sydney y Melbourne tienen una población de algo menos de 5 millones de personas cada una. Sin embargo, la densidad de población de estas dos mayores ciudades de Australia es baja.

Por otro lado, Japón, un país geográficamente pequeño, tiene una gran población de 126 millones de habitantes y una ratio de densidad de población nacional de 347 personas por kilómetro cuadrado. Sus ciudades y megaciudades están muy pobladas. Sin embargo, estas realidades demográficas no le han impedido ser el cuarto país de la OCDE con mejores resultados. Aunque la población de Corea del Sur, de 52 millones de habitantes, es menos de la mitad de la de Japón, su densidad de población es aún mayor que la de Japón, con 510 personas por kilómetro cuadrado. Seúl tiene algo menos de 10 millones de habitantes y una densidad de población que casi duplica la de la ciudad de Nueva York. Sin embargo, Corea del Sur es uno de los países con mejores resultados.

¿Qué explica entonces el mejor rendimiento? Empezaremos por examinar el caso de Nueva Zelanda, que ocupa el primer lugar en cuanto a número de casos y número de muertes por millón de habitantes. Nueva Zelanda ha conseguido frenar el virus en seco; durante meses ha estado completamente libre del virus (Baker, Kvalsvig, Verral, 2020). Cuando se ha producido un brote, han conseguido sofocarlo. ¿Cómo? Al principio no era en absoluto una conclusión previsible que el país fuera a acabar con el virus. Con 35 años, Nueva Zelanda ocupaba un lugar inferior al de Italia en cuanto a su preparación para una pandemia según el Índice de Seguridad Sanitaria Global, y gran parte de los consejos de salud pública de la época se dirigían más al control que a la eliminación total. Sin embargo, en las primeras fases se produjo un intenso debate sobre la estrategia a seguir. La Primera Ministra Jacinda Ardern eligió la eliminación como objetivo político del Gobierno. Esto marcó la dirección estratégica del país a partir de ese momento: todas las decisiones que siguieron estaban dirigidas a eliminar el virus, en lugar de simplemente intentar controlarlo. El criterio de éxito era muy claro, y la estrategia igualmente transparente: la aplicación temprana y agresiva de medidas de salud pública bien entendidas y basadas en pruebas.

La elección de ese objetivo y su aplicación altamente efectiva le valió a Ardern y a su Partido Laborista una reelección aplastante en las elecciones de octubre de 2020, que

se produjeron en mitad de la pandemia. Una de las principales razones por las que la Primera Ministra y su Gobierno eligieron la eliminación fue la preocupación por la limitada capacidad del sistema sanitario del país. La Primera Ministra entendió que Nueva Zelanda debía actuar de forma contundente y temprana para evitar una pérdida de control. Una vez comprometida, en palabras de Richard Parker, la batalla de Nueva Zelanda para contener el virus siguió el patrón clásico ordenado por la ciencia de la transmisión del virus: detener la afluencia del virus de los viajeros que llegaban; adquirir equipos de protección personal para proteger a los trabajadores esenciales; realizar pruebas, rastrear los contactos y aislar a los que dieran positivo; y, sobre todo, movilizar a la población para que se encerrara y se distanciara socialmente para frenar o romper la cadena de transmisión (Parker, 2020).

Para decirlo de forma sencilla, hubo tres fuerzas que actuaron en el éxito de la guerra contra el virus en Nueva Zelanda: En primer lugar, hubo un excelente liderazgo, que había sido ejemplificado anteriormente en el manejo seguro de Jacinda Ardern de la masacre de Christchurch en marzo de 2019; en segundo lugar, hubo una ciudadanía responsable y receptiva, con suficiente confianza en el liderazgo del país para aceptar las medidas “duras y tempranas” requeridas; y en tercer lugar, vinculando los dos, hubo la aceptación tanto por los líderes como por los dirigidos de la autoridad de la ciencia de la epidemiología -el país siguió la ciencia-. El bloqueo nacional a gran escala duró 26 días, seguido de una versión moderada de duración equivalente. Desde entonces, cuando se han producido brotes aislados (el más reciente en Auckland en febrero de 2021), el gobierno ha actuado rápida y agresivamente para acabar con ellos.

Pasemos ahora a la federación con mejores resultados, Australia, que ocupa el tercer lugar en la clasificación, después de Nueva Zelanda y Corea del Sur. Australia, al parecer, es un caso en el que la organización federal de un gran país no sólo no fue un impedimento para una actuación eficaz, sino que en general resultó beneficiosa en la persecución del coronavirus. A pesar del marco constitucional federal del país (en el que las competencias residuales, por ejemplo, permanecen en los Estados), se ha producido una inexorable centralización del poder en el Gobierno de la Commonwealth, casi desde la creación de Australia en 1901. “Al controlar las tres principales bases impositivas y recaudar el 80% de todos los ingresos fiscales de Australia, la Commonwealth dispone de recursos financieros muy superiores a las necesidades de sus programas, mientras que los Estados dependen de la Commonwealth para casi la mitad de sus necesidades de ingresos” (Fenna, 2021).

Por lo tanto, cabría esperar que el éxito de Australia a la hora de hacer frente a la pandemia fuera una historia en la que el Gobierno de la Commonwealth entrara agresivamente en acción y dejara de lado a los gobiernos estatales. Pero no fue así. A excepción del cuidado de los ancianos, que es una responsabilidad federal, los Estados tienen jurisdicción sobre la mayoría de las áreas que importan durante una pandemia: los hospitales y la mayor parte de la salud pública, las escuelas, la regulación de las empresas y la capacidad de controlar sus propias fronteras estatales. Mientras que el Gobierno de la Commonwealth declaró una “emergencia de bioseguridad humana” en virtud de la Ley de Bioseguridad de 2015, lo que le otorgó amplios poderes (Edgar, 2020), cada uno de los Estados tiene una legislación de emergencia de salud pública y todos, excepto Nueva Gales del Sur, declararon sus propios estados de emergencia (Fenna, 2021).

Cada orden de gobierno aplicó medidas para controlar el virus. El Ministro de Sanidad de la Commonwealth, por ejemplo, promulgó varias normativas que “prohibían los viajes al extranjero, prohibían la entrada de cruceros en los puertos, restringían el acceso a las comunidades remotas, principalmente aborígenes, y a las zonas de aislamiento médico, y controlaban los precios de los productos relacionados con la salud, como

las mascarillas desechables, los guantes y el desinfectante de manos” (Edgar, 2020). En cuanto a las iniciativas de los Estados, hubo algunas variaciones en la política y el calendario, derivadas de sus diferentes circunstancias, pero se podría argumentar que eso fue más una ventaja que un problema, ya que permitió a los gobiernos regionales responder a las necesidades y circunstancias locales.

El hecho de que los numerosos agentes gubernamentales semiautónomos no crearan confusión se debe principalmente a que los agentes e instituciones intergubernamentales de Australia aceptaron el reto con lo que Alan Fenna denomina “coordinación informal” (2021). De hecho, como señala, bajo los auspicios del Consejo de Gobiernos Australianos (COAG), los líderes estatales y federales habían comenzado más de una década antes a poner en marcha legislación y acuerdos intergubernamentales que definían las funciones y responsabilidades de los dos órdenes de gobierno en caso de una emergencia civil o de bioseguridad del tipo que presentaba el COVID-19. Se reconoció la responsabilidad primaria de los Estados, así como la responsabilidad de la Commonwealth de ofrecer apoyo financiero y de recursos según fuera necesario. Por lo tanto, cuando la pandemia golpeó, había un marco de entendimiento para guiar a los gobiernos en su respuesta. Este marco fue sin duda uno de los factores que llevaron a Australia a ocupar el cuarto lugar en el Índice de Seguridad Sanitaria Global. Además, se intensificó la coordinación intergubernamental en la cúspide, y el COAG, la reunión de primeros ministros, se transformó efectivamente en lo que se llamó el Gabinete Nacional. Como informa Fenna, este grupo comenzó a reunirse semanalmente, con el apoyo del Comité de Directores de Protección de la Salud de Australia, cuyos miembros eran los jefes médicos de los gobiernos de la Commonwealth y de los estados (Fenna, 2021). El Gabinete Nacional parece haber funcionado de forma inusualmente colegiada, intercambiando información, buscando el consenso y ofreciendo directrices a todos los participantes¹².

Uno de los aspectos en los que se rompió el consenso fue la cuestión de cuándo reabrir las economías y eliminar las limitaciones sociales. El Gobierno de la Commonwealth, que tenía que hacer frente a los enormes costes de la pandemia, estaba ansioso por reabrir lo antes posible, mientras que los Estados, que estaban gestionando el impacto de la pandemia sobre el terreno, se mostraban reacios a abrir antes. A pesar de los esfuerzos de la Commonwealth, los Estados se mantuvieron en general firmes, y la estrategia resultante privilegió la prudencia y el control de la pandemia por encima de la recuperación económica, lo que contribuyó al alto rendimiento del país en la supresión del virus.

En general, el sistema federal australiano desempeñó un papel fundamental en la gestión de la pandemia y en el éxito de Australia. Permitió al Gobierno de la Commonwealth desempeñar su papel en el control de las fronteras exteriores del país y dar apoyo financiero y de otro tipo a los Estados, así como dirigir la función de coordinación en curso. Los Estados gestionaron el sistema de salud pública sobre el terreno y, en general, tomaron la iniciativa sobre los cierres, así como en la regulación de las escuelas y las empresas. Varios Estados también impusieron sus propios controles fronterizos. El liderazgo compartido de la Commonwealth y los Estados resultó ser muy popular entre la población.

El federalismo australiano estuvo a la altura del desafío. Dado que el Gobierno federal carece de personal operativo sobre el terreno, es difícil imaginar que una acción agresiva y unilateral por parte del Gobierno federal, como la que se observa en otros sistemas formalmente descentralizados, hubiera servido al país de forma mucho más eficaz. Lejos de que el Gobierno descentralizado sea un impedimento para el alto rendimiento, en un país grande con condiciones diversas y poblaciones dispersas, parece haber contribuido positivamente al alto rendimiento de Australia.

IV. REFLEXIONES FINALES SOBRE EL RENDIMIENTO COMPARATIVO

Este breve análisis indica que no existe ningún impedimento estructural para que los países federales obtengan un alto rendimiento. Parece que hay algunos factores comunes a los países de alto rendimiento, ya sean federales o unitarios. Un sistema nacional de salud pública y atención médica decente es un denominador común. También se asocia con un alto rendimiento la amplia aceptación pública, compartida por los líderes políticos, de la realidad del virus y la necesidad de aceptar y actuar sobre la base de la comprensión científica de la enfermedad¹³. Afortunadamente, los escépticos de la COVID en la mayoría de los países son relativamente escasos. Los reglamentos y las orientaciones, bien explicados y basados en la ciencia de la salud pública, tienden a recibir una amplia aceptación por parte del público. La comunicación pública -honesto, coherente y basada en pruebas- genera confianza y aceptación en las sociedades democráticas, que dependen inevitablemente de la aquiescencia voluntaria más que de la regulación coercitiva. Pero la aplicación de la ley como último recurso ayuda a mantener la creencia pública en las obligaciones compartidas por todos los miembros de la sociedad. Nuestro breve estudio sugiere que el alto rendimiento tanto en los Estados federales como en los no federales estará muy influenciado por la forma en que se gobiernen estos Estados. Un liderazgo eficaz, tanto político como de expertos, parece ser crítico para dar forma a una respuesta nacional exitosa a la pandemia¹⁴. Tanto Bélgica como Italia han estado plagados de Gobiernos inestables, aunque en el primer caso el sistema federal que los belgas han diseñado para sí mismos ha exacerbado las complicaciones, mientras que en el segundo la debilidad de la gobernanza fue sólo un factor que contribuyó entre varios. Estados Unidos, en el primer año de la pandemia, estaba mal dirigido a nivel nacional y desgarrado por un feroz partidismo. El Reino Unido contaba con un Gobierno de mayoría fuerte y un Servicio Nacional de Salud muy apreciado; sin embargo, un liderazgo político nacional voluntarioso, desinteresado en colaborar con sus socios regionales, llevó al país por el mal camino.

Nueva Zelanda y Australia, por su parte, estuvieron muy bien dirigidas, pero de formas muy distintas, formas que revelan la diferencia entre lo que podríamos llamar estilos de liderazgo unitario y federal. La Primera Ministra de Nueva Zelanda, Jacinda Ardern, no tuvo que negociar con los actores políticos regionales autónomos para encaminar al país. Sin embargo, comenzó la pandemia encabezando un Gobierno de coalición, lo que es típico de Nueva Zelanda con su sistema electoral proporcional de miembros mixtos, por lo que tuvo que conservar la confianza de sus socios de Gobierno. Sin embargo, a mitad de la pandemia, como resultado de las elecciones del 17 de octubre de

13. Esto podría parecer tan obvio que no hace falta mencionarlo, pero desgraciadamente hemos visto varios casos de negacionismo, algunos en países desarrollados (Estados Unidos) y otros en países en desarrollo (Brasil y Tanzania). Sudáfrica ya vivió un caso de negacionismo médico cuando el ex presidente sudafricano Thabo Mbeki se resistió a las pruebas científicas y al tratamiento médico del VIH/SIDA.

14. La lucha contra la propagación de un virus altamente infeccioso supone un reto especial para el liderazgo político y de los expertos, ya que, a diferencia de la mayoría de los ámbitos políticos, la gestión de la pandemia requiere un compromiso activo por parte de los ciudadanos para modificar su conducta y sus prácticas cotidianas: cuarentena, uso de mascarillas, distanciamiento social, etc.

2020, su partido obtuvo la mayoría absoluta (50,01% del voto popular y 65 de los 120 escaños), con lo que su Gobierno dejó de depender del apoyo de otros partidos en el Parlamento. El Primer Ministro de Nueva Zelanda es inequívocamente el líder de la nación y el punto central de la política del país. En cuanto a los cargos políticos, no hay competencia. El reto de su liderazgo es, pues, conservar la confianza del Parlamento y del pueblo neozelandés.

Sin embargo, en Australia, como en la mayoría de las demás federaciones, la naturaleza del liderazgo y su ubicación, especialmente en medio de una crisis de salud pública, son muy diferentes. Australia tiene una autoridad constitucionalmente dividida, con poderosos políticos regionales investidos de una autoridad sustancial para actuar¹⁵. De hecho, los Estados, como hemos visto, son los principales responsables de las instituciones y las regulaciones necesarias para combatir la COVID-19. Esto establece un contexto muy diferente para el liderazgo, y de hecho cambia su calidad de forma decisiva. Para empezar, el liderazgo se encuentra en dos lugares constitucionalmente fundados, en Canberra y en las capitales de los Estados. En la política federal normal, el riesgo de una competencia estéril es considerable. Las relaciones intergubernamentales invitan a menudo a repartirse las culpas y a pasarse la pelota. El Primer Ministro del país no puede imponer su voluntad a los primeros ministros de los Estados. Especialmente en una crisis, es importante un estilo de liderazgo colaborativo o colegiado, que es de hecho lo que ha proporcionado el Primer Ministro australiano Scott Morrison. Hasta cierto punto, la política conflictiva normal se dejó de lado ante la pandemia, y el Gabinete Nacional, presidido por Morrison, funcionó de forma colegiada. Los Estados conservaron su autonomía y su amplio ámbito de responsabilidad para gestionar la pandemia, mientras que el Gobierno de la Commonwealth se ocupó de los asuntos de los que era responsable y desempeñó un papel de coordinación principal. Esta suspensión de la política normal y el aumento de la colaboración fueron también evidentes en otras federaciones, como Alemania y Canadá, aunque ciertamente no en todas.

Un buen Gobierno y un fuerte liderazgo político parecen ser ingredientes indispensables para el éxito ante una pandemia, sea cual sea la forma de Gobierno. El principio de la autoridad distribuida se expresa en toda la federación: en su estructura constitucional y legislativa, en su administración pública, en su ciudadanía y en los sistemas electorales por los que se elige a los representantes del pueblo. Un tipo de diplomacia federal en gran medida desconocida en los sistemas unitarios forma parte de las buenas prácticas federales, tanto administrativa como políticamente. Y los ciudadanos son miembros tanto de una comunidad sub-estatal como nacional. Tienen lealtades y representantes democráticos en ambos niveles, cuyas responsabilidades respectivas a menudo no están claras o no se entienden bien. Es un mundo en el que el buen gobierno en una crisis de salud pública es inevitablemente un esfuerzo colegiado entre actores autónomos.

Dicho esto, concluyo que la forma constitucional de un país democrático, ya sea federal o no federal, no determina los resultados de la gestión de la pandemia, sino que establece el marco en el que se determinan esos resultados. La búsqueda de grandes logros en los Estados federales y no federales requiere diferentes estilos de liderazgo, estructuras de responsabilidad, prácticas de administración pública y expectativas de los ciudadanos. Nueva Zelanda obtuvo unos resultados extraordinarios, en parte

15. En algunas federaciones, esta autoridad regional se ha desplegado con cierto éxito para crear “burbujas” que protejan a las unidades subnacionales de la propagación del virus que afecta a otras partes del país. Durante varios meses, las provincias atlánticas de Canadá establecieron una “burbuja atlántica” con controles fronterizos y disposiciones de cuarentena. Durante este periodo, la vida transcurrió en estas provincias de una manera bastante similar a la vida en Nueva Zelanda una vez que ese país había eliminado el virus.

porque se fijó claramente un objetivo exigente pero alcanzable -la victoria total sobre el virus- y lo persiguió con celo dentro de una estructura de autoridad claramente definida y coherente. Australia, por su parte, hizo un trabajo notable al limitar severamente el virus en un entorno constitucional y político más complejo en el que el éxito estuvo determinado por la actuación conjunta de múltiples actores autónomos. Aunque factores como la geografía y la historia desempeñaron un papel notable, quizá lo más importante a la hora de enfrentarse al coronavirus fueron dos consideraciones: la calidad del liderazgo a todos los niveles y en todos los ámbitos profesionales, que estableció un vínculo de confianza entre los líderes y los dirigidos; y el buen gobierno, que permitió una organización eficaz, intervenciones oportunas y la aplicación de los recursos necesarios del Estado para combatir la enfermedad.

REFERENCES

- BAKER, M. G., A. KVALSVIG, y A.J. VERRALL (2020): “New Zealand’s COVID-19 elimination strategy.” *The Medical Journal of Australia*, 213(5), 198–200.e1. <https://doi.org/10.5694/mja2.50735>
- BOCCIA S, W. RICCIARDI, JPA IOANNIDIS (2020): “What Other Countries Can Learn From Italy During the COVID-19, Pandemic.” *JAMA Intern Med.* 2020;180(7):927–928. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1447.
- BURSENS, P., POPELIER, P.; MEIER, P. (2021): “Belgium’s response to the first COVID-19 wave. How to manage a pandemic in a competitive federal system?” en: Rupak Chattopadhyay, (et al) *The Pandemic in 2020 and Federalism*, Foro de Federaciones, Routledge.
- CALNAN, M. (2020): *England’s Response to the Coronavirus Pandemic – Now Updated*, Cambridge Core Blog, August 6: <https://www.cambridge.org/core/blog/2020/04/06/englands-response-to-the-coronavirus-pandemic/>
- CAMACHO, A.E.; GLICKMAN, R.L. (2020): “The Trump Administration’s Pandemic Response is Structured to Fail,” *The Regulatory Review*, University of Pennsylvania Law School, May 19, 2020: <https://www.theregreview.org/2020/05/19/camacho-glicksman-trump-administration-pandemic-response-structured-fail/>
- GORDON, S.H., HUBERFIELD, N.; JONES, D.K. (2020): “What Federalism means for the US Response to Coronavirus Disease 2019”: <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2766033>.
- GRACE, C. (2021): “Perfect Storm: The Pandemic, Brexit, and Devolved Government in the UK,”. en: Rupak Chattopadhyay, (et al) *The Pandemic in 2020 and Federalism*, Foro de Federaciones, Routledge.
- HASELL, J., MATHIEU E., et al. (2020): “A Cross-Country Database of COVID-19 Testing.” *Sci Data* 7, 345: <https://doi.org/10.1038/s41597-020-00688-8>.
- KINCAID, J.; WESLEY LECKRONE, J. (2021): “COVID-19 and American Federalism: First-Wave Responses,” en: Rupak Chattopadhyay, (et al) *The Pandemic in 2020 and Federalism*, Foro de Federaciones, Routledge.
- MAMMONE, A. (2021): “Italy’s Political Crisis is an Opportunity for the Far Right,” *Al Jazeera*, February 9. <https://www.aljazeera.com/opinions/2021/2/9/italys-political-crisis-is-an-opportunity-for-the-far-right>.
- NICOLA, F.G. (2020): “Exporting the Italian Model to Fight COVID-19”, *The Regulatory Review*, University of Pennsylvania Law School, April 23: <https://www.theregreview.org/2020/04/23/nicola-exporting-italian-model-fight-covid-19/>
- PARKER, R.W. (2020): “Lessons From New Zealand’s COVID-19 Success”, *The Regulatory Review*, June 9, <https://www.theregreview.org/2020/06/09/parker-lessons-new-zealand-covid-19-success/>
- WILSON, K., MCDUGAL, C.; FIDLER, D.P.; LAZAR, H. (2008): “Strategies for Implementing the New International Health Regulations in Federal Countries,” *Bulletin of the World Health Organization*, March, 86 (3). ■