

**RESPUESTA INTERGUBERNAMENTAL ANTE LA GESTIÓN DE LA
EPIDEMIA DEL COVID19: BRASIL Y ESPAÑA**

RESPOSTA INTERGOVERNAMENTAL NA GESTÃO DA EPIDEMIA DO
COVID19: BRASIL E ESPANHA

INTERGOVERNMENTAL RESPONSE TO THE MANAGEMENT OF THE
COVID19: BRAZIL AND SPAIN

Jones Nogueira Barros¹

Carmen Pineda Nebot²

Mário Vasconcellos Sobrinho³

Ana Maria de Albuquerque Vasconcellos⁴

RESUMEN: El objetivo de este artículo es analizar la respuesta de dos países descentralizados ante la crisis epidémica del Covid19: Brasil y España. Usándose como referencias teóricas los conceptos de relaciones intergubernamentales y coordinación. El artículo demuestra que el Gobierno Federal Brasileño no tomó medidas globales para todo el territorio y cada estado y municipio siguió un camino diferente denotando ausencia de coordinación y positivas relaciones intergubernamentales entre los entes federativos. En España el Gobierno Central decidió centralizar la toma de decisiones en el Ministerio de Sanidad aunque coordinándose con las Comunidades Autónomas en una primera fase y con un proceso de cogobernanza posteriormente. Esto nos lleva a señalar como conclusión la necesidad, en los dos países, de crear espacios y herramientas de cooperación y coordinación intergubernamental que permitan una mejor gestión de las políticas públicas de salud y una mayor igualdad en el trato a los ciudadanos.

PALABRAS CLAVES: Gestión epidemia, Covid19, Brasil, España.

RESUMO: O objetivo deste artigo é analisar a resposta de dois países descentralizados à crise epidêmica da Covid19: Brasil e Espanha. Utilizando os conceitos de relações e coordenação intergovernamental como referencial teórico. O artigo mostra que o Governo Federal Brasileiro não tomou medidas globais para todo o território e cada estado e município seguiu um caminho diferente, denotando falta de coordenação e relações intergovernamentais positivas entre os entes federativos. Em Espanha, o Governo Central decidiu centralizar a tomada de decisões no Ministério da Saúde, embora coordenando com as Comunidades Autónomas numa primeira fase e posteriormente com um processo de co-governança. Isso nos leva a concluir a necessidade, em ambos os países, de criar espaços e ferramentas de cooperação e coordenação intergovernamental que permitam melhor gestão das políticas públicas de saúde e maior igualdade no tratamento dos cidadãos.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão epidemia, Covid19, Brasil, Espanha

¹Universidad de la Amazonia (UNAMA). jones.barros@unama.br

²Investigadora GEGOP/Cnpq. carmenpinedanebot@hotmail.com

³Universidad de la Amazonia (UNAMA). mario.vasconcellos@unama.br

⁴Universidad de la Amazonia (UNAMA). anamaria.vasconcellos@unama.br

ABSTRACT: The article aims to analyze the response of two decentralized countries to the Covid-19 epidemic crisis: Brazil and Spain. It takes as the theoretical reference the concepts of coordination and intergovernmental relations. The article shows that Brazilian Federal Government did not take global procedures for the entire territory and each state and municipality followed a different path denoting absence of coordination and positive intergovernmental relations between the federal entities. In Spain, the Central Government centralized decision-making at the Ministry of Health, although in the first phase in coordination with the Autonomous Communities and later on a governance process. This leads us to conclude that in both countries the need to create spaces and tools for intergovernmental cooperation and coordination that allow better management of public health policies and greater equality in the citizens' treatment.

KEYWORDS: Epidemic management, covid19, Brazil, Spain.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 ha puesto a prueba las capacidades de todos los gobiernos del mundo. Tanto en países desarrollados como en desarrollo, todos los gobiernos nacionales han tenido que tomar medidas extraordinarias para actuar frente a lo extraordinario. Sin embargo, algunos países han enfrentado dificultades adicionales, propias de la naturaleza de su régimen político o de la forma como conducen la política pública de salud y las relaciones intergubernamentales. Esas dificultades son más evidentes en regímenes federales, donde la coordinación entre los distintos niveles de gobierno ha implicado un reto adicional (Cejudo et al, 2020). Ese es el caso de los dos países estudiados: Brasil y España.

Brasil es un estado federal formado por 26 estados miembros, un Distrito Federal y 5570 (IBGE, 2020) municipios. Los estados y municipios se caracterizan por tener autogestión, autogobierno y autoorganización. La existencia fáctica de la Unión se proyecta en una serie de atribuciones competenciales, desgranadas en los 25 apartados del art. 21 y los 29 del art. 22 de la Constitución Brasileña de 1988, sobre las que la Unión ostentaría una potestad exclusiva o privativa, con algunas matizaciones y en otros títulos competenciales sobre los que la Unión desplegaría un régimen de competencias compartidas (art. 23) o concurrentes (art. 24). El sistema de reparto competencial brasileño es muy complejo.

En lo que respecta a la salud, en Brasil, la Constitución de 1988 define que la “salud es un derecho de todos y un deber del Estado”. El servicio público es prestado por el SUS - Sistema Único de Salud, considerado uno de los mayores y más complejos sistemas de salud pública del mundo.

El SUS está compuesto por el Ministerio de Sanidad, Estados y Municipios, según determina la CF. Cada ente tiene sus co-responsabilidades. La gestión nacional del SUS es responsable de la formulación, normatización, fiscalización, seguimiento y evaluación de las políticas y acciones, en coordinación con el Consejo Nacional de Salud. A los Estados compete participar de la formulación de las políticas y acciones de salud, prestar apoyo a los municipios en coordinación con el consejo estadual y participar en la Comisión Intergestores Bipartita (CIB) para aprobar e implementar el plan estadual de salud. Al ámbito de los municipios compete planear, organizar, controlar, evaluar y ejecutar las acciones y servicios de salud en coordinación con el consejo municipal y la esfera estadual con el fin de aprobar e implantar el plan municipal de salud. El SUS en todas las esferas de gobierno cuenta con la participación de los ciudadanos en el control, con la creación de los Consejos de Salud en cada uno de los ámbitos de actuación (Nacional, Estadual o Municipal), con carácter permanente y deliberativo. El principal órgano de coordinación de la política nacional es el Ministerio de Salud en diálogo con el Consejo Nacional de Salud (CNS). En función de su compleja estructura, el sistema brasileño requiere coordinación central y cooperación entre los entes federativos.

España es un país que funciona como una federación sui generis descentralizada de comunidades autónomas, con diferentes niveles de autogobierno. Las diferencias dentro de este sistema se deben a que el proceso de traspaso de competencias del centro a la periferia fue pensado en un principio como un proceso asimétrico, que garantizase un mayor grado de autogobierno solo a aquellas nacionalidades históricas (Cataluña, Galicia y País Vasco), pero a pesar de ello todas las comunidades fueron adquiriendo gradualmente más competencias. Hoy en día España está considerada como uno de los países europeos más descentralizados, ya que sus diferentes territorios administran de forma propia sus sistemas sanitarios y educativos, así como otros contenidos del presupuesto público; algunos de ellos, como el País Vasco y Navarra, además administran su financiación pública sin casi contar (a excepción del cupo) con la supervisión del gobierno central español.

España es una nación organizada territorialmente en diecisiete comunidades autónomas y dos ciudades autónomas. El Título VIII de la Constitución establece la organización territorial del Estado en municipios, provincias y comunidades autónomas, estas últimas con competencias para gestionar sus propios intereses con un amplio nivel de autonomía, poderes legislativos, presupuestarios, administrativos y ejecutivos en las competencias exclusivas que el Estado les garantiza a través de la Constitución y de cada Estatuto de Autonomía.

En cuanto a la sanidad al Ministerio le corresponde la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria y de consumo, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud. A las Comunidades Autónomas (CC.AA) se les traspasó las funciones y servicios, así como los bienes, derechos, obligaciones, personal y créditos presupuestarios correspondientes. Existe además el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) que es "el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado". Por tanto, según la Ley General Sanitaria (LGS) la coordinación corresponde al Estado, que debe fijar los medios para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica y la acción conjunta que logre la integración de actos parciales en la globalidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). También, la LGS prevé la constitución entre el Estado y las CC.AA de Comisiones y Comités Técnicos, la celebración de Convenios y la elaboración de Programas en común que se requieran para la mayor eficacia y rentabilidad de los Servicios Sanitarios. A partir de esa ley el CISNS funciona en Pleno, en Comisión Delegada, Comisiones técnicas y Grupos de Trabajo. El Pleno se reúne a iniciativa del Presidente o cuando lo soliciten la tercera parte de sus miembros y deberá hacerlo, al menos, cuatro veces al año. Durante los años de funcionamiento se han celebrado pocas reuniones, en cambio durante esta pandemia se han celebrado 3 o 4 por semana para lograr coordinar mejor las medidas a tomar.

MEDIDAS DE GESTIÓN DE LA CRISIS DEL COVI-19 EN MATERIA ORGANIZATIVA SANITARIA

Brasil

Antes de las discusiones sobre la gestión de la crisis del COVID-19 en 2020, es necesario entender en primer lugar como estaba el sistema de salud en términos de reestructuración financiera una vez que, según el Gobierno Federal, el déficit público requería ajustes en las cuentas públicas de todos los sectores gubernamentales.

En el caso de la salud, la aprobación de la Enmienda Constitucional (EC) 95 de diciembre de 2016, por iniciativa del Gobierno Federal, impuso un congelamiento de las inversiones en el área durante 20 años, con la previsión de que el perjuicio sea de 400 billones. En 2019 la pérdida de inversiones ya había alcanzado los 20 billones de reales (CNS, 2020), lo que justifica en parte un conflicto intergubernamental, ya que las responsabilidades de la prestación de los servicios de salud están a cargo de los estados y municipios que responden permanentemente por una demanda creciente, sobretodo de la población económicamente más vulnerable. Eso quiere decir que los estados y los municipios ya estaban económicamente muy frágiles cuando se inicia la crisis del Covid-19.

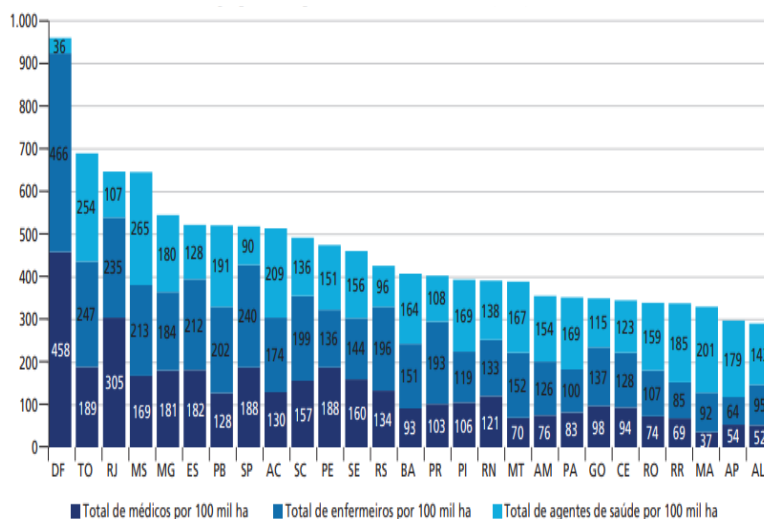
Las medidas iniciales para contener la pandemia del covid19 fueron establecidas a partir de la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el jueves (30) de enero de 2020, afirmando que el brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV) constituía una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII).

La realidad del sistema de salud público y privado desvelada por la pandemia muestra la capacidad estatal (PIRES y GOMIDE, 2020) y las implicaciones de los entes federados para luchar con la crisis sanitaria (LOPEZ et al, 2020) y tiene consecuencias en el proceso de implementación de la política pública (LIMA y D'ASCENZI, 2011).

Según el Ministerio de Salud el parámetro establecido de camas en las unidades de terapia intensiva (UTI) en el sistema público o privado es de diez camas por 100 mil habitantes. Sin embargo, Lopez et al (2020) señalan que el 64% de las regiones, estados y municipios están por debajo de ese mínimo, esos datos no revelan que en tiempos normales ya existe una falta de equipamientos, cuestión que se agravó con el recorte de

recursos financieros en 2019 y más aún con la llegada de la pandemia. De hecho, la insuficiencia de infraestructuras de salud a nivel estadual y municipal se aprecia en todos los aspectos, como por ejemplo en el número de profesionales de salud. Según Lopez et al (2020) los datos muestran una gran disparidad entre las regiones, estados y el distrito federal en el número de profesionales de salud. El gráfico 1 muestra que existe una capacidad diferente entre los diversos estados de la federación, lo que, consecuentemente, afecta a la respuesta de cada uno frente a la crisis de la pandemia.

Gráfico 1 - Total de profesionales sanitarios en los estados y el distrito federal.

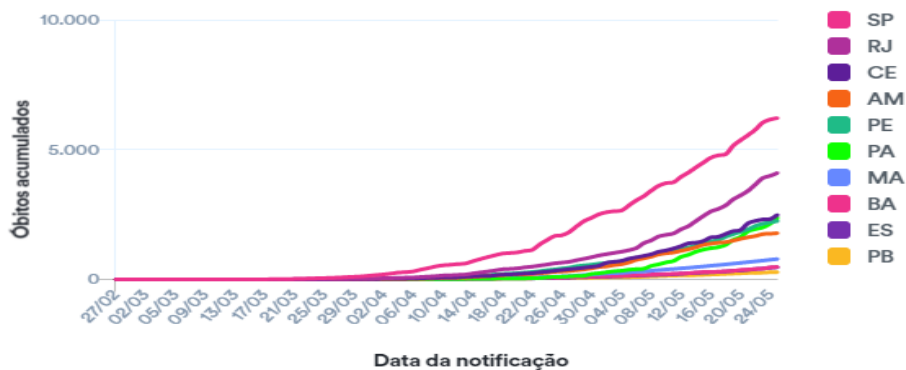


Fuente: Lopez et al (2020)

La OMS recomienda como parámetro ideal de atención a la salud de la población la relación de 1 medico por cada 1.000 habitantes. En conjunto, Brasil tiene 2,11 médicos por habitante (Scheffer, 2018), sin embargo, ese número esta extremadamente concentrado en los estados de la región sur y sudeste, como São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul y Santa Catarina, y en el Distrito Federal de Brasilia. Sin embargo, las regiones norte y nordeste, aunque cumple la recomendación de la OMS en las capitales, tiene una gran carencia de médicos y profesionales de salud en los municipios con menos de 100 mil habitantes, lo que hace más crítico el enfrentamiento de la pandemia.-

A pesar de que el número de médicos por habitante sea superior a lo recomendado como mínimo por la OMS, los estados de São Paulo, Rio de Janeiro y Ceará fueron aquellos que tuvieron un mayor número de casos y de muertes entre marzo y junio de 2020. Esto significa, en parte, que el número de fallecimientos está más vinculado a la infraestructura hospitalaria existente que al número de médicos. En el caso del estado del Amazonas, localizado en la región norte y uno de los estados con mayor número de muertes en el mismo período, además de las infraestructuras, el número de profesionales de salud también se presentó como un problema crucial. El gráfico 2 muestra los estados brasileños que presentan un mayor número de fallecimientos.

Gráfico 2 - Estados brasileños que presentan un mayor número de fallecimientos.



Fuente: <https://covid.saude.gov.br/>

Con el objetivo de enfrentar la pandemia fueron aprobadas algunas medidas por el Gobierno Central, estableciendo directrices para acciones en los estados y municipios, pero sin un diálogo efectivo con esos entes federativos y con el propio Consejo Nacional de Salud, demostrando poco respeto a las unidades subnacionales y a las relaciones intergubernamentales oficialmente estructuradas por la Constitución Federal. Estas medidas son de diferentes orden (movilidad de personas, fortalecimiento del sistema de salud, apoyo a las familias, al sector empresarial y a los trabajadores), todavía están más centradas en la preparación del sistema económico del país que en medidas de salud y preservación de la vida humana propiamente dicha. Un ejemplo de que el Gobierno Central se preocupa más de la economía que de la salud de sus

habitantes está en los cambios en el Ministerio de Salud. En apenas 4 meses, el Ministerio tiene su tercer ministro, y eso que el último está ocupando el cargo interinamente. El presidente Jair Bolsonaro, en sus pronunciamientos oficiales siempre enfatiza que la prioridad de su gobierno en el enfrentamiento a la pandemia está en preservar la estructura económica del país y que las muertes son procesos naturales de la vida. Gobernadores de los estados y alcaldes divergen del gobierno federal y también entre sí, ya que algunos se alinean al pensamiento del presidente mientras que la mayoría diverge de tal interpretación. Ante ello, tomando como base las prerrogativas de autonomía territorial, cada estado y municipio toma un tipo de dirección para el combate al Covid-19.

El cuadro 1 muestra algunas de las medidas aprobadas por el Gobierno Central para enfrentarse a la pandemia, destacando que directamente en el área de salud están solamente relacionadas a la transferencia de recursos financieros, dispensa de licitación para compra de equipamientos y el permiso para el uso de la Telemedicina. Destaca entre las medidas la de un protocolo para el uso de los medicamentos cloroquina y hidroxiclороquina para el tratamiento de la Covid19, lo que va en contra de lo que preconiza la OMS para el tratamiento de la pandemia, ya que no existen pruebas científicas de la eficacia de esos medicamentos. Se trata de una cuestión extremadamente polémica y que coloca al gobierno central, a los estados y municipios en conflicto directo, descoordinando y dificultando medidas conjuntas entre los entes federados. Ese conflicto se produce, sobretodo, por el liderazgo del presidente de la república que entra en conflicto con gobernadores, estados y alcaldes.

Cuadro 1 - Algunas de las medidas aprobadas por el Gobierno Central

NORMAS	CONTENIDO
Movilidad de las personas	- Decreto emergencia en Salud Pública de importancia Nacional (ESPIN) debido al Covid19. - Reconocimiento, en todo el territorio nacional, del estado de transmisión comunitaria. - Recomendaciones de distanciamiento y aislamiento social.
Medidas para fortalecer	- Cerramiento de fronteras. - Dispensa de licitación para adquisiciones de salud destinadas

el sistema de salud	a la pandemia. - Incentivo financiero federal de costes en el ámbito de la Atención Primaria en las Unidades de Salud de Familia (USF) o Unidades Básicas de Salud (UBS). - Uso de la Telemedicina en la emergencia de salud pública. - Instituye la Acción Estratégica "Brasil Cuenta Conmigo", dirigida a los alumnos de los cursos del área de salud. - Auxilio Financiero de Emergencia (Estados y Municipios) de R\$ 60 billones. - Protocolo de utilización de la cloroquina y de la hidroxiclороquina en el tratamiento del Covid19, aunque no sean recomendados por la OMS.
Medidas de apoyo a las familias	- Anticipo del pago del 13º salario de los pensionistas. - Auxilio financiero a los trabajadores informales de R\$ 600,00 durante tres meses. - Inclusión de familias en el Programa Bolsa Familia. - Aplazamiento del pago de las prestaciones de financiación inmobiliaria durante 90 días.
Medidas de apoyo al sector empresarial y a los trabajadores	- Facilidades para la negociación de deudas de empresas. - Flexibilización para el teletrabajo . - Línea de crédito por valor de R\$ 7,5 billones destinada a micro y pequeñas empresas y a los microempreendedores individuales (MEIs). - Paquete de R\$ 43 billones de incentivos al sector inmobiliario, financiación y renegociación. - Línea de crédito para pagar la nómina de las pequeñas y medianas empresas. - Posponer la contribución de empresas al PIS/Pasep y COFINS; reducir a cero el IPI de 25 productos para tratar el Covid-19.

Fuente: Elaborado por los autores

De ese modo, las medidas más concretas en relación a la salud están vinculadas a la provisión a los estados y municipios de apoyo financiero para la instalación de unidades de salud y la adquisición de equipamientos e insumos. Para suplir la falta de profesionales en las unidades de salud, además de la contratación de más profesionales,

se autorizó la telemedicina, así como también se estableció la acción estratégica "O Brasil Cuenta Conmigo", dirigida a los alumnos de los cursos del área de salud. De todas formas, todas las medidas aprobadas son tomadas de forma muy lenta. En posesión de los recursos, cada estado actúa de una forma para la adquisición de los equipamientos necesarios, lo que hace que un mismo aparato médico, por ejemplo, pueda comprarse por precios que divergen en hasta un 60% entre un estado y otro. Al mismo tiempo que demuestra descoordinación, muestra también competición entre ofertantes y compradores de equipamientos e insumos.

El escenario de la pandemia al que se han enfrentado los estados, el distrito federal y los municipios brasileños, ha llevado a estos a exigir al Gobierno Federal la adopción de medidas en la misma velocidad en la que la dolencia se ha propagado por el país. Sin embargo, lo que se observó fue lentitud, falta de liderazgo y de compromiso del Gobierno Central, el cual adoptó un discurso minimizando la gravedad y atención que la cuestión requiere, con la excepción del primer líder del Ministerio de Sanidad, que procuró actuar de acuerdo con las normas de la OMS, lo que originó su dimisión. Brasil ha actuado de una manera forma desarticulada y hasta contrapuesta, ahondando la descoordinación entre las autoridades del país, no solo con respecto a las medidas sanitarias iniciales para enfrentar la pandemia, sino también en las respuestas para encarar la crisis económica e incluso para transitar a la llamada "nueva normalidad". Esta descoordinación ha minado la eficacia de la respuesta ante el covid19 (Observatorio Contención covid19 en América Latina, 2020).

La ausencia de un liderazgo nacional en la política de combate a la epidemia hizo que los gobernadores de los estados, el distrito federal y los municipios, asumiesen el protagonismo en el enfrentamiento al covid19 y estableciesen planes y directrices descentralizadas para minimizar los efectos de la pandemia, yendo en contra de las decisiones del gobierno federal, inclusive con el respaldo del Supremo Tribunal Federal. Los datos de la pandemia a 29 de mayo son de 27.878 muertos y 465.116 infectados, aunque sigue aumentando.

España

El primer paciente registrado en España de Covid19 fue un turista alemán el 31 de enero en la isla de La Gomera (Canarias), pocos días después se conoció otro caso de turista infectado en Palma de Mallorca. Pero no fue hasta el 24 de febrero cuando se detectaron casos en la Península, en concreto en la Comunidad de Madrid, Cataluña y la Comunidad Valenciana. Desde entonces el número de contagios aumentó progresivamente, habiendo llegado el 19 de junio a 28.322 muertos y 245.938 infectados, aunque en un proceso claro de descenso.

La rapidez de la evolución de los hechos y la elevación, el 11 de marzo, de la OMS de la situación de emergencia a pandemia internacional hizo que el Gobierno de España, gobierno de coalición que llevaba solamente en funcionamiento desde principios de enero, aprobara el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, que declaraba el estado de alarma en todo el país por un periodo de quince días. Amparándose en lo dispuesto en el artículo cuarto, apartados b) y d), de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio.

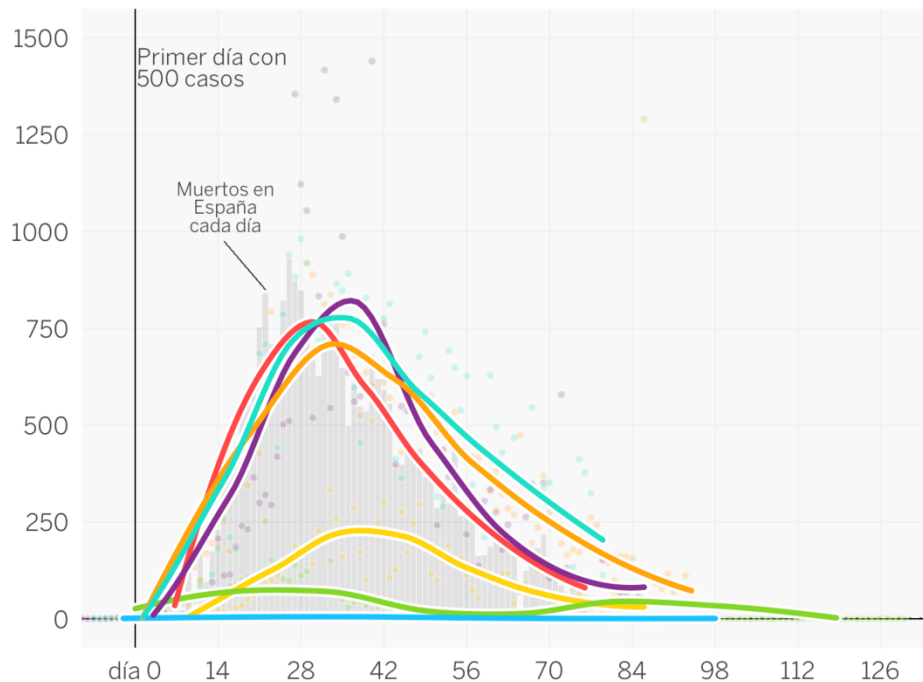
La norma limitaba la circulación de las personas en las vías públicas, salvo algunas excepciones (adquisición de alimentos, asistencia a centros sanitarios, cuidados de mayores, desplazamiento a lugar de trabajo...) aunque señalando que estas debían realizarse individualmente. También otorgaba amplias competencias como responsable máximo al Ministro de Sanidad, excepto las específicamente asignadas a otros tres ministros: el de Interior, la de Defensa y el de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana. Seguramente, como señala Ramió (2020), no tenía otra solución España que optar por un mando único para afrontar la crisis debido al déficit de instrumentos institucionales para operar de forma descentralizada pero cooperativa. Desde ese momento, todas las autoridades civiles del territorio nacional y en particular las sanitarias quedaron bajo los órdenes directas del ministro de Sanidad, aunque las demás administraciones mantenían la gestión, dentro de su ámbito de competencias, asegurando en todo momento su correcto funcionamiento (CRESPO, 2017; GOHN, 2019; SPINK, 2012; LASCOUMES y GALÈS, 2012). El Gobierno central ha coordinado con las CC.AA, mediante reuniones online, las medidas a implantar. Durante la crisis el presidente del gobierno ha

realizado más de 11 reuniones online con los presidentes autonómicos, algo que no ocurría con anterioridad.

En esos momentos España disponía de 3,9 profesionales médicos por cada 1.000 habitantes, número mucho mayor que el de Brasil pero por debajo de países europeos como Alemania, Austria, Italia o Portugal (OMS, 2019). Sin que exista grandes diferencias por CC.AA. La ratio en el número de enfermeras es de 5,3 por cada mil habitantes, que también está por debajo de la media europea que es de 8,3 (OMS, 2019). En cuanto al número de camas de terapia intensiva, otra de las necesidades de esta pandemia, en España hay 9.5 camas por cada 100.000 habitantes, mientras que la media de la OCDE está en 15,9, con países como Alemania con 33,9 o Austria con 28,9 (MS, 2020).

El 28 de marzo ante el gran número de infectados y fallecimientos (72.598 y 5.690) el Consejo de Ministros aprueba una ampliación del confinamiento a todos los trabajadores de actividades no esenciales. Al día siguiente se publica un real-decreto ley por el que se regula la prohibición de todas las actividades económicas no esenciales durante 15 días y se establece un permiso retribuido recuperable para los trabajadores por cuenta ajena de estos sectores. Al día siguiente desciende por primera vez el número de fallecimientos. Un estudio realizado por la universidad británica Imperial College que colabora con la OMS aseguraba, en esas fechas, que las medidas de aislamiento social tomadas por el gobierno español contra el Covid-19 habían evitado 16.000 muertes.

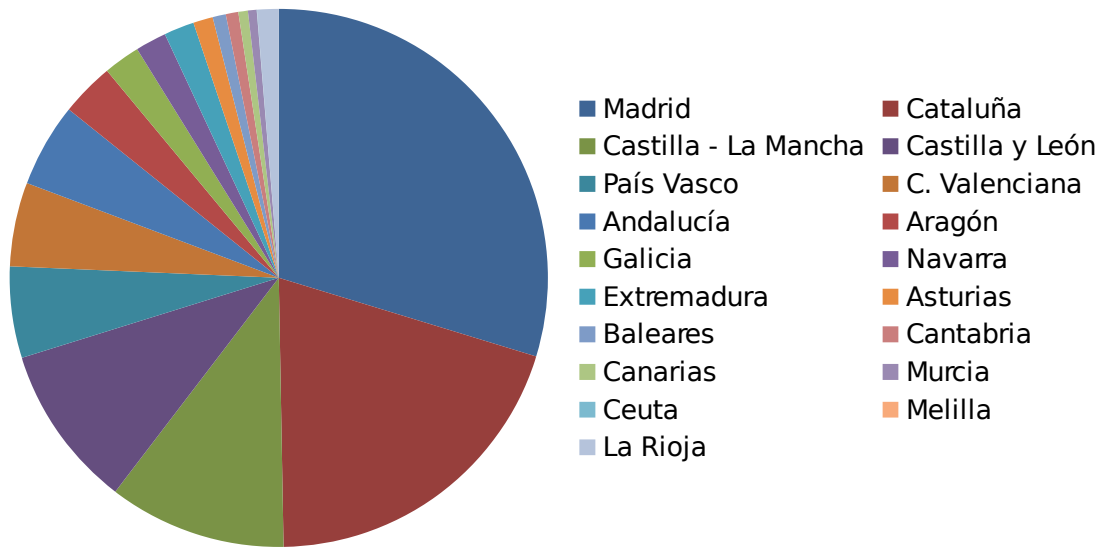
Gráfico 3. Fallecimientos diarios en la primera ola en España, Italia, Corea del Sur, China, Francia, R. Unido y Alemania.



Fuente: Ministerio de Sanidad (19 de junio). España (rojo), Italia (naranja fuerte), Corea del Sur (azul), China (Verde oscuro), Francia (morado), R. Unido (verde suave) y Alemania (naranja suave).

Como se puede ver en la gráfica la curva de España (como la de Italia) se aplanó entre abril y mayo. En ese momento se produjo una meseta: las cifras de muertes diarias se quedaron planas en cifras altas durante bastantes días y luego comenzaron a bajar. Hay dos CC.AA, como se puede ver en el gráfico 4, que han tenido un mayor número de fallecimientos: Madrid (8.416) y Cataluña (5.666), seguidos por otras dos: Castilla-La Mancha (3.022) y Castilla y León (2.776). La característica de estas dos últimas comunidades es su proximidad con la Comunidad de Madrid, lo que provoca un tránsito continuo de personas de una comunidad a otra.

Gráfico 4.- Número de fallecimientos en la primera ola por CC.AA



Fuente: Ministerio de Sanidad (19 /06/2020).

El 28 de abril el Gobierno ante el descenso de casos comienza a hablar de la relajación del confinamiento y del plan de desescalada que se ha realizado en cuatro fases (Preparación, Inicial, Intermedia y Avanzada). Las fases no fueron iguales para todo el territorio, implementándose a nivel provincial según se fueran cumpliendo los requisitos exigidos. En cada una de ellas se van reduciendo las restricciones. Los indicadores, consensuados entre el Gobierno Central y las CC.AA que se utilizaron para medir el avance de fase son: a) capacidades estratégicas del sistema sanitario: atención primaria, situación de los hospitales y camas UCI disponibles; b) situación epidemiológica: diagnósticos, tasa de contagios y otros indicadores; c) cumplimiento de las medidas de protección colectiva en los centros de trabajo, comercio y transporte público y; d) evaluación de datos de movilidad y socioeconómicos. A pesar del consenso conseguido hubo CC.AA que se quejaron del ritmo de la escalada de sus comunidades, aunque también es cierto que hubo otras que decidieron paralizar algún paso de fase. El 21 de junio se terminó el estado de alarma y a partir de ese momento la responsabilidad es de las CC.AA.

La situación fue mejorando sanitariamente, pero más despacio de lo que se esperaba. En ese momento comenzaron a surgir los problemas políticos: la derecha (Partido Popular) y la extrema derecha (Vox) decidieron no votar en el Congreso el estado de alarma porque consideraban que atentaba contra los derechos fundamentales; la Comunidad de Madrid, gobernada por esos dos partidos junto con Ciudadanos, comienza una fuerte campaña contra el gobierno central por no permitirles por dos veces pasar a la fase 1; estos grupos políticos convocan manifestaciones a pesar del aislamiento social y el estado de alerta y; las CC.AA comienzan a reclamar su autonomía. Se produce una situación de crispación política que agrava la situación social. A pesar de todo ello las CC.AA siguen aceptando las reglas impuestas por el estado de alerta.

Durante todo este tiempo el Gobierno central ha aprobado un innumerable número de normas: sobre la movilidad de las personas; medidas tributarias; sobre colectivos vulnerables; sobre los trabajadores autónomos y; sobre el arrendamiento de viviendas y locales comerciales. También las CC.AA han aprobado muchas normas sobre el covid19 en sus territorios. En el cuadro 2 se señalan algunas de estas medidas.

Cuadro 2 - Algunas de las medidas aprobadas por el Gobierno Central

NORMAS	CONTENIDO
Movilidad de las personas	- Decreto de declaración del estado de alarma al que se le hicieron cuatro inclusiones parciales -45 órdenes ministeriales
Medidas para reforzar el sistema sanitario	- 2 instrucciones - Se refuerzan en 1.000 millones de euros los recursos del Ministerio de Sanidad - Se regulan los precios de algunos productos necesarios para la protección de la salud
Medidas de apoyo a las familias	- Adelanto de 2.800 millones a las Comunidades Autónomas - Dotación de 25 millones de euros de recursos a las Comunidades Autónomas para becas comedor - Modificación del calendario escolar - Se flexibilizan las condiciones para favorecer la conciliación y el trabajo no presencial

Medidas de apoyo al sector
empresarial y a los trabajadores

- Se establece una moratoria de un mes en el pago de préstamos hipotecarios para los colectivos vulnerables
- Se crea un programa estatal financiado con 300 millones de euros para garantizar la asistencia a domicilio de personas dependientes.
- Flexibilización de los aplazamientos del pago de impuestos durante un periodo de seis meses
- Aprobación de una línea de financiación específica a través del Instituto de Crédito Oficial por importe de 100.000 millones de euros
- Se amplían las bonificaciones a la Seguridad Social para contratos fijos discontinuos
- La creación de una línea de cobertura aseguradora por cuenta del Estado a través de CESCE por un importe hasta 2.000 millones de euros para operaciones de financiación de circulante
- Se amplían las condiciones de acceso a las prestaciones por parte de los trabajadores y se prevén exoneraciones en las cotizaciones sociales
- Se aprueba una prestación extraordinaria por cese de actividad para los autónomos.
- Medidas de apoyo a las pymes para impulsar su adaptación al entorno digital

Fuente: Elaborado por los autores

CONCLUSIONES

El análisis de la respuesta de dos países descentralizados Brasil y España ante la crisis epidémica del Covid19 hace posible comprender las diferentes realidades entre los dos países para vencer la pandemia del Covid19.

En Brasil la pandemia permitió desvelar la realidad del SUS, evidenciada por la falta de estructura, equipamientos, recursos humanos, insumos y recursos financieros para la prestación de los servicios en la red de salud pública, cuestiones que han contribuido a que sea el según país en el ranking mundial de casos y muertes. España con un SNS más robusto y consolidado, aunque con algunos problemas por los recortes sanitarios realizados durante la crisis económica del 2008 también ha sufrido mucho en esta pandemia tanto por el número de contagiados como en el de fallecimientos.

Nuestro análisis muestra que aunque no se conocen todavía las causas de las diferencias en los contagios por zonas territoriales ni por países, la posición adoptada por el Gobierno de España de centralizar y coordinar la gestión de la epidemia y con ello tomar medidas generales para todo el territorio han permitido que el país funcionara globalmente y se ha podido ganar la batalla a un virus muy letal.

En Brasil, a diferencia de España, aunque se han tomado medidas, la ausencia de un liderazgo nacional provocó inestabilidad, con la dimisión de dos ministros de sanidad y una fuerte crisis institucional entre el gobierno central, que intentó minimizar la pandemia, y los estados y municipios. Estos últimos como forma de contener el avance adoptaron medidas descentralizadas, para salvar vidas, con el respaldo de la Corte Suprema. Esta situación de conflicto también complicó la posibilidad de implicar a los ciudadanos, como si hizo España, en un confinamiento que aparentemente es una de las soluciones más eficaces para luchar con la pandemia, mientras no se encuentre una vacuna.

El estudio de la respuesta que han dado dos países para enfrentarse a la pandemia del Covid19 nos demuestra que la capacidad estatal no se limita solamente a la capacidad de atención a las necesidades de la salud de los ciudadanos en situaciones de normalidad sino que es también muy importante ser capaces de gestionar con los medios a su alcance una crisis de las proporciones que estamos viviendo. Y en ella, como se está demostrando, es muy importante movilizar a todos los actores y hacerlo de una forma coordinada, algo que ha hecho España pero no Brasil.

Mostrando que es necesario adoptar espacios y herramientas de coordinación que permitan que en los estados descentralizados los servicios públicos lleguen en igualdad de condiciones y con la misma calidad a los ciudadanos sea cual sea el territorio donde habiten. Esa sería una buena lección que deberíamos sacar de la difícil situación que estamos viviendo. Otra lección que ha señalado Sousa Santos (2020) es el regreso del Estado y la comunidad, después de más de 40 años en los que el principio del mercado ha recibido prioridad absoluta en detrimento de ellos.

En estos momentos España y Europa se encuentra en la segunda ola de la pandemia con un número importante tanto de contagiados como de ingresos

hospitalarios y fallecimientos. España a fecha 16 de noviembre tenía un total de 1.541.574 infectados y 42.291 fallecidos y Europa 15.061.666 casos y 1.328.015 fallecidos. A pesar de esta situación negativa también existe una ventana para la esperanza con las declaraciones de algunas compañías farmacéuticas sobre la posibilidad de poder contar con vacunas en un corto plazo de tiempo. Esperanza que también forma parte de la vida de los brasileños, cuyos datos actualizados a 16 de noviembre muestran que aproximadamente 6 millones de personas ya fueron infectadas y 170 mil murieron.

REFERENCIAS

- AGENCIA ESTATAL BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) 2020. www.boe.es
- CEJUDO, GUILLERMO M., GÓMEZ-ALVAREZ, DAVID, MICHEL, CYNTHIA, LUGO, DAMIÁN, TRUJILLO, HUMBERTO, PIMIENTA, CALEP y CAMPOS, JUVENAL. Federalismo en COVID: ¿Cómo responden los gobiernos estatales a la pandemia?. Laboratorio Nacional de Políticas Públicas: México. 2020. Disponible en:
<https://lnppmicrositio.shinyapps.io/FederalismoEnCovid/>
- CONSELHO NACIONAL DE SAUDE. 2020. <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA FEDERATIVA DEL BRASIL de 1988
- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA de 1978.
- CRESPO GONZÁLEZ, JORGE. Coordinación intergubernamental en España vista por la alta función pública del Estado, *Política y Sociedad*, 54(2), pp. 481-508. 2017.
- GOHN, MARIA DA GLORIA. Teorias sobre a participação social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. *Caderno CRH* 32 (85), pp. 63-81. 2019.
- LASCOUMES, PIERRE y LE GALÈS, PATRICK. A Ação pública abordada pelos seus instrumentos. *Revista Pós Ciências Sociais* 9 (18). 2012.

- LIMA, LUCIANA L. y d'ascenzi, luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Revista de Sociologia e Política* 21 (48), pp.101-110. 2011.
- LOPEZ, FELIX G., PALOTTI, PEDRO LUCAS M., BARBOSA, SHEILA T. y KOGA, NATÁLIA M. Mapeamento dos profissionais de saúde no Brasil: alguns apontamentos em vista da crise sanitária da Covid-19. *Nota Técnica* 30. IPEA. 2020.
- MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. 2020. <https://www.msrebs.gob.es/>
- OBSERVATORIO PARA LA CONTENCIÓN DEL COVID-19 EN AMÉRICA LATINA. 2020. observcovid.miami.edu/?lang=es.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2019. Informe salud mundial.
- PIRES, ROBERTO y GOMIDE, ALEXANDRE. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. *Revista de Sociologia Política* 24 (58), pp. 121-143. 2016.
- RAMIÓ, CARLES. Lecciones de la crisis: el valor de la descentralización. 2020. *esPublicoBlog-Administración Pública*.
<https://www.administracionpublica.com/author/carles-ramio/>
- SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.
- SOUSA SANTOS DE, B. *La cruel pedagogía del virus*, Argentina. CLACSO. 2020.
- SPINK, PETER K. Processos organizativos e ação pública: as possibilidades emancipatórias do lugar em JACÓ-VILELA, A.M. y SATO L. *Diálogos em psicologia social*, pp. 352-369, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. 2012.