

# La Pandemia en el Reino Unido

**Sally Ruane.** *Reader in Social Policy – Director of Health Policy Research Unit. De Montfort University. Leicester (UK).*

## Introducción

Hasta mediados de diciembre hubo 85.000 muertos por la covid-19 en el Reino Unido. Cuando el certificado de defunción mencionaba el virus, hubo aproximadamente 72.600 muertos en Inglaterra, 4.500 en País de Gales, 1.650 en Irlanda del Norte (hasta el 18 de diciembre) y 6.300 en Escocia hasta el 20 de diciembre<sup>(1)</sup>. Ahora, en el Reino Unido, ha habido más de 2 millones de infectados confirmados, según las cifras de John Hopkins Universidad<sup>(2)</sup>, y aproximadamente 260.000 personas hospitalizadas<sup>(3)</sup>.

Durante el comienzo de la pandemia, el Reino Unido tenía una mortalidad proporcional mayor que la mayoría de los países. Ahora<sup>(4)</sup>, según las cifras de John Hopkins Universidad, hay 1.051 personas muertas por cada millón de habitantes y estamos entre los doce países con los índices peores del mundo, después de Bélgica, Perú, Italia, España, Bulgaria, Chequia y los países de la antigua Yugoslavia.

En este artículo se revisa la respuesta del Reino Unido a la crisis.

## Una respuesta inadecuada a la pandemia

Trágicamente la infección se había propagado mucho cuando el gobierno anunció el cierre de emergencia nacional en la semana final de marzo.

El gobierno en Londres:

- ▶ Ignoró las advertencias internacionales sobre la extensión y la gravedad del virus;
- ▶ No definió el virus como una enfermedad de declaración obligatoria hasta el 5 de marzo, dos semanas después que País de Gales y Escocia;
- ▶ Sugirió que una estrategia de inmunidad de grupo podría tener éxito;
- ▶ Conceptualizó la crisis como una sola epidemia nacional, en vez de brotes locales en fases distintas de desarrollo
- ▶ Concentró la capacidad de detección en los enfermos y en los hospitales y abandonó el 12 de marzo la estrategia comunitaria promovida por La Organización Mundial de Salud. No había un plan alternativo y a causa de esto no sabíamos dónde se propagaba la infección
- ▶ Culminó la fase de contención y empezó la fase de recuperación el mismo día (12 de marzo)



- ▶ Permitted air travel without quarantine until June;
- ▶ Believed that outbreaks would not occur in nursing homes for the elderly;
- ▶ Did not take corrective measures after findings and recommendations from the exercise of simulation for pandemic planning in 2016.

The prime minister, Boris Johnson is a populist leader; it seems that he did not believe in the importance of the virus or its catastrophic consequences. When health experts invited citizens to take care, the prime minister boasted of having taken care of some hospitalized infected people (admitted to hospital and intensive care with the virus). In addition, for a new government, elected in December 2019, the development of Brexit was a priority in the first weeks of 2020, and the government negotiated to participate in a European plan to obtain personal protection equipment, ventilators and other necessary articles.

The emergency closure between March and May affected everyone and was total except for essential sectors. Everyone in the world had to work from home if possible. Only essential sectors were allowed to work at their sites - hospitals and health system and social care system; shops that

sell essential goods like food; they prohibited non-essential travel; they closed schools and universities; they prohibited sports; they closed places of worship. They allowed going out to buy food, receive medical attention or exercise. Some institutions had started closing or a quasi-closure before the official instruction. A former advisor to this government, a scientist, has calculated that if the closure had been introduced a week earlier, the number of deaths would have been halved<sup>(5)</sup>.

In the National Health Service (NHS) in England:

- ▶ There was a centralization of power at the beginning of the crisis. Many of the local budgets and the taking of many decisions were assumed by the national executive group;
- ▶ Service heads ordered the suspension of procedures and elective operations in March;
- ▶ Primary care became a telephone or remote or virtual service for most patients;
- ▶ They encouraged those with symptoms of the virus to use another service, accessible mainly by telephone for advice. This service

intentaba reducir el número de enfermeros que iban a la sala de emergencia o que llamaban por teléfono para una ambulancia;

- ▶ Los médicos de familia dejaron de visitar a las personas en las residencias de mayores;
- ▶ Se crearon siete hospitales especiales y temporales en grandes centros de conferencias; estos apenas se usaron a causa de la falta del personal.

### Los servicios públicos debilitados y el uso del sector comercial

El Reino Unido recibió la pandemia con servicios debilitados. Después de la crisis financiera de 2008, y del apoyo para apuntalar al sector bancario (cientos de billones de libras esterlinas), era difícil convencer al electorado de que las políticas de austeridad, perseguidas por los gobiernos Conservadores, eran necesarias. Desde la creación del NHS, entre 1948 y 2010 la financiación del NHS aumentó un 4% cada año por encima de la tasa de inflación. Pero la década siguiente fue una década de austeridad y entre 2009 y 2019 la subida anual fue de 1.4% (2009/10-2018/19). Como las presiones de costes son del 4% cada año, una subida de 1.4% representó un recorte dramático.

Así, al principio de la pandemia teníamos un sistema hospitalario con muy pocas camas, muy pocas camas de cuidados intensivos y muy poco personal. Incluso sin la pandemia, es decir antes de la pandemia, los hospitales no tenían la capacidad para tratar todos los enfermos que necesitan cirugía electiva. En términos de comparación internacional, el Reino Unido tiene menos camas que casi todos otros países de la OCDE. En la jerarquía de camas hospitalarias, el Reino Unido es el número treinta de treinta y siete países. Cuando Alemania tenía 28.000 camas de cuidados intensivos para una población de 83 millones, el Reino Unido tenía 4.400 para una población de 68 millones. Los cuidados intensivos se hacían en camas en los quirófanos y el personal de profesiones sanitarias variadas se entrenó para manejar los ventiladores. Ante estos problemas, en marzo se decidió cancelar o posponer la gran mayoría de los cuidados, incluso los tratamientos para los enfermos con cáncer.

Casi 5.000 médicos, enfermeras, matronas y

otros profesionales de la salud que se habían jubinado regresaron al trabajo durante la primera ola, junto con más de 10,000 profesionales que habían dejado su empleo en el servicio. A pesar de esto, las necesidades de personal fueron intensas en ciertas áreas, por ejemplo, la proporción habitual de una enfermera por paciente en cuidados intensivos cayó a una enfermera por tres o incluso seis pacientes. También se contó con más de 12.000 estudiantes de enfermería y obstetricia de segundo y último año y más de 2.000 estudiantes de medicina<sup>(6)</sup>.

En parte debido a la escasez de camas de agudos, una de las decisiones más trágica fue la derivación, sin las pruebas diagnósticas, de las personas frágiles de mayor edad desde los hospitales a las residencias de mayores, residencias que, muchas veces, no tenían los medios para atender con seguridad a los pacientes con el virus. Se ha calculado que en la pandemia de la primavera casi el 30% de toda mortalidad entre los residentes de las residencias de mayores fue de Covid-19<sup>(7)</sup>. Es un sector casi totalmente privado dañado por la falta de financiación pública y esto contribuía a la falta de personal y al uso del personal temporal, factores que ayudaban a la propagación de la infección. Un sector fragmentado, los trabajadores desorganizados, sin afiliación sindical, lo cual reducía sus quejas, su visibilidad durante la crisis en su peor momento. Como resultado, en comparación con el personal en el sistema sanitario, hubo mucho menos protección para el personal y para los residentes de las residencias de mayores y mucho más propagación de la infección.

### El sistema de salud pública también se había debilitado antes de la pandemia.

El sistema de salud pública estaba debilitado como resultado de una legislación, en 2012, diseñada para fortalecer las fuerzas del mercado en el NHS. Debido a legislación de 2012 se había fragmentado en tres partes, con problemas de comunicación entre niveles nacional, regional y local. La parte que supervisa la preparación para emergencias como pandemias es una agencia sin una voz independiente del gobierno. En algunos años el presupuesto había sido transferido a otros servicios. La pericia en el manejo de enfermedades transmisibles a nivel local se había reducido. Las directoras/os de salud pública municipales eran frecuentemente ignorados en las comunicaciones

emitidas por el NHS. Solo uno de los directores médicos en los cuatro territorios del Reino Unido fue un médico entrenado en salud pública<sup>(8)</sup>.

Una dimensión de la respuesta a la pandemia es la marginalización de la salud pública. El gobierno conceptualizó la pandemia como problema científico, en vez de un problema de salud pública, ignorando la experiencia de los dos siglos pasados. Por ejemplo, el comité asesor oficial (que se llama SAGE<sup>(9)</sup>) era dominado por los epidemiólogos; ningún miembro era un experto en desarrollar e implementar una respuesta de salud pública<sup>(10)</sup>. Como consecuencia, en los primeros días de la pandemia se tuvieron poco en cuenta los medios que habían probado su valor en la importante tradición de la salud pública en el contexto de brotes de infección.

Después de los resultados pésimos y con ninguna confianza en el gobierno, se formó otro autoproclamado comité asesor - SAGE-Independiente - compuesta por una gama de expertas/os.

El gobierno dio recursos adicionales a los servicios sanitarios - treinta billones en total. Pero muchos de estos recursos se daban al sector privado. El gobierno ha gastado doce billones de libras en un sistema de rastrear que es un sistema abrumadoramente privado; diecisiete billones en equipos personales de protección, un billón en ventiladores. El gobierno anunció recursos adicionales a las autoridades municipales, porque también habían sido muy debilitadas por la década de austeridad. Las autoridades municipales han presenciado los recortes en los presupuestos para la salud, la asistencia social, los servicios de salud ambiental y la planificación de emergencias.

## La respuesta a la pandemia ha sido débil por las políticas de una década de austeridad

Hay una dimensión ideológica en la respuesta del gobierno británico a la crisis. En los primeros días se llegó a un acuerdo con el sector sanitario privado. El sector privado ofreció al sistema público 8.000 camas (incluso ciento sesenta camas de cuidados intensivos), unos 1.200 ventiladores, cientos de salas de operaciones y casi 20.000 tra-

bajadores (10.000 enfermeras). Esta capacidad se ha utilizado por el tratamiento de los enfermos del virus y también para la cirugía urgente y para los enfermos de cáncer. El gobierno dijo que el sector privado no obtendría ganancias, pero el arreglo/acuerdo garantizó ahorros en los pagos de deuda y mejoras en las rentas, permitiendo la posibilidad de ganancias. El acuerdo significó 2.4 millones de libras/día. Aunque presentado como un apoyo para el sistema público, el arreglo representó un refuerzo importante para el sector privado - de hecho es un rescate. El sector sanitario privado se enfrentaba a una crisis. Muchos hospitales privados habían cancelado las operaciones de los pacientes clínicamente vulnerables, habían perdido los ingresos lucrativos de sus clientes de ultramar y se enfrentaban a la suspensión de las operaciones rutinarias contratadas por el NHS. Además, la posibilidad de una recesión profunda dañaría el mercado de pago privado y habrían perdido a sus médicos, cirujanos y anestesiólogos que tendrían que dedicarse al sistema público<sup>(11)</sup>.

Esta manera de canalizar los recursos hacia el sector privado se ve también en la creación de un sistema de rastrear, fuera del NHS y fuera de los departamentos de salud pública de las autoridades municipales. Este sistema de rastrear se creó al final de mayo; hasta ahora, doce billones de libras esterlinas se han gastado.

Es un sistema muy complejo, involucrando empresas y organizaciones numerosas. Tenemos el ejército nacional y empresas como Deloitte y G4S, reclutamiento por Sodexo, kits de prueba por Randox, las logísticas con Amazon, y el proceso de las muestras involucrando laboratorios de unas universidades y empresas como AstraZeneca y GlaxoSmithKline. Los teleoperadores para rastrear los contactos en los casos no complejos están reclutados por Serco. Este sistema es dirigido por una baronesa Conservadora en la Cámara de Lores en vez de por un funcionario normal.

Es un sistema externo a las estructuras de salud pública, cuando más necesitamos la coherencia. Es un sistema nacional, cuando las acciones para enfrentarse a la prevención, para encontrar a los contactos y para interpretar los patrones localmente significativos requieren el conocimiento local y una infraestructura local. Y a pesar de que el primer ministro dijo que sería el mejor sistema del mundo, es un sistema defectuoso. En la

primera semana de noviembre, aproximadamente el 15% de los casos positivos no habían sido localizados y solamente el 60% de sus contactos íntimos se habían contactado dentro de 24 horas. En septiembre, cuando los casos subían, era casi imposible conseguir una prueba a causa de la falta de capacidad. Estos retrasos socavaron la posibilidad de ralentizar la propagación de la infección. Según una investigación de la BBC<sup>(12)</sup>, los problemas, los problemas incluyeron la falta de pericia en los diagnósticos, prometiendo más de lo que podía hacerse, una falta de reactivos químicos, la fragmentación ('una red compleja de diferentes programas que se han unido rápidamente') y la ausencia de la pericia del NHS y de los departamentos de salud pública de las autoridades municipales<sup>(13)</sup>. Muchos expertos piden que este sistema sea convertido en un sistema públicamente organizado.

También, en un periodo sin las normas tradi-



cionales de rendición de cuentas, cuando la rapidez está muy cotizada y cuando el líder del parti-

do de oposición no quiere aparecer criticando en el contexto de una crisis nacional, el gobierno ha dado varios contratos con 'urgencia extrema' sin los procesos competitivos. Algunos de estos contratos se han adjudicado a empresas con vínculos con personas en o cerca del Partido Conservador. Contratos de más de 10 billones de libras han sido adjudicados a empresas elegidas sin competencia<sup>(14)</sup>. Los departamentos del gobierno están obligados a publicar los detalles de los contratos adjudicados en un plazo de 30 días, pero aún no se han publicado los detalles de los contratos por valor de miles de millones de libras en una aparente violación de la ley<sup>(15)</sup>.

### El aumento de las desigualdades

El Covid-19 ha reproducido y amplificado las desigualdades que existían ya en nuestra sociedad<sup>(16)</sup>. 75 % de los muertos tenían 75 años de edad o más. 55 % eran hombres. En los empleos de menos cualificación y salarios bajos tenían más probabilidad de morir. Entre los hombres, había más probabilidad de morir en las ocupaciones de seguridad, conductores y asistencia social; entre las mujeres eran la peluquería y la atención social<sup>(17)</sup>. Había más mortalidad entre los residentes de los barrios de más privación<sup>(18)</sup>, exposición a la contaminación del aire y con la población de alta densidad, viviendas superpobladas. Y lo que era muy visible, inicialmente entre los médicos y las enfermeras que murieron en la primavera, y después entre la población en total, eran los niveles más altos de mortalidad entre las personas que son de comunidades Africanas Negras, Caribes Negras y Bangladesís. Las personas con menos capacidad para protegerse del virus a causa de sus ocupaciones o condiciones de vivir son más vulnerables; las personas con la obesidad son más vulnerables.

### La situación actual

Los índices de infección eran más altos entre los jóvenes (de 10 a 29 años) en la primera ola y en el verano. Los índices de infección entre los jóvenes han bajado desde octubre pero crecen en los de más edad. Estamos en invierno y pasamos más tiempo en casa y en edificios donde se transmite más fácilmente el virus. La tasa de infección y el número de admisiones de hospital suben más gradualmente que en la primavera (hay aproxima-

damente 2.000 admisiones de hospital cada día al final de diciembre, en contraste con 3.000 cada día en la primera ola y 3.569 en el pico); el número de enfermos con el virus en los hospitales ha sobrepasado el pico de la primera ola.

La situación es dinámica en el Reino Unido, pero, a modo de instantánea, según las cifras del gobierno el 29 diciembre había 414 muertes, 53.135 casos confirmados, y 2.322 personas admitidas en el hospital<sup>(19)</sup>. Pensamos que el número de Reproducción está entre 1.0 y 1.3, en comparación con 2.6 en marzo. Hay variaciones regionales. Aunque hay más personas en los hospitales que en la primavera, hay menos mortalidad (1.100 muertos cada día en el pico de la primera ola). El NHS está bajo gran presión: en comparación con la primavera, los enfermos tienen condiciones más complejas y, debido a la mayor tasa de supervivencia, permanecen en el hospital por más tiempo y así ocupan más camas. Además, el NHS está intentando continuar su funcionamiento normal que fue suspendido en la primavera por falta de capacidad.

## El Covid-19 ha amplificado las desigualdades que existían ya en nuestra sociedad

Hasta el 11 de diciembre, aproximadamente el 66% de las muertes en Inglaterra y País de Gales han ocurrido en los hospitales y el 26% en las residencias de mayores<sup>(20)</sup>.

En las primeras semanas de la crisis, el liderazgo del gobierno en Londres era dominante pero, desde entonces, como la salud es una competencia transferida, los gobiernos de Escocia, País de Gales e Irlanda del Norte han jugado un papel mayor. De hecho, el concepto y la visibilidad de un país compuesto de cuatro territorios ha crecido durante la pandemia. En noviembre, el País de Gales y la Irlanda del Norte terminaban un confinamiento y la población de Inglaterra estaba confinada. Entonces las universidades y las escuelas estaban abiertas. La llegada de una cepa de virus más virulenta, ha obligado a cada gobierno a imponer las medidas más restrictivas en días recientes. La población de Londres y del sur de In-

glaterra no pudo pasar la Navidad con su familia en otras casas; el País de Gales ha vuelto a entrar en un cierre e Irlanda del Norte entró en un cierre de nuevo el Día de San Esteban. En Inglaterra, un sistema de 'niveles' de restricciones, con diferentes áreas geográficas sujetas a diferentes niveles, ha estado en vigor desde octubre, pero cada vez más se considera que son inadecuadas para controlar la propagación del virus.

La nueva cepa de virus ha asustado a algunos gobiernos de Europa y de otros lugares del mundo. Días antes de la Navidad, había miles de camiones varados en las carreteras cerca de la costa del sur, esperando el permiso del gobierno francés para entrar en Francia. Esto amenazó la disponibilidad de alimentos frescos en las tiendas y proporcionó una dimensión nueva a la crisis social. Representó también una advertencia con relación a los riesgos de la falta de un acuerdo comercial entre el Reino Unido y la Unión Europea.

Así, la gestión del virus sigue siendo un problema. La prueba que utilizamos para detectar el virus no detecta la contagiosidad ni discrimina entre un virus vivo y los restos del virus de una infección anterior. Cuando generalmente una prueba de diagnóstico respalda la atención clínica y el diagnóstico, no es el caso del SARS-CoV-2, donde una prueba positiva es la única confirmación formal del virus. Tenemos mucho menos conocimiento del progreso de la enfermedad a lo largo del tiempo, y poca certeza respecto al grado en que quienes no tienen síntomas pueden infectar a otros. Aquellos que parecen estar asintomáticos pueden haber tenido síntomas antes de la prueba o pueden desarrollar síntomas después de la prueba. Identificar a aquellos que son infecciosos en el momento de la prueba y, por lo tanto, deben auto aislarse no es fácil<sup>(21)</sup>. Un segundo tipo de prueba, más reciente, permite resultados inmediatos pero tiene tasas más altas de falsos negativos. Se está utilizando como parte de una nueva estrategia de pruebas masivas de personas asintomáticas. No está claro cuál será el impacto en la transmisión de enfermedades, la hospitalización y la muerte o si representará un uso eficaz de los recursos. Este tipo de cribado poblacional para el SARS-CoV-2 no está respaldado por la OMS o el SAGE<sup>(22)</sup>.

Las noticias de vacunas efectivas han sido bienvenidas. Priorizada en el proceso de aprobación formal, la primera vacuna (la de Pfizer-BioNTech)

se ha administrado a las personas vulnerables desde el 8 diciembre. Sin embargo, se necesitarán varios meses para vacunar a una porción significativa de la población. La rápida aprobación de la vacuna en el Reino Unido fue bienvenida, pero ha habido críticas por la falta de transparencia en el proceso de aprobación<sup>(23)</sup>.

### La respuesta pública

Había mucho apoyo público para el gobierno en los primeros meses de la pandemia y mucha conformidad con las restricciones. Mucha gente creía que había una situación de crisis nacional y era necesario unirse. Sin embargo, algunas medidas socavaban la confianza del público en el liderazgo nacional. Se extendió la noción de que fue un gobierno incompetente. La revelación de que el asesor principal del primer ministro había violado las restricciones soportadas por la población en su conjunto, y el rechazo del primer ministro a despedirle, provocaron la ira de mucha gente y el cinismo. Había posiblemente menos conformidad después de este episodio.

Después del primer cierre, hubo menos acuerdo con las instrucciones o los consejos del gobierno. Mucha gente sin ingresos garantizados durante la pandemia tiene que trabajar. El pago por baja laboral es muy bajo en el Reino Unido y muchas personas creen que no pueden hacer cuarentena o autoaislamiento incluso si las reglas lo requieren. Un programa de apoyo al empleo ha asegurado nueve o diez millones de empleos<sup>(24)</sup>. Sin embargo mucha gente ha perdido su trabajo y muchos negocios se han hundido. Algunas partes de la población no se fían del gobierno. Hay quienes se oponen, con manifestaciones, a las limitaciones de la libertad personal, y ahora oímos a quienes creen que la pandemia es un truco o una farsa.

Hay también una minoría de expertos que recomiendan mantener la vida cotidiana y el mundo de trabajo con la mayor normalidad posible y confían en la inmunidad de grupo aunque la mayoría de los expertos creen que la inmunidad de grupo no se obtendrá para este virus sin vacunación. Hay también las personas en contra de la vacunación.

Después de la unidad social en las primeras semanas y meses, ahora las discrepancias sociales han emergido. Pero quizás no son discrepancias

nuevas; son discrepancias que emergen de desigualdades económicas y del efecto brutalizado de muchos empleos y de diferencias culturales; son quizás algunas de las discrepancias que hemos visto en la batalla por el Brexit. La pandemia puede haber alimentado la causa de una Escocia independiente, ya que la primera ministra de Escocia, a pesar de las estadísticas, se ha mostrado capaz y competente.

En una nota positiva, el alto nivel de muertos en las comunidades de los Africanos Negros y los Caribeños Negros, y la coincidencia con el asesinato de George Floyd por la policía en Minneapolis, en los Estados Unidos, ha provocado un movimiento poderoso contra la discriminación y la desventaja experimentada por las personas de color.

### ¿Qué podemos aprender?

La respuesta a la pandemia ha sido débil por las políticas de una década de austeridad que han dejado los servicios públicos y la seguridad social mermados por falta de recursos. Una parte de estos recortes fueron del presupuesto de salud pública y ocasionaron la degradación de la planificación en casos de pandemia. Tenemos un gobierno y un primer ministro con experiencia limitada. No estábamos bien preparados y la respuesta ha sido muy inadecuada, con mucha mortalidad evitable.

¿Qué aprendemos en el contexto del Reino Unido?:

- ▶ La importancia y la centralidad de la comunidad de salud pública con experiencia en las enfermedades transmisibles. La necesidad de invertir en este sector y extender su capacidad. La importancia de la capacidad local en la estructura de la salud pública;
- ▶ La importancia de integrar las iniciativas nuevas para que sean una extensión y una expansión de las estructuras existentes y no sistemas paralelos, desarticulados e inconexos;
- ▶ La importancia de las preparaciones para las pandemias que serán más probables en el futuro;
- ▶ La importancia de un sistema generoso de protección social para permitir a las personas hacer la cuarentena efectivamente;

- ▶ La importancia de un servicio sanitario con bastante capacidad y suficiente terreno para permitirle la flexibilidad en el uso de edificios;
- ▶ Una voz reconocida entre los que trabajan en la atención social.

Una pandemia de este tipo crea una crisis en que los procesos de toma de decisiones, y los medios normales de rendición de cuentas y responsabilidad son despreciados o evitados; se crea una situación de flujo de recursos que puede ser peligroso. Es posible que salgamos de esta crisis con un papel más protagonista del sector. privado, más instalado en el sistema sanitario.

---

#### Bibliografía

- 1 Office for National Statistics, Update 30/12/20 <https://twitter.com/ONS/status/1341316948278325248> ; <https://twitter.com/ONS/status/1341317159440576514> ; National Records of Scotland Update 23/12/20 <https://www.nrscotland.gov.uk/statistics-and-data/statistics-by-theme/vital-events/general-publications/weekly-and-monthly-data-on-births-and-deaths/deaths-involving-coronavirus-covid-19-in-scotland> ; Northern Ireland Statistics and Research Agency Update 23/12/20 <https://www.nisra.gov.uk/publications/weekly-deaths>. Estadísticas se refieren a muertes registradas.
- 2 <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- 3 BBC News (2020) Covid-19 in the UK: How many coronavirus cases are there in your area?, BBC December 25
- 4 30 diciembre 2020; esto es una tasa bruta de mortalidad (es decir, sin tener en cuenta la estructura de la población). <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- 5 BBC (2020) Coronavirus: 'Earlier lockdown would have halved death toll', BBC News June 10
- 6 Las cifras de NHS England
- 7 ONS (2020) Deaths involving COVID-19 in the care sector, England and Wales: deaths occurring up to 12 June 2020 and registered up to 20 June 2020 (provisional) Office for National Statistics, July 3
- 8 G Scally (2020) The UK's public health response to Covid-19: too little, too late, too flawed, British Medical Journal, 369:m1932, May 15
- 9 Scientific Advisory Group for Emergencies
- 10 G Scally (2020) The UK's public health response to Covid 19: too little, too late, too flawed, British Medical Journal, 369:m1932, May 15
- 11 V Kotecha (2020) Who benefits from the NHS's bailout of private hospitals?, Centre for Health and the Public Interest, March 31
- 12 N Trigg et al (2020) Coronavirus: Inside test-and-trace - how the 'world beater' went wrong, BBC News November 20
- 13 N Trigg et al (2020) Coronavirus: Inside test-and-trace - how the 'world beater' went wrong, BBC News November 20
- 14 G Plimmer (2020) £10bn Covid contracts without competitive tender come under scrutiny, Financial Times, October 12
- 15 J Garside (2020) UK government fails to publish details of £4bn Covid contracts with private firms, The Guardian, November 9
- 16 Public Health England (2020) Disparities in the risk and outcomes of Covid-19, June 2
- 17 C Aguilar Garcia and P Whiteside (2020) COVID-19: Who are the 50,000 people who have died with coronavirus in the UK?, Sky News, November 12 <https://news.sky.com/story/covid-19-who-are-the-50-000-people-who-have-died-with-coronavirus-in-the-uk-12129321>
- 18 Porejemplo, ONS (2020) Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation: deaths occurring between 1 March and 31 May 2020, Office for National Statistics, June 20
- 19 Government Data <https://coronavirus.data.gov.uk/> accessed 23/12/2020
- 20 Office For National Statistics Update <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsregisteredweeklyinenglandandwalesprovisional/weekending11december2020>
- 21 Centre for Evidence-Based Medicine (2020) PCR Positives: what do they mean?, CEBM, Oxford University, September 22; J Deeks et al (2020) Operation Moonshot proposals are scientifically unsound, British Medical Journal, September 22
- 22 J Deeks et al (2020) Briefing on Operation Moonshot screening for SARS-CoV-2, November 15 [https://allysonpollock.com/?page\\_id=3394](https://allysonpollock.com/?page_id=3394)
- 23 P Roderick (2020) Transparency in approving covid-19 vaccines, British Medical Journal, December 17
- 24 Statista <https://www.statista.com/statistics/1116638/uk-number-of-people-on-furlough/> Figure for October 16. Accessed 20/11/20