

# ÍNDICE

Presentación	5
PRIMERA PARTE	
1. Introducción a las políticas de gestión de la pandemia en Europa	7
2. Modelo de intervención mínima	8
3. Modelo de intervención máxima	11
4. El caso del Reino Unido: el modelo de intervención moderada	14
5. Razones que explican las dispares políticas sanitarias en Europa para afrontar la epidemia del covid-19	15
6. La gestión de la epidemia en Alemania y Suecia	19
SEGUNDA PARTE	
7. La epidemia del covid-19 desde una perspectiva politológica	25
8. La pandemia: una cuestión política y no sanitaria	26
9. La biopolítica de la nueva normalidad	36
10. El controvertido uso de las pruebas PCR	39
11. Dominación: miedo y vigilancia	47
12. Sumisión	63
13. Una nueva sociedad	72
14. La economía	80
15. La vacuna	87
16. Conclusiones	94
APÉNDICE	
17. Event 201	103
18. Referencias	109

## PRESENTACIÓN

El presente informe tiene como finalidad realizar un análisis comparado de las diferentes formas en las que ha sido gestionada la epidemia de coronavirus en los principales países europeos. No pretende ser exhaustivo, sino presentar de manera general los distintos modos de abordar esta situación, y las razones que explican esa variedad de gestiones. Además de esto también pretende efectuar una aproximación a la problemática que representa esta pandemia desde una perspectiva politológica, y esclarecer así el impacto de las medidas adoptadas.

# PRIMERA PARTE

## 1. Introducción a las políticas de gestión de la pandemia en Europa

El análisis que sigue a continuación va a centrarse en las medidas iniciales que tomaron los países europeos, lo que inevitablemente va a dejar de lado la posterior evolución de sus respectivas políticas. En este sentido pretende ser más una fotografía de lo que los Estados europeos hicieron al comienzo de la pandemia.

En primer lugar hay que constatar que la Unión Europea carece de competencias en materia sanitaria.

Dicho esto, es preciso destacar que la gestión de la pandemia ha recaído en la política sanitaria de cada país. En este sentido hay que subrayar que dichas políticas han sido, en general, bastante dispares en diferentes aspectos, a pesar de lo cual pueden identificarse varios elementos comunes que pasaremos a enumerar a continuación.

El rasgo común de todas estas políticas ha sido la restricción, e incluso suspensión a efectos prácticos, del derecho de reunión en espacios públicos, pero también privados. El modo en el que han sido impuestas este tipo de restricciones a este derecho fundamental ha variado considerablemente en cada país. En unos casos el proceso ha sido progresivo, y en otros fue inmediato con la declaración del estado de alarma. Entre los países que se encuentran entre los que optaron por una restricción gradual están Suiza o el Reino Unido, mientras que entre aquellos otros que se decantaron por una restricción inmediata y drástica encontramos a España. Si bien es cierto que a día de hoy las restricciones a este derecho han sido reducidas parcialmente.

En otro lugar debemos constatar la alteración significativa de las relaciones sociales como otro elemento común de las diferentes políticas de gestión de la epidemia. En lo que a esto se refiere el proceso y los procedimientos por los que dicha alteración, e incluso transformación, tuvo lugar variaron. A pesar de todo esto la acción de los Estados significó un cambio significativo en la manera de relacionarse las personas entre sí. A pesar de que algunas de las restricciones que afectaron a las relaciones sociales han sido suprimidas o reducidas en algunos países, en otros no, sino que por el contrario se persigue una transformación permanente e irreversible de las mismas.

Otros aspectos de menor importancia relacionados con la gestión de la epidemia, y que son comunes a todas las políticas sanitarias de los países europeos, es el uso de tests, generalmente los conocidos como PCR, aunque en muchos casos combinados con pruebas serológicas. A esto cabe añadir el control del material sanitario, hasta el extremo de que en algunos casos las autoridades efectuaron confiscaciones o retenciones de este tipo de material, generalmente como consecuencia de la escasez a nivel nacional y las graves dificultades para abastecerse en los mercados mundiales por la elevada demanda (Gómez 2020; Contrainformación 2020). Asimismo, las recomendaciones en materia de salud han sido la regla general en absolutamente todos los casos, y se ha caracterizado por la vehemencia y persistencia de las mismas, todo lo cual ha sido articulado en un discurso oficial hábilmente diseñado y, sobre todo, difundido a través de los medios de comunicación. Juntamente con esto, y como parte de la estrategia de comunicación de las autoridades, se produjeron comparecencias

públicas regulares de los portavoces y representantes de los órganos coordinadores de la gestión de la epidemia en cada caso.

Aunque las diferencias en la política sanitaria de los distintos países europeos son significativas en algunos aspectos, esto no nos impide establecer dos categorías diferenciadas que reflejan, por lo demás, dos modelos distintos de abordar la epidemia. Así, identificamos, por un lado, los países en los que se produjo una intervención mínima del Estado y, por otro lado, aquellos países que, por el contrario, desarrollaron una política sanitaria que significó una intervención máxima del Estado.

En un lugar intermedio, como caso de intervención moderada del Estado, se encuentra el Reino Unido, que integró en su política sanitaria elementos pertenecientes a ambos modelos. Acerca de este país haremos una breve mención de aquellas características que lo diferencian de los restantes modos de abordar la gestión de la epidemia.

## **2. Modelo de intervención mínima**

Las características generales de este modelo se concretan en la forma en que las autoridades no sólo abordaron la propagación del covid-19, sino también la manera en que interactuaron con la población a la hora de aplicar su política sanitaria. En lo que a esto respecta, los Estados que pueden agruparse en esta categoría optaron por perturbar lo menos posible la vida de sus ciudadanos. Este planteamiento inicial les condujo a poner el peso de la contención de la pandemia en la responsabilidad del individuo, de manera que las instituciones depositaron la confianza en los ciudadanos al mismo tiempo que procedieron a hacer una serie de recomendaciones en términos de higiene, salud, etc., que fueron difundidas de un modo sistemático y persistente a través de todos los canales de comunicación con la ciudadanía. En general, puede apreciarse un escaso uso de la coerción, sobre todo si comparamos estos países con aquellos que optaron por una intervención máxima del Estado en materia sanitaria.

¿Qué países adoptaron este modelo de intervención mínima? Nos referimos fundamentalmente a Suecia, Países Bajos, Suiza, Islandia, y en diferente medida también a Alemania. Esto ya nos deja bastante claro que el enfoque basado en una intervención limitada del Estado en el ámbito de la salud, y con unos niveles relativamente bajos de coerción para aplicar las medidas dirigidas a aplacar la epidemia, ha sido minoritario en Europa.

¿En qué tipo de medidas se concretaron las políticas sanitarias de estos países? Hay que apuntar que en todos los casos las medidas adoptadas por los países evolucionaron de acuerdo a la situación sanitaria en cada lugar, razón por la que a continuación serán expuestas las más destacadas de ellas. Así pues, algunas de estas medidas han dejado de estar en vigor, y otras sencillamente han sido modificadas.

En primer lugar cabe apuntar que en ninguno de estos casos hubo confinamiento obligatorio para la población. Esto significa que los Estados no optaron por utilizar la coacción para forzar a la población a mantenerse reclusa en sus casas, ni tampoco fue impedido el libre movimiento en el territorio nacional. Este constituye probablemente el aspecto más relevante de este modelo si lo comparamos con aquellos otros países que, por el contrario, forzaron a sus respectivas poblaciones a permanecer encerradas en sus domicilios.

Otra medida reseñable es que en estos países se produjo una restricción progresiva del derecho de reunión en espacios públicos. En este sentido, a medida que la epidemia del covid-19 se extendió, procedieron a limitar el número de personas que podían reunirse en lugares públicos. Se pasó de limitaciones de 1.000 personas a 5 ó incluso a 2, como es el caso de Suiza (Burci y Hasselgard-Rowe 2020). Sin embargo, estas restricciones, una vez superado lo peor de la epidemia, han sido reducidas mediante una ampliación paulatina del número de personas que pueden reunirse en espacios públicos (O’Dea 2020). A pesar de esto, en la mayoría de los casos hay que constatar que el derecho de reunión ha sido considerablemente dañado en la medida en que este tipo de restricciones no han sido eliminadas por completo.

Una medida que fue adoptada por casi todos estos países, y que coincide con los Estados de intervención máxima, es el control o cierre, total o parcial, de las fronteras, aeropuertos y puertos. Esta medida incluyó en muchos casos cuarentenas para los viajeros procedentes de determinadas regiones, como sucedió en Alemania (Wieler et alii 2020), pero también en Islandia (Iceland Review 2020; Kolbert 2020), y que posteriormente fue extendida a todos los extranjeros e incluso a nacionales procedentes de zonas especialmente afectadas por la epidemia. Una excepción a todo esto es el caso de Suecia, que en ningún momento cerró el acceso a su territorio nacional (Paterlini 2020; Forsberg 2020; Svahn 2020).

Unido a lo anterior hay que añadir el cierre parcial de la economía, como es el caso de tiendas, bares, restaurantes, gimnasios y demás sectores no esenciales. En estos países predominó, entonces, una paralización limitada de la economía que afectó fundamentalmente a ámbitos que no eran esenciales, y que por ello no constituían un problema para el desarrollo del conjunto de la actividad económica. En cualquier caso hay que apuntar que Suecia e Islandia no efectuaron cierres de ningún tipo. En el caso de Alemania se procedió a cerrar locales de hostelería y pequeños comercios abiertos al público, pero la mayoría de las empresas, generalmente mediante el teletrabajo, y las fábricas continuaron trabajando (Wieler et alii 2020; Chazan 2020). Algo similar ocurrió en Países Bajos, donde el sector de la hostelería se vio obligado a cerrar, así como museos y prostíbulos, mientras que los comercios permanecieron abiertos.

Otra de las medidas adoptadas por estos países fue el cierre de los centros educativos. Aunque a este respecto hay que apuntar que esto únicamente ocurrió en Alemania y Suiza de un modo semejante a lo sucedido en los restantes países europeos como Italia o España, a pesar de lo cual reiniciaron la actividad antes de la finalización del curso. Las excepciones son Suecia, Islandia y Países Bajos. Las razones para esta decisión son diferentes. Así, por ejemplo, Islandia descubrió a partir del estudio del impacto de la enfermedad en su población de poco más de 360.000 habitantes (Bilbao tiene aproximadamente 340.000 habitantes) que no existe transmisión de la enfermedad de niños a adultos (McLaughlin et alii 2020), aunque sí se dan casos de contagios de adultos a niños (Highfield 2020). De hecho, el epidemiólogo británico y profesor Mark Woolhouse afirmó que no hay hasta la fecha ni un sólo caso confirmado de infección de un maestro por un alumno en todo el mundo (McLaughlin et alii 2020). La experiencia en Suecia demuestra que no hubo diferencia en las tasas de infección entre los niños (Soderpalm 2020). Tal es así, que un reciente estudio hecho en Alemania ha llegado a la conclusión de que los niños pueden operar como freno a la propagación del covid-19 (Locke 2020). Y en una línea parecida se

manifestó recientemente una investigación suiza según la cual los niños no desarrollan síntomas debido a su frecuente contacto previo con otros coronavirus, lo que contribuye a crear una inmunidad de grupo (Franks y Rocklöv 2020). En general, los niños son menos propensos a contagiarse y a manifestar síntomas de la enfermedad comparados con los adultos (Park et alii 2020). El jefe médico de enfermedades infecciosas en el hospital Sankt Gallen y profesor suizo Pietro Vernazza destacó que no existe evidencia médica de la eficacia de los cierres de escuelas al constatar que los niños, en general, no desarrollan la enfermedad covid-19, lo que hace que no estén entre los vectores de propagación de la enfermedad, a diferencia de lo que ocurre con la gripe (Vernazza 2020b).

En cambio, tanto en Suecia como en Países Bajos el criterio utilizado para mantener los colegios abiertos fue diferente. En Suecia los centros educativos continuaron funcionando con normalidad debido a que las autoridades consideraron que su cierre podía afectar negativamente al personal sanitario con hijos pequeños, lo que hubiera significado la pérdida de una fuerza de trabajo de varios miles de personas (Jakobson 2020; Folkhälsomyndigheten 2020). Aunque también tuvieron en consideración otros factores, como el hecho de que muchos niños reciben sus comidas en el colegio, o que tampoco detectaron una transmisión de la enfermedad de niños a adultos (Fund y Hay 2020; Sander 2020; Fernstedt y Karlsson 2020). En Países Bajos, por su parte, siguieron un criterio parecido aunque realizaron un cierre parcial para no afectar a trabajadores de servicios esenciales (Tullis 2020).

En lo que se refiere a la denominada distancia social esta ha sido establecida en el 1,5 m en la mayoría de los casos, y en 2 metros en Islandia (Rigillo 2020). Las autoridades han hecho persistentes recomendaciones a mantener esta distancia, salvo en Países Bajos y Alemania donde esta es obligatoria por ley, de manera que su incumplimiento puede acarrear multas. Naturalmente estas medidas no se aplican a quienes conviven en el mismo domicilio.

En la medida en que estos países han optado por una autorregulación de las propias personas a la hora de gestionar la epidemia, la actividad de las autoridades ha estado orientada sobre todo a realizar multitud de recomendaciones que han sido articuladas en un discurso único y sencillo que ha sido, y todavía es, repetido constantemente desde todas las instancias. Entre estas recomendaciones destacan las habituales medidas de higiene indicadas por los altos funcionarios de los departamentos de sanidad, el autoaislamiento, el teletrabajo, etc. (CBS 2020)

El uso de aplicaciones de rastreo para detectar infectados y agilizar los procesos de aislamiento y testeo han sido poco frecuentes. En el caso de Islandia se utilizaron fundamentalmente rastreadores, y más concretamente al departamento de policía. A pesar de esto, actualmente disponen de una aplicación que únicamente utiliza el 40% de los islandeses. Alemania y Suiza también tienen aplicaciones de rastreo basadas en un sistema descentralizado de gestión de los datos de sus usuarios. La privacidad y anonimato han sido las grandes preocupaciones para los suizos en lo que se refiere al uso de estos programas, pero también entre los alemanes.

En cuanto al uso de mascarillas esta es, por regla general, la excepción, al igual que en la mayor parte de Europa occidental. Su uso es obligatorio en determinadas situaciones como el transporte público, tal y como sucede en Suiza, o cuando no es

posible garantizar la distancia de seguridad, tal y como ocurre en Islandia, pero en otros lugares, en cambio, su uso tan sólo es recomendado, e incluso desaconsejado, como sucede en Suecia y Noruega.

### **3. Modelo de intervención máxima**

Este modelo es el mayoritario en Europa y, por ello, es el que ha definido la manera en que los Estados han abordado la gestión de la epidemia de coronavirus. Así, en este caso, el Estado asume toda la responsabilidad de garantizar la salud de la población, para lo que adopta un enfoque securitario en el que la epidemia es convertida en un asunto de seguridad nacional. De este modo, la actuación del Estado está oficialmente dirigida a preservar la seguridad de sus ciudadanos, para lo que interviene en todos los ámbitos de la vida de estos. En este modelo el Estado se presenta como protector, al mismo tiempo que desarrolla toda una política basada en la desconfianza hacia el ciudadano que combina con unos elevados niveles de coerción para aplicar sus nuevas y mayores regulaciones.

Este enfoque es el mayoritario entre los países europeos, de entre los que destacan como sus máximos exponentes España e Italia, y en diferente medida también Bélgica y Francia. Otros países del centro y Este de Europa, pero también del norte como son Dinamarca, Finlandia y Noruega (Doig 2020), han adoptado políticas que han conllevado elevados niveles de coerción, e incluso el afianzamiento de dinámicas abiertamente dictatoriales con la restricción de los controles sobre el poder ejecutivo y el establecimiento de un estado de excepción permanente (Csaky 2020; Toprakci 2020).

Una de las principales medidas adoptadas por los países de este modelo de gestión de la epidemia es el establecimiento de un confinamiento obligatorio de toda la población, o de una parte significativa de la misma, tal y como sucedió inicialmente en Italia. Esto significa la aprobación de leyes, o el recurso a leyes de emergencia ya existentes, para forzar a la población a permanecer encerrada en sus domicilios bajo la amenaza del uso de la fuerza con diferentes tipos de sanciones. A esto cabe sumar el despliegue de un poderoso aparato policial encargado de la supervisión de este tipo de medida, con una restricción severa de la movilidad en el territorio nacional. En algunos casos, como los de España e Italia, esta medida estuvo acompañada de la militarización del orden público. Pudo presenciarse, entonces, la utilización del ejército para labores de tipo policial y de carácter represivo para garantizar el cumplimiento del confinamiento mediante el despliegue de patrullas, controles en calles y carreteras, etc.

Si bien es cierto que fueron contempladas algunas excepciones al confinamiento, como acudir a supermercados, el uso de cajeros automáticos, las citas médicas mientras estas no fueron sustituidas por consultas telefónicas, etc., cabe apuntar que, por lo general, fueron muy pocas y bastante limitadas. Esta circunstancia hizo que la movilidad fuese reducida drásticamente mientras duró el confinamiento.

Además del confinamiento obligatorio de la totalidad de la población, la suspensión del derecho de reunión en espacios públicos y privados ha sido un rasgo característico de esta manera de abordar la gestión de la epidemia. En lo que a esto respecta el principal objetivo ha sido un aislamiento de los miembros de la sociedad para impedir

su interacción y, de esta manera, impedir, o dificultar, la propagación del virus con la esperanza de su definitiva extinción. Son notables las manifestaciones de diferentes expertos y especialistas defensores de esta aproximación a la epidemia, quienes no dudaron en subrayar la importancia de paralizar durante semanas toda actividad. Esto ha incluido, tal y como hemos comprobado en los últimos meses, la prohibición y persecución de la vida social del individuo y de las unidades familiares, para lo que la suspensión del derecho de reunión ha sido un mecanismo esencial.

Así pues, no ha bastado con impedir las reuniones en los espacios públicos entre personas no convivientes en el mismo domicilio, sino que la implementación de esta medida también ha incluido la prohibición, o severa limitación, del derecho de reunión en espacios privados. Esto ha significado una creciente presión de los aparatos de poder del Estado, como los departamentos de sanidad, la burocracia y los cuerpos policiales, sobre la esfera privada de las personas de la que no se tiene constancia en tiempos recientes en el marco de los regímenes constitucionales. En este sentido, el principal antecedente de este tipo de medidas únicamente lo encontramos en los regímenes totalitarios del s. XX, así como en aquellos otros que aún hoy perduran en diferentes países.

La promulgación de estados de alarma o de emergencia ha constituido una herramienta legal fundamental para la adopción de medidas tan drásticas, y que han conllevado el incremento de la discrecionalidad de los funcionarios, sobre todo de los agentes policiales, en su ejecución. Esta circunstancia ha facilitado la suspensión práctica de otros derechos y libertades, y con ello de gran parte del ordenamiento jurídico, habiendo socavado gravemente el imperio de la ley y el llamado Estado de derecho consustancial a todo régimen constitucional. Tampoco puede ignorarse que las constituciones establecen salvaguardias de este tipo, como son los estados de alarma, para situaciones excepcionales y de manera temporal.

Lo anterior conecta con la noción de excepcionalidad subrayada por el jurista y teórico político alemán Carl Schmitt (2003). Este autor subrayó que la soberanía reside en la capacidad de decidir sobre la excepción, y que hace que quien la detente, esto es, el soberano, esté por encima del ordenamiento jurídico al ostentar la capacidad para tomar la decisión última. De esta manera el Estado total, como resultado del proceso histórico de la modernidad en el que esta entidad ha expandido sus poderes sobre una cantidad creciente de ámbitos, dispone de los instrumentos precisos para hacer valer su voluntad frente a cualquier actor social, entidad o institución al afirmar su soberanía en un contexto de excepción. Así, la situación de emergencia, de supuesto peligro para la existencia del conjunto de la comunidad, constituye el pretexto político para que las constricciones que habitualmente limitan al Estado en unas condiciones normales pierdan vigencia, y disponga de un margen de acción mucho mayor. El Estado total débil, representado por el Estado constitucional, refuerza su poder a través de esas salvaguardias como son el estado de alarma, de excepción o de sitio que contemplan las constituciones, y que permiten el establecimiento de una dictadura constitucional (EFE 2020d).

Unido a todo lo hasta ahora expuesto, hay que destacar el cierre de la práctica totalidad de la economía como una de las más importantes medidas adoptadas por los países de este modelo. Esta medida afectó sobre todo al sector de la hostelería, como es el caso de hoteles, bares y restaurantes, pero igualmente a otros servicios como



comercios y a sectores profesionales que mantienen un contacto directo con la población. Únicamente continuaron su actividad económica aquellos sectores que eran esenciales para garantizar el abastecimiento, como sucedió con el transporte de mercancías, las entidades financieras y aseguradoras, los supermercados, las farmacias y ópticas, así como otros establecimientos relacionados con el sector tecnológico y el mantenimiento de infraestructuras críticas o servicios relacionados con los sectores antes mencionados. El cierre de la economía llegó a ser prácticamente total en algunos casos, como es el de España entre los días previos a la semana santa y el final de esta festividad, es decir, entre el 30 de marzo y el 9 de abril. El resto de sectores optaron, en la medida de sus posibilidades, por el teletrabajo cuando esto les fue posible para desarrollar sus respectivas actividades económicas.

Las restricciones económicas antes apuntadas fueron acompañadas, a su vez, de otras en el momento de aliviar dichas limitaciones con el establecimiento de diferentes aforos para los establecimientos abiertos al público, además de otro tipo de medidas de control que dificultaron en muchas ocasiones el normal desarrollo de sus actividades. En el caso español esto fue muy palpable en el comercio, pero también en la hostelería y en sectores similares.

En el plano económico también hay que destacar el cierre de lugares públicos, como museos, pero también de edificios del Estado y la limitación o suspensión a efectos prácticos de numerosos servicios. La propagación del coronavirus sirvió como pretexto para que el Estado redujese sustancialmente sus servicios a todos los niveles administrativos, desde el central hasta el local, pasando por el regional. Asimismo, la declaración del estado de alarma, como sucedió en el caso de España, implicó la paralización de diferentes procesos administrativos ligados a estos mismos servicios, y su correspondiente aplazamiento. En líneas generales se produjo una suspensión de la totalidad de los servicios públicos no esenciales en todos los países de este modelo de gestión de la epidemia (Goedl 2020; Doig 2020).

Otra medida que tuvo un importante efecto en la sociedad fue el cierre de todos los centros educativos, desde guarderías hasta universidades, pasando por colegios, institutos, etc. En muchos casos este cierre fue sustituido por clases impartidas online, lo que no estuvo exento de dificultades a la hora de llevar a cabo las correspondientes evaluaciones.

Asimismo, es notable el cierre de fronteras, puertos y aeropuertos que fue aplicado al tránsito de personas. Todo esto se combinó, también, con el establecimiento de una distancia social obligatoria que osciló entre los 2 metros y 1,5 m. El incumplimiento de esta medida puede conllevar multas cuantiosas en algunos casos.

No menos importante es el cierre de lugares públicos como parques, playas, el acceso a montes, etc. Este tipo de medida ha estado acompañada, asimismo, con crecientes labores de supervisión de las fuerzas policiales para garantizar su cumplimiento mediante el despliegue de drones, vallados y precintados de estos lugares. En algunos casos, como Italia, se ha llegado a utilizar satélites para vigilar el cumplimiento del confinamiento por la población (ANSA 2020).