

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS DE
ORIHUELA**



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

**La libertad de vacunación: derecho individual vs
derecho colectivo**

**Un estudio sobre cómo se ha afrontado el COVID-19 en
Europa y de su vacunación en España.
Una aproximación a las actitudes de la juventud.**

Alumna: Inés Mas Cantó
Tutora: Irene Belmonte Martín

**GRADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y GESTIÓN PÚBLICA
CURSO ACADÉMICO 2021/2022**

A mi familia y amigos, por no soltarme nunca, por el apoyo incondicional y especialmente a mi padre, por hacer frente al COVID-19 en primera línea y siempre afrontarlo desde el humor.

A Manuel, por ser la parte fundamental de mi paso por la UMH, y ahora, de mi vida.

Y, en especial, a Irene Belmonte Martín, por la confianza, por valorarme y por abrirme las puertas de un mundo que desconocía y al que me quiero dedicar; la investigación.

RESUMEN

En enero de 2020 se dio el primer caso de COVID-19 en España, llevándonos tan solo dos meses después a una nueva situación vivida en el país: el Estado de Alarma, el confinamiento, las mascarillas y las nuevas vacunas contra dicho virus. A través del presente trabajo, se analiza cómo gestionó España esta pandemia y qué medidas tomó el gobierno. Además, y a modo de comparación, se ha analizado también la gestión del COVID-19 por parte de Italia, Alemania, Francia y Austria para poder encontrar similitudes y diferencias entre los diferentes miembros de la Unión Europea. Con este nuevo virus vinieron las vacunas, también se analiza la obligatoriedad de las vacunas en España y la influencia del pasaporte COVID en la tasa de vacunación mediante una encuesta y una entrevista con la finalidad de saber si en España hubo una verdadera libertad de vacunación.

PALABRAS CLAVE

COVID-19, Estado de Alarma, vacunas, pasaporte COVID, derechos.

RESUM

Al gener de 2020 es va donar el primer cas de COVID-19 a Espanya, emportant-nos tan sols dos mesos després a una nova situació viscuda en el país: l'Estat d'Alarma, el confinament, les màscares i les noves vacunes contra el dit virus. A través del present treball, s'analitza com va gestionar Espanya esta pandèmia i quines mesures va prendre el govern. A més, i a manera de comparació, s'ha analitzat també la gestió del COVID-19 per part d'Itàlia, Alemanya, França i Àustria per poder trovar similituds i diferències entre els diferents membres de la Unió Europea. Amb aquest nou virus van vindre les vacunes, també s'analitza l'obligatorietat de les vacunes a Espanya i la influència del passaport COVID en la taxa de vacunació per mitjà d'una enquesta i una entrevista amb la finalitat de saber si a Espanya va haver-hi una verdadera llibertat de vacunació

PARAULES CLAU

COVID-19, Estat d'Alarma, vacunes, passaport COVID, drets.

Índice

1. Introducción.....	6
2. Objetivos e hipótesis del estudio.....	7
3. Metodología empleada.....	8
4. Una aproximación a los conceptos de libertad personal, derecho individual y derecho colectivo.....	9
5. La gestión del COVID-19 en España: principales hitos desde marzo de 2020 a abril de 2022.....	14
6. Cómo se ha gestionado en algunos países europeos la pandemia del COVID-19	21
6.1 Medidas tomadas por Italia.....	22
6.2 Medidas tomadas por Alemania	25
6.3 Medidas tomadas por Francia.....	27
6.4 Medidas tomadas por Austria.....	30
7. La gestión de los derechos de libertad para vacunarse en España mediante la salud pública.....	33
8. Repercusión de la exigencia del pasaporte COVID en la decisión de vacunarse: un análisis empírico de la juventud española.....	36
8.1 Ficha técnica de la encuesta.....	36
8.2 Principales resultados obtenidos en la encuesta	37
8.3 Entrevista realizada a un profesional sanitario	40
8.4 Análisis de los resultados obtenidos.....	43
9. Conclusiones extraídas de la investigación	47
10. Futuras líneas de investigación	49
11. Referencias consultadas.....	50

1. Introducción

La COVID-19 es la enfermedad causada por el SARS-Cov-2. La Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) tuvo noticia de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019 por primera vez, al ser informada por el grupo de casos de “neumonía vírica” que se habían declarado en China, concretamente en Wuhan.

El primer caso registrado en España fue el 31 de enero de 2020. Fue un paciente alemán ingresado en La Gomera. Nueve días después se detectó otro caso en Palma, pero hasta el 24 de febrero no se identificaron en la Península los primeros casos en Madrid, Cataluña y la Comunidad Valenciana. Desde entonces los casos y las muertes han ido sumando hasta ahora.

Hoy en día, existen 12.0588.888 casos confirmados y 105.123 muertes confirmadas.

Adentrándonos más en el tema que nos atañe, como con cualquier enfermedad, se realizaron numerosos estudios para conseguir vacunas efectivas para el virus que había causado una pandemia mundial y había afectado a todos los ámbitos posibles: el económico, el político, el tecnológico, el social, etc.

En diciembre de 2020 se estaban desarrollando más de 200 vacunas experimentales contra la COVID-19. Según la OMS, desarrollar un número alto de vacunas distintas aumenta las posibilidades de que haya una o más vacunas que realmente sean útiles y demuestren ser seguras y eficaces¹.

La Comisión Europea ha concedido cinco autorizaciones de comercialización a las vacunas: Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Janssen y Novavax. Con ellas se han garantizado más de 4.200 millones de dosis de vacunas para las ciudadanas europeas y los ciudadanos europeos. Además, en la segunda sesión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, convocada el 29 de noviembre de 2021, la presidenta de la Comisión Europea, Úrsula von der Leyen, confirmó que la Unión Europea se propone compartir como mínimo 700 millones de dosis de vacunas para mediados del 2022 con países de renta baja y media.

¹Eficacia teórica, eficacia real y protección de las vacunas, OMS (14 de julio de 2021) [Organización Mundial de la Salud](#)

Concretamente, en España se autorizaron para su uso las vacunas de ARNm (Pfizer o Moderna) y las vacunas de vectores virales (AstraZeneca y Janssen). La principal diferencia entre las vacunas de ARNm y las de vectores virales es que las primeras enseñan a nuestras células a fabricar una proteína que desencadena una respuesta inmunitaria dentro de nuestro organismo y las de vectores virales usan una versión modificada de un virus conocida como vector viral. Tanto unas como otras tienen por objetivo primordial proteger a quienes se vacunan sin riesgo de sufrir consecuencias graves cuando enferman.

Pero ¿Existe una verdadera libertad personal a la hora de vacunarse contra la COVID-19?, ¿La gente se vacuna porque realmente quiere o porque se sienten en la obligación de hacerlo?, ¿Se considera un derecho individual o un deber colectivo?

Este estudio se va a centrar en buscar una respuesta coherente para estas preguntas, concretamente para la segunda pregunta realizaremos un cuestionario.

2. Objetivos e hipótesis del estudio

El objetivo general es analizar cómo ha gestionado la pandemia tanto España como la Unión Europea (en adelante, UE). Y, en consecuencia, se han diseñado los objetivos específicos:

1. Cómo en España se han gestionado los derechos de libertad para vacunarse con la salud pública.
2. Cómo se ha gestionado la seguridad colectiva en Italia, Alemania, Francia y Austria.
3. Cómo ha influido la medida del pasaporte COVID en la gente joven a la hora de vacunarse.

Nuestras hipótesis serían las siguientes:

- 1) La gestión de la pandemia es igual en todos los países de la UE debido a las políticas comunes de la Unión.
- 2) Los Estados Miembros de la UE han tenido la capacidad suficiente para gestionar la pandemia por el principio de soberanía.

- 3) La gente joven ha necesitado una medida excepcional para poder subir la tasa de vacunación en España.

3. Metodología empleada

La formulación metodológica es esencial para garantizar el rigor del estudio politológico que se ha realizado. No obstante, según el autor Stephen Van Evera, existen una serie de “mitos metodológicos”. Por ejemplo: “5. *Seleccione para su análisis teorías que tienen conceptos que son fáciles de medir*”. Según el autor, algunos investigadores recomiendan centrarse en preguntas cuya respuesta sea fácil de encontrar y responder. A pesar de su lógica, el mayor peligro se encuentra, precisamente, en buscar donde hay luz cuando el objeto buscado se encuentra en la oscuridad (Van Evera, 2002: p. 46). Una solución que propone el autor es dar créditos extra a los investigadores y las investigadoras que buscan una tarea más difícil de estudiar o una pregunta más complicada de responder. La conclusión a la que llega el autor es que es mejor no dejarse llevar por falsos mitos de la investigación y emplear una buena metodología para llevar a cabo un buen estudio.

La metodología empleada para el presente estudio consiste en una revisión bibliográfica sobre qué se entiende hoy en día por libertad personal, derecho colectivo y derecho individual además de analizar las medidas tomadas para hacer frente al COVID-19 tanto en España como en algunos de los países de la Unión Europea.

Además, también consiste en un análisis cualitativo de los datos obtenidos mediante una encuesta en formato online (Instagram y Twitter) y una entrevista a un profesional sanitario. La técnica cualitativa se basa en la identificación y categorización de atributos de la realidad política del presente trabajo, por ello se fundamenta en el principio de coherencia. Además, esta técnica se centra en las cualidades y atributos característicos de las variables (Aldegue Cerda, 2014: p. 66).

Por lo tanto, el presente estudio se divide en cuatro partes:

La primera de ellas donde se explica que se entiende por derechos tanto individuales y colectivos basándome en textos de diferentes autores y la relación que encontramos con la vacunación obligatoria.

La segunda parte en la cual se han recopilado los principales acontecimientos ocurridos en España cuando apareció el virus COVID-19 y las medidas tomadas por el gobierno español.

En la tercera parte se ha realizado un breve recorrido por nuestros países vecinos: Italia, Alemania, Francia y Austria para poder, al final de esta parte, hacer un cuadro comparativo con España.

Y, por último, en la cuarta parte se analiza la libertad de vacunación en España donde, además, se ha hecho uso del análisis cualitativo, antes mencionado, la encuesta que consta de seis preguntas.

4. Una aproximación a los conceptos de libertad personal, derecho individual y derecho colectivo

Para poder dar una respuesta a las preguntas antes mencionadas debemos definir qué se entiende por libertad personal, derecho individual y derecho colectivo.

La libertad personal, según la enciclopedia jurídica, comprende una serie de derecho del individuo reivindicado frente a todo ataque del Estado². El artículo 17 de la Constitución Española (en adelante, CE) declara que “toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley”.

En cuanto a los derechos individuales y los derechos colectivos o de grupo, encontramos a diversos autores que disienten en cuanto a si verdaderamente existen los llamados derechos colectivos y en qué circunstancia se dan.

Siguiendo el ensayo de Will Kymlicka, desde el fin de la Guerra Fría los derechos de los individuos se han convertido en el centro de la vida política. Se podría considerar que la democracia, tal y como hoy en día la conocemos, es una protección constitucional de los derechos básicos de todos los individuos.

² *Libertad personal*, Enciclopedia jurídica [Libertad personal](#)

Dentro de los derechos de grupo o colectivos podemos apreciar, según el autor, que los Estados liberales y de Derecho se encuentran ante una elección entre un modelo de Estado “neutral” y un modelo de Estado de “derechos de grupo”. Entendiendo por “Estado neutral” un modelo que apoya la cultura, el lenguaje y la historia de la mayoría de la nación y, por otro lado, el Estado de derechos de grupo abarcaría todo tipo de cultura, haciendo, de esta manera, que los grupos minoritarios no sean discriminados frente a la mayoría (Kymlicka, 1996: p. 29).

A pesar de ello, el modelo de Estado de “derechos de grupo” puede percibirse, de igual manera que el primer modelo, como una forma de discriminación. Es el caso de los latinoamericanos en Estado Unidos, pues pretenden adquirir unos derechos lingüísticos que la mayoría de la nación estadounidense ya tienen por ser anglosajones.

Para poder relacionar los derechos colectivos o de grupo con los derechos individuales debemos distinguir entre dos tipos de derechos colectivos:

- El primero tipo de derecho colectivo supone el derecho de un grupo en contra de sus propios miembros. Es decir, está dirigido a proteger al grupo de disidencias internas.
- El segundo tipo de derecho colectivo supone el derecho de un grupo contra el resto de la sociedad. Por lo tanto, pretende proteger al grupo de presiones externas.

En ambos tipos puede verse que intentan proteger la estabilidad de los grupos, pero viniendo de distintas fuentes.

El autor hace referencia a ellos como “restricciones internas” al primer tipo y “protecciones externas” al segundo tipo. Estos dos tipos no tienen que ir juntos necesariamente pues, hay grupos que buscan una protección externa sin la obligación de una imposición legal de restricciones internas sobre sus propios miembros. Otros grupos no demandan ninguna protección externa pero sí buscan como ejercer poder sobre el comportamiento de los miembros de su grupo y, por último, hay otros grupos que abordan los dos tipos. Cabe destacar que estas variaciones llevan a concepciones completamente diferentes de los derechos de las minorías (Kymlicka, 1996: p. 33).

En las democracias occidentales apenas encontramos apoyo a la práctica de las restricciones internas. En lugar de esto, encontramos que la mayoría de los derechos colectivos han sido defendidos como protecciones externas frente a las mayorías, puesto que la idea de que los grupos pudieran ser capaces de proteger sus propias costumbres

mediante la limitación de libertades de sus miembros no está bien vista (Kymlicka, 1996: p. 34).

Teniendo en cuenta a otros autores y siguiendo con la relación entre derechos colectivos y derechos individuales, encontramos a Gurutz Jáuregui, cuyo ensayo concluye en que existen dentro de los derechos humanos, derechos perfectamente aplicables de forma individual (el derecho a la libertad personal o el derecho a la libertad de domicilio) y junto a ellos, derechos de carácter social o político que si no se ejercen de manera colectiva carecen de sentido (el derecho a la huelga o el derecho a la participación política). Por lo tanto, no parece haber dificultad en reconocer que existe un ejercicio colectivo de los derechos humanos, pero, la polémica empieza a surgir cuando se le intenta reconocer la titularidad colectiva a dichos derechos (Jáuregui, 2001: p. 48). Y, por otro lado, a Juan Antonio Cruz Parceró que destaca que la poca atención que se le ha dado a la concepción de derechos colectivos se debe a la concepción moderna de los llamados derechos subjetivos (facultades inherentes al ser humano). Este tipo de discusiones tienden a mezclar distintos argumentos. Por ello, se hace uso de la *distinción metodológica* de Robert Alexy³, quien afirma que cuando se habla de derechos debemos distinguir tres cuestiones (Cruz, 1998: p. 97):

- Las normativas: dentro de esta cuestión y aplicada al tema que nos atañe encontramos los temas ético-filosóficos y los jurídico-dogmáticos. Un ejemplo en forma de pregunta puede ser: ¿Por qué los grupos deben tener derechos y cuáles tendrían?
- Las empíricas: dentro de esta segunda cuestión encontramos las explicaciones sobre el surgimiento de los derechos colectivos.
- Las analíticas: se intenta saber si en un sistema jurídico dado una comunidad posee un determinado derecho. Por ejemplo: ¿Qué derechos les confiere el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo⁴ a las comunidades indígenas en México?

³ Robert Alexy es un filósofo de derecho, jurista alemán y catedrático de derecho público en la Universidad Christian-Albrechts de Kiel, hasta su retiro en 2013.

⁴ El Convenio 169 de la OIT es un tratado internacional que reconoce el derecho de los Pueblos Indígenas a asumir el control de sus instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico.

El presente autor menciona que el hecho de utilizar el término de derechos *colectivos* puede provocar que las personas entiendan de manera errónea la relación entre derechos diferenciados en función del grupo y los propios derechos individuales. Y, al igual que el autor Will Kymlicka, utiliza el ejemplo del lenguaje para poder diferenciar lo anteriormente mencionado, el ejemplo que utiliza el autor en su estudio es que el derecho individual sería el poder hablar en la lengua materna en procedimientos judiciales y, por otro lado, el derecho colectivo sería el derecho a educar a los hijos en una escuela bilingüe donde se enseñe esa lengua materna del grupo minoritario (Cruz, 1998: p.110). Cruz Parceró se centra en el ensayo de Will Kymlicka en cuanto a la propuesta de éste en que se deje de hablar de derechos colectivos y se empiece a hablar de derechos diferenciados. Sin embargo, esta no es la solución, puesto que el hecho de evitar el problema no quiere decir que no exista dicho problema. El propio autor critica a Kymlicka argumentando que se debe tener en consideración problemas conceptuales en cuanto a los bienes colectivos y no solo en entender qué es un grupo y si deben tener derechos (Cruz, 1998: p.111).

Tras leer a dichos autores, podemos llegar a la conclusión de que los derechos colectivos tienen un papel importante, pero a la vez diferente al que tienen los derechos individuales, pero, ello no quiere decir que no se reconozcan estos últimos, además cuando son derechos fundamentales y, según el autor, tienen prioridad justificativa en la gran mayoría de los casos.

Sin embargo, con la llegada de la pandemia se ha dado cabida a un nuevo debate: ¿Hasta qué punto puedo ejercer mis derechos?

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos (en adelante, DUDH) se establece, en su artículo 29.2: “2. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática”.

Se destaca que las limitaciones a los derechos solo se pueden hacer mediante ley. Por lo tanto, en el caso de la pandemia por el COVID-19, la defensa de determinados intereses comunes puede exigir la adopción de medidas excepcionales y las cuales pueden restringir notablemente los derechos (Bellver, 2020: p. 170).

Ahora bien, el modo y alcance de esa limitación a los derechos viene regulado en el artículo 4 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁵: “1. En situaciones excepcionales que pongan en peligro la vida de la nación y cuya existencia haya sido proclamada oficialmente [...]”.

En el caso español, se aprobó la Ley 36/2015, de 28 de septiembre, de seguridad nacional, que regula las situaciones entre la normalidad constitucional y la declaración de los Estados de emergencia, dotando al Estado de herramientas jurídicas para adaptar el sistema de seguridad nacional a nuevos riesgos (Álvarez y Tur, 2019: p. 362).

La seguridad nacional, según la doctora en Derecho Rosario Tur Ausina, “aparece concebida como una política de Estado, que se define como la acción del Estado dirigida a proteger la libertad y bienestar de los ciudadanos, a garantizar la defensa de España y sus principios y valores constitucionales, así como a contribuir a la seguridad internacional” (Álvarez y Tur, 2019: p. 363).

Por lo tanto, se entiende que, en esta nueva situación, se le concede al Estado nuevas competencias sobre la seguridad nacional que, en ningún momento, según la autora, supondrá una suspensión del ejercicio de los derechos fundamentales. Pues el artículo 55 de nuestra Constitución ya menciona que, en el caso del Estado de alarma, a diferencia del Estado de excepción y del Estado de sitio, no se suspenden los derechos fundamentales, sólo es posible la limitación de estos. En consecuencia, podríamos añadir que las acciones llevadas a cabo por el Ejecutivo durante la pandemia en ningún momento han vulnerado los derechos tanto individuales como colectivos ni la libertad personal desde el punto de vista meramente normativo.

Una vez definidos los tres pilares de nuestro estudio vamos a realizar un análisis descriptivo a nivel nacional y europeo para, seguidamente, poder hacer un análisis comparado y dar respuesta a nuestras preguntas principales.

⁵ Este pacto fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 23 de marzo de 1976. El pacto desarrolla los derechos civiles y políticos y las libertades recogidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

5. La gestión del COVID-19 en España: principales hitos desde marzo de 2020 a abril de 2022

El caso de la sanidad en España es, sin duda, uno de los más complejos hoy en día debido a que la competencia sanitaria está transferida a cada una de las Comunidades Autónomas como bien indica la CE en su artículo 148.21: “Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en las materias de sanidad e higiene”.

Sin embargo, en el presente estudio se va a realizar un cronograma con los principales hitos de la gestión del COVID-19 en España desde el 13 de marzo de 2020 hasta abril de 2022.

El 13 de marzo de 2020 el Ministerio de Sanidad notificó el número de casos a nivel nacional el cual ascendía a 4.209, 120 fallecidos entre ellos. Siendo Madrid la comunidad con más casos (1.990), seguida del País Vasco (417), Cataluña (316) y La Rioja (243)⁶. En aquel momento el riesgo global para la salud pública en España se mantiene en moderado y la principal actuación que llevan a cabo todas las Comunidades Autónomas (en adelante, CCAA) es suspender la actividad lectiva.

El 14 de marzo de 2020 el Gobierno decreta el Estado de Alarma previsto en el artículo 116 de la CE, con el fin de garantizar la protección de la salud de los ciudadanos y las ciudadanas, la contención de la enfermedad y el refuerzo del sistema de la salud pública⁷. Por lo tanto, la autoridad competente es el Gobierno, bajo la dirección del Presidente y, además, se creó el Comité de Situación de Estado de Alarma (órgano colegiado de apoyo al Consejo de Seguridad Nacional cuya función es dirigir y coordinar las actuaciones de gestión de situaciones de crisis⁸), órgano previsto en el artículo 4.4 del Real decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el Estado de Alarma para la gestión de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19.

Esta primera ola del COVID-19 evidenció la falta de recursos e instalaciones necesarias para poder atender a todas las personas infectadas. Miles de sanitarios se pusieron a disposición del Gobierno para poder combatir el COVID-19 e incluso, se llegaron a

⁶ *Coronavirus (COVID-19)*, Sala de Prensa del Gabinete de Seguridad Nacional (13 de marzo de 2020) [Sala de Prensa del Gabinete de Seguridad Nacional](#)

⁷ *Real Decreto 463/2020*, BOE (14 de marzo de 2020) [Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo](#)

⁸ *Comité de Situación*, Departamento de Seguridad Nacional [Gabinete de la Presidencia del Gobierno](#)

reclutar a estudiantes que no habían acabado la carrera de medicina ni de enfermería. Uno de los medios más socorridos a nivel internacional fue montar hospitales de campaña para hacer frente al colapso. Ejemplos de ello, entre otros, son los ocho hospitales montados en Central Park de Nueva York, Estados Unidos, el hospital en el IFEMA (Consortio Institución Ferial de Madrid), España y el recinto ferial de Berlin Messe, Alemania.

Tras decretarse el Estado de Alarma, el 15 de marzo se empiezan a imponer las primeras sanciones a quienes incumplen la cuarentena y seguidamente, el 16 de marzo, España cierra las fronteras terrestres y solo se les permite la entrada a los residentes y transportes de mercancías.

A partir del 20 de marzo de 2020 los casos fueron creciendo (casi 1.000 fallecidos y 20.000 contagiados⁹) y se publicó en el Boletín Oficial del Estado (en adelante, BOE) la Orden SND/257/2020 por la que se declara la suspensión de apertura al público de establecimientos de alojamiento turístico.

El 10 de abril de 2020 el Pleno del Congreso autorizó una segunda prórroga del Estado de Alarma. Cabe destacar que el Estado de Alarma tiene una vigencia máxima de 15 días, pero se puede prorrogar mediante acuerdo en el Congreso de los Diputados¹⁰.

Sin lugar a duda uno de los puntos clave de la gestión del Gobierno para combatir la pandemia fue el Plan de desescalada aprobado por el Gobierno el 28 de abril.

Esta desescalada consiste en cuatro fases con una duración prevista de entre 6 y 8 semanas y cada provincia avanzará a un ritmo diferente.

Según el Presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, el paso de una fase a otra dependerá de las capacidades estratégicas del sistema sanitario de la provincia en cuanto a atención primaria y hospitalario; su situación epidemiológica; la implementación de medidas de protección colectiva en cualquier espacio público y los datos de movilidad y económicos¹¹. La coordinación de esta desescalada recae en el Gobierno de España y en

⁹ *Hitos en los 98 días de estado de alarma*, Heraldo Nacional (20 de septiembre 2020) [Heraldo.es](https://www.heraldo.es)

¹⁰ *Estado de Alarma*, Moncloa (9 de mayo de 2021) [La Moncloa: Presidencia del Gobierno](https://www.moncloa.es).

¹¹ *El Gobierno aprueba un plan de desescalada*, Moncloa (28 de abril de 2020) [La Moncloa: Presidencia del Gobierno](https://www.moncloa.es)

el ministro de sanidad, no obstante, se tiene en cuenta la opinión de las autoridades autonómicas y locales.

Las fases diseñadas para la desescalada cuya duración mínima está fijada en dos semanas son:

- La fase 0 permite, además de las medidas a que los menores salgan una hora a la calle y los adultos a hacer ejercicio incluye la apertura de peluquerías, pequeños comercios (con cita previa) y restaurantes únicamente de comida para llevar.
- La fase 1 permite la apertura del comercio (bajo condiciones estrictas de seguridad) excepto centros comerciales, los restaurantes pueden abrir las terrazas con solo un 30% del aforo y los lugares de culto podrán abrir, pero con la misma condición: una limitación del aforo.
- La fase 2 permite la apertura del espacio interior de los locales solo con un tercio del aforo. Los teatros, cines y auditorios también reabren únicamente un tercio de su aforo y los espectáculos al aire libre estarán permitidos cuando en el recinto se encuentren menos de 400 personas.
- La fase 3 permite la flexibilización de la movilidad general y se recomienda el uso de la mascarilla fuera del hogar y en transportes públicos.

Adentrándonos en el mes de mayo nos encontramos con los siguientes hitos; el 1 de mayo de 2020 se cerró el hospital de campaña de IFEMA, aunque se mantuvieron las instalaciones subterráneas y se almacenaron los materiales médicos en caso de un nuevo rebrote. A pesar de ello, a nivel europeo, España era uno de los países con más casos notificados (215.216), seguida de Italia con un total de 205.463.

El 4 de mayo arranca el plan de desescalada con su “fase 0”.

El 11 de mayo, más del 50% de los españoles entran en la “fase 1” algunas de las excepciones fueron la Comunidad de Madrid, algunas provincias de Castilla-La Mancha, de la Comunidad Valenciana y la mayor parte de Castilla y León y de Cataluña.

A lo largo del mes de mayo se extendió la fase 1 al 70% de la población y el 25 de mayo más de 2 millones de ciudadanos entran en la fase 2.

En el mes de mayo también encontramos uno de los movimientos claves que fue el uso obligatorio de mascarilla que se ha estado aplicando, en mayor o menor medida, durante toda la pandemia. A través de la Orden SND/422/2020 el Ministerio de Sanidad ha hecho obligatorio el uso de mascarillas en la vía pública, ésta entrará en vigor el jueves 21 de mayo y se mantendrá hasta el fin del Estado de alarma. Si bien existen excepciones: personas con dificultades respiratorias, personas en las que el uso de mascarilla resulte inadecuado por motivos de salud justificados, desarrollo de actividades en las que resulte incompatible el uso de mascarilla o bien, por causa de fuerza mayor¹².

También, concretamente el 21 de mayo, un equipo de investigadores del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (en adelante, CSIC) comienza a investigar una vacuna para el COVID-19 mediante el uso de un gen de un antígeno del propio virus.

Con el mes de junio vino la nueva normalidad para España. El 8 de junio casi todas las CCAA entraron en fase 3 a excepción de Castilla y León, Barcelona y la Comunidad de Madrid que entraron el 15 de junio. Y finalmente, el primer Estado de alarma por el COVID-19 concluye el 21 de junio de 2020.

Sin embargo, el 25 de octubre de 2020 el Gobierno decreta un Estado de alarma inicial de 15 días, extensible a 6 meses para poder responder a una nueva situación de grave riesgo causada por el virus COVID-19. Este segundo Estado de alarma establece, con excepciones, la limitación de la libre circulación de personas en horario nocturno, a fin de evitar la expansión de la infección. También se limita la entrada y salida de los territorios de las CCAA y ciudades con Estatuto de Autonomía y se limita la permanencia de grupos personales en espacios públicos y privados. Todas estas medidas serán eficaces en el territorio de cada CCAA o ciudad con Estatuto de Autonomía cuando la autoridad competente lo determina y ésta, además, podrá modular, flexibilizar y suspender la aplicación de estas medidas.

Este segundo Estado de Alarma finalizó el 9 de mayo de 2021 y con su finalización se abre paso una nueva fase de lucha contra la pandemia dejando la gestión de las medidas oportunas en manos de las CCAA. Concretamente en la Comunidad Valenciana desaparece el confinamiento perimetral, aunque, se mantiene el toque de queda el cual se

¹² Orden SND/422/2020, BOE (20 de mayo de 2020) [Orden SND/422/2020, de 19 de mayo](#)

sitúa entre las 0:00h y las 6:00h. La hostelería puede abrir hasta las 23:30h y se permiten reuniones hasta de diez personas y se amplía el aforo en el interior al 50%.

Además de la finalización del Estado de Alarma en España, el 2021 vino acompañado de unos de los hitos más importantes de la pandemia del COVID-19: la vacunación. Aunque la vacunación contra el COVID-19 llevaba en marcha en Europa desde el 27 de diciembre del 2020, a partir de entonces, España empezó a administrar dosis de las vacunas: Pfizer, AstraZeneca, Moderna y Janssen.

Cabe destacar que la Estrategia de vacunación frente al COVID-19 se está llevando a cabo siguiendo cuatro etapas: la etapa 0, la etapa 1, la etapa 2 y etapa 3¹³.

La etapa 0 podríamos situarla prácticamente con el inicio de la pandemia y con la llegada del virus al país ya que las autoridades ya hablaban en aquel entonces de una vacuna efectiva como una de las posibles soluciones. El hecho de que la UE y los Estados Miembros acordaran que la compra de vacunas sería centralizada es clave para poder comprender el desarrollo de la campaña de vacunación en España, ya que el Gobierno cedió sus competencias y atribuciones a la institución supranacional (la Comisión Europea).

La etapa 1 comenzó con la llegada de las vacunas al país. Esto sucedió a la vez en todos los países de la UE, por lo que constituyó un hito en la historia del proyecto comunitario. Los objetivos cumplidos de esta fase fueron los siguientes:

- El 4 de febrero de 2021, Fernando Simón Soria (director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad) anunció que prácticamente todos los residentes de centros residenciales de personas mayores y con discapacidad, así como el personal sanitario que los atiende, estaban vacunados.
- El personal sanitario de primera línea fue vacunado por las autonomías a lo largo del primer trimestre del 2021.

¹³ *Estrategia de vacunación COVID en España*, Ministerio de Sanidad (4 de marzo de 2022) [Ministerio de Sanidad](#)

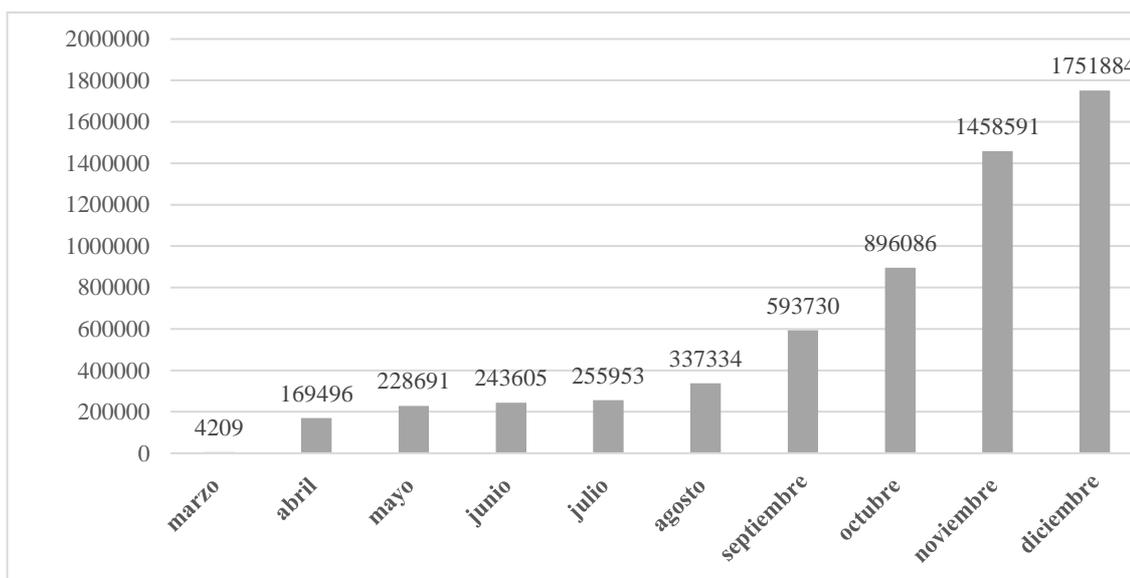
La etapa 2 comenzó con la llegada de la tercera vacuna (AstraZeneca-Oxford) a España el 6 de febrero de 2021 y tuvo lugar hasta junio de 2021. Una vez vacunadas las residencias y el personal sanitario las vacunas comenzaron a utilizarse para la vacunación general de personas mayores de 80 años, con este proceso se empezó la llamada “vacunación masiva”. Más adelante, se continuó la vacunación de la franja de edad entre los 60 y los 65 años.

El 11 de marzo de 2021 llegó a España la cuarta vacuna (Janssen) la cual era la única vacuna monodosis y se esperaba acelerar más la velocidad de la campaña de vacunación.

La etapa 3 que empezó en junio de 2021 y nos ocupa hasta la actualidad, la denominan “vacuna ampliamente disponible” y se prevé la vacunación de los grupos de personas de entre 40 y 49 años, 30 y 39 años, 20 y 29 años, 12 y 19 años y 5 y 11 años.

Desde que empezó la pandemia y el Estado de alarma en España han sucedido muchos hechos significativos que han sido determinantes para entender dónde estamos ahora. Para poder dar unos resultados más visuales de todo lo que ha conllevado las medidas tomadas por el Gobierno durante dos años de pandemia, encontramos los siguientes gráficos divididos, por un lado, en 2020 (GRÁFICO 1) y, por otro lado, 2021 (GRÁFICO 2):

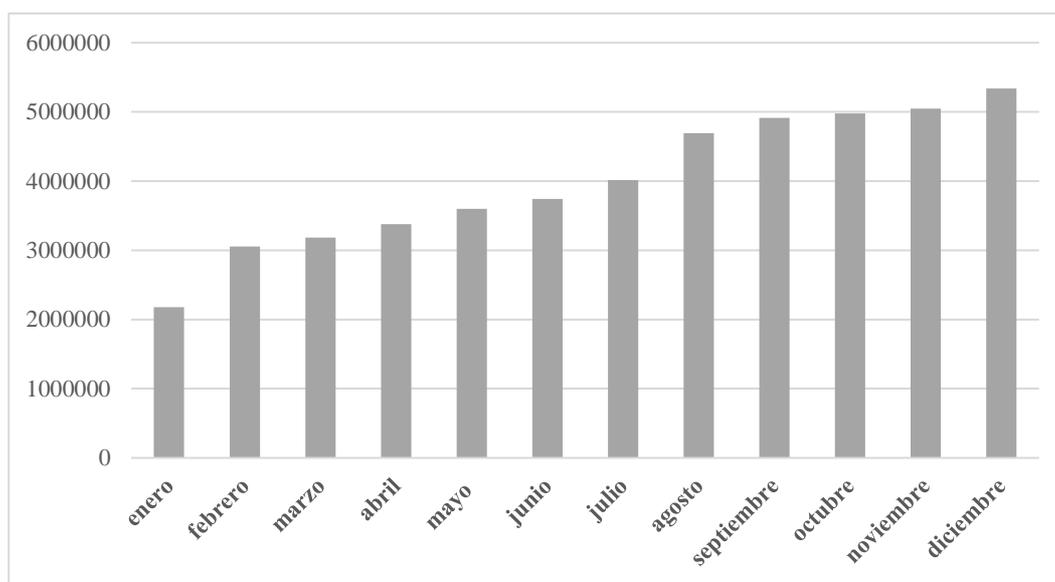
GRÁFICO 1: Casos notificados de COVID-19 en 2020



Fuente: elaboración propia a partir del Sitio oficial del Departamento de Seguridad Nacional ([Gabinete de la Presidencia de Gobierno de España](#))

En el presente gráfico podemos observar cómo durante el confinamiento hubo menos casos notificados de COVID-19. Sin embargo, a partir de noviembre se da un considerable aumento de casos y por ello, el Gobierno decretó el segundo Estado de Alarma.

GRÁFICO 2: Número de casos notificados de COVID-19 durante 2021

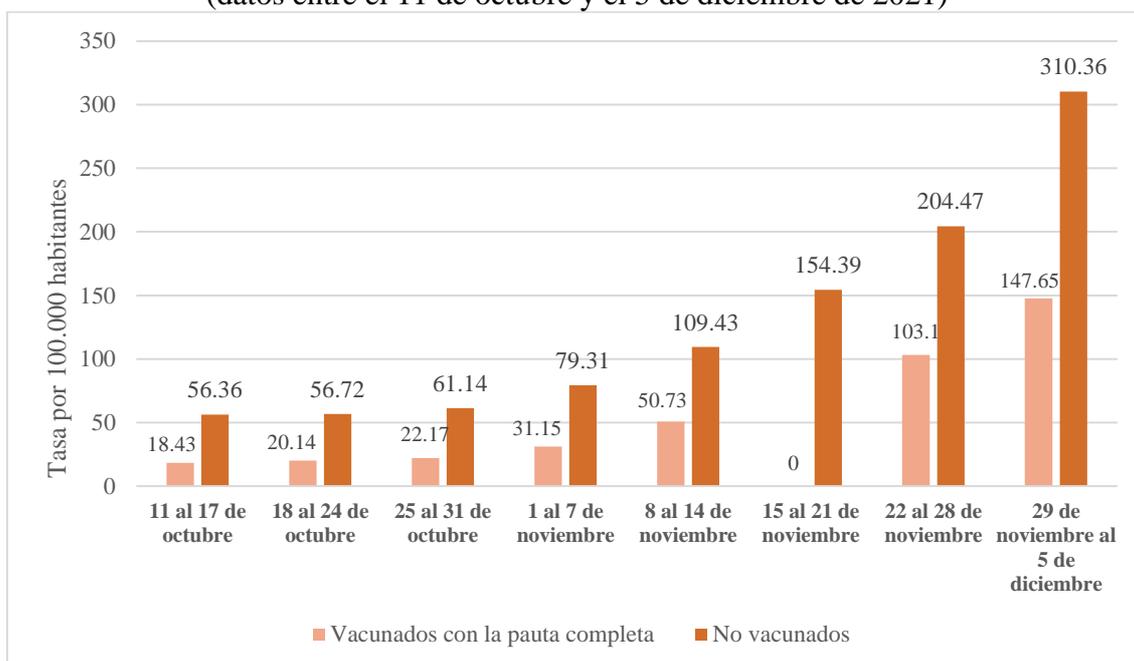


Fuente: elaboración propia a partir de Sitio oficial del Departamento de Seguridad Nacional ([Gabinete de la Presidencia del Gobierno de España](#))

En el presente gráfico, se muestran los casos notificados en el año 2021 y podemos observar cómo gracias a la vacunación, que empezó entre enero y febrero de este año, los casos aumentan, pero no de manera alarmante como ocurre en 2020.

A continuación, hemos creído necesario mostrar un gráfico del impacto de vacunación del COVID-19 en España, para ello se ha recopilado datos de incidencia de coronavirus para personas vacunadas y no vacunadas a partir de los 12 años de 18 CCAA entre los meses de octubre, noviembre y diciembre.

GRÁFICO 3: Tasa de contagio de coronavirus entre población vacunada y no vacunada (datos entre el 11 de octubre y el 5 de diciembre de 2021)



Fuente: Sitio oficial de Secretaria de Estado de Sanidad ([Ministerio de Sanidad](#))

6. Cómo se ha gestionado en algunos países europeos la pandemia del COVID-19

En el siguiente apartado voy a adentrarme en cómo algunos de los países que, junto a España, forman parte de la Unión Europea han gestionado la pandemia causada por el COVID-19. Estos países son Italia, Alemania, Austria y Francia.

La elección de estos países no ha sido de manera aleatoria. Estos fueron los primeros países europeos en exigir el pasaporte COVID (Italia fue el primer país en exigirlo a sus trabajadores/as y en la mayoría de las actividades públicas junto a Francia, seguidos de Alemania y Austria¹⁴), el confinamiento a los no vacunados (Austria fue el primer país en imponer restricciones a los no vacunados, seguido de Alemania, Italia y Francia¹⁵) y, en el caso de Francia, el primer país europeo dónde se encontró un infectado de COVID-

¹⁴ *El certificado Covid en algunos destinos turísticos*, El País (30 de noviembre de 2021) <https://elpais.com/sociedad/2021-11-30/el-certificado-covid-en-algunos-de-los-principales-destinos-turisticos-donde-hay-que-llevarlo-y-para-que-lo-piden.html>

¹⁵ *COVID-19 en Europa*, Euronews (7 de octubre de 2021) <https://es.euronews.com/my-europe/2021/12/07/covid-19-en-europa-que-paises-avanzan-hacia-la-vacunacion-obligatoria>

19¹⁶. Por ello, cabe realizar un pequeño análisis de cómo gestionaron la pandemia cada uno de ellos y así poder encontrar las similitudes y diferencias con España.

6.1 Medidas tomadas por Italia

El 31 de enero de 2020 aparecieron los primeros casos de COVID-19 en Italia cuando dos turistas chinos dieron positivo en Roma. A poco más de una semana después, un hombre italiano que había estado en Wuhan, China, fue hospitalizado y se confirmó que estaba contagiado de COVID-19. Poco después se detectaron 16 casos confirmados en Lombardía el 21 de febrero y 60 casos adicionales el 22 de febrero¹⁷.

Unas de las primeras medidas que tomó Italia fue cerrar las universidades hasta el 2 de marzo tras aumentar a 54 casos positivos de COVID-19 en Lombardía. Otra de las primeras medidas de emergencia para contener la propagación de la pandemia fue el decreto de aislamiento de los municipios afectados con prohibiciones de entrada y salida de los vecinos.

El primer Ministro Giuseppe Conte dijo expresamente: “En las áreas de foco no se permitirá la entrada y salida, salvo excepciones puntuales que se evaluarán en cada momento. En esas zonas ya se ordenó la suspensión de actividades laborales y actos y manifestaciones públicas, eventos y actividades escolares”¹⁸. También el Ministro de Deportes, Vincenzo Spadafora, anunció la suspensión de todas las actividades deportivas en Véneto y Lombardía.

Otras de las primeras medidas tomadas en el mes de febrero de 2020 fueron:

- Sanciones para los que salgan de los brotes: la infracción a la disposición de entrada y salida de las áreas de brote será sancionada con sanción penal¹⁹.
- Excursiones escolares suspendidas: las medidas aprobadas permiten la suspensión de viajes educativos y viajes escolares en Italia y en el extranjero.

¹⁶ COVID-19 el “paciente cero”, Euronews (1 de junio de 2020) [Euronews.com](https://www.euronews.com)

¹⁷ Coronavirus: primeros casos en Milán, Corriere della Sera (22 de febrero de 2020) [Corriere.it](https://www.corriere.it)

¹⁸ Virus, Conte y el aislamiento de los países afectados, Corriere della Sera (23 de febrero de 2020) [Corriere.it](https://www.corriere.it)

¹⁹ Art. 650 Código Penal, Brocardi [Brocardi.it](https://www.brocardi.it)

El 8 de marzo de 2020, Giuseppe Conte extendió la cuarentena a toda Lombardía y a 14 provincias del norte poniendo a más de una cuarta parte de la población italiana bajo cuarentena. Italia ha visto la mayor cantidad de infecciones por COVID-19 en Europa, saltando de 1200 casos confirmados a 5883 en menos de un mes²⁰. Esta medida fue extendida a la totalidad del país en cuestión de días.

El 11 de marzo de 2020 Conte prohibió casi todas las actividades comerciales, excepto supermercados y farmacias.

El primer Ministro anunció tres fechas clave del desconfiamento italiano²¹:

- 4 de mayo

A partir de esta fecha volverá a permitirse la visita y el contacto con familiares y amigos confinados. Guardando una distancia mínima de dos metros, se podrá hacer deporte al aire libre de forma solitaria y volverán a abrir los parques.

Aunque sigue habiendo algunas restricciones, una de ellas es que si la temperatura corporal está por encima de 37'5 no se podrá salir de casa.

Se debe llevar el certificado que el Gobierno extendió para que lo revisen las fuerzas de seguridad del estado, los funerales se amplían, podrán asistir 15 personas y los locales podrán restaurar su actividad, pero únicamente para enviar a domicilio.

- 18 de mayo

La venta al por menor puede retomar su actividad y los entrenamientos deportivos profesionales también podrán regresar.

²⁰ *Coronavirus: el norte de Italia pone en cuarentena a 16 millones de personas*, BBC news (8 de marzo de 2020) [BBC.com](https://www.bbc.com/news/health-54811111)

²¹ *Así será la desescalada de Italia*, AS (27 de abril de 2020) [Diario as](https://www.as.com)

- 1 de junio

En esta fecha final se podrán abrir bares y restaurantes (con medidas de protección y distanciamiento) también los locales para el cuidado personal como peluquerías, barberías, etc.

Aunque, el primer Ministro ya anunció que el Estado reserva el derecho de suspender estas medidas si lo considera necesario.

En noviembre de 2020, con el propósito de disminuir las tasas de propagación del virus en el país, las autoridades italianas buscan implementar un sistema de restricciones. Como medida de aplicación general, también habrá un toque de queda en todo el territorio, así como el cierre de museos y centros comerciales durante los fines de semana. Además, establecerá tres fases de riesgo para las regiones en función de su nivel de contagios.

Este decreto distinguirá tres áreas correspondientes a diferentes escenarios de riesgo y el pase de una región a una fase u otra, en la que se aplicarán unas u otras medidas más o menos severas²².

El 13 de marzo de 2021 se dio a conocer el *Piano vaccinale del Commissario straordinario* (Plan de Vacunación del Comisionado Extraordinario) para la ejecución de la campaña nacional de vacunación, elaborado en armonía con el *Piano strategico nazionale del Ministero della Salute* (Plan Estratégico Nacional del Ministerio de Salud).

Según el Plan, están obligados a someterse a la vacuna COVID-19 según la edad:

- Todos los ciudadanos/as italianos/as y ciudadanos/as de otros Estados miembros de la UE que residen en Italia que han cumplido 50 años.
- Ciudadanos extranjeros que residan o no en el cumplimiento de las normas relativas a la entrada o estancia en Italia, que hayan cumplido 50 años.

²² Italia busca implementar un toque de queda para contener la segunda ola, France24 (2 de noviembre de 2020) [France24](#)

La obligación de vacunación también se refiere, sin límite de edad:

- Asistencia sanitaria y socio-sanitaria.
- Actividades escolares y universitaria (docentes y no docentes).
- Fuerzas armadas, fuerzas del orden y ayuda pública.

Además, a partir de septiembre de 2021 se inicia la administración de dosis de refuerzo al principio a las personas de 80 años o más y 60 años o más, personal de residencias y practicantes de las profesiones de la salud y profesionales de la salud y finalmente, a partir de diciembre de 2021 a las personas de entre 16-17 años²³.

6.2 Medidas tomadas por Alemania

La mayoría de los casos en Alemania de COVID-19 en enero y principios de febrero se originaron en la sede de Webasto en Baviera. Los días 25 y 26 de febrero, tras el brote de COVID-19 en Italia, se detectaron múltiples casos en el territorio alemán.

Aunque Alemania se encuentra entre los diez países con mayor número de casos positivos en el mundo, hasta el 13 de marzo de 2020 solo se habían registrado ocho muertes²⁴.

Alemania tiene un Plan Nacional Pandémico Común (*Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan*) que describe las responsabilidades y medidas de los actores del sistema de salud en casos de pandemia. El control de la pandemia es llevado a cabo por las autoridades federales, el Instituto Robert Koch²⁵ y por los estados alemanes (los länder).

Los principales objetivos de este plan son los siguientes:

- Reducir los contagios y la letalidad.
- Asegurar el tratamiento de las personas infectadas.
- Mantenimiento de los servicios públicos esenciales.
- Información breve y precisa para los medios y el público.

²³ *Plan vacunal Covid-19*, Ministerio della Salute [Ministero della Salute](#)

²⁴ *¿Por qué Alemania tiene un número tan bajo de muertos por COVID-19 en comparación con otros países*, BBC news (21 de marzo de 2021) [BBC.com](#)

²⁵ Def.: Agencia de gobierno federal alemán e instituto de investigación responsable del control y prevención de enfermedades.

Este Plan Nacional cuenta con tres etapas que, incluso, pueden superponerse:

- Contención (situación de casos y grupos dedicados).
- Protección (situación de propagación de infecciones).
- Mitigación (situación de infecciones de amplia propagación).

El 22 de marzo de 2020 la canciller alemana, Angela Merkel, prohibió las reuniones de más de dos personas en público para poder controlar la propagación del virus COVID-19 y exigía una distancia mínima de 1'5 metros entre las personas en público excepto familias, parejas o convivientes. Según la canciller, la forma más efectiva de reducir la tasa de infección es el propio comportamiento de la población²⁶.

En abril de 2020, el gobierno federal, junto con los estados federales, aprobó resoluciones para contener aún más los contagios. Extendiendo las restricciones de contacto hasta el 3 de mayo. Sin embargo, en el mes de agosto, se llegaron a más de 1.500 casos diarios por ello, la canciller alemana y los líderes regionales de los 16 estados del país acordaron prolongar hasta el fin de año la prohibición de público en eventos deportivos o culturales, así como las reuniones familiares con muchos asistentes. También anunciaron multas para quienes no llevaran la mascarilla y cuarentena a los viajeros procedentes de zonas de riesgo.

El proyecto de acuerdo entre el Gobierno federal prevé algunas excepciones en aquellas regiones en las que la tasa de infección sea baja. Además, éste recomienda a los ciudadanos limitar las reuniones privadas a un máximo de 25 personas, respetando la distancia de seguridad y siendo el encuentro, si es posible, al aire libre. Otras de las medidas acordadas ya mencionadas es el uso de la mascarilla. Esta es obligatoria siempre y cuando el espacio público sea concurrido²⁷.

En cuanto a la vacunación en Alemania, el país creó la *Die Nationale Impfstrategie* (La Estrategia Nacional de Vacunación) esta estrategia describe la distribución justa de las vacunas y la organización de la campaña de vacunación COVID-19 en diferentes fases y priorización, esta priorización empezó el 7 de junio de 2021. Debido a la escasez inicial de vacunas se establecieron estas fases y priorizaciones siendo las personas con mayor riesgo frente al virus y las personas expuestas a él en el trabajo las primeras en vacunarse.

²⁶ Alemania prohíbe reuniones de más de dos personas, The local (22 de marzo de 2020) [The local](#)

²⁷ Alemania endurece las medidas para frenar los contagios, France20 (27 de agosto de 2020) [France24](#)

La Estrategia Nacional de Vacunación fue desarrollada conjuntamente por los gobiernos federal y estatal. El gobierno federal adquiere y financia todas las vacunas que se utilizan en Alemania.

En los primeros meses de la campaña de vacunación hasta el verano de 2021, organizó la distribución de las vacunas contra el COVID-19 a los puntos de entrega habilitados por los estados federales. Los países han garantizado el almacenamiento y la distribución locales seguros. Organizan y operan los centros de vacunación, cuyo número se ha reducido significativamente a fines de septiembre de 2021, y los equipos móviles de vacunación. Actualmente, todos los ciudadanos y todas las ciudadanas mayores de 12 años pueden vacunarse²⁸.

6.3 Medidas tomadas por Francia

El primer caso confirmado de COVID-19 en Burdeos, Francia, fue el 24 de enero de 2020, siendo el primer caso conocido de COVID-19 en la Unión Europea, dos casos más fueron confirmados al final del día en París, todos ellos habían regresado recientemente de China²⁹.

El Gobierno francés contaba con un plan para combatir la pandemia. Este plan estaba formado por tres etapas³⁰:

- Etapa 1: evitar que el virus ingrese en el territorio.

Las medidas implantadas tienen como objetivo apartar las personas infectadas o que regresan de un área de riesgo. Los casos probados se aíslan y se inicia una investigación para rastrear su actividad e identificar a las personas que pudieron haber estado en contacto.

²⁸ *La Estrategia Nacional de Vacunación*, Bundesministerium für Gesundheit [Zusammen gegen Corona](#)

²⁹ *Coronavirus: los tres primeros casos en Francia*, Le Figaro.fr (29 de enero de 2020) [Lefigaro](#)

³⁰ *Las cuatro fases del plan de prevención en Francia*, France24 (6 de marzo de 2020) [France24](#)

- Etapa 2: limitación de la propagación del virus.

El 28 de febrero, Francia entró en esta fase. Desde entonces, las autoridades están haciendo todo lo posible para frenar la propagación del COVID-19. Todavía no había una circulación activa del virus, solo focos de contaminación dispersos. El objetivo principal de esta fase es dar tiempo a los establecimientos de salud a prepararse para la pandemia y una posible transición a la etapa 3.

- Etapa 3 o “etapa epidémica”: el virus circula activamente.

Esta etapa se define por la circulación activa del virus. La estrategia de salud es diferente y va desde una lógica de detección y atención individual a una acción colectiva, ya no se trata de frenar la pandemia sino de mitigar los efectos de ésta. Esta etapa prevé la movilización de todos los activos de salud.

- Etapa 4: fin de la pandemia.

Esta etapa señala un retorno a la normalidad (situación antes de la pandemia). Sin embargo, las autoridades deben estar alerta y prepararse para una posible “nueva ola”.

El 12 de marzo, Emmanuel Macron anunció en la televisión que todas las escuelas y universidades cerrarían el lunes 16 de marzo hasta nuevo aviso. Al día siguiente, el primer ministro, Édouard Philippe prohibió las reuniones de más de 100 personas, excluyendo el transporte público. A escasas horas, el primer ministro ordenó el cierre de todos los servicios públicos no esenciales, incluidos el cierre de restaurantes, cafeterías, cines y discotecas a partir de medianoche.

El 15 de marzo, se celebraron las elecciones municipales en el país, el mismo día en el que el plan de contingencia alcanzó la etapa 3. El presidente Emmanuel Macron anunció un bloqueo de 15 días, que luego se extendió hasta el 11 de mayo³¹.

³¹ *Coronavirus: España y Francia anuncian amplias restricciones*, BBC news (15 de marzo de 2020) [BBC.com](https://www.bbc.com)

El 17 de junio de 2021, Francia eliminó el uso obligatorio de mascarillas al aire libre y el toque de queda el 18 de junio. El primer ministro insistió en que aún se requerirán mascarillas en el transporte público, en estadios y en otros lugares concurridos. Este avance hacia una nueva normalidad se produce gracias a que las nuevas infecciones diarias en Francia cayeron a 3200, el nivel más bajo desde agosto de 2020³².

La estrategia de vacunación en Francia, decidida por el Ministerio de Solidaridad y salud, tiene como objetivo determinar las personas prioritarias para la vacunación, de acuerdo con las cuestiones de salud pública y la llegada gradual de las dosis de vacunas. Esta estrategia tiene tres objetivos:

- Reducir la mortalidad y las formas graves de la enfermedad.
- Proteger a los cuidadores y al sistema de salud.
- Garantizar la seguridad de las vacunas y la vacunación.

Siguiendo las recomendaciones de vacunación emitidas por la *Haute Autorité de Santé* (Alta Seguridad Sanitaria) en sus dictámenes de 27 de noviembre de 2020 y 2 de febrero de 2021, se ha puesto en marcha una priorización de públicos elegibles al inicio de la vacunación. La edad de la persona es el factor de riesgo más importante para desarrollar una forma grave de COVID-19, por lo que la Alta Seguridad Sanitaria recomendó priorizar según diferentes grupos de edad y según los factores de riesgo de exposición al virus.

Desde el 15 de junio de 2021, la vacunación es accesible para todos, a partir de 12 años, y desde el 22 de diciembre de 2021, la vacunación es posible para todos los niños de 5 a 11 años³³.

³² Francia eliminará el uso obligatorio de máscaras al aire libre, France24 (16 de junio de 2021) [France24](#)

³³ La estrategia de vacunación, Ministère des Solidarités et de la Santé [Ministère des Solidarités et de la Santé](#)

6.4 Medidas tomadas por Austria

El 25 de febrero de 2020, Austria confirmó los dos primeros casos de COVID-19. Dos días después, un hombre de 72 años y una pareja con sus dos hijos también dieron positivo menos uno de los niños. Todos ellos habían estado anteriormente en Lombardía o eran ciudadanos italianos³⁴.

El 10 de marzo de 2020, el gobierno austriaco anunció que todas las Universidades cerraban sus clases, se cancelan todos los eventos al aire libre con más de 500 personas y todos los eventos bajo techo con más de 100 personas y, además, todos los niños mayores de 14 años debían permanecer en casa a partir del 15 de marzo, y los niños más pequeños a partir del 17 de marzo. Estas medidas se aplicarían hasta el 4 de abril. Sin embargo, estas medidas se extendieron, en el caso de los eventos públicos con más de 500 personas hasta el 31 de agosto y la vuelta a las clases de manera semipresencial hasta el 18 de mayo.

El 16 de marzo se impusieron nuevas medidas, se cerraron los comercios no esenciales, la hostelería, los locales de ocio y los edificios culturales hasta mediados de mayo y se impuso la cuarentena interna en todo el país y se prolongó hasta el 1 de mayo³⁵.

El 20 de abril se inició la primera de las cinco etapas del calendario de desconfiamiento, este calendario está previsto que finalice el 8 de junio. Desde el 30 de abril se permiten las reuniones de grupos de hasta 10 personas.

Cabe destacar que Austria, junto con Dinamarca y la República Checa, han iniciado por su cuenta la fase de desescalada, sin esperar las instrucciones de Bruselas puesto que el Ejecutivo comunitario tiene competencias en materia sanitaria pero simplemente para respaldar y complementar la actuación nacional³⁶.

³⁴ *Dos de los casos de coronavirus de Austria son ciudadanos italianos*, CNN (25 de febrero de 2020) [CNN world](#)

³⁵ *La respuesta de Europa contra la pandemia (2020)*, CIDOB [Barcelona Centre for International Affairs](#)

³⁶ *Política de salud de la UE*, Consejo Europeo [Consejo de la Unión Europea](#), [Consejo Europeo](#).

Hasta el 15 de junio de 2020, las mascarillas eran obligatorias en los comercios y en el transporte público, desde esta fecha el uso de éstas ya no será obligatorio en tiendas, colegios o restaurantes. El lema que utilizaba el gobierno austríaco es: “menos reglas y más autodisciplina”³⁷.

El 20 de mayo de 2021, Austria abrió la vacunación contra el COVID-19 a todos los grupos de edad, hasta entonces casi un 40% de la población mayor de los 16 años ha recibido al menos una dosis de la vacuna³⁸. Un dato destacable es que Austria es el primer país europeo en imponer la vacunación obligatoria, el 20 de enero de 2022 el Parlamento austríaco aprobó una ley que sanciona a los adultos que no se inmunicen contra el COVID-19. Ya se había anunciado en noviembre de 2021 pero ahora forma parte de la legislación.

A partir del 1 de febrero, todos los residentes de Austria de 18 años en adelante tienen el deber de vacunarse o se podrían enfrentar a una multa de entre 600 y 3.600 euros. Existen excepciones: las mujeres embarazadas, las personas por razones médicas y los que se han recuperado de una infección de COVID-19 en los últimos 6 meses. Esta nueva ley se debe a que Austria se enfrentaba a una nueva oleada de casos positivos, además, únicamente tienen la pauta de vacunación completa alrededor de un 72% de la población, un porcentaje inferior a España o Francia. En principio esta ley estará en vigor hasta finales de enero de 2024³⁹.

Sin embargo, el 9 de marzo de 2022 se suspende la vacunación obligatoria contra el COVID-19 durante tres meses. Esta suspensión se debe a un informe de una comisión de expertos que considera que no hay razones para poner en marcha esta obligatoriedad ya que el carácter de los contagios es leve⁴⁰.

De momento la ley no se abolirá, sino que permanece suspendida temporalmente y es posible ponerla en marcha en cuanto se crea conveniente.

A continuación, en el Cuadro 1 se presenta de una manera más esquemática como se ha gestionado en cada país la pandemia:

³⁷ Comparación de los planes de desescalada, RTVE [RTVE.es](https://www.rtve.es)

³⁸ Austria abre la vacunación contra el COVID-19, Europapress [Europapress.es](https://www.europapress.es)

³⁹ Vacunación obligatoria en Austria, France24 (21 de enero de 2022) [France24](https://www.france24.com)

⁴⁰ Austria suspende la vacunación obligatoria contra el COVID-19, Euronews (9 de marzo de 2022) [Euronews](https://www.euronews.com)

CUADRO 1: Medidas de desescalada adoptadas por los gobiernos europeos en la primera ola de coronavirus (enero-julio 2020)

	Estado de Alarma	Confinamiento o cuarentena interna	Toque de queda	Fronteras internacionales	Comercios no esenciales	Hostelería o locales de ocio	Eventos públicos	Enseñanza
<i>España</i>	Declarado el 14 de marzo y levantado el 21 de junio.	Impuesto el 14 de marzo y levantado entre finales de mayo y junio.	No se impuso.	Cerradas el 17 de marzo y abiertas parcialmente el 21 de junio.	Cerrados el 14 de marzo y abiertos a mediados de mayo.	Cerrados el 14 de marzo y abiertos entre mayo y junio.	Vedados el 14 de marzo y autorizados parcialmente el 22 de junio.	Suspendida el 13 de marzo y reanudada parcialmente el 8 de junio.
<i>Italia</i>	Estado de emergencia: 31 de enero a 15 de octubre.	Impuesto el 9 de marzo y levantado entre mayo y junio.	No se impuso.	Cerradas el 17 de marzo y abiertas parcialmente entre el 30 de junio y el 1 de julio.	Cerrados el 11 de marzo y abiertos el 18 de mayo.	Cerrados el 25 de marzo y abiertos el entre junio y julio.	Vedados el 9 de marzo y autorizados parcialmente el 15 de junio.	Suspendida el 4 de marzo y se reanudó en septiembre.
<i>Alemania</i>	No se declaró.	No se impuso.	No se impuso.	Cerradas el 17 de marzo y abiertas parcialmente el 16 de mayo.	Cerrados el 17 de marzo y abiertos el 20 de abril.	Cerrados el 17 de marzo y abiertos parcialmente desde el 9 de mayo.	Vedados el 17 de marzo y autorizados el 31 de agosto.	Suspendida el 18 de marzo y reanudada parcialmente desde el 20 de abril.
<i>Francia</i>	Estado de emergencia sanitaria: 21 de marzo a 10 de julio	Impuesto el 17 de marzo y levantado entre el 30 de mayo y el 2 de junio	No se impuso.	Cerradas el 17 de marzo y abiertas parcialmente el 21 de junio.	Cerrados el 15 de marzo y abiertos el 11 de mayo.	Cerrados el 15 de marzo y abiertos parcialmente el 11 de mayo.	Vedados el 14 de marzo y autorizados parcialmente el 1 de septiembre	Suspendida el 16 de marzo y reanudada entre el 18 de mayo y el 2 de junio.
<i>Austria</i>	No se declaró.	Impuesto el 16 de marzo y levantado el 1 de mayo.	No se impuso	Cerradas el 17 de marzo y abiertas parcialmente entre el 16 de mayo y el 16 de junio.	Cerrados el 16 de marzo y abiertos el 14 de abril.	Cerrados el 16 de marzo y abiertos el 15 de mayo.	Vedados el 10 de marzo y autorizados parcialmente el 1 de agosto.	Suspendida el 18 de marzo y reanudada parcialmente el 18 de mayo.

Fuente: elaboración propia a partir de Sitio oficial de CIDOB ([Barcelona Centre for International Affairs](#))

7. La gestión de los derechos de libertad para vacunarse en España mediante la salud pública

Con el inicio del periodo de vacunación surgió el dilema de si la vacunación contra el virus COVID-19 debía ser obligatoria o no.

Sobre la obligatoriedad de las vacunas nuestro Tribunal Constitucional no se ha pronunciado directamente. Por ello y siguiendo el estudio realizado por el abogado Mario Rueda, se deben tener en cuenta cuatro derechos fundamentales que podrían verse afectados de una manera u otra por dicha obligatoriedad (Rueda, 1996: p. 25-27):

- El derecho a la vida y el derecho a la integridad física y moral (art. 15 CE: *“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.”*).
- El derecho a la libertad (art. 17 CE: *“Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley.”*).
- El derecho a la intimidad personal (art. 18 CE: *“Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.”*).

Según el autor, el propio Tribunal Constitucional se contradice en las sentencias emitidas a diferentes casos en los que podemos entrever el dilema a tratar. En cuanto al derecho a la vida, en su Sentencia de 27 de junio de 1990, declara que la asistencia médica obligatoria no pone en entredicho ni vulnera el derecho a la vida pues se entiende que dicho derecho no incluye el derecho a prescindir de la propia vida⁴¹. Sin embargo, cabe destacar que el derecho a la vida puede también incluir el derecho a la muerte, llevando dicho caso al tema de las vacunas podemos deducir que una persona debería tener la libertad de elegir entre si quiere vacunarse o no.

⁴¹ *STC 120/1990, de 27 de junio, sobre asistencia médica a recursos en huelga de hambre*, BOE [STC 120/1990, de 27 de junio](#)

Por otro lado, en cuanto al derecho a la integridad física y moral, el Tribunal Constitucional ha declarado que no se puede utilizar la fuerza física para implantar tratamientos o practicar pruebas médicas ya que se estaría vulnerado dicho derecho. Sin embargo, cabe destacar unos límites y uno de ellos es proteger el interés social y el orden público. En consecuencia, y desde el punto de vista de la vacunación, el Tribunal Constitucional vería necesario una vacunación obligatoria si el orden público y el interés social se viera condicionado o en peligro. Y de manera semejante ocurre con el derecho a la libertad, pues el Tribunal Constitucional establece que no se vulnera dicho derecho ya que este no incluye la libertad de rechazar un tratamiento médico y, como sucede con el derecho a la integridad física y moral, tiene como límite los derechos colectivos y el interés social.

En cuanto al último derecho, el derecho a la intimidad personal, el Tribunal Constitucional establece que la asistencia médica obligatoria no puede vulnerar dicho derecho siempre y cuando la finalidad de la asistencia médica sea la preservación de la vida.

Desde el punto de vista de la legislación estatal, debemos de hacer mención a la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública que en su artículo 2 dice: *“Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población [...]”*. Esta Ley únicamente hace alusión a los casos de pandemia o situaciones que puedan poner en riesgo la salud de toda la población, por lo tanto, podría aplicarse al caso que nos ocupa. Además, el mismo límite se propone en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) pues en sus artículos 9 y 10.1 establece unos límites para la aplicación de medidas sanitarias de carácter general como puede ser el derecho a la personalidad. Sin embargo, en el artículo 10.9 encontramos que toda persona tiene derecho a negarse a un tratamiento, siempre y cuando esta negación no implique un riesgo para la salud pública⁴².

⁴² Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, BOE <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

Por lo tanto, desde un punto de vista jurídico podría establecerse un sistema de vacunación obligatoria. Pues, la regla general es la voluntariedad, salvo en casos donde el principio general de autonomía de la voluntad ceda por riesgo para la salud pública (Delgado, 2021: p. 22). En este caso y volviendo a hacer referencia a la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, es legalmente posible imponer medidas obligatorias y, por lo tanto, fundamentar la obligatoriedad de las vacunas.

Sin embargo, en el caso español no se ha impuesto una vacunación obligatoria como tal. Pero podríamos hablar de medidas impuestas que podrían alentar a que la población se vacunase. Por ejemplo, el pasaporte COVID⁴³.

Según el estudio realizado por los investigadores de la Universidad de Oxford (Reino Unido), Melinda C. Mills y Tobias Rüttenauer, la introducción del pasaporte o certificado COVID el pasado septiembre de 2021 ha animado a que más personas acepten la vacunación contra el virus, especialmente en países donde la tasa de vacunación, en particular los jóvenes, era baja. Por ejemplo, Francia o Italia (Mills y Rüttenauer, 2022: p. 16). Los investigadores eligieron los seis países que introdujeron la medida del pasaporte COVID en septiembre de 2021: Israel, Italia, Dinamarca, Alemania, Francia y Suiza y los compararon con países similares que no habían tomado esa medida (España, Estados Unidos, Reino Unido, etc.).

La primera conclusión sacada por la autora Mills fue que “hubo un aumento significativo de las vacunaciones alrededor de 20 días antes de la introducción de los certificados COVID”. Sin embargo, la autora destaca que esto solo pasó en los países con una baja tasa de vacunación. En el caso de Alemania donde la tasa era alta no se produjo un aumento significativo. Además, el estudio también revelaba que ese aumento de vacunación se dio entre los menores de 30 años, esto se debe a que el pasaporte COVID se solicitaba para entrar en *pubs* nocturnos y en grandes eventos.

⁴³ Según el Ministerio de Sanidad, es un documento que permite viajar entre países de la UE acreditando que una persona ha sido vacunada contra la COVID-19, se ha recuperado de la enfermedad o tiene una prueba negativa en las últimas 24/72 horas según establezcan los diferentes países.

A partir de dicha investigación realizada por la Universidad de Oxford, cabría realizar un estudio propio para averiguar si en España se ha dado el mismo caso. Es decir, si en el momento en el que se implantó la medida de la introducción del pasaporte o certificado COVID ha habido un aumento en la tasa de vacunación. Para ello debemos preguntarnos si entre septiembre y diciembre los españoles y las españolas se vacunaron porque realmente querían o, por otro lado, se veían obligados a ello.

8. Repercusión de la exigencia del pasaporte COVID en la decisión de vacunarse: un análisis empírico de la juventud española

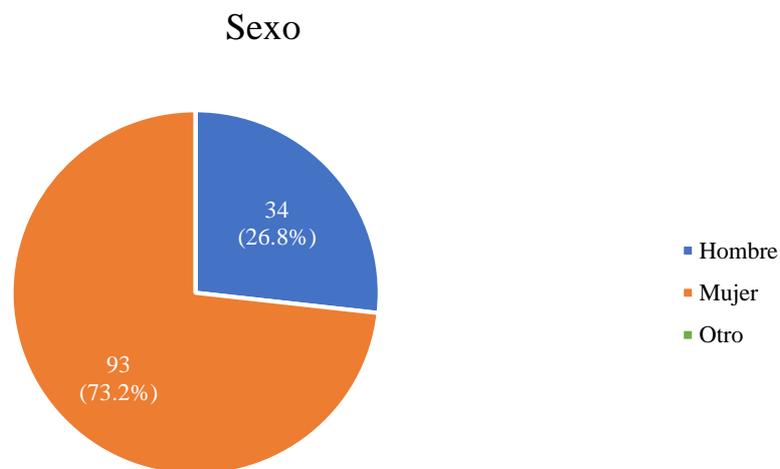
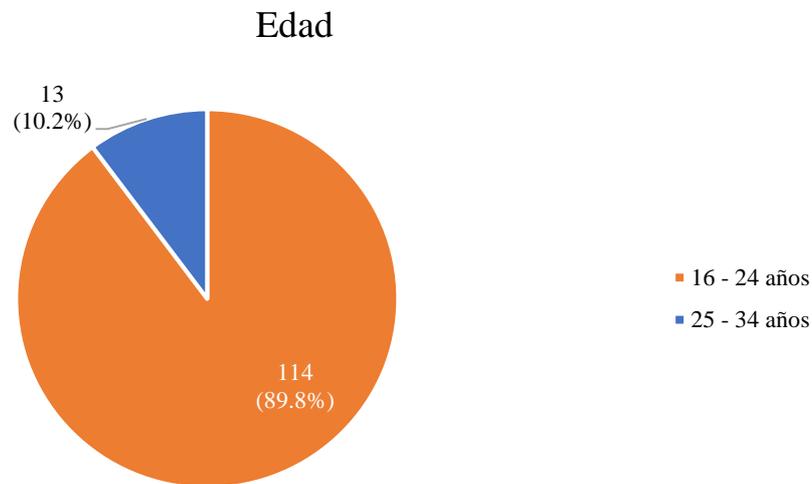
8.1 Ficha técnica de la encuesta

Para poder averiguar si la medida de un pasaporte o certificado COVID ha alentado a los y las jóvenes en España a vacunarse como ha pasado en nuestro país vecino, Francia, y en Italia se ha realizado un estudio propio a través de una encuesta.

La encuesta consta de 6 preguntas cortas las cuales solo se podía elegir una respuesta, se realizó vía online mediante Instagram y Twitter y pudo rellenarse desde el 26 de abril de 2022 hasta el 8 de mayo de 2022.

En dicha encuesta participaron 127 jóvenes de entre 16 y 34 años. Siendo, entre ellos, 93 mujeres y 34 hombres.

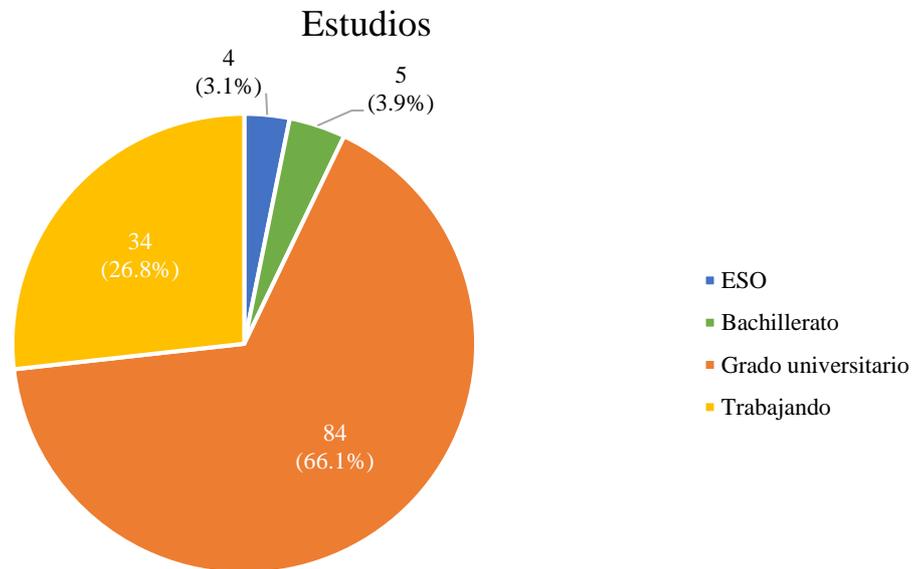
8.2 Principales resultados obtenidos en la encuesta



Ante dichos resultados podemos entrever que ha habido una mayor participación entre gente más joven de entre 16 y 24 años y que el género femenino ha sido más participativo en esta encuesta.

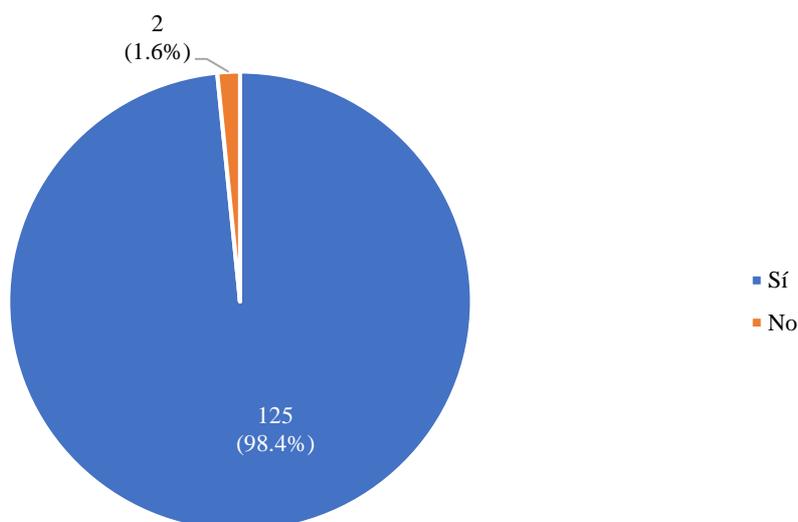
La mayor parte de los y las jóvenes que respondieron están realizando un grado universitario, concretamente 88 personas de 127 (66.1%) mientras que el resto se divide en realizando bachillerato, la ESO o trabajando. Un 26.8% de los encuestados y las encuestadas se encuentran trabajando actualmente, entendiendo trabajo como realizar

prácticas una vez acabado el grado también. Por lo tanto 34 personas se encuentran trabajando, cuatro personas en la ESO (el 3.1%) y cinco personas realizando el bachillerato (el 3.9%).



Adentrándonos en el tema que nos atañe, en el caso español encontramos que 125 de 127 personas están vacunadas contra el COVID-19, por lo que las medidas de vacunación tomadas por el país han dado sus frutos de manera exitosa. Sin embargo, cabe preguntarnos aún si de estas 125 personas encuestadas se han vacunado por voluntad propia y con su citación o bien, por obligación debido a la medida del pasaporte COVID que se había impuesto en ese periodo de tiempo.

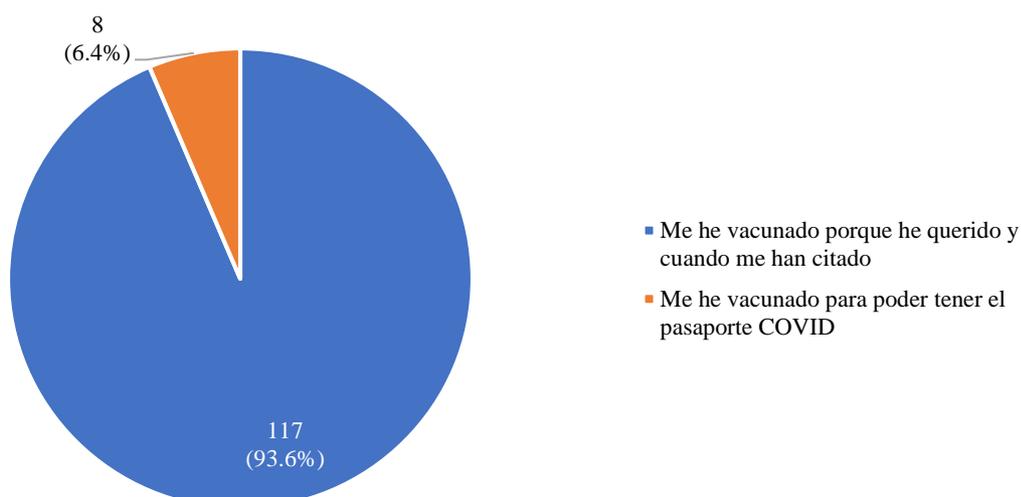
¿Estás vacunado contra el virus COVID-19?



En la siguiente pregunta se ve reflejado que la mayor parte de los jóvenes (117 de 125) que sí están vacunados se han vacunado por voluntad propia y cuando la sanidad pública de sus respectivas CCAA les citaron.

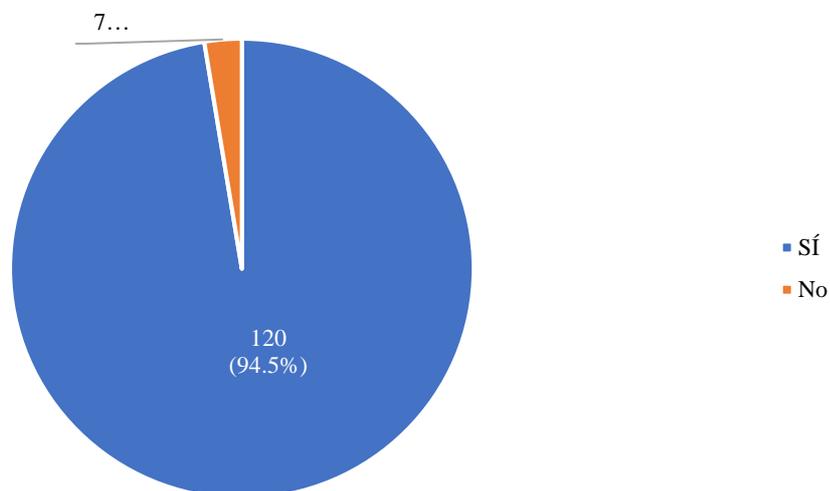
Mientras que un 6.4% de los encuestados sí se han vacunado para poder obtener dicho pasaporte o certificado.

En el caso de que estés vacunado o vacunada



Por otro lado, se ha creído necesario añadir a la encuesta la cuestión de que, si el Gobierno de España no hubiese implementado tal medida, cuántas de estas personas encuestadas se hubiesen vacunado igualmente.

¿Te habrías vacunado si no hubiese pasaporte COVID?



En los presentes resultados, de las 127 personas que contestaron a la encuesta 7 de ellas han respondido que, aunque no hubiera pasaporte COVID no se habrían vacunado contra el virus. Sin embargo, el 94.5% restante ha contestado de forma afirmativa a la pregunta.

8.3 Entrevista realizada a un profesional sanitario

Para poder realizar un análisis completo de los resultados obtenidos, cabe contrastarlos con una entrevista realizada a un hombre profesional sanitario de atención primaria de 53 años cuyo trabajo durante la pandemia fue:

- El seguimiento telefónico de casos positivos y contactos de cada caso.
- Realización de pruebas PCR y test de antígenos según el protocolo.
- Continuidad de los programas de crónicos y paciente crónico complejo.
- La actividad ordinaria de funcionamiento del propio centro como son las analíticas, consultas a domicilio, consultas de programas de salud y urgencias.

Tras mostrarle los resultados de la encuesta realizada a 127 jóvenes, ¿Qué le transmiten los resultados de ésta?

La encuesta me transmite que hay un tanto por ciento de la población que se les podría considerar antivacunas pero que se vacunaron porque precisaban del pasaporte COVID. En cuanto se aplicaron restricciones en las que se precisa tener dicho pasaporte o certificado, ese grupo de personas que estaban en contra de vacunarse se vieron en la obligación de hacerlo para poder tener garantías y poder acceder a determinados sitios que sin ese pasaporte no hubiesen podido acceder.

¿Cree que los resultados reflejan la realidad?

Sí, porque en España la gente estaba predispuesta a la vacuna no como en otros países como Francia o Italia que había una mayor población en contra de las vacunas. En España, la mayoría de la gente se vacunó voluntariamente, hay una mayor concienciación a favor de la vacunación en España que en otros países de nuestro entorno.

¿Percibió que con la llegada del pasaporte COVID hubo parte de la población que reclamó la vacuna que antes ya le habían ofrecido y en su día rechazaron?

Sí, de todas las personas que no se presentaban a las citaciones gran parte de ese grupo luego acudió solicitando la vacunación porque si no veían limitados sus “derechos”.

En cuanto al rango de edad en este caso, por grupos de población, la gente de 80 años hacia arriba se consiguió que en España vacunara a un porcentaje altísimo de la población, conforme bajaban los grupos de edad sí que había una falta de vacunación. Había grupos de edad más jóvenes que sí rechazaron en su día la vacuna, por lo tanto, ese grupo de gente joven, sobre todo, que rechazó la vacuna voluntaria al principio, luego sí la solicitaron para poder disfrutar de bares, restaurantes, etc.

Es decir, su egoísmo prevaleció y se vacunaron prácticamente por su propio interés no por el interés general de la sociedad.

¿Considera que las medidas tomadas por el Gobierno de España tanto durante el confinamiento como durante toda la pandemia han sido bien consensuadas con su colectivo sanitario? ¿Cree que hubo algún tipo de disconformidad?

Desde mi experiencia profesional sobre las medidas que tomó el Gobierno cuando se inició la pandemia y se declaró el Estado de Alarma, había muchas medidas que gran parte de los sanitarios no las entendían, otros sí las entendían y estaban a favor, pero es que no había antecedentes, no había información de cómo iba a evolucionar el virus entonces muchas veces se dieron palos de ciego.

También es cierto que conforme el Gobierno, según sus expertos, iba levantando restricciones hubo momentos en que los sanitarios dijeron que no se corriera tanto porque en los puntos más altos o más bien, en los picos de la pandemia, el personal sanitario no llegaba, no se podía atender bien a toda la población. No había ni recursos humanos, ni materiales ni espacio físico.

En cuanto a este último punto, es una cosa que se ha visto, los hospitales no tenían bastante espacio. Por eso aquí en la Comunidad Valenciana se montaron los hospitales de campaña. Además de colas en la calle de personas para hacerse pruebas PCR porque no podían estar dentro de hospitales y de reconvertir quirófanos en UCIS en prácticamente todos los hospitales porque no se podía abarcar todo, había que ampliar fuera como fuera.

¿Cómo ha vivido la pandemia el personal sanitario desde su punto de vista?

Desde mi punto de vista personal, hemos tenido que renunciar a muchas cosas en el ámbito familiar porque hemos tenido que priorizar muchas veces la situación pandémica o atender a gente antes que a nosotros mismos y a nuestros seres queridos.

También nos hemos visto desbordados por el aumento que hubo porque nos faltaba de todo. Se nos reconoció el primer esfuerzo con la famosa ola de aplausos de las ocho de la tarde donde la gente salía a aplaudir, pero, con el paso del tiempo a la gente se le ha olvidado el esfuerzo que hicimos en esos momentos.

Ahora en la actualidad, cuando se empezaron a levantar restricciones la gente empezaba a solicitar que se quitara la mascarilla y empezó a salir la gente cuando nosotros en los centros continuábamos saturados. Entonces ahí había una gran diferencia entre lo que

nosotros veíamos y lo que veía la gente, nosotros seguíamos haciendo PCR's, haciendo test de antígenos y la gente solicitando que querían salir a los bares.

Desde mi punto de vista, no ha habido una concienciación igual para todos los grupos de edad, la gente mayor ha sido quien más concienciada ha estado sobretodo porque al principio de la pandemia fallecía mucha gente mayor entonces, ellos creo que captaron antes el peligro real de este virus que la gente joven. Se está viendo ahora que tenemos una tasa de incidencia de entre 700 y 900 casos y hay total normalidad, parece que como muere menos gente el virus no está, pero sigue estando con su nueva variante Ómicron.

Hablando sobre el aplauso sanitario que se hacía a los ocho de la tarde, ¿Qué sentía cuando se aplaudía cuando había compañeros y compañeras falleciendo?

Yo sentía, al principio, indiferencia porque que aplaudan no lo veía como un premio para mí, era mi trabajo y yo tenía asumido que era mi trabajo. También que te aplaudan da a entender que están agradecidos del esfuerzo que estás haciendo.

Veo bien que de vez en cuando haya movimientos sociales que reconozcan el esfuerzo, pero lo dicho, no dejaba de ser nuestro trabajo además de ser un trabajo que nadie lo había hecho antes, nunca nos habíamos enfrentado a una pandemia en las últimas décadas.

Tanto el personal que es sanitario y no sanitario que está en los hospitales, centros de salud, centros sociosanitarios como las residencias de mayores nunca nos habíamos enfrentado a una enfermedad de esa magnitud ni de esa facilidad que tenía para contagiar de unos a otros por ello íbamos al principio a ciegas, no se sabía cómo atajarla, pero siempre reconforta que se te reconozca el esfuerzo, aunque con el tiempo se olvide.

8.4 Análisis de los resultados obtenidos

Como se ha podido comprobar tanto con la encuesta como con la entrevista, en España se ha dado una predisposición por la vacunación que no se ha visto en otros países europeos: *“en España la gente estaba predispuesta a la vacuna no como en otros países como Francia o Italia que había una mayor población en contra de las vacunas”* según nuestro experto sanitario.

Lo cual está directamente relacionado con el estudio realizado en Oxford por parte de Melinda C. Mills y Tobias Rüttenauer realizado en 2022 ya que ellos llegaron a la conclusión de que en países como en Francia e Italia se necesitó un certificado COVID para poder aumentar la tasa de vacunación que se tenía.

En nuestra encuesta podemos confirmar que el 98.4% de las personas encuestadas han aceptado la vacuna contra el COVID-19 sin necesidad de un pasaporte o certificado COVID que te exija la vacunación para poder obtenerlo. Incluso en la pregunta “¿Te habrías vacunado si no hubiese un pasaporte COVID?” el 94.5% contesta afirmativamente, dando a entender que en España no ha sido necesario implementar dicha medida para aumentar la tasa de vacunación.

Además, un estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas (en adelante, CIS) llamado *Efectos y consecuencias del Coronavirus* (VI) de diciembre de 2021, realizado a 2.462 personas, en la pregunta “¿Se ha vacunado Ud. de covid-19?” el 94.8% sí se ha vacunado y el 4.9% (120 personas) no lo ha hecho. De esas 120 personas, el 16.7% sí se va a vacunar cuando llegue su turno y el 61.7% no va a hacerlo de ninguna manera.

A pesar de que no se puede saber la edad exacta ya que en esta encuesta realizada por el CIS encontramos un rango de edad mucho más amplio (desde los 18 hasta los 65), podemos ver que hay una predominancia de personas cuya edad se encuentra entre los 45 a 54 años (21% de los encuestados y las encuestadas).

Asimismo, con la encuesta realizada por el CIS y la encuesta realizada para este estudio podemos afirmar que efectivamente en España sí existe una propensión a vacunarse incluso antes de establecer medidas como la del pasaporte o certificado COVID que, como ha mencionado nuestro experto, solo una pequeña parte de las personas no vacunadas fue a solicitar dicha vacunación porque veían limitados sus derechos. Igualmente, como también hemos visto y analizado de la mano de la autora Carmen Delgado en su estudio realizado en 2021, no existe una limitación de derechos pues, al tratarse de un caso de fuerza mayor y un caso que pone en riesgo a toda la población prevalece la seguridad nacional y colectiva a la individual.

Incluso, esto último, podemos encontrarlo en el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (en adelante, RGPD) en su artículo 9.1 la prohibición del tratamiento de datos personas, entre ellos, los datos relativos a la salud. Y en su artículo 9.2 se encuentran las excepciones donde encontramos: “[...] c) el tratamiento es necesario

para proteger los intereses vitales del interesado; g) el tratamiento es necesario por razones de un interés público esencial.”. Por lo tanto, los datos de salud se encuentran catalogados en el RGPD como categorías especiales de datos, y se prohíbe su tratamiento salvo que se ampare en alguna de las excepciones del artículo 9.2 (Ortega Giménez, 2021: p. 18).

Un rasgo que también debemos destacar es la cultura política española. Según los sociólogos Gabriel A. Almond y Sidney Verba, la cultura política se refiere a orientaciones específicamente políticas, posturas relativas al sistema político y sus diferentes elementos y las actitudes relacionadas con la función de cada uno dentro de dicho sistema. Por lo tanto, la cultura política de una nación se fundamenta en la repartición, entre los ciudadanos de dicha nación, de las pautas de orientación hacia objetos políticos. Existen diferentes modos de orientación política y diferentes objetos políticos.

En cuanto a orientación política existe: la orientación cognitiva (conocimientos y creencias acerca del sistema político), la orientación afectiva (sentimientos acerca del sistema político) y la orientación evaluativa (opiniones y juicios sobre objetos políticos), (Almond y Verba, 2001: p. 179). En cuanto a la clasificación de objetos, encontramos tres grandes categorías: 1. Roles o estructuras específicas (cuerpos legislativos o ejecutivos); 2. Los titulares de dichos roles (monarcas o legisladores) y 3. Principios de gobierno, decisiones o imposiciones de decisiones públicas. El punto clave para poder clasificar una cultura política de una nación es saber hacia qué objetos políticos se orientan los ciudadanos de dicha nación y cómo se orientan (Almond y Verba, 2001: p. 181).

Siguiendo el análisis realizado por la doctora M.^a Dolores García Ortiz, profesora de la Universidad de Murcia, titulado: *Cultura política española. Un análisis longitudinal*, debemos centrarnos en una serie de características destacables de nuestra cultura política y la evolución de éstas.

Las principales características en las que nos vamos a centrar son: la orientación ideológica, el sentimiento de competencia política y el interés por la política.

La orientación ideológica es una de las características o variable que menos se ha dejado afectar con el paso del tiempo. Si los valores de esta variable oscilan entre 1 (extrema izquierda) y 10 (extrema derecha), la media de la orientación ideológica de la población española podemos encontrarla en centro izquierda, por lo general. Es decir, encontramos a la población española entre los valores 4.90 y 4.56 (García Ortiz, 2016: p. 667).

Este dato puede resultar significativo puesto que, según el estudio del CIS antes mencionado, existe una diferencia marcada por la ideología entre la gente que sí se ha vacunado y la gente que no. Como sabemos el 4.7% de quienes realizaron la encuesta del CIS no se habían vacunado, si tenemos en cuenta el partido que votaron en noviembre de 2019 encontramos que un 10.5% de los no vacunados votaron a VOX, el 4% votó al PP y 2.1% al PSOE y el resto se abstuvieron.

Por lo tanto, podemos definir, en cuanto a ideología política, que los no vacunados tienden a ser de extrema derecha. Puesto que el propio partido de VOX ha mantenido una postura desafiante contra las vacunas y su efectividad, el portavoz parlamentario, Iván Espinosa de los Monteros dice textualmente: *“No se pone en riesgo la vida de los demás si están vacunados, suponiendo que la vacuna sea efectiva”*.

La segunda característica principal es el sentimiento de competencia política, según la autora, esta segunda característica o variable sí tiene una tendencia creciente ya que cada vez son menos personas las que están de acuerdo con la expresión “La política es tan complicada que la gente como yo no puede entender lo que pasa”, dando a entender que con el paso del tiempo se va comprendiendo cada vez más la política. Sin embargo, en los últimos años encontramos un descenso en el sentimiento de competencia política por parte de la población española. Los motivos de dicho descenso son muy diversos, entre ellos podemos encontrar los pactos para gobernar o la corrupción de algunos partidos (García Ortiz, 2016: p. 668).

La tercera característica o variable es el interés por la política, estrechamente vinculado con la característica anterior. En un estudio realizado por el CIS a 1432 jóvenes titulado *Cultura política de los jóvenes* realizado en 2011, en la pregunta “¿qué sentimiento te inspira la política?” un 40.6% ha respondido “desconfianza” y un 16% “aburrimiento”. Sin embargo, en la pregunta “¿La política te gusta mucho, poco o bastante?” el 24.3% ha votado “bastante” y el 39% “poco”. Otro dato interesante del presente estudio es que los jóvenes encuestados tienen total confianza o casi total confianza en el Ejército y las

Fuerzas Armadas (41.9%), mientras que en el Congreso de los Diputados solo un 8.9% tiene total confianza o casi total confianza.

A pesar de que dicho estudio fue realizado en 2011, podemos comprobar que esa confianza y ese interés por la política ha ido cayendo con el paso del tiempo. Pero, en el estudio de *Efectos y consecuencias del Coronavirus (VI)* el 35.6% sigue siendo optimista con el futuro de España y de su política.

En consecuencia, se puede entrever que sí existe una falta de interés por la política en la población, sobretodo por parte de los jóvenes, pero a la vez, encontramos una total disposición por la gran mayoría cuando se trata de la seguridad colectiva de la población.

9. Conclusiones extraídas de la investigación

Una vez desarrollados y analizados los objetivos del presente estudio, y tras utilizar la legislación, obras literarias, revistas, artículos periodísticos y publicaciones online, se exponen las siguientes conclusiones:

- 1) En cuanto al primer objetivo específico (cómo en España se ha gestionado los derechos de libertad de vacunación), con el que hemos utilizado la legislación española y diversos estudios sobre la libertad colectiva, se ha podido llegar a la conclusión que efectivamente en España se han seguido los objetivos previstos en el Plan de Vacunación y ha habido una libertad absoluta de vacunación sin necesidad de implantarse una vacunación obligatoria, la cual podría haberse impuesto debido a la gravedad de la situación, ya que primaba la seguridad nacional y la seguridad colectiva.
- 2) Por lo que concierne al segundo objetivo (cómo se ha gestionado la seguridad colectiva en Italia, Alemania, Francia y Austria), utilizando las legislaciones, leyes sanitarias de cada país y noticias periodísticas, podemos llegar a la conclusión de que se ha seguido prácticamente una misma directriz en los cuatro países (cinco contando con España) ya que han actuado de manera muy similar, como hemos podido comprobar en la tabla creada a partir de los datos recabados. Por otro lado, en cuanto la vacunación de dichos países y el uso de algunas medidas extraordinarias como el pasaporte COVID, llegamos a otra conclusión y es que sí encontramos diferencias en la manera de actuar: Austria quiso imponer la vacunación obligatoria, Italia impuso

el pasaporte COVID para poder entrar al puesto de trabajo y junto con Francia, necesitó este pasaporte para poder aumentar la incidencia.

- 3) Respecto al tercer objetivo específico (cómo ha influido la medida del pasaporte COVID en la gente joven a la hora de vacunarse), gracias a la encuesta realizada y a la entrevista, se ha llegado a la conclusión que, en el caso español, solo ha influido a una pequeña parte de la gente joven. A diferencia de otros países europeos como Italia y Francia, en España no ha sido necesaria esta medida para aumentar la tasa de vacunación. Lo cual, también, nos hace llegar a la conclusión de que la población en España está mayormente concienciada de la efectividad y el buen funcionamiento de las vacunas.

Una vez expuestas las conclusiones, podemos responder a las hipótesis formuladas al principio del estudio.

La primera hipótesis (La gestión de la pandemia es igual en todos los países de la UE debido a las políticas comunes de la Unión) es falsa puesto que la Unión Europea únicamente puede apoyar, coordinar o complementar la actuación de los Estados Miembros de la Unión. En los Tratados con la UE aparece como “competencias de apoyo” donde dentro de estas competencias se encuentra la salud pública. Se denominan “de apoyo” porque la UE no tiene competencia para promulgar leyes sobre dichos ámbitos.

Por las mismas razones la segunda hipótesis (Los Estados Miembros de la UE han tenido la capacidad suficiente para gestionar la pandemia por el principio de soberanía) es verdadera. Sin embargo, cabe apuntar que se tuvo muy en cuenta las recomendaciones de la UE tanto durante el confinamiento como en los planes de vacunación.

Por último, la tercera hipótesis (La gente joven ha necesitado una medida excepcional para poder subir la tasa de vacunación en España) es falsa. Pues, como se ha comentado anteriormente, la tasa de la vacunación en España no ha aumentado significativamente con esta medida excepcional como es el certificado o pasaporte COVID. Como ha comentado nuestro experto, una pequeña parte de los no vacunados fueron los que solicitaron su vacuna cuando este certificado se introdujo en septiembre del 2021. A pesar de ello, y como se ha comprobado en la encuesta, la gente joven española se hubiese vacunado de todas formas, con o sin certificado COVID.

10. Futuras líneas de investigación

A raíz del presente trabajo ha surgido una nueva línea de investigación que, a pesar de que excede este estudio, considero interesante.

Una vez analizado el contexto y a partir de este, se podría trabajar en ver qué relación hay entre la vacunación COVID y los distintos partidos políticos y la cultura política española haciendo mención del estudio seminal de Almond y Verba pues, los autores establecen tres tipos de cultura política:

- I. La cultura política parroquial: No existen roles políticos especializados, son roles difusos de tipo político-económico-religioso y las orientaciones políticas hacia dichos roles no están separadas de sus orientaciones religiosas. Otro rasgo característico es que el individuo no espera nada del sistema político (Almond y Verba, 2001: p. 182).
- II. La cultura política del súbdito: El súbdito tiene conciencia de la existencia de una autoridad gubernativa y está activamente orientado hacia ella. Sin embargo, la orientación del súbdito en sistemas políticos será afectiva y normativa antes que cognitiva (Almond Verba, 2001: p. 184).
- III. La cultura política de participación: Es aquella en que los miembros de la sociedad tienden a estar orientados hacia el sistema político como un todo y hacia sus estructuras. Por lo tanto, tienden a orientarse hacia un rol activo en la política (Almond y Verba, 2001: p. 185).

Por ello, sobre la base de este trabajo se ha abierto uno más grande a partir de la pregunta “¿Cómo ha afectado la cultura política del país en la vacunación del COVID?”.

11. Referencias consultadas

Bibliografía

Aldeguer Cerdá, Bernabé (2014). La metodología de la ciencia política. En José Manuel Canales Aliende, J.M y Sanmartín Pardo, J.J (Eds.), *Introducción a la ciencia política*. Universitas, 53-72.

Almond, Gabriel y Verba, Sidney (2001). La cultura política. En Albert Batlle (Ed.), *Diez textos básicos de ciencia política*. Ariel Ciencia Política, 171-201.

Álvarez Conde, Enrique y Tur Ausina, Rosario (2019) *Derecho Constitucional*, Editorial Tecnos

Bellver Capella, Vicente (2020). *Bioética, derechos humanos y COVID-19*. Cuadernos de bioética, (102), 167-182.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2011, noviembre). *Cultura política de los jóvenes* (N.º 2919).

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2021, diciembre). *Efectos y consecuencias del Coronavirus (VI)* (N.º 3346).

Cruz Parceró, Juan Antonio (1998). *Sobre el concepto de derechos colectivos*. Revista Internacional de filosofía política, (12), 95-115.

Delgado Garrido, Carmen (2021). *El debate sobre la voluntariedad o la obligatoriedad de la vacunación en tiempos de pandemia*. Revista Vasca de Administración Pública, (121), 17-59.

García Ortiz, M.^a Dolores (2016). *Cultura política española. Un análisis longitudinal*. DIGITIUM, 667-668.

Ortega Giménez, Alfonso (2021). COVID-19: Un desafío para la protección de datos de carácter personal. En Lorente Martínez, Isabel, y Heredia Sánchez, Lerdys (Dir.).

Problemas que el COVID-19 plantea en el trinomio protección de datos, transparencia y movilidad: Aportación de soluciones prácticas desde la ciencia jurídica (Estudios) (1.^a ed.). ARANZADI / CIVITAS, 15-21.

Jáuregui, Gurutz (2001). *Derechos individuales versus derechos colectivos: una realidad inescindible*. Una discusión sobre derechos colectivos, 47-66.

Kymlicka, Will (1996). *Derechos individuales y derechos de grupo en la democracia liberal*. Isegoría, (14), 5–36. <https://doi.org/10.3989/isegoria.1996.i14.209>

Mills, Melinda C. y Rüttenauer, Tobias (2022). *The effect of mandatory COVID-19 certificates on vaccine uptake*, The Lancet Public Health, Vol. 7, 15-21. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00273-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00273-5)

Van Evera, Stephen (2002). *Guía para estudiantes de ciencia política: Métodos y recursos* (1.^a ed.). Gedisa Mexicana.

Enlaces web

Akmen, Tolga (2021, 30 noviembre). *El certificado covid en algunos de los principales destinos turísticos: dónde hay que llevarlo y para qué lo piden*. El País. [El País](#)

Certificado COVID digital de la UE: cómo funciona. (2022, 14 marzo). European Council. [Consejo Europeo](#)

Chadwick, L. (2021, 7 diciembre). *COVID-19 en Europa: ¿qué países avanzan hacia la vacunación obligatoria?* euronews. [Euronews](#)

Chronik zum Coronavirus SARS-CoV-2. (2021). Bundesministerium für Gesundheit. [Bundesministerium für Gesundheit](#)

Die Nationale Impfstrategie. (2021). Zusammen gegen Corona. [Zusammen gegen Corona](#)

Estrategia de Vacunas de la UE. (2021, 8 noviembre). Comisión Europea - European Commission. [Comisión Europea](#)

Hall, Ben, Chazan, Guy, Dombey, Daniel, Ghihlione, David, Jonhson, iles., y Mallet, Victor. (2020, 24 octubre). *Cómo han gestionado la pandemia España, Italia, Francia y Alemania*. EXPANSIÓN. [Expansión - Diario económico](#)

Información básica sobre la COVID-19. (2021, 13 mayo). Organización Mundial de la Salud. [Organización Mundial de la Salud](#)

La Moncloa. 25/10/2020. El Gobierno decreta un estado de alarma para dar amparo constitucional pleno a las medidas contra la pandemia necesarias en las CC.AA. [Presidente/Destacados]. (2020, 25 octubre). La Moncloa. [La Moncloa - Presidencia del Gobierno](#)

La Moncloa. Cifras de la situación. (2022, 13 marzo). La Moncloa. [La Moncloa - Presidencia del Gobierno](#)

La Moncloa. COVID-19 en España. (2020). La Moncloa. [La Moncloa - Presidencia del Gobierno](#)

La stratégie vaccinale et la liste des publics prioritaires. (2022, 1 abril). Ministère des Solidarités et de la Santé. [Ministère des Solidarités et de la Santé](#)

Las vacunas explicadas. (2021, 20 mayo). Organización Mundial de la Salud. [Organización Mundial de la Salud](#)

Los principales hitos en los 98 días del estado de alarma. (2020, 20 junio). heraldo.es. [Periódico Herald](#)

Pandemia de COVID-19: la respuesta de la UE. (2022, 5 enero). European Council. [Consejo Europeo](#)

Piano vaccini anti Covid-19. (2021). Ministero della Salute. [Ministero della Salute](#)

Preguntas frecuentes: COVID-19. (2022, 17 febrero). European Commission - European Commission. [Comisión Europea](#)

Redacción Digital. (2022, 3 enero). *Coronavirus en España: termina el segundo estado de alarma.* Última Hora. [Diario Última hora](#)

Redacción Médica. (2020, 23 marzo). *Cronología del coronavirus en España desde su aparición.* [Redacción médica](#)

Redacción Médica. (2020b, mayo 20). *Mascarilla obligatoria en la calle: cuándo llevarla según BOE.* [Redacción médica](#)

Sala de Prensa / DSN. (2020). Departamento de Seguridad Nacional. [Gabinete de la Presidencia del Gobierno](#)

Spain. (2021, 25 abril). Organización Mundial de La Salud. [Organización Mundial de la Salud](#)

Vacunas seguras contra la COVID-19 para la población europea. (2021, 23 mayo). Comisión Europea - European Commission. [Comisión Europea](#)

Legislación

Constitución Española, 1978.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública

Orden SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulan las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARSCoV-2.

STC 120/1990, de 27 de junio, sobre asistencia médica a recursos en huelga de hambre.

