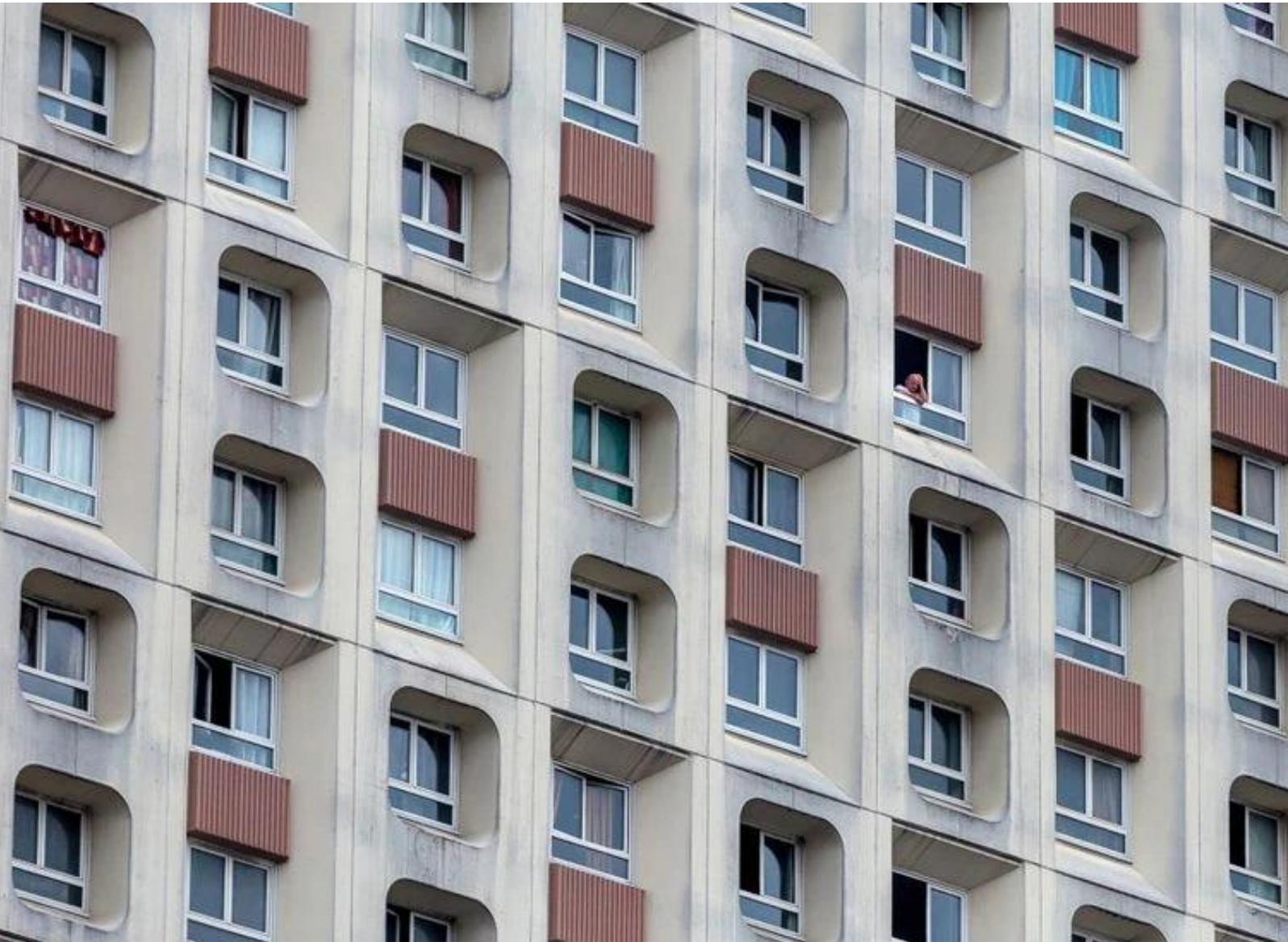




UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona



MÁSTER EN BIOÉTICA Y DERECHO
CURSO 2020-2022

El confinamiento en la pandemia de COVID-19: reflexión ética y política

LORENZO GALLEGO BORGHINI - TRABAJO DE FIN DE MÁSTER
TUTOR: DR. MANUEL JESÚS LÓPEZ BARONI
Barcelona, junio de 2022



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

 Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona

Ελευθερία ή θάνατος

**(«Libertad o muerte»,
lema de la República Helénica)**

Índice

Índice	1
Resumen.....	3
<i>Abstract</i>	4
Siglas y abreviaturas empleadas en el texto.....	5
1. Introducción.....	6
2. Objetivos y metodología	8
2.1 Objetivos generales.....	8
2.2 Objetivos específicos	8
2.3 Metodología	9
3. Cuestiones terminológicas y conceptuales	10
3.1 «Confinamiento».....	10
3.2 «COVID-19».....	11
3.3 «Distanciamiento social»	12
3.4 «Pandemia».....	13
3.5 «Profilaxismo»	14
4. Antecedentes históricos	16
4.1 La pandemia de gripe de 1918	17
4.2 Las pandemias de gripe de 1957 y 1968	18
4.3 La epidemia de SARS de 2003	19
4.4 La pandemia de gripe de 2009	20
4.5 La epidemia de Ébola de 2014.....	21
5. El confinamiento en la pandemia de COVID-19	22
5.1 El primer precedente: China	22
5.2 El precedente inmediato: Italia	23
5.3 El primer estado de alarma en España.....	24
5.4 Países de nuestro entorno.....	25
5.5 Resto del mundo	27
5.6 El índice de severidad de la Universidad de Oxford.....	28
6. Reflexión ética	30
6.1 Principios.....	30

6.1.1 Protección	31
6.1.2 Precaución	32
6.1.3 Proporcionalidad	33
6.1.4 Reciprocidad	33
6.1.5 Transparencia	34
6.2 Valores	35
6.2.1 Vida.....	35
6.2.2 Salud.....	36
6.2.3 Seguridad	37
6.2.4 Justicia	38
6.2.5 Solidaridad	39
6.2.6 Libertad	40
6.2.7 Dignidad	40
6.3 Examen casuístico	41
7. Reflexión política.....	46
7.1 El control estatal	46
7.2 Derechos en colisión.....	47
7.2.1 Derecho a la vida y a la salud.....	48
7.2.2 Derechos de circulación, reunión y manifestación	48
7.2.3 Otros derechos	49
7.3 Principios de Siracusa.....	49
7.4 Legislación ordinaria.....	50
7.5 Estado de alarma o excepción	50
7.6 Legitimidad y desobediencia.....	51
8. Conclusiones	53
9. Bibliografía	55
9.1 Obras citadas	55
9.2 Otras obras consultadas.....	62
9.3 Legislación y jurisprudencia citadas	64
9.4 Créditos de las ilustraciones	65

Resumen

El confinamiento en la pandemia de COVID-19: reflexión ética y política

La pandemia de COVID-19 ha enfrentado a la humanidad a una situación inédita: el encierro domiciliario indiscriminado de poblaciones enteras, decretado por gobiernos de todo el mundo como medida de contención. Entre ellos, España dictó uno de los confinamientos más estrictos de Occidente, posteriormente declarado inconstitucional.

El confinamiento es una medida sanitaria terriblemente dañina, que se impuso con escasa reflexión y en medio del pánico generalizado. No tiene precedentes históricos inmediatos ni estaba contemplado en los planes de respuesta a epidemias respiratorias.

Primeramente, se analizan las medidas sanitarias de distanciamiento social adoptadas en las pandemias del último siglo, a fin de contextualizar el confinamiento en sus antecedentes históricos. A continuación, se describen los modelos de confinamiento decretados en España y en países de nuestro entorno geográfico y cultural, a fin de compararlos.

En un bloque de corte más teórico, se sitúa el confinamiento en el marco de la bioética y la salud pública, atendiendo a sus implicaciones éticas y políticas: principios y valores en liza y derechos civiles en colisión. Este bloque representa un punto de conexión con los materiales docentes del máster y termina con un análisis casuístico del confinamiento, a la luz de las cuestiones éticas y políticas analizadas.

Las conclusiones se articulan en torno a tres ideas: el confinamiento es una innovación; el confinamiento es desproporcionado; y el confinamiento sienta un precedente peligroso.

Este trabajo fue redactado en su mayor parte durante el segundo semestre de 2021.

Palabras clave: ética, bioética, COVID-19, pandemia, confinamiento, distanciamiento social, cuarentena, aislamiento, salud pública

Abstract

Lockdowns during the COVID-19 pandemic: An ethical and political reflection

The COVID-19 pandemic has thrown humankind into an unprecedented situation: the confinement at home of entire populations, mandated in the form of blanket orders by the governments of countries around the world. Among these was Spain, which implemented one of the strictest lockdowns in the West, later found to be partially unconstitutional.

Lockdowns are extremely harmful non-pharmaceutical interventions. They were imposed with little thought and in the midst of widespread panic. They have no immediate historical precedent and were never included in official pandemic response plans.

This essay presents an analysis of the social distancing measures implemented in the pandemics of the last hundred years, in order to contextualize lockdowns historically. The essay next describes and compares lockdown models adopted in Spain and other countries in our geographical and cultural environment during the COVID-19 pandemic.

Lockdowns are subsequently reviewed in the theoretical framework of bioethics and public health, analyzing their ethical and political implications: principles and values at stake, and conflicting civil rights. This review connects the essay to the teaching materials of the course and concludes with a casuistic analysis of lockdowns as a public health measure, in light of the ethical and political implications analyzed.

The conclusions of this essay are based on three key ideas: lockdowns are new; lockdowns are disproportionate; and lockdowns set a dangerous precedent.

This essay was written mostly during the second half of 2021.

Keywords: *ethics, bioethics, COVID-19, pandemic, lockdown, social distancing, quarantine, isolation, public health*

Siglas y abreviaturas empleadas en el texto

art.	artículo
C.E.	Constitución española
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos) (<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>)
COVID-19	enfermedad causada por el coronavirus de 2019
ERTE	expediente de regulación temporal de empleo
OMS	Organización Mundial de la Salud
RAE	Real Academia Española
RANM	Real Academia Nacional de Medicina (España)
SARS	síndrome respiratorio agudo grave (<i>severe acute respiratory syndrome</i>)
SARS-CoV-2	coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (virus causante de la COVID-19)
UCI	unidad de cuidados intensivos

1. Introducción

Dice Jorge CARRIÓN, en su ensayo *Lo viral*, que el siglo XXI empieza la tarde del 17 de noviembre de 2019, tras la entrada de un virus desconocido en el cuerpo de un hombre que tampoco sabemos quién es ni cómo se llama.

Aunque el autor no lo explicita, todos situamos a ese hombre en la ciudad china de Wuhan y sabemos que ese virus es el coronavirus SARS-CoV-2. De esta forma, CARRIÓN establece un paralelismo con el tópico según el cual el siglo XX comenzó en 1914, con el inicio de la primera guerra mundial. Está claro que ni las guerras ni las epidemias marcan el cómputo civil de los siglos, así que ni el siglo XX empezó en 1914 ni el XXI habrá empezado en 2019, pero sí dejan una huella indeleble en la memoria de las poblaciones. La pandemia marca un antes y un después en nuestras vidas.

Para los españoles nacidos después de la guerra civil, la pandemia de COVID-19 constituye la alteración social más grave que se recuerda. Las 70.000 defunciones contabilizadas en el primer año la convierten en la peor epidemia de tiempos recientes, una tragedia para las personas que han fallecido, para quienes arrastran secuelas y para sus familias. Pero esta epidemia ha traído consigo una novedad que aviva más que las cifras la sensación de corte temporal, de antes y después. Esa novedad es el confinamiento.

En abril de 2020, casi la mitad de la población mundial se encontraba recluida en sus domicilios, bajo alguna forma de restricción de la circulación impuesta para contener la epidemia, una medida sin precedentes en tiempos de paz y en época moderna. En España, el 14 de marzo se decretó uno de los confinamientos más estrictos del entorno europeo.

A las pocas semanas de extenderse el confinamiento por Occidente como la única medida para contener la pandemia, apareció un provocador artículo del filósofo estadounidense Charles EISENSTEIN, titulado «The Coronation», en el que planteaba lo siguiente:

My 7-year-old son hasn't seen or played with another child for two weeks. Millions of others are in the same boat. Most would agree that a month without social interaction for all those children is a reasonable sacrifice to save a million lives. But how about to save 100,000 lives? And what if the sacrifice is not for a month but for a year? Five years? (EISENSTEIN, 2020).

Con estas palabras, EISENSTEIN plasmaba a finales de marzo de 2020 unos interrogantes profundos: ¿cuánto daño es lícito infligir con tal de prevenir otro daño? ¿Dónde está el límite de la coacción estatal para frenar una epidemia? O dicho de otro modo: ¿dónde se coloca el umbral de la proporcionalidad?

La psicóloga belga Elke VAN HOOFF escribía en mayo que el confinamiento era el mayor experimento psicológico jamás realizado y que provocaría una oleada secundaria de problemas mentales, por lo cual era urgente tomar medidas. VAN HOOFF fundamentaba sus advertencias en un estudio publicado poco antes en *The Lancet* (BROOKS *et al.*, 2020), según el cual las personas obligadas a guardar cuarentena tienen muchas probabilidades de

padecer luego trastornos psicológicos como depresión, insomnio, ansiedad, irritabilidad, agotamiento afectivo y síntomas de estrés postraumático. Para concluir afirmaba que, aunque estos conocimientos no fuesen nuevos, lo novedoso era la escala masiva de la intervención.

El confinamiento es sumamente lesivo. Produce un sufrimiento psíquico en masa, a una escala descomunal. Es una desarticulación del tejido social, que transforma nuestra forma de vivir, de relacionarnos y de estar en el mundo. Provoca problemas económicos gravísimos, empujando a la miseria a las personas a las que se impide trabajar y no tienen otro sustento. Además, tiene repercusiones colaterales para la salud, por la falta de atención a otras patologías, pero también por los problemas que surgen como consecuencia del aislamiento, como el incremento de los suicidios. En suma, el confinamiento es una medida extrema, cuyos efectos dañinos deben sopesarse muy bien en relación con sus beneficios.

¿Qué ha cambiado fundamentalmente en el espíritu humano para que reaccionemos de forma tan drástica ante una enfermedad? ¿Qué diferencia nuestra reacción en el siglo XXI con la desplegada frente a pandemias anteriores, como las de SARS, las de gripe de 1957 o 1968, o la de gripe española de 1918? ¿Qué explica el confinamiento? ¿Qué lo justifica?



Figura 1. Confinamiento

La presente tesina arranca así con una reflexión personal. El confinamiento es una medida sanitaria que plantea profundos dilemas morales entre el bien colectivo y la libertad individual; es, por tanto, un tema de bioética. Asimismo, por cuanto se convierte en una medida de control social que únicamente puede aplicarse mediante la coacción estatal, es un tema de biopolítica. En suma, este trabajo procura analizar el fundamento moral del confinamiento, desde una perspectiva ética y política, atendiendo a los aspectos novedosos del contexto actual, en pleno auge de la sociedad tecnocientífica.

2. Objetivos y metodología

El presente trabajo consiste en una reflexión ética y política sobre el confinamiento como medida sanitaria de contención de la pandemia de COVID-19, así como un repaso histórico de sus precedentes en las pandemias más importantes del último siglo. La reflexión ética se centra en los valores y principios en liza, vistos en un marco principialista. La reflexión política se centra en el ejercicio del control estatal y los derechos civiles en colisión.

2.1 Objetivos generales

Los objetivos generales del presente trabajo, por tanto, son:

- 1) Contextualizar el confinamiento en sus antecedentes históricos.
- 2) Situar el confinamiento en el marco teórico de la bioética.
- 3) Realizar una reflexión crítica sobre el confinamiento.

2.2 Objetivos específicos

Los objetivos específicos son los siguientes:

- 1) Determinar el carácter novedoso del confinamiento aplicado por la COVID-19.
- 2) Comparar el confinamiento aplicado en España en la primavera de 2020 con el de otros países de nuestro entorno geográfico y cultural.
- 3) Analizar las implicaciones éticas del confinamiento, con atención a los valores y principios en liza.
- 4) Analizar las implicaciones políticas del confinamiento, con atención a los derechos civiles en colisión.
- 5) Determinar el carácter proporcional del confinamiento como medida de salud pública, a la luz de las implicaciones analizadas.

Quedan fuera de los objetivos de este trabajo las consideraciones epidemiológicas, es decir, lo relativo a la eficacia del confinamiento como medida sanitaria para salvar vidas o reducir las tasas de incidencia de la enfermedad.

2.3 Metodología

El trabajo se sustenta en búsquedas bibliográficas. Se han utilizado los índices PubMed y Google Académico, sobre todo con operadores en lengua inglesa y a ser posible restringiendo los resultados a artículos anteriores al 2020. Por ejemplo, para encontrar artículos relacionados con las medidas no farmacológicas aplicadas en la pandemia de gripe de 1918, se hace una búsqueda con los términos *1918*, *influenza* y *social distancing*. No se realiza un cribado formal de todos los resultados, sino que se eligen los artículos que más interesan al tema del trabajo a partir del título o del resumen.

En este punto es importante tener en cuenta las novedades terminológicas que se comentan en el trabajo; por ejemplo, el término *lockdown* prácticamente no se utilizaba con este sentido hasta la pandemia de COVID-19. PubMed, de hecho, no arroja prácticamente ningún resultado anterior a 2020 con el término *lockdown*.

En el trabajo, primeramente se describen las medidas de distanciamiento social aplicadas en las pandemias más importantes del último siglo, desde la gripe de 1918 hasta la epidemia de Ébola del África occidental en 2014, para relacionar el confinamiento con sus antecedentes históricos. A continuación se describe el confinamiento en la pandemia de COVID-19, prestando atención a diversos modelos: desde el primer confinamiento en la ciudad china de Wuhan hasta otros modelos occidentales, pasando por supuesto por el estado de alarma decretado en España en la primavera de 2020.

El siguiente bloque del trabajo es el estudio teórico, que parte de los materiales docentes del profesor Fernando GARCÍA LÓPEZ (unidad 3, «Economía sanitaria y salud pública»). El hilo conductor es la obra *Public Health Ethics*, de Stephen HOLLAND, de cuya bibliografía se extraen las demás referencias analizadas. Este bloque analiza el confinamiento como cuestión bioética y biopolítica, prestando atención a los principios y valores en liza, en el plano ético, y a los derechos civiles en colisión en el plano político.

El trabajo también repasa textos de epidemiología y salud pública en busca de la descripción de las medidas de distanciamiento social o de otras análogas. Se trata, por ejemplo, de los planes de contención de pandemias de gripe y enfermedades respiratorias que había antes de la pandemia de COVID-19, elaborados por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), por instituciones científicas o por los propios Estados. Estos textos se han recuperado igualmente a partir de la lectura del material teórico, como la monografía de HOLLAND y los materiales del profesor GARCÍA LÓPEZ, pero también de otras referencias citadas, como las de prensa.

Por último, se aporta un comentario crítico, formulado desde el prisma principialista, y se extraen las conclusiones pertinentes en relación con tres ideas fundamentales: la novedad del confinamiento, su proporcionalidad y el precedente que sienta para el futuro.

3. Cuestiones terminológicas y conceptuales

Como uno de los objetivos de esta tesina es estudiar los elementos novedosos que acompañan al confinamiento como medida de salud pública, es interesante también analizar las novedades que se han dado en el lenguaje. Algunos de los neologismos de la pandemia no sólo son nuevos, sino que están formados con un paradigma totalmente innovador, como es el caso de la denominación de la enfermedad, «COVID-19». Otros términos, en cambio, son voces patrimoniales que han ampliado sus significados.

Como paso previo a la reflexión bioética y biojurídica, a continuación se exponen algunos de los términos más relevantes para los asuntos tratados en esta tesina, con la intención de precisar los conceptos que van a manejarse.

3.1 «Confinamiento»

El término «confinamiento» no es en sí novedoso, pero viene a complementar los dos términos tradicionales que se empleaban para este tipo de medidas: «cuarentena» y «aislamiento». Conviene aclarar estos términos porque se utilizan asiduamente en el resto de este trabajo.

La cuarentena es la separación y restricción de movimiento de personas que han estado expuestas a una enfermedad, para determinar si la han contraído, mientras que el aislamiento es la separación de personas enfermas, a las que ya se ha diagnosticado una enfermedad, para evitar que contagien a los demás (CDC, 2017). En la pandemia de COVID-19 ha sido necesario nombrar una realidad nueva: la reclusión obligatoria de toda la población en sus viviendas, con el objetivo de frenar la expansión de la epidemia.

Declarada palabra del año por la Fundéu (2020), «confinamiento» funciona también como traducción de lo que en inglés se ha denominado *lockdown*. Curiosamente, el término *lockdown* procede de la jerga carcelaria estadounidense. En la edición de 1998 del *New Oxford Dictionary of English*, sólo aparece esa acepción: «confinamiento de los reclusos en sus celdas, en general para restablecer el orden después de un motín».

En la última versión de la WIKIPEDIA guardada antes de la pandemia, que se puede consultar con Wayback Machine (2019), *lockdown* se define como un protocolo de emergencia en el que se impide a las personas abandonar un edificio o un recinto, y se citan como ejemplos, además de las cárceles, las escuelas (p. ej., para proteger a los alumnos y profesores en caso de una emergencia en el exterior) y los hospitales (p. ej., en caso de catástrofe natural, atentado armado o desaparición de un neonato). En una búsqueda en PubMed con este término, apenas se encuentran artículos anteriores a 2020, y la inmensa mayoría de ellos guardan relación con esos significados «clásicos» del término.

Con el paso de las semanas, las diferencias en los modelos de confinamiento aplicados por los distintos países hicieron que proliferaran multitud de calificativos, como confinamiento

«blando» y confinamiento «duro», según el grado de severidad. Se ha hablado de «confinamiento domiciliario», para enfatizar que la reclusión es en la vivienda, por oposición al cierre perimetral del municipio, provincia o división administrativa, algo que también se ha llamado «confinamiento» en España, cuando tradicionalmente se había hablado de cercos o cordones sanitarios. Posteriormente, se habló de «confinamiento nocturno» para referirse de forma eufemística a los toques de queda, cuando empezaron a imponerse en el otoño. Las palabras de Salvador Illa, ministro de sanidad, dan fe del batiburrillo terminológico en enero de 2021, cuando decía: «Las autonomías ya pueden decretar lo que otros países llaman confinamiento» (MARÍN, 2020).

Así, los diferentes modelos de confinamiento aplicados en cada país han hecho también que el concepto aludido sea distinto en cada uno. En un artículo publicado en *La Vanguardia* en diciembre de 2020, por ejemplo, se habla de un jubilado que durante el «confinamiento» decretado en Gran Bretaña salía a pasear por las mañanas con la hermana y el cuñado; se trata de una traducción de un artículo de *The Economist*, titulado «¿Confinados? Mejor en grupo», en la cual la equivalencia de «confinamiento» por *lockdown* pone de manifiesto lo diferente que era la situación en Inglaterra y en España, donde nadie podía salir a pasear, mucho menos acompañado. Parece un oxímoron que los «confinados» pudieran salir a pasear, pero es que en Inglaterra sí se podía (THE ECONOMIST, 2020).

A efectos de este trabajo, por «confinamiento» se entenderá, cuando no se haga mención explícita a una situación diferente, la reclusión forzosa de toda la población de un territorio en sus viviendas, con la limitación de la circulación en la vía pública a una serie de supuestos determinados por orden de las autoridades y el cierre obligado de los establecimientos de atención al público no esenciales.

3.2 «COVID-19»

«COVID-19» es la contracción de *coronavirus disease 2019*, la enfermedad causada por el coronavirus descubierto en 2019. A su vez, el virus se ha denominado SARS-CoV-2, contracción de *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2).

La siglación como procedimiento de neología médica no es nueva, pero sí es novedosa la incorporación del elemento numérico. De hecho, «COVID-19» es un caso muy destacable de neología, por ser el primer término acuñado, o por lo menos el primero que se populariza, siguiendo un paradigma radicalmente novedoso, según las normas que publicó la OMS en 2015 para la nomenclatura de nuevas enfermedades infectocontagiosas.

Según estas normas, hay que usar voces descriptivas del proceso patológico y del sistema orgánico concernido (fiebre, síndrome, déficit; hepatitis, enteritis, neumonía; gastrointestinal, cardíaco, pulmonar, etc.), añadir descriptores relativos al grupo de edad afectado, gravedad, estacionalidad, evolución temporal o entorno natural (pediátrico, senil, juvenil; severo, leve; invernal, estival, estacional; agudo, crónico; palustre, litoral; etc.), indicar el patógeno responsable (norovirus, salmonela, parasitario) e indicar, a título

complementario, el año en que se describe la enfermedad o un código de identificación correlativo (α , β , γ , etc.; I, II, III, etc.).

También es interesante destacar lo que no se permite: no se permiten los topónimos, así que ya no sería adecuado decir «virus del Nilo Occidental» ni «fiebre hemorrágica del Ébola»; no se permiten los antropónimos, así que quedarían hoy descartados epónimos como «enfermedad de Chagas» o «virus JC»; no se permite nombrar las especies de animales, o sea que quedan fuera denominaciones como «gripe porcina» o «gripe aviar»; y no se permiten las referencias culturales, sociales o gremiales.

Estas normas determinan una neología objetiva, y sin duda más descriptiva que los epónimos, pero también muy acorde con la corrección política imperante en nuestra época, ya que están pensadas para evitar toda suspicacia y ofensa.

En cuanto a la castellanización del término, en los foros de traductores de medicina se defendió la forma «ECOVI-19» (de «enfermedad por coronavirus de 2019»), así como «covidia» o «covidismo», pero estas traducciones no han tenido éxito. Por otro lado, el uso espontáneo ha reducido el acrónimo a «covid» en el plano coloquial. Lo normal será que acabe naturalizándose así, en minúsculas y sin el número. Respecto al género, hay bastante vacilación, y la propia RAE ya indica que puede tener género masculino o femenino.

A efectos de este trabajo, se utiliza la forma oficial «COVID-19» y el género femenino, tal como hace la OMS.

3.3 «Distanciamiento social»

El concepto de «distanciamiento social» abarca las medidas de salud pública pensadas para reducir la interacción social a fin de frenar la propagación de una enfermedad infectocontagiosa. Son, por ejemplo, la cancelación de actos multitudinarios, la limitación de los servicios de transporte público, el cierre de cines, teatros, establecimientos de ocio, escuelas, etc. También son medidas de distanciamiento social el aislamiento de los enfermos y la cuarentena de las personas que han estado en contacto con los enfermos.

Durante la pandemia de COVID-19, ha habido cierta confusión terminológica entre este tipo de medidas colectivas y la distancia interpersonal o distancia física de seguridad que se recomienda guardar para evitar los contagios. En este sentido, la OMS ha preferido hablar de «distancia física» para aclarar que la separación entre las personas no es afectiva, ya que los vínculos sociales pueden mantenerse por otros medios, y que no debe equipararse al aislamiento social de la persona, es decir, la ausencia involuntaria de contacto con su comunidad, ni a una cuestión de clase socioeconómica.



Figura 2. Campaña de la OMS (primavera de 2020)

A efectos de este trabajo, se utilizará el término «distanciamiento social» para hablar del conjunto de medidas citadas en el primer párrafo, destinadas a limitar la interacción social.

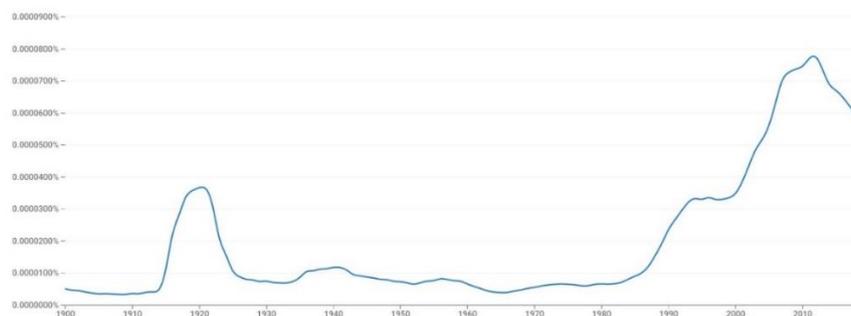
3.4 «Pandemia»

El significado médico de «pandemia», para designar una enfermedad que afecta a la mayoría de las personas, se remonta a los médicos griegos de época helenística, y el término se documenta ya en inglés en el siglo XVI. Es uno de los términos médicos formado con el lexema griego *δημος* (pueblo, población), como «endemia» y «epidemia». Es interesante señalar que, en su origen, «epidemia» significa estancia, y se utilizaba en referencia a las visitas que hacían los médicos a los enfermos; el prefijo *ἐπί-* tiene aquí el sentido específico temporal de un cierto tiempo, que contrasta con el de permanente, en el término «endemia». Posteriormente se empleó en forma adjetival (*ἐπίδημος*) para hablar de las enfermedades que son abundantes en un territorio durante un período determinado (CORTÉS, 2013).

En las primeras traducciones latinas de los textos hipocráticos, se utilizó la palabra *visitatio* para traducir literalmente *ἐπιδημία*. Se entendía que las enfermedades epidémicas, que afectaban a muchas personas por igual y al mismo tiempo, estaban causadas por un elemento nocivo que llegaba a la población por el aire, algo que todos estaban obligados a respirar (PINO y HERNÁNDEZ, 2008). En época contemporánea, el *Diccionario terminológico de ciencias médicas* de Salvat, de 1916 (CARDENAL), ya define «pandemia» como la «epidemia extendida a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de un país». La definición moderna amplía ese ámbito a más de un país y más de un continente (RANM, 2012).

Sin embargo, fuera de textos especializados, el término no fue de uso común hasta más avanzado el siglo XX, y podría decirse que no entró en el vocabulario general, a través de los medios de comunicación, hasta el siglo XXI, posiblemente a raíz de la gripe porcina de 2009. El gráfico siguiente ilustra la frecuencia de la palabra «pandemia» en el corpus Ngram de Google Libros en español, entre los años 1900 y 2019. Como se puede apreciar, aparte del pico que se produce alrededor de 1920, en los años posteriores a la pandemia de gripe de 1918, el término se populariza con el cambio de siglo y alcanza cotas máximas en torno a 2010. En todo caso, si todavía había alguien que hasta hace poco no conociese el significado de «pandemia», ahora este término ha traspasado las fronteras del lenguaje técnico, instalándose para siempre en el vocabulario y el imaginario colectivo.

Gráfico 1. Frecuencia del término «pandemia» en el corpus de Google Libros (1900-2019)



A efectos de este trabajo se habla de «pandemia» para referirse al fenómeno global, mientras que se reserva el término «epidemia» para hablar de él a escala nacional o regional.

3.5 «Profilaxismo»

El término «profilaxismo» es una licencia terminológica para designar la corriente moral que prima la seguridad y la prevención de riesgos por encima de toda consideración. En el mundo anglosajón se está hablando de esta idea con el nombre de *safetyism*.

El filósofo y mecánico estadounidense Matthew CRAWFORD la describe, en su libro *Why we drive* (2020), como una ideología que nos coloca en una espiral insaciable: cuantos más riesgos suprimimos, menos toleramos los riesgos que siguen existiendo. En cada vuelta de tuerca, más complacientes somos con las medidas impuestas, aunque con ellas nos endosen otros instrumentos de control que de otro modo jamás aceptaríamos. CRAWFORD aborda el profilaxismo desde la perspectiva del conductor-mecánico, pero como excusa para hacer una crítica vitalista de esta tendencia y defender el sentido de agencia del ser humano. Por ejemplo, considera que el desarrollo de vehículos automáticos forma parte de una evolución más profunda de nuestra relación con el mundo físico, en la que renunciamos a nuestra competencia personal a cambio de la promesa de seguridad y comodidad. El autor no niega la importancia de la seguridad, pero advierte que, de no mediar factores compensatorios, su expansión no admite límites. Además, señala que una de las características principales de esta tendencia es la inevitabilidad: quien se atreve a cuestionarla se arriesga a que lo tachen de partidario de la muerte.

Previamente, el psicólogo Jonathan HAITT y el jurista Greg LUKIANOFF habían definido el concepto de *safetyism* en *The Coddling of the American Mind*, libro muy popular desde su publicación en 2018, en el que abordan la sobreprotección de los niños y los jóvenes universitarios, no sólo física sino también de carácter emocional. En la versión en español, *La transformación de la mente moderna*, se ha traducido como «cultura de la ultraseguridad». HAITT y LUKIANOFF definen la ultraseguridad como una cultura o sistema de creencias que convierte la seguridad en un valor sagrado, por encima de todo lo demás, por improbables o superfluos que sean los posibles peligros.

En medicina, estas ideas se pueden relacionar con los conceptos de medicalización y salutismo, explorados por otro filósofo apellidado CRAWFORD, pero éste de nombre Robert y profesor de la Universidad de Washington. En 2004, hablaba de una «espiral de control y ansiedad», por la cual, cuanto más controlamos, más evidente es lo que no controlamos. En un artículo anterior, de 1980, afirmaba que la preocupación con la salud se había convertido en una obsesión nacional y mencionaba las agresivas campañas antitabaco, que ya habían empezado en Estados Unidos, la proliferación de revistas sobre salud, la abundancia de publicidad de medicamentos, etc. Además, vinculaba esta preocupación con la creciente conciencia sobre prevención de riesgos ambientales y laborales.

También son interesantes las reflexiones que hacen Luis David CASTIEL y Carlos ÁLVAREZ-DARDET (2007) en torno al concepto de «salud persecutoria». Estos sanitaristas creen que

la prevención, convertida en un elemento obsesivo en medicina, conlleva un escudriñamiento constante en busca de factores de riesgo y la prescripción desahogada de fármacos y hábitos personales para corregirlos.

Por lo que respecta a la cuestión terminológica, el filósofo francés Bernard-Henri LÉVY utiliza el término «profilarca» en su ensayo sobre nuestra reacción a la pandemia, titulado *Este virus que nos vuelve locos*. LÉVY habla de un «pueblo de dietistas, profilarcas [...], los vigilantes de nuestras madrigueras» (2020: p. 100). Puede entenderse que este término designa una suerte de integristas de la profilaxis. De hecho, uno de los equivalentes de *safety* en castellano es el de protección o prevención, como en la expresión «prevención de riesgos laborales» (*occupational safety*), así que podemos ligar la raíz griega ($\varphiύλαξ$, guardián) con el concepto que nos ocupa: vigilancia, ultraseguridad, *safetyism*.

Así, del término de LÉVY podríamos derivar «profilarquía», para designar el régimen de la higiene y la prevención de riesgos, la transformación de un Estado asistencial en un Estado sanitarista policial, en el que cedemos nuestra libertad a cambio de sentirnos protegidos contra accidentes y contra la enfermedad. De ahí, pues, para denominar la ideología moral que confiere fundamento axiológico a esa forma de poder, podemos tomar el lexema griego y acuñar el término «profilaxismo».

4. Antecedentes históricos



Figura 3. Estragos de la peste negra (s. XIV)

Las epidemias nos acompañan desde los albores de la humanidad. Son una lacra contra la que han lidiado generaciones sucesivas de clanes, tribus y, más adelante, Estados, desde la sedentarización y seguramente antes también.

No es intención de este trabajo desgranar todas las epidemias registradas en la historia ni las medidas adoptadas para contenerlas. Bastará con señalar que la separación espacial estuvo presente siempre en aquellas medidas, incluso cuando no se sabía nada de las vías de transmisión de las infecciones y se atribuía la llegada de las pestes a castigos divinos e influjos astrales. Lo primero era cercar la ciudad apestada, imponer un cordón sanitario. Quienes podían permitírselo huían para guarecerse en el campo, hasta el punto de que la desaparición de las clases dirigentes provocaba en las ciudades problemas de desgobierno (ROCA CABAU, 2016).

Como compendio de aquel horror premoderno, podemos destacar el reglamento de la ciudad de Vincennes, citado por Michel FOUCAULT en *Vigilar y castigar*, y las normas que dictaba en el siglo XVIII para cuando se declaraba la peste en la ciudad. Extraídas de un documento de hace tres siglos, estas palabras adquieren una actualidad espeluznante:

El día designado, se ordena a cada cual que se encierre en su casa, con la prohibición de salir de ella so pena de la vida. El síndico cierra en persona, por el exterior, la puerta de cada casa, y se lleva la llave, que entrega al intendente de sección; éste la conserva hasta el término de la cuarentena. Cada familia habrá hecho sus provisiones [...]. Cuando es preciso en absoluto salir de las casas, se hace por turno, y evitando todo encuentro. No circulan por las calles más que los intendentes, los síndicos, los soldados de la guardia [...]. Cada cual está pegado a su puesto. Y si se mueve, le va en ello la vida, contagio o castigo (FOUCAULT, 2000 [1975]: 199).

Sí es intención de este trabajo repasar, aunque sea someramente, las medidas de distanciamiento social adoptadas en época moderna para contener grandes epidemias, fundamentalmente de enfermedades respiratorias, para dar un encuadre histórico al confinamiento. Para eso, nos fijaremos en los últimos cien años: las gripes de 1918, 1957, 1968 y 2009, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) originado en China en el 2003 y la epidemia de Ébola en el continente africano, iniciada en 2014.

4.1 La pandemia de gripe de 1918

La gripe de 1918, también llamada «gripe española», despertó un interés renovado en su primer centenario, después de haber quedado relegada al olvido. De esa ola historiográfica destaca el libro *El jinete pálido*, de la periodista británica Laura SPINNEY (2017). Con motivo de la COVID-19, se han trazado todo tipo de paralelismos. En España, de la gripe de 1918 se había ocupado extensamente Antón ERKOREKA, profesor de historia de la medicina, que ahora publica *Una nueva historia de la gripe española: paralelismos con la covid-19*.

Se considera que la gripe de 1918, que se extendió hasta 1920, es la peor pandemia de época moderna. Muchas veces se ha dicho que murieron entre 50 y 100 millones de personas, o sea entre el 2,5% y el 5% de la población mundial. ERKOREKA, sin embargo, analiza en detalle los estudios más rigurosos de los últimos años, concluyendo que esas cifras están infladas y que la mortalidad se situó probablemente por debajo de los 40 millones (2020: 20). La población mundial en 1918 rondaba los 1.800 millones; si extrapolamos la mortandad de aquella pandemia a la población de hoy, tomando los datos más moderados de ERKOREKA, el resultado sería de unos 160 millones de defunciones, más de tres veces la población actual de España o dos veces la de Alemania.

Lo que nos interesa a efectos de este trabajo son las medidas sanitarias que se adoptaron entonces. SPINNEY (2017: 96) explica que, en cuanto la gripe pasó a ser comunicable y se cobró conciencia de su escala pandémica, se impusieron medidas de distanciamiento social en los países que tenían los recursos para hacerlo, y menciona el cierre de escuelas, teatros y templos de culto, la restricción del transporte público, la prohibición de actividades multitudinarias y el aislamiento de los enfermos dentro de los hospitales.

Un extenso estudio publicado en *JAMA* (MARKEL *et al.*, 2007) analiza las intervenciones no farmacológicas aplicadas por las ciudades estadounidenses, clasificándolas en tres categorías: cierre de escuelas; cancelación de actividades multitudinarias; y aislamiento o cuarentena. En la segunda categoría se incluye el cierre de tabernas y locales de ocio y la prohibición de reuniones en espacios cerrados. Por su parte, el aislamiento hace referencia a la separación de los enfermos en pabellones especiales o instalaciones levantadas *ex profeso*, mientras que la cuarentena se refiere a las personas que hubiesen tenido contacto con los enfermos.

Destaca el caso de Nueva York, cuyo departamento de sanidad impuso un rígido sistema de cuarentenas domiciliarias para los contactos, durante el mes de octubre de 1918, por el cual se precintaba la vivienda de los cuarentenados. En España, también en el otoño de 1918 se

cancelaron celebraciones, actos y reuniones, se limitó la asistencia a los entierros y se cerraron las fronteras con Francia y Portugal (ERKOREKA, 2020: 43).



Figura 4. Cierre de espacios públicos en Seattle (1918)

En cualquier caso, jamás hubo un confinamiento masivo de la población. En este sentido, resultan interesantes las reflexiones que hace Laura SPINNEY sobre las medidas adoptadas en 1918:

This was a time, before civil rights movements, when authorities had more licence to intervene in private citizens' lives, and measures that would be perceived as invasive or intrusive today were more acceptable (SPINNEY, 2017: 101).

Recordemos que SPINNEY escribía estas líneas en 2017. Poco después hemos visto que, llegado el momento, no sólo hemos aceptado medidas como aquellas, sino muchísimo más intrusivas.

4.2 Las pandemias de gripe de 1957 y 1968

Las pandemias de gripe de 1957-1958 y de 1968-1970, denominadas «gripe asiática» y «gripe de Hong Kong», respectivamente, se consideran pandemias intensas y causaron entre uno y dos millones de defunciones, la primera, y entre uno y cuatro, la segunda (ERKOREKA, 2020: 32). Son, además, las primeras pandemias ocurridas en la era de la virología moderna y, sea dicho también, en la era de los derechos humanos.

En 1957, el gobierno británico desoyó las recomendaciones de algunos miembros del colegio de médicos, que pedían una respuesta nacional coordinada, y dejó que el virus hiciera su curso. No hubo medidas de distanciamiento social y la epidemia causó cerca de 20.000 muertes; en Estados Unidos, fueron 80.000.

Tampoco hubo distanciamiento social en 1968, a pesar de que el *New York Times* describió la epidemia como «una de las peores de la historia de la nación». Sólo se cerraron algunas escuelas y comercios; en Gran Bretaña fallecieron cerca de 30.000 personas y en Estados Unidos, cerca de 100.000, la mitad de ellas menores de 65 años (HONIGSBAUM, 2020).

En Argentina, ambas pandemias se dejaron sentir con fuerza. Sin embargo, la vida cotidiana no se vio afectada de forma sensible. En 1957, fue preciso cerrar algunas escuelas y cines, y hubo un importante ausentismo laboral en el interior; en 1968, la prensa anunciaba un programa de vacunación que empezaría por los empleados de servicios públicos esenciales, pero la atención del país estaba más centrada en las turbulencias políticas. Todo esto lo cuenta la historiadora Adriana ÁLVAREZ (2020), de la Universidad Nacional de Mar del Plata, para quien «la vivencia de la epidemia se reducía al escenario doméstico en que acontecía, de manera individual», no como una crisis sanitaria colectiva.

4.3 La epidemia de SARS de 2003

El SARS apareció en China en noviembre de 2002. Se trata de una infección respiratoria en forma de neumonía atípica, producida por un coronavirus, el SARS-CoV-1, de la misma familia que el virus que provoca la COVID-19. La letalidad general es del 10%, pero entre los mayores de 65 años supera el 50% (OMS, 2003).

En febrero de 2003, una anciana contagiada en Hong Kong viajó a Toronto, donde falleció al cabo de unos días; su hijo acudió luego al servicio de urgencias de un gran hospital de la ciudad, con un cuadro de fiebre, tos y disnea, pero tardó más de 18 horas en ser atendido, tiempo suficiente para dar origen al brote más grave que se registró en Occidente. A finales de marzo, Ontario modificó su ley de salud pública para incluir el SARS como enfermedad comunicable, con lo cual el gobierno provincial pudo imponer cuarentenas declarando un estado de emergencia. Por ejemplo, se pidió que guardasen cuarentena las personas que hubiesen visitado determinados hospitales; en un colegio, se pidió que se cuarentenasen todos los alumnos tras haber enfermado uno de ellos (RIES, 2006).

La mayoría de las cuarentenas, que debían durar 10 días desde el último contacto con un enfermo, se efectuaron de forma voluntaria, aunque en algunos casos el gobierno provincial dictó órdenes obligatorias. En total, guardaron cuarentena más de 13.000 torontonianos y sólo en 27 casos hubo que dictar órdenes obligatorias (SVOBODA *et al.*, 2004).

Simultáneamente, se produjo en Singapur otro brote de SARS en el que las autoridades también aplicaron medidas que se consideraron radicales: se impuso la cuarentena de 10 días a casi 8.000 contactos y se realizó una vigilancia telefónica o mediante pulseras electrónicas a más de 4.000; además, se recomendó no viajar a otros países asiáticos afectados por la epidemia (TAN, 2006). En Hong Kong, en abril, se acordonó un complejo residencial de apartamentos para impedir a los residentes salir tras declararse un brote (MANDAVALLI, 2003).

4.4 La pandemia de gripe de 2009

La gripe H1N1, también denominada «gripe porcina», se detectó por primera vez en Estados Unidos en abril de 2009. La epidemia se expandió rápidamente por el país, que a fin de mes declaró la emergencia de salud pública, y seguidamente por México. En Estados Unidos, cerraron algunas escuelas y se aplicaron algunas medidas de distanciamiento social: se pidió a los enfermos que se quedaran en casa, se desaconsejaron las actividades multitudinarias y se recomendó el teletrabajo (CDC, 2010).

En México se declaró un estado de emergencia de 15 días y se cerraron las escuelas, a todos los niveles educativos, en la capital y el estado homónimo, amén de suspenderse gran parte de la actividad pública; la medida se extendería luego al resto del país y a las universidades. Cerraron museos, cines, teatros y otros locales públicos, se celebraron encuentros deportivos sin espectadores y se pidió a los feligreses que, en caso de asistir a misa, llevaran mascarilla y se mantuviesen separados entre sí. También se decretó el cierre de comercios no esenciales durante cinco días. A la población se le recomendó quedarse en casa, evitar las reuniones y lugares concurridos y mantenerse apartados de las personas con síntomas respiratorios (FERNÁNDEZ, 2020; OMS, 2011).

La pandemia fue declarada por la OMS en junio, coincidiendo con el inicio de la temporada de gripe del invierno austral. De hecho, Argentina fue uno de los países más afectados. Allí, el gobierno decretó el cierre de escuelas y locales de ocio, amplió la feria judicial y desaconsejó acudir a centros comerciales y clubes. Asimismo, se pidió evitar las reuniones multitudinarias y los saludos con besos (VAN GELDEREN, 2019).



Figura 5. Reparto de mascarillas en México (2009)

4.5 La epidemia de Ébola de 2014

La epidemia de fiebre hemorrágica del Ébola que se produjo en África occidental entre 2014 y 2015 afectó principalmente a tres países: Liberia, Sierra Leona y Guinea. Hubo más de 28.000 casos y 11.300 muertes. Ya en el primer brote de 1976, en el Zaire, la estrategia de respuesta consistió en la identificación y el aislamiento de los enfermos y la búsqueda meticulosa de sus contactos. En el brote de 2014, se siguieron medidas parecidas, si bien el crecimiento exponencial de los casos pronto desbordó la capacidad de rastreo y seguimiento de los contactos (BELL *et al.*, 2016).

Las dos grandes medidas de contención adoptadas por las autoridades en 2014 fueron la incineración obligatoria de los cadáveres y la cuarentena de las personas asintomáticas que hubiesen estado en contacto con los casos positivos. Las cuarentenas impuestas por el Estado suscitaron el rechazo de muchas comunidades locales; en algunos casos, el suministro de alimentos fue irregular, muchos cuarentenados tenían que compartir letrinas con zonas no cuarentenadas y se registraron varias huidas. En agosto, durante el apogeo de la epidemia, el gobierno liberiano decretó el cerco de un barrio entero en Monrovia, la capital, para lo cual fue preciso que interviniera el ejército ante las protestas de los residentes (PELLECCHIA *et al.*, 2015).

Las antropólogas Hannah BROWN y Almudena MARÍ, que pasaron varios meses en la región por sus investigaciones etnográficas, acaban de publicar un artículo (2020) sobre cómo se reconfiguraron las relaciones y los espacios físico-sociales a raíz de las medidas de contención. Describen diversas modificaciones de la interacción interpersonal, operadas por las recomendaciones sanitarias, como la separación de familias y la evitación del contacto físico. Como medidas de distanciamiento social, destacan el cierre de escuelas y universidades, que se prolongó más de un año, y las cuarentenas forzosas de contactos de enfermos y distritos enteros.

Otro artículo, publicado durante la epidemia (HODGE *et al.*, 2014), analiza en detalle los estados de emergencia promulgados en cuatro países y las medidas sanitarias impuestas a su amparo. Además de las ya citadas cuarentenas, los aislamientos, los cierres de escuelas y los cordones sanitarios, los autores señalan el caso de Sierra Leona, que impuso en septiembre de ese año un confinamiento domiciliario general de tres días, y comentan, con evidente escepticismo, que el exceso de celo en la aplicación de estas medidas no sólo puede afectar a los derechos civiles sino también ser contraproducente para la salud de la comunidad.

5. El confinamiento en la pandemia de COVID-19

Vistos desde la distancia de dos años, los confinamientos impuestos en medio mundo para contener la pandemia de COVID-19 parecen algo inevitable, lo único que tenía la humanidad en sus manos para repeler esta amenaza. En un primer momento, sin embargo, consternó el carácter extremo y casi inhumano de aquellas medidas, pero, con el paso de los meses, el modelo adoptado por China sentó el precedente de todas las respuestas que vinieron después y ha sido alabado por su eficacia, rapidez y contundencia, muchas veces sin reparar en los efectos colaterales que tuvo para la vida de millones de ciudadanos.

5.1 El primer precedente: China

El verdadero origen del coronavirus SARS-CoV-2 sigue siendo un enigma. La presencia en la ciudad de Wuhan de un laboratorio de virología de alta seguridad en el que se estudiaban diversos coronavirus ha alumbrado todo tipo de sospechas; por ahora, no está descartada la teoría de la fuga de un virus que habría sido manipulado para incrementar su contagiosidad o facilitar el salto a la especie humana.

Sea como sea, a finales de diciembre de 2019, la extraña neumonía vinculada al mercado de pescado y mariscos vivos lleva semanas propagándose por la ciudad de Wuhan. Los hospitales intentan avisar a la población mediante las redes sociales, pero son silenciados por la policía. Tampoco lo notifican directamente a la oficina estatal de vigilancia epidemiológica, como estipulan las normas aprobadas después de la epidemia de SARS, sino a la comisión municipal de sanidad, cuyos funcionarios demoran todavía más la declaración de una emergencia sanitaria. No es hasta enero que Zhong Nanshan, el reputado neumólogo que había dirigido las medidas de contención del SARS, visita Wuhan y recomienda cercar la ciudad ante el evidente descontrol de la epidemia (REN, 2020).

Siguiendo la recomendación de Zhong, el 23 de enero el gobierno municipal de Wuhan decreta el cierre perimetral de la ciudad, de 11 millones de habitantes. Quedan anuladas todas las comunicaciones por aire y tierra, así como el transporte público. Tres días más tarde se prohíbe el uso de vehículos privados dentro de la ciudad y se erigen vallas para bloquear las vías públicas. También se cierran las escuelas y los comercios no esenciales. Se trata del mayor cordón sanitario de la historia. Nada más conocerse, un artículo en el *New York Times* se apresura a calificarlo de inédito, citando a Howard Markel, profesor de historia de la medicina y estudioso de la gripe de 1918, para quien es algo increíble, un cerco sanitario de proporciones inauditas (LEVENSON, 2020).

Dentro del cerco, al principio los ciudadanos tienen la posibilidad de salir a abastecerse por su cuenta, pero poco después las restricciones se endurecen: se les prohíbe abandonar los complejos residenciales sin autorización. La gran mayoría no volverían a salir de sus casas hasta transcurridos tres meses: el confinamiento de Wuhan terminó oficialmente el 8 de abril. La severidad de esta medida sin precedentes está vivamente descrita en el estudio que realizaron las sociólogas Yue QIAN y Amy HANSER (2021), de la Universidad de la Columbia

Británica, a partir de entrevistas telemáticas con residentes de Wuhan. Para entender la situación, es importante conocer cómo se estructuran los recintos residenciales en las ciudades chinas modernas.



Figura 6. Entrada a un complejo residencial chino

Como explican QIAN y HANSER en su artículo, esa distribución espacial de las viviendas fue clave para facilitar el cumplimiento de una medida tan drástica. Los bloques de apartamentos se encuentran dentro de recintos cerrados, que cuentan con varias entradas desde la calle. Durante el brote de COVID-19, cuando los residentes ya no podían salir a proveerse de productos por cuenta propia, se clausuraron todas las entradas menos una, que quedaba controlada y vigilada en todo momento por el comité de residentes, una organización semioficial que actúa como nexo con el Estado en el nivel administrativo más bajo. Estas

organizaciones también colaboraban con otras entidades vecinales, como los consorcios de vecinos, y reclutaban a «voluntarios» que ayudasen en las labores de reparto, vigilancia, control de temperaturas, etc.

Todo lo que necesitasen los vecinos debía pasar por las manos de estos comités. Las compras se hacían mediante pedidos grupales a través de la aplicación WeChat, ya que los supermercados no estaban abiertos al público; del reparto, una vez realizada la entrega al complejo, se encargaba el comité. Lo mismo ocurría con cualquier otro servicio que se necesitase, como el transporte a un centro de salud, que se debía solicitar siempre a estos comités. Así, el residente quedaba completamente aislado del exterior, sin la posibilidad siquiera de salir a procurarse sus propios alimentos. El encierro es total.

5.2 El precedente inmediato: Italia

El mismo día que comenzaba el confinamiento de Wuhan, aterrizaban en Milán los dos turistas chinos que se convertirían en los primeros casos confirmados en el país (SVEREGINI, 2020). El 31 de enero, Italia declara el estado de emergencia y cierra su frontera a los vuelos procedentes de China. A partir de ese momento, la epidemia se propaga por el norte del país y se suceden las ordenanzas y decretos para contenerla; en el *Boletín Oficial del Estado* español, se puede consultar una recopilación y traducción de todas esas disposiciones, que en mayo ya sumaban más de noventa (MARINERO PERAL, 2020).

A finales de febrero, y después de producirse los primeros fallecimientos por coronavirus, se aprueban las primeras medidas de distanciamiento social en 11 municipios de la Lombardía y el Véneto: se prohíbe la entrada y salida de dichos municipios; se suspenden los actos y reuniones en locales públicos o privados, incluidas las actividades deportivas y religiosas; se cierran los centros docentes de todo tipo y a todos los niveles de enseñanza,

incluida la universitaria; se cierran los museos y centros culturales; se suspende la actividad de las oficinas públicas; se suspenden todas las actividades comerciales, con excepción de los servicios esenciales; se suspende el transporte de mercancías; y se suspende la actividad de trabajo de las empresas, con excepción de las consideradas esenciales y de utilidad pública (MARINERO PERAL, 2020: 709-711). Por el momento, no obstante, no se prohíbe a la población salir de sus casas ni circular libremente en el interior de los municipios cercados, sino que sólo se recomienda permanecer en casa, tal como relata esos días el profesor de escuela secundaria Roberto CIGHETTI en la revista virtual *Vice*.

El 8 de marzo, Italia aprueba el primer confinamiento en un país occidental. Se prohíben los desplazamientos de las personas físicas para entrar o salir de los territorios afectados, que en aquel momento se extienden a buena parte del norte del país, pero también en el interior de dichos territorios, con excepción de los que se justifiquen por necesidades demostradas de trabajo, así como para volver al domicilio o el lugar de residencia. El día siguiente, el decreto se amplía a todo el territorio nacional (MARINERO PERAL, 2020: 778; 830).

Ante la confusión generalizada sobre la medida, inédita en época de paz, el primer ministro Giuseppe CONTE dirige una alocución televisada a la nación. En ella, asegura que el «tiempo se ha agotado» y que el gobierno no tiene otro remedio que «imponer sacrificios» a fin de salvaguardar la salud de los ciudadanos. En su declaración, CONTE explica que, en todo el territorio nacional, sólo se permitirán los desplazamientos por trabajo, por necesidad o por motivos de salud, y que quedan prohibidas las reuniones.

En un primer momento, siguen abiertos los locales de restauración y se permite salir a ejercitarse y a pasear, pero, ante el avance de la epidemia, pronto se restringen las medidas. Curiosamente, Italia recibe durante aquellos días de marzo la ayuda de un equipo médico de China, que reprende a las autoridades porque el confinamiento les parece demasiado laxo, lamentando que todavía ven «demasiada gente por la calle», y las insta a aplicar medidas más duras (HUFFPOST, 2020). Y en efecto, el 20 de marzo se ordena el cierre de parques y jardines, así como las zonas de juego infantil, y se prohíben las actividades recreativas y de esparcimiento al aire libre, si bien se especifica que sigue estando permitido realizar actividades motrices individuales en las proximidades del domicilio, siempre que se respete la distancia interpersonal de un metro (MARINERO PERAL, 2020: 840).

Apenas cinco días más tarde, un nuevo decreto prevé la limitación o suspensión de actividades recreativas y deportivas al aire libre, en determinadas zonas, en función de la evolución de la epidemia (MARINERO PERAL, 2020: 864). Lombardía, la región más afectada hasta ese momento, se acoge enseguida a esa posibilidad, prohibiendo toda actividad motriz en el exterior, incluso individualmente (Ordenanza N° 514).

5.3 El primer estado de alarma en España

España mira de reojo lo que ocurre en Italia durante los primeros días de marzo, cuando también aquí se multiplican los casos de COVID-19 y la epidemia parece desbocada. Sin embargo, el tabú ya está roto. El 14 de marzo, el gobierno de Pedro Sánchez sigue los pasos

de Italia y declara el estado de alarma, mediante el Real Decreto 463/2020, para poder aplicar fuertes restricciones a la circulación que implican necesariamente la limitación de derechos fundamentales.

Se cierran al público los comercios minoristas, a excepción de los de alimentación y primera necesidad, como farmacias y quioscos de prensa. También cierran museos, archivos, bibliotecas y monumentos, así como los locales de espectáculo y de ocio, incluidos los gimnasios, si bien permanecen abiertos los estancos, considerados servicios esenciales. Se suspenden las actividades de hostelería y restauración, y sólo se permiten los servicios de entrega a domicilio. También se reducen las operaciones de los transportes públicos.

Por cuanto concierne a la circulación en la vía pública, esta queda limitada a las siguientes actividades, que deben realizarse individualmente: compra de alimentos, medicamentos y productos de primera necesidad; asistencia a centros sanitarios; desplazamiento al lugar de trabajo; retorno al domicilio habitual; y asistencia y cuidado de personas dependientes. Lo que parecía inconcebible sólo unos días antes, y lo que habíamos visto hacer en China con una mezcla de desprecio y aprensión, ahora es una realidad: la población queda confinada en sus casas por orden del gobierno.

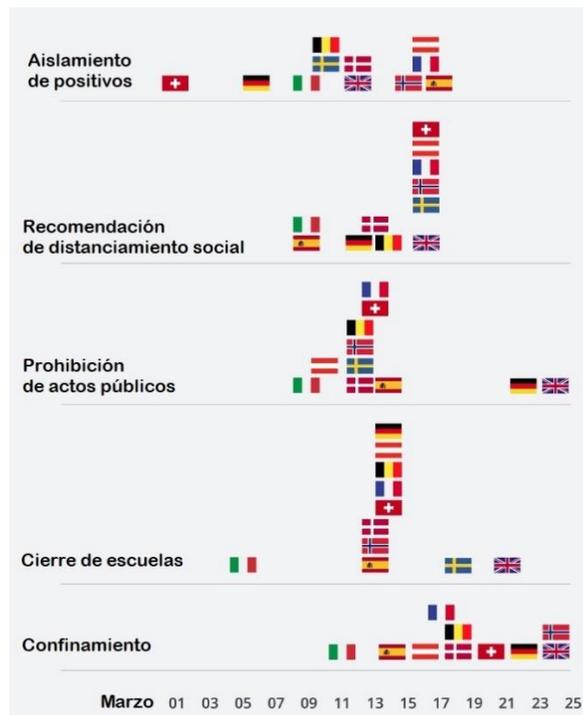
También aquí cunde la confusión: ¿qué se puede hacer y qué no? ¿Qué se considera una necesidad esencial que justifique salir a la calle? Enseguida llegan las respuestas a las preguntas más repetidas: no se puede salir a correr o hacer ejercicio; tampoco se permite usar las zonas comunes de los edificios o las urbanizaciones, como azoteas o jardines; no se puede salir a pasear, ni siquiera en soledad, en la naturaleza o en núcleos de población apartados; no se puede salir con los niños para que estiren las piernas, se aireen o les dé un poco el sol; no se puede visitar a un amigo ni a la pareja, ni siquiera las personas que viven solas. Sí es posible, en cambio, sacar a pasear al perro.

El estado de alarma se prolongó en España hasta el 21 de junio, con seis sucesivas prórrogas y un período de especial intensidad durante la primera quincena de abril, denominado «hibernación económica», en el que se paralizó la actividad industrial y la construcción. Las primeras medidas de relajación llegaron a finales de abril, cuando se permitió a los niños salir a pasear en condiciones muy tasadas. A primeros de mayo, se permitieron los paseos de convivientes y la actividad deportiva individual de adultos, en franjas horarias, y se inició el llamado «plan para la transición hacia una nueva normalidad» o «desescalada».

5.4 Países de nuestro entorno

Casi todos los países de Europa siguen un rumbo parecido e imponen medidas de distanciamiento social. Se diría que son como fichas de dominó, cayendo una bajo el peso de la otra. Después de Italia y España, caen Austria, el 16 de marzo; Francia, el 17; Bélgica y Dinamarca, el 18; Suiza, el 20; Alemania, el 22. El último gran país de Europa occidental que cede y termina decretando un confinamiento, pese a sus titubeos iniciales, es el Reino Unido, el 23 de marzo. El calendario de las medidas adoptadas por los países de Europa occidental está detallado en un artículo publicado en *Nature* (FLAXMAN *et al.*, 2020).

Gráfico 2. Adopción de medidas de distanciamiento en Europa occidental



Fuente: DEUTSCHE WELLE (2020)

Ahora bien, como los mismos autores señalan (FLAXMAN *et al.*, 2020), estas medidas no fueron iguales en todos los países, aunque reciban el mismo nombre. Incluso entre los países que decretaron los confinamientos más estrictos —Italia y España—, hay diferencias, como las ya comentadas en relación con la posibilidad de hacer ejercicio físico al aire libre.

En Francia, por ejemplo, hacer ejercicio físico al aire libre era uno de los motivos previstos para poder salir del domicilio. También estaba permitido salir a pasear, la familia entera, en un radio de un kilómetro del domicilio. A diferencia de España, sin embargo, para salir era preciso cumplimentar cada vez un formulario, explicitando el motivo. Quienes sacaban a pasear al perro debían consignar en él la hora de salida, para garantizar que se ciñese al tiempo máximo permitido (DEUTSCHE WELLE, 2020).

Austria, que aparece como siguiente en el calendario reproducido, impuso una prohibición de acceso a lugares públicos en lugar de un confinamiento domiciliario estricto. El deporte y los paseos estuvieron permitidos, así como los encuentros privados de hasta cinco personas. En Alemania no hubo tampoco un confinamiento generalizado, sino que se adoptaron medidas de distanciamiento social y se prohibieron las reuniones de más de dos personas, salvo para convivientes. Quedaba permitido circular por la vía pública sin necesidad de justificación y, por supuesto, también hacer deporte al aire libre (DEUTSCHE WELLE, 2020).

En Inglaterra, el reglamento N.º 350 de 2020, de restricciones para la contención del coronavirus, dictado en virtud de la Ley de Salud Pública de 1984, disponía que los

ciudadanos no podían abandonar su domicilio sin un motivo «razonable». Entre los motivos razonables se contemplaba la compra de alimentos y medicamentos, el cuidado de personas vulnerables y la realización de ejercicio físico en solitario o con los convivientes. En el apartado dedicado a las reuniones, se explicita que quedan prohibidas las reuniones de más de dos personas en lugares públicos. De todas maneras, para circular por la vía pública tampoco se exigía un certificado (DEUTSCHE WELLE, 2020).

La sonada excepción a los confinamientos europeos la encontramos en Suecia, que se negó desde el principio a aplicar una medida tan restrictiva. A diferencia de los demás países escandinavos, Suecia no cerró los comercios, los gimnasios ni los establecimientos de hostelería y restauración, ni impuso restricciones de derechos civiles. La estrategia de contención de la COVID-19, dirigida por el epidemiólogo Anders Tegnell, pronto concitó críticas tanto del exterior como del propio país, pero Tegnell argumentó desde el principio que la tradición sueca se asienta en la cooperación ciudadana, no en la coerción. En Suecia, pues, se recomendó a la población teletrabajar en la medida de lo posible y evitar las aglomeraciones y los lugares concurridos, y se prohibieron los encuentros de más de cincuenta personas, pero en ningún momento se dictó la instrucción de permanecer obligatoriamente encerrados en casa (ELLYATT, 2020).

5.5 Resto del mundo

Sería una tarea titánica describir en detalle las medidas de distanciamiento social que impuso cada país del mundo para contener la pandemia de COVID-19 en el primer semestre de 2020. Como hemos visto, la gradación de las medidas es muy amplia, desde las meras recomendaciones de un país como Suecia hasta el encierro total de Wuhan. Veremos brevemente el caso de Estados Unidos y algunos países latinoamericanos, por su proximidad cultural y afectiva con España.

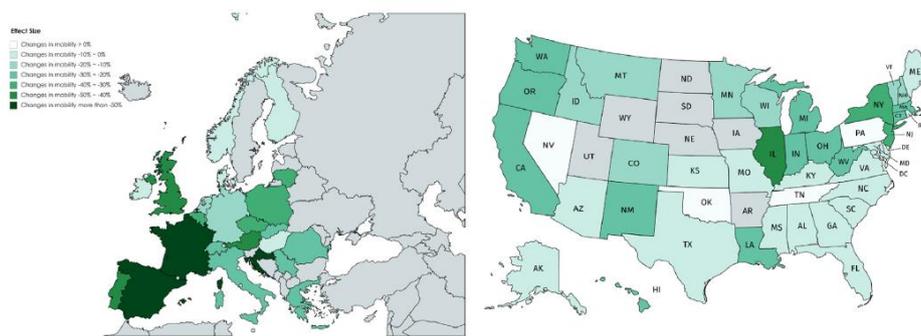
En Estados Unidos, las restricciones a la movilidad se impusieron a nivel estatal, en forma de órdenes de confinamiento denominadas *stay-at-home orders*. El informático y demógrafo Dafeng XU, de la Universidad de Washington, en Seattle, ha analizado con macrodatos la movilidad física durante la vigencia de estas disposiciones en Estados Unidos y Europa (2020). Su estudio revela que los confinamientos fueron mucho menos efectivos en Estados Unidos, es decir, que allí se redujeron mucho menos los desplazamientos. XU recalca que los confinamientos estadounidenses fueron mucho menos estrictos que los europeos y que en ningún caso se prohibió el ejercicio físico en el exterior ni la circulación en la vía pública. Uno de los motivos que, según él, explican estas diferencias, es de índole cultural: la mentalidad política de los estadounidenses vincula la libertad de movimiento con las libertades civiles.

En efecto, las órdenes de confinamiento en Estados Unidos contemplaban multitud de actividades de ocio y ejercicio físico que podían seguir realizándose en el exterior: encontrarse con menos de diez personas, siempre que mantuviesen la preceptiva distancia

de seguridad, caminar, correr, hacer senderismo, cuidar del jardín o del huerto, montar en bicicleta, patinar, acudir a parques y playas, etc. (LEFRAK, 2020).

En el citado trabajo de Xu (2020), destacan los mapas de movimientos que elabora a partir de macrodatos. Por ejemplo, en el que se reproduce a continuación, se compara la reducción de la movilidad, entre los países europeos y los diferentes estados norteamericanos, en cuanto a los desplazamientos a supermercados y farmacias. En Europa, hay tres países teñidos de verde oscuro (reducción superior al -50%), entre ellos España, mientras que en Estados Unidos no se alcanza tal reducción, y sólo un estado, el de Illinois, llega a la tonalidad anterior (reducción de entre -40% y -50%).

Gráfico 3. Reducción de los desplazamientos a supermercados y farmacias



Fuente: Xu (2020)

La experiencia en los países hispanoamericanos fue notablemente distinta. En general, el grado de restricción fue mucho más parecido al del modelo español. En Argentina, por ejemplo, el gobierno nacional dicta el 19 de marzo el Decreto 297/2020, de aislamiento social preventivo y obligatorio, por el cual se ordena a todas las personas permanecer en sus residencias habituales o en la residencia en que se encuentren a las 00.00 horas del día 20 de marzo, hora de entrada en vigor. Deberán abstenerse de concurrir a sus lugares de trabajo y no podrán desplazarse por rutas, vías y espacios públicos. Únicamente se permiten desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos. El confinamiento argentino, llamado allí «cuarentena», fue uno de los más estrictos y prolongados del mundo. En Buenos Aires, no se permitió salir a ejercitarse individualmente en la vía pública hasta el 8 de junio (COSTA, 2020).

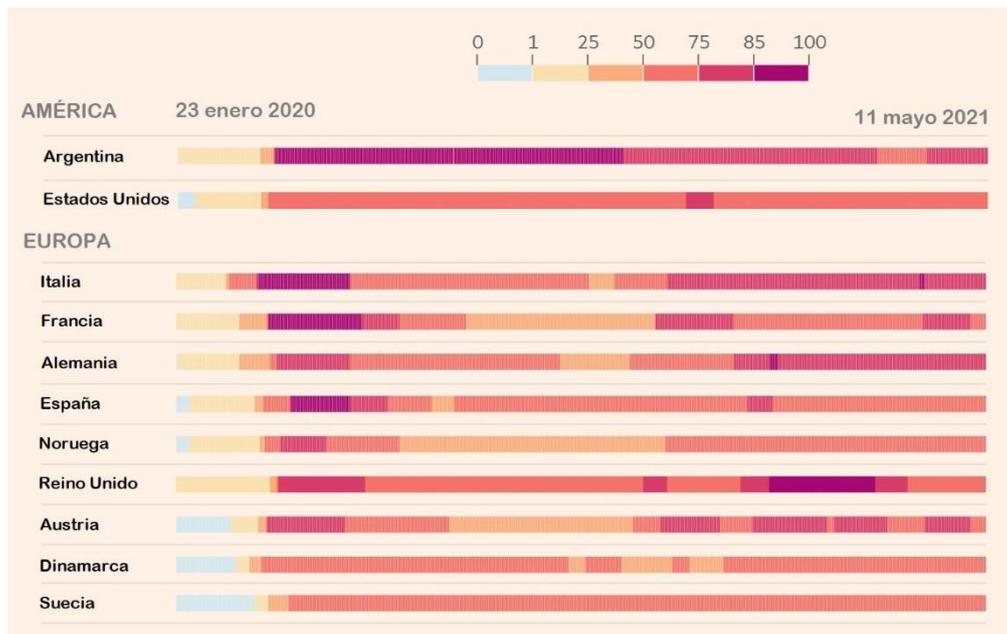
5.6 El índice de severidad de la Universidad de Oxford

Como los confinamientos de cada país son tan diferentes, resulta muy difícil compararlos. Para solucionarlo, un equipo de la Escuela Blavatnik de Administración Pública, de la Universidad de Oxford, ha diseñado una escala que mide su grado de severidad, denominado *stringency index*. Se trata de una puntuación del 0 al 100, calculada a partir de nueve dominios: cierre de centros docentes; cierre de centros de trabajo; cancelación de actividades públicas; restricciones a las reuniones; cierre del transporte público;

confinamiento domiciliario; restricciones a la movilidad interior; restricciones a la movilidad exterior; y campañas públicas de información (HALE *et al.*, 2020).

A partir de esta puntuación, es posible obtener representaciones gráficas de la evolución en el tiempo de los confinamientos y de lo estrictos que son en cada momento. A continuación se reproducen las que publica el *Financial Times* (2021) en relación con algunos de los países comentados anteriormente, entre el 23 de enero de 2020 (primer confinamiento en Wuhan) y el 11 de mayo de 2021 (última actualización en el momento de la consulta).

Gráfico 4. Índice de severidad del confinamiento de los países analizados



Fuente: FT VISUAL & DATA JOURNALISM TEAM (2021)

A simple vista se ve que Argentina es el país de la serie que más tiempo pasó con una puntuación superior a 85 (color fucsia intenso), mientras que Estados Unidos, Dinamarca y Suecia se encuentran entre 50 y 75. España sólo aparece marcada con la puntuación máxima durante la primavera de 2020, mientras que en el caso del Reino Unido el tono intenso reaparece en el invierno de 2020-2021, con la reintroducción del confinamiento nacional.

6. Reflexión ética

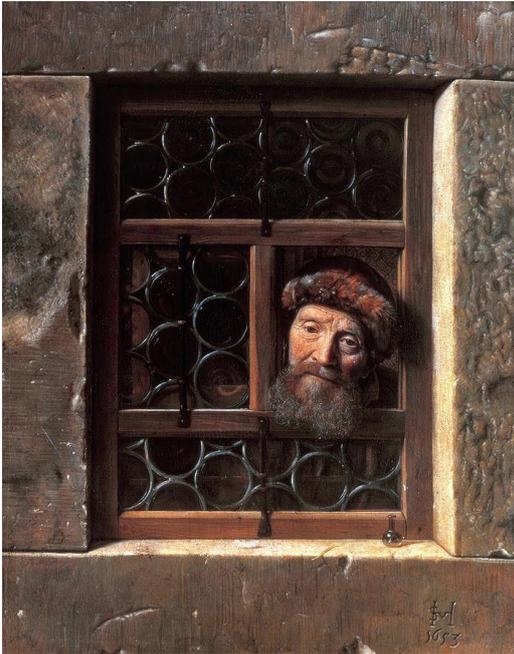


Figura 7. «Viejo asomado a la ventana» (1653),
pintura de Samuel van Hoogstraten

El epidemiólogo Miguel KOTTOW, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, lamentaba en 2011 que la bioética no se hubiese embarcado en un debate concienzudo sobre las cuestiones relacionadas con las enfermedades infecciosas, prefiriendo problemas más llamativos como el aborto o la eutanasia. Ahora, con la pandemia de COVID-19, ese debate es impostergable.

El análisis moral del confinamiento se enmarca en la ética de la salud pública. Para centrar este análisis teórico, resulta muy útil el libro del profesor de filosofía de la salud Stephen HOLLAND, titulado *Public Health Ethics*, cuya segunda edición data de 2015. HOLLAND define la ética de la salud pública como una rama de la bioética, desgajada de la disciplina original

porque el objeto de estudio no es el individuo sino la población. De entrada, HOLLAND subraya la naturaleza política de las intervenciones de salud pública, no sólo porque su objeto de acción es la población, sino también por la necesidad de contar con el poder coactivo del Estado para aplicarlas. Stephen HOLLAND apunta que, en general, los debates éticos sobre este campo tienden a surgir en respuesta a los dilemas suscitados por nuevas intervenciones, como por ejemplo todo lo relativo a la pandemia de sida en los años 80.

El núcleo del conflicto moral de las intervenciones para contener epidemias es la dicotomía entre individuo y colectividad. En palabras de KOTTOW (2011), se trata de la tensión entre los objetivos sanitarios y la autonomía de las personas. Este conflicto recorre toda la reflexión ética, pero también política, sobre el confinamiento en la pandemia de COVID-19.

6.1 Principios

El filósofo James Childress, uno de los coautores de la obra germinal *Principles of Biomedical Ethics*, comenzó a explorar el terreno de la ética de la salud pública a principios de los 2000, en un artículo firmado junto con diversos colegas (CHILDRESS *et al.*, 2002). En él, parten de la noción de que la ética de la salud pública se asienta sobre un conjunto difuso de consideraciones morales generales: unos conceptos y normas que llamamos «principios», «valores» y «reglas». Para estos autores, el análisis casuístico es indispensable en la ética de la salud pública y requiere de unas herramientas conceptuales que permitan analizar una situación nueva a la luz de dichas consideraciones morales, comparándola con paradigmas anteriores y señalando sus diferencias con los precedentes.

Existe el consenso bastante asentado de que es erróneo aplicar los criterios de la bioética clínica tradicional a los problemas de salud pública (HOLLAND, 2015). Esto quiere decir que la tétrada clásica de principios —autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— no es adecuada para examinar una medida de salud pública. Con todo, algunas ideas fundamentales de la ética médica sí encuentran eco en los principios teorizados para la salud pública, como la no maleficencia y la beneficencia; por ejemplo, CHILDRESS *et al.* (2002) señalan que algunas de las consideraciones morales elementales son las de producir beneficios y evitar o prevenir daños.

Diversos autores se han ocupado, pues, de formular principios que puedan aplicarse mejor a las medidas sanitarias colectivas. Podemos empezar señalando el citado trabajo de James CHILDRESS *et al.* (2002), así como el de Ross UPSHUR (2002) y el de Craig KLUGMAN (2007). También se puede añadir el marco delineado por Lawrence GOSTIN, poco después de la epidemia de SARS (2003), y las interesantes directrices de la OMS (2016) relativas a las cuestiones éticas de los brotes epidémicos, elaboradas a raíz de la epidemia de Ébola. A los efectos de esta tesina, agruparé los principios analizados en cinco áreas conceptuales: protección, precaución, proporcionalidad, reciprocidad y transparencia.

6.1.1 Protección

Para CHILDRESS *et al.* (2002), a la hora de justificar una medida que vulnera una o varias consideraciones morales, es imprescindible demostrar que la vulneración servirá para proteger la salud de la población. Ellos lo llaman principio de «efectividad». Esta idea está firmemente anclada en el principio formulado en 1859 por John Stuart MILL en su célebre ensayo *Sobre la libertad*:

El objeto de este ensayo es proclamar un principio muy simple, dirigido a regir plenamente las relaciones de la sociedad con el individuo en lo referente a la compulsión y al control, ya sean los medios usados para ello la fuerza física en forma de penas legales o la coerción moral de la opinión pública. Dicho principio establece que el único fin por el que los hombres están legitimados, individual o colectivamente, para interferir en la libertad de acción de cualquiera de ellos, es la protección de sí mismos. Esto es, que el único propósito por el que puede ser ejercido legítimamente el poder sobre un miembro de una comunidad civilizada, en contra de su voluntad, es para prevenir del daño a otros. Su propio bien, ya sea físico o moral, no es una justificación suficiente (MILL, 2014 [1859]).

El principio enunciado por Mill se conoce ampliamente como «principio del daño», y esta es una denominación que utilizan varios autores, como por ejemplo Ross UPSHUR (2002), aunque Mill no lo llamó así. En todo caso, la idea esencial es clara: la única justificación para ejercer el poder coactivo del Estado sobre un ciudadano, en contra de su voluntad, es la prevención del daño a terceros. Sobre este principio se fundamenta, según UPSHUR (2002), toda la ética de la salud pública en una sociedad democrática moderna, y con él se justifican las medidas que pueda adoptar un órgano estatal para restringir la libertad de una persona o grupo de personas.

Lawrence GOSTIN (2003) se refiere a esta cuestión como el «principio de necesidad», según el cual el ejercicio del poder público debe ser necesario para evitar un riesgo sanitario, por lo que la evaluación del riesgo tiene que hacerse con datos científicos objetivos. Craig KLUGMAN (2007) habla de «eficacia» para definir un concepto parecido: que la intervención debe ser científicamente sólida y que las probabilidades de lograr el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de la población deben ser sustanciales. La OMS (2016), por su parte, utiliza la denominación clásica de «beneficencia», separándola del principio de «utilidad», según el cual las acciones correctas serán las que maximicen el bienestar de las personas o de la comunidad. Además, estipula que, a la hora de determinar si una intervención produce utilidad, los responsables políticos deben guiarse por los datos científicos existentes sobre los beneficios y los perjuicios previsibles.

El principio de utilidad está vinculado a la corriente filosófica del utilitarismo. Según Stephen HOLLAND (2015), el utilitarismo constituye el espíritu, el principio y la práctica de la salud pública. Así, si la salud es un beneficio, cualquier intervención que comporte el máximo beneficio en cuanto a salud será moralmente correcta. Además, en una concepción utilitarista, el bienestar de todas las personas afectadas por la medida cuenta por igual. Para HOLLAND, esta imparcialidad es uno de los aspectos más atractivos de la teoría, pero también se convierte en blanco de sus antagonistas, ya que contraviene algunas de nuestras intuiciones morales más arraigadas, como por ejemplo el valor distinto que tiene la vida de las personas a diferentes edades. Estas críticas han sido una constante desde el principio de la pandemia entre los detractores de las medidas más drásticas. Por ejemplo, en el ensayo «The Coronation», citado en la introducción de esta tesina, el filósofo Charles EISENSTEIN (2020) calificaba el pensamiento utilitario de «inhumano», por convertir a las personas «en estadísticas» y sacrificar a algunas de ellas por otra cosa.

6.1.2 Precaución

Ligado a la idea de protección, pero a veces separado del principio de daño o eficacia, está el principio de precaución. HOLLAND (2015) explica que este principio tiene su origen en las ciencias de la ecología, pero se amplía a la salud pública para hacer frente a situaciones imprevistas y desconocidas, como una epidemia. Este principio preceptúa que, a fin de proteger el medio ambiente (o la población), en caso de amenaza grave, la ausencia de certeza científica plena no será motivo para posponer o eludir medidas.

Según GOSTIN (2003), el principio de precaución, que él subsume en el de necesidad, justifica las cuarentenas que se impusieron para contener la epidemia de SARS, a pesar de la incertidumbre científica que rodeaba las vías de transmisión. Ronald BAYER y Amy FAIRCHILD abundan en esta cuestión en un artículo de 2004, en el que subrayan que la dificultad de aplicar el principio de precaución se vio ilustrada, precisamente, con las cuarentenas impuestas por el SARS el año anterior. Para estos autores, la cuarentena de los contactos y el aislamiento de los enfermos representan la forma más drástica de coerción estatal que puede ejercerse en nombre de la salud pública. No obstante, aquellas cuarentenas tenían una duración acotada (en torno a los diez días) y sólo se aplicaban a los contactos, no a toda la población de forma indiscriminada.

6.1.3 Proporcionalidad

CHILDRESS *et al.* (2002) hablan de dos criterios que pueden incluirse en este epígrafe: el de «proporcionalidad» y el de «mínima restricción». Según el primero, es indispensable demostrar que los beneficios perseguidos con una intervención compensarán la vulneración de las consideraciones morales; según el segundo, aun cuando la intervención propuesta satisfaga los criterios de efectividad, necesidad y proporcionalidad, es imperativo que el poder público minimice las vulneraciones y busque las alternativas menos restrictivas. UPSHUR (2002) denomina este principio el de los «medios menos restrictivos o coercitivos»; señala que la fuerza plena de la autoridad estatal debe reservarse para situaciones excepcionales y que los métodos coercitivos deben emplearse sólo cuando hayan fallado los menos coercitivos. Así, la educación, la facilitación y el debate deben primar sobre las prohibiciones y los castigos. GOSTIN (2003) también habla de «proporcionalidad» y extiende estas consideraciones al alcance de las medidas (una persona, un grupo o una población entera) y a su duración. KLUGMAN (2007), por su parte, indica que las medidas deben ser lo menos destructivas para con la vida y la cultura de una comunidad, cuando habla del principio de «integridad», y lo menos restrictivas posible, cuando habla del principio de «dignidad».

La guía de la OMS (2016) enuncia dos principios relacionados con este grupo conceptual: «respeto por las personas» y «libertad». El primero establece que se debe tratar a todas las personas reconociendo la humanidad, la dignidad y los derechos inherentes que todos compartimos, así como el respeto por la autonomía y el consentimiento informado. La descripción que hace la OMS de estos principios es más idealista que práctica. Por ejemplo, cuando pasa a hablar del principio de libertad, se dice vagamente que comprende diversas libertades sociales, religiosas y políticas, como la libertad de circulación, reunión y expresión, y que muchos aspectos de la libertad están protegidos en cuanto derechos humanos fundamentales. En la sección sobre las aplicaciones prácticas de estos principios (OMS, 2016: 9), sólo se dice que, a la hora de equilibrar los principios en tensión durante una epidemia, los países deben respetar las obligaciones contraídas en virtud de los tratados de derechos humanos, sin entrar en detalles.

6.1.4 Reciprocidad

En este epígrafe se agrupan diversas nociones de justicia. Por ejemplo, para UPSHUR (2002), el principio de «reciprocidad» supone la obligación que tienen los poderes públicos de ayudar a las personas o las comunidades afectadas a cumplir con las medidas que se les imponen. GOSTIN (2003) habla de «justicia» (*fairness*) y resalta que los beneficios y las cargas deben estar repartidos equitativamente. Añade asimismo otra dimensión de la justicia para los casos en que se apliquen medidas coercitivas: la justicia procedimental. La justicia procedimental, para GOSTIN, es una forma de reducir el riesgo de error y requiere de una evaluación exhaustiva de los datos científicos por parte de un órgano independiente.

KLUGMAN (2007) dedica una explicación bastante elaborada sobre lo que él entiende como principio de «solidaridad». Primero, lo vincula al principio de utilidad formulado por Jeremy

Bentham, según el cual, en el caso que nos ocupa, la utilidad es preservar la salud del máximo número de personas. A continuación, relaciona solidaridad con equidad, es decir, la justicia en el reparto de las cargas y los beneficios, equilibrado para el bien de la mayor parte de la población posible. Por último, en un giro sorprendente, KLUGMAN defiende que la solidaridad es paternalista por naturaleza: critica lo que él ve como un rechazo visceral al paternalismo por parte de la bioética y concluye que, en algunos casos, el paternalismo no sólo es aceptable sino necesario, aunque exija restringir las libertades civiles.



Figura 8. Colas del hambre en Barcelona (2021)

La guía de la OMS (2016) recoge dos principios: «reciprocidad» y «solidaridad». El primero consiste en recompensar a la población por su sacrificio, en la línea de lo expresado por UPSHUR (2002). En la descripción del principio de solidaridad, la guía apela a la relación social de una comunidad para justificar una acción colectiva en pos del bien común.

6.1.5 Transparencia

El último principio formulado por CHILDRESS *et al.* (2002) es el de «justificación pública». Para ellos, en una democracia liberal pluralista, cuando el poder público vulnera con las medidas impuestas alguna de las consideraciones morales básicas, tiene la responsabilidad de explicarse y justificarse, en virtud de la necesidad de tratar a todos los ciudadanos como iguales. UPSHUR (2002) lo denomina «principio de transparencia» y estipula que todas las partes afectadas deben participar de las decisiones que se tomen, con igual contribución a las deliberaciones, y que este proceso debe ser claro y ofrecer garantías de responsabilidad. GOSTIN (2003) habla de transparencia como parte del principio de «justicia» (*fairness*), mientras que KLUGMAN (2007) apunta a la necesidad de que la población participe de la planificación y la aplicación de los programas, si bien no parece que tenga en mente medidas coercitivas cuando habla de esta cuestión.

La guía de la OMS (2016) habla de transparencia dentro del principio de «justicia», como uno de los elementos de la justicia procedimental. También recoge ideas semejantes en el apartado sobre su aplicación práctica, cuando afirma que es fundamental mantener la confianza de la población en las actuaciones de contención de una epidemia, algo que sólo

se puede lograr si se trabaja con franqueza y teniendo en cuenta las aportaciones de las comunidades afectadas.

6.2 Valores

Encarar un dilema moral exige examinar el conflicto de valores que presenta. En el caso del confinamiento, como medida sanitaria coercitiva, el conflicto se plantea, esencialmente, entre el individuo y la colectividad. Los interrogantes que nos hacemos, pues, son los siguientes: ¿Es lícito encerrar a todos los ciudadanos en sus casas para proteger la salud de una parte de la población? ¿Es lícito prohibirles relacionarse con su familia y sus seres queridos si con eso se consigue frenar la epidemia o disminuir los contagios y las muertes? ¿Hasta qué punto se justifica una injerencia tan drástica en la libertad y la esfera privada de la persona? ¿Qué jerarquía de valores establecemos para tomar una decisión de tan profundo calado?

6.2.1 Vida

En la decisión tomada en la primavera de 2020 por los Estados que, uno a uno, fueron imponiendo el confinamiento de su población, el valor que se sitúa en la cúspide del examen moral es la vida. Sin vida, no hay nada. El valor es inapelable y el argumento, incontestable. La vida de la población adquiere un valor absoluto, que se sitúa por encima de cualquier otro, ya sea de tipo social (como el impulso de relacionarse y de buscar consuelo en los seres queridos durante una época de calamidad), económico (como la necesidad de buscarse el sustento) o incluso de salud física (como, en el caso de España, la necesidad de ejercitarse o de recibir la luz del sol).

Cuestionar el valor de la vida es un atrevimiento. En el caso de la COVID-19, una enfermedad que mata sobre todo a personas mayores, estos cuestionamientos atañen a la cuestión de la edad. El juez Jonathan Sumption, antiguo magistrado del Tribunal Supremo británico, se vio inmerso en una agria polémica por sostener, en un programa televisado, que la vida de una enferma de cáncer terminal era menos valiosa que, por ejemplo, la de sus nietos (SKOPELITI, 2021). Posteriormente, para aclarar su postura, Sumption matizaba que, para él, la santidad de la vida no era un valor que debiese prevalecer por encima de todo lo demás, en cualquier circunstancia (BLAND, 2021).

Pese al escándalo, estas ideas son acordes con nuestras intuiciones morales. Por ejemplo, todos vemos natural que un abuelo o un padre proclame que daría su vida por salvar la de su nieto o su hijo, por considerar que a estos les queda más vida por vivir y tienen, en consecuencia, mayor «derecho» a conservarla. De hecho, la edad es uno de los factores que se han tenido en cuenta en la asignación de recursos escasos como las camas de UCI y los respiradores. En el documento publicado sobre este tema por el OBSERVATORIO DE BIOÉTICA Y DERECHO de la Universidad de Barcelona (2020), por ejemplo, se descarta como norma general la respiración mecánica con intubación para los pacientes mayores de 80 años con comorbilidades, y se propone el soporte vital no invasivo.

En España, el propio Fernando Simón, coordinador nacional de emergencias sanitarias, decía, quizá en un descuido, que «no es lo mismo que fallezca una persona de 95 años que una de 20», provocando el disgusto de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (RECIO, 2021). Pero debemos admitir, si no somos hipócritas, que las palabras de Fernando Simón tienen sentido. Parémonos a pensar, por un momento, cuánto más dramática habría sido esta pandemia si, en vez de matar de preferencia a los mayores de 65, matase a los menores de 15, y si fueran nuestros niños y adolescentes, en vez de los ancianos, los que hubiesen llenado las UCI y las morgues de medio mundo.

6.2.2 Salud

La salud es el segundo gran valor privilegiado en la ecuación del confinamiento. Cabe plantearse aquí, por lo pronto, qué entendemos por salud. Según Stephen HOLLAND (2015), la naturaleza de la salud física es una cuestión debatible. Sostiene que, en algunos casos, la distinción entre salud y enfermedad es nítida: por ejemplo, en oncología, estar enfermo es tener un cáncer, mientras que estar sano es no tenerlo. Pero de ello no se desprende que el concepto de salud sea siempre nítido, al igual que el concepto de justicia no es siempre claro porque haya casos de injusticia indudable y manifiesta.

Por un lado, existe una concepción negativa de la salud, más tradicional, según la cual salud equivale a la ausencia de enfermedad. Es una concepción intuitiva y biologicista, que la mayoría de nosotros suscribimos sin gran objeción. Pero por otro lado existe una concepción positiva, según la cual la salud es más que la ausencia de enfermedad y se define también en términos de bienestar. Este es el paradigma adoptado por la OMS:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Constitución de la OMS, 1948).

El problema de esta definición, según HOLLAND, es que corremos el riesgo de definir un concepto poco claro («salud») con otro aún más opaco («bienestar»). ¿Qué es el bienestar? ¿Es subjetivo? Y si no lo es, ¿quién determina cuándo hay bienestar y cuándo no? ¿Qué es el bienestar físico? ¿Y el bienestar mental y social? ¿Podemos decir que goza de bienestar social una persona encerrada en su casa *sine die*, a la que se le prohíbe mantener contacto físico con sus seres queridos, incluso con su pareja si no conviven? ¿Gozan de bienestar físico y mental las familias con hijos a las que se les prohíbe salir a pasar? ¿Y la persona a la que se prohíbe acudir al trabajo y no tiene ingresos alternativos?

Se hace evidente aquí el planteamiento de HOLLAND: que el debate sobre el concepto de salud no se reduce a lo académico, sino que tiene importantes implicaciones prácticas en medicina y salud pública, ya que, lógicamente, debemos saber qué entendemos por salud a la hora de diseñar intervenciones para protegerla.

A los efectos del confinamiento, la dicotomía entre salud y enfermedad se despoja de accesorios holísticos, se torna negativa y se reduce a una única cosa: contraer o no contraer

la COVID-19. Todas las demás dimensiones de la salud pasan a ser secundarias o quedan expulsadas, directamente, del juicio de valores.

6.2.3 Seguridad

Aunque no discutamos el valor de la vida y la salud como prioridades absolutas, sí podemos cuestionar el celo extremo que se ha puesto en protegerlo durante la pandemia de COVID-19, un celo que contrasta con las medidas sanitarias menos estrictas de las anteriores pandemias del siglo XX, empezando por la gripe de 1918. Y aquí es donde resala otro valor imperante en la sociedad moderna: la seguridad.

Charles EISENSTEIN habla del «mantra de la seguridad ante todo»:

The mantra “safety first” comes from a value system that makes survival top priority, and that depreciates other values like fun, adventure, play, and the challenging of limits (EISENSTEIN, 2020).

En este sistema de valores al que alude EISENSTEIN, en el que la seguridad y la supervivencia se colocan por encima de otros valores —como la diversión, la aventura, el juego y la exploración de los límites— se puede enmarcar la tendencia moral del profilaxismo. Del profilaxismo o ultraseguridad (*safetyism*) se han ocupado ampliamente el psicólogo Jonathan HAITT y el jurista Greg LUKIANOFF (2018), que lo definen como una cultura o sistema de creencias que convierte la seguridad en un valor sagrado, por encima de todo lo demás, por improbables o superfluos que sean los posibles peligros.

Estas ideas se pueden relacionar con los conceptos de medicalización y salutismo, explorados, entre otros, por el filósofo Robert CRAWFORD, que hablaba ya en 2004 de una «espiral de control y ansiedad», por la cual, cuanto más controlamos, más evidente es lo que queda fuera de nuestro control. En un artículo anterior, de 1980, CRAWFORD aseguraba que la preocupación por la salud se había convertido en una obsesión nacional y la vinculaba con la creciente conciencia sobre la prevención de riesgos ambientales y laborales.

El profilaxismo también se puede vincular con el concepto de iatrogenia social, descrito por Ivan ILLICH en *Limits to Medicine* (1975); según este filósofo, la posibilidad de controlar algunas enfermedades engendró el mito de que el médico tiene poder sobre la muerte. Esta idea, a su vez, entronca con el surgimiento de una casta médica en apariencia todopoderosa, que describe Michel FOUCAULT en *El nacimiento de la clínica* (2012 [1966]).

Todos hemos experimentado el profilaxismo de alguna manera u otra. Pensemos, por ejemplo, en la obligatoriedad de usar casco en motocicleta, en los progresivos elementos automáticos incorporados a los automóviles, en la sustitución de los autobuses londinenses sin puertas, para que nadie pueda subirse o bajarse con el vehículo en marcha, o en la desaparición de las aceiteras abiertas en las mesas de los restaurantes españoles. Las palabras de Charles EISENSTEIN, son, de nuevo, muy descriptivas:

Over my lifetime I've seen society place more and more emphasis on safety, security, and risk reduction. It has especially impacted childhood: as a young boy it was normal for us to roam a mile from home unsupervised – behavior that would earn parents a visit from Child Protective Services today. It also manifests in the form of latex gloves for more and more professions; hand sanitizer everywhere; locked, guarded, and surveilled school buildings; intensified airport and border security; heightened awareness of legal liability and liability insurance; metal detectors and searches before entering many sports arenas and public buildings, and so on. Writ large, it takes the form of the security state (EISENSTEIN, 2020).

El profilaxismo, en resumen, es una aversión al riesgo exacerbada y eternamente insatisfecha. Cuantos más riesgos eliminamos, más conscientes somos de los riesgos que quedan por eliminar, y más nos empeñamos en exigir su eliminación. Como dicen HAIDT y LUKIANOFF, la seguridad es algo bueno, y los avances que ha habido en el siglo XX son sin duda positivos —p. ej., la reducción de muertes en carretera— pero toda virtud llevada al extremo puede convertirse en un vicio.

6.2.4 Justicia

El confinamiento es una medida impuesta a toda la sociedad, sin distinción. Todo el mundo debe quedarse encerrado en casa, aun cuando el beneficio que persigue no es igual para todos. Esta indiscriminación plantea algunos conflictos relativos a la justicia.

Como explicaba Stephen JOHN, profesor de salud pública de la Universidad de Cambridge, en un artículo aparecido después del verano (2020), el llamamiento público a cooperar con el confinamiento no distinguía los motivos que tenían los diferentes sectores de la sociedad para obedecer, sino que presentaba la COVID-19 como una amenaza común a la que se debía hacer frente con un sacrificio compartido. Para JOHN, ese mensaje enmascara una distinción ética tremendamente relevante: que, para gran parte de la población, el sacrificio no era en beneficio propio, sino en beneficio del prójimo.

Al igual que en las consideraciones sobre el valor de la vida, sacar a colación la edad al hablar de la justicia del confinamiento ha sido una osadía. No obstante, hay destacados bioeticistas, como Julian SAVULESCU, de la Universidad de Oxford, que no consideran discriminatorio aplicar medidas restrictivas para proteger sólo a los ancianos. En un artículo de abril de 2020, firmado junto con el jurista James CAMERON, defendían levantar los confinamientos generales y aplicarlos únicamente a las personas de mayor edad, por la «diferencia moral relevante» de que es este el grupo de población realmente afectado por la enfermedad.

Cuando en el otoño de 2020 se vio que la pandemia arreciaba con nuevas olas en todo el hemisferio norte, y volvían a imponerse confinamientos de diferente severidad, un grupo de científicos —encabezado por Martin KULLDORFF, profesor de medicina de la Universidad Harvard, Sunetra GUPTA, epidemióloga de la Universidad de Oxford, y Jay BHATTACHARYA, profesor de medicina en Stanford— se reunieron en la ciudad estadounidense de Great Barrington, preocupados por las graves consecuencias de las medidas sanitarias impuestas para la salud física y psíquica de la población, y firmaron un manifiesto para propugnar un modelo de «protección dirigida».

Considerando que la mortalidad es casi mil veces más alta entre los ancianos que entre los jóvenes, el modelo de protección dirigida defendía que se permitiese a las personas de riesgo mínimo volver a hacer su vida normal y se concentrasen las medidas de protección en los más vulnerables. La propuesta de Great Barrington chocó con las críticas generales de gran parte de la comunidad científica. El director de la OMS, Tedros Ghebreyesus, declaró que era antiética (*THE GUARDIAN*, 2020).

Estos debates sobre justicia se han centrado en el reparto de cargas, es decir, en la equidad, pero también hay otras aristas, como la falta de discriminación geográfica. En España, por ejemplo, igual de confinada debía permanecer una familia de cuatro o cinco personas que viviera hacinada en un piso minúsculo, en la periferia de una gran ciudad, que una persona que viviera sola, en un núcleo rural, donde ni siquiera se hubiesen declarado casos de COVID-19. En este sentido, según la guía de la OMS (2016), las restricciones a la libertad de movimientos deben aplicarse de forma equitativa, es decir, igual para todas aquellas personas que supongan un riesgo equiparable para la salud pública.

6.2.5 Solidaridad

La solidaridad es uno de los valores a los que se ha apelado a la hora de pedir la colaboración ciudadana con las medidas sanitarias. Lo vemos también reflejado en el mensaje público del que hablaba Stephen JOHN (2020). Sin embargo, la solidaridad es otro valor de significado difuso y maleable.



Figura 9. Balcón durante las primeras semanas del confinamiento (2020)

Barbara PRAINSACK, profesora de ciencias políticas de la Universidad de Viena, se ha ocupado extensamente de la solidaridad en bioética. En un artículo dedicado a la pandemia (2020), cuestiona si lo observado durante los primeros meses del 2020 realmente era solidaridad, y cómo es compatible este llamamiento con acciones manifiestamente egoístas como la competencia feroz por adquirir respiradores en los mercados internacionales o el acopio de mascarillas. Para PRAINSACK, la solidaridad es un fenómeno prosocial de respaldo mutuo, que puede articularse a diferentes niveles (interpersonal, grupal o institucional), en el que las personas que brindan respaldo tienen algo en común con los receptores: puede ser, por ejemplo, una carencia o una amenaza.

La autora remite a un informe elaborado para el Nuffield Council en el 2011, en el que argumentaba que la solidaridad interpersonal no sirve para justificar medidas sanitarias coercitivas, sino que hace falta una solidaridad formal, a nivel institucional: por ejemplo, prestaciones económicas para los afectados por las medidas. PRAINSACK ilustra esta idea con la situación en Austria, donde, según ella, los medios de comunicación anduvieron ebrios de solidaridad los primeros días de la pandemia, pero el sentimiento se desvaneció a las pocas semanas y pronto surgieron diferencias entre grupos de población.

6.2.6 Libertad

La libertad figura en la guía de la OMS (2016) como uno de los principios éticos rectores para la aplicación de medidas sanitarias en brotes epidémicos, pero formulado en términos imprecisos y abstractos. La libertad es el principal valor afectado en el conflicto entre colectividad e individuo que plantean las medidas coercitivas. Es el valor preterido, que cede ante los valores colectivos de la vida y la salud de población.

Según CHILDRESS *et al.* (2002), el respeto por las decisiones autónomas y la libertad es una de las grandes consideraciones morales que deben tenerse en cuenta en salud pública. Su vulneración se justifica únicamente por el principio de daño formulado por John Stuart MILL. En la epidemia de COVID-19, el daño a terceros es el riesgo de exponerlos a la enfermedad, y en última instancia de que fallezcan por esa causa. Por otro lado, aparte del riesgo de que otros enfermen, debe tenerse en cuenta el riesgo indirecto que supone la ocupación de recursos sanitarios escasos, que impide a otros acceder a ellos en caso de necesidad. Ahora bien, surge aquí la dificultad de determinar cuánto riesgo es necesario para justificar la infracción de la libertad invocando el principio de Mill, o qué merece mayor consideración: si el daño que se pretende prevenir o el daño que se causa con la intervención.

En la tradición liberal, la libertad individual ocupa uno de los puestos más elevados en la escala de valores de la sociedad. En su sentido negativo, la libertad puede entenderse como la ausencia de injerencia; así, las medidas sanitarias coercitivas serían una forma extrema de coartar la libertad de la persona. En esta concepción negativa de la libertad radica la oposición liberal a la salud pública. No obstante, como explica HOLLAND (2015), la libertad también puede entenderse en un sentido positivo, como libertad efectiva, es decir, la libertad de poder hacer lo que uno desea, para lo cual es imprescindible tener salud. Así, las medidas sanitarias que menoscaban la libertad negativa pueden justificarse, también desde una perspectiva liberal, porque promueven la libertad positiva.

6.2.7 Dignidad

Una de las nociones de dignidad es la vinculada a la autonomía. Sin embargo, el bioeticista Gilbert HOTTOIS (2009) se pregunta, en vista de las incoherencias y contradicciones en el uso de este término en bioética, si es un concepto del todo inútil. HOTTOIS se remite a un breve pero influyente editorial en el *British Medical Journal*, de la profesora de ética médica Ruth MACKLIN (2003), que describe los llamamientos a la dignidad como una reformulación grandilocuente de otras nociones como el respeto a la autonomía.



Figura 10. Abrazo con una lona interpuesta (Nueva York, 2020)

En el caso que nos ocupa, podríamos aproximarnos a una noción de dignidad basada en la autonomía, pero también en las cualidades intrínsecas de la persona. En esta línea, el filósofo Matthew CRAWFORD (2020) sostiene que, como criaturas móviles que somos, la movilidad sería una de las libertades más apegadas a nuestra esencia, una de las condiciones mínimas para que merezca la pena vivir. A esto también se podría añadir otra dimensión humana fundamental, que es nuestra condición de seres relacionales e interdependientes, vinculada a nuestro reducto de intimidad. El confinamiento supone una violación radical de estas dos cualidades inherentes del ser humano.

Desde una perspectiva deontológica, podemos cuestionar el valor moral de la intervención sanitaria en sí, independientemente de lo que se logre con ella. En términos kantianos, cabría plantearse si encerrar a la gente en sus casas atenta contra la dignidad de las personas por tratarlas como un medio y no como un fin. Si estimamos que sí, constituiría una medida intrínsecamente perversa, por muy loables que sean los fines que persigue, y por tanto, reprochable en todo caso.

6.3 Examen casuístico

Una vez repasados los principios que rigen la aplicación de medidas sanitarias y su justificación ética, podríamos examinar el caso del confinamiento desde este prisma principialista. En la tabla siguiente se recogen los términos empleados por los autores estudiados para referirse a los principios aplicables a la salud pública, que son los que se aplican en este examen.

Tabla 1: Principios éticos aplicables a la salud pública según los distintos autores

	ÁREAS CONCEPTUALES				
	PROTECCIÓN	PRECAUCIÓN	PROPORCIONALIDAD	RECIPROCIDAD	TRANSPARENCIA
CHILDRESS <i>et al.</i> (2002)	efectividad necesidad		proporcionalidad mínima restricción		justificación pública
UPSHUR (2002)	daño		medios menos restringidos	reciprocidad	transparencia
GOSTIN (2003)	necesidad efectividad	precaución	proporcionalidad	justicia	transparencia
KLUGMAN (2007)	eficacia		dignidad integridad	solidaridad	integridad
OMS (2016)	beneficencia utilidad		respeto por las personas libertad	reciprocidad solidaridad	
HOLLAND (2015)		precaución			
BAYER y FAIRCHILD (2004)		precaución			

El examen se estructura, en aras de la claridad expositiva, en las cinco áreas conceptuales que hemos visto anteriormente: protección, precaución, proporcionalidad, reciprocidad y transparencia.

1) PROTECCIÓN

No es objetivo de este trabajo analizar la eficacia del confinamiento como medida sanitaria para la contención de epidemias; ahora bien, la eficacia ha sido cuestión polémica desde el principio y este desacuerdo es relevante. De hecho, la primera reacción ante el confinamiento de Wuhan estuvo marcada por el estupor y la incredulidad.

En un artículo del *Washington Post* (BERNSTEIN y CRAIG, 2020), aparecido a los dos días de decretarse el cierre de la ciudad china, se afirma que las restricciones tan drásticas raramente funcionan y muchas veces son contraproducentes, que son muy difíciles de hacer cumplir y que socavan la confianza en el poder público. El artículo contiene declaraciones de Lawrence Gostin, según el cual «dichos confinamientos son muy poco comunes y nunca son eficaces». Recordemos también que, en ese momento, por «confinamiento» (*lockdown*) hablaban de un cordón sanitario geográfico, no del encierro domiciliario.

Más significativas son las referencias que hace aquel artículo del *Washington Post* a los informes de preparación para pandemias que existían antes de la COVID-19. Por ejemplo, se cita un informe de los CDC en el que se desaconseja la imposición de confinamientos aun en las epidemias más mortíferas, y se recomiendan medidas voluntarias, como el aislamiento de los enfermos y la cuarentena de los contactos, junto con otras medidas clásicas de distanciamiento social como el cierre de las escuelas.

En la misma línea, la guía de la OMS (2016) indica claramente que no puede darse por sentada la eficacia de las restricciones de movimiento y que, en algunas circunstancias, contribuyen poco o nada a contener una epidemia.

En efecto, en la literatura científica previa a la COVID-19 no parece favorecer precisamente las cuarentenas. En una monografía de la OMS de 2019 sobre las medidas no farmacológicas necesarias en una pandemia de gripe, se estipula que las cuarentenas de personas expuestas están desaconsejadas *en cualquier circunstancia*. En esta monografía, las medidas de distanciamiento social son el rastreo de contactos, el aislamiento de enfermos, la cuarentena de los contactos, el cierre de centros docentes y la cancelación de actos multitudinarios. La palabra *lockdown* no se menciona ni una sola vez.

España contaba igualmente con un plan nacional de respuesta ante una pandemia (MINISTERIO DE SANIDAD, 2005). Las medidas no farmacológicas previstas para una enfermedad de categoría 3 (mortalidad superior al 1%, la categoría más alta) son las mismas: aislamiento de los enfermos y cuarentena de los contactos; restricción de viajes nacionales e internacionales a las zonas afectadas, cierre de centros educativos; adelanto de los períodos vacacionales; cancelación de eventos públicos (cines, deportes, conciertos, museos, etc.); cierre de iglesias, instalaciones recreativas, edificios públicos y grandes almacenes; y reducción del número de pasajeros en los medios de transporte público.

Sobre las mismas fechas (2005), el Colegio de Médicos de Barcelona, editaba una guía sobre una posible pandemia de gripe, coordinada por Antoni TRILLA; en esta guía se habla de la gripe de 1918 como la peor pandemia de la historia, y se dice que en España provocó 250.000 muertes, es decir, más del 1% de la población de la época, una cifra que hoy correspondería a casi medio millón de personas. Lo reseñable es que este informe, para la fase más avanzada de una hipotética pandemia de dichas características, se limita a indicar que «sería recomendable» que la gente se quedase en casa cuando tuviese síntomas gripales, y añade que «podrían tomarse» medidas de distanciamiento social, citando, de nuevo, los ejemplos clásicos conocidos como el cierre de escuelas.

En ninguno de estos documentos se preveía, por tanto, la posibilidad de encerrar a toda la población en sus casas como medida coercitiva de salud pública, ni siquiera para la «peor» de las pandemias.

2) PRECAUCIÓN

Los principios agrupados en el epígrafe de protección, como los de necesidad y eficacia, exigen que las medidas adoptadas tengan un sustento científico, es decir, que se sepa a ciencia cierta que la vulneración de consideraciones morales es estrictamente necesaria para conseguir el bien deseado.

Sin embargo, como hemos visto, la documentación existente no era favorable a dichas medidas. Gauden Galea, representante de la OMS en China, advertía que el confinamiento de una ciudad de 11 millones de habitantes era «una novedad para la ciencia», algo que «no

se había intentado hacer nunca antes», y por lo tanto resultaba imposible «decir si funcionará o no funcionará» (MCNEIL, 2020). Es decir, no había sustento científico.

Ante la ausencia de datos científicos para sustentar una decisión de tamaño calado, entra en juego el principio de precaución. Se puede aceptar, pues, que concurren las circunstancias para recurrir a este principio. No importa que el confinamiento no estuviera recogido en manuales e informes anteriores, que no hubiese estudios sólidos que lo avalasen o que no se supiese si iba a funcionar o no.

Ahora bien, el inconveniente del principio de precaución, como señalan BAYER y FAIRCHILD (2004), es que abre la puerta a hacer cualquier cosa sin justificación científica; según estos salubristas, durante la epidemia de SARS, las autoridades sanitarias actuaron sin conocimiento suficiente, invocando el principio de precaución, para tomar unas medidas que luego resultaron innecesariamente severas. El principio de precaución se convierte en una suerte de carta blanca muy problemática.

3) PROPORCIONALIDAD

Valorar la proporcionalidad del confinamiento requiere poner en la balanza los beneficios previstos —el allanamiento de la curva epidémica o la contención de la epidemia— y los posibles perjuicios. Estos perjuicios, como se alertó desde el principio (VAN HOOF, 2020), serían nefastos: efectos en la salud mental, pero también en la salud física por la cancelación de las prestaciones sanitarias no urgentes, estragos económicos, merma de la educación y socialización de los menores, aumento de la violencia doméstica en el encierro, etc.

Otra forma de valorar la proporcionalidad es comparar la rigidez de las medidas impuestas en un país frente a las de otros. España impuso uno de los confinamientos más estrictos de Occidente. La prohibición de ejercitarse al aire libre o salir a que los niños pasearan se antoja arbitraria y desproporcionada. Prohibir a las personas solas que formasen una unidad convivencial («burbuja») con otras personas solas o familias, o con su pareja en caso de no convivir, también parece desproporcionado al daño que se pretendía evitar.

El principio de proporcionalidad actúa como contrapeso del principio de precaución, y exigiría que se contemplasen todas las medidas de alivio posibles, como salir a pasear o a ejercitarse, aunque fuese de forma individual, formar burbujas convivenciales con otros núcleos familiares o personas solas, etc. También se puede cuestionar la proporcionalidad de la coerción, es decir, la conveniencia de privilegiar la persuasión y las medidas voluntarias por encima de la obligación y la penalización.

4) RECIPROCIDAD

Por lo que concierne a la reciprocidad exigible al Estado a la hora de compensar a la ciudadanía sometida al confinamiento, la situación es muy diferente en cada país y el análisis escapa al objetivo del presente trabajo. En España, habría que reconocer que se ha

hecho un esfuerzo por paliar las repercusiones económicas, en forma de ERTE y otras prestaciones. Que hayan sido suficientes o no, será otra cuestión debatible.

En lo relativo a la equidad, la justicia del reparto de las cargas, como hemos visto, no está resuelta. Sin embargo, podríamos decir que el confinamiento generalizado parece justificable atendiendo en la prevención de daños a terceros: es decir, las cargas se imponen sobre un grupo sustancial de la población, aunque no sea este el que se beneficie, para proteger principalmente a otro grupo. En nuestro caso, por ejemplo, se confina a los menores privándoles de acudir a la escuela y de socializarse, pese a ser el grupo demográfico menos afectado por la enfermedad. La medida se justifica porque los menores pueden actuar como vectores y acabar contagiando, directa o indirectamente, a personas que sí pueden desarrollar cuadros graves y morir.

5) TRANSPARENCIA

En lo que respecta a las cuestiones de transparencia o justificación pública, el principio se ha cumplido con creces en la pandemia de COVID-19. Por lo menos en Occidente, los gobiernos han procurado explicar sus decisiones y mantener informada en todo momento a la población. Serían asuntos cuestionables el grado de implicación que ha tenido la ciudadanía en el diseño y aceptación de una medida tan grave como el confinamiento, así como el recurso al miedo del que han echado mano los gestores políticos.

La información pública ha gozado, además, del efecto magnificador de los medios de comunicación y, por supuesto, las redes sociales. Una consecuencia llamativa ha sido el fenómeno del estrellato de los epidemiólogos. En todos los países de nuestro entorno se nombró un científico encargado de dirigir las labores de contención, convocado a diario ante la pantalla para dar parte de la evolución de la epidemia. En España, este científico fue Fernando Simón, convertido ahora en famoso, pero cada país ha tenido el suyo: Anthony Fauci en Estados Unidos, Neil Ferguson en el Reino Unido, Anders Tegnell en Suecia, etc. A las figuras oficiales se suman los detractores y partidarios de las medidas, epidemiólogos, salubristas y especialistas de infinidad de otras áreas que nunca antes habían disfrutado de una presencia mediática tan acaparadora.

7. Reflexión política

El conflicto ético entre la libertad personal y los valores colectivos encuentra un fiel reflejo en la esfera jurídico-política. Stephen HOLLAND (2015) entiende que uno de los elementos definitorios de la salud pública como rama de las ciencias biomédicas es, precisamente, la necesidad de ejercer medidas de control mediante el poder público. La protección de la salud, y sobre todo en el caso de intervenciones coercitivas en una epidemia, requiere de la acción del Estado. No se puede obviar, por tanto, la reflexión política.



Figura 11. Manifestación del movimiento «Verdad negra» (Viena, 2020)

7.1 El control estatal

El confinamiento es una medida sin precedentes en Occidente en época de paz. El Estado se yergue, traspasa el umbral de la puerta, invade la intimidad de los ciudadanos y regula los más mínimos detalles de su vida cotidiana: a quién pueden ver (sobre todo, a quién no), con quién pueden reunirse, cuándo pueden salir a la calle. Es un movimiento inaudito. Para encontrar algo parecido, hay que remontarse a épocas pasadas, en las que los derechos humanos y las libertades individuales eran poco más que un sueño de ilustrados. En términos literales, es un atropello.

El confinamiento supone así un retorno a la biopolítica, sistema de poder que, según Miguel KOTOW (2011), habíamos dejado atrás, en el siglo XIX, después de superar la era de las enfermedades epidémicas. El concepto de biopolítica es de Michel FOUCAULT, cuyas palabras podemos rescatar aquí también:

Ciudad apestada [...], una situación de excepción: contra un mal extraordinario, el poder se alza; se hace por doquier presente y visible; inventa engranajes nuevos; compartimenta, inmoviliza, reticula; construye por un tiempo lo que es a la vez la contra-ciudad y la sociedad perfecta; impone un funcionamiento ideal, pero que se reduce a fin de cuentas, como el mal que combate, al dualismo simple vida-muerte: lo que se mueve lleva la muerte, y se mata lo que se mueve (FOUCAULT, 2000 [1975]: 208).

La idea de ceder libertad a cambio de seguridad no es nueva. También es sabido que las medidas impuestas con motivos de crisis y emergencias pueden acabar instalándose dentro de lo habitual. Es normal, por tanto, que esta reacción del poder despierte reticencias y miedos en una ciudadanía acostumbrada al discurso de la libertad y de la primacía de los derechos civiles e individuales.

Más sorprendente, en cambio, fue la inicial ausencia de crítica que se observó en España. En un artículo de abril de 2020, los médicos Miguel Ángel ROYO, Eloy ROYO y Fernando GARCÍA, del Instituto de Salud Carlos III, aseguraban echar de menos a los liberales de Madrid, declarándose atónitos ante las palabras de la presidenta madrileña, Isabel Díaz Ayuso, de que «la salud pública está por encima de todo». Y replicaban: «Hay valores superiores, que en ningún caso pueden estar por debajo de la salud pública, como la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político [...]».

Bernard-Henri LÉVY, en su mordaz ensayo *Este virus que nos vuelve locos*, también se hacía eco de aquel acatamiento acrítico, la docilidad rebañega y la aceptación entusiasta de la «transformación del Estado providencial en Estado policial» (LÉVY, 2020: 97).

7.2 Derechos en colisión

El Estado tiene la obligación de proteger la salud de su población. La Constitución española establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas. Sin embargo, el alcance de algunas actuaciones sanitarias implica la vulneración de otros derechos también recogidos en la Constitución. El dilema ético se reproduce aquí en el plano jurídico, cuando se pondera qué derechos procede sacrificar a favor de otros y hasta qué punto es lícito sacrificarlos.



Figura 12. Cacerolazo en Buenos Aires (2021)

7.2.1 Derecho a la vida y a la salud

El derecho a la vida y a la integridad física está recogido en el artículo 15 de la Constitución española; el derecho a la protección de la salud, en el artículo 43. Estos son los derechos privilegiados en la ponderación jurídica del confinamiento. El derecho a la salud ha suscitado muchas dudas desde su formulación en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1946; autores como la filósofa Onora O'Neill sostienen que es un derecho positivo, que no contiene la misma fuerza jurídica que los derechos negativos, sino que posee un carácter más moral y por tanto está más cerca de las virtudes que de la justicia (PUYOL, 2017).

La OMS (2008) aclara que el derecho a la salud no implica que el Estado deba garantizar la buena salud ni equivale a un derecho a estar sano, sino más bien a disfrutar de unos bienes y servicios que son necesarios para su realización. Entre esos servicios se encuentran las actuaciones contra una enfermedad epidémica. Aquí, el derecho a la salud se materializa en el objetivo de evitar la amenaza que supone para la salud de la población la presencia de una epidemia.

Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976) reconoce el derecho al «más alto nivel posible de salud física y mental» y establece que, entre las medidas que deben adoptar los Estados para garantizarlo, se encuentran la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas y la lucha contra ellas, por lo que la contención de la pandemia es una obligación de los gobiernos.

7.2.2 Derechos de circulación, reunión y manifestación

El derecho fundamental más claramente afectado por el confinamiento es el de circulación, recogido en el artículo 19 de la Constitución; automáticamente, no obstante, quedan afectados también los derechos de reunión y manifestación, previstos en el artículo 21. Se trata de los derechos y las libertades públicas que gozan de especial protección en el marco constitucional español, enumerados en la sección 1ª del capítulo II de la Constitución, en el que se recogen los derechos fundamentales y las libertades públicas. En comparación con estos derechos, el de la salud goza de una protección atenuada, por encontrarse en el capítulo III de la Constitución, es decir, entre los principios rectores de la política social y económica.

A mediados de marzo de 2020, HUMAN RIGHTS WATCH emitió un amplio comunicado en relación con las vulneraciones de derechos que estaban produciéndose a raíz de la pandemia en todo el mundo. La organización reconocía la necesidad de imponer algunas restricciones que afectasen a derechos fundamentales y se remitía a los principios de Siracusa, que se comentan a continuación, pero se declaraba preocupada por la amplitud de dichas restricciones. En el apartado dedicado a las limitaciones a la circulación, afirma que los confinamientos de duración indeterminada rara vez cumplen los criterios aceptados para la imposición de dichas restricciones.

HUMAN RIGHTS WATCH acusa en ese documento a China de imponer una cuarentena desproporcionada e irrespetuosa con los derechos humanos. También cita a Italia, pero admite que el confinamiento italiano es más protector para con los derechos individuales. Por último destaca el caso de países como Corea del Sur, Taiwán o Singapur, que habían respondido a la epidemia sin restricciones generalizadas de derechos, y concluye que los gobiernos deben evitar las restricciones «radicales y excesivamente generales» de la circulación y la libertad personal, y sólo adoptar restricciones obligatorias «cuando esté científicamente justificado».

7.2.3 Otros derechos

Aparte de los derechos obviamente afectados, podemos plantearnos hasta qué punto están vulnerándose otros derechos consagrados en la Constitución. ¿Cómo se garantiza el derecho a la educación cuando las escuelas y todos los centros docentes permanecen cerrados durante meses? HUMAN RIGHTS WATCH dedica un apartado al derecho a la educación, exigiendo que sea respetado aun durante el cierre de las escuelas, y subraya que la escuela brinda a los niños tranquilidad, normalidad, rutina y apoyo emocional. Otro derecho evidentemente afectado es la libertad de empresa (art. 38 C.E.), cuando se obliga a cerrar a los comercios no esenciales y se mantiene a autónomos y empresarios desocupados, sin su fuente de ingresos.

Pero hay otros derechos de los que se ha hablado menos. Como sostiene el catedrático de derecho procesal Jordi Nieva-Fenoll, de la Universidad de Barcelona, la reclusión forzosa es una medida gravísima que vulnera el derecho a la libertad (art. 17 C.E.), al suponer una forma de arresto domiciliario que sólo se adopta en el «proceso penal», cuando se aprecia riesgo de fuga o de reiteración delictiva. Considera que es una restricción demasiado relevante para poder efectuarla de la manera tan drástica como se hizo en la primavera de 2020 (SUGRAÑES, 2021). De hecho, NIEVA-FENOLL es de los pocos intelectuales españoles que protestaron desde el principio por la imposición de un confinamiento, según él algo inédito en el mundo más allá de China y de otros países no democráticos (NIEVA-FENOLL, 2020).

¿Qué ocurre, por otro lado, con la libertad de culto (art. 16 C.E.), el derecho a la intimidad personal y familiar (art. 18 C.E.) y el derecho al desarrollo integral de la personalidad (art. 25 C.E.)? El confinamiento supone una injerencia en la vida privada y la esfera íntima de la persona, a un nivel jamás visto en época moderna. Estos son derechos de contenido más nebuloso, ciertamente, pero algunos de ellos, como los de intimidad personal y familiar y el de desarrollo de la personalidad, no pueden ser suspendidos en ningún caso, ni mediante los estados de emergencia. Son, en realidad, más que derechos; según la propia Constitución, son el fundamento mismo del orden político y de la paz social.

7.3 Principios de Siracusa

El comunicado de HUMAN RIGHTS WATCH (2020) remite a los Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptados por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas en 1984.

Los Principios de Siracusa establecen que, en caso de resultar necesarias, las medidas especiales para proteger a la población deben aplicarse de conformidad con la ley, persiguiendo un objetivo legítimo de interés general, deben ser lo menos intrusivas posible y deben basarse en datos científicos. Además, deben tener una duración limitada, ser respetuosas con la dignidad humana y estar sujetas a revisión. Vemos aquí un reflejo jurídico de los principios éticos analizados en apartados posteriores, en el que se reproducen las mismas ideas de necesidad, proporcionalidad y justificación.

Cabe señalar también el comentario general Nº 27 del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, que considera la libertad de circulación como una condición indispensable para el libre desarrollo de la persona (ONU, 1999).

7.4 Legislación ordinaria

En España, la disposición que preveía las medidas más restrictivas para la lucha contra enfermedades infectocontagiosas es la escueta Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Las intervenciones enumeradas en esta ley son genéricas y están formuladas en un lenguaje vago; por ejemplo, se reconoce a la autoridad sanitaria la potestad de decretar «medidas oportunas» para «el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato».

Pocos años antes de la pandemia, la jurista Laura SALAMERO (2016) denunciaba la inseguridad jurídica en el ordenamiento actual y los débiles mecanismos de garantía de los derechos y libertades de los ciudadanos. SALAMERO lamenta en su artículo el amplio margen de discrecionalidad a favor de la Administración, así como la magnitud y el alcance de las medidas previstas por dicha ley orgánica, que pueden invadir «lo más esencial» de la esfera de derechos, como el derecho a la intimidad corporal y a la libertad deambulatoria.

7.5 Estado de alarma o excepción

En vista de las dificultades y carencias de la legislación ordinaria, como las comentadas por Laura SALAMERO (2016), muchos gobiernos, como el español, optaron por recurrir a sus facultades de emergencia. España decretó un estado de alarma el 14 de marzo de 2020 para poder aplicar las restricciones a las libertades fundamentales que exigía el confinamiento.

Algunos se plantearon si el gobierno estaba aplicando un estado de excepción encubierto, al suspender derechos en vez de limitarlos (GUINDAL, 2020), puesto que la Ley Orgánica 4/1981, que regula los estados de alarma, excepción y sitio, prevé que el estado de alarma pueda «limitar la circulación o permanencia de personas o vehículos en horas y lugares determinados» o «condicionarlas al cumplimiento de ciertos requisitos», pero no la suspensión del derecho previsto en el artículo 19 de la Constitución. La propia Constitución, en el artículo 55, establece que dicho artículo sólo puede ser suspendido en un estado de excepción o de sitio.

Se abre aquí otro debate de naturaleza lingüística sobre la distinción entre «limitación» y «suspensión». Manuel Jesús LÓPEZ BARONI compara las características del estado de alarma con el de excepción, en un interesante artículo en *Revista Internacional de Pensamiento Político* (2020). LÓPEZ BARONI explica con claridad que, al bloquear un derecho —se diga «restricción», «limitación» o como se quiera— quedan suspendidos *de facto* otros derechos que en ningún caso pueden ser suspendidos con un estado de alarma. En conclusión, el confinamiento desmonta la falsa idea de que el estado de excepción resulta más gravoso que el de alarma, por la intensidad en que quedan afectados los derechos («suspensión» en vez de «limitación»).

En julio de 2021, el Tribunal Constitucional declaró la inconstitucionalidad de algunos apartados del primer decreto de alarma dictado por el gobierno de Pedro Sánchez. Según el tribunal, la restricción del derecho de circulación es «general en cuanto a sus destinatarios» y «de altísima intensidad en cuanto a su contenido», por lo cual excede la limitación amparada por el estado de alarma:

A menos que se quiera despojar de significado sustantivo alguno al término «suspensión», parece difícil negar que una norma que prohíbe circular a todas las personas, por cualquier sitio y en cualquier momento, salvo en los casos expresamente considerados como justificados, supone un vaciamiento de hecho o, si se quiere, una suspensión del derecho, proscritos como se ha reiterado ya en el estado de alarma (Sentencia del Tribunal Constitucional 148/2021).

El gobierno reaccionó a la sentencia con una rabieta pueril, afirmando que el estado de alarma salvó 450.000 vidas (EFE, 2021), por lo que contraponen el confinamiento estricto, declarado inconstitucional, con la ausencia total de medidas sanitarias. Lo reduce a un todo o nada. Pero el Tribunal Constitucional no se opone a las medidas sanitarias en sí, ni entra a debatir su eficacia, sino que argumenta que el confinamiento es una suspensión de derechos fundamentales y no una mera limitación, para la que sería necesario declarar un estado de excepción; es decir, es una cuestión procedimental y no epidemiológica. Tampoco reconoce el gobierno que el abanico de medidas que podía tomar incluía intervenciones menos lesivas para los derechos, como las que se aplicaron en otros países o las que aplicó el propio gobierno más adelante el mismo año.

7.6 Legitimidad y desobediencia

Jordi Nieva-Fenoll opina que el comportamiento de la población española ha sido modélico, aun a pesar del caos jurídico y de los «despropósitos» que suponen algunas normas absurdas de difícil cumplimiento, pero echa en falta que no hubiera más espíritu crítico por parte de la población, demasiado conducida por el miedo, y reclama una mirada no sólo epidemiológica y jurídica, sino también sociológica (SUGRAÑES, 2021).

En Inglaterra, el letrado especialista en derechos humanos Adam WAGNER (2021), denuncia el desdén por el control parlamentario que ha mostrado el gobierno de Boris Johnson y habla de «catástrofe constitucional». Para WAGNER, las medidas impuestas por el gobierno británico —desde la práctica prohibición de las relaciones sexuales entre no convivientes

hasta el veto a las manifestaciones— habrían parecido inconcebibles poco tiempo atrás. Sin embargo, estas prohibiciones se han ido sucediendo mediante «legislación secundaria», es decir, órdenes ministeriales, que no requieren del preceptivo control del Parlamento. Es un problema parecido al que critica LÓPEZ BARONI (2020) en España: bajo el paraguas de una ley de excepción, se acaba regulando mediante legislación ordinaria los aspectos más fundamentales de la vida cotidiana de los ciudadanos.

Ante todo esto, se plantea una última cuestión: la legítima desobediencia del ciudadano a lo que percibe claramente como leyes injustas e injerencias extremas en su intimidad y su vida privada. Para explorar esta idea, resulta fascinante escuchar la entrevista concedida en marzo de 2021 por el antiguo juez del Tribunal Supremo británico Jonathan Sumption (SAYERS, 2021), ya aludido en relación con sus declaraciones sobre el valor de la vida.

Sumption comienza aclarando que no cree que la libertad sea un valor absoluto, y que hay situaciones en las que es preciso restringirla, pero poniendo el máximo cuidado en reservar dichas restricciones para casos de extrema necesidad. En este sentido, considera que la COVID-19 —de la que se recuperan el 99% de los enfermos— no reúne las condiciones de necesidad extrema para justificar una medida como encerrar a la población en sus casas. Por otro lado, para Sumption la interacción con otras personas no es un capricho, sino una necesidad humana básica, y la vida es algo más que evitar la muerte a toda cosa. Sumption se muestra rotundo: ante las leyes despóticas, lo mejor que podemos hacer es ignorarlas.



Figura 13. Manifestación en Buenos Aires por una «cuarentena inteligente» (2020)

8. Conclusiones

Las conclusiones de este trabajo se articulan en torno a tres ideas: el confinamiento es una innovación; el confinamiento es desproporcionado; y el confinamiento sienta un precedente preocupante.

1) INNOVACIÓN

Las pandemias no son nuevas. El confinamiento, sí.

Lo demuestran los precedentes históricos: es algo que jamás se había hecho, ni siquiera en la peor pandemia del último siglo, la gripe de 1918. Lo demuestran también los documentos científicos analizados, como las directrices de la OMS y los planes nacionales ante pandemias: la posibilidad de un confinamiento domiciliario obligatorio no se contemplaba ni siquiera para pandemias mucho peores. En los buscadores de artículos académicos, como PubMed, el término *lockdown* no arroja prácticamente ningún resultado anterior a 2020. Sencillamente, era algo inconcebible.

Lo demuestran, por último, las declaraciones de expertos: el epidemiólogo Neil Ferguson, uno de los responsables de la gestión británica de la pandemia, admitía en una entrevista en *The Times* que el confinamiento era algo que jamás se habrían planteado, de no ser por China; luego, cuando vieron que Italia lo hacía, se dijeron que los demás también podrían hacerlo (WHIPPLE, 2021). Gauden Galea, el salubrista representante de la OMS en China, aseveraba que el confinamiento de Wuhan era una medida sin precedentes, «ciertamente no una recomendación de la OMS» (REUTERS, 2020). Y Stefan BARAL, epidemiólogo de la Universidad Johns Hopkins, lo expresaba en términos contundentes: «De mis diez años de formación en salud pública, no recuerdo la lección del confinamiento» (BARAL, 2020).

El confinamiento sólo podía plantearlo un régimen despótico. Cabe preguntarse qué habría pasado si, en vez de haber aparecido en China, el primer brote hubiese surgido en algún país nórdico, o en otra democracia consolidada. Nunca lo sabremos, pero es verosímil creer que jamás se hubiese planteado la posibilidad de encerrar a toda la población en sus casas. Tampoco sabremos cómo habría reaccionado el mundo, ni cuál habría sido la reacción de las izquierdas, si el primer dirigente en encerrar a sus ciudadanos no hubiese sido Xi Jinping, sino un mandatario denostado como Donald Trump, Jair Bolsonaro o Vladímir Putin.

2) PROPORCIONALIDAD

El confinamiento es una medida sanitaria desproporcionada.

Aunque admitamos que está justificado para salvaguardar la vida y la salud de la población, no supera el examen de proporcionalidad, ni en el marco ético principialista ni en el marco jurídico internacional relativo a la legislación de excepción. Es una medida extrema, que atenta contra la intimidad de las personas y su libre desarrollo, a un grado sólo imaginable en un Estado totalitario o una distopía de ciencia-ficción.

Una de las formas de demostrarlo es comparar los diferentes modelos aplicados por los países, desde las medidas puramente voluntarias hasta los confinamientos más estrictos como el de España, por mantenernos sólo en Occidente. En el primer confinamiento, España destaca muy negativamente en nuestro entorno, por no haber previsto mecanismos de alivio para la población afectada, como la posibilidad de ejercitarse individualmente o de formar unidades convivenciales extendidas. También se puede criticar la proporcionalidad desde el punto de vista de la extensión en el tiempo y de la indiscriminación geográfica.

Posteriormente, en el otoño de 2020 y el invierno de 2021, España aplicó medidas más laxas que otros países y decidió que la posibilidad de volver a encerrar a la ciudadanía estaba más allá de lo permisible para luchar contra la epidemia, lo cual refuerza la conclusión de que el confinamiento estricto es una medida desproporcionada.

3) PRECEDENTE PREOCUPANTE

El confinamiento sienta un precedente preocupante.

Jonathan Sumption explica, en la entrevista mencionada (SAYERS, 2021), que nuestra condición de sociedad libre no depende sólo de la ley escrita, sino de las convenciones, es decir, de un instinto colectivo sobre lo que es correcto y no es correcto hacer. Hay muchas cosas que *pueden* hacer los gobiernos pero que, por normal general, se acepta que *no deben* hacer. Una de ellas era, hasta marzo de 2020, encerrar a la población sana en sus casas. Esa convención ahora se ha roto. El jurista Adam WAGNER (2021) recuerda, además, que cuanto más fácil es quitar una libertad, mayor será la tentación de recortarla de nuevo en el futuro. Enfrentados a una nueva pandemia —que las habrá—, o cada vez que se descubra un nuevo patógeno, o quizás cuando se desate un problema de orden público o sobrevenga una catástrofe ambiental, ¿volveremos a enfiar por la vía recta de los decretos de emergencia, la suspensión de libertades y los encierros masivos? ¿Qué peligros nos depara la banalización de los poderes de emergencia? En esta misma línea, LÓPEZ BARONI (2020) advierte: «Si no se rectifica pronto y se adecúan las normas a situaciones como la vivida, quizá algún día paguemos un alto coste por nuestra ingenuidad».

De cara al futuro, también adquieren especial tino las palabras de Laura SALAMERO (2016), cinco años después. SALAMERO urgía a revisar el marco jurídico español de las medidas sanitarias de emergencia. Para ello, reclamaba incorporar a la normativa una serie de principios —análisis del riesgo, científicidad, precaución, proporcionalidad, igualdad y no discriminación— que reflejan las consideraciones éticas y políticas de este trabajo.

La observancia escrupulosa de estos principios debería impedir la adopción de medidas desproporcionadas y extremas. Debería amparar mejor los derechos de los ciudadanos en una sociedad democrática y plural, integrada por personas libres, racionales y dotadas de capacidad de decisión.

9. Bibliografía

9.1 Obras citadas

ÁLVAREZ, Adriana (2020): «Los años que vivimos en pandemias: la poliomielitis, la gripe asiática y la gripe de Hong Kong. Semejanzas y diferencias con el coronavirus (Argentina, 1957-2020)». *Prácticas de Oficio: Investigación y Reflexión en Ciencias Sociales* 1 (25): 3-16.

BARAL, Stefan (16 de agosto de 2020). Twitter. En línea: <https://twitter.com/sdbaral/status/1294983211156676610> [consultado el 20.VI.2021].

BAYER, Ronald y Amy FAIRCHILD (2004): «The genesis of public health ethics». *Bioethics* 18 (6): 1467-8519.

BELL, Beth, Inger Damon, Daniel Jernigan *et al.* (2016): «Overview, Control Strategies, and Lessons Learned in the CDC Response to the 2014-2016 Ebola Epidemic». *Morbidity and Mortality Weekly Report* 65 (Suppl. 3): 4-11.

BERNSTEIN, Lenny y Tim CRAIG (25 de enero de 2020): «Unprecedented Chinese quarantine could backfire, experts say». *The Washington Post*. En línea: https://www.washingtonpost.com/health/unprecedented-chinese-quarantine-could-backfire-experts-say/2020/01/24/db073f3c-3ea4-11ea-8872-5df698785a4e_story.html [consultado el 20.VI.2021].

BLAND, Archie (19 de enero de 2021): «Experts unconvinced by Lord Sumption's lockdown ethics». *The Guardian*. En línea: <https://www.theguardian.com/law/2021/jan/19/less-valuable-experts-unconvinced-by-lord-sumptions-lockdown-ethics> [consultado el 20.VI.2021].

BROOKS, Samantha, Rebecca Webster, Louise Smith *et al.* (2020): «The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence». *The Lancet* 395: 912-920.

CARDENAL, León (dir.) (1916): *Diccionario terminológico de ciencias médicas*. Barcelona: Salvat.

CARRIÓN, Jorge (2020): *Lo viral*. Barcelona: Galaxia Gutenberg.

CASTIEL, Luis David y Carlos ÁLVAREZ-DARDET (2007): «La salud persecutoria». *Revista de Saúde Pública* 41 (3): 461-466.

CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE LOS ESTADOS UNIDOS (CDC) (2017): *Quarantine and isolation*. En línea: <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html> [consultado el 03.IV.2021].

CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE LOS ESTADOS UNIDOS (CDC) (2010): «The 2009 H1N1 Pandemic: Summary Highlights, April 2009-April 2010». En línea: <https://www.cdc.gov/h1n1flu/cdcreponse.htm> [consultado el 03.IV.2021].

CIGHETTI, Roberto (3 de marzo de 2020): «Cosa succede a Codogno dopo una settimana di quarantena». *Vice Italy*. En línea: <https://www.vice.com/it/article/xgq5k3/codogno-dopo-una-settimana-di-quarantena> [consultado el 02.V.2021].

CONTE, Giuseppe (9 de marzo de 2020): «Tutta Italia zona arancione. Firmo decreto 'Io resto a casa'». Alocución oficial. *La Stampa* [Youtube]:

https://www.youtube.com/watch?v=swCpQtzWYLg&ab_channel=LaStampa [consultado el 03.V.2021].

CORTÉS, Francisco (2013): «Epidemia, endemia, pandemia. Significado por contraste entre tres términos muy relacionados». *Panacea: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción* 14 (37): 86-87.

COSTA, José María (8 de julio de 2020): «Monitor. Cómo fue la movilidad en la nueva cuarentena estricta en comparación con la fase 1». *La Nación*. En línea:

<https://www.lanacion.com.ar/sociedad/monitor-como-fue-movilidad-nueva-cuarentena-estricta-nid2392803/> [consultado el 17.V.2021].

CRAWFORD, Matthew (2020): *Why we drive*. Londres: The Bodley Head.

CRAWFORD, Robert (1980): «Healthism and the medicalization of everyday life». *International Journal of Health Services* 10 (3): 365-388.

CRAWFORD, Robert (2004): «Risk ritual and the management of control and anxiety in medical culture». *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 8 (4): 505-528.

CHILDRESS, James, Ruth Faden, Ruth Gaare *et al.* (2002): «Public health ethics: mapping the terrain». *Journal of Law Medicine & Ethics* 30: 170-178.

DEUTSCHE WELLE (14 de abril de 2020): «Coronavirus: What are the lockdown measures across Europe?». *Deutsche Welle*. En línea: <https://www.dw.com/en/coronavirus-what-are-the-lockdown-measures-across-europe/a-52905137> [consultado el 20.V.2021].

EFE (14 de julio de 2021): «Llop asegura que el estado de alarma se ajustó a la legalidad constitucional: "Salvó 450.000 vidas"». *El Confidencial*. En línea:

https://www.elconfidencial.com/espana/2021-07-14/gobierno-asegura-estado-alarma-legalidad-constitucional_3185080/ [consultado el 10.IX.2021].

EISENSTEIN, Charles (2020): «The Coronation». En línea (blog del autor):

<https://charleseisenstein.org/essays/the-coronation>

ELLYATT, Holly (30 de marzo de 2020): «No lockdown here: Sweden defends its more relaxed coronavirus strategy». *CNBC*. En línea: <https://www.cnb.com/2020/03/30/sweden-coronavirus-approach-is-very-different-from-the-rest-of-europe.html> [consultado el 17.V.2021].

ERKOREKA, Antón (2020): *Una nueva historia de la gripe española: paralelismos con la covid-19*. Pamplona: Lamiñarra.

FERNÁNDEZ, Ana María (2020): «Algunas experiencias de la influenza A H1N1 en México (2009)». *Humanitas* 47 (IV): 140-182.

FLAXMAN, Seth, Swapnil Mishra, Axel Gandy *et al.* (2020): «Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe». *Nature* 584: 257-261.

FOUCAULT, Michel (2000 [1975]): *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Traducción de Aurelio Garzón del Camino. México: Siglo XXI.

FOUCAULT, Michel (2012 [1966]): *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Traducción de Francisca Perujo. México: Siglo Veintiuno.

FT VISUAL & DATA JOURNALISM TEAM (2021): «Lockdowns compared: tracking governments' coronavirus responses». *Financial Times*. En línea: <https://ig.ft.com/coronavirus-lockdowns/> [consultado el 17.V.2021].

FUNDÉU (2020): «Confinamiento, palabra del año 2020 para la Fundéu-RAE». En línea: <https://www.fundeu.es/recomendacion/confinamiento-palabra-del-ano-2020-para-la-fundeurae>

GARCÍA LÓPEZ, Fernando (s.f.): «Ética y salud pública». Material docente del Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona, XXIII edición (2020-2022). Módulo I, unidad 3, tema 3.

GOSTIN, Lawrence (2003): «When Terrorism Threatens Health: How Far Are Limitations on Human Rights Justified». *Journal of Law, Medicine & Ethics* 31: 524-528.

GUINDAL, Carlota (24 de mayo de 2020): «Estado de alarma: ¿imprescindible o excesivo?». *La Vanguardia*. En línea: <https://www.lavanguardia.com/politica/20200524/481361635332/estado-de-alarma-coronavirus-constitucion-prioridad-vida-excesivo.html> [consultado el 03.V.2021].

Haidt, Jonathan y Greg Lukianoff (2018): *The Coddling of the American Mind*. Penguin. [Editado en España como *La transformación de la mente moderna*. Traducción de Verónica Puertollano. Barcelona: Deusto, 2019.]

HALE, Thomas, Noam Angrist, Beatriz Kira *et al.* (2020): *Variation in Government Responses to COVID-19*. Versión 5.0. BSG Working Paper Series. Blavatnik School of Government (Universidad de Oxford). Disponible en: <https://www.bsg.ox.ac.uk/sites/default/files/2020-04/BSG-WP-2020-032-v5.0.pdf> [consultado el 17.V.2021].

HODGE, James, Leila Barraza, Gregory Measer *et al.* (2014): «Global Emergency Legal Responses to the 2014 Ebola Outbreak: Public Health and the Law». *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 42 (4): 595-601.

HOLLAND, Stephen (2015): *Public Health Ethics*. 2ª edición. Cambridge: Polity Press.

HONIGSBAUM, Mark (2020): «Revisiting the 1957 and 1968 influenza pandemics». *Lancet* 395: 1824-1826.

HOTTOIS, Gilbert (2009): «Dignidad humana y bioética. Un enfoque filosófico crítico». Traducción de Chantal Aristizábal Tobler. *Revista Colombiana de Bioética* 4 (2): 53-83.

HUFFPOST (14 de marzo de 2020): «"Ci sono ancora troppe persone per strada e comportamenti da migliorare"». *Huffpost*. En línea: https://www.huffingtonpost.it/entry/ci-sono-ancora-troppe-persone-per-strada-e-comportamenti-da-migliorare_it_5e6cc3b5c5b6dda30fc9dcd0 [consultado el 06.VII.2021].

HUMAN RIGHTS WATCH (19 de marzo de 2020): *Dimensiones de derechos humanos en la respuesta al COVID-19*. En línea: <https://www.hrw.org/es/news/2020/03/31/dimensiones-de-derechos-humanos-en-la-respuesta-al-covid-19> [consultado el 14.I.2021].

ILLICH, Ivan (1975): *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Exploration of Health*. Londres: Marion Boyars.

JOHN, Stephen (2020): «The Ethics of Lockdown: Communication, Consequences, and the Separateness of Persons». *Kennedy Institute of Ethics Journal* 30 (3/4): 265-289.

KLUGMAN, Craig (2007): «Public Health Principlism». *Online Journal of Health Ethics* 4 (1).

KOTTOW, Miguel (2011): «Public Health Bioethics». En: Chiarelli, B. (coord.): *Global Bioethics - Perspective for Human Survival*. InTech Europe. En línea: https://www.researchgate.net/publication/221919139_Public_Health_Bioethics

KULLDORFF, Martin, Sunetra GUPTA y Jay BHATTACHARYA (2020): *Great Barrington Declaration*. En línea: <https://gbdeclaration.org> [consultada el 18.VI.2021].

LEFRAK, Mikaela (1 de abril de 2020): «Here's What You Can Still Do Outside Under Local Stay-At-Home Orders». *NPR*. En línea: <https://www.npr.org/local/305/2020/04/01/825212419/here-s-what-you-can-still-do-outside-under-local-stay-at-home-orders> [consultado el 17.V.2021].

LEVENSON, Michael (22 de enero de 2020): «Scale of China's Wuhan Shutdown Is Believed to Be Without Precedent». *The New York Times*. En línea: <https://www.nytimes.com/2020/01/22/world/asia/coronavirus-quarantines-history.html> [consultado el 20.IV.2021].

LÉVY, Bernard-Henri (2020): *Este virus que nos vuelve locos*. Traducción de Núria Molines Galarza. Madrid: La Esfera de los Libros.

LÓPEZ BARONI, Manuel Jesús (2020): «El sistema de fuentes del derecho de excepción durante la pandemia: una brecha de seguridad en el ordenamiento jurídico». *Revista Internacional de Pensamiento Político* 15: 187-214.

MACKLIN, Ruth (2003): «Dignity is a useless concept». *British Medical Journal* 327: 1419-1420.

MANDAVALLI, Apoorva (2003): «SARS epidemic unmasks age-old quarantine conundrum». *Nature Medicine* 9 (5): 487.

MARÍN, Maribel (17 de enero de 2021): «Salvador Illa: "Las autonomías ya pueden decretar lo que otros países llaman confinamiento"». *El País*. En línea: <https://elpais.com/espana/2021-01-16/salvador-illa-las-autonomias-ya-pueden-decretar-lo-que-otros-paises-llaman-confinamiento.html> [consultado el 28.II.2021].

MARINERO PERAL, Ángel María (2020): *Crisis sanitaria COVID-19. Normativa italiana*. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado: Madrid. En línea: https://boe.es/biblioteca_juridica/codigos/covid19/normativa_italiana.pdf [consultado el 02.V.2021].

- MARKEL, Howard, Harvey Lipman, Alexander Navarro *et al.* (2007): «Nonpharmaceutical Interventions Implemented by US Cities During the 1918-1919 Influenza Pandemic». *JAMA* 298 (6): 644-654.
- MCNEIL, Sam (23 de enero de 2020): «Q&A: WHO representative addresses China's new virus outbreak». *Associated Press*. En línea: <https://apnews.com/article/0e46df9113bd32507d08c1e0569a814e> [consultado el 20.VI.2021].
- MILL, John Stuart (1859/2014): *Sobre la libertad*. Traducción y edición de César Ruiz Sanjuán. Madrid: Ediciones Akal.
- MINISTERIO DE SANIDAD (2005): *Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe*. Ministerio de Sanidad y Consumo (España). En línea: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/pandemia/home.htm> [consultado el 15.VII.2021].
- NIEVA-FENOLL, Jordi (13 de julio de 2020): «Más imaginación y menos restricciones frente al covid-19». *El Periódico*. En línea: <https://www.elperiodico.com/es/opinion/20200713/mas-imaginacion-y-menos-restricciones-frente-al-covid-19-por-jordi-nieva-fenoll-8038207> [consultado el 11.I.2021].
- OBSERVATORIO DE BIOÉTICA Y DERECHO (2020): *Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia*. Universidad de Barcelona. En línea: http://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/doc_recom-pandemia.pdf [consultado el 10.IX.2021].
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1999): Comentario general N° 27: *Libertad de circulación*. En línea: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1400.pdf> [consultado el 20.VI.2021].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1948): *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008): *El derecho a la salud*. Folleto informativo N° 31. Ginebra: OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2011): *Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009*. Ginebra: OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2015): *World Health Organization best practices for the naming of new human infectious diseases*. Ginebra: OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2016): *Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks*. Ginebra: OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2019): *Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza*. Ginebra: OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2020): *Overview of Public Health and Social Measures in the context of COVID-19*. Ginebra: OMS.

PELLECCHIA, Umberto, Rosa Crestani, Tom Decroo *et al.* (2015): «Social Consequences of Ebola Containment Measures in Liberia». *PLoS ONE* 10 (12): e0143036.

PINO, Luis Miguel y Justo HERNÁNDEZ (2008): «Los conceptos de peste y epidemia: semántica y lexicografía». *Revista de Filología* 26: 191-204.

PRAINSACK, Barbara (2020): «Solidarity in Times of Pandemics». *Democratic Theory* 4/2: 124-133.

PUYOL, Ángel (2017): «Del derecho a la salud a la ética del racionamiento sanitario». *Anales de la Cátedra Francisco Suárez* 52: 43-65.

QIAN, Yue y Amy HANSER (2021): «How did Wuhan residents cope with a 76-day lockdown?». *Chinese Sociological Review* 53 (1): 55-86.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (RANM) (2012): *Diccionario de términos médicos*. Madrid: Panamericana. En línea: <http://dtme.ranm.es>

RECIO, Pablo (16 de junio de 2021): «Los mayores contestan a Simón: "La vida de alguien de 95 es igual de importante que la de uno de 20"». *65 y Más*. En línea: https://www.65ymas.com/sociedad/mayores-contestan-simon-vida-alguien-95-es-igual-importante-20_28815_102.html [consultado el 18.VI.2021].

REN, Xuefei (2020): «Pandemic and lockdown: a territorial approach to COVID-19 in China, Italy and the United States». *Eurasian Geography and Economics* 61 (4-5): 423-434.

REUTERS (23 de enero de 2020): «Wuhan lockdown 'unprecedented', shows commitment to contain virus: WHO representative in China». Reuters. En línea: <https://www.reuters.com/article/us-china-health-who-idUSKBN1ZM1G9> [consultado el 20.VI.2021].

RIES, Nola (2006): «Chapter 3. The 2003 SARS outbreak in Canada: legal and ethical lessons about the use of quarantine». *Advances in Bioethics* 9 (43-67).

ROCA CABAU, Guillem (2016): «Medidas municipales contra la peste en la Lleida del siglo XIV e inicios del XV». *Dynamis* 38 (1): 15-39.

ROYO, Miguel Ángel, Eloy ROYO y Fernando GARCÍA (2020): «La salud pública NO está por encima de todo». *Eldiario.es*. En línea: https://www.eldiario.es/opinion/tribuna-abierta/salud-publica-encima_129_5874450.html [consultado el 18.XII.2020].

SALAMERO, Laura (2016): «Derechos individuales frente a salud pública en la protección ante enfermedades contagiosas: propuestas de mejora del marco regulatorio vigente». *Gaceta Sanitaria* 30 (S1): 69-73.

SAVULESCU, Julian y James CAMERON (2020): «Why lockdown of the elderly is not ageist and why levelling down equality is wrong». *Journal of Medical Ethics* 46: 717-721.

SAYERS, Freddie (4 de marzo de 2021): «Lord Sumption: civil disobedience has begun», entrevista con Jonathan Sumption. *UnHerd*. En línea: <https://unherd.com/2021/03/lord-sumption-civil-disobedience-has-begun/?1624185992393> [consultada el 05.III.2021].

SKOPELITI, Clea (17 de enero de 2021): «Lord Sumption tells stage 4 cancer patient her life is 'less valuable'». *The Guardian*. En línea: <https://www.theguardian.com/law/2021/jan/17/jonathan-sumption-cancer-patient-life-less-valuable-others>

SPINNEY, Laura (2017): *Pale Rider: The Spanish Flu of 1918 and How It Changed the World*. Londres: Vintage. [Editado en España como *El jinete pálido. 1918: La epidemia que cambió el mundo*, traducción de Yolanda Fontal Rueda. Barcelona: Crítica, 2018.].

SUGRAÑES, Marta (2021): *El Vespre* [programa informativo], emisión de 15 de marzo de 2021. La 2 de Televisión Española. En línea: <https://www.rtve.es/alacarta/videos/el-vespre/15032021/5818997/> [consultado el 20.VI.2021].

SVEREGINI, Chiara (30 de enero de 2020): «Coronavirus, primi due casi in Italia: "Sono due cinesi in vacanza a Roma". Sono arrivati a Milano il 23 gennaio». *Corriere della Sera*. En línea: https://www.corriere.it/cronache/20_gennaio_30/coronavirus-italia-corona-9d6dc436-4343-11ea-bdc8-faf1f56f19b7.shtml [consultado el 02.V.2021].

SVOBODA, Tomislav, Bonnie Henry, Leslie Shulman *et al.* (2004): «Public health measures to control the spread of the Severe Acute Respiratory Syndrome during the outbreak in Toronto». *New England Journal of Medicine* 350 (23): 2352-2361.

TAN, Chorh-Chuan (2006): «SARS in Singapore – key lessons from an epidemic». *Annals of the Academy of Medicine of Singapore* 35 (5): 345-349.

THE GUARDIAN (12 de octubre de 2020): «WHO chief says herd immunity approach to pandemic 'unethical'». *The Guardian*. En línea: <https://www.theguardian.com/world/2020/oct/12/who-chief-says-herd-immunity-approach-to-pandemic-unethical> [consultado el 18.VI.2021].

THE ECONOMIST (20 de diciembre de 2020): «¿Confinados? Mejor en grupo». Traducción de Gabriel López Guix. *La Vanguardia*. En línea: <https://www.lavanguardia.com/vida/20201210/6105705/confinados-mejor-grupo-the-economist.html> [consultado el 12.XII.2021].

The New Oxford Dictionary of English (1998). Oxford: Oxford University Press.

TRILLA, Antoni (2006): *La grip, la grip aviària i l'amenaça d'una pandèmia gripal*. Barcelona: Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. En línea: <https://www.comb.cat/pdf/publicacions/qbp/praxi22.pdf> [consultado el 18.VI.2021].

UPSHUR, Ross (2002): «Principles for the justification of public health intervention». *Canadian Journal of Public Health* 93 (2): 101-103.

VAN GELDEREN, Ana (8 de septiembre de 2019): «Días de miedo, dolor y aislamiento: dos sobrevivientes de la gripe A recuerdan el calvario a 10 años de la pandemia». *Infobae*. En línea: <https://www.infobae.com/sociedad/2019/09/08/dias-de-miedo-dolor-y-aislamiento-dos-sobrevivientes-de-la-gripe-a-recuerdan-el-calvario-a-10-anos-de-la-pandemia/> [consultado el 04.IV.2021].

VAN HOOF, Elke (2020): «Lockdown is the world's biggest psychological experiment - and we will pay the price». *Foro Económico Mundial*. En línea:

<https://www.weforum.org/agenda/2020/04/this-is-the-psychological-side-of-the-covid-19-pandemic-that-were-ignoring/> [consultado el 04.IV.2021].

WAGNER, Adam (2021): «Taking liberties: Covid-19 and the anatomy of a constitutional catastrophe». *Prospect*. En línea: <https://www.prospectmagazine.co.uk/essays/adam-wagner-covid-lockdown-law-democracy-essay> [consultado el 15.V.2021].

WHIPPLE, Tom (25 de diciembre de 2020): «Professor Neil Ferguson: People don't agree with lockdown and try to undermine the scientists». *The Times*. En línea:

<https://www.thetimes.co.uk/article/people-don-t-agree-with-lockdown-and-try-to-undermine-the-scientists-gnms7mp98> [consultado el 18.I.2021].

WIKIPEDIA (2019): «Lockdown». Última versión guardada de 2019 (20 de septiembre). Web Archive: <https://web.archive.org/web/20190920221535/https://en.wikipedia.org/wiki/Lockdown> [consultada el 28.II.2021].

XU, Dafeng (2020): «Physical mobility under stay-at-home orders: A comparative analysis of movement restrictions between the U.S. and Europe». *Economics and Human Biology* 40: 100936.

9.2 Otras obras consultadas

Arrizabalaga, Jon (1991): «La Peste Negra de 1348: los orígenes de la construcción como enfermedad de una calamidad social». *Dynamis* 11: 73-117.

Black, Thomas (25 de abril de 2009): «Mexico's Calderon Declares Emergency Amid Swine Flu Outbreak». Bloomberg. En línea (archivado): [https://web.archive.org/web/20090427013106/http://www.bloomberg.com/apps/news?pid=20601087&sid=aEsNownAB\]6Q&refer=worldwide](https://web.archive.org/web/20090427013106/http://www.bloomberg.com/apps/news?pid=20601087&sid=aEsNownAB]6Q&refer=worldwide) [consultado el 04.IV.2021].

Cortés, Francisco (1999-2020): *Dicciomed: Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. Salamanca: Ediciones de la Universidad de Salamanca. En línea: <https://dicciomed.usal.es>

Crosby, Alfred (2003): *America's Forgotten Pandemic. The Influenza of 1918*. Segunda edición. Cambridge: Cambridge University Press.

Faden, Ruth, Justin Bernstein y Sirine Shebaya (2020): «Public Health Ethics». *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Edward N. Zalta (ed.). En línea: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/publichealth-ethics> [consultado el 18.XII.2020].

Feng, Emiliy (26 de junio de 2020): «'We No Longer Wish For Much': People Of Wuhan Share Stories Of Loss And Survival». *NPR*. En línea: <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2021/01/23/959618838/wuhans-lockdown-memories-one-year-later-pride-anger-deep-pain?t=1619967627329> [consultado el 02.V.2021].

Illmer, Andreas, Yitsing Wang y Tessa Wong (22 de enero de 2021): «Wuhan lockdown: A year of China's fight against the Covid pandemic». *BBC News*. En línea: <https://www.bbc.com/news/world-asia-china-55628488> [consultado el 02.V.2021].

Kaner, Jolie y Sarah Schaak (2016): «Understanding Ebola: the 2014 Epidemic». *Globalization and Health* 12: 53.

Kretschmer, Fabian (22 de enero de 2021): «China's Wuhan remembers coronavirus lockdown». *Deutsche Welle*. En línea: <https://www.dw.com/en/chinas-wuhan-remembers-coronavirus-lockdown/a-56313401> [consultado el 02.V.2021].

Navarro, Fernando (2017): *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico* (3.ª edición). Edición en línea (versión 3.10). Madrid: Cosnautas.
<http://www.cosnautas.com/es/catalogo/diccionario-medico-librorojo>

Organización Mundial de la Salud (2003): *Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS)*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (sin fecha): «Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)» [página web]. https://www.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome#tab=tab_1 [consultado el 30.III.2021].

Pennington, Hugh (2020): «Memories of the 1957 Flu». *London Review of Books Blog*. En línea: <https://www.lrb.co.uk/blog/2020/april/memories-of-the-1957-flu> [consultado el 02.IV.2021].

Real Academia Española (2014): *Diccionario de la lengua española*. 23.ª edición. En línea: <https://dle.rae.es/>

Rosen, George (1993): *A History of Public Health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993.

Sabhlok, Sanjeev (2020): *The Great Hysteria and the Broken State*. Redland Bay (Australia): Connor Court.

Senger, Michael P. (2020): «China's Global Lockdown Propaganda Campaign». *Tablet*. En línea: <https://www.tabletmag.com/sections/news/articles/china-covid-lockdown-propaganda> [consultado el 15.VII.2021].

Trilla, Antoni, Guillem Trilla y Carolyn Daer (2008): «The 1918 "Spanish Flu" in Spain». *Clinical Infectious Diseases* 47: 668-673.

9.3 Legislación y jurisprudencia citadas

Legislación internacional

Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1946.

Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1976.

Organización de las Naciones Unidas. Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de 1984. En línea: <https://undocs.org/pdf?symbol=es/E/CN.4/1985/4> [consultado el 20.VI.2021].

Legislación española

Constitución Española de 1978. *Boletín Oficial del Estado*. En línea: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. *Boletín Oficial del Estado*. En línea: <https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10498> [consultada el 20.VI.2021].

Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio. *Boletín Oficial del Estado*. En línea: <https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1981-12774> [consultada el 20.VI.2021].

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. *Boletín Oficial del Estado*. En línea: <https://boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-3692-consolidado.pdf> [consultado el 03.V.2021].

Legislación extranjera

Argentina. Decreto 297/2020, de aislamiento social preventivo y obligatorio, de 19 de marzo de 2020. *Boletín Oficial de la República Argentina*. En línea: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320> [consultado el 17.V.2021].

Inglaterra. *The Health Protection (Coronavirus, Restrictions) (England) Regulations 2020* (No. 350), de 26 de marzo de 2020. En línea: <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2020/350/made/data.pdf> [consultado el 17.V.2021].

Lombardía (Italia). Ordenanza N° 514, de 21 de marzo de 2020. En línea: http://www.prefettura.it/FILES/AllegatiPag/1202/9699-Ordinanza_514.pdf [consultado el 03.V.2021].

Jurisprudencia

España. Sentencia 148/2021 del Tribunal Constitucional de 14 de julio de 2021, en el recurso de inconstitucionalidad núm. 2054-2020. *Boletín Oficial del Estado*. En línea: <https://hj.tribunalconstitucional.es/docs/BOE/BOE-A-2021-13032.pdf> [consultado el 12.IX.2021].

9.4 Créditos de las ilustraciones

Ilustración de portada: Un hombre se asoma a una ventana de su apartamento, en París, durante el confinamiento de marzo de 2021. Fotografía de Omar Havana para Getty Images.

Figura 1: *La cuarentena de Lorenzo*. Acuarela de Sandro Borghini, abril de 2020.

Figura 2: Campaña de la Organización Mundial de la Salud (2020); «distancia física no equivale a aislamiento social».

Figura 3: Entierro de los muertos en Tournai (Bélgica) durante la peste negra de 1347-1352. Detalle de una miniatura de Pierart dou Tielt. Real Biblioteca de Bélgica.

Figura 4: Fotografía del otoño de 1918, en Seattle. Un muchacho posa ante el cartel que anuncia el cierre de todos los cines y teatros por orden de la alcaldía. Museo de Historia e Industria de Seattle.

Figura 5: El ejército mexicano reparte mascarillas entre la población, como prevención de la gripe, en 2009. Fotografía de Randall Sheppard.

Figura 6: Entrada a un complejo residencial chino. Fotografía de HN Rednet.

Figura 7: *Viejo asomado a la ventana* (1653), pintura de Samuel van Hoogstraten (1627-1678). Museo de Historia del Arte de Viena.

Figura 8: Colas para el reparto de alimentos en la parroquia de San Isidro (Barcelona), en el primer trimestre de 2021. Fotografía de *El Periódico de Cataluña*.

Figura 9: Balcón en Valencia, durante las primeras semanas de la pandemia. Fotografía de Kai Fösterling para Agencia EFE.

Figura 10: Una mujer abraza a su abuela con una lona de plástico de por medio, en Nueva York, en mayo de 2020. Fotografía de Al Bello para Getty Images.

Figura 11: Manifestación efímera del movimiento artístico-reivindicativo Schwarze Wahrheit («Verdad negra»), contra las medidas de distanciamiento social, en Viena en diciembre de 2020. Los carteles que portan llevan la inscripción «Aíslense».

Figura 12: Cacerolazo frente a la Quinta de Olivos (residencia del presidente de la República Argentina), en mayo de 2021. Fotografía de Marcelo Carroll.

Figura 13: Manifestación contra las medidas de confinamiento, frente al Obelisco, en el centro de Buenos Aires, en mayo de 2020, reclamando una «cuarentena inteligente». Foto de Marín Zabala para Xinhua.