

CRISIS SANITARIAS: RESPUESTA ANTE SITUACIONES EXTRAORDINARIAS DE URGENTE NECESIDAD EN EL SIGLO XXI

Health crisis: responses to extraordinary situations of urgent need in the XXI century



Trabajo Fin de Grado

El objetivo principal de este proyecto es el estudio sistemático de la normativa aplicable y actuación del sistema nacional de salud, en situaciones sanitarias extraordinarias, tales como, el Ébola y el Coronavirus (SARS-CoV2), en salvaguarda de la salud pública. La seguridad de la sociedad se ha de tratar esencialmente como el objetivo principal de todo sistema y así establecer las herramientas necesarias para la protección de los bienes jurídicos fundamentales protegidos de la persona.

The main objective of this project is the systematic study of the applicable regulations and actions of the national health system, in extraordinary health situations, such as Ebola and Coronavirus (SARS-CoV2), in safeguard public health. The security of society must be treated essentially as the main objective of any system and thus establish the necessary tools for the protection of the fundamental legal rights of the person.

Autor: D. Juan Carlos TAVERNER ILLESCAS.

Director: Dr. Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ.

Grado en Derecho (Plan 2010) – Universidad de Almería. 2020/2021

Curso académico: 2020/2021

Abreviaturas	4
I. INTRODUCCIÓN.	6
II. ALERTAS SANITARIAS Y EMERGENCIAS: EL REGIMEN JURÍDICO.....	8
1. Consideraciones previas	8
2. La política sanitaria europea e internacional y su conexión con España.....	10
3. La política y grupo normativo regulador en España.	13
III. LAS CRISIS EPIDEMIOLOGÍCAS EN ESPAÑA.	16
1. El Ébola.....	16
1.1. Introducción.	16
1.2. El brote de Ébola en España.....	17
1.3. Marco normativo.	18
1.3.1. Normativa general en materia de salud pública.	18
1.3.2. Ley Orgánica de Medidas Especiales en materia de Salud Pública..	20
1.4. Análisis de los derechos fundamentales afectados.....	23
1.5. Breve reflexión sobre las aportaciones de Europa y España a la política sanitaria internacional del Ébola.	25
2. Coronavirus: SARS-Cov-2 (COVID19)	27
2.1. Introducción.	27
2.2. La Unión Europea frente al COVID-19.....	29
2.3. El brote vírico COVID19 en España.....	31
2.4. La declaración del estado de alarma.	32
2.4.1. El estado de alarma.	33
2.4.2. Prorrogas del estado de alarma.....	35
2.4.3. La “nueva normalidad”: Fases.	35
2.5. Adopción y efectos de las medidas más polémicas aplicadas en España.....	42

2.5.1. Ámbito sanitario.....	42
2.5.2. El confinamiento: ¿Suspensión o limitación?	49
2.6. Vuelta al estado de alarma.	51
IV. CONCLUSIONES.	54
Bibliografía.....	57
Anexos.....	60
Legislación	60
Jurisprudencia.....	60

Abreviaturas

Art. / Arts.	Artículo / Artículos.
BOE	Boletín Oficial del Estado.
CCAA	Comunidades Autónomas.
CCAES	Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias.
CE	Constitución Española de 1978.
COVID- 19	Coronavirus 2019.
C.P.	Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
DGSPCI	Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
Dir.	Director.
ECDC	Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades.
Ei	Enfermedades infecciosas.
EVE	Ébola.
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III.
LGS	Ley 14/1986, de 14 de noviembre, General de Sanidad.
LGSP	Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

LRJAPyPAC Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

LRJCA Ley reguladora de la jurisdicción contenciosa administrativa.

LO Ley Orgánica.

MSPSI Ministerio de Sanidad, Servicios Social e Igualdad.

Núm. Número.

OMS Organización Mundial de la Salud.

ONU Organización de Naciones Unidas.

P/PP. Página/Páginas.

RD Real Decreto.

RENAVE Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

RSI Reglamento Sanitario Internacional (2005).

SAS Servicio Andaluz de Salud.

SNS Sistema Nacional de Salud.

STC Sentencia del Tribunal Constitucional.

TFUE Tribunal de Funcionamiento de la Unión Europea.

UE Unión Europea.

I. INTRODUCCIÓN.

Hoy en día las enfermedades infecciosas (Ei) han afectado de manera determinante en la historia de la humanidad, influyendo directamente al crecimiento y decrecimiento de la población. Gracias al avance de la medicina la sociedad ha conseguido una mejora en el nivel y esperanza de vida, en países que por las circunstancias que les acontecen han tenido la posibilidad de poder desarrollar de manera más continuada y eficiente la investigación en la ciencia de la medicina. Ello conlleva a que muchos tipos y subtipos de enfermedades infecciosas se hayan controlado y el riesgo real de sufrir una pandemia como la colera o la peste haya desaparecido, pero sin embargo aún tenemos un hándicap bastante significativo en el que como sociedad no hemos podido conseguir erradicar, las infecciones producidas por virus que se siguen presentando hoy en día como un riesgo real y permanente. Dentro de estos últimos nombrados, solo se ha conseguido controlar algunos como la viruela, la polio y el sarampión, pero las de transmisión respiratoria como la gripe y toda una serie de ellas como el SARS, siguen sin posibilidad de todo control debido esencialmente a sus reservorios animales y su capacidad de mutación, que produce cambios continuos y consecuentemente la posibilidad de conseguir una vacuna eficaz y definitiva¹.

Son noticia, la reaparición de viejas enfermedades como la tuberculosis o el coronavirus en sus distintas modalidades. Buena parte del interés general por las enfermedades infecciosas, lo constituyen las directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre estos problemas, y la decisión del Parlamento Europeo de crear el European Centre for Disease Prevention and Control, que trata de ser la institución que desarrolle la política europea respecto a la prevención, control e investigación de las infecciones que hoy en día nos acontecen.²

Actualmente podemos considerar que las infecciones bacterianas pueden controlarse y no hay un riesgo real de volver a padecer epidemias de cólera o peste, gracias a la mejora de las condiciones de vida, las vacunas y los antibióticos. Sin embargo, las infecciones causadas por virus, especialmente los de transmisión respiratoria (gripe,

¹ *Vide* Evelio PEREA, “Epidemias: ¿Una historia de ida y vuelta?”, *Humanitas, humanidades médicas*, abril de 2006, p. 8.

² *Ibidem*.

SARS, metaneumovirus), constituyen una amenaza permanente, especialmente porque es difícil de cortar sus mecanismos de transmisión persona-persona, ya que carecemos de fármacos antivirales eficaces y no disponemos aún de vacunas que puedan prevenir su infección.

Los factores que principalmente afectan al aumento de las Ei podemos resumirlos en los siguientes:

Cambios demográficos y de costumbre
Cambios tecnológicos
Cambios medioambientales
Aumento de los viajes, la inmigración y la globalización
Ausencia de medidas adecuadas de prevención
Reducción de los programas de vacunación
Capacidad de adaptación bacteriana y de virulencia

Tabla elaborada por: el autor del documento citado.

Especialmente, destacamos en este sentido que las infecciones respiratorias agudas siguen siendo la primera causa de muerte por infecciones en el mundo. Estas muertes son especialmente importantes en dos grupos: edades infantiles y personas mayores de 65 años. La facilidad de su transmisión determina que estas infecciones respiratorias continúen siendo las más frecuentes, a cuyas etiologías ya conocidas se siguen incorporando nuevas especies de virus como el coronavirus productor del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), síndrome respiratorio agudo grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2).³

Las 5 principales epidemias vividas durante el actual siglo XXI, desde el SARS en 2002 que provocó la muerte de menos de mil personas; la gripe aviar en 2005 o la gripe porcina en 2009, hasta el reciente ébola en 2014 que la OMS calificó de «emergencia de salud pública más grave en la era moderna» y que, sin embargo, de las 30.000 personas

³ Vide Evelio PEREA, “Epidemias: ¿Una historia de ida y vuelta?”, *Humanitas, humanidades médicas*, abril de 2006, pp. 12-14.

infectadas, solo –en comparación con las epidemias anteriores– murieron 11.000. Por último, se ha sumado el actual brote de coronavirus SARS-CoV-2.⁴

II. ALERTAS SANITARIAS Y EMERGENCIAS: EL REGIMEN JURÍDICO.

1. Consideraciones previas.

En primer lugar, podemos definir tres conceptos que serán de especial interés en el marco sanitario que nos acontece hoy en día:

- Epidemia: Entendida como la ocurrencia de casos de una enfermedad en un número que claramente excede a lo esperado.
- Endemia: Presencia continuada de una enfermedad en la población.⁵
- Pandemia: Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a la mayoría de los habitantes de una población.⁶

Hago referencia a un conjunto de conceptos relativos a lo que de manera subsiguiente definiremos como alerta y emergencias sanitarias.

Antes haré mención del concepto de amenaza para la salud pública como cualquier situación, riesgo o agente cuya presencia puede, potencialmente, dañar rápida, directa o indirectamente a la población expuesta, que por la magnitud de su impacto puede llegar a producir una crisis.⁷

También podemos definir según el Reglamento Sanitario Internacional adoptado por la OMS en 2005 (RSI 2005) riesgo para la salud pública que puede ser definido como: “la probabilidad de que se produzca un evento que puede afectar adversamente a la

⁴ Vide Lara Victoria CARREÑO IBÁÑEZ, “La capacidad de la respuesta española frente a las pandemias”, disponible en: http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_informativos/2020/DIEEEI04_2020LARCAR_pandemias.pdf (consultado el 20 de abril de 2020).

⁵ Vide Evelio J. PEREA, “Epidemias: ¿Una historia de ida y vuelta?”, *Humanitas, humanidades médicas*, p. 13.

⁶ <https://www.wordreference.com/definicion/Pandemia> [acceso 29 de abril de 2020]

⁷ Vide Fernando SIMON, Francisco Javier GUILLEN, “Amenazas para la salud y crisis sanitarias. Aproximación a la alerta y respuesta”, *Gaceta Sanitaria.*, 2008, p. 65-70.

salud de las poblaciones humanas, considerando en particular la posibilidad de que se propague internacionalmente o pueda suponer un peligro grave y directo”.

En efecto, podemos considerar una alerta en salud pública a toda sospecha de situación de riesgo potencial para la salud de la población y/o de trascendencia social, frente a la cual sea necesario el desarrollo de acciones de salud pública urgentes y eficaces. Las alertas pueden ser epidemiológicas (en las que se incluyen los brotes epidémicos y las enfermedades de declaración obligatoria), alimentarias o ambientales.

Según la OMS emergencia de salud pública es una condición que requiere que el gobierno declare como tal, definida como “un hecho o la amenaza inminente de una enfermedad o condición de salud, causado por el terrorismo biológico, epidemia o pandemia, un nuevo agente infeccioso de alta letalidad, una toxina biológica, que supone un riesgo significativo para un número importante de seres humanos, incidentes o permanentes y/o que puedan crear incapacidad a largo plazo”.

Cuando se den las circunstancias anteriormente definidas incluidas en el marco de una sociedad, en nuestro caso España, se podría hacer efectivo a nivel aplicativo lo que conocemos como alerta y emergencias sanitarias, operando específicamente en materia de sanidad exterior los siguientes conceptos:

Alerta Sanitaria, es la comunicación oficial enviada por el Ministerio de Sanidad a los Centros de Vacunación Internacional, en la que se informa de un problema sanitario en un país concreto con el objetivo de informar a los viajeros que se dirijan a ese país. Su fuente principal es la OMS. Actualmente, podemos observar cómo en relación con los vuelos a escala europea algunos destinos, hacen preceptiva para su entrada una prueba PCR, que certifique la no infección de la persona en cuestión en ese mismo momento.

Emergencia Sanitaria en fronteras, es una situación de riesgo sanitario que se produce a bordo de un medio de transporte internacional y que requiere la intervención de Sanidad Exterior del puerto o aeropuerto donde esté ocurriendo, en colaboración con el Área de Control Sanitario de la Subdirección General de Sanidad Exterior. Puede no

constituir una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) si no se dan las circunstancias reflejadas en el anexo 2 del RSI (2005).

El marco circunstancial que ha de darse para que los conceptos anteriormente mencionados se den dentro de un país o situación, se puede interpretar de la manera siguiente:

En situación de Alerta Sanitaria, se encontrarían todos los estados fronterizos y no fronterizos, que tengan comunicación directa por cualquier tipo de medio de transporte de personas/mercancía, con el país en cuestión de donde derive la causa que justifica la alerta sanitaria. En situación de Emergencia de salud pública, se encontrarían los Estados con algún caso posible o confirmado, y Estados no afectados que tengan fronteras terrestres con Estados afectados. Por último, en referencia a la situación de Crisis sanitaria, se encontrarían los Estados en los que hay transmisión interpersonal de la enfermedad.⁸

2. La política sanitaria europea e internacional y su conexión con España.

Europa da un paso más allá en el control y protección sanitaria de manera más significativa y eficiente, en el momento que decide a través del Reglamento (CE) N° 851/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 21 de abril de 2004 crear el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (a partir de ahora ECDC) cuyo objeto principal es fortalecer las defensas de Europa frente a las enfermedades transmisibles. Trabaja junto a las instituciones de la Unión Europea y los Estados miembros a fin de facilitar la cooperación y proporcionar las bases de conocimiento que se precisan para adoptar acciones efectivas⁹ contra cualquier tipo de amenaza sanitaria, cuya misión y tareas se reflejan en el Reglamento 851/2004, art. 3: *“con el fin de aumentar la capacidad de la Comunidad y los Estados miembros para proteger la salud humana mediante la prevención y el control de las enfermedades humanas, el Centro*

⁸ · Vide Inmaculada Gema BURKHARDT PEREZ, “Emergencias sanitarias y derechos fundamentales (Ébola, España,2014)”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Dir.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares, Granada, 2015, pp. 74-77.

tendrá por misión identificar, determinar y comunicar las amenazas actuales y emergentes que representan para la salud humana las enfermedades transmisibles.”

En efecto a ello, la respuesta a las amenazas sanitarias desde la década de los 90, los países de la Unión Europea han compartido información de manera rutinaria sobre brotes de enfermedades con potencial de expansión a través de las fronteras, mediante el sistema de mensajes seguros denominado Sistema de Alerta Precoz y Respuesta (SAPR) creado según la Decisión 2119/98/CE del Parlamento europeo y del Consejo. Vincula a las autoridades sanitarias de los Estados miembros, el ECDC y la Comisión Europea.¹⁰ Ambos son considerados instituciones directamente enlazadas, pues como se indica en el artículo 8, sobre la gestión del sistema de alerta precoz y respuesta del reglamento nº 851/2004, cuando señala: *“el Centro apoyará y asistirá a la Comisión gestionando el sistema de alerta precoz y respuesta (SAPR) y asegurando con los Estados miembros la capacidad para responder de manera coordinada.”*

Junto al ECDC y el SAPR, juega también un papel importante y fundamental, el Comité de Seguridad Sanitaria que se creó en 2001, a petición de los Ministros de Sanidad de la UE, como un grupo consultivo informal sobre seguridad sanitaria a nivel europeo. La Decisión núm. 1082/2013/UE formalizó su creación y reforzó sus funciones, de las cuales una de especial interés se encuentra recogida en el artículo 4, de Planificación de la preparación y respuesta: *“los Estados miembros y la Comisión se consultarán mutuamente en el Comité de Seguridad Sanitaria a que se hace referencia en el artículo 17 con el fin de coordinar sus esfuerzos para desarrollar, reforzar y mantener sus capacidades de seguimiento, alerta precoz, evaluación y respuesta frente a las amenazas transfronterizas graves para la salud. Esta consulta estará dirigida a:*

- a) compartir las mejores prácticas y la experiencia en materia de planificación de la preparación y respuesta*
- b) fomentar la interoperabilidad de los planes nacionales de preparación*
- c) abordar la dimensión intersectorial de la planificación de la preparación y respuesta a nivel la Unión*

⁹ Vide Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, *Mantener a Europa sana: El ECDC en acción, 2009*, p. 3.

¹⁰ *Ibidem*, p. 6.

d)apoyar la aplicación de los requisitos de capacidad básica de vigilancia y respuesta contemplados en los artículos 5 y 13 del RSI.”

La Decisión nº 1082/2013/UE sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud, está en vigor desde el 6 de noviembre de 2013, derogando la Decisión n.º 2119/98/CE. ¿Cuál es el objetivo y objeto de esta decisión?

El objetivo es establecer normas de vigilancia epidemiológica, seguimiento, alerta precoz y lucha contra las amenazas graves para la salud, incluida la preparación y la planificación de acciones de respuesta en relación con dichas actividades con el fin de coordinar y complementar las políticas nacionales. El objeto, apoyar la cooperación y coordinación entre los países y la Unión Europea (UE).¹¹

Presta especial importancia esta Decisión, respecto al ECDC, SARP y el Comité de Seguridad Sanitaria, puesto que se encarga de coordinar e indicar las distintas funciones de ellos cuando se establece una amenaza transfronteriza grave contra la salud.

Otro aspecto que principalmente va unido de manera directa con la Decisión nº 1082/2013, la cual abarca como ya hemos visto a las distintas instituciones protagonistas de la política europea sanitaria, es la creación del Reglamento Sanitario Internacional 2005 o en su defecto o como llamaremos a partir de ahora (RSI) (2005). Es un instrumento jurídico de carácter vinculante para todos los Estados Miembros de la OMS. Se adoptó en 58ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada el 23 de mayo de 2005, entrando en vigor el 15 de junio de 2007, cuya finalidad es ayudar a la comunidad internacional a prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública.¹²

El factor principal que nos va a hacer determinar cuál es el nexo vinculante entre España y el RSI, que a la misma vez lo relaciona con la Decisión nº 1082/2013/UE,

¹¹ DECISIÓN 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de octubre de 2013, *sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por la que se deroga la Decisión 2119/98*.

ECDC, SIAPR y Comité de Seguridad Sanitaria, es el artículo 4 del RSI “Autoridades responsables”, cuando señala: “*cada Estado Parte designará o establecerá un Centro Nacional de Enlace para el RSI y a las autoridades responsables, dentro de su respectiva jurisdicción, de la aplicación de medidas sanitarias de conformidad con el presente Reglamento.*”

El Centro Nacional de Enlace de España es El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), creado por la orden SCO/564/2004 de 27 de febrero y designado en 2006 para el cumplimiento de los requisitos del RSI. Sus funciones son relativas a la responsabilidad de la comunicación, información y relación a nivel nacional con las Comunidades y Ciudades Autónomas y a nivel internacional con el punto de contacto de la Región Europa de la OMS para el RSI, en materia de situaciones o sucesos que puedan suponer riesgo para la salud pública, cuya notificación debe cursarse dentro de las primeras 24 horas y utilizando el instrumento de decisión incluido en el.¹³A su misma vez, el CCAES, está relacionado de manera directa con El Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (SIAPR), respecto a la actividades de preparación y respuesta el cual está formado por una red de centros de enlace autonómicos, coordinados por un Centro de Enlace Nacional, que permite la comunicación permanente y rápida de situaciones de riesgo para la salud de la población, con el propósito de mejorar la prevención y la preparación ante situaciones de riesgo para la salud y la coordinación de las medidas de respuesta cuando exista afectación a nivel nacional o internacional.¹⁴

3. La política y grupo normativo regulador en España.

En España, la declaración de alertas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica se produce de la comunicación inmediata de los hallazgos de interés epidemiológico desde los servicios asistenciales, incluyendo la vigilancia sindrómica de las enfermedades. En el año 2004 por la ORDEN SCO/564/2004, 27 de febrero, se crea el Centro de

¹² Vide MINISTERIO DE SANIDAD, *¿Qué es el reglamento Sanitario Internacional?*, disponible en internet: www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/reglamentosanita/queEsRsi.htm (consultado en mayo de 2020)

¹³ Vide MINISTERIO DE SANIDAD, *El CCAES como centro nacional de enlace*, disponible en internet: www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/reglamentosanita/centNacEn.htm (consultado en mayo de 2020)

Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), centro dependiente de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (DGSPCI) (según Real Decreto 200/2012, de 23 de enero) del Ministerio de Sanidad, Servicios Social e Igualdad (MSPSI), tiene como función: coordinar la gestión de la información y apoyar en la respuesta ante situaciones de alerta o emergencia sanitaria nacional o internacional que supongan una amenaza para la salud de la población. Para ello se ha creado el Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (SIAPR)). El CCAES es, además, la unidad responsable de la elaboración y desarrollo de los planes de preparación y respuesta para hacer frente a las amenazas de salud pública.¹⁵

En relación con lo anteriormente nombrado, hay que mencionar la misión del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) que es contribuir a mejorar la salud de todos los ciudadanos y luchar contra las enfermedades, a través del fomento de la investigación y la innovación en Ciencias de la Salud y Biomedicina, de la prestación de servicios científicos-técnicos de referencia y programas docentes dirigidos al Sistema Nacional de Salud.

El ISCIII, en estrecha coordinación con otros organismos públicos, debe constituirse como la entidad española de referencia internacional en materia de Salud Pública e Investigación Biomédica. Como contenido prioritario de investigación en el cual se desarrolla este organismo de ámbito estatal son: las enfermedades de declaración obligatoria, el síndrome de Creutzfeldt–Jakob, las enfermedades prevenibles mediante vacunas, la gripe, la legionelosis, el SIDA/VIH y las enfermedades transmitidas por alimentos y agua, además colabora con el MSPSI en la red Nacional de Vigilancia epidemiológica (RENAVE), realiza estudios de mortalidad y morbilidad hospitalaria, brotes infecciosos de ámbito supra comunitario, vigilancia de epidemiología ambiental y cáncer y la elaboración de un boletín epidemiológico semanal.^{16 17}

¹⁴ Vide MINISTERIO DE SANIDAD, *Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (SIAPR)*. Disponible en internet: www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/SIARP/home.htm (consultado en mayo de 2020)

¹⁵ Vide MINISTERIO DE SANIDAD, Política Social e Igualdad, *Misión y funciones*, disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/queEsCCAES/misifunci.htm> (Consultado el 27 de abril 2020)

¹⁶ Vide INSTITUTO DE SALUD CARLOS III, *Misión y visión*, disponible en: <https://www.isciii.es> (Consultado el 27 de abril 2020)

En España el sistema sanitario se fundamenta en la Ley General de Sanidad de 14 de abril de 1986, la cual contiene la estructura de todo el esquema organizativo, y que se representa bajo la forma del Sistema Nacional de Salud.

Se entiende así el Sistema Nacional de Salud según González Sánchez, mediante su publicación en: “Análisis de la evolución histórica de la sanidad y la gestión sanitaria”: “como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, coordinados por la Administración Central, configurándose la asistencia sanitaria en dos niveles organizativos básicos:

El primer nivel lo constituye la organización sanitaria en el ámbito de la Administración Central a través del Ministerio de Sanidad y Consumo. El segundo nivel organizativo corresponde a las Comunidades Autónomas.”

En efecto de ello, en nuestro país nos encontramos con un sistema sanitario descentralizado, financiado por los presupuestos generales del Estado, en el cual tanto el Estado como las Comunidades Autónomas cumplen su función, aceptándose en el mismo de manera paralela y complementaria la sanidad privada.¹⁸

La ordenación general de las competencias es una de las funciones esenciales de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) dictada con carácter de Ley básica, que trata de la asistencia sanitaria. Haciendo mención también a la Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública (LGSP)¹⁹, que como en ella misma se indica en su título preliminar, es la Ley dirigida a “dar una respuesta completa y actual al requerimiento contenido en el artículo 43 de la Constitución Española y, en consecuencia, tratar de alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la población”, definiéndose en ella misma los derechos y los deberes de los ciudadanos y de las Administraciones, los principios y las actuaciones de la salud pública y todo un

¹⁷ Vide Miguel Ángel MARTINEZ GONZALEZ, *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas*, 2ª Edición, Elsevier, Barcelona, 2017, p. 84.

¹⁸ Vide Antonio FERNANDEZ FERNANDEZ, “Análisis de la evolución histórica de la sanidad y la gestión sanitaria en España”, *Encuentro Multidisciplinar*, agosto de 2012, p. 4-5.

¹⁹ Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública (LGSP)

conjunto de contenido primordial para el sistema sanitario de nuestro país, considerada como la Ley “Columna vertebral” para nuestro sistema.

Respecto a la protección de la salud en nuestro país, tenemos que hacer mención a un derecho, puesto que no es ejercitable directamente por la sociedad, el cual se encuentra en nuestra carta magna, se trata del Artículo 43, estableciendo: “1. *Que se reconoce el derecho a la protección de la salud;* 2. *Que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*”

Como señala la Exposición de motivos de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de la Salud Pública (LGSP), norma básica en la materia, el texto constitucional dio un paso clave en el camino de la mejora de la salud de la población al reconocer la protección de dicho artículo anteriormente mencionado. Este se concentra, entre otros, en el artículo 40.2 en relación con la protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados del trabajo, y en el artículo 51 CE en relación con la salud de los consumidores²⁰.

III. LAS CRISIS EPIDEMIOLÓGICAS EN ESPAÑA.

1. El Ébola.

1.1. Introducción.

El virus Ébola (VE) fue descubierto en 1976 en 2 brotes simultáneos en la República Democrática del Congo y en Sudán. La hipótesis más aceptada es que el reservorio natural de los filovirus son murciélagos frugívoros de la familia Pteropodidae. La epidemia actual de EVE comenzó en diciembre de 2013 en Meliandou, una aldea rural de Guinea Conakri cercana a la frontera con Liberia y Sierra

²⁰ Vide Inmaculada Gema BURKHARDT PEREZ, “Emergencias sanitarias y derechos fundamentales (Ébola, España, 2014)”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Dir.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares, Granada, 2015, pp. 77-81.

Leona. Se cree que el caso índice —un niño de 2 años— se infectó jugando con una colonia de murciélagos presentes en la oquedad de un árbol cercano a su domicilio.²¹

La identificación del brote EVE como riesgo para la salud pública de otros Estados, la gravedad de las posibles consecuencias de una mayor propagación del virus y la necesidad de adoptar una respuesta internacional coordinada para detener y revertir la propagación internacional del virus determinaron que el 8 de agosto de 2014 que la OMS declarara el brote de enfermedad del virus Ébola como << *emergencia de salud pública de importancia internacional*>>, de conformidad con las previsiones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI,2005).²²

1.2. El brote de Ébola en España.

El Ébola llega a España el 6 de agosto y 21 de septiembre de 2014, ingresando en el Hospital Carlos III de Madrid, Miguel Pajares, procedente de Liberia y Manuel García Viejo tras ser repatriado desde Sierra Leona, miembros del personal sanitario de una orden religiosa que realizaban tareas de cooperación.

La primera de las repatriaciones concluyó sin incidencias, sometiendo a vigilancia a los setenta profesionales que habían estado en contacto con el enfermo. El problema se presenta en el segundo de los casos por el que uno de los auxiliares de enfermería encargado de asistir a los enfermos en dicho centro sanitario contrae la enfermedad - diagnosticada el 6 de octubre-, constituyendo el primer caso de contagio de persona a persona del virus Ébola fuera de África. El mismo día 6 de octubre de 2014, la ministra Ana Mato mediante una rueda de prensa, anuncia el primer posible caso de contagio en España, lo que será el factor determinante que active la crisis sanitaria en el país.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera libre de ébola a un Estado transcurridos cuarenta y dos días desde la curación del último paciente infectado. En España, (OMS), el día 2 de diciembre, declaraba a España libre del Ébola. Este

²¹ Vide Fernando De La CALLE PRIETO, “Enfermedad por virus Ébola: Actualización”, *Elsevier*, disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-enfermedad-por-virus-ebola-actualizacion-S0213005X15004498>

²² Vide Inmaculada Gema BURKHARDT PEREZ, “Emergencias sanitarias y derechos fundamentales (Ébola, España,2014)”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Dir.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares, Granada, 2015, pp. 71-73.

organismo recuerda que las autoridades identificaron y vigilaron a 87 personas que habían estado en contacto con la auxiliar, de las que fueron 15 sometidas a cuarentena.²³

1.3. Marco normativo.

1.3.1. Normativa general en materia de salud pública.

De acuerdo con la situación dada en nuestro país, y valorando la situación en la que se dio la entrada del Ébola en España, debemos tener en cuenta que la utilización de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, es la *última ratio*, puesto que la normativa ordinaria permite a las autoridades sanitarias poder tomar decisiones en situaciones de grave necesidad sin tener que acudir al recurso del derecho de excepción. Podemos contemplar en este sentido, la aplicación de otros preceptos legales sustitutivos de la LO 3/86, como lo que se contempla en el artículo 54 LGSP de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, en relación con las medidas cautelares y especiales, que permite a las autoridades sanitarias tomar medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de la Ley cuando así lo requieran situaciones de extraordinaria gravedad o urgencia de acuerdo siempre con los principios de intervención mínima, audiencia previa de los interesados y proporcionalidad.

En relación con el carácter temporal de la toma de estas medidas, se pronuncia el artículo 26, Ley General de Sanidad, estableciendo que: *<< se fijarán las medidas para cada caso, sin perjuicio de las prórrogas sucesivas acordadas por resoluciones motivadas, que no excederá de lo que exija la situación de riesgo inminente y extraordinario que las justificó>>*.

El propio artículo 54 de la Ley General de Salud Pública contiene en sus puntos 1 y 2 la posibilidad de la toma de medias por parte de la Administración General del Estado, sin la aplicación de la LO 3/86.²⁴

²³ Vide Inmaculada Gema BURKHARDT PEREZ, “Emergencias sanitarias y derechos fundamentales (Ébola, España,2014), en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Dir.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares, Granada, 2015, pp. 73-74.

²⁴ *Ibidem*, p.93.

Artículo 54, Medidas especiales y cautelares: << 1. Sin perjuicio de las medidas previstas en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, con carácter excepcional y cuando así lo requieran motivos de extraordinaria gravedad o urgencia, la Administración General del Estado y las de las Comunidades Autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán adoptar cuantas medidas sean necesarias para asegurar el cumplimiento de la Ley. 2. En particular, sin perjuicio de lo previsto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la autoridad competente podrá adoptar, mediante resolución motivada, las siguientes medidas: a) La inmovilización y, si procede, el decomiso de productos y sustancias; b) La intervención de medios materiales o personales; c) El cierre preventivo de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias; d) La suspensión del ejercicio de actividades; e) La determinación de condiciones previas en cualquier fase de la fabricación o comercialización de productos y sustancias, así como del funcionamiento de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias a que se refiere esta Ley, con la finalidad de corregir las deficiencias detectadas; y f) Cualquier otra medida ajustada a la legalidad vigente si existen indicios racionales de riesgo para la salud incluida la suspensión de actuaciones de acuerdo con lo establecido en el Título II de esta Ley>>.

También tenemos que hacer referencia a otras normativas que permiten adoptar decisiones sobre derechos fundamentales como:

En el ámbito laboral. El artículo 33.2 de la Ley General de Salud Pública, establece o permite a la autoridad sanitaria mecanismos de coordinación en caso de pandemias u otras crisis sanitarias para el desarrollo de acciones preventivas y de vacunación.

En datos personales relacionados con la salud, el artículo 41 de la Ley General de Salud Pública, permite cuando sea necesario, que las autoridades sanitarias puedan sin el consentimiento de las personas afectadas, la cesión de sus datos a otras Administraciones públicas.

En materia de gestión principalmente destacamos:

El artículo 14 LGSP, asigna al Ministerio de Sanidad la gestión de alertas de carácter supraautonómico y de las que procedan de la Unión Europea, OMS y demás organismos internacionales, especialmente de las contempladas en el RSI (2005), en coordinación con las Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

El artículo 26.3 LGSP, establece que cuando la defensa de la salud de la población lo requiera, las Administraciones Sanitarias competentes podrán establecer regímenes temporales y excepcionales de funcionamiento de los establecimientos sanitarios.

El artículo 52 LGSP, suma a las competencias ordinarias de coordinación de la autoridad sanitaria estatal las de adopción de medidas de intervención especial, en materia de salud pública, que sean precisas ante circunstancias de carácter extraordinario que representen riesgo evidente para la salud de la población.²⁵

1.3.2. Ley Orgánica de Medidas Especiales en materia de Salud Pública.

Nos centramos en este epígrafe principalmente en los elementos normativos necesarios para hacer frente a situaciones excepcionales sanitarias, más en concreto a las aplicadas a la situación de ébola en España. En especial vamos a hacer referencia a la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública.

Situándonos en los hechos de manera previa a realizar el estudio de la aplicación y puesta en marcha de estas medidas, debemos tener en cuenta que la medida de cuarentena para hacer frente al virus Ébola fue aplicada a 58 personas que tuvieron contacto con focos de infección. Con lo cual, podemos observar que en este caso en particular no globalizamos a todo el conjunto de la población como podría haber ocurrido si el EVE se hubiese propagado en todo el país y probablemente estaríamos hablando de la aplicación de la Ley Orgánica 4/1981 de 1 de junio, reguladora de los estados excepcionales. La Ley de la que hablamos y el protocolo medico avalaron el

²⁵ Vide Inmaculada Gema BURKHARDT PEREZ, “Emergencias sanitarias y derechos fundamentales (Ébola, España,2014), en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Dir.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares, Granada, 2015, pp. 93-94.

internamiento forzoso o aislamiento preventivo de personas por razón de salud pública, lo que en principio supone una restricción justificada de derechos fundamentales.

La Ley Orgánica 3/1986 de 14 de abril, “permite adoptar medidas especiales de salud pública cuando existe indicio racional de peligro para la población, conectándose con la Ley 41/2002, lo que influye en el flujo de la información y en el secreto. Se trata de medidas y actos que matizan las obligaciones excepcionales.”²⁶ La principal finalidad de la Ley Orgánica 3/1986 es darle la potestad a la autoridad sanitaria para que puedan adoptar medidas que limiten derechos de los ciudadanos, esto es, los reconocidos en los artículos 15 a 29 del texto constitucional. Estas posibilidades no son deducibles de la Ley Orgánica reguladora de los estados excepcionales (Derecho de excepción) mediante la LO 4/1981, que no admite la suspensión de derechos individuales en el caso de que se declare el estado de alarma sino de modo indirecto²⁷.

La primera cuestión para analizar y de interesante interés sería la de plantear la siguiente pregunta: ¿Qué competencias tiene la autoridad sanitaria? En lo referente a ello aludimos al Artículo 2 de la Ley Orgánica 3/1986 de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública²⁸, disponiendo que: <<*Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permiten suponer la existencia de peligro para la salud de la población, debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad*>>.

Una segunda cuestión interesante de plantear en el ámbito de eficacia personal de la norma comprende a los enfermos y a las personas que han estado en contacto con los mismos, la pregunta planteada sería: ¿Pueden afectar a terceros las medidas de control sanitario e internamiento? Partimos de la base como anteriormente comentamos al principio de este epígrafe, que la medida de cuarentena para hacer frente al virus ébola fue aplicada a 58 personas que tuvieron contacto con focos de infección. Respuesta a la

²⁶Vide Mercedes FERNANDEZ DE CASTRO, Enrique LÓPEZ LÓPEZ, “Medidas Extraordinarias en situaciones de Epidemia”, en *Foro Sanidad y Derecho*, marzo 2015, pp. 112-113.

²⁷ Vide Inmaculada Gema BURKHARDT PEREZ, “Emergencias sanitarias y derechos fundamentales (Ébola, España, 2014)”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Dir.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares, Granada, 2015, p. 88.

misma, nos la da el artículo 3 de la Ley Orgánica 3/1986 disponiendo que: *<<Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las 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, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible>>*.²⁹

No obstante, las autoridades sanitarias intentarán siempre que las medidas de salud pública restrictivas de derechos sean aceptadas voluntariamente por las personas implicadas, una vez que se les haya informado de su contenido, finalidad y duración prevista. En efecto de ello, solo en caso de que esto no sea posible será necesario activar la Ley Orgánica de Medidas Especiales 3/1986, de 14 de abril. Dichas medidas preventivas que puede tomar la autoridad sanitaria les suscitan una serie de límites recogidos en el artículo 28 de la Ley General de Sanidad, el citado precepto indica: *<<b) No se podrán ordenar medidas obligatorias que conlleven riesgo para la vida. c) Las limitaciones sanitarias deberán ser proporcionadas a los fines que en cada caso se persigan. d) Se deberán utilizar las medidas que menos perjudiquen al principio de libre circulación de las personas y de los bienes, la libertad de Empresa y cualesquiera otros derechos afectados>>*.

Por último a tener en cuenta, es que las resoluciones adoptadas por la autoridad sanitaria en aplicación de la LO 3/1986 estarán motivadas en todos los casos, de acuerdo con lo previsto en el artículo 54 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAPyPAC),³⁰ la cual actualmente se encuentra derogada, y dicho artículo 54 pasa a encontrarse tipificado en el Artículo 35 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, Título III de los actos Administrativos.

²⁸ Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública.

²⁹ Vide Mercedes FERNANDEZ DE CASTRO, Enrique LÓPEZ LÓPEZ, “Medidas Extraordinarias en situaciones de Epidemia”, cit., pp. 114-115.

³⁰ Vide Inmaculada Gema BURKHARDT PEREZ, “Emergencias sanitarias y derechos fundamentales (Ébola, España, 2014)”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Dir.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares, Granada, 2015, p. 90.

Respecto al principio de autonomía de la voluntad del paciente, el Artículo 9 de la Ley 41/2002, prescribe que: *<<los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento (...) cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley>>*. De este modo también añadimos lo que dispone el artículo 9.2.b, de la ley 41/2002, estableciendo que: *<<cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible su autorización, los facultativos pueden actuar en beneficio de la salud del enfermo sin su consentimiento, consultando cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él>>*.³¹

En el ámbito sanitario, el Tribunal Supremo ha definido la autonomía de la voluntad como la “manifestación del derecho a la vida, a la integridad física y a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y, en consecuencia, a la auto disposición sobre el propio cuerpo” (Sentencia del Tribunal Supremo, sala de lo Civil, de 12 de enero 2001).³²

1.4. Análisis de los derechos fundamentales afectados.

La aplicación de la LO 3/1986 en situaciones excepcionales de crisis sanitaria lleva consigo una afectación directa e indirecta de derechos fundamentales. En primer lugar, analizamos el procedimiento legal a seguir para ello y a posteriori enumeraremos los derechos afectados que lleva consigo.

El procedimiento que seguir por parte de la autoridad sanitaria será solicitar la autorización pertinente del Juez de lo Contencioso- Administrativo, siendo competente el de la sede de la autoridad sanitaria que haya tomado la decisión (art. 14.1 LRJCA). Si por motivos de urgencia no pudiera ser aplazada la práctica de la medida, ésta será ejecutada y de modo inmediato será sometida a la autoridad judicial para su ratificación

³¹ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

³² Vide David LARIOS RISCO, “Autonomía de la voluntad del usuario de servicios sanitarios”, en *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, 2013, núm. 8, pp. 276-277.

o levantamiento, exponiendo minuciosamente las circunstancias que han impedido proceder por vía de autorización³³.

Los derechos que de manera directa e indirecta se verán afectados cuando las circunstancias sociales derivan en una crisis sanitaria y se han de aplicar medidas como la LO 3/1986, son los siguientes:

El derecho a la integridad personal del artículo 15 de la constitución, en relación con el sometimiento de la persona a medidas de profilaxis (vacunas), diagnóstico (análisis de sangre, corporales, TAC, etc.) o tratamientos. La ejecución de las intervenciones corporales debe efectuarse por personal sanitario. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en su artículo 9 nos indicaba que, los facultativos pueden llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables para la salud del paciente sin necesidad de contar con el consentimiento cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas en la Ley.

El derecho a la intimidad del artículo 18 de la constitución, en el caso de sometimiento de la persona a la práctica de pruebas corporales no invasivas (observaciones radiológicas o toma de muestras de saliva, por ejemplo) con la finalidad de obtener información relevante a estos fines. Dicha acción, como anteriormente hemos comentado en el párrafo anterior se encuentra amparada por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en su artículo 9.

El derecho a la inviolabilidad del domicilio del artículo 18.2 de la constitución, para la ejecución forzosa de una medida sanitaria en el ámbito domiciliario. En caso de cualquier tipo de negativa, que la persona en cuestión de y deba de ser atendida y así evitar un “foco” de contagio o la peligrosidad exponencial a la que somete al resto de personas que se puedan encontrar en su círculo social, las autoridades sanitarias tendrán la potestad de poder proceder a la entrada del domicilio en caso de asistencia.

El derecho a la libertad de circulación del artículo 19 de la constitución española, las medidas de aislamiento para prevenir riesgos de epidemia no solo pueden ser ejercida

³³ Vide MINISTERIO DE SANIDAD, *Base legal para la puesta en marcha de las medidas especiales en materia de Salud Pública en el contexto de la Gripe con potencial pandémico*, 2009, p. 4.

sobre las personas en sí, sino sobre comunidades humanas, impidiendo la entrada o salida de determinadas zonas o lugares. Entradas y salidas de territorio nacional, retirada de pasaporte y documentos de viaje.

El derecho de reunión en lugares de tránsito público en forma de concentración y manifestaciones del artículo 21 de la constitución española, entendiéndose de ello principalmente a la acumulación de gente en vía pública por causa no justificada y necesaria, dicho derecho se podrá encontrar limitado por motivo de la salvaguarda de salud pública.

El derecho a la educación del artículo 27 de la constitución española, se podrá limitar de manera parcial e indefinida la asistencia de una persona al centro educativo por motivos de salud pública, así como el cierre parcial o total de centros por los mismos motivos.

El derecho a huelga del artículo 28 de la constitución, se podrá ver limitado o restringido para garantizar que se cumplan con la limitación de los derechos necesarios para la protección y bien común de la sociedad en su conjunto, frente a una desobediencia o resistencia en caso de urgente necesidad, la autoridad sanitaria podrá solicitar el apoyo de las Fuerzas de Seguridad del Estado u otra autoridad competente para ello.³⁴

1.5. Breve reflexión sobre las aportaciones de Europa y España a la política sanitaria internacional del Ébola.

La epidemia de Ébola de 2014 reveló una vez más cómo un eslabón débil en la detección y control de enfermedades en cualquier lugar puede representar una vulnerabilidad generalizada. En teoría, el control de Ébola es simple: los programas deben encontrar, aislar y cuidar de forma segura a las personas infectadas, rastrear los contactos y enterrar con seguridad a los pacientes que mueren.³⁵

³⁴ Vide Inmaculada Gema BURKHARDT PEREZ, “Emergencias sanitarias y derechos fundamentales (Ébola, España, 2014)”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Dir.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares, Granada, 2015, pp. 91-92.

El brote de Ébola ofrece tres lecciones esenciales para Frieden, exdirector de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE.UU, *Primero, cada país debe tener un sistema de salud pública funcional para identificar una amenaza cuando surge, detenerla rápidamente y prevenirla cuando sea posible. Segundo, cuando la capacidad nacional está saturada, el mundo debe ser capaz de moverse de manera inmediata y decisiva. Las epidemias son problemas mundiales y la OMS y su Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes necesitan fortalecer su capacidad de respuesta mundial en epidemiología y otras disciplinas esenciales para el control de enfermedades. En tercer lugar, la falta de prevención y control eficaces de las infecciones en los hospitales y otros centros de salud es una vulnerabilidad clave.*³⁶ La respuesta a la crisis del Ébola en África Occidental pone de relieve la debilidad de los sistemas de salud de los países afectados, que se han visto paralizados por años de falta de inversión.³⁷

Para hacer frente a este problema mundial, la Unión Europea elaboró un plan de financiación económica, apoyo sanitario y logístico, que vinculaba a todos los estados miembros a discreción de su cumplimiento o incumplimiento por parte de estos. Junto a ellos debemos también mencionar el llamamiento que hizo la OMS el 27 de agosto de 2014 para frenar el brote, desarrollado en la *Hoja de Ruta*, con un coste estimado de 430 millones de dólares americanos y una duración de 6 meses que de manera posterior con la evolución de los acontecimientos tuvieron que rectificar hasta elevarlo a 1.000 millones de dólares.³⁸

La Unión Europea a fecha de octubre de 2014 había aportado más de 800 millones de euros en ayuda financiera a la lucha contra la epidemia, esto incluye financiación de la Comisión Europea (más de 200 millones de euros) y de los Estados miembros. La Comisión actúa con ayuda financiera, expertos sobre el terreno, suministro de laboratorios móviles, apoyo a las autoridades locales, el refuerzo de las infraestructuras

³⁵ Vide FRIEDEN, Thomas "The future of Public Health", *The New England Journal of Medicine*, 29 October, 2015, p. 1750.

³⁶ *Ibidem*, p. 1750.

³⁷ Vide Bernadette O'HARE, "Weak health systems and Ébola", *The Lancet*, Vol 3, 2015, p. 71.

³⁸ Vide Inmaculada Gema BURKHARDT PEREZ, "Emergencias sanitarias y derechos fundamentales (Ébola, España, 2014)", en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Dir.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares, Granada, 2015, p. 95.

sanitarias nacionales, la coordinación de la entrega de suministros y las evacuaciones médicas, destinando cerca de 42 millones de euros en ayuda humanitaria. Esta financiación ayuda a la prestación de asistencia sanitaria inmediata y contribuye a contener la propagación de la epidemia, utilizada por la OMS, Médicos sin fronteras y la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Medialuna Roja para la gestión clínica de los casos incluido el aislamiento de pacientes y su apoyo psicosocial, la identificación de casos sospechosos, el suministro de equipos de protección individual, la higiene y la sensibilización sobre la enfermedad.³⁹

Entre ellos, el Gobierno de España realiza su primera aportación económica con la aprobación del Decreto-Ley 12/2014, de 12 de septiembre, basado en una partida de 160.000 euros para la reapertura y equipamiento del Hospital de Monrovia (Liberia) gestionado por la ONG Juan Ciudad. La siguiente aportación, cuantitativamente considerable también se aprueba en el mismo Decreto-Ley, consistiendo en un suplemento de crédito en el Presupuesto del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, por importe de 7.000.000 euros para financiar proyectos de prevención en los países afectados por el brote del ébola y en sus zonas fronterizas; de la misma manera se aprueban créditos extraordinarios en el Presupuesto del Ministerio de Economía y Competitividad por importe de 160 millones de euros para atender al pago de aportaciones a Instituciones Financieras Multilaterales (IFIS), que son intermediarios financieros especializados en proveer financiación a largo plazo y otros servicios necesarios para facilitar esa financiación (seguros de crédito y arbitraje de inversiones, por ejemplo) a los países en vías de desarrollo, a escala regional o global.⁴⁰

2. Coronavirus: SARS-Cov-2 (COVID19)

2.1. Introducción.

En diciembre de 2019, la provincia de Hubei en Wuhan, China, se convirtió en el epicentro de un brote de neumonía de causas desconocidas. La notificación del primer

³⁹ Vide COMISIÓN EUROPEA, *Respuesta de la UE al brote de ébola en África Occidental*, disponible en internet: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/MEMO_14_599, (consultado en mayo de 2020).

⁴⁰ Real Decreto-ley 14/2014, de 7 de noviembre, *por el que se conceden créditos extraordinarios y suplementos de crédito para financiar actuaciones de distintos Departamentos Ministeriales*, (BOE núm. 271, de 8 de noviembre de 2014).

caso, lo podemos encuadrar en la fecha de 26 de diciembre de 2019 con el ingreso de un trabajador de un mercado mayorista de pescados, mariscos y animales vivos no procesados, en un hospital con neumonía grave e insuficiencia respiratoria.

Inicialmente el virus se denominó de manera temporal *2019 Novel Coronavirus* (2019-nCoV). La denominación Novel (novedoso o nuevo), viene referido a una enfermedad de síntomas que presentan personas infectadas por el virus, o por las posibles diferencias que existan entre este coronavirus y los previamente conocidos. Como dato de interés, los virus de la familia *coronaviridae*, conocidos como coronavirus, son virus de tipo ARN positivo de cadena simple y fueron descritos por primera vez por Tyrell y Byone en 1966.

El Grupo de Estudio de Coronavirus del Comité internacional de Taxonomía de Virus, son los responsables de nombrar de manera oficial estos virus de la familia *coronaviridae*. Formalmente reconocían que el 2019-nCoV es hermano de los Coronavirus causantes de Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV), de la especie de los Coronavirus relacionados al SARS y designó oficialmente al 2019-nCoV como SARS-CoV2.

Un estudio realizado el día 18 de febrero de 2020, asegura haber encontrado una relación directa entre un virus detectado en dos pangolines malayos, que habían sido encontrados muertos por el equipo de Rescate del Centro de Vida Silvestre en Guangdong el 24 de octubre en China. El equipo afirmó haber encontrado una muestra presencial de un coronavirus parecido al SARS-CoV en los pulmones de estos animales, los cuales presentaban un líquido espumoso en los mismos y fibrosis pulmonar. Dicha investigación concluye basándose en el análisis genético de las muestras, que el pangolín era portador de un coronavirus parecido a SARS-CoV2 por lo que podría haber sido un pangolín el huésped intermedio entre los murciélagos y los humanos.

Al tanto de todo esto, es evidente que la ruta de transmisión más importante es la de persona – persona, puesto que como es evidente dicha transmisión se demostró como posible. Teniendo en cuenta dicha realidad se han de tomar las medidas necesarias para evitar que el número de personas afectadas sobrepase las capacidades de las

instituciones sanitarias, de manera más particular, las personas más vulnerables son las de avanzada edad y personal de salud.

La OMS y otros expertos estiman que entre el 40 y 60% de la población mundial se contagiaran por el virus a lo que diversos estudios llaman curva de inmunidad como posible factor de frenada de la propagación. Ningún sistema sanitario en el mundo está preparado para hacer frente a esta situación, es por ello por lo que se hace tanto hincapié en el aislamiento preventivo para intentar frenar lo que ya hoy en día ya es una desgracia.

2.2. La Unión Europea frente al COVID-19.

La Unión Europea ha jugado y juega un papel fundamental frente a la pandemia de la COVID-19. Como comunidad política de derecho, la UE solo puede actuar en los ámbitos para los que cuente con la autorización de los estados miembros; autorización obtenida a través de sus tratados. No obstante, la UE, se reserva en diferentes materias competencias exclusivas como son el mercado único, la movilidad de mercancías y el desabastecimiento. En relación con otros aspectos más directos y relacionados con la sociedad, la UE, solo tiene una competencia de apoyo a los Estados miembros, como son la salud pública, el empleo, y las políticas fiscales y socioeconómicas.

En efecto, las diferentes funciones de las instituciones de la UE, en relación con la COVID-19, son las siguientes: La Comisión Europea, desempeña una función de coordinación, tratando de ayudar a los Estados miembros en su respuesta al brote, también trata de suavizar el impacto socioeconómico de la pandemia y preparar un plan de recuperación europeo. El Parlamento y el Consejo europeo, ambos con capacidad legislativa, plantean tomar medidas que permitan poder combatir la crisis en sus dos aspectos más notorios, el sanitario y el económico.⁴¹

2.2.1. Acciones de la UE.

La UE emprende acciones con las que combatir la actual pandemia, medidas que, de manera directa, serán fundamentales para poder combatir la crisis sanitaria y económica que la COVID-19 ha provocado.

Respecto a la coordinación y orientación, el papel de la CE y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), ha sido la de formular evaluaciones de riesgos y proporcionar actualizaciones epidemiológicas a nivel mundial. Además, se ha coordinado con los Estados miembros, a través de las siguientes herramientas, de acuerdo con la *Decisión sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud*; el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta, el Comité de Seguridad Sanitaria y la red de comunicaciones del Comité de Seguridad Sanitaria.⁴²

En lo que concierne a la compra de materiales sanitarios, en relación a equipos y suministros médicos, la Comisión Europea lanza cuatro licitaciones diferentes en la que participan 25 Estados miembros, entre ellos España, produciéndose la primera de ellas a fecha 28 de febrero para la adquisición de máscaras, y seguidamente el 17 de marzo se lanzaría la siguiente para la compra de la mayor parte de los equipos: guantes, batas quirúrgicas, equipos de protección personal para la protección de los ojos y las vías respiratorias, así como ventiladores, equipo respiratorio de uso médico y equipo de laboratorio. La presidenta de la CE, Úrsula von der Leyen, declaraba en un comunicado de prensa de la CE titulado “Coronavirus: La licitación de la Comisión para garantizar el suministro de equipos de protección individual en la UE ha sido un éxito”: *En todo el mundo existe en este momento una enorme necesidad de ropa de protección y de equipos médicos. Por lo tanto, es un éxito que la iniciativa de licitación conjunta europea haya podido obtener, con gran rapidez, ofertas concretas de una escala considerable en el mercado mundial. Esto es la solidaridad de la UE en acción. De esta*

⁴¹ Vide Carlos MAGDALENA, “¿Qué ha hecho la UE en la crisis del COVID-19?”, julio de 2020, disponible en: <http://www.unionprofesional.com/que-ha-hecho-la-ue-en-la-crisis-del-covid-19/> (Consultado julio de 2020)

⁴² *Íbidem.*

*manera se demuestra que formar parte de la Unión vale la pena. Este material debería proporcionar un importante alivio en Italia, España y en otros 23 Estados miembros.*⁴³

Asimismo, en relación con la inversión sanitaria realizada por la UE, la CE hace entrar en vigor el Reglamento europeo del 1 de abril de 2020, por el cual se modifica el Reglamento (UE) n° 1301/2013, el Reglamento (UE) n° 1303/2013 y el Reglamento (UE) n° 508/2014, con la finalidad de apoyar a los Estados miembros durante la pandemia de COVID-19 y poner a disposición 37.000 millones de euros de fondos de la UE, de los cuales para España hay 4.145 millones disponibles.⁴⁴ Además, para prestar apoyo directo a los sistemas sanitarios de los Estados miembros de la UE en su lucha contra la pandemia de coronavirus, el día 2 de abril, la Comisión Europea puso en marcha *la Iniciativa de Solidaridad Sanitaria de la UE*, consistente en una partida de 6.000 millones de euros destinados a las necesidades de los sistemas sanitarios⁴⁵. En efecto para apoyar de manera directa los sistemas de asistencia sanitaria de los Estados miembros, se aprobó por el Consejo Europeo el 14 de abril, la activación del *Instrumento de Ayuda de Emergencia de la UE*, el cual consiste en la inversión de 2.700 millones de euros para la entrega de equipos de protección, traslado de pacientes a hospitales con camas libres suficientes, medicamentos y análisis de contagio.⁴⁶

2.3. El brote vírico COVID19 en España.

El 31 de enero se confirma el primer caso en España en un contacto estrecho de un caso confirmado en Alemania, que había viajado a la Gomera. El 10 de febrero se confirmó un segundo caso en Mallorca, en un contacto estrecho de un caso confirmado detectado en Reino Unido. Pese a la creencia de tener en España todo bajo control, el virus no se detenía, puesto que de manera exponencial seguían apareciendo y aumentando casos en el resto del mundo. El primer fallecido de manera oficial por la

⁴³ Vide COMISION EUROPEA, *Coronavirus: La licitación de la Comisión para garantizar el suministro de equipos de protección individual en la UE ha sido un éxito*, disponible en internet: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip_20_523, (Consultado en julio de 2020)

⁴⁴ Vide PARLAMENTO EUROPEO, *“Coronavirus: el Parlamento aprueba destinar 37.000 millones a responder a la crisis”*, disponible en internet: <https://www.europarl.europa.eu/>, (Consultado en julio de 2020).

⁴⁵ Vide COMISION EUROPEA, *“Iniciativa de Solidaridad Sanitaria de la UE”*, disponible en internet: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response/public-health_es#garantizar-la-disponibilidad-de-suministros-y-equipos, (Consultado en julio de 2020)

enfermedad de coronavirus en España se daría a finales de febrero, con ello la preocupación de las autoridades sanitarias y la población aumenta cada vez más, a la misma vez que los casos en nuestro país siguen aumentando. Aun así, en la semana del 4 de marzo, pese a las recomendaciones, se celebrarían eventos deportivos, manifestaciones, etc. Entrando en la semana del 9 de marzo, se comienza a tomar medidas serias y drásticas al respecto, puesto que la salud pública como derecho fundamental lo requería ya de manera urgente. El día 11 de marzo y tras la evaluación permanente del brote y los alarmantes niveles de propagación, gravedad e inacción, la Organización Mundial de la Salud declaró a la enfermedad Covid-19 producida por el nuevo coronavirus como pandemia.⁴⁷

2.4. La declaración del estado de alarma.

El Derecho de excepción se configura como “una garantía frente a las situaciones de crisis constitucionales imprevistas, por lo que se suspende la vigencia del orden constitucional de ciertos derechos y libertades”. Nuestra Carta Magna de 1978 prevé tres estados excepcionales: alarma, excepción y sitio. Cada uno de ellos responde a presupuestos diferentes sin que se pueda afirmar de que se traten de los mismos.

Por primera vez en la historia de nuestro país, la COVID-19, es motivo de aplicación del derecho de excepción a causa de una crisis sanitaria. Inicialmente, no era previsible que el virus dejase cifras como las que hemos podido sufrir con el paso del tiempo. En España se comenzó a actuar con la aplicación de Ley 22/2011, General de Salud Pública y la Ley 3/1986, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Su aplicación contempla una serie de medidas de contención, control y gestión, que las autoridades sanitarias aplicarían, en beneficio de la situación y en salvaguarda de la salud pública. Pasados los días, con el crecimiento y expansión del virus por todo el territorio nacional, aun así, ya tomando medidas al respecto por parte de las Comunidades Autónomas, el día 13 de marzo el presidente del gobierno informaría de la aplicación de del estado de alarma. Desde la entrada en vigor de la Constitución

⁴⁶ COMISIÓN EUROPEA, “Instrumento de Ayuda de Emergencia de la Unión Europea en favor del sector sanitario: preguntas y respuestas”, disponible en internet: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/qanda_20_577, (Consultado en julio de 2020).

⁴⁷ Pedro LAZARO-RODRIGUEZ, Enrique HERRERA-VIEDMA, “Noticias sobre Covid-19 y 2019-nCoV en medios de comunicación de España: el papel de los medios digitales en tiempos de confinamiento”, *el profesional de la información*, disponible en: <https://doi.org/10.3145/epi.2020.may.02>

Española de 1978 y hasta el mes de marzo 2020, el primer caso de declaración de estado de alarma se produjo en el año 2010, mediante el Real Decreto 1673/2010, cuando una serie de conflictos laborales entre AENA –empresa gestora de los aeropuertos de interés general en España– y los controladores civiles de tránsito aéreo, llevó a estos a abandonar “sus puestos de trabajo”, provocando el “cierre del espacio aéreo” español.⁴⁸.

2.4.1. El estado de alarma.

El 14 de marzo de 2020, entra en vigor el estado de alarma mediante la publicación del Real Decreto 463/2020 (artículo 6.1 de la Ley Orgánica 4/1981) y dando cuenta al Congreso de los Diputados (artículo 8.1 de la Ley Orgánica 4/1981), en todo el territorio nacional. En efecto, el estado de alarma se decreta al amparo de lo dispuesto en el artículo 116 CE, y en aplicación de la Ley 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio. Se trata del estado excepcional más leve de los tres regulados en la constitución española y es considerado como el instrumento legalmente previsto para hacer frente a las “crisis sanitarias, tales como epidemias y situaciones de contaminación grave entre otros” (artículo 4 b) de la LO 4/1981).⁴⁹

El régimen jurídico aplicable en todo lo que concierne al estado de alarma respecto a las disposiciones normativas será el siguiente:

En primer lugar, Constitución Española de 1978, contempla en su artículo 116 el Derecho de Excepción, de manera más directa en sus apartados 1, 2, 5 y 6. Artículo mediante el cual se justifica de manera automática la entrada competencial de la Ley Orgánica que regula el estado de alarma, de excepción y de sitio.

Artículo 116 CE: <<1. Una Ley orgánica regulará los estados de alarma, de excepción y de sitio, y las competencias y limitaciones correspondientes; 2. El estado de alarma será declarado por el Gobierno mediante decreto acordado en Consejo de Ministros por un plazo máximo de quince días, dando cuenta al Congreso de los Diputados, reunido inmediatamente al efecto y sin cuya autorización no podrá ser

⁴⁸ Gabriel LECUMBERRI BEASCOA, “El derecho de excepción, una perspectiva de derecho comparado. España: Estado de alarma”, Servicio de Estudios del Parlamento Europeo, 2020, pp. 1-5.

⁴⁹ *Ídem*, pp. 5-10.

prorrogado dicho plazo. El decreto determinará el ámbito territorial a que se extienden los efectos de la declaración>>.

En segundo lugar, Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio, de esta Ley tenemos que destacar en relación con su aplicación el capítulo I “Disposiciones comunes a los tres estados” artículos 1-3 y Capítulo II “El estado de alarma” artículos del 4-12.

Artículo 1: <<1. Procederá la declaración de los estados de alarma, excepción o sitio cuando circunstancias extraordinarias hiciesen imposible el mantenimiento de la normalidad mediante los poderes ordinarios de las Autoridades competentes; 2. Las medidas a adoptar en los estados de alarma, excepción y sitio, así como la duración de los mismos, serán en cualquier caso las estrictamente indispensables para asegurar el restablecimiento de la normalidad. Su aplicación se realizará de forma proporcionada a las circunstancias>>.

Artículo 2: <<La declaración de los estados de alarma, excepción o sitio será publicada de inmediato en el «Boletín Oficial del Estado», y difundida obligatoriamente por todos los medios de comunicación públicos y por los privados que se determinen, y entrará en vigor desde el instante mismo de su publicación en aquél. También serán de difusión obligatoria las disposiciones que la Autoridad competente dicte durante la vigencia de cada uno de dichos estados>>.

En relación con el capítulo II hay que destacar su artículo 4.b, el cual nos interpreta de una manera directa el motivo por el cual se aplica el estado de alarma en España, recogiendo contenido fundamental en relación con la limitación de derechos que de manera posterior procederé a comentar:

Artículo 4: <<El Gobierno, en uso de las facultades que le otorga el artículo ciento dieciséis, dos, de la Constitución podrá declarar el estado de alarma, en todo o parte del territorio nacional, cuando se produzca alguna de las siguientes alteraciones graves de la normalidad: a) Catástrofes, calamidades o desgracias públicas, tales como terremotos, inundaciones, incendios urbanos y forestales o accidentes de gran

magnitud; b) Crisis sanitarias, tales como epidemias y situaciones de contaminación graves; c) Paralización de servicios públicos esenciales para la comunidad, cuando no se garantice lo dispuesto en los artículos veintiocho, dos, y treinta y siete, dos, de la Constitución, concurra alguna de las demás circunstancias o situaciones contenidas en este artículo y d) Situaciones de desabastecimiento de productos de primera necesidad>>.

En tercer lugar, reglamento del Congreso de los Diputados, en relación con el régimen jurídico del derecho de excepción en el Reglamento del Congreso de los Diputados los artículos 162 y 165 regulan el procedimiento interno en este órgano con respecto al estado de alarma:

Artículo 162: *<<1. Cuando el Gobierno declarase el estado de alarma, remitirá inmediatamente al presidente del Congreso una comunicación a la que acompañará el Decreto acordado en Consejo de Ministros. De la comunicación se dará traslado a la Comisión competente, que podrá recabar la información y documentación que estime procedente; 2. Si el Gobierno pretendiere la prórroga del plazo de quince días a que se refiere el artículo 116, 2, de la Constitución, deberá solicitar la autorización del Congreso de los Diputados antes de que expire aquél. (...)>>.*

2.4.2. Prórrogas del estado de alarma.

Inicialmente el estado de alarma fue aprobado para una duración de 15 días, pero este se verá prorrogado hasta en 6 ocasiones, y así de manera sucesiva hasta la duración del derecho de excepción en nuestro ordenamiento de hasta 3 meses. Las prórrogas tal como se dicta en nuestro ordenamiento se realizaron bajo la autorización del Congreso de los Diputados por los siguientes Reales Decretos, RD 476/2020, de 27 de marzo, RD 487/2020, de 10 de abril, RD 492/2020, de 24 de abril, RD 514/2020, de 8 de mayo, RD 537/2020, de 22 de mayo, y por sexta y última desde las 00:00 horas del día 7 de junio hasta las 00:00 horas del día 21 de junio de 2020, sometiéndose a las mismas condiciones establecidas en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, y en las disposiciones que lo modifican, aplican y desarrollan.

2.4.3. La “nueva normalidad”: Fases.

A lo largo de la historia, han sucedido pandemias las cuales han suscitado irreversibles e irreparables daños en todos los ámbitos de la sociedad. La COVID19 en la actualidad nos ha marcado un antes y un después, ha simbolizado lo que está siendo y va a ser una de las crisis más importantes en nuestra historia, dejando a su paso un gran efecto impactante desde el punto de vista sanitario, social y económico.

Las soluciones adoptadas por el gobierno en España, y a nivel internacional, han surgido efecto ante el control de la epidemia, pero ello ha supuesto un impacto muy negativo sobre la actividad económica global, grupos sociales vulnerables y ha supuesto una incidencia especial sobre determinados países y sectores a los que en situaciones como en la que nos encontramos no se les puede dejar desamparado a “su suerte”.

Las soluciones que se plantean para hacer frente de manera efectiva a la enfermedad, como tratamientos médicos, vacunas o la curva de inmunidad, hoy en día no son soluciones inmediatas, ni están disponibles en la actualidad, ni se prevé que lo estén. No es posible, ni se ajusta a la realidad esperar tanto tiempo para comenzar la recuperación económica y social, y por ello es urgente una transición a la nueva normalidad en las que se aplique las precauciones y medidas de protección necesarias para prevenir lo que ya a día de hoy se puede considerar un “desastre”, previniendo contagios y minimizando los riesgos de rebrotes – esperados – de la enfermedad que pueda volver a poner en cuestión la alerta a los servicios sanitarios y con ello la salud y el bienestar del conjunto de la sociedad.

Para ello se tuvo que elaborar una alternativa eficaz con el fin de reactivar la sociedad y la economía de la manera más eficaz y eficiente. En efecto, la OMS a fecha 16 de abril de 2020, establece unos principios a tener en cuenta a la hora de plantear el desconfinamiento:

- 1. Romper la cadena de transmisión detectando el mayor número de casos posible, tratando a las personas que presentas síntomas y aislando tanto a los enfermos como a las personas han estado en contacto con ellos.*
- 2. Contar con recursos sanitarios suficientes para poder responder rápidamente ante los casos detectados y, en especial, para poder atender los casos graves.*

3. *Minimizar los riesgos en lugares con alto potencial de contagio como son los centros sanitarios y de cuidados, los lugares cerrados y los lugares públicos donde se produce una gran concentración de personas.*
4. *Establecer medidas preventivas en los lugares de trabajo y promover medidas como teletrabajo, el escalonamiento de turnos y cualesquiera otras que reduzcan los contactos personales.*
5. *Gestionar el riesgo de importar y exportar casos más allá de nuestras fronteras, para lo que recomienda la implementación de medidas de control y aislamiento para personas contagiadas o que provengan de zonas de riesgo.*
6. *Asumir la importancia de que todos los ciudadanos se muestren comprometidos con las limitaciones que se están adoptando y comprendan, que, en buena medida, la contención de la pandemia depende de ellos.*

En base a estos principios y junto a la Hoja de ruta común europea para el levantamiento de las medidas de contención de la COVID-19 elaborada por la Comisión Europea y publicada el 17 de abril de 2020, el gobierno de España trabajó en elaborar una serie de pautas a seguir para avanzar hacia una desescalada gradual de las medidas extraordinarias de restricción de la movilidad y el contacto social adoptadas hasta la fecha y facilitar una recuperación de la manera más rápida posible. Con los objetivos ya marcados, el Centro de coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) elaboró un informe el 25 de abril de 2020 al Gobierno, sobre propuestas y opiniones de expertos en el ámbito sanitario, científico, social y empresarial. A ello también se le suma las propuestas realizadas por las diferentes Comunidades Autónomas en relación con la preparación de la desescalada, la cual ha de ser gradual, asimétrica, coordinando con las Comunidades Autónomas, y adaptable a los cambios de orientación necesarios en función de la evolución de los datos epidemiológicos y del impacto de las medidas adoptadas.

El plan para la transición hacia una nueva normalidad, como objetivo principal tiene la protección de la salud pública, la recuperación exponencial de la vida cotidiana y actividad económica. Otro de los objetivos principales del plan es evitar que las capacidades del Sistema Nacional de Salud se puedan ver desbordadas de nuevo, en

definitiva, buscar el equilibrio entre la recuperación social y económica y el buen servicio, fluidez y descongestión del Sistema Nacional de Salud.

Como expresa el Plan, el proceso de desescalada estará compuesto por cuatro fases y tres transiciones. El Ministerio de Sanidad será el encargado de decidir en qué fase se encuentra cualquier territorio del país, basándose en los parámetros establecidos e indicadores que permita avanzar de fase, permanecer en la misma, o retroceder. Las fases de la desescalada serían las siguientes:

■ Fase 0 o de preparación de la desescalada

Lunes 4 de mayo de 2020, fecha en la que comenzó la fase 0 de la desescalada en la mayor parte del país a excepción de territorios como la isla balear de Formentera y los territorios insulares más pequeños de las islas Canarias, los cuales de manera directa emprendían el camino en la fase 1 del desconfinamiento dada su situación numérica de contagios. El BOE publicó la Orden TMA/384/2020, de 3 de mayo, por la que se dictan instrucciones sobre la utilización de mascarillas en los distintos medios de transporte y se fijan requisitos para garantizar una movilidad segura de conformidad con el plan para la transición hacia una nueva normalidad, Orden que marcará entonces un antes y un después en lo referido a los primeros pasos de la desescalada⁵⁰.

La fase 0, se identifica por la implantación de medidas acordes para todo el país una vez que la curva de contagios se encontrase disminuida, permitiendo ciertas actividades como la movilidad fuera del domicilio y otras que no expusiesen un riesgo directo de contagio de manera interpersonal, respetándose y cumpliéndose las medidas de seguridad establecidas por parte del ciudadano. Principalmente se permitiría de nuevo la realización de ejercicios individuales de los adultos y la reanudación de la actividad económica. Por ejemplo, la apertura de locales y establecimientos con cita previa para la atención individual de los clientes, o, restaurantes con servicio a domicilio sin consumo en el local. A lo largo de la fase 0, en lo referido al ámbito público, se procedería a la

⁵⁰ EL CONFIDENCIAL, “Fase cero de la desescalada en España: normas, fechas previstas y lo que se puede hacer, según el BOE”, mayo de 2020, disponible en: https://www.elconfidencial.com/espana/coronavirus/2020-05-03/fase-cero-desescalada-fechas-boe_2577475/ (Consultado el 21 de julio de 2020)

preparación de todos los locales públicos mediante señalizaciones y medidas de protección de cara a la fase 1⁵¹.

■ Fase I o inicial

En relación con la fecha de entrada de la fase I, II y III, por parte del Gobierno se establecieron de manera aproximada, pero de manera cierta en su totalidad, puesto que el avance de estas era directamente relativo a la evolución de la enfermedad en los diferentes territorios. Así, las fechas marcadas por parte del Gobierno fueron las siguientes:

FASE 0: 4 al 10 de mayo.

FASE II: 25 de mayo al 7 de junio.

FASE I: 11 al 24 de mayo.

FASE III: 8 al 21 de junio.

Las medidas dictadas en esta fase se encuentran contempladas en la Orden SND/399/2020, de 9 de mayo, para la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional, establecidas tras la declaración del estado de alarma en aplicación de la fase 1 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad, posteriormente se vio modificada por la Orden SND/440/2020, de 23 de mayo, por la que se modifican diversas órdenes para una mejor gestión de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Por lo tanto, la Orden SND/399/2020 con sus respectivas modificaciones, se aplicará en las diferentes unidades territoriales que se encuentren o pasen a la fase 1.

Principalmente las medidas con carácter general establecidas en dicha fase las podemos resumir de la siguiente manera:

- *Continuidad del teletrabajo.*
- *Las empresas, centros educativos y otras entidades deberán adoptar las medidas necesarias para cumplir las medidas de higiene y/o prevención para los trabajadores.*

⁵¹LA MONCLOA, “Plan de desescalada”, abril de 2020, disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/Paginas/enlaces/280420-enlace-desescalada.aspx> (Consultado el 21 de julio de 2020)

- *Se asegurará que todos los trabajadores tengan a su disposición en el lugar de trabajo geles hidroalcohólicos o desinfectantes con actividad viricida para la limpieza de manos, o cuando esto no sea posible, agua y jabón.*
- *Cuando no pueda garantizarse la distancia de seguridad interpersonal de aproximadamente dos metros, se asegurará que los trabajadores dispongan de equipos de protección adecuados al nivel de riesgo.*
- *El fichaje con huella dactilar será sustituido por otro sistema de control horario que garantice las medidas higiénicas adecuadas.*
- *Si un trabajador empezara a tener síntomas compatibles con la enfermedad, se contactará de inmediato con el teléfono habilitado para ello.*
- *Los centros deberán realizar ajustes en su organización horaria para evitar el riesgo de coincidencia masiva de personas, trabajadoras o no, en espacios o centros de trabajo⁵².*

■ Fase II o intermedia

La evolución epidemiológica de la COVID19 y la posibilidad de los territorios de avanzar a la siguiente fase, puesto que la respuesta a la anterior ha sido de manera positiva y cumpliendo todos sus propósitos, el Gobierno y las Comunidades Autónomas toman la decisión de flexibilizar algunas medidas en relación con las ya tomadas en las anteriores fases. Para ello, la fase II se contempla en la Orden SND/414/2020, de 16 de mayo, para la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional establecidas tras la declaración del estado de alarma en aplicación de la fase II del Plan para la transición hacia una nueva normalidad, en relación con la Orden SND/440/2020, de 23 de mayo. Estas órdenes serán de aplicación solo y exclusivamente en las unidades territoriales que pasen a la fase II, así como a los habitantes de estas.

Principalmente en esta fase se contempla la posibilidad de la reapertura de manera parcial de actividades que en la fase I se encontraban congeladas. En relación con la restauración se dará la posibilidad de su activación con limitaciones de aforo en su interior, con una ocupación máxima de 1/3 de su capacidad, garantizando la separación

⁵² MINISTERIO DE SANIDAD, “Plan para la transición hacia una nueva normalidad: guía de la fase 1”, modificada el 1 de junio de 2020, pp. 3-5

mínima y solo exclusivamente con servicio de atención en mesa. Se plantea el comienzo del curso escolar en septiembre, se prevé que se pueda comenzar a activar la caza y pesca deportiva, la reapertura de cines, teatros, auditorios con butacas preasignadas, etc. Todo ello a un 1/3 también del aforo habitual. Se permitirá la celebración de actos y espectáculos de menos de 50 personas en lugares cerrados y si fuese al aire libre serán posibles cuando congreguen a menos de 400 personas sentadas.⁵³

■ Fase III o avanzada

El avance positivo del número de casos en los diferentes territorios del país según su evolución encajaba a la perfección con el plan para la transición hacia una nueva normalidad. Para llegar a ello, la última fase por la que debían de pasar las CCAA era la fase III. Sus bases se establecen en la Orden SND/458/2020, de 30 de mayo, para la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional establecidas tras la declaración del estado de alarma en aplicación de la fase III del Plan para la transición.

La fase III conlleva un cambio muy significativo en relación con las medias establecidas en las anteriores fases, eso sí, sin perder el objeto y camino para el cual estaban destinadas. En el ámbito social – personal, se volvería a permitir el contacto social entre personas no vulnerables. A los comercios y servicios, se les levantaría la prohibición de la utilización de zonas comunes y recreativas, con un aforo máximo del 50%. En el ámbito de la hostelería, se verán ampliados los aforos al 50% de la capacidad, pudiéndose abrir los bares nocturnos y discotecas con un 1/3 del aforo máximo, y con sus correspondientes estrictas medidas sanitarias. Otro cambio significativo fue el del ocio, actos y espectáculos culturales, que se permitiría hasta un límite máximo de personas y todas ellas sentadas, exigiéndose para ello, un estudio previo de prevención por parte de las autoridades encargadas del control⁵⁴.

■ Nueva Normalidad

⁵³ MINISTERIO DE SANIDAD, “Plan para la transición hacia una nueva normalidad: guía de la fase 2”, junio de 2020, p. 3.

⁵⁴ MINISTERIO DE SANIDAD, “Plan para la transición hacia una nueva normalidad: guía de la fase 3”, pp. 3-8.

Una vez superadas todas las fases por parte de los diferentes territorios del país, se entra en lo que hoy en día conocemos como “Nueva Normalidad”, en la que nos seguimos encontrando actualmente, sin tener una certeza de hasta cuando esta situación se seguirá prolongando. Entra en vigor mediante en el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, que como se indica en su artículo primero: *“el presente real decreto-ley tiene por objeto establecer las medidas urgentes, ... así como prevenir posibles rebrotes, con vistas a la superación de la fase III del Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad por parte de algunas provincias, islas y unidades territoriales y, eventualmente, la expiración de la vigencia del estado de alarma declarado por el 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, y sus prórrogas.”*

Con lo cual con la superación de la fase III por parte de las distintas Comunidades Autónomas del nuestro país, se podrán observar cambios notorios en relación con las restricciones sociales y económicas adoptadas para la contención de la enfermedad en el confinamiento en las distintas fases. En efecto, se mantendrá de manera exhaustiva la vigilancia epidemiológica, tomando medidas de urgente necesidad, como son el aumento de los efectivos y herramientas sanitarias para la salvaguarda de la ciudadanía.

Se habrá de tener en cuenta que la perduración en el tiempo de esta situación por las diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país será acorde con la evolución del virus en los territorios. En efecto, cuando la evolución de los mismo sea en sentido negativo, lo que ya conocemos como rebrotes previsibles y ciertos ya en la actualidad, las Comunidades Autónomas habrán de tomar decisiones amparando el derecho fundamental de la salud quedando abierta dentro de un abanico de posibilidades, y que sea de aplicación las medias de las fases anteriormente nombradas.

2.5. Adopción y efectos de las medidas más polémicas aplicadas en España.

2.5.1. Ámbito sanitario.

Decía Julián Ezquerro Gadea, secretario general de la asociación de médicos y titulados superiores de Madrid, en una de sus publicaciones el día 4 de marzo de 2020, en la web redaccionmedica.com, que *la crisis de la COVID-19 nos está haciendo ponernos en alerta sanitaria. Una alerta que debemos afrontar con rigurosidad, coherencia, tranquilidad a la vez que proactividad, intentar estar siempre un paso por delante, prevención, mucha prevención y ante todo profesionalidad en su dirección. Lo que realmente preocupa de manera especial es la situación de los profesionales que hacen frente a la crisis en primera línea de batalla. ¿Qué está pasando con los médicos y sanitarios en su generalidad? Son los que tienen el primer contacto clínico con los pacientes en permanente exposición. La situación actual va más allá de lo que hacen ante cualquier enfermedad infecciosa, por ejemplo y como más frecuente y cercana, la gripe. Todo lo que requiere de protección especial -utilizar EPI- es una situación de especial riesgo.*

A diferencia de la gripe, que sabemos cuándo y cómo llega, que tiene vacuna y de la que se tiene sobrada experiencia, en el caso de la COVID-19 todo son incógnitas. Desde cuando esta entre nosotros, como ha llegado, transmisión, incubación, ha venido para quedarse o será pasajera, se comportará como otras virosis o no, etc. Muchas incógnitas sin resolver. Pero si se tiene una certeza, y es que para hacerle frente se necesitan profesionales en número suficiente, formados, con criterios claros de actuación, protocolos ágiles y adecuados, y en eso es lo que realmente se debería tener preocupación.

Partimos de un sistema nacional de salud que ya está al límite y que hoy en día está generando importantes y ya endémicas listas de espera. La COVID-19 está realizando una presión constante que está haciendo que se desborde el sistema. Las consultas de Atención Primaria, los dispositivos de urgencias extrahospitalarias y los de urgencias hospitalarias ya viven de forma permanente en el borde del abismo, consultas desbordadas con escasos tiempo de asistencias, dispositivos de urgencias con carencias crónicas de profesionales, etc.

Se plantean algunas cuestiones: ¿Son suficientes los efectivos médicos en España? ¿Necesitamos más inversión en Sanidad? ¿Se deben reconocer los facultativos como profesionales de riesgo...? Todo esto se queda y se seguirá quedando en el aire, hasta

que nuestros dirigentes reflexionen y se planteen la sanidad desde otro punto de vista y perspectiva.

Partiendo de la entrada en vigor de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, se cuestionan una serie de cambios en el ámbito sanitario para hacer frente a esta crisis. Entra en funcionamiento la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, art. 1, señalando: *<<al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones Públicas podrán, dentro del ámbito de sus competencias, adoptar las medidas previstas en la presente Ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad>>*.

Artículo 2: *<<Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las 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, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible>>*. Como se refleja en ellos, las autoridades sanitarias tienen la potestad y competencia de poder adoptar medidas en la salvaguarda de la salud de la sociedad de manera especial y puntual.

A dicha Ley Orgánica le acompañara el Real Decreto-Ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas de urgente necesidad en el ámbito económico y para la protección de la salud pública. Su finalidad es la modificación del artículo cuarto de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, para establecer el abastecimiento centralizado por el Estado de productos sanitarios distintos de los medicamentos, que como se indica en su disposición general IV dicha modificación tiene como objeto prever casos de posibles desabastecimientos, indicando en su artículo 4: *<<a) Cuando un medicamento o producto sanitario se vea afectado por excepcionales dificultades de abastecimiento y para garantizar su mejor distribución, la Administración Sanitaria del Estado, temporalmente, podrá establecer el suministro centralizado por la Administración>>*.⁵⁵ Las excepcionales dificultades de

⁵⁵ Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública.

abastecimiento existentes en nuestro sistema nacional de salud, (ejemplo claro lo podemos contemplar en la Sentencia 1271/ 2020 de la sala de lo contencioso administrativo del TS de Madrid), conlleva que, la habilitación conferida al Estado para poder llevar a cabo el suministro centralizado de medicamentos y productos sanitarios sea insuficiente para poder garantizar el adecuado abastecimiento del material necesario para la prevención de la COVID-19, siendo preciso extender esta habilitación a otros productos necesarios para la protección de la salud que no tengan la naturaleza de producto sanitario, de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios. Por ello, se hace necesario modificar dicha Ley Orgánica.

Teniendo muy en cuenta de que ante todo estamos ante una situación sobrevenida, para mi parecer algo con lo que se podría haber sido más previsible, nos encontramos con una modificación que una vez más demuestra que nuestro sistema nacional de salud no está lo suficientemente capacitado ni preparado para hacer frente a situaciones de “alarma roja”, quizás sea ya una cuestión de valoración crítica individual pero ante todo objetiva respecto a la realidad como anteriormente citaba una publicación de Julián Ezquerro Gadea.

Además de la modificación ya comentada mediante el Real Decreto-Ley 6/2020, de 10 de marzo, nos encontramos con distintas Ordenes, Resoluciones e Instrucciones dictadas para hacer frente a diferentes medidas en materia sanitaria, por ejemplo la Orden SND/233/2020, de 15 de marzo, por la que se establecen determinadas obligaciones de información de acuerdo con lo previsto en el 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, cuyo objeto es habilitar al Ministro de Sanidad como autoridad competente delegada, para adoptar todas las medidas que considere oportunas dirigidas a reforzar el Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional pudiendo obligar según su artículo 2 a las personas jurídicas, nacionales o extranjeras ubicadas en el territorio nacional que tengan como actividad la fabricación y/o importación de alguno de los productos recogidos en el apartado tercero de la presente Orden, Artículo 3: “deben de presentar información sobre los siguientes productos: Mascarillas quirúrgicas de tipo II y III, mascarilla protección FFP2, mascarilla protección FFP3, kits PCR diagnóstico COVID-19 y sus consumibles, etc.”.

En el caso de no presentación de la información requerida o falsedad de la misma, tendrá consideración de infracción administrativa en materia de salud pública según su artículo 5.

También es importante hacer una reflexión sobre la protocolización interna de los hospitales, y algunas medidas tomadas en ellos con la situación sobrevenida en la que nos encontramos actualmente. Dichos organismos y centros sanitarios se han visto afectados de manera directa, puesto que han sido los primeros en estar en primera línea, para la salvaguarda de la salud pública.

Asimismo, el Ministerio de Sanidad en el mes de enero de 2020 hacía público el “Protocolo de actuación frente a sospechas de coronavirus” en su página web, su publicación se pudo interpretar como un mensaje de alarma a todos los complejos hospitalarios del país. De manera preceptiva, los hospitales de nuestro país debían de tenerlo a disposición inmediata de los sanitarios y facultativos médicos que trabajasen en el mismo.

Las publicaciones de los diferentes protocolos hospitalarios dictados se han ido actualizando de manera automática conforme la investigación y avances científico-médicos han ido progresando, así como por ejemplo uno de los más destacados a seguir que se encuentra publicado en la web del Ministerio de Sanidad, es el titulado “Documento técnico. Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria” actualizado el 18 de junio de 2020, documento elaborado por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias y para su redacción han participado diferentes instituciones como: Asociación Española de Pediatría (AEP) / Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP), Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), etc. El principal objetivo de este y como el mismo indica en su apartado número 1. Dicho documento técnico tiene la finalidad de guiar el manejo clínico de los pacientes con COVID-19 con un doble objetivo: lograr el mejor tratamiento del paciente que contribuya a su buena evolución clínica; y garantizar los niveles adecuados de prevención y control de la infección para la protección de los

trabajadores sanitarios y de la población en su conjunto⁵⁶. Como ya sabemos hoy en día no se tiene certeza de un medicamento que de manera directa y eficaz esté preparado y/o capacitado para hacer frente al virus, ello ha conllevado a que el uso de medicamentos en los pacientes haya sido una “aventura” hasta dar con el o lo correspondido que por resultados clínicos hayan sido efectivos.

Nos podemos plantear una cuestión en este sentido: ¿Qué ocurre cuando los medicamentos utilizados en el paciente no han dado los resultados esperados por los médicos y tienen que aplicarle un medicamento o tratamiento en fase de investigación? Acudimos a lo que conocemos como consentimiento informado contemplado en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, artículo 8.2, estableciendo que puede ser tanto verbal como escrito: <<2. *El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgo o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente*>>.

Se ha de tener en cuenta principalmente en la existencia o no, de riesgo de notoria y previsible repercusión negativa en la salud vinculados a la aplicación de sujeciones o contenciones. La prescripción y administración de fármacos por razones clínicas en procesos agudos, normalmente no necesita de consentimiento informado documentado cuando no impliquen riesgos o inconvenientes notorios. Por el contrario, cuando el fármaco suponga riesgos asociados de notoria y previsible repercusión negativa sobre el paciente es necesario obtener el previo consentimiento informado para su administración. Sobre este mismo contenido se pronuncia el protocolo que anteriormente hemos comentado en el Anexo II, consentimiento informado en sus páginas 26 a 28 adjuntándose el modelo de información y consentimiento para uso de un medicamento en investigación.⁵⁷

⁵⁶ Vide MINISTERIO DE SANIDAD, “Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria”, *documento técnico*,” (consultado en la web en junio de 2020).

⁵⁷ Vide Juan Luis BELTRÁN AGUIRRE, “Sujeciones físicas y farmacológicas.”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Dir.), *La seguridad del paciente*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018, pp. 179-180.

Hemos de pronunciarnos también sobre las medidas de seguridad y protección de los facultativos médicos en España en todo lo relativo a la enfermedad COVID-19. Esta es una cuestión criticada en nuestro país puesto que el alto porcentaje de infección de nuestros sanitarios deja en evidencia diversas facetas de nuestro control y preocupación por los mismos. Hasta el 29.07.2020 se han notificado 53.186 casos confirmados en personal sanitario,⁵⁸ datos que hacen cuestionar si realmente son efectivos los equipos de protección, eficaces los protocolos de actuación en prevención de riesgos laborales conforme a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, de 8 de noviembre, o si la formación en relación con ello es totalmente correcta.

¿Qué es un EPI? Según el Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual, en su artículo 2: “cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.” De acuerdo con lo establecido en el RD 773/1997, el equipo deberá estar certificado en base al Reglamento (UE) 2016/425 relativo a los equipos de protección individual, lo cual queda evidenciado por el marcado CE de conformidad. De forma general, la recomendación es utilizar los EPI desechables, o de lo contrario, que puedan desinfectarse después de cada uso siguiendo las recomendaciones. La correcta colocación de los EPI es fundamental para evitar posibles vías de entrada del agente biológico, igualmente importante es la retirada de estos para evitar el contacto con zonas contaminadas y/o dispersión del agente infeccioso⁵⁹. Los EPI para uso profesional sanitario establecidas en nuestro país según Reglamento (UE) 2016/425 del Parlamento Europeo y del Consejo son de categoría III. Haciendo referencia a la Ley 31/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, en relación con la entrega de los equipos de protección de protección individual se pronuncia el artículo 17: “el empresario deberá proporcionar a sus trabajadores equipos

⁵⁸ *Vide* MINISTERIO DE SANIDAD, Actualización nº 174., Enfermedad por el coronavirus (COVID-19), 30 de mayo de 2020, (consultado en la web en junio de 2020).

⁵⁹ MINISTERIO DE SANIDAD, “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2”, 8 de junio de 2020, disponible en internet: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRLL_COVID-19.pdf (Consultado en junio de 2020)

de protección individual adecuados para el desempeño de sus funciones y velar por el uso efectivo de los mismos cuando, por la naturaleza de los trabajos realizados, sean necesarios”. De manera previa a lo que se indica en el mismo, hay que hacer referencia al artículo 19.1: “en cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar que cada trabajador reciba una formación teórica y práctica, suficiente y adecuada, en materia preventiva, tanto en el momento de su contratación, cualquiera que sea la modalidad o duración de ésta, como cuando se produzcan cambios en las funciones que desempeñe o se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo,” lo cual nos está indicando que es preceptiva la formación por parte del empresario a sus trabajadores de acuerdo con su uso. El no cumplimiento de ello podría derivar en responsabilidades de carácter penal, sobre lo que me pronunciaré de manera posterior.

2.5.2. El confinamiento: ¿Suspensión o limitación?

Como hemos podido comprobar la crisis sanitaria supuso tomar una serie de medidas en relación con todo el conjunto de la sociedad, con el objetivo directo de frenar las propagaciones interpersonales, puesto que como sabemos es la manera por la cual la enfermedad se multiplica de manera exponencial y agrava la situación por momentos tanto a corto como a largo plazo.

De manera directa se pronuncia la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio, sobre los derechos que se pueden limitar con la entrada en vigor del estado de alarma. En efecto hay que hacer una breve referencia a la declaración de los estados de emergencia (excepción o sitio), en ellos si se puede suspender los derechos enumerados en el artículo 55 de la Constitución española, a diferencia del estado de alarma en la que solo se pueden limitar, como se pronuncia la doctrina constitucional que indicando, claramente, en el fundamento jurídico octavo de la citada STC 83/2016, que: *“a diferencia de los estados de excepción y sitio, la declaración del estado de alarma no permite la suspensión de ningún derecho fundamental (art. 55.1 CE contrario sensu), aunque sí, la adopción de medidas que pueden suponer limitaciones o restricciones a su ejercicio.”*

Sobre lo anteriormente expuesto se pronuncia el artículo 11. de la LO 4/1981: “*el decreto de declaración del estado de alarma, o los sucesivos que durante su vigencia se dicten, podrán acordar las medidas siguientes:*

- a) Limitar la circulación o permanencia de personas o vehículos en horas y lugares determinados, o condicionarlas al cumplimiento de ciertos requisitos.*
- b) Practicar requisas temporales de todo tipo de bienes e imponer prestaciones personales obligatorias.*
- c) Intervenir y ocupar transitoriamente industrias, fábricas, talleres, explotaciones o locales de cualquier naturaleza, con excepción de domicilios privados, dando cuenta de ello a los Ministerios interesados.*
- d) Limitar o racionar el uso de servicios o el consumo de artículos de primera necesidad.*
- e) Impartir las órdenes necesarias para asegurar el abastecimiento de los mercados y el funcionamiento de los servicios de los centros de producción afectados por el apartado d) del artículo cuarto.”*

Una de las principales medidas aplicadas por parte del gobierno para hacer frente a la crisis sanitaria que nos acontece, fue la del “confinamiento” justificado con la medida descrita en el apartado a) del artículo 11 de la LO 4/1981, cuestión que ha sugerido mucha crítica puesto que, basándonos en la práctica de la aplicación del estado de alarma acordada por el RD 463/2020, no podemos contemplar diferencia entre las medidas limitativas que se deben ejecutar en un estado de alarma y las suspensivas propias de un estado excepción, tomando como ejemplo nuestra libertad de circulación, el confinamiento puesto en práctica en nuestro país, es una completa negación general del ejercicio de este derecho, más propio de un estado de excepción⁶⁰. En efecto, si observamos, por ejemplo, la redacción del artículo 7 del RD 463/2020, de 14 de marzo, todavía vigente, podemos contemplar que lo que se regula en el mismo son las excepciones a una implícita suspensión general del derecho fundamental a la libre circulación de las personas por el territorio nacional, proclamado en el artículo 19 de la Constitución, en la medida en que establece que solo podrán circular por las vías de uso

⁶⁰ Isabel TELLO LÍMACO, “¿Qué derechos se pueden limitar en el estado de alarma?”, *Confilegal*, mayo de 2020, disponible en: <https://confilegal.com/20200516-que-derechos-se-pueden-limitar-en-el-estado-de-alarma/#:~:text=Por%20lo%20que%20la%20Declaraci%C3%B3n,o%20restricci%C3%B3n%20de%20esos%20derechos>. (Consultado el 15 de julio de 2020).

público las personas que realicen algunas de las actividades que específicamente se establecen en el precepto, añadiendo, que las personas que no se hallen en alguno de los supuestos contemplados, no puedan circular. Entendemos de ello, que, solo se regulan las excepciones a una suspensión general del derecho fundamental a la libre circulación de las personas dentro del territorio nacional, suspensión que aún fue todavía más dura en la quincena del 28 de marzo al 12 de abril, días en los que la libertad de circulación quedó restringida solo y únicamente a quienes realizaban servicios esenciales, sin otra cobertura jurídica que el mencionado Real Decreto de declaración del estado de alarma⁶¹.

Todo lo anteriormente comentado es constitutivo de interponer Recurso y cuestión de inconstitucionalidad, podrá enjuiciarse el decreto de estado de alarma, de medidas de exigencias de legalidad y proporcionalidad, por lo que los actos administrativos adoptados por parte del gobierno en el presente estado de alarma podrán ser impugnables por vía jurisdiccional y susceptibles de indemnización.

2.6. Vuelta al estado de alarma.

Como era de esperar y nos avisaban los expertos epidemiólogos, la COVID-19 vuelve una vez más y puede que arremeta con más virulencia. Actualmente, nos encontramos inmersos en lo que coloquialmente se le conoce como la “segunda oleada”. Hemos de recordad que por lo que conocemos de la historia, la gripe española en su segunda oleada tuvo un mayor índice de casos – fallecimientos. En efecto, el Gobierno vuelve a tomar medidas necesarias, para la contención del virus y la salvaguarda de la salud pública.

Asimismo, se declararía mediante el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, un nuevo estado de alarma en todo el territorio nacional, en aplicación de la Ley 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio, y, en justificación del artículo 116 de la Constitución española, a cuyos efectos la autoridad competente es el Gobierno de la Nación.

⁶¹ Vide Joaquín VIVES de la CORTADA, “¿Es el adecuado para suspender derechos fundamentales y libertades públicas? El TC se pronuncia sobre el estado de alarma”, mayo de 2020, disponible en: <https://elderecho.com/tc-se-pronuncia-estado-alarma> (Consultado el 16 de julio de 2020)

Se trata de un Real Decreto de Estado de Alarma que difiere sustancialmente del declarado en marzo y del que se plantean, también, ciertas cuestiones jurídico – constitucionales. Si bien, todos somos conscientes de la gravedad de la situación creada por la pandemia ocasionada por el virus SARS-COV-2, así como de la necesidad de adoptar las medidas necesarias para garantizar la seguridad de todos los españoles, no debe obviarse que nuestro texto constitucional dispone de una serie de mecanismos jurídicos que, incluso en un momento de excepcionalidad como el que vivimos, deben respetarse.

El RD 926/2020 por el que se declara el Estado de Alarma en todo el territorio nacional dispone, entre otras, las siguientes medidas⁶²:

<<Se limita la circulación de las personas por las vías o espacios de uso público entre las 23:00 y las 6:00 horas. La autoridad competente delegada podrá modular, en su ámbito territorial, su inicio entre las 22:00 y las 00:00 horas y su fin entre las 5:00 y las 7:00 de la mañana. Su aplicación será para todo el país salvo la Comunidad Autónoma de Canarias, debido a su mejor situación epidemiológica>>.

<<Se limita la permanencia de grupos de personas en espacios públicos y privados a un máximo de seis personas, salvo que se trate de convivientes>>.

Parece claro que ambas medidas, están afectando a dos libertades que protege nuestro texto constitucional: La libertad de circulación y la libertad de reunión.

Sobre la constitucionalidad de las medidas acordadas, se pronuncia la STC 83/2016 reflejando que: “La declaración del estado de alarma no permite la suspensión de ningún derecho fundamental, aunque sí la adopción de medidas que puedan suponer limitaciones o restricciones a su ejercicio⁶³”. Asimismo, basta acudir al artículo 11 de la LO 4/1981 que viene a establecer un *numerus clausus*, esto es, una lista cerrada de medidas que pueden acordarse durante la vigencia del estado de alarma y que dispone en su tenor literal que solo permite: “limitar la circulación o permanencia de personas o

⁶² Vide Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2, artículos 5 y 7.

⁶³ Vide STC 83/2016, de 28 de abril, FJ 8.

vehículos en horas y lugares determinados, o condicionarlas al cumplimiento de ciertos requisitos”.

Se observa como el RD 926/2020 establece un ámbito de aplicación genérica (en todo el territorio nacional) que no determina con detalle los lugares dónde se debe aplicar esta medida tal y como lo exige la LO 4/1981. A mi juicio, el RD del estado de alarma debe de determinar con exactitud, al igual que lo hace con las horas, los lugares que se establece esta medida. Según mi propia interpretación, parece que el artículo 11.a) refiere a acordar la adopción de estas medidas en determinados lugares y no en todo el territorio nacional.

Sobre el derecho de reunión, el artículo 21 de la Constitución Española, dispone que: “Se reconoce el derecho de reunión pacífica y sin armas⁶⁴”. Se trata, por tanto, de un derecho fundamental que no puede ser siquiera limitado por el estado de alarma y mucho menos suprimido, puesto que el artículo 11 de la LO 4/1981 no prevé la adopción de esta medida⁶⁵. Si bien, el legislador contempló la posibilidad de suspender este derecho mediante la adopción de una medida determinada, no lo hizo para poder ser adoptada en un estado de alarma, sino en uno de excepción o sitio. El artículo 21.2 de la CE establece que este derecho sólo podrá ser suspendido “cuando existan razones fundadas de alteración del orden público, con peligro para personas o bienes”.⁶⁶ Se observa que existen otras vías para suspender este derecho, pero no mediante el estado de alarma que no está habilitado constitucionalmente para hacerlo.

Otro de los puntos que conviene advertir en este, es lo relativo al régimen sancionador. Al igual que en el anterior RD de estado de Alarma, el vigente remite el incumplimiento de su contenido o la resistencia a las órdenes de las autoridades competentes a lo

⁶⁴ Vide CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA, de 29 de diciembre de 1978, artículo 21.1: «Se reconoce el derecho de reunión pacífica y sin armas. El ejercicio de este derecho no necesitará autorización previa.».

⁶⁵ Vide Ley 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio, artículo 11: «Con independencia de lo dispuesto en el artículo anterior, el decreto de declaración del estado de alarma, o los sucesivos que durante su vigencia se dicten, podrán acordar las medidas siguientes: a) Limitar la circulación o permanencia de personas o vehículos en horas y lugares determinados, o condicionarlas al cumplimiento de ciertos requisitos».

⁶⁶ Vide CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA, de 29 de diciembre de 1978, artículo 21.2: «En los casos de reuniones en lugares de tránsito público y manifestaciones se dará comunicación previa a la autoridad, que sólo podrá prohibirlas cuando existan razones fundadas de alteración del orden público, con peligro para personas o bienes».

dispuesto en los términos establecidos en el artículo 10 de la LO 4/1981 el cual, a su vez, se remite a lo dispuesto en las Leyes.

El principio de tipicidad cobra especial importancia tanto en derecho penal (delitos) como en el derecho administrativo sancionador (multas). El propio artículo 1 del Código Penal dispone que “no será castigada ninguna acción ni omisión que no esté prevista como delito por Ley anterior a su perpetración”. Esta es la clara expresión del principio de legalidad penal que responde históricamente al principio “nullum crimen sine lege”.

Por su parte, el artículo 27 de la Ley de régimen jurídico del sector público dispone que: “solo constituyen infracciones administrativas las vulneraciones del ordenamiento previstas como tales infracciones por una Ley”. Por lo que deja de manifiesto este principio de tipicidad.

El problema de remitir el régimen sancionador a las disposiciones establecidas en las Leyes, lejos de ser inconstitucional, que no lo es, es que tiene un efecto claro en detrimento de la seguridad jurídica. Por ello, el hecho de que no se haya previsto expresamente un régimen sancionador concreto acentúa la incertidumbre en la ciudadanía que no sabe que está permitido y qué no. Ya hemos visto ejemplos de determinadas conductas que han sido objeto de sanción administrativas pero que, por no cumplir con este principio de y tipicidad han sido declaradas nulas de pleno derecho.

IV. CONCLUSIONES.

Albert Einstein decía, “si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo”. Es una frase para reflexionar, y encajarla en un contexto como el que nos acontece hoy en día en el siglo XXI. Actualmente, no solo nos enfrentamos a un problema socio económico, sino a uno que por la pasividad y falta de previsión nos vamos a tener que enfrentar, y mucho peor, recordar durante mucho tiempo, y es el problema que el Sistema Nacional de Salud debe hacer frente.

La enfermedad del Ébola dio el primer golpe en la mesa hace unos años, y por desgracia, los datos que nos dejó eran motivos suficientes para no hacer caso omiso a un

problema sanitario a nivel mundial que afecta y ataca a todos sin distinción de raza, sexo, profesión, o situación social, y como dicen algunos críticos, este tipo de enfermedades no entienden de fronteras. Pero se hizo, se miró para otro lado pensando que a “nosotros” nunca nos tocaría. En España se procedió generalmente con la aplicación de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública y la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, esta última en su título I establece sus principios básicos, han pasado 34 años ya y siguen siendo los mismos, lo que nos hace recapacitar que el problema quizás esté en la base y así poder ver que nos encontramos en una crisis sistemática. Es un claro reflejo de la necesidad de emprender un cambio que nos garantice un Sistema Nacional de Salud fuerte, con una buena financiación y un estándar mínimo de calidad, adecuado al siglo en el que nos encontramos y propio a la importancia que no se da a uno de nuestros bienes jurídicos protegidos con más valor como es la salud. Particularmente, para situaciones excepcionales sanitarias se procedió la aplicación de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, que como principal objeto es que mediante la autorización de un juez permita restringir derechos fundamentales -los reconocidos en los artículos 14 a 29 del texto constitucional- con la principal finalidad de poner en salvaguarda la salud pública de los ciudadanos. Afortunadamente la suerte nos favoreció cuando el único caso de contagio en España supero la enfermedad y nos diesen la oportunidad de rectificar a tiempo el rumbo.

En mi opinión, lamentablemente no supimos interpretar el primer golpe en la mesa que nos dio el Ébola para aprender de él, y de manera subsiguiente la COVID-19 nos vuelve a golpear. Actualmente, en la inmensa crisis sanitaria y económico-social en la que nos encontramos es una realidad en el que el 100% de los hospitales de nuestro país se ha visto en una situación de colapso, aun así en la actualización del plan presupuestario de 2020 podíamos observar como España a partir del mes de enero, destinaria apenas un 5,9% del PIB a financiar el sistema sanitario, bajando una décima respecto a años anteriores como 2016, 2017 y 2018 lo que supone una caída de alrededor de 1.200 millones de euros menos destinados a la sanidad española, entre otras medidas, cuando hemos podido comprobar cómo afecta la no inversión en desarrollo sanitario, con devastadores resultados como ha sido los desajustes sanitarios que hemos vivido y la pérdida de miles de vidas.

Para hacer frente a la actual crisis sanitaria, la herramienta jurídica que se procede a aplicar por segunda vez en la historia el derecho de excepción en España. Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio. Herramienta preparada y capacitada para hacer frente a todo este tipo de situaciones en lo que personalmente estoy de acuerdo, pero más cuestionable ha sido su manera de aplicación y gestión, en relación con las diferentes Órdenes dictadas para el ajuste a las situaciones sobrevenidas dadas. Una vez más hemos podido comprobar como la falta de inversión en cooperación al desarrollo, cooperación sanitaria y en protocolización de la gestión de situaciones de crisis nos ha vuelto a jugar una “mala pasada”, dejándonos en una situación de desasosiego a todo el conjunto de la población, e inseguridad jurídica a la que nos enfrentamos cuando se dan todo este tipo de situaciones.

Después de ver miles de vidas perdidas, empresas que han echado la persiana, padres y madres de familia que han perdido su empleo, colas interminables de personas en las puertas de comedores sociales, etc., es momento de aprender de ello, ya que como nos está avisando COVID-19 ha venido para quedarse durante bastante tiempo, es momento de emprender el cambio y tomar la sanidad en serio, proyectar un modelo que sea capaz de hacer frente a todo tipo de situaciones de gravedad sanitaria y de compleja resolución.

Bibliografía

- Juan Luis BELTRÁN AGUIRRE, Sujeciones físicas y farmacológicas, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Dir.), *La seguridad del paciente*, pp. 130-195, Valencia: Tirant lo Blanch, (2018).
- Inmaculada Gemma BURKHARDT PÉREZ, (2015), Emergencias sanitarias y derechos fundamentales (Ébola, España,2014), en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Dir.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud* (págs. 69-105), Granada: Comares.
- Lara Victoria CARREÑO IBAÑEZ, (7 de febrero de 2020), *Instituto Español de Estudios Estratégicos*, obtenido en www.ieee.es: http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_informativos/2020/DIEEEI04_2020LARCAR_pandemias.pdf
- CENTRO EUROPEO PREVENCIÓN Y CONTROL ENFERMEDADES, *Mantener a Europa Sana: El ECDC en acción*, 2009.
- COMISION EUROPEA, (2014), *Respuesta de la UE al brote de ébola en África Occidental*, obtenido de ec.europa.eu: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/MEMO_14_599
- Fernando DE LA CALLE-PRIETO, Marta ARSUAGA-VICENTE, Marta MORA-RILLO, Francisco ARNALICH-FERNANDEZ, & Jose Ramon ARRIBAS, (2016), *Enfermedad por virus ebola: actualización*, obtenido en: www.elsevier.es; <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X15004498>
- EL CONFIDENCIAL, (2020), *Fase cero de la desescalada en España: normas, fechas previstas y lo que se puede hacer, según el BOE*, obtenido en: www.elconfidencial.com: https://www.elconfidencial.com/espana/coronavirus/2020-05-03/fase-cero-desescalada-fechas-boe_2577475/
- Mercedes FERNANDEZ de CASTRO, Enrique LÓPEZ LÓPEZ, & Emilio LIZARRA BONELLI, *Medidas Extraordinarias en situaciones de epidemia, Foro Sanidad y Derecho*, pp. 112-118, (2015).
- Antonio FÉRNANDEZ FÉRNANDEZ y Mercedes VAQUERA MOSQUERO, *Análisis de la evolución histórica de la sanidad y la gestión sanitaria en España, encuentros multicdisciplinarios*, Extremadura, 2012.
- Juan GONZÁLEZ ARMENGOL, & Tato VÁZQUEZ LIMA, Los servicios de urgencias y emergencias ante la pandemia por SARS-CoV-2. *MEDLINE* , pp. 155-156, (2020).
- Bernadette O'HARE, Weak health systems and Ébola, *The Lancet* , pp. 70-71, (2015).

- INSTITUTO DE SALUD CARLOS III, (2020), *Mision y vision del ISCIII*, obtenido en www.isciii.es: <https://www.isciii.es/QuienesSomos/Paginas/QuienesSomos.aspx>
- Isabel J. TELLO LÍMACO, (2020), *¿Qué derechos se pueden limitar en el estado de alarma?*, obtenido de www.conflegal.com: <https://conflegal.com/20200516-que-derechos-se-pueden-limitar-en-el-estado-de-alarma/>
- David LARIOS RISCO, Autonomía de la voluntad del usuario de servicios sanitarios, *CESCO*, pp. 276-277, (2014).
- Pedro LAZARO-RODRIGUEZ, & Enrique HERRERA-VIEDMA, *Noticias sobre Covid-19 y 2019-nCoV en medios de comunicación de España: el papel de los medios digitales en tiempos de confinamiento*, *El profesional de la informacion*, (2020).
- Gabriel LECUMBERRI BEASCOA, & Ignacio DÍEZ PARRA (Dir.), *El Derecho de excepción, una perspectiva de Derecho Comparado*, Bruselas: Servicios de Estudios del Parlamento Europeo, (2020).
- Miguel Ángel MARTINEZ GONZALEZ, *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas*, Barcelona: Elsevier, (2017).
- Luis Miguel MENCIA GUTIERREZ, (2020), *Un juzgado de Madrid suspende la vista y emplaza a alegaciones por falta de medios: ¿vulneración de tutela judicial efectiva?*, Obtenido de www.economistjurist.es: <https://www.economistjurist.es/noticias-juridicas/un-juzgado-de-madrid-suspende-la-vista-y-emplaza-a-alegaciones-por-falta-de-medios-vulneracion-de-tutela-judicial-efectiva/>
- MINISTERIO DE SANIDAD, (2020), *Actualización numero 174. Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19)*, obtenido de www.mscbs.gob.es: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV-China/documentos/Actualizacion_174_COVID-19.pdf
- MINISTERIO DE SANIDAD, *Base legal para la puesta en marcha de las medidas especiales en materia de Salud Pública en el contexto de la Grupe con potencial pandémico*, (2009).
- MINISTERIO DE SANIDAD, (2020), *Documento técnico, Manejo Clínico del COVID-19: atención hospitalaria*, obtenido de www.mscbs.gob.es: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV-China/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_COVID-19.pdf
- MINISTERIO DE SANIDAD, (2020), *El CCAES como centro nacional de enlace*, obtenido de www.mscbs.gob.es: www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/reglamentosanita/centNacEn.htm

- MINISTERIO DE SANIDAD, *Evaluación del riesgo para España de la epidemia de fiebre hemorrágica por el virus de Ébola en África Occidental*, (2015).
- MINISTERIO DE SANIDAD, (2020), *Misión y funciones del CCAES*, obtenido de www.mscbs.gob.es: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/queEsCCAES/misifunci.htm>
- MINISTERIO DE SANIDAD, (2020), *Plan para la transición hacia una nueva normalidad: guía de la fase 1*.
- MINISTERIO DE SANIDAD, (2020), *Plan para la transición hacia una nueva normalidad: guía de la fase 2*.
- MINISTERIO DE SANIDAD, (2020), *Plan para la transición hacia una nueva normalidad: guía de la fase 3*.
- MINISTERIO DE SANIDAD, (2020), *Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2*, obtenido de www.mscbs.gob.es: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV-China/documentos/PrevencionRRL_COVID-19.pdf
- MINISTERIO DE SANIDAD, (2020), *¿Qué es el reglamento Sanitario Internacional?*, obtenido de www.mscbs.gob.es: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/reglamentosanita/queEsRsi.htm>
- MINISTERIO DE SANIDAD (s.f), *Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida*, Obtenido de www.mscbs.gob.es: www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/SIARP/home.htm
- Juan M. KOURY & Miguel HIRSCHHAUT, *RESEÑA HISTÓRICA DEL COVID-19, ¿CÓMO Y POR QUÉ LLEGAMOS A ESTA PANDEMIA?*, *Acta Odont. Venez. Edición Especial*, pp. 1-8, (2020).
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, (2019), *Enfermedad por el virus del Ébola - República Democrática del Congo*. Obtenido de www.who.int: <https://www.who.int/csr/don/24-january-2019-ebola-drc/en/>
- Evelio PEREA & Mario SALA FOZ, *Epidemias: ¿Una historia de ida y vuelta?* Barcelona: Humanitas, humanidades medicas, 2006.
- Thomas R. FRIEDEN, The future of Public Health, *The new england journal of medicine*, pp. 1749 – 1750, (2015).
- Fernando SIMON SORIA, & Francisco Javier GUILLEN ENRIQUEZ, *Amenazas para la salud y crisis sanitarias, Aproximación a la alerta y respuesta*, Sevilla: Gac Sanit, (2008).
- Brenda Laura TESINI, Coronavirus y síndromes respiratorios agudos (COVID-19, MERS y SARS), *Manual MSD versión para profesionales* , pp. 1-5, (2020).

- Joaquin VIVES de la CORTADA, (2020), *¿Es el adecuado para suspender derechos fundamentales y libertades públicas? El TC se pronuncia sobre el estado de alarma*. Obtenido de www.elderecho.com: <https://elderecho.com/tc-se-pronuncia-estado-alarma>

Anexos

Legislación

- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA, de 29 de diciembre de 1978.
- LEY ORGÁNICA 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública.
- LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- LEY 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- REAL DECRETO-LEY 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública.
- REAL DECRETO-LEY 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19
- REAL DECRETO-LEY 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2
- COMISION EUROPEA, “Decisión 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por la que se deroga la Decisión 2119/98” *Diario Oficial de la Unión Europea*, 22 de octubre de 2013.

Jurisprudencia

- TRIBUNAL SUPREMO sentencia 1271/2020, de 8 de octubre, (2020)
- TRIBUNAL CONSTITUCIONAL sentencia 89/1985, de 19 de julio, (1985).
- TRIBUNAL CONSTITUCIONAL sentencia 99/1985, de 30 de septiembre, (1985).
- TRIBUNAL CONSTITUCIONAL sentencia 133/1990 de 19 de julio, (1990).
- TRIBUNAL CONSTITUCIONAL sentencia 83/2016 de 28 de abril, (2016).