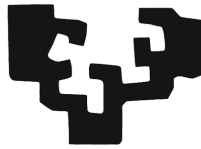


eman ta zabal zazu



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**GRADO EN DERECHO**

---

**LOS DERECHOS FUNDAMENTALES Y EL DERECHO A LA SALUD:  
SANIDAD EN TIEMPOS DE COVID-19**

---

**JUNIO 2022**

**Facultad de Derecho de la  
UPV/EHU**

**AUTORA: AINARA SAINZ UGARTE  
TUTOR: JOSÉ IGNACIO CUBERO MARCOS**

## ÍNDICE

### ABSTRACT

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
1.1 Objetivos	9
1.2 Metodología	10
<b>2. EL DERECHO A LA SALUD COMO PRINCIPIO RECTOR EN LA CE</b>	<b>11</b>
2.1 Introducción: Principios básicos y fundamentos	11
2.2 Sujetos activos y pasivos en el derecho a la asistencia sanitaria	13
<b>3. EL DERECHO A LA SALUD Y SU CONEXIÓN CON LOS DERECHOS HUMANOS</b>	<b>14</b>
<b>4. LA DISTRIBUCIÓN COMPETENCIAL EN MATERIA SANITARIA</b>	<b>16</b>
4.1 Competencias del Estado	18
4.2 Competencias de las Comunidades Autónomas	20
<b>5. EL DERECHO A LA SALUD Y LA PANDEMIA POR COVID-19</b>	<b>23</b>
<b>6. LOS EFECTOS DEL COVID Y PROBLEMAS DE SANIDAD</b>	<b>25</b>
6.1 La sanidad en tiempos de COVID-19	31
6.2 El envejecimiento de la población y el COVID-19 en la sanidad	32
6.3 Normas y prestaciones sanitarias	33
<b>7. MEDIDAS ADOPTADAS POR EL GOBIERNO PARA COMBATIR LA PANDEMIA (Estado de alarma, subvenciones, etc.)</b>	<b>36</b>
7.1 Reales decretos aprobados	37
7.2 Aparición de nuevos métodos positivos, marcha a la nueva normalidad	40
<b>8. EVALUACIÓN DE LA ACTUACIÓN DEL GOBIERNO Y PROPUESTAS PARA UNA MEJOR REGULACIÓN DE LA SANIDAD</b>	<b>41</b>
<b>8.1 Medidas adoptadas</b>	<b>41</b>
8.2 Colapso de las administraciones por el virus	43
<b>9. LAS DEFICIENCIAS DETECTADAS EN EL SISTEMA DE SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA</b>	<b>44</b>
9.1 Diagnóstico de las deficiencias	44
9.2 Bajada del ritmo de atención primaria	47
<b>10. CONCLUSIONES</b>	<b>50</b>
<b>11. ÍNDICE LEGISLACIÓN CONSULTADA</b>	<b>51</b>
<b>11. ÍNDICE JURISPRUDENCIA CONSULTADA</b>	<b>52</b>
<b>12. INDICE BIBLIOGRAFICO</b>	<b>53</b>

## **ACRÓNIMOS:**

**Cfr.:** Indica que la idea expresada se ha extraído de la obra que se cita, pero no se recoge en sus exactos términos.

**Ibid.:** Indica que el trabajo que se cita es el mismo que el citado en la nota inmediatamente anterior, coincidiendo autor, título y edición. Tras esta abreviatura normalmente se incluye una referencia a la página o páginas.

**Id.:** Indica que el trabajo que se cita es el mismo que el citado en la nota inmediatamente anterior, coincidiendo autor, título, edición y páginas.

**Op.cit.:** Hace referencia a cualquier tipo de obra citada con anterioridad (mismo autor, mismo título y misma edición) pero no de forma inmediata, puesto que hay otras notas al pie intercaladas. Suele estar precedida por el nombre del autor y seguida por el número de página.

**TFG:** Trabajo de Fin de Grado

**STC:** Sentencia del Tribunal Constitucional.

**FJ:** Fundamento Jurídico.

**COVID-19:** Enfermedad respiratoria muy contagiosa causada por el virus SARS-CoV-2

**UCI:** Unidad de Cuidado Intensivos

**SNS:** Sistema Nacional de Salud

**NPY:** Noticias Paraguay

**AP:** Administración Pública

**CE:** Constitución Española

**TC:** Tribunal Constitucional

**DPS:** Derecho Fundamental a la Protección a la Salud

**LGS:** Ley General de Sanidad

**LAP:** Ley Autonómica del Paciente

**CC.AA:** Comunidades Autónomas

**IA:** Incidencia Acumulada

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**IDIS:** Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad

**CSP:** Comité de Salud Pública

**CISNS:** Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España

**AGE:** Administración General del estado

**PIDESC:** Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

## RESUMEN

La pandemia global en la cual la sociedad ha estado y está inmersa, ha sido provocada por el virus SARS-CoV-2, conocido como coronavirus o COVID-19. Desde entonces ha tenido un enorme impacto, convirtiéndose en una pandemia a nivel mundial y provocando que la vulnerabilidad humana, los problemas de salud mental y las brechas en los sectores político, económico y sanitario se hiciesen notar más en nuestra sociedad. Además, esta pandemia obligó al Gobierno Español, entre otros países, a decretar por segunda vez la situación del estado de alarma, dejando a su paso millones de muertos y afectados, generando así una crisis sanitaria sin precedentes.

A lo largo de esta pandemia han surgido muchas dificultades, como la escasez de los recursos materiales y humanos o el de las pésimas condiciones laborales. Esta pandemia, junto con las dificultades que han surgido para combatirla, han marcado un antes y un después en la línea-histórico temporal, poniendo de manifiesto la necesidad tan grande de mejorar el sistema sanitario, aplicando medidas de protección que sean efectivas y asequibles para toda la población y creando un plan de actuación para limitar y corregir los problemas futuros.

**Palabras clave:** COVID-19, Crisis Sanitaria, asistencia sanitaria, atención primaria, derecho a la salud.

## ABSTRACT

The global pandemic that the world society has suffered has been generated by the virus SARS-Cov-2 also known as COVID-19 or Coronavirus. From its origins it has had a dramatic impact, becoming a global pandemic. Indeed, it has triggered an increase in human vulnerability, mental health issues and the gaps within the political, economic and health sectors. Furthermore, this pandemic compelled the Spanish government, among other countries, to enact the alarm state for a second time; bringing forth, thus, millions of affected and dead people, as well as an unprecedented sanitary crisis.

During this pandemic several difficulties have arisen, such as the shortage of human and material resources or the dire working conditions. In this line, this pandemic, together with the obstacles emerged when combating it, have marked a before and an after in the history. Accordingly, it has manifested a large need for improving the health system. To this effect, effective and affordable protection measures for the totality of the population have been implemented; and, besides, an action plan so as to limit and solve future problems has been created.

**Key-words:** COVID-19, health crisis, healthcare, primary care, right to health.

## 1. INTRODUCCIÓN

Antes de comenzar con el Trabajo de Fin de Grado que les presentaré a continuación y que someto a valoración de este Tribunal quería explicar la razón de elección de este trabajo y el desarrollo de los puntos que integran el mismo.

El motivo de elección del tema se debe a que siento un gran interés en adquirir nuevos conocimientos relacionados con el tema escogido “Los Derechos Fundamentales y el Derecho a la Salud: Sanidad en tiempos de Covid-19”. Por un lado, hacer hincapié en el derecho a la salud (principio rector de la política social y económica, el cual cuenta con la necesidad de que se interprete e implante como norma jurídica y no como principio), el cual se ha visto muy afectado por la crisis sanitaria que nos azotó hace ya 2 años y 4 meses. Por otra parte, como comentaba, esta pandemia provocada por el Covid-19 lleva varios años en nuestras vidas y debido a este virus se han dado una serie de sucesos. Se trata de un tema de actualidad, que poco a poco se está atenuando pero que se ha mantenido muy presente en nuestras vidas y que a día de hoy lo sigue estando.

También destacar la orientación de mi trabajo, haciendo real hincapié en el covid y relacionándolo con uno de los principios más importantes de nuestra sociedad, la sanidad. Además de adquirir en este estudio realizado, conocimientos específicos relacionados con los Derechos Fundamentales y ponerlos en práctica tanto en el Grado de Derecho como en mi futuro profesional.

La pandemia global en la cual la sociedad ha estado y está inmersa, ha sido provocada por el virus SARS-CoV-2, conocido como coronavirus o COVID-19, cuya denominación recibe el nombre de los acrónimos del inglés “corona”, “virus” y “disease” (enfermedad), mientras que el 19 hace referencia al año en que surgió, ya que fue notificado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) por las autoridades de la República Popular China el 31 de diciembre del 2019. Desde entonces ha tenido un enorme impacto, convirtiéndose en una pandemia a nivel mundial, obligando al Gobierno Español, entre otros países, a decretar por segunda vez la situación del estado de alarma, dejando a su paso millones de muertos y afectados, generando así una crisis sanitaria sin precedentes.

Debido a esta pandemia mundial, el Gobierno Español, entre otros, decretó medidas severas con el objetivo principal de frenar la expansión de esta enfermedad como podrían ser, la limitación del contacto entre personas (confinamientos) o medidas de protección personal (mascarillas). Esta patología puede o no manifestarse de forma sistemática presentando: fiebre, tos seca y fatiga y, en algunos casos, molestias y dolores musculares o articulares, dolor de cabeza o de garganta, congestión nasal, pérdida del olfato o del gusto, náuseas, vómitos y/o diarrea. En casos más graves que requieren de atención sanitaria inmediata, pueden aparecer: disnea o sensación de falta de aire, dolor o presión en el pecho e incapacidad para hablar o moverse.

En consecuencia, debido al rápido avance del Covid-19 y por no estar dotados de medios suficientes para combatirlo, la sanidad se colapsó; ya éramos conscientes de que a la sanidad le faltaban medios, personal, estructuras...etc., pero ha sido en esta pandemia donde realmente nos percatamos de que la asistencia sanitaria debía adquirir mayor relevancia en nuestras vidas. Se cambió la lista de prioridades, se tuvo más en cuenta la realización de seguimientos y tratamientos de los pacientes infectados por el Covid- 19, y no se tuvo en cuenta que las enfermedades cotidianas de cada paciente no iban a esperar a la finalización de este virus.

Tal vez los problemas del ayer sean los mismos que los de hoy, pero se debe trabajar duro y conjuntamente, para que no se conviertan en los del mañana. Es cierto que a lo largo de la historia se han sucedido hitos que han generado graves crisis, pero también han contribuido al desarrollo de la ciencia en distintos ámbitos, como es la sanidad. Por lo tanto, hagamos que este sea un caso más que confirme la regla y coloque a la profesión en el lugar que se merece.

Este Trabajo de Fin de Grado está estructurado en 9 puntos principales, alguno de ellos con sus respectivos subgrupos. Lo primero que encontraremos será una breve introducción de la sanidad en tiempos de COVID-19, siguiendo por describir el derecho a la salud como principio rector en la Constitución Española (CE) en el que también trataré sobre los sujetos tanto activos como pasivos de la sanidad.

A continuación, se encuentra el derecho a la salud con conexión en los derechos humanos. Seguido veremos un análisis de la distribución competencial en la sanidad, con la distribución

de las competencias del Estado y las de las Comunidades autónomas. En relación con esto, veremos después el derecho a la salud y la pandemia por COVID-19, en la que se explican un poco los derechos sociales y cómo ha sido esta pandemia en el marco de la sanidad.

Posteriormente, el trabajo se irá centrando en los efectos de este virus y los problemas que ha ocasionado en el ámbito de la sanidad, con notas sobre el envejecimiento de la población, además de las normas y prestaciones sanitarias; las medidas adoptadas por el Gobierno para combatir esta pandemia con sus respectivos reales decretos aprobados y explicando los nuevos métodos introducidos para la puesta en marcha a la nueva normalidad.

Se hará una evaluación de las actuaciones del gobierno durante esta pandemia y se hablará también sobre el colapso vivido por las administraciones. Finalmente, se comentarán las deficiencias que se han detectado en el sistema sanitario en tiempos de pandemia con especial hincapié en la bajada del ritmo de atención primaria.

Todo lo expuesto sirve de referencia para el desarrollo de este trabajo, sobre “Los Derechos Fundamentales y el Derecho a la Salud: Sanidad en tiempos de Covid-19”, cuyo fin es reflexionar sobre la sanidad en nuestro país, haciendo un estudio sobre esta en tiempos de pandemia ocasionada por el COVID-19, además de analizar cómo lo han llevado los profesionales sanitarios con los escasos médicos con los que contaban y examinar también las medidas adoptadas por el Gobierno durante estos años largos de pandemia.



## 1.1 Objetivos

Los objetivos a desarrollar en este Trabajo de fin de Grado (en adelante TFG), siendo objetivos de forma como de contenido, son fundamentalmente los siguientes:

- ❖ Explicar los epígrafes propuestos de una manera clara para que sean entendidos sin dificultad y no muestren inseguridad a la hora desarrollar el contenido.
- ❖ Desarrollar en cada uno de los epígrafes lo que esté relacionado con el título del mismo evitando incluir información que carezca de relevancia para el tema que estemos desarrollando.
- ❖ Aprender a redactar un trabajo íntegramente.
- ❖ Realizar un análisis de cómo la aparición del COVID-19 a afectado globalmente y concretamente, en el marco de la sanidad
- ❖ Llevar a cabo un estudio del Derecho a la Salud, así como un análisis de su contenido.
- ❖ Analizar la conexión del derecho a la salud con los derechos humanos
- ❖ Profundizar y explicar con claridad y detalle la distribución en materia sanitaria, por una parte, las competencias del estado y por la otra, de las Comunidades Autónomas.
- ❖ Realizar un estudio de los efectos y deficiencias que el COVID-19 ha dejado en el sistema de salud. Además de las medidas adoptadas por el Gobierno para combatir esta pandemia
- ❖ Afianzar los conocimientos adquiridos en el Grado de Derecho relacionándolo con los derechos fundamentales
- ❖ Interpretar con la máxima claridad las sentencias utilizadas en el presente TFG para que el lector sin necesidad de leerlas puedan entender sin dificultad el significado de las mismas.

## 1.2 Metodología

La metodología empleada en este TFG es la siguiente:

He llevado a cabo una investigación teórica sobre el Derecho a la salud desde una perspectiva general, relacionando este derecho con el COVID-19. Me he centrado principalmente en los efectos y deficiencias detectadas en el sistema de salud, además de las medidas adoptadas por el Gobierno, diferenciando entre Estado y Comunidades Autónomas.

Utilizaré en el desarrollo del presente trabajo una metodología tanto descriptiva (derecho a la salud como principio rector en la CE...), como crítica (los efectos del covid-19 y las deficiencias detectadas en el sistema de salud; además de las medidas).

Además, llevaré a cabo una metodología cuantitativa en algunos apartados del TFG, concretamente en los apartados séptimo y décimo, ya que expondré dos gráficas (una en cada apartado) para mostrar una representación de porcentajes, por un lado, sobre los periodos epidémicos del COVID-9 en España y, por otro, una comparación de los tiempos de espera para los tratamientos quirúrgicos de 2020 en comparación con los del 2019

La estructura del presente trabajo la he dividido en diez apartados fundamentales y dentro de estos, dividido en varios subapartados donde desarrollaré los puntos a tratar enumerados, ya nombrados en la introducción. Seguido de las conclusiones que extraeré del presente trabajo. En el apartado quinto llevaré a cabo la realización de dos tablas que serán de gran utilidad para facilitar el desarrollo del presente TFG. Finalizando el trabajo con el correspondiente índice tanto jurisprudencial como bibliográfico.

En cuanto a la documentación utilizada para la realización del TFG la he obtenido tanto de la jurisprudencia, como de artículos de investigación publicados en revistas especializadas. También en monografías sobre derechos fundamentales y noticias actuales de prensa.

## 2. EL DERECHO A LA SALUD COMO PRINCIPIO RECTOR EN LA CE

### 2.1 Introducción: Principios básicos y fundamentos

La Constitución Española (en adelante CE) de 1978 en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Por lo tanto, se trata de un régimen jurídico protector para el derecho a la salud. Sin embargo, no reconoce el derecho a la salud en sí. Esto puede observarse en las consideraciones de DEL REY GUANTER SALVADOR, cuando menciona que “Queda fuera del ámbito de configuración del ordenamiento jurídico la alteración en sí de la salud, respecto a la cual, por más que se establezcan medios preventivos y reparadores, no es posible su exclusión. Sería un derecho irrealizable, en tanto que los factores que alteran la salud escapan en gran medida al control humano”<sup>1</sup>. Comprenderíamos entonces que el derecho a la protección de la salud es una norma de carácter finalista, no se puede exigir la salud como tal, solo podríamos requerir acciones para garantizar la salud de la persona considerados una obligación de medios por parte del Estado, aunque en ocasiones pueden exigirse también resultados. Así, el establecimiento de salvaguardas relacionadas con el acceso a los medios y recursos que permitan el mantenimiento o intento de restauración de la salud no se entiende como acceso, sino como oportunidades, eficacia y eficiencia de los servicios<sup>2</sup>. Se exige una Ley previa para la tutela y garantía de este derecho.

La escasa doctrina del Tribunal Constitucional (en adelante TC), que se ocupa de las materias sanitarias, afecta a la distribución de competencias entre el Estado y la Comunidad Autónoma. Estas sentencias, junto con la especificación CE 149.1.1a CE, respaldan la responsabilidad del Estado de garantizar el acceso igualitario de todos los ciudadanos al disfrute del Derecho Fundamental a la Protección de la Salud (en adelante DPS)<sup>3</sup>. La teoría del TC en torno a los principios rectores de la política social y económica establece que son una pieza clave del modelo de Estado social previsto en la Constitución de 1978 (CE), en cuyo art. 1.1 en el que en España se constituye como un Estado social y democrático de Derecho. Afirma

---

<sup>1</sup> DEL REY GUANTER, S., “El Derecho a la protección de la salud: notas sobre su entramado constitucional”, *Revista de Derecho y Libertades: revista del Instituto Bartolomé de las Casas*. 1998, nº6., pp. 163

<sup>2</sup> BONDIA GARCÍA, D., “La exigibilidad del derecho”, 2013, pp. 268.

<sup>3</sup> STC 32/1983, 42/1983, 87/1985, 111/1986 y 98/2004, esta última avalando implícitamente (con cinco votos particulares) la tesis de la distinción entre contenido mínimo (indisponible por las Comunidades Autónomas) y adicional (disponible) de los derechos fundamentales sociales, a la que después se hará referencia

resumidamente que no pueden aplicarse directamente ni exigirse judicialmente y que es la Ley la que debe precisar su contenido.

El Derecho Fundamental a la Protección de la Salud se rige, entre otros textos, por tres leyes: La Ley General de Sanidad (en adelante LGS), la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCC) y la Ley de Autonomía del Paciente (LAP). Si bien existen algunas imprecisiones y confusiones de la ley, se puede considerar de este procedimiento legal (tal como lo define la CE) que el DPS es, entre otras cosas, un órgano legítimo, sobre todo frente a la Administración.

La salud es el bien jurídico-constitucional, pues en última instancia mira siempre hacia el interés de personas concretas. En pocas palabras, el término «salud» del artículo 43.1 CE y «salud pública» del artículo 43.2 se refieren al mismo objeto, protegidos de dos maneras distintas:<sup>4</sup>

- a) La protección de la salud individual comprende el conjunto de acciones destinadas a proteger la salud (como podrían ser, preservar la vida, favorecer la autonomía y eliminar o mitigar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento) de personas concretas a petición de estas normalmente. Esta protección sanitaria podría verse reflejada en actuaciones como las de asistencia sanitaria o derecho a la obtención de medicamentos.
- b) La protección de la salud pública o colectiva también requiere la protección de la salud, como en el concepto expuesto anteriormente, y con independencia de las circunstancias de algunas personas. Trata en mayor medida actuaciones de prevención, así como el seguimiento de la salud de los ciudadanos, distinguiéndose de la anterior por no dirigirse a ciudadanos concretos, sino que actuando de manera colectiva tal y como su nombre indica.

De todo esto se desprende, por una parte, que la protección de la salud individual configura el contenido del derecho fundamental subjetivo, considerándose la salud pública como la configurante del carácter objetivo de lo establecido en la CE anteriormente mencionada.

---

<sup>4</sup> ESCOBAR ROCA, G. “Los derechos fundamentales...”. Pág. 129. En el mismo sentido PEMÁN GAVÍN, J (1998) El derecho a la salud y Administración Sanitaria. Pág. 68.

Según ESCOBAR ROCA, el aspecto prestacional del derecho puede fundamentarse en una doble vertiente; por tanto, por un lado, en el valor de la libertad, incluyéndose “*el aseguramiento de la salud necesaria para poder ejercer los derechos de libertad expresamente reconocidos en la CE*”, y por otro lado, en el principio de igualdad que serviría para poder extender la titularidad del derecho, debido a que un derecho el cual solo beneficia a un sector minoritario de la población no es considerado derecho fundamental.<sup>5</sup>

Como hemos observado anteriormente, este derecho se encuentra recogido en el artículo 43 CE, dentro del Capítulo III del Título I “*Los principios rectores de la política social y económica*”. Además, no se considera como derecho fundamental por no estar entre los Derechos de la sección primera del Capítulo II y, por último, el legislador debe definir dicho derecho conforme al artículo 53.3 de la CE, no exigiéndose así de manera directa ante los tribunales.

Dos de los autores que defienden la fundamentalidad de este derecho son los autores ESCOBAR ROCA O GARCÍA MACHO, que refiriéndose a este y otros importantes derechos, hablan de los “Derechos fundamentales sociales”, refiriéndose a que el derecho a la protección de la salud es un derecho fundamental porque existe un principio jurídico que lo comprende, sin impedimento en el artículo 53.3. CE.<sup>6</sup>

Es el artículo 43 de la CE el que recoge que el derecho a la protección de la salud se encuentra reconocido; que los poderes públicos son los competentes para la organización y tutela de la salud pública mediante medidas de prevención además de las prestaciones y servicios que sean requeridos; y, que la ley será la que establezca los derechos y los deberes de todos en este ámbito. En el siguiente punto se analizará más en profundidad quiénes son y en qué medida tienen los diferentes órganos competencias respecto del derecho a la sanidad.

## **2.2 Sujetos activos y pasivos en el derecho a la asistencia sanitaria**

Dado que la responsabilidad por los derechos sociales recae en el Estado (los poderes públicos), es necesario desarrollar normas secundarias u organizativas entre los derechos y las

---

<sup>5</sup> ESCOBAR ROCA, G., “Los Derechos Fundamentales y las libertades públicas”., Pág.130

<sup>6</sup> ESCOBAR ROCA, G, Los Derechos Fundamentales y las libertades públicas”, Pág. 126 ss. o GARCÍA MACHO, R., “Los Derechos Fundamentales Sociales y el Derecho a la Vivienda como derechos funcionales de libertad”, en Revista Catalana de Dret Públic, 2009, nº. 38,. pp. 83.

obligaciones, es decir, entre el sujeto acreedor y el sujeto deudor, o en otras palabras. Esto supone que estas normas se envían a los poderes públicos, es decir, ordenan la ejecución de conductas positivas tendientes, ya sea a crear normas que garanticen derechos subjetivos, o a crear servicios públicos para promover o facilitar determinadas acciones positivas. En resumen, el acceso a bienes, servicios y oportunidades diseñados para satisfacer las necesidades de salud no solo es un derecho humano fundamental, sino también la clave para que las personas puedan disfrutar de otros derechos humanos fundamentales.

Además, un objetivo importante de esta ley es difundir la asistencia sanitaria para su aplicación en todo el territorio nacional. Por esto, podemos observar el título preliminar de la LGS que “son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”, así como, “los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan”.

En definitiva, la salud, como todo derecho social, es un derecho, y son las condiciones materiales que le permiten ejercer su libertad, es decir, permiten al individuo perseguir el proyecto de vida que desee; crear condiciones materiales para el disfrute de las libertades, incluidas las libertades políticas; y no debe depender del estatus de ciudadanía.

### **3. EL DERECHO A LA SALUD Y SU CONEXIÓN CON LOS DERECHOS HUMANOS**

El derecho a la salud es un derecho fundamental que abarca todos los aspectos de la vida, y es por eso que hay que entenderla de la manera más amplia posible. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció, como definición de salud, el “estado de completo bienestar físico, mental y social”. El goce de este derecho está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup>OMS “*Organización Mundial de la Salud*”, “Salud y Derechos Humanos”, 2017

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos consagra el derecho a la salud en los siguientes términos: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”. La salud es un derecho humano fundamental que sigue sin ser reconocido en muchos países. La salud es mucho más que la ausencia de enfermedad.

Por lo tanto, observando este artículo, nos percatamos de la cantidad de componentes necesarios para lograr el bienestar. En los derechos humanos, como en el caso del derecho a la salud, existe interdependencia entre derechos, dicho en otras palabras, no se puede lograr un bienestar físico, mental y social si no se respetan los derechos fundamentales.

Los derechos humanos son derechos propios de todas las personas, sin distinción entre la nacionalidad, sexo, origen nacional o étnico, el lugar de residencia...etc. Estos derechos, además de ser indivisibles, dependen recíprocamente, es decir, no se puede respetar unos sí pero otros no, debido a que el uno influye en el disfrute del otro.

Por último, este derecho a la salud se encuentra desarrollado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), cuyo artículo 12 establece que los Estados partes en el pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y en el segundo párrafo describe algunas de las medidas que se deberán adoptar para garantizarlo. Pero de esto se desprende una dificultad; se deberán “adoptar medidas” creando condiciones para facilitar la promoción de esos derechos de “forma progresiva” y “en la medida de los recursos disponibles”.

Finalmente, un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones para abordar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas, que a menudo son impulsores clave de las desigualdades en los resultados sanitarios.

El objetivo de un enfoque basado en derechos humanos es diseñar todas las políticas, estrategias y programas para mejorar progresivamente el disfrute del derecho a la salud para

todas las personas. Las intervenciones para lograr este objetivo se rigen por normas que incluyen:

1. **No discriminación:** El principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política...etc.
2. **Disponibilidad:** Debe haber instalaciones, bienes y servicios médicos y programas de salud adecuados.
3. **Accesibilidad:** Los centros, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para todos. La accesibilidad tiene cuatro dimensiones superpuestas:
  - **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.
  - **Calidad:** Deben ser científica y médicamente aceptables y de buena calidad.
  - **Rendición de cuentas:** los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.
  - **Universalidad:** los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, no importa donde se encuentren, deben poder ejercerlos.<sup>8</sup>

Se han desarrollado políticas y programas para satisfacer las necesidades de las personas. Un enfoque basado en los derechos humanos, define las relaciones mediante las cuales las personas pueden hacer valer sus derechos, alientan a las instancias normativas de formular políticas y a los prestadores de servicios a cumplir su compromiso de construir sistemas de salud más flexibles.

#### 4. LA DISTRIBUCIÓN COMPETENCIAL EN MATERIA SANITARIA

La Constitución española reservó al Poder Legislativo Estatal la competencia para fijar los servicios fundamentales mínimos en sanidad (art. 149.1.16 CE), mientras que son las Comunidades Autónomas (en adelante CC.AA) las competentes para su desarrollo legislativo y ejecución. El presente punto tratará sobre el análisis del reparto competencial vigente en España en materia sanitaria diferenciando entre las competencias estatales y las autonómicas.

---

<sup>8</sup> OMS “*Organización Mundial de la Salud*”, “Salud y Derechos Humanos”, Op.cit., 2017



En su artículo 43 la Constitución Española de 1978 establece el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos siendo objeto de un gran desarrollo normativo tanto por el legislador estatal como el autonómico. En cuanto a la normativa estatal, para el estudio de este trabajo se procederá a hacer mención a dos de las principales leyes que han regulado la materia: la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad<sup>9</sup> y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>10</sup>.

Además, el SNS es el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las CC.AA de manera que en él se integran todas las estructuras y servicios públicos sanitarios.<sup>11</sup>

Por lo que se refiere al sistema de atribución de competencias, la CE, como norma suprema del Ordenamiento jurídico español, contiene los criterios que deben de regir dicha distribución entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

En relación a esto, existen dos sentencias muy importantes en las que el TC, delimita en la fundamentación jurídica el ámbito competencial de la sanidad. De hecho, anula los decretos o leyes de las CCAA amparándose en el título estatal en materia de salud. Encontramos la STC 139/2016 de 21 de julio, así como la STS 64/2017 de 25 mayo.

El artículo 149 CE determinará las materias de competencia exclusiva del Estado español, mientras que el artículo 148 CE tratará de las materias que pueden asumir las CC.AA. Ya en su momento, previo a la promulgación de la LGS, el TC<sup>12</sup> estableció que, si bien el art. 43 CE define objetivos y derechos, no prevé la atribución de competencias en materia de salud pública encargadas de organizar y tutelar el poder público en el ámbito de la salud pública, por lo que es necesario remitirse al Título VIII de la CE y al correspondiente Estatuto de Autonomía.

---

<sup>9</sup>Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. 29 de abril de 1986. nº102

<sup>10</sup> Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. nº 128

<sup>11</sup>Sistema de Información de atención primaria (SIAP)., “Sistema nacional de salud”, Ministerio de Sanidad y Consumo.

<sup>12</sup> STC 32/1983, de 28 de abril FJ 2º.

<b>ESTADO</b>	Bases y coordinación de la Sanidad	<b>Consejo Interterritorial del SNS</b>
	Sanidad Exterior	
	Política del Medicamento	
	Gestión de INGESA	
<b>COMUNIDADES AUTÓNOMAS</b>	Planificación Sanitaria	
	Salud Pública	
	Gestión Servicios de Salud	

*Fuente: elaboración propia. Reparto de competencias según la Constitución Española de 1978, la Ley 14 /1986, de 25 de abril General de Sanidad y la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, de 28 de mayo.*

#### 4.1 Competencias del Estado

Una vez hecha esta pequeña introducción sobre el reparto de competencias entre el Estado y las CC.AA vamos a profundizar primeramente en las competencias atribuidas en específico al Estado.

La forma territorial actual del Estado español se describe como un Estado autonómico "la actual forma territorial del Estado es el fruto de un largo y complejo proceso de construcción, que ha sido acuñado por la doctrina como Estado autonómico"<sup>13</sup>. Esta organización territorial se encuentra situada en el texto constitucional de 1978 en su Título VIII, que permite a las Comunidades Autónomas la asunción de ciertas materias.

En definitiva, como dice MUNUERA<sup>14</sup>, en lo que atañe al sistema sanitario, la competencia estatal se centra en aquellas decisiones en que esté implicada la igualdad básica de los

<sup>13</sup> ARAGÓN REYES, M., "La construcción del Estado autonómico", en Cuadernos Constitucionales de la Cátedra Fadrique FurióCeriol, 2006, nº54/55, pp. 75.

<sup>14</sup> NAVARRO MUNUERA, A., "Sanidad y servicios sociales en Cataluña. Las competencias autonómicas y su ejercicio por la Generalidad de Cataluña.", Revista catalana de derecho público, 1990, nº 12, pp. 82-83.

ciudadanos en las condiciones de salud, o que puedan tener una incidencia negativa sobre la unidad del mercado nacional.

Como bien he expuesto anteriormente, estas competencias atribuidas en exclusiva al Estado se pueden separar en dos grupos; por un lado, en materia de sanidad exterior y, por otro, en materia de sanidad interior.

En primer lugar, analizaremos la competencia en materia de sanidad exterior, titularidad atribuida en exclusiva al Estado. Esta competencia tiene establecida la vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros. Mediante las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, España colabora con otros países y Organismos internacionales en los siguientes aspectos:

- Control epidemiológico,
- Lucha contra las enfermedades transmisibles.
- Conservación de un medio ambiente saludable.
- Elaboración, perfeccionamiento y puesta en práctica de normativas internacionales.
- Investigación biomédica y en otros campos relacionados con el campo de la salud.

Y al servicio de este objetivo de protección de la salud, se hallan distintas medidas preventivas asistenciales y prestacionales<sup>15</sup>

Asimismo, la STC 329/1994 no sólo le otorga al Estado competencia exclusiva en la materia, sino que extiende su titularidad al desarrollo normativo y de ejecución. Sin embargo, el hecho de que otorgue a los estados plenas facultades en materia de sanidad exterior, no significa que no tengan que coordinarse y cooperar con las diferentes Comunidades Autónomas.

En segundo lugar, analizaremos la competencia en materia de sanidad interior. Queda claro, por lo redactado anteriormente, que la titularidad en materia de sanidad exterior se encuentra destinada en exclusiva al estado, pero en materia de sanidad interior pueden surgir ciertas dudas. Debido a esto, la planificación y la coordinación eficaces con las administraciones autonómicas son fundamentales. Cuando hablamos de coordinación estamos hablando, por un lado, de una técnica complementaria a la base de actuación desarrollada por el Estado, y por

---

<sup>15</sup> SANZ LARRUGA, FCO J., “Las Competencias del Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales en Materia Sanitaria”, Universidad de Coruña, pp. 106.

otro lado, de una capacidad diferente que presupone que las CC.AA poseen determinadas capacidades materiales.

Además, la STC 32/1983 del Tribunal Constitucional establece que “la coordinación general debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias”<sup>16</sup>.

La STC 32/1983 habla acerca de la necesidad de que exista un sistema de salud que sea el pilar central de la sanidad del país. Este hecho implica un sistema normativo unificado en todo el territorio nacional, coordinando actuaciones con las administraciones autonómicas, que puedan desarrollar competencias propias. La sentencia afirmó que el objetivo de la constitución era atribuir a los órganos generales del Estado la competencia para determinar el fundamento de asuntos particulares.

Para finalizar, tanto las bases de actuación en sanidad interior como las competencias en sanidad exterior se encuentran establecidas en la Ley anteriormente citada, 14/1986 General de Sanidad, exactamente en sus artículos 38, 39 y 40 en los que establece de forma detallada sus competencias. Además, también mencionar los artículos 43.2 y 70-77 de esta ley, los cuales especifican las materias sobre las cuales el estado llevará a cabo una inspección más detallada además de desarrollar las actuaciones de coordinación general del sistema sanitario.

#### **4.2 Competencias de las Comunidades Autónomas**

Una vez hecha la introducción sobre el reparto de competencias entre el Estado y las CC.AA, y profundizado en las competencias estatales, a continuación se analizarán las bases de la competencia de las Comunidades Autónomas.

Tal y como se establece en el artículo 50.1 de la Ley general de sanidad, “en cada comunidad autónoma se constituirá un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias, (...) bajo la responsabilidad de la respectiva comunidad autónoma.”<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> *Ibid.*: p.117.

<sup>17</sup> Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

El reconocimiento de la competencia estatal sobre la "bases y coordinación general de la sanidad" (artículo 149.1.16 CE) implica que las CC.AA tienen la facultad para aprobar la legislación de desarrollo y ejecutar la legislación a través de sus Estatutos de Autonomía (artículo 149.3 CE). Además, el artículo 148.1.21 CE establece que las Comunidades Autónomas pueden asumir la autoridad en esta materia. Actualmente, todas las CC.AA tienen dicha facultad establecida en sus Estatutos, junto con las funciones que han venido desempeñando y los servicios que siempre ha brindado el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), lo que significa que la atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud está completamente descentralizada, incluyendo las prestaciones farmacéuticas.

Los Estatutos de Autonomía, entre otras cosas, recogen una serie de competencias atribuidas a las Comunidades Autónomas entre las que podemos destacar:

En primer lugar, el desarrollo legislativo y la ejecución en materia sanidad interior e higiene. Las competencias de las CCAA son aquellas restantes que no corresponden al Estado. Por ello, estas tendrán competencias en cuanto al dictado de normas que complementen las leyes del Estado mediante las competencias que les son atribuidas por los correspondientes estatutos de autonomía. Esto se ve reflejado en cuanto a que el Gobierno central puede establecer, por ejemplo, una ley estatal sobre el registro general sanitario de alimentos (art 40.3 LGS) y, tras ello, dicha ley necesitará, tanto un desarrollo legislativo en cada Comunidad Autónoma, así como de unas medidas de ejecución que pueden ser distintas atendiendo a las peculiaridades de cada territorio autonómico. Asimismo, es de competencia exclusiva autonómica tanto la ordenación y desarrollo de establecimientos farmacéuticos como los productos farmacéuticos en cuanto a la ejecución de la legislación estatal.

Por último, destacamos, como competencia autonómica, la administración de instituciones, servicios sanitarios y la coordinación hospitalaria. Las administraciones autonómicas podrán establecer los requisitos técnicos y condiciones mínimas de los centros o establecimientos sanitarios (siempre que sean adicionales a los mínimos fijados por el Estado). De igual forma, la STC 80/1984 declara que "la competencia para la acreditación, homologación y autorización de los centros sanitarios es una actividad de ejecución que compete a la Comunidad Autónoma"

Finalmente, la dirección de instituciones y servicios médicos y la coordinación de hospitales emergen como una autoridad autonómica. Las autoridades autonómicas pueden establecer requisitos y condiciones técnicas mínimas para los centros o estructuras médicas (siempre que excedan los límites mínimos establecidos por el Estado). Asimismo, la STC 80/1984 establece que “la competencia para la acreditación, homologación y autorización de los centros sanitarios es una actividad de ejecución que compete a la Comunidad Autónoma”<sup>18</sup>

<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Real Decreto</b>
Cataluña	1517/1981 de 8 de julio
Andalucía	400/1984, de 22 de febrero
País Vasco	1536/1987, de 6 de noviembre
Comunidad Valenciana	1612/1987, de 27 de noviembre
Galicia	1679/1990, de 28 de diciembre
Navarra	1680/1990, de 28 de diciembre
Canarias	446/1994, de 11 de marzo
Asturias	1471/2001, de 27 de diciembre
Cantabria	1472/2001, de 27 de diciembre
La Rioja	1473/2001, de 27 de diciembre
Murcia	1474/2001, de 27 de diciembre
Aragón	1475/2001, de 27 de diciembre
Castilla-La Mancha	1476/2001, de 27 de diciembre
Extremadura	1477/2001, de 27 de diciembre
Baleares	1478/2001, de 27 de diciembre
Madrid	1479/2001, de 27 de diciembre
Castilla y León	1480/2001, de 27 de diciembre

*Fuente: Transferencias del INSALUD*

---

<sup>18</sup> *Ibid.*: pág. 23

## 5. EL DERECHO A LA SALUD Y LA PANDEMIA POR COVID-19

Los derechos sociales en general, y el de asistencia sanitaria en particular, cuentan con un deber genérico consistente en esbozar un sistema institucional de provisión de bienes y servicios básicos; sistema al cual todos los individuos deben contribuir de acuerdo con su capacidad económica. Sin embargo, determinar el contenido del derecho a la salud es bastante complejo debido a su propia composición y amplitud de alcance (prácticamente todo tiene que ver con la salud física y mental) y por los avances tanto médicos como técnicos en este campo.

Por lo tanto, por esta supuesta manera se podría señalar que el alcance de la tutela en el primer nivel del derecho a la salud, siguiendo con lo establecido por WALDRON<sup>19</sup>, incluirá brindar educación sobre los principales problemas de salud y un servicio activo como primer nivel de atención. Además, este primer nivel de atención se vincula a las actuaciones más básicas o imprescindibles del sistema de salud para atender las necesidades más frecuentes de la población. El segundo nivel del derecho a la salud puede incluir necesidades sociales, como acceso a tratamientos experimentales, acceso a cirugía plástica, provisión de medicamentos mínimamente mejorados con beneficios marginales insignificantes o cobertura de tratamientos de reproducción asistida.<sup>20</sup>

Otra cuestión sería si esta extensión del derecho a la salud como es, el derecho a la asistencia sanitaria, como derecho social, estuviera condicionado a los recursos con los que cuentan los Estados para su implementación, mientras que los derechos civiles no cuentan con esta dificultad (la garantía de estos derechos no cuentan con grandes costos). Los derechos económicos, sociales y culturales dependen de los recursos económicos con los que cuentan los Estados para su implementación. Cuando estos recursos abundan, no hay riesgo para su realización; en cambio, la escasez de recursos imposibilita materialmente el goce de los derechos sociales. Esta crítica a la exigibilidad de los derechos sociales tiene dos aspectos relacionados: por un lado, destaca la estrecha relación entre los recursos económicos del país y el disfrute de los derechos sociales; por otro lado, los costos que implica hacer efectivos los derechos sociales.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> WALDRON, J, profesor de la Universidad de Nueva York (NYU) (enseña Filosofía Legal y Política).

<sup>20</sup> MORALES, L., “Derechos sociales constitucionales y democracia”, Marcial Pons, 2015, pp. 322-ss.

<sup>21</sup> POGGE, T. W. “World Poverty and Human Rights, Cosmopolitan Responsibilities and Reforms”, Polity Press, Cambridge, 2002, pp. 66.

Las fuentes de los recursos para los derechos sociales deben estar claramente definidos: “reconocen y proclaman derechos cuya efectividad está subordinada al que hacer económico, hacen que venga a nuestra consideración, no la raigambre jurídica del derecho reconocido, la cual para nosotros está fuera de duda, sino la efectividad real del mismo y la positivización de aquellos que para algunos podría haber sido una simple abstracción conceptual más propia de la escolástica que de los momentos presentes”<sup>22</sup>.

En cuanto al tema de los costos de los derechos sociales que imposibilitan su implementación como es el caso de la asistencia sanitaria, se podría hacer hincapié en la debilidad de este argumento debido a “el recorte jurídico-estructural de un derecho no puede ni debe confundirse con la cuestión de su financiación. Si estas dos dimensiones fuesen indisociables, entonces no se comprendería que ciertos derechos, como los derechos de acceso a los tribunales y de acceso al derecho, pudiesen ser considerados tranquilamente derechos directamente aplicables cuando, sin embargo, dependen de prestaciones estatales (tribunales, procesos, etc.). (...). Obtener recursos de las arcas del estado supone problemas de financiación pero no implica el «grado cero» de vinculación jurídica de los preceptos que consagran los derechos fundamentales sociales”<sup>23</sup>. Por el mismo argumento, la respuesta de los derechos sociales no depende de la disponibilidad de recursos, sino de la distribución de los recursos disponibles.

Por último, la diversidad de técnicas de garantía para el desarrollo del modelo de derecho social es, según diversos autores, una garantía institucional, una garantía jurisdiccional o la garantía social a través de la movilización continua de individuos y grupos de vectores de estos intereses y valores. Según LORA, en caso de una vulneración a la protección de la salud, se podría recriminar tanto al legislador como a la administración el que no hayan proporcionado cobertura sanitaria suficiente a todos los ciudadanos<sup>24</sup>. Por tanto, en ello consistiría el derecho que nos ocupa: una tarea o desafío lanzado al poder público para que se ponga a trabajar y organice la atención de la salud.

---

<sup>22</sup> RAGA, T., “Efectividad de los derechos económicos y sociales”, en *Derechos y Libertades*, Boletín Oficial del Estado, 1998, n°6, pp. 194. No estaría mal que las fuentes sean más actuales y actualizadas.

<sup>23</sup> GOMES CANOTILHO, J. J., “Metodología Fuzzy y Camaleones normativos en la problemática actual de los derechos económicos, sociales y culturales”, en *Derechos y Libertades*, Boletín Oficial Del Estado, 1998, n° 6, pp. 45.

<sup>24</sup> LORA DEL TORO, P., “El derecho a la protección de la salud”, *Constitución y derechos fundamentales* 2004, pp. 875-910.



## **6. LOS EFECTOS DEL COVID Y PROBLEMAS DE SANIDAD**

Situándonos en la actualidad, han pasado desde aquel día seis olas, 11 millones de infectados y casi 100.000 fallecidos en España por covid. Dos años desde que el Gobierno de Pedro Sánchez decretó el primer estado de alarma. 730 días desde entonces, con tantas heridas y oportunidades rotas.

La pandemia ha tenido un impacto extraordinario en el funcionamiento de nuestro sistema sanitario, especialmente por la presión asistencial en los hospitales de España y de muchos otros países. Durante estos largos años, especialmente en los primeros días de esta pandemia, la necesidad de ingresar a un número tan elevado de pacientes en tan poco tiempo, ya sea en unidades de hospitalización convencionales o en unidades de cuidados intensivos, ha saturado nuestro sistema hospitalario.

Por lo tanto, luego de superar todos los cambios y adaptaciones a nivel sanitario, en un contexto de aislamiento domiciliario y falta de recursos, superando varias oleadas, enfrentando diferentes variantes, y finalmente creando y coordinando de manera efectiva una infraestructura de detección y tratamiento de los casos, la situación actual del país es diferente.

Además, España y el mundo se han encontrado sumidos en el exitoso proceso de vacunación masiva mediante el cual, a nivel nacional se han administrado 94.295.766 dosis permitiendo que haya 40.375.699 personas con la pauta completa.<sup>25</sup>

Sin embargo, a pesar de esta buena noticia, hay que tener en cuenta que las vacunas contra la COVID-19, incluso las de espectro más amplio, no serán 100% inmunes a todas las variantes de coronavirus existentes y, por tanto, es posible que existan nuevos contagios, a pesar de tener la pauta completa y siendo necesario el mantenimiento de las medidas de prevención y protección generales.

Sin lugar a duda, gracias al avance del mencionado proceso y del elevado descenso del número de contagios, ha sido posible abolir la obligatoriedad del uso de mascarillas siempre y cuando se garantice una distancia mínima de metro y medio entre no convivientes, excepto en centros sanitarios y transporte público, tal y como prevé el “Real Decreto 115/2022, de 8 de

---

<sup>25</sup> “Estrategia de vacunación COVID-19 en España”, Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. 2021.

febrero, por el que se modifica la obligatoriedad del uso de mascarillas durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.<sup>26</sup>

Tal y como ya se ha comentado, la consecución de todos estos avances no ha surgido de forma espontánea, sino que ha sido fruto de la ardua labor de toda una sociedad sumisa a los procesos de escalada y desescalada y que, como no podía ser de otra forma, no ha sido ajena a sus consecuencias.

Por lo tanto, como hemos venido hablando, debido a esta crisis generada por la pandemia y las restricciones adoptadas para frenar los contagios, estos han hecho mella en varios aspectos de nuestra vida como son; El empleo, la desigualdad social y la pobreza. Sin embargo, recalcar que el impacto de esta pandemia es menos significativo de lo que se temía, en comparación con crisis anteriores y dado el impacto sin precedentes.<sup>27</sup>

Este resultado se debe a la implementación de diversas medidas de prevención y resolución de la crisis. Sin embargo, las perspectivas de problemas sanitarios a largo plazo plantean un gran desafío para los próximos años, entre los que se encuentran los siguientes medios:

- a) la reactivación del empleo en hibernación
- b) la situación de los colectivos vulnerables no cubiertos (o insuficientemente cubiertos) por las medidas actuales;
- c) la mejora de la gestión y coordinación de las políticas sociales (en particular, los destinados a garantizar los servicios de salud y proteger a quienes no tienen suficientes ingresos para cubrir sus necesidades);
- d) la sostenibilidad financiera de las políticas anticrisis; y
- e) la búsqueda de consensos políticos y con la sociedad civil.

Los tres primeros desafíos afectan a las políticas sociales desarrolladas en respuesta a la crisis, mientras que los dos últimos afectan al entorno económico y político en el que se desarrollan dichas políticas.

---

<sup>26</sup>Real Decreto 115/2022, de 8 de febrero, por el que se modifica la obligatoriedad del uso de mascarillas durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19., 9 de febrero de 2022, nº 34.

<sup>27</sup> TORRES, R., FERNÁNDEZ, MJ.,“La estrategia de contención del impacto social de la crisis: resultados y desafíos”, Revista Funcas, 2021, Panorama Social nº33.

El COVID-19 ha sufrido muchos cambios en su sistema sanitario, así como en la Atención Primaria. Esta pandemia también supone un antes y un después, tanto a nivel organizacional en el sector salud, como en la respuesta a las solicitudes y necesidades de los pacientes, así como en el desempeño de la medicina familiar.

El manejo de la atención primaria de COVID-19 ha significado muchas horas de trabajo y ha restado mucho tiempo a otras actividades para las que la atención primaria brinda una cartera de servicios. Poco a poco se está volviendo a la normalidad, teniendo que empezar a analizar y evaluar el impacto de estos cambios y cómo abordarlos.<sup>28</sup>

Como afirma Vicent Martínez Ibáñez, Director general de ordenación Profesional Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social “En definitiva, la salud es crítica para la economía y el trabajar con consenso tranquiliza a nuestros ciudadanos. Es evidente que nuestro SNS necesita mejores y también es obvio que el prestigio del mismo entre toda la población es muy alto y, por tanto, es muy complicado para cualquier político hacer modificaciones, pero los profesionales sabemos que se puede mejorar. Muchas de las necesidades que ahora se reclaman vienen de hace años. De hecho, algunas de las soluciones que ahora se están realizando tardarán 3-4 años en dar resultados.”<sup>29</sup>

Para poder entender mejor la situación del personal sanitario tras años de agotamiento y estrés debemos atender a la evolución de la pandemia de COVID-19 en España, el cual se señalan en este informe seis periodos:

- a) Primer periodo: Desde el inicio de la pandemia hasta el 21 de junio de 2020, fecha en la que se terminó el estado de alarma en España una vez finalizada la primera ola epidémica de COVID-19.
- b) Segundo periodo: Desde el 22 de junio hasta el 6 de diciembre de 2020, punto de inflexión de la incidencia acumulada (en adelante IA) a 14 días de casos de COVID-19, entre el segundo y el tercer periodo epidémico.<sup>30</sup>

---

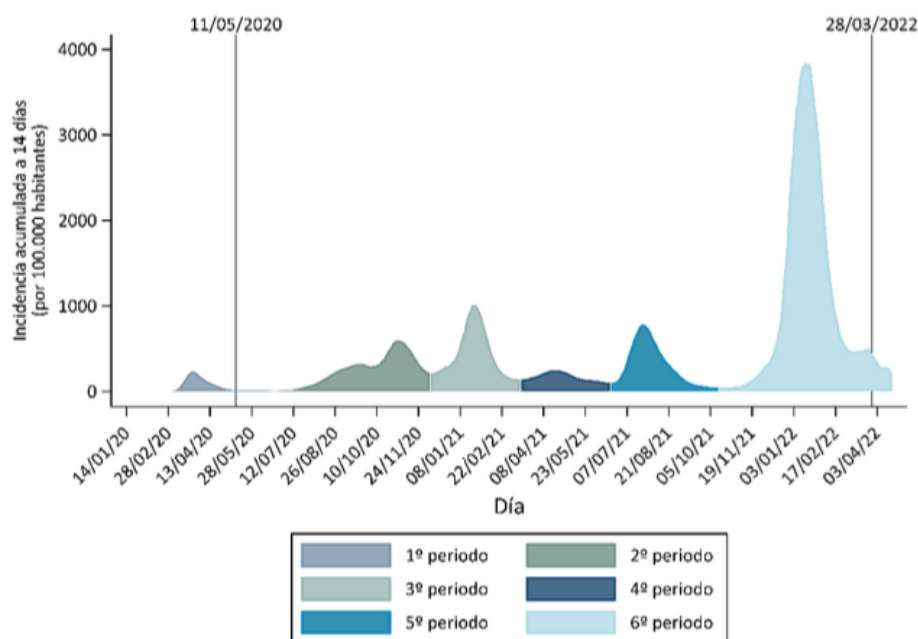
<sup>28</sup> SISÓ-ALMIRALL. A, KOSTOV. B, SÁNCHEZ. E, BENAVENT-ÁREU. J, GONZÁLEZ-DE-PAZ. L., “The impact of the COVID-19 pandemic on primary healthcare disease incidence rates: 2017 to 2020”, *Annals of Family Medicine*, COVID-19 Collection 2021.

<sup>29</sup> ISANIDAD “La Sanidad contada por sus protagonistas”, *Revista de Sanidad*, Anuario 2021, pp. 12-13.

<sup>30</sup> RENAVE. CNE. CNM (ISCIII) “Situación de COVID-19 en España a 19 de abril de 2022. Equipo COVID-19.”, Informe nº125, pp. 3.

- c) Tercer periodo: Desde el 7 de diciembre de 2020 hasta el 14 de marzo de 2021, punto de inflexión de la IA a 14 días de casos de COVID-19, entre el tercer y el cuarto periodo epidémico.
- d) Cuarto periodo: Desde el 15 de marzo de 2021 hasta el 19 de junio, punto de inflexión de la IA a 14 días de casos de COVID-19, entre el cuarto y el quinto periodo epidémico.
- e) Quinto periodo: Desde el 20 de junio de 2021 hasta el 13 de octubre, punto de inflexión de la IA a 14 días de casos de COVID-19, entre el quinto y el sexto periodo epidémico.
- f) Sexto periodo: Desde el 14 de octubre de 2021 hasta la actualidad, que podrá ir variando en función de la situación epidemiológica de la pandemia en España.

**Figura 1. Periodos epidémicos de COVID-19 en España**



Fuente: CNE. ISCIII. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Por tanto, una vez observados los distintos periodos de evolución de la pandemia, centraremos este apartado en el tercer periodo (Desde el 7 de diciembre de 2020 hasta el 14 de marzo de 2021). Con la Navidad «salvada», surgió la tercera ola y encontró al conjunto de la población fatigada y a los profesionales agotados. Es lógico, estos profesionales venían realizando largas jornadas de trabajo desde el inicio de la pandemia, teniendo a su vez alta presión asistencial,

altísimo volumen de teleconsultas, fatiga de algunos pacientes por el retraso en el tratamiento de sus enfermedades crónicas, con la consiguiente desvirtualización de la práctica médica, surgiendo una sensación de malestar emocional entre los médicos de familia.<sup>31</sup>

En un momento en que la profesionalidad de médicos y médicas se ha visto algo comprometida, se han escuchado voces que insisten en la necesidad de restituir un modelo de atención coherente entre las personas, los profesionales y las instituciones de salud entre todos los agentes que conforman el contrato social.<sup>32</sup>

Los sistemas sanitarios post pandemia enfrentan enormes desafíos: reformar la organización de los sistemas nacionales de salud para responder a las necesidades sanitarias de los pacientes del siglo XXI. Esto no será posible sin fortalecer la medicina familiar de manera robusta para revalorizar la práctica médica y crear las condiciones adecuadas para el desempeño profesional. Si esto no se hace, la atención primaria perderá la confianza de los ciudadanos, lo que debilitará el sistema de salud de la nación.

La Atención Primaria ha demostrado su adaptabilidad durante esta pandemia. Incluso, en las condiciones más adversas, al inicio de esta pandemia, supo cómo responder para contener la propagación del virus y proteger a los pacientes manteniendo esta atención en la primera línea del sistema. Además, en la cresta de la ola, las AP proporcionaron la mayor parte de la atención médica, minimizaron las demoras en la atención hospitalaria y protegieron a todo el sistema del colapso.<sup>33</sup>

Una Administración Pública como la de España, con cobertura de toda la población, podrá continuar aportando eficiencia y seguridad a todo el sistema sanitario siempre que se mantengan sus atributos esenciales: accesibilidad y primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación.

---

<sup>31</sup> AGARWAL. S, PABLO. E, ROZENBLUM. R, SHERRITT. KM. “Professional Dissonance and Burnout in Primary Care. A Qualitative Study.”, JAMA Intern Med. 2020, 180(3), PP. 395-401

<sup>32</sup> ESQUERDA. M, TERES. J. Pandemia COVID-19,. “Profesionalismo y contrato social”, Rev Clín Española.

<sup>33</sup> PALACIO. J., “COVID-19 y atención primaria: las oleadas que vienen. Altas hospitalarias, pacientes críticos sin tratamiento hospitalario y atención demorada que pasa a ser indemorable o urgente”, Barcelona: Grupo de Seguridad del Paciente de semFYC.

Existe amplia evidencia de que disponer de una AP con todos sus atributos aumenta la calidad y la seguridad, tanto que disminuye la mortalidad<sup>34</sup>. Por ello, es ahora más necesaria que nunca, en el momento en que los sistemas sanitarios están haciendo frente a retos históricos. Debido a esto, reforzar la AP es la primera prioridad para hacer frente a esta y a futuras emergencias, como ha insistido la OMS<sup>35</sup> desde el inicio de la pandemia. Para ello, son necesarios recursos y preservar los atributos que hacen que proporcione unos resultados que ningún modelo de atención sanitaria consigue sin ella.<sup>36</sup>

En cuanto al retraso en los sistemas de salud, esto ha significado un gran inconveniente a lo largo de esta pandemia, debido a la cantidad de pacientes que se han visto afectados por el retraso de sus tratamientos. En otras palabras, se han canalizado recursos hacia el tratamiento de la COVID-19 mientras que otros problemas de salud, como el cáncer, se han visto significativamente afectados. Hace solo unos años que la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) declaró que el cáncer causa 1 de cada 6 muertes en todo el mundo<sup>37</sup>, convirtiéndose en la pandemia de más rápido crecimiento a nivel mundial. El hecho es que, aunque es una afección común y potencialmente mortal para muchas personas en todo el mundo, el cáncer no es contagioso, esta es la clave para definir lo que es una pandemia.

Las restricciones impuestas a las poblaciones para proteger y reducir los casos de COVID-19 han resultado en una caída dramática en los nuevos diagnósticos de cáncer y en la demora y/o el retraso en el tratamiento. Según el informe de Collateral Global<sup>38</sup> sobre el impacto del covid-19 en el cáncer, es posible que nunca se sepa el verdadero alcance de estos retrasos, aunque sabemos lo suficiente como para temer que los diagnósticos tardíos son difíciles de tratar y reducen la esperanza de vida.

Por otra parte, la presión asistencial que ha habido sobre las camas de cuidados intensivos para tratar el covid ha sido universal y debido a esto las personas que requerían cirugía por

---

<sup>34</sup> PEREIRA. DJ, SIDAWAY. K, WHITE. E, THORNE. A, EVANS. PH., “Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality”, BMJ.

<sup>35</sup> ADHANOM. T., “Safeguarding public health for all in 2020 and beyond”, Commonwealth Health Report 2020. London: Commonwealth Business Communications

<sup>36</sup> STARFIELD. B., “Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología”, Barcelona: Masson; 2001. Traducción de Starfield B., “Primary care: balancing health needs services and technology”, 1998. New York: Oxford University Press.

<sup>37</sup> OMS “*Organización Mundial de la Salud*”. Cáncer (2022/02)

<sup>38</sup> HENEGHAN. C, JEFFERSON. T., “The effects of cancer delays during the COVID-19 pandemic”, Revista Collateral Global, 2021.

cáncer se han visto sumamente afectadas. Según el número de casos, algunos países y regiones se han adecuado rápidamente, como es el caso de Londres, concretamente en el hospital Royal Marsden, en donde los nodos de la atención oncológica<sup>39</sup> se establecieron alrededor de hospitales altamente especializados en el tratamiento de esta enfermedad, el cáncer. Desgraciadamente no todos los países han podido hacer lo que en el Royal Marsden, y, por tanto, la cirugía prácticamente se paralizó durante este periodo. Es prematuro comprender cómo todo esto, junto con los tratamientos y la interrupción de los ensayos clínicos, afectará al cáncer en el futuro.

La vulnerabilidad de las personas expuestas al COVID-19 y al cáncer crea nuevas incertidumbres para estos pacientes. Este grupo de alto riesgo es susceptible a la infección debido a una enfermedad subyacente y un sistema inmunitario comprometido. Para mantenerlos a salvo, muchos hospitales han reducido el contacto, utilizando plataformas virtuales para comunicarse. Además, los pacientes han asistido a los hospitales sin fuentes primarias de apoyo, como familiares, amigos y seres queridos.

### **6.1 La sanidad en tiempos de COVID-19**

La pandemia del COVID-19 y las medidas adoptadas para contenerla han tenido un impacto considerable en la sociedad española. La paralización del empleo y de la actividad laboral tanto de los trabajadores por cuenta ajena como propia (autónomos) ha provocado una caída importante de los ingresos, concentrados en algunos colectivos que se ven así enfrentados a la pobreza y la necesidad.

Hay grupos de personas cuyo modo de vida no se ha visto sustancialmente afectado, por ejemplo, por teletrabajo, o por retirar sus principales ingresos del Estado, como los pensionistas o los funcionarios; también hay un grupo numeroso de personas que han sido capaces de compensar la caída de los ingresos, si bien esto se debe, en parte, a los cambios masivos de ingresos que ha tenido el país desde que comenzó la pandemia, pero también hay

---

<sup>39</sup> The Royal Marsden Hospital Foundation Trust., “A risk-stratified approach to planned cancer care during the COVID-19 pandemic: the Royal Marsden experience.”, Sept 2020.

un grupo de personas que han caído en la pobreza extrema, o ven empeorar su estado de necesidad.<sup>40</sup>

A pesar de estas dificultades, el problema de la crisis del coronavirus puede ser una oportunidad para reflexionar sobre el sistema sanitario, así como para reconsiderar la necesidad de los servicios de atención primaria en una sociedad como la española y en definitiva para dotarlos de las necesidades básicas que están siendo demandadas desde hace muchos años.

## **6.2 El envejecimiento de la población y el COVID-19 en la sanidad**

Asimismo, han surgido nuevos retos como es el caso del envejecimiento de la población. La OMS define el envejecimiento activo como el proceso en el que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento poblacional sin duda representa un éxito en el progreso sanitario y social, pero supone responder adecuadamente a esta realidad en el contexto local, lo que supone nuevos retos, tanto para las personas mayores autónomas como institucionalizadas. Además, la crisis de la COVID-19 ha obligado a reorientar la política y la práctica, requiriendo nuevos enfoques por parte de los profesionales que trabajan con este importante sector de la población.

En este sentido, existen más de 9 millones de personas mayores de 65 años, que hoy constituyen casi una cuarta parte de la población. Una proporción que hace 40 años apenas superaba la décima parte y que en 2050 rozará un tercio del total de habitantes, lo que supondrá duplicar su cifra de hoy, doblando igualmente a la población infantil. Es por la pandemia que la esperanza de vida<sup>41</sup> ha caído este año, pero con 85,44 años para las mujeres y 80,01 años para los hombres, es una de las más altas del mundo. La esperanza de vida a los 65 años también ha aumentado, superada solo por Francia en la UE. Además, desde el mes de mayo el 93,7% de las muertes se han producido en personas mayores de 60, aun representando sólo el 20,8% de los contagios, el coronavirus los ha castigado con extrema

---

<sup>40</sup> ASPACH, O., DURANTE, R., GRAZIANO, A., MESTRE, J., G. MONTALVO, J. y REYNAL-QUEROL, M., “Real-time inequality and the Welfare State in motion: Evidence from COVID-19 in Spain.” *Barcelona GSE Working Papers Series*, 2020, WP n° 1202.

<sup>41</sup> SÁNCHEZ HIDALGO, E., “El coronavirus hace que la esperanza de vida caiga casi un año en España”, *El país*, 2020.



dureza. Asimismo, las personas que viven en residencias representan más de la mitad de todas las muertes por covid-19.<sup>42</sup>

Asimismo, los múltiples impactos económicos del envejecimiento de la población deben abordarse mediante acciones decisivas en múltiples áreas, como por ejemplo, promoviendo una vida laboral más prolongada para los trabajadores de mayor edad y analizando las causas de la baja fecundidad en España.

Este impacto desproporcionado de la pandemia en la salud de los adultos mayores, combinado con el inevitable envejecimiento de la población, nos está obligando a redefinir profundamente nuestro pensamiento y nuestras políticas sobre la vejez. Mirándolo al menos desde cinco perspectivas: salud, envejecimiento activo y sostenible, cuidado, disparidades (de género, territoriales y sociales) y uso de la tecnología.

Por lo tanto, para finalizar con este apartado, y una vez habiendo tratado y analizado los problemas que persisten en la actualidad debido al covid-19, se tendrá que valorar también si la solución a esto es incorporar más recursos en la sanidad pública o más conciertos en la sanidad privada.

### **6.3 Normas y prestaciones sanitarias**

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, dispone lo siguiente: “recogiendo los principios establecidos en la Constitución Española y en las citadas leyes, pretende garantizar la protección de la salud, la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria, a la que tienen derecho todos los ciudadanos independientemente de su lugar de residencia, haciendo efectivas las prestaciones a través de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en la que se recogen las técnicas, tecnologías o procedimientos que en estos momentos cubre el citado Sistema.”

Desde la implementación de la Ley General de Sanidad en 1986, el sistema de salud pública ha ido perdiendo la inversión pública y, la privada ha ido mejorando su calidad. Además, durante la pandemia del Covid-19 se han puesto de relieve dos cuestiones: las debilidades del

---

<sup>42</sup> SOSA TROYA, M., “29.800 personas que vivían en residencias han muerto por covid en España desde el inicio de la pandemia”, El país, 2021.

sistema sanitario público (tras la anterior saturación de listas de espera) y la implicación fundamental de la sanidad privada en esta crisis. No se trata de defender la sanidad privada, como bien he dicho anteriormente, se trata de defender la sanidad en su conjunto, y que todos los pacientes tengan acceso a los servicios esenciales. Ante esta situación, se ha demostrado que esto se logra a través de la colaboración entre el sector público y privado de la salud. Y, en el futuro, necesitaremos que ambos sistemas puedan interoperar para utilizar todos los recursos.<sup>43</sup>

Sin cambiar este modelo de gestión, el sistema de salud público empeorará y el sistema privado crecerá cada vez más por la demanda. Esto no es lo que queremos ya que no puede darse atención solamente a aquellas personas que tengan medios económicos, al ser un negocio la salud en el sector privado. Se debe asegurar a todas las personas sin dar lugar a ningún tipo de discriminación independientemente de la situación laboral en la que se encuentren. Es por este motivo por el cual debe de realizarse una conexión con los derechos humanos.. La sanidad privada debe complementar y ayudar a la sanidad pública con una atención más personalizada y menos masificada. Estas reformas deben tomarse en serio o el sistema de salud pública se volverá cada vez más ineficaz.

Se tiene que entender que el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) no representa solamente los intereses de la sanidad privada, sino al sistema sanitario en su conjunto. No obstante, la sanidad privada representa el 30 por ciento del sistema y por tanto no se le puede excluir ni quitar valor.

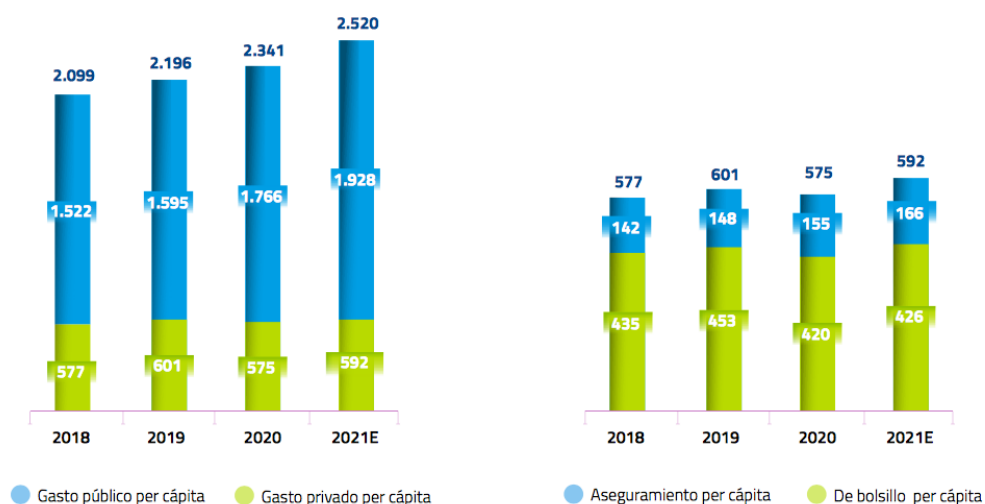
Asimismo, el sector privado libera recursos de la sanidad pública gracias a los más de 9,8 millones de asegurados (excluyendo los 1,77 millones de mutualistas), que no consumen -o lo hacen de forma esporádica- los recursos del Sistema Nacional de Salud. Se estima que el ahorro generado por el seguro privado se situaría entre los 5.679 millones de euros (si el ciudadano cubierto por la póliza privada realiza un uso mixto, consumiendo recursos públicos y recursos privados) y los 15.628 millones (si utiliza exclusivamente el sistema privado). A ello se añade que el sector privado muestra una tendencia positiva tanto en número de

---

<sup>43</sup> ABARCA CIDÓN, J., Presidente del Instituto para el Desarrollo e integración de la Sanidad (Fundación IDIS).

asegurados como en volumen de primas. En 2021 se han superado los 11 millones de asegurados, lo que supone un incremento del 3,8% entre 2016 y 2021.<sup>44</sup>

### Estimación de la evolución del gasto sanitario público y privado per cápita, 2018-2021



*Fuente: Ministerio de Sanidad, Estadística de Gasto Sanitario Público. Presupuestos iniciales ajustados por la desviación media producida en el periodo 2015-2020; INE: Padrón municipal y estadísticas de presupuestos familiares, ICEA seguro de Salud.*

**Nota:** El gasto sanitario público en el año 2021 es una estimación, resultado de aplicar la desviación media entre presupuesto y gasto en el periodo 2015-2020.

**Nota:** El gasto de bolsillo en el año 2021 es una estimación, resultado de aplicar la desviación media en el periodo 2015-2020.

La pandemia ha demostrado claramente la debilidad del sistema sanitario público español. A partir de ahora, preocupa mucho la proliferación de la situación, porque si el sector público no responde, ante los signos de alarma, el actual sistema de daños “terminará afectando la salud de las personas”.

<sup>44</sup> Instituto para el Desarrollo e integración de la Sanidad (Fundación IDIS), “Sanidad Privada, aportando valor”, 2022, nº12.

## **7. MEDIDAS ADOPTADAS POR EL GOBIERNO PARA COMBATIR LA PANDEMIA (Estado de alarma, subvenciones, etc.)**

La crisis sanitaria, económica y social provocada por la pandemia del virus Coronavirus COVID-19 ha obligado al Gobierno a adoptar medidas extraordinarias encaminadas a paliar los efectos que esta pandemia está teniendo a todos los niveles.

Un periodo que se ha caracterizado, en el caso de España, por un notable incremento de la actividad normativa a fin de contener la propagación del virus entre la población y amortiguar su impacto en la economía. En el marco legal derivado del covid destacan los decretos leyes debido a que se trata de un instrumento legal el cual permite al Gobierno adoptar decisiones de forma inmediata y posponer su convalidación parlamentaria hasta 30 días, siempre que se den situaciones de extrema necesidad. Esta pandemia ha cumplido con los requisitos de excepcionalidad, por lo que hasta cierto punto es lógico que se haya recurrido a la vía urgente para gestionar la crisis.

Recalcar que los decretos leyes son normas temporales que pueden ser derogadas por las Cortes. Además, suelen regular aspectos parciales y, dada la rapidez con la que se redactan, no destacan por su precisión a la hora de abordar distintos escenarios.

En febrero de 2021, de las 23 leyes urgentes enviadas al Congreso desde el inicio de la pandemia tan solo tres han completado su tramitación parlamentaria y se encuentran ya en vigor. Las otras 20 siguen atascadas en alguna fase del procedimiento de la Cámara Baja y ni siquiera han llegado al Senado. Un total de 18 proceden de decretos-leyes convalidados por el Congreso, cuatro más del Gobierno y la última de PSOE y Podemos como grupos parlamentarios. Más de la mitad de todas estas leyes fueron impulsadas durante el primer estado de alarma, de marzo a junio de 2020.

Se comenzó con la aprobación del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la covid-19. Razón de esto son las casi doscientas cincuenta normas recogidas en el Código electrónico covid-19 publicado por el BOE, en continua actualización.

Los problemas jurídico-constitucionales originados por la aprobación del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, sus normas de desarrollo y las medidas establecidas han sido varias y de diversa índole. Pueden destacarse, entre otros, la posible inconstitucionalidad de la declaración del estado de alarma, al haberse suspendido que no limitado de forma intensa algunos derechos fundamentales de las personas; la reducción de la función de control parlamentario del Gobierno y la concentración del poder en este último órgano; la utilización abusiva del decreto-ley por el Gobierno desplazando al Parlamento en el ejercicio de la función legislativa; o el papel y posición de las instituciones de la Unión Europea ante la emergencia sanitaria.

### **7.1 Reales decretos aprobados**

Resumen de los reales decretos-ley aprobados hasta la fecha:

- **Real Decreto-ley 2/2022, de 22 de febrero**, por el que se adoptan medidas urgentes para la protección de los trabajadores autónomos, para la transición hacia los mecanismos estructurales de defensa del empleo, y para la recuperación económica y social de la isla de La Palma, y se prorrogan determinadas medidas para hacer frente a situaciones de vulnerabilidad social y económica.
- **Real Decreto-ley 18/2021, de 28 de septiembre**, de medidas urgentes para la protección del empleo, la recuperación económica y la mejora del mercado de trabajo
- **Real Decreto-ley 11/2021, de 27 de mayo**, sobre medidas urgentes para la defensa del empleo, la reactivación económica y la protección de los trabajadores autónomos.
- **Real Decreto-ley 3/2021, de 2 de febrero**, por el que se adoptan medidas para la reducción de la brecha de género y otras materias en los ámbitos de la Seguridad Social y económico.
- **Real Decreto-ley 2/2021, de 26 de enero**, de refuerzo y consolidación de medidas sociales en defensa del empleo que recoge la prórroga hasta el 31 de mayo de los expedientes de regulación temporal de empleo (ERTE) y la prestación extraordinaria por cese de actividad de los trabajadores autónomos.
- **Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre**, de medidas sociales en defensa del empleo que recoge el contenido del III Acuerdo Social en Defensa del Empleo, amplía cuatro meses más la prestación extraordinaria por cese de actividad para los

- autónomos, y además la mejora para que más emprendedores puedan beneficiarse de ellas.
- **Real Decreto-ley 24/2020, (versión consolidada) de 26 de junio**, de medidas sociales de reactivación del empleo y protección del trabajo autónomo y de competitividad del sector industrial, por el que se prorroga las ayudas a empresas y autónomos hasta el 30 de septiembre.
  - **Real Decreto-ley 18/2020, (versión consolidada) de 12 de mayo de 2020**, de medidas sociales en defensa del empleo en el que se mantiene la reducción de las cuotas a la Seguridad Social para las empresas que continúen en ERTE de fuerza mayor total y para las empresas por fuerza mayor parcial se establecen diferentes tramos, en función del mes, del número de personas trabajadoras de la empresa y de su afectación por el ERTE
  - **Orden ISM/371/2020, de 24 de abril**, por la que se desarrolla el artículo 34 del Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19, en el que se aprueba una moratoria de cotizaciones sociales para 12 sectores económicos que permitirá a autónomos y empresas solicitar la suspensión de las cuotas empresariales de sus trabajadores durante un plazo de seis meses sin ningún tipo de interés.
  - **Real Decreto-ley 15/2020 (versión consolidada), de 21 de abril**, de medidas urgentes complementarias para apoyar la economía y el empleo que incluye varias medidas para aliviar el impacto de la COVID-19 entre las personas trabajadoras, y que incorpora importantes modificaciones para los trabajadores agrarios, para los trabajadores autónomos y también en materia de cotización a la Seguridad Social.
  - **Real Decreto-ley 13/2020, de 7 de abril** por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en materia de empleo agrario, que viene a complementar a las que están recogidas en los Reales Decretos y Reales Decretos-ley citados anteriormente
  - **Real Decreto-ley 11/2020 (versión consolidada), de 31 de marzo**, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19, que viene a complementar a las que están recogidas en los Reales Decretos y Reales Decretos-ley citados anteriormente, y que responde a la adopción de un nuevo paquete de medidas carácter social dirigidas al apoyo a trabajadores, consumidores, familias y colectivos vulnerables, un conjunto de medidas

con impacto directo en el refuerzo de la actividad económica, así como actuaciones encaminadas a apoyar a empresas, autónomos y empleados de hogar.

- **Real Decreto-ley 9/2020, de 27 de marzo**, por el que se adoptan medidas complementarias, en el ámbito laboral, para paliar los efectos derivados del COVID-19.
- **Real Decreto-ley 8/2020 (versión consolidada), de 17 de marzo**, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19, que amplía las medidas ya tomadas en el ámbito económico y social, con un triple objetivo: el primero, reforzar la protección de los trabajadores, las familias y los colectivos vulnerables; el segundo, apoyar la continuidad en la actividad productiva y el mantenimiento del empleo; y el tercero, reforzar la lucha contra la enfermedad.
- **Real Decreto 465/2020 , de 17 de marzo**, por el que se modifica el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, que declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. La nueva redacción del artículo 10. “Medidas de contención en el ámbito de la actividad comercial, equipamientos culturales, establecimientos y actividades recreativas, actividades de hostelería y restauración, y otras adicionales.», excluye a las peluquerías de la relación de establecimientos con excepción de suspender la apertura al público, permitiendo únicamente el ejercicio profesional de la actividad de peluquería a domicilio.
- **Real Decreto 463/2020 (versión consolidada), 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, incluyendo limitaciones a la libertad de circulación, requisas temporales y prestaciones personales obligatorias y medidas de contención en el ámbito educativo, laboral, comercial, recreativo, o en lugares de culto. También se adoptan ciertas medidas dirigidas a reforzar el Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional, al aseguramiento de suministro de bienes y servicios necesarios para la protección de la salud pública.
- **Real Decreto-ley 7/2020, de 12 de marzo**, con medidas urgentes de refuerzo del sistema sanitario, apoyo a familias y a empresas directamente afectadas.
- **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, y que establece, con carácter excepcional y exclusivamente para la prestación

económica de incapacidad temporal del sistema de Seguridad Social, la consideración de situación asimilada a accidente de trabajo, de los periodos de aislamiento o contagio de las personas provocado por el virus COVID-19.

## **7.2 Aparición de nuevos métodos positivos, marcha a la nueva normalidad**

A pesar de que hayan transcurrido dos años desde la aparición del primer caso mundial de infección humana por SARS-CoV-2, a día de hoy todavía nos encontramos inmersos en él, aunque cada vez con menos incidencia. La rebaja de la tensión ha permitido iniciar desde hace tiempo la puesta en marcha a la nueva normalidad, aunque diferente, para ir incorporando nuevas dinámicas positivas en la gestión del coronavirus además de eliminar aquellas que se han evidenciado como innecesarias.

Por un lado, han emergido y se mantiene muy presente el uso de las nuevas tecnologías como pueden ser, en este caso, las videollamadas o llamadas de teléfono con la atención sanitaria. Esto ha evitado que la población se acumule en un mismo lugar u hospital o se desplacen a los hospitales pudiendo llegar a contagiarse tanto a ellos mismo como contagiar a otras personas. Además, permite a los profesionales sanitarios el seguimiento de los pacientes y valorar su demanda de forma inminente.

Por otro lado, en el ámbito hospitalario, se ha tenido que implementar mayores turnos de trabajo fuera del horario ordinario de mañanas para poder hacer frente al coronavirus. Estos profesionales han tenido que trabajar bajo una presión extrema, surgiendo liderazgos internos entre ellos con unos resultados y una organización evidentemente increíbles. Además, cabe recalcar la atención sanitaria proporcionada por cada territorio a sus pacientes; resultó muy importante la gestión de cada territorio a la hora de combatir el coronavirus y, debido a esto, la colaboración entre determinados centros (hospitalarios, de atención primaria, sociosanitarios, agudos, subagudos, además de con centros privados) ha conllevado unos vínculos perfectos de colaboración.

Algunas de las recomendaciones contenidas en los documentos aprobados por el Comité Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en los dos últimos dos años son coherentes y permitirán mejorar la atención primaria, pero para evitar una situación de deterioro será necesario dar respuestas en cada territorio.



## **8. EVALUACIÓN DE LA ACTUACIÓN DEL GOBIERNO Y PROPUESTAS PARA UNA MEJOR REGULACIÓN DE LA SANIDAD**

### **8.1 Medidas adoptadas**

En materia de salud pública, además de las denominadas bases y la coordinación general, el Estado también es responsable de la sanidad exterior, y el resto de las áreas de competencia de la Salud Pública están en manos de las CC.AA.

Por un lado, la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública establece que, si fuera necesario por razones urgentes o esenciales de salud, las autoridades sanitarias competentes podrán proceder al reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando existan indicios razonables que permitan presumir que existe un riesgo para la salud de la población debido a la condición de salud particular del individuo o grupo de personas o al estado de salud en que se desarrolla la actividad .

Por otro lado, la Ley General de Sanidad, la 14/1986, de 14 de abril, permite, por un lado, medidas administrativas preventivas para actividades públicas o privadas para evitar efectos negativos para la salud, y por otro lado, en caso de riesgo inminente y particularmente peligrosos para la salud, a tomar las precauciones que se estimen pertinentes, tales como incautar o inmovilizar productos, suspender actividades, cerrar empresas o sus instalaciones, interferir con sustancias y medios personales, y cualesquiera otras medidas que se consideren saludables.

Finalmente, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, en casos excepcionales y cuando sea necesario por causas muy graves o urgentes, la Administración General del Estado (en adelante, AGE) y las Comunidades Autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla, dentro de su respectivo ámbito de competencia, podrá tomar las medidas necesarias. En particular, la posibilidad de inmovilización, en su caso, decomiso de productos y sustancias, intervención de sustancias o medios personales, clausura preventiva de establecimientos, instituciones, servicios e industrias, suspensión de actividades, determinación de cualquier etapa de fabricación o comercialización de productos y sustancias y condiciones previas en la operación de instalaciones, instituciones, servicios e industrias para corregir las deficiencias identificadas así como cualquier otra medida ajustada a la

legalidad vigente si existen indicios racionales de riesgo para la salud, incluida la suspensión de actuaciones.

En definitiva, el esquema de actuación que prevé la Ley General de Salud Pública es similar al regulado en la LGS en cuanto a salvaguardar las competencias de cada Administración Pública en el ámbito de la Sanidad, con arreglo a lo previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución<sup>45</sup>.

Asimismo, el Gobierno ha desplegado diferentes paquetes de medidas para ayudar a empresarios y autónomos con el fin de proteger la economía y evitar así un impacto estructural. En primer lugar, proporcionándoles liquidez a través de préstamos garantizados por el gobierno y difiriendo los pagos de las principales deudas tributarias, pagos de préstamos y pagos de contribuciones. En segundo lugar, medidas para reducir costes fijos y variables a través del apoyo directo en el pago de salarios y cotizaciones a la seguridad social de sus trabajadores, así como diversas medidas para facilitar el alquiler. En tercer lugar, proporcionándoles un ingreso del Subsidio Privado de Urgencias y donando fondos a las Comunidades Autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla para que puedan cubrir los costes de su atención de emergencia sanitaria y educativa y prestar asistencia personalizada. las empresas más afectadas por las decisiones sanitarias en sus territorios.

A lo largo de esta pandemia se han ido creando distintos paquetes de ayudas, en particular para empresarios y autónomos, entre las más importantes destaca el El Real Decreto-ley 5/2021, de 12 de marzo, de medidas extraordinarias de apoyo a la solvencia empresarial en respuesta a la pandemia de la COVID-19 prevé, en su Título I, la creación de la Línea COVID de ayudas directas a autónomos y empresas, que persigue apoyar la solvencia del sector privado. Cuenta con una dotación total de 7.000 millones de euros y se articula en dos compartimentos; El primero de ellos, con una dotación de 5.000 millones de euros, para todas las Comunidades Autónomas (salvo Baleares y Canarias) y para las ciudades de Ceuta y Melilla; y el segundo compartimento, con una dotación de 2.000 millones de euros, para

---

<sup>45</sup> Según el art. 40.12 de la LGS, la Administración del Estado coordinará los servicios competentes de las distintas Administraciones Públicas Sanitarias, en los procesos o situaciones que supongan un riesgo para la salud de incidencia e interés nacional o internacional. Asimismo, según el artículo 149.1.16º de la Constitución, el Estado es competente en la coordinación general de la sanidad.

Baleares y Canarias. Las cantidades correspondientes a las Comunidades Autónomas de la primera rama se distribuyen en proporción a la dotación de los fondos REACT-EU, en función de la renta, la tasa de paro y el paro juvenil. Para el segundo tramo, se distribuirá proporcionalmente al peso neto de cada Comunidad Autónoma en el otoño de 2020 de los afiliados a la seguridad social. El la orden HAC/283/2021 estipula aspectos esenciales de la entrega final.<sup>46</sup>

## **8.2 Colapso de las administraciones por el virus**

El Real Decreto-ley 36/2020, de 30 de diciembre, por el cual se introducen medidas urgentes para la modernización de la Gestión Pública y para la ejecución del Proyecto de Recuperación, Transformación y Resiliencia, y la aplicación, sin una adecuada administración, de la nueva Ley de Teletrabajo sobre las Administraciones Públicas, fomentarán que la privatización de los servicios públicos se acentúe, disminuyendo a la mínima expresión la ejecución del trabajo en los centros y por personal público, dejando éste sólo para funcionalidades de inspección y supervisión. Todo ello, sin un control determinado y correcto, irá asociado no solo a un crecimiento de la precarización de las condiciones laborales de los empleados públicos y las empleadas públicas, sino a una pérdida de la garantía de imparcialidad y rigor que se presupone en las Administraciones Públicas y que desaparece con la privatización de los servicios públicos.

Analizamos la evolución de la Administración General del estado (en adelante AGE) en los últimos años para tener una perspectiva completa y llevar a cabo un diagnóstico de por qué, a pesar del gran esfuerzo que realizaron las empleadas públicas y los empleados públicos, nuestras propias Administraciones Públicas han colapsado en un momento en el cual son cruciales unos servicios públicos de calidad.

Se necesita cambiar la presente AGE para que sea capaz de prestar unos servicios públicos con la garantía y calidad a la que la ciudadanía tiene derecho, manteniendo una entrada en condiciones de equidad e imparcialidad. No obstante, dicha modificación no puede

---

<sup>46</sup> Real Decreto-ley 5/2021, de 12 de marzo, de medidas extraordinarias de apoyo a la solvencia empresarial en respuesta a la pandemia de la COVID-19.

desarrollarse por medio de la privatización de los servicios o el recorte, de nuevo, de los derechos de los empleados públicos y las empleadas públicas. La enfermedad pandémica ocasionada por la coronavirus ha constatado lo cual llevamos años denunciando: si no se apuesta por un sistema público de calidad, llevando a cabo una inversión real, tanto la sociedad como la economía permanecen más expuestas a una situación de crisis, sin poder dar la contestación que la ciudadanía se merece.

Asimismo, en el caso concreto de Euskadi, la administración colapsó de igual manera. FACUA Euskadi realizó el pasado domingo 23 de enero 2022 unas movilizaciones convocadas por los sindicatos de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud), para exigir unos servicios públicos sólidos, dotados de medios y personal suficiente. Entre los sindicatos se encuentra el Sindicato de Enfermería de Euskadi (Satse), la Unión General de Trabajadores y Comisiones Obreras.

Esto es debido a que durante los últimos dos años de pandemia, el personal público sanitario de Euskadi ha hecho frente a este virus en condiciones un tanto precarias y deficientes, cosa que no ha hecho más que contribuir a agravar todas las deficiencias que osakidetza arrastraba ya desde hace muchos años; la falta de personal y de recursos, una organización deficiente y los recortes sufridos.

Esta situación de deficiencia de la sanidad vasca ha retrasado el resto de la actividad sanitaria, limitando los horarios y las citas presenciales en los centros de salud, además del rastreo. Asimismo, se saturan las urgencias hospitalarias, se retrasaron los resultados de las pruebas y se redujeron drásticamente los análisis periódicos.

## **9. LAS DEFICIENCIAS DETECTADAS EN EL SISTEMA DE SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA**

### **9.1 Diagnóstico de las deficiencias**

La crisis se presentó cuando el Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS) comenzó a mostrar claros signos de agotamiento, en particular, la falta de profesionales de medicina familiar y enfermería que comenzaron a limitar la propia capacidad de atención del sistema.

El impacto de la crisis de la pandemia ha tenido un gran impacto en dos frentes. Por un lado, aumentan los tiempos de espera para que decenas de miles de personas con problemas de salud sean atendidos, diagnosticados y tratados. Por otro lado, hay un grave deterioro de la red de atención primaria, que tiene que hacer frente a mucho trabajo, además, el número de profesionales es cada vez menor.<sup>47</sup>

Esta realidad hace que la intervención de Atención Primaria en esta lucha se haya eclipsado. Desde una perspectiva de atención primaria, se considera que se subestima la capacidad de controlar los brotes comunitarios, alegando esfuerzos de control extraordinarios que han realizado, teniendo en cuenta, desde dónde se partía. Estos profesionales de medicina familiar hicieron un seguimiento de todos los que no necesitaron hospitalización a pesar de mostrar síntomas compatibles con el coronavirus, y muchos otros antes de que lo hicieran. Además de estas, se les asignaron otras responsabilidades, como fue la administración de las incapacidades temporales cuando se produce una situación excepcional de confinamiento, además de desempeñar las funciones correspondientes a su cargo, principalmente en ese momento, las cuales fueron el evitar descompensaciones de patologías críticas para que no tuvieran que acabar derivando al hospital).

Estas últimas desencadenaron las quejas de los profesionales en Atención Primaria, debido a que se trataban de gestiones administrativas sin ningún tipo de beneficio clínico asistencial cuya ejecución les impedía dedicar el tiempo necesario a sus pacientes.

Los médicos de Familia denuncian que la atención Primaria es la gran “olvidada” de esta crisis, donde aseguran que sigue habiendo una gran tendencia a organizar la gestión de los recursos sanitarios en torno a la atención hospitalaria, versus la primaria a nivel de medios y las medidas de protección para estos profesionales sanitarios se han quedado en los servicios de Urgencias y las UCI, fundamentalmente.

En una entrevista realizada por la Agencia EFE a la presidenta de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria, María Ángeles Medina<sup>48</sup>, señala que no se trata de ninguna

---

<sup>47</sup>GONZALEZ FERNANDEZ. E., “Atención primaria, la gran olvidada de la pandemia”, Revista Biotech, 2022

<sup>48</sup> TEJERINA, CONCHA., “Los médicos de familia denuncian que la Atención Primaria es la gran "olvidada" en esta crisis”, Agencia EFE, 2020.

“casualidad” que la mayoría de sanitarios fallecidos en España a consecuencia de la pandemia pertenecieran al primer escalón de la sanidad. Además, asegura que han sido muy rápidos y flexibles además de profesionales. En este aspecto, la palabra que mejor lo definiría es la variabilidad debido a la falta de liderazgo fuerte por parte de la Consellería de Sanidad.

La atención primaria necesita muchos refuerzos, ya que durante esta crisis sanitaria ha llovido sobre mojado, los sanitarios han estado a la altura de la situación, pero ni la sanidad ni la atención primaria como organización lo han logrado. María Ángeles Medina recuerda “La Atención Primaria recibe solo el 15 % del presupuesto sanitario y con ese porcentaje”. Las autoridades quieren que ahora ellos hagan "magia", cuando a su juicio el porcentaje debería llegar al 20 o 22 % de esos recursos.

Además, reconoce el problema de que hayan cobrado mayor importancia los temas relacionados con el Covid-19, dejando en segundo plano, por ejemplo, el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas y, por lo tanto, se ha formado un “tapón enorme” con respecto al tiempo de respuesta de analíticas, revisiones y cirugías.

Las políticas de recorte en el gasto público realizadas en la década pasada por el Régimen del Estado, las sucesivas externalizaciones y privatizaciones de servicios, así como la devastación de trabajo público, al costado de una alta temporalidad, tuvieron un enorme efecto en las Administraciones Públicas, dejándolas en una situación drásticamente frágil y precaria.

Con el caso de crisis ocasionada por la emergencia sanitaria hemos comprobado cómo los servicios públicos han colapsado, no sólo los sanitarios, sino el completo de las administraciones y servicios públicos. Hemos sufrido en primera persona las secuelas devastadoras de estas políticas de austeridad, que han afectado de manera negativa sobre las empleadas públicas y los empleados públicos y, de manera, además en la prestación de los servicios públicos a la ciudadanía.

Y, no obstante, aunque se permanecen desarrollando muchas políticas sociales por parte gubernamental para la custodia de los trabajadores y las trabajadoras, el personal de las Administraciones Públicas vuelve a ser el enorme olvidado.

## 9.2 Bajada del ritmo de atención primaria

Por otro lado, la pandemia del COVID-19 (SARS-CoV-2) también ha afectado a pacientes con dolor crónico. En particular, se han producido importantes restricciones que afectan al uso de espacios públicos, instalaciones laborales, educativas o recreativas, pero también restringen el acceso a determinados servicios esenciales, pero no médicos de emergencia, como los servicios profesionales y de alta calidad para el tratamiento del dolor.

Por lo tanto, este nuevo entorno plantea desafíos para los profesionales que necesitan tratar pacientes con dolor. Aumenta la complejidad psicosocial del paciente, hace más complejo el proceso de evaluación y tratamiento, y requiere mayores esfuerzos de ajuste y adaptación.

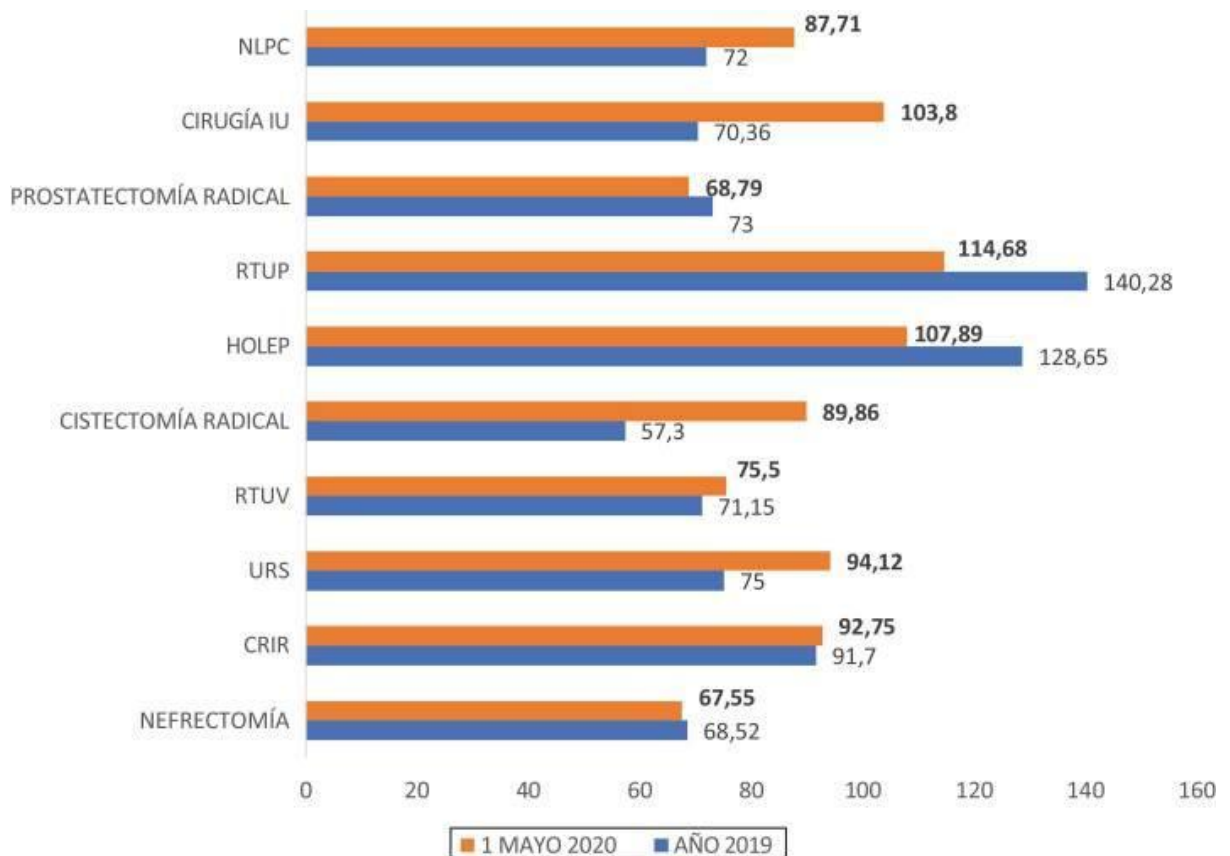
Además, el dinamismo de la vida cotidiana y la creciente necesidad de cuidados a causa de la pandemia ha provocado cambios en la "lista de prioridades", especialmente en el contexto de la Atención Primaria de Salud. Como resultado, los casos que antes tenían una fuerte preferencia en el ámbito de la atención médica Familiar y Comunitaria, como podría ser el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas han quedado, en muchos casos clasificados, como cuidados de segundo plano por parte de médicos y enfermeras de familia. Ahora, en este contexto, han cobrado mayor importancia otras tareas como completar la agenda de contactos estrechos o realizar el seguimiento telefónico de los hogares en aislamiento domiciliario por la COVID-19, por lo que los citados profesionales sanitarios han dedicado más tiempo.<sup>49</sup>

El índice de contagios alcanzaba un número significativo y junto con su consecuente rápida transmisión, particularmente de las personas de mayor edad, causando enfermedades como la neumonía en sus niveles más peligrosos, han sido unas de las principales causas por las cuales el sistema sanitario se ha colapsado. Debido a esto, las prioridades sanitarias tomaron otro rumbo suspendiendo las actividades electivas para poder llevar así a cabo de manera económica los recursos para tratar los casos de COVID-19. Este factor conllevó a la limitación del personal sanitario además de la cancelación de servicios ambulatorios.

---

<sup>49</sup> LAVERACK. G. "La promoción de la salud en la época de la COVID-19", 2020; pp. 1-2.

Para poder ver reflejado lo anteriormente dicho (como puede ser el aumento de los tiempos de las listas de espera en los centros sanitarios), de manera más clara, se ha realizado una comparación de los tiempos de espera para los tratamientos quirúrgicos de 2020 en comparación con los del 2019. En el siguiente gráfico puede apreciarse de una manera clara como este ha aumentado significativamente:<sup>50</sup>



El 16 de abril de 2020, el reconocido filósofo y educador colombiano Bernardo Toro explicó, en una charla virtual concedida en exclusiva al programa de televisión Noticias Paraguay (NPY), el paradigma del cuidado en medio de la pandemia del coronavirus y la necesidad de plantear la salud como un problema de educación y comportamiento. *“La salud es el principal bien público, pero pareciera que no entendemos. Hemos conseguido plata para conseguir automóviles, pero no para fabricar respiradores”*, comenzó diciendo.<sup>51</sup>

<sup>50</sup>GARCÍA-ROJO.E,MANFREDI.C, SANTOS-PÉREZ-DE-LA-BLANCA.R, TEJIDO-SÁNCHEZ.A, GARCÍA-GÓMEZ. B, ALIAGA-BENÍTEZ.M, ROMERO-OTERO J, y RODRÍGUEZ-ANTOLÍN.A., “Impacto del brote de COVID-19 en las listas de espera de cirugía urológica y estrategias de priorización en la era post-COVID-19”, National Library of Medicine, 2020 Nov 7, pp. 207–214.

<sup>51</sup> Guillermo Toro



En conclusión a todo lo anteriormente dicho, cabe decir que durante esta pandemia ocasionada por el Covid-19 todos los esfuerzos y medios a nuestro alcance han estado concentrados en hacerle frente, pudiendo sólo atender a las patologías inaplazables. Una vez subsanado el clímax, se deben retomar las actividades postergadas, velando al mismo tiempo por la seguridad de todos los pacientes. Por lo tanto, se han implementado algunas medidas para garantizar esta seguridad, pero sin duda tendrá un impacto significativo en el ritmo de las actividades médicas.

Para finalizar este punto, podría ser interesante considerar si esta crisis puede convertirse en la gran oportunidad de replantear el Sistema Nacional de Salud y el papel de las Administraciones Públicas (en adelante AP).

Por supuesto, en este caso las Administraciones no se dan cuenta de la importancia de invertir en atención primaria, ya que esta es la forma más efectiva de tener un SNS fuerte y por lo tanto poder hacer frente a otro posible brote en el futuro y no tener que volver a pagarlo con más vidas humanas.

Los hospitales y las UCI deben tener suficientes camas, pero la base de todo esto debe ser la atención primaria con el personal adecuado, la protección adecuada y el acceso a las pruebas de diagnóstico.

Sin embargo, debido a la situación ocasionada por la pandemia, se ha vuelto a poner de manifiesto la importancia del Estado a la hora de actuar de manera rápida y eficaz ante estas situaciones, defendiendo los intereses generales de la sociedad sustancialmente en el ámbito sanitario, incluyéndose la protección de los derechos subjetivos sanitarios que se reconocen a los individuos de manera constitucional. Visto desde otro punto de vista, puede verse esta situación de crisis como una excelente oportunidad para reconsiderar el rol de la AP en el SNS y se desarrolle plenamente el decálogo del Foro de AP para qué, por fin, la AP tenga el papel central que le corresponde.

## 10. CONCLUSIONES

Tras haber finalizado tanto el marco teórico como el análisis de cada uno de los puntos propuestos a desarrollar en el presente TFG, voy a llevar a cabo las diferentes conclusiones que he extraído de dicho trabajo.

La pandemia global en la cual la sociedad ha estado y está inmersa, ha sido provocada por el virus SARS-CoV-2, conocido como coronavirus o COVID-19. Constituye un nuevo e importante acontecimiento en la historia de la humanidad, marcándole inevitablemente y dejando una huella imborrable en la salud mental y los estilos de vida de millones de personas en todo el mundo.

El Gobierno de España aprobó el Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo, por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis, imponiendo restricciones temporales de aislamiento y contención, con graves consecuencias de crisis. Como consecuencia de todo ello, la economía española se verá afectada negativamente en gran medida durante muchos años, dada su lenta recuperación desde la crisis de 2008.

Con todo lo expuesto en este trabajo, aún queriendo defender la constitucionalidad de las limitaciones adoptadas por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, durante el estado de alarma, ha quedado claro mediante el debate jurisprudencial y doctrinal, que esta normativa no ha tenido un buen encaje en el texto constitucional. Como se ha visto en la jurisprudencia del TC se admite la limitación de derechos fundamentales, pero es evidente que cualquier estado excepcional regulado en cualquier constitución provoca una incidencia sobre el contenido esencial del estado constitucional democrático.

Declarar el estado de alarma sin suspender derechos daría lugar a restricciones o limitaciones en la aplicación de la ley, tan evidente que el TC ha reconocido explícitamente que supone afectaciones en forma de restricciones y límites a derechos fundamentales, y no puede ser de otro modo.

Además, también se analiza la gestión a nivel nacional. España ha vivido no solo una crisis económica, sino también una crisis política, sanitaria y social. La gestión de esta crisis económica ha dado sus frutos. Pero esta eficacia no se ha experimentado por igual a nivel político y sanitario. Por un lado, a nivel político. La falta de control del brote por parte del

Gobierno español ha provocado confusión en la seguridad jurídica debido a que una pandemia como la vivida requiere que se realice una respuesta común y homogénea en todo el territorio nacional y para esto el estado cuenta con las herramientas para ello. Por otro lado, a nivel sanitario, España se ha sumergido en un caos colectivo, con hospitales, domicilios y servicios funerarios colapsados.

Sin embargo, también es importante señalar los puntos positivos que se desprenden de la declaración del estado de alarma, que fue y continúa siendo la declaración parlamentaria del conjunto de medidas que se adoptaron, durante la vigencia del RD 926/2020, de 25 de octubre, que finalizó el 9 de mayo de 2021. Esta comunicación parlamentaria de las CC.AA con el Gobierno ha permitido conocer la situación epidemiológica en la que se encontraba cada una de las Comunidades, permitiendo así aumentar o disminuir las restricciones para contener la propagación de infecciones causadas por el COVID-19.

Finalmente, considero que la respuesta del gobierno socialista del 14 de marzo, por la que se declaró el estado de alarma a través del RD 463/2020 y sus posteriores prórrogas es correcta, esto se debe a todas las incógnitas pendientes, la falta de un marco constitucional y la falta de un marco en los aspectos normativos de las emergencias sanitarias.

Con la elaboración del presente TFG he aprendido a llevar a cabo un estudio y análisis propio de un tema muy importante además de interesante a mi parecer, el cual lleva afectado al conjunto de la sociedad desde hace ya dos años y medio. En él he podido asimilar numerosos conceptos relacionados con los Derechos Fundamentales y el derecho a la salud, relacionándolo con el COVID-19.

## **11. ÍNDICE LEGISLACIÓN CONSULTADA**

- Constitución Española, 1978
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)
- Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad (LGS)
- Ley de Autonomía del Paciente (LAP).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCC).

- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública

#### **REALES DECRETOS:**

- Real Decreto 115/2022, de 8 de febrero,
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo
- El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre
- Real Decreto-ley 5/2021, de 12 de marzo
- Real Decreto-ley 2/2022, de 22 de febrero
- Real Decreto-ley 18/2021, de 28 de septiembre
- Real Decreto-ley 11/2021, de 27 de mayo
- Real Decreto-ley 3/2021, de 2 de febrero
- Real Decreto-ley 2/2021, de 26 de enero
- Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre
- Real Decreto-ley 24/2020, (versión consolidada) de 26 de junio
- Real Decreto-ley 18/2020, (versión consolidada) de 12 de mayo de 2020
- Orden ISM/371/2020, de 24 de abril
- Real Decreto-ley 15/2020 (versión consolidada), de 21 de abril
- Real Decreto-ley 13/2020, de 7 de abril
- Real Decreto-ley 11/2020 (versión consolidada), de 31 de marzo
- Real Decreto-ley 9/2020, de 27 de marzo
- Real Decreto-ley 8/2020 (versión consolidada), de 17 de marzo
- Real Decreto 465/2020 , de 17 de marzo
- Real Decreto 463/2020 (versión consolidada), de 14 de marzo
- Real Decreto-ley 7/2020, de 12 de marzo
- Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo

#### **11. ÍNDICE JURISPRUDENCIA CONSULTADA**

- Sentencia 329/1994 de 15 de diciembre del Tribunal Constitucional.
- Sentencia 32/1983 de 28 de abril del Tribunal Constitucional.

- Sentencia 80/1984 de 20 de julio del Tribunal Constitucional.
- Sentencia 42/1983 de 20 de mayo del Tribunal Constitucional.
- Sentencia 87/1985 de 16 de julio del Tribunal Constitucional.
- Sentencia 111/1986 de 30 de septiembre del Tribunal Constitucional.
- Sentencia 98/2004 de 25 de mayo del Tribunal Constitucional.
- Sentencia 139/2016 de 21 de julio del Tribunal Constitucional
- Sentencia 64/2017 de 25 mayo del Tribunal Constitucional

## 12. INDICE BIBLIOGRAFICO

- ABARCA CIDÓN, J., Presidente del Instituto para el Desarrollo e integración de la Sanidad (Fundación IDIS). Available from:  
<https://www.fundacionidis.com/sala-prensa/notas-de-prensa/juan-abarca-nuevo-presid-ente-del-instituto-para-desarrollo-e-integracion>
- ADHANOM. T., “Safeguarding public health for all in 2020 and beyond”, Commonwealth Health Report 2020. London: Commonwealth Business Communications. Available from:  
[https://commonwealthbc.com/wp-content/uploads/2020/11/CW\\_Health\\_Report\\_2020.pdf](https://commonwealthbc.com/wp-content/uploads/2020/11/CW_Health_Report_2020.pdf)
- AGARWAL. S, PABLO. E, ROZENBLUM. R, SHERRITT. KM. “Professional Dissonance and Burnout in Primary Care. A Qualitative Study.”, JAMA Intern Med. 2020, 180(3), PP. 395-401. Available from:  
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2758330>
- ARAGÓN REYES, M., “La construcción del Estado autonómico”, en Cuadernos Constitucionales de la Cátedra Fadrique Furió Ceriol, 2006, nº54/55, pp. 75. Available from:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2675013>
- ASPACH, O., DURANTE, R., GRAZIANO, A., MESTRE, J., G. MONTALVO, J. y REYNAL-QUEROL, M., “Real-time inequality and the Welfare State in motion: Evidence from COVID-19 in Spain.” Barcelona GSE Working Papers Series, 2020, WP nº 1202. Available from:  
<https://bse.eu/research/working-papers/real-time-inequality-and-welfare-state-motion-evidence-covid-19-spain>

- BONDIA GARCÍA, D., “La exigibilidad del derecho a la salud en situaciones de crisis sanitarias ”, 2013, pp. 268. Available from:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4547391>
- ESCOBAR ROCA, G, Los Derechos Fundamentales y las libertades públicas”, Pág. 126 ss. o GARCÍA MACHO, R., “Los Derechos Fundamentales Sociales y el Derecho a la Vivienda como derechos funcionales de libertad”, en Revista Catalana de Dret Públic, 2009, nº. 38., pp. 83.
- ESCOBAR ROCA, G. “Los derechos fundamentales y las libertades públicas”. Pág. 129. En el mismo sentido PEMÁN GAVÍN, J (1998) El derecho a la salud y Administración Sanitaria. Pág. 68.
- ESCOBAR ROCA, G., “Los Derechos Fundamentales y las libertades públicas”., Pág.130. Available from: <https://doi.org/10.5944/rdp.71-72.2008.9041>
- ESQUERDA. M, TERES. J. Pandemia COVID-19,. “Profesionalismo y contrato social”, Rev Clín Española. Available from:  
<https://www.revclinesp.es/es-pandemia-covid-19-profesionalismo-contrato-social-articulo-S0014256521001053>
- GOMES CANOTILHO, J. J., “Metodología Fuzzy y Camaleones normativos en la problemática actual de los derechos económicos, sociales y culturales”, en Derechos y Libertades, Boletín Oficial Del Estado,1998, nº 6, pp. 45. Available from:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=175134>
- HENEGHAN. C, JEFFERSON. T., “The effects of cancer delays during the COVID-19 pandemic”, Revista Collateral Global, 2021. Available from:  
<https://collateralglobal.org/article/effects-of-cancer-delays-during-the-covid-19-pandemic/>
- Instituto para el Desarrollo e integración de la Sanidad (Fundación IDIS)., “Sanidad Privada, aportando valor”, 2022, nº12. Available from:  
[https://www.fundacionidis.com/uploads/informes/informe\\_sanidad\\_privada\\_aportando\\_valor\\_2022.pdf](https://www.fundacionidis.com/uploads/informes/informe_sanidad_privada_aportando_valor_2022.pdf)
- ISANIDAD “La Sanidad contada por sus protagonistas”, Revista de Sanidad, Anuario 2021, pp. 12-13. Available from:  
<https://isanidad.com/203758/anuario-isanidad-2021-la-sanidad-contada-por-sus-protagonistas/>

- LAVERACK. G. “La promoción de la salud en la época de la COVID-19”, 2020; pp. 1–2. Available from:  
<https://www.researchgate.net/profile/Glenn-Laverack>
- LORA DEL TORO, P., “El derecho a la protección de la salud”, Constitución y derechos fundamentales 2004, pp. 875-910. available from:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=117691>
- MORALES, L., “Derechos sociales constitucionales y democracia”, Marcial Pons, 2015, pp. 322-ss. Available from:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=755330>
- NAVARRO MUNUERA, A., “Sanidad y servicios sociales en Cataluña. Las competencias autonómicas y su ejercicio por la Generalidad de Cataluña.”, Revista catalana de derecho público, 1990, nº 12, pp. 82-83. Available from:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=109272>
- OMS “Organización Mundial de la Salud”, “Salud y Derechos Humanos”, Op.cit., 2017. Available from:  
<https://apps.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/index.html>
- OMS “Organización Mundial de la Salud”. Cáncer (2022/02). Available from:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- PALACIO. J., “COVID-19 y atención primaria: las oleadas que vienen. Altas hospitalarias, pacientes críticos sin tratamiento hospitalario y atención demorada que pasa a ser indemorable o urgente”, Grupo de Seguridad del Paciente de semFYC. Available from:  
<https://www.semfyec.es/covid-19-y-atencion-primaria-las-oleadas-que-vienen-altas-hospitalarias-pacientes-criticos-sin-tratamiento-hospitalario-y-atencion-demorada-que-pasa-a-ser-indemorable-o-urgente/>
- PEREIRA. DJ, SIDAWAY. K, WHITE. E, THORNE. A, EVANS. PH., “Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality”, BMJ. Available from:  
<https://bmjopen.bmj.com/content/8/6/e021161>
- POGGE, T. W. “World Poverty and Human Rights, Cosmopolitan Responsibilities and Reforms”, Polity Press, Cambridge, 2002, pp. 66. Available from:

[https://www.academia.edu/41911427/World\\_Poverty\\_and\\_Human\\_Rights\\_Cosmopolitan\\_Responsibilities\\_and\\_Reforms\\_1](https://www.academia.edu/41911427/World_Poverty_and_Human_Rights_Cosmopolitan_Responsibilities_and_Reforms_1)

- RAGA, T., “Efectividad de los derechos económicos y sociales”, en Derechos y Libertades, Boletín Oficial del Estado, 1998, nº6, pp. 194.
- RENAVE. CNE. CNM (ISCIII) “Situación de COVID-19 en España a 19 de abril de 2022. Equipo COVID-19.”, Informe nº125, pp. 3. Available from: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>
- SANZ LARRUGA, FCO J., “Las Competencias del Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales en Materia Sanitaria”, Universidad de Coruña, pp. 106. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=569361>
- SISÓ-ALMIRALL. A, KOSTOV. B, SÁNCHEZ. E, BENAVENT-ÁREU. J, GONZÁLEZ-DE-PAZ. L., “The impact of the COVID-19 pandemic on primary healthcare disease incidence rates: 2017 to 2020”, Annals of Family Medicine, COVID-19 Collection 2021. Available from: [https://journals.lww.com/jfmpc/Fulltext/2021/10070/Impact\\_of\\_the\\_COVID\\_19\\_pandemic\\_on\\_residents\\_24.aspx](https://journals.lww.com/jfmpc/Fulltext/2021/10070/Impact_of_the_COVID_19_pandemic_on_residents_24.aspx)
- SOSA TROYA, M., “29.800 personas que vivían en residencias han muerto por covid en España desde el inicio de la pandemia”, El país, 2021. Available from: <https://elpais.com/sociedad/2021-02-02/29800-personas-que-vivian-en-residencias-han-muerto-por-covid-en-espana-desde-el-inicio-de-la-pandemia.html>
- STARFIELD. B., “Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología”, Barcelona: Masson; 2001. Traducción de Starfield B., “Primary care: balancing health needs services and technology”, 1998. New York: Oxford University Press. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484414/>
- SÁNCHEZ HIDALGO. E., “El coronavirus hace que la esperanza de vida caiga casi un año en España”, El país, 2020. Available from: <https://elpais.com/sociedad/2020-09-22/el-coronavirus-hace-que-la-esperanza-de-vida-caiga-casi-un-ano-en-espana.html>



- The Royal Marsden Hospital Foundation Trust., “A risk-stratified approach to planned cancer care during the COVID-19 pandemic: the Royal Marsden experience.”, Sept 2020. Available from:  
<https://www.nice.org.uk/sharedlearning/a-risk-stratified-approach-to-planned-cancer-care-during-the-covid-19-pandemic-the-royal-marsden-experience>
- TORRES, R., FERNÁNDEZ, MJ., “La estrategia de contención del impacto social de la crisis: resultados y desafíos”, Revista Funcas, 2021, Panorama Social nº33. Available from:  
<https://www.funcas.es/articulos/la-estrategia-de-contencion-del-impacto-social-de-la-crisis-resultados-y-desafios/>
- “Estrategia de vacunación COVID-19 en España”, Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. 2021. Available from:  
<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/vacunaCovid19.htm>
- DEL REY GUANTER, S., “El Derecho a la protección de la salud: notas sobre su entramado constitucional”, Revista de Derecho y Libertades: revista del Instituto Bartolomé de las Casas. 1998, nº6,. pp. 163. Available from:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=175125>
- GARCÍA-ROJO.E,MANFREDI.C, SANTOS-PÉREZ-DE-LA-BLANCA.R, TEJIDO-SÁNCHEZ.A, GARCÍA-GÓMEZ. B, ALIAGA-BENÍTEZ.M, ROMERO-OTERO J, y RODRÍGUEZ-ANTOLÍN.A., “Impacto del brote de COVID-19 en las listas de espera de cirugía urológica y estrategias de priorización en la era post-COVID-19”, National Library of Medicine, 2020 Nov 7, pp. 207–214. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7648495/>
- GONZALEZ FERNANDEZ. E., “Atención primaria, la gran olvidada de la pandemia”, Revista Biotech, 2022. Available from:  
<https://biotechmagazineandnews.com/dr-enrique-gonzalez-atencion-primaria-la-gran-olvidada-de-la-pandemia/>
- Sistema de Información de atención primaria (SIAP)., “Sistema nacional de salud”, Ministerio de Sanidad y Consumo. Available from:  
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SIAP0405.pdf>

- TEJERINA, CONCHA., “Los médicos de familia denuncian que la Atención Primaria es la gran "olvidada" en esta crisis”, Agencia EFE, 2020. Available from:  
<https://www.efe.com/efe/comunitat-valenciana/sociedad/los-medicos-de-familia-denuncian-que-la-atencion-primaria-es-gran-olvidada-en-esta-crisis/50000880-4228760>