

ULL

Universidad
de La Laguna



TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

ANÁLISIS SOBRE LA APLICABILIDAD DE LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA VIGENTE EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA DURANTE LA PANDEMIA ACTUAL POR SARS-COV-2.

CURSO ACADÉMICO 2019/20

Máster Interuniversitario en Bioética y Bioderecho.

**Escuela de Doctorado y Estudios de Posgrado. Universidad de La
Laguna.**

Alumna: María Del Carmen Rodríguez González.

Tutor: Íñigo De Miguel Beriain.

La Laguna, a 24 de Abril de 2020

AGRADECIMIENTOS.

Me gustaría agradecer a aquellos que iniciaron este máster, el que hayan trabajado en la implementación del mismo permitiendo que curiosas como yo pudieran conocer la bioética y biopolítica. Especialmente quería agradecer la inestimable ayuda que me ha aportado mi tutor Íñigo De Miguel Beriain, sin el cual me hubiera sido mucho más complicada la realización de este trabajo y a través del cual he podido adquirir una visión más general y acertada sobre la problemática que estamos viviendo actualmente en nuestro país.

	ÍNDICE	PÁG.
RESUMEN.		3
ABSTRAC.		3
JUSTIFICACIÓN.		4
OBJETIVOS.		5
METODOLOGÍA.		5
INTRODUCCIÓN.		6
1-Breve Historia en la Salud Pública en España.		6
1.1-Pandemia actual por SARS-COV-2.		10
CONTENIDO		12
1-. Análisis de la Legislación Española en materia de Salud Pública aplicable a nuestra situación actual.		12
1.1- Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio.		12
1.2- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.		13
1.3- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.		15
1.4- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.		17
1.5- Real Decreto 463/2020, de 14 de Marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.		20
2.-Vacunación obligatoria o voluntaria por coronavirus. El mañana de esta pandemia.		26
CONCLUSIONES		31
BIBLIOGRAFÍA		34

RESUMEN

España, como muchos otros países, desde siempre ha sufrido los estragos de las diferentes pandemias que se han ido sucediendo a lo largo de la historia de la humanidad, las cuales han tenido implicaciones en materia de salud pública muy importantes. En cada una de ellas se ha tratado de tomar medidas al respecto acorde a los conocimientos disponibles en cada momento, pero es a comienzos del siglo XIX cuando se empiezan a tomar medidas más concretas en el ámbito de la protección de la salud colectiva como fueron los recintos específicos para personas contagiadas o el inicio del uso masivo de vacunas, lo que llevo a que poco a poco se detectara la necesidad de desarrollar una legislación en materia de salud pública de la que disponemos hoy en día.

Este trabajo pretende analizar la legislación sobre Salud Publica vigente y aplicable a la situación de alarma impuesta por el Real Decreto 463/2020 de 14 de Marzo así como dar respuesta a las dudas que nos asaltan en materia de legislación sobre la actual situación de pandemia por SARS-COV-2.

PALABRAS CLAVE: Pandemia, Salud Pública, legislación Española, Coronavirus.

ABSTRACT

Spain, like many other countries, has always suffered the ravages of the different pandemics that have been happening throughout the history of humanity, which have had very important implications for public health. In each of them, an attempt has been made to take measures in this regard according to the knowledge available at all times, but it is at the beginning of the 19th century when more concrete measures began to be taken in the field of collective health protection, such as the specific venues for infected people or the start of the massive use of vaccines, which led to the need to develop public health legislation that we have today being gradually detected.

This work aims to analyze the legislation on Public Health in force and applicable to the alarm situation imposed by Royal Decree 463/2020 of March 14, as well as to answer the doubts that assail us regarding legislation on the current situation of pandemic due to SARS-VOC-2.

KEYWORDS: Pandemic, Public Health, Spanish legislation, Coronavirus.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente vivimos una situación de pandemia mundial por el virus SARS-COV-2, declarada por la Organización Mundial de la Salud el día 11 de Marzo de 2020. Los datos a día de, 23 de Abril de 2020, relacionados con esta pandemia son de 2.710.264 personas infectadas en el mundo de los que 1.298.088 están en Europa y a su vez 213.024 casos son españoles de los cuales 22.157 personas han fallecido. Tan solo teniendo en cuenta estos datos pueden llegar a parecer escalofriantes, pero es que aún el país está inmerso en dicha pandemia con la incertidumbre de cómo evolucionará todo el entramado social. Y es que manejar una situación de pandemia no ha sido nada fácil a la luz de los acontecimientos y de las decisiones que han tenido que ir tomando los gobiernos. Sin ir más lejos en España desde la declaración de la pandemia se instauró un estado de alarma con las medidas sociales, económicas y culturales que conlleva, lo cual ha creado un gran impacto en la sociedad en todos sus niveles y dicho sea de paso aumenta más aún si cabe el nivel de incertidumbre por el que se está pasando. Se vive una situación que desde la declaración del estado de democracia de este país ningún ciudadano había conocido.

Todo esto pone de relieve la trascendental importancia que tiene la legislación de un país y la toma de decisiones, no siempre fáciles, que conlleva ser dirigente del mismo.

La situación descrita ha hecho que surjan muchas dudas al respecto, algunas de las cuales son: ¿Estaba la sociedad preparada para vivir el estado de alarma que se ha impuesto?, ¿La legislación Española estaba suficientemente desarrollada y actualizada para enfrentarse a una pandemia de estas características?, ¿La Salud Pública española estaba preparada para afrontar esta situación?, ¿Podría el Estado haber tomado otro tipo de decisiones antes de la declaración de pandemia mundial el día 11 de Marzo de 2020?, ¿Cómo se llevará a cabo la inmunización masiva de la sociedad cuando se tenga una vacuna?.

Todas estas dudas planteadas en estos difíciles momentos que atraviesa España, Europa y el resto de países pone de manifiesto la gran importancia que tiene la toma de decisiones ya no solo a nivel gubernamental de un Estado sino a nivel continental y hasta Mundial. Esta crisis en la que están sumergidos, los países en cierta medida dependen unos de otros ya sea para recibir ayuda, para complementar los planes de actuación de cada uno o para frenar el avance del contagio de la infección. Es un problema globalizado que ha frenado el ritmo de vida de todos y cada uno de los países a los que ha llegado quedando sumidos en el desconcierto. Por todo ello se considera necesario y justificado el análisis

de la legislación de este país en materia de Salud Pública para afrontar una situación como esta.

OBJETIVOS

- 1- Analizar la legislación nacional vigente en cuestión de Salud Pública y determinar si es adecuada y suficiente para afrontar la situación de pandemia actual.
- 2- Analizar el posible uso de una vacuna frente al coronavirus a la luz de la legislación disponible en España.
- 3- Extraer conclusiones sobre si las decisiones tomadas por nuestro Estado fueron las únicas posibles o habían otras disponibles.

METODOLOGÍA

La metodología a seguir que nos hemos propuesto ha sido una investigación mediante búsqueda bibliográfica en bases de datos legislativos y otras de datos generales como pueden ser (Scielo o Dialnet). Se llevará a cabo una búsqueda de la legislación aplicable, en materia de Salud Pública, a la situación actual de pandemia y se analizarán aquellos títulos y artículos que destaquen por su relación con la misma.. Se realizará un pequeño análisis de las pandemias y enfermedades que han sacudido la historia de España con graves implicaciones en cuestión de salud colectiva y finalmente con todo ello se extraerán unas conclusiones que den respuesta a las dudas que han propiciado la realización de este trabajo.

INTRODUCCIÓN

1-Breve Historia de la Salud Pública en España.

Desde la Edad Antigua la humanidad ha sido azotada por brotes de enfermedades que en muchos casos se convirtieron en pandemias mundiales. Aunque existen diferencias notables entre ellas, tienen una característica común y es su rápida difusión, siendo habitualmente menos de un año lo que tardan en extenderse a todas las zonas del planeta causando la enfermedad hasta a un cuarto de la población total. Llegando a ser uno de los motivos para que los países se plantearan tomar medidas al respecto. En España concretamente hubieron algunos hitos que marcaron el inicio de las actividades de salud pública como tal.

La viruela fue una de esas enfermedades infecciosas que provocó innumerables muertes. Edward Jenner descubrió su vacuna, la cual llegó a España en 1800, siendo usada para una campaña sin precedentes de vacunación de la enfermedad en territorios como Canarias, las Indias, en América, y Filipinas. Esta hazaña está considerada una de las actividades de Salud Pública más extraordinarias de la historia de la humanidad.

Otro de los sucesos en aquellos siglos a tener en cuenta eran las enfermedades que transportaban los viajeros por los puertos del Mediterráneo, creándose los lazaretos marítimos que comenzaron a funcionar en 1817 y que atenderían a estos viajeros sospechosos manteniéndolos aislados durante un tiempo en cuarentena.

Ya en el siglo XIX, se sucedieron pandemias de cólera, declarándose en 1817 enfermedad universal, siendo esta fecha clave por los grandes cambios sociales debidos al desarrollo de la industria. El cólera fue una enfermedad de difusión rápida por la aparición de los medios de transporte, el incremento del comercio internacional y las migraciones de la población. Fue considerada una enfermedad grave por su cuadro clínico, la ausencia de tratamiento y su impredecibilidad. Las medidas que se llegaron a tomar, entre otras, fueron, las cuarentenas de los viajeros, medidas higiénicas como una buena ventilación y desinfección con ácido clorhídrico, ácido de sosa y cal más adelante.

Comenzando el siglo XX, España vivía un atraso sanitario en comparación con otros países, destacando un mal suministro de agua potable y alcantarillado, elevada mortalidad, presencia de enfermedades contagiosas, ausencia de estadística sanitaria, malnutrición, malas condiciones de la vivienda y el trabajo.

Debido a las amenazas epidémicas emergentes en Europa y Norte de África, en 1909, el Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII, adoptó el nombre de Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII, creando una sección de epidemiología para el estudio de endemias, epidemias y epizootias.

Con la publicación de la Ley de Sanidad de 1855, se organizó la Sanidad Exterior y la adopción, en París (1903), del Convenio Internacional Sanitario obligó a España a adaptar su legislación sanitaria en cuestión de puertos y fronteras.

Por otro lado en el orden de la Sanidad Interior, la higiene municipal y el control de epidemias lo llevaban a cabo los inspectores municipales mediante la Ley de Instrucción General de Sanidad (1904), que reflejaba la necesidad de lugares y medios de desinfección en los municipios.

Otra de las enfermedades que por aquellas épocas causó estragos entre la población española fue la tuberculosis, causando 75.000 muertes al año. Esta enfermedad creó diversas iniciativas como por ejemplo, Las Ligas provinciales y locales contra la tuberculosis cuya labor estaba enfocada a la higiene y propagación de campañas para la toma de medidas básicas como hervir la leche o no escupir en el suelo. Se crearon dispensarios antituberculosos para el diagnóstico precoz de la enfermedad y la educación sanitaria. Se construyeron sanatorios para el tratamiento de estos pacientes por todo el país además de otras instituciones. Llegando en 1933 la dispensación voluntaria de la vacuna a los recién nacidos que junto con los antibióticos instaurados más adelante provocaron un cambio en la curva de contagio.

Posteriormente tras la Guerra Civil española se impone en nuestra sociedad un estado de pobreza y hambre que deja a la población y a la sanidad muy deteriorada. Emergiendo enfermedades que hasta el momento se consideraban controladas como el paludismo, la viruela, la difteria, el tifus o la fiebre tifoidea. A partir de 1945 es cuando empieza a decrecer la mortalidad de estas enfermedades.

En el año 1947 debido a la creciente preocupación por la incidencia de poliomielitis en España, La Dirección General de Sanidad Pública emite una orden para organizar cuatro centros de lucha contra la enfermedad, en 1950 se crea una Junta de lucha y el virólogo Florencio Pérez Gallardo creó el Centro nacional del Virus a través del cual se pusieron en marcha campañas de vacunación anti polio vía oral gratuita, teniendo una cobertura del

95% de los niños. Determinando que en 1975 se implantara un calendario de vacunación infantil¹.

Otras enfermedades de gran calado tanto a nivel nacional como internacional fueron la mal llamada Gripe Española (1918), siendo la primera pandemia causada por el virus de la gripe, H1N1. En España no fue peor que en otros países como Alemania, el Reino Unido, Francia y EE.UU, que dejaron de reportar los muertos, lo cual no paso en España, y esto hizo que pareciera que había un mayor índice de mortalidad en este último, por ello se la conoce como gripe española².

La Gripe Rusa (1889), fue del virus A, H2N2, que se encuentra en las aves y aunque se sostiene que surgió por primera vez en Rusia, no hay suficiente evidencia científica al respecto, lo que sí se sabe es que dejó un millón de muertes. La segunda pandemia de gripe A fue la conocida como Gripe Asiática (1957), originada por una mutación en patos salvajes combinada con una cepa humana. Este virus se identificó por primera vez en China y desde allí pasó por Hong Kong y luego a EE.UU, provocando un millón de muertes. La tercera de estas pandemias tuvo lugar en Hong Kong (1968), donde apenas en un mes llegó a Vietnam y Singapur, produciendo un millón de muertes.

El VIH (1981-Actualidad), es causado por un virus de inmunodeficiencia humana que tuvo su origen en África central y occidental, donde varios subgrupos del virus adquirieron la capacidad de infectar a seres humanos, pero la pandemia no se desarrolló hasta la aparición de una cepa muy específica, en la República Democrática del Congo³.

El SARS (2002) y el MERS (2012), son Síndromes respiratorios Agudos Severos provocados por un coronavirus diferente al que causa actualmente el COVID-19. En un brote registrado en el sur de China el cual llegó a Hong Kong. Parece que el virus surgió en murciélagos que habitan en cuevas y de ahí pasó a los humanos tras una serie de mutaciones⁴.

¹ Mariño Gutiérrez, L., Navarro Villanueva, C., Pino Valentín, G. Los inicios de actividades de salud pública en España: Colección patrimonial. Instituto de Salud Carlos III. Madrid; Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Sanidad y Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud: 2014.

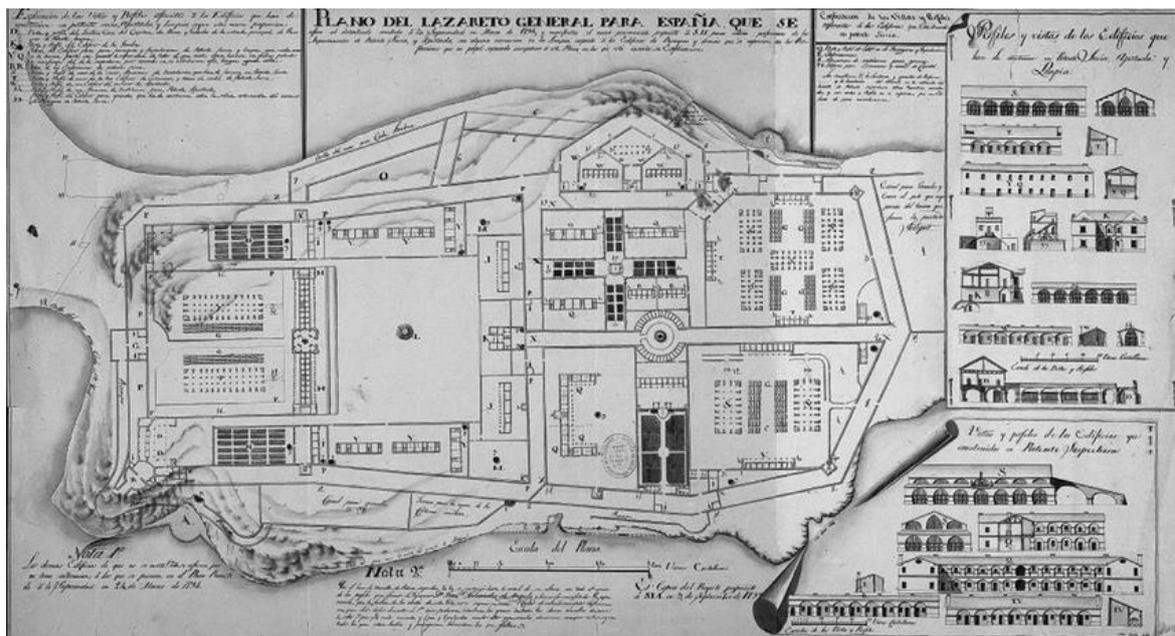
² Con una estimación de 500 millones de muertes en todo el planeta se convirtió en la tercera pandemia más letal de la historia de la humanidad.

³ En la actualidad hay 37,9 millones de personas infectadas con VIH en todo el planeta, siendo el África subsahariana la región más afectada de donde provienen el 61% de las nuevas infecciones.

⁴ Provocó 8.098 infecciones y 770 muertes en 17 países y no se han reportado más casos desde 2004.

La Gripe Porcina (2009), fue la segunda pandemia causada por una nueva cepa del virus de la gripe H1N1, originándose cuando los virus de la gripe aviar y humana se combinaron con un virus de la gripe porcina euroasiática, de ahí su nombre. El brote en estos animales tuvo su origen en México desde donde se propagó⁵.

El Ébola (2014), se trata de una fiebre hemorrágica que afecta a los seres humanos y a primates. Los primeros casos se dieron en Guinea y desde allí se instauró en Liberia y Sierra Leona. Algunos casos llegaron a nuestro país llegando a contagiar a personal sanitario. La tasa de letalidad de las personas ingresadas fue de entre el 57 y 59% produciendo 11.300 muertes.



6

⁵ Se estima que entre el 11 y el 21% de la población mundial se infectó y provocó 200.000 muertes.

⁶ Plano del Lazareto General para España , proyecto de 3 de septiembre de 1794. Fuente: Servicio Histórico Militar, 3588-17.

1.1-Pandemia actual por SARS-COV-2.

El COVID-19 (2019-Actualidad), este tipo de beta coronavirus emparentado con el SARS-COV fue identificado a finales de 2019 y hasta el momento era desconocido. El brote surgió en la ciudad China de Wuhan, donde las autoridades relacionaron este brote con un mercado de animales de dicha ciudad. Aunque las investigaciones apuntan a un posible origen en un tipo de murciélago aún no se dispone de datos concluyentes de la infección ni de cómo se produjo el salto al ser humano. El día 10 de Enero de 2020 científicos de Shanghái publicaron datos genómicos de este coronavirus, indicando la homología con aminoácidos del SARS, concluyendo que poseía la capacidad de usar la proteína ACE2 como receptor, hecho fundamental para posteriormente predecir su potencialidad a la hora de generar una pandemia y aunque ese mismo día la OMS publicó una serie de orientaciones a tener en cuenta por todos los países para que éstos se prepararan por la posible llegada del virus, no fue hasta el 30 del mismo mes cuando declaró que este brote epidémico era una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, catalogándolo como un evento extraordinario que puede llegar a ser un riesgo para la Salud Pública de otros Estados, esta declaración implica que la situación es grave, inusual o inesperada pudiendo llegar a necesitar una acción internacional inmediata. Finalmente no es hasta el 11 de Marzo de 2020 cuando se declaró el estado de Pandemia, aportando los siguientes datos: 118.000 casos de infectados en 114 países y 4291 personas muertas.

Desde un principio las autoridades Chinas confirmaron que se trataba de un virus que se contagiaba por contacto directo a través de las gotas respiratorias de menos de 5 micras de persona a persona, durante la tos, estornudos y contactos de menos de dos metros. Aportando datos preliminares de un periodo de incubación de unos cuatro a siete días pudiendo llegar hasta catorce días, siendo contagioso durante este periodo de incubación en el que no se presentan síntomas de la enfermedad, de ahí la gravedad e importancia de su vigilancia epidemiológica. Además de todo esto un estudio publicado por el New England Journal of Medicine, ha analizado datos procedentes de China sobre este coronavirus recién descubierto, contrastando las diferencias y semejanzas con el SARS, el MERS y la gripe estacional. Algunas de las conclusiones a las que llego dicho estudio son interesantes desde el punto de vista comparativo de los cuatro tipos de virus, ya que aunque se establecen diferencias entre ellos, las semejanzas encontradas podrían darnos pistas de a que nos enfrentamos. Todos son virus respiratorios que pueden llegar a derivar en una neumonía y la muerte. Los síntomas que presentan todos y cada uno de ellos son similares,

fiebre, tos, falta de aire y la linfocitopenia son los más comunes, se determinó que las vías de contagio eran las mismas ya que todos ellos se contagiaban por gotas respiratorias y contacto directo.

Adiá de hoy la trayectoria de esta pandemia es imposible de definir, pero por los datos aportados parece de vital importancia que para alcanzar una respuesta efectiva es necesaria la rápida acción desde el punto de vista de las estrategias de salud pública.

El azote de todas estas epidemias lleva a plantear la revisión de la Española legislación en materia de Salud Pública y cuestionar si está preparada para dar soporte a semejante situación.

CONTENIDO

1.-Análisis de la Legislación Española en materia de Salud Pública aplicable a nuestra situación actual.

En la actualidad y por motivo de la pandemia por SARS-COV-2 que se está viviendo a nivel mundial, en España se han tomado una serie de medidas encuadradas en el ámbito de la Salud Pública para paliar y hacer frente a la situación. Estas medidas se han ido tomando en referencia a la legislación aplicable a dicha situación, la cual se procederá a analizar por orden de antigüedad.

1.1-En primer lugar se hace referencia a la **Ley Orgánica⁷ 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio**, ya que España se encuentra en una situación actualmente de alarma por la pandemia que la sociedad está sufriendo y es partir del análisis de esta Ley que se puede definir en qué consiste un estado de alarma. La propia Ley comienza determinando que la imposición de estos tres estados, viene dada por circunstancias extraordinarias, donde dichas circunstancias pueden llegar a impedir la normalidad, me permito hacer el apunte de que a falta de un mejor detalle por parte de la Ley sobre la “normalidad”, se ha de suponer que se trata del estado habitual en que se desarrolla la actividad del país. En esta Ley los plazos y tiempos no se reflejan estrictamente, aunque aquí ya se puede encontrar que dichos plazos no podrán ir más allá de lo estrictamente necesario para restablecer la “normalidad”, más concretamente y en lo que nos atañe de esta Ley en su Capítulo II, artículo cuatro, establece cuando se podrá imponer el estado de alarma, concretando que deberá ser en situaciones de catástrofes de origen ambiental, por ejemplo, terremotos o inundaciones, también se puede establecer por la paralización de los servicios públicos, el desabastecimiento de productos de primera necesidad o durante una crisis sanitaria tal como una pandemia que es el caso por el que está impuesta en el presente actual. Esta Ley determina en su artículo sexto como se

⁷ Para un mayor entendimiento de la materia a tratar me pareció interesante citar algunas diferencias en cuanto al tipo de leyes que vamos a tratar en este texto, así tendríamos en la cima jerárquica del ordenamiento jurídica la Constitución Española, a continuación las Leyes Orgánicas que son normas emanadas de las Cortes Generales con su aprobación por mayoría absoluta del congreso. Luego tendríamos las Leyes ordinarias o generales también emanadas de las Cortes Generales pero no están definidas en la constitución de forma expresa y de las aquí expuestas por último tendríamos el Real Decreto Ley que es una norma dictada en casos de extraordinaria y urgente necesidad aprobados posteriormente por el Congreso y que no puede referirse ni al ordenamiento de las instituciones básicas del Estado, ni a los derechos, deberes y libertades fundamentales del Título I de la Constitución.

realizará la declaración, en este caso especifica que será a través de decreto acordado en el Consejo de Ministros⁸.

Así mismo determina que debe establecerse por periodos de quince días revisables y prorrogables. En su artículo noveno recoge la posibilidad de establecer la imposición de servicios extraordinarios por su duración o naturaleza a los funcionarios y trabajadores de las administraciones públicas, no siendo muy específicos en esos servicios extraordinarios. Por otro lado en su artículo once describe que el estado de alarma conlleva medidas ablatorias, es decir, limitar la circulación o la permanencia de personas en horas y lugares determinados, coartando su libertad de movimiento. Determina la posibilidad de requisar temporalmente todo tipo de bienes e imponer prestaciones personales obligatorias, eso sí, no describe ni especifica las circunstancias de esas apropiaciones temporales ni nada más dice sobre las prestaciones obligatorias. También se podrá intervenir industrias, fábricas y talleres, excepto los domicilios privados y racionar el uso de los servicios de primera necesidad. Esta es una Ley con la que se podría llevar a cabo una aplicación injusta o excesiva de medidas ablatorias⁹ con excusa del estado de alarma. Aunque esta Ley pueda parecer discretamente algo detallada, podemos asegurar que no es una descripción suficiente como para aplicarla en un estado de alarma, ya que atendiendo exclusivamente a lo expuesto en ella, no se podría resolver las dudas creadas sobre, por ejemplo, ¿cómo y para qué se realizaría la intervención de las industrias?, ¿Cómo se establecería la limitación de movimiento y permanencia de las personas en los sitios?, ¿sería una limitación total o se permitiría algún tipo de movimiento?, ¿más concretamente en que consistiría la prestación obligatoria de los trabajadores de las administraciones públicas?, etc.

1.2-En segundo lugar está la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública . Es una Ley bastante escueta en el sentido de que abarca tan solo cuatro artículos, de los que se puede destacar que serán las Autoridades Sanitarias las garantes de proteger la salud pública tomando las medidas necesarias cuando se produzca una urgencia en materia sanitaria. También anuncia que dichas autoridades sanitarias tendrán la potestad de “adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la

⁸ Más adelante, durante el análisis del real Decreto que ha establecido el actual estado de alarma en España, se observará si dicho decreto se ha establecido acorde a esta Ley y si refleja el contenido que dicha Ley establece.

⁹ Aplicado a un acto jurídico: Que produce el sacrificio o menoscabo de derechos reconocidos en la Constitución.

existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad”. Estas medidas no serán solo aplicables a los enfermos en sí sino que se extenderán a sus contactos y al medio ambiente.

En un primer vistazo simple, podría parecer una norma adecuada pensando que es de aplicación en situaciones de urgencia sanitaria para proteger a la población de algún riesgo que amenace gravemente la salud, pero si nos detenemos a analizarla con un poco más de profundidad nos podemos dar cuenta de que es una norma que como mínimo en algún momento de su aplicación exigirá la imposición de medidas ablatorias. Debido a los estragos que podría padecer la persona a la que de forma impositiva se le apliquen estas medidas, no es banal el recordar que se debería ofrecer al individuo el cumplimiento de las medidas de forma voluntaria antes de hacer una imposición forzosa.

En esta primera Ley, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública, se podrían establecer medidas ablatorias como por ejemplo la imposición de la hospitalización, tratamiento y aislamiento de un enfermo o sospechoso de serlo, además de extender estas medidas a los contactos del enfermo o sospechoso pudiendo atentar contra el derecho de la integridad física y moral que recoge el artículo 15 de la Constitución Española, así como la libertad de circulación y residencia si se implementa la obligatoriedad del aislamiento domiciliario o el ingreso hospitalario.

Por otro lado hay que fijarse en que es una Ley tan escueta, como ya se ha expuesto, que no presenta una regulación específica de estas medidas ablatorias, es decir, que no se pormenoriza las condiciones ni el desarrollo de las mismas, no se habla del tiempo que deben durar dichas medidas, por ejemplo, ni donde se deberá recluir una persona en caso de tener que hacerlo, etc. También presenta otra característica destacable, la imprecisión, dejando en manos de la Administración un amplio margen de actuación quedando reflejado más específicamente en la frase “medidas oportunas para el control de los enfermos”, ¿pero cuáles son esas medidas?, cabe cuestionarse, y para la cual no se puede hallar respuesta en esta Ley. Pudiendo llegar a creer, cualquier ciudadano, que casi cualquier tipo de medida que aplique la Administración tiene cobertura aquí, simplemente siendo implantada en una situación excepcional.

A la vista de lo expuesto hasta ahora se puede señalar que la Salud Pública puede ser causa suficiente para llegar a limitar los derechos fundamentales de los ciudadanos, no

obstante tal limitación siempre debe ir acompañada de una serie de garantías para las cuales la Administración debe tener en cuenta:

- ❖ La limitación de un derecho fundamental debe estar justificado por una causa constitucionalmente legítima, que en este caso es la protección de la salud colectiva.
- ❖ Solo se podrán imponer aquellas medidas expresamente recogidas en una norma con rango de Ley, no sirve cualquier tipo de normativa.
- ❖ Se debe tener en cuenta el principio de proporcionalidad, el cual hace hincapié en si la medida propuesta para alcanzar el objetivo es idónea, si dicha medida es necesaria habiendo que determinar que no existen otras medidas de igual eficacia y menor impacto y finalmente aventurarnos sobre el balance entre las ventajas y perjuicios que las medidas tomadas puedan generar.
- ❖ El respeto a la dignidad humana que bajo ninguna excusa se puede ver menoscabado ni someter a la persona a tratos inhumanos o degradantes, siendo que por más importantes que sean los motivos que lleven a tomar dichas medidas nunca debemos olvidarnos de las necesidades y estado de salud de la persona que quede afectada por dichas medidas ablatorias.
- ❖ Por último en determinados casos es necesaria la intervención judicial a modo protección en la toma de estas medidas garantizando un uso recto de las mismas.

Se debe matizar que las medidas ablatorias no solo se aplican a las personas sino que también son aplicables a los bienes y productos como pueden ser los alimentarios, cosméticos, farmacéuticos, etc.

1.3-En tercer lugar está la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, esta es una Ley que tras numerosas leyes y decretos anteriores pretendía aunar en un único sistema nacional de salud todos los anteriores sistemas sanitarios que funcionaban en paralelo a la vez que actualizar y adaptar la sanidad a las nuevas necesidades. Aunque presenta algunas indicaciones en materia de salud pública no llega a tomar un papel fundamental en el desarrollo de la misma.

Su objetivo fundamental ya viene descrito en su título preliminar, artículo uno en el que reza: “La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”. No obstante de esta Ley se pretende destacar las partes que atañen a este trabajo.

Cabe tener en cuenta sus principios de prevención, igualdad y participación comunitaria, aunque no contiene el alcance y significado de dichos principios, sino que más bien son definiciones generales que se pueden aplicar tanto para la salud colectiva como individual. “Es una Ley que aunque enumera en algunos de sus artículos el ámbito en que debe trabajar la salud pública como pueden ser la vigilancia epidemiológica, la sanidad animal, la sanidad ambiental o la salud laboral, no llega a desarrollar estos aspectos en sí, más bien quedan en un simple enunciado”¹⁰.

En su artículo 26.1, por ejemplo, destaca el carácter excepcional de las medidas ablatorias de las que se ha hecho alusión en la anterior Ley, determinando que “en caso de existir sospecha de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, las autoridades sanitarias adoptarán las medidas preventivas que estimen pertinentes, tales como la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas o sus instalaciones, intervención de medios materiales y personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas”, además de reflejar que la duración de las mismas será el necesario para resolver dicho riesgo, al igual que en la Ley de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, esta Ley no se torna muy específica. No obstante en cuanto a seguridad jurídica, en su artículo 28 establece que las medidas preventivas deben atender a los principios de preferencia de colaboración voluntaria, como ya se apuntaba anteriormente siempre es preferible esta opción a la imposición por la fuerza, ya que no se podrán ordenar medidas que conlleven un riesgo para la vida¹¹, las limitaciones sanitarias deberán ser proporcionales a los fines perseguidos y se deberán usar las medidas menos perjudiciales a la hora de restablecer los derechos anteriormente afectados. En verdad es un artículo que recoge un apartado trascendental a la hora de salir de un confinamiento por ejemplo, pero tal como se ha venido detectando nada se especifica sobre cómo hacerlo.

El artículo 31.2 digamos que complementa al 26.1 ya que es más específico en cuanto a que señala más claramente que el cese o clausura de una actividad puede estar determinado por la inspección de las autoridades sanitarias al detectar el incumplimiento

¹⁰ Cesar Cierco Seira, “La necesaria actualización de la legislación española en materia de salud pública” (2008), ponencia en el XVII Congreso de Derecho y Salud.

¹¹ En el caso que nos ocupa es discutible el hecho de que las medidas que se han tomado no sean del todo riesgosas para la vida, por ejemplo en el caso de las prestaciones obligatorias, ¿hasta qué punto las medidas adoptadas en este apartado no han resultado un riesgo para la vida del personal sanitario por ejemplo?, las cifras de personal sanitario contagiado por Covid 19 en nuestro país así lo demuestran, no obstante mas adelante analizaremos esta cuestión.

de los requisitos necesarios para su funcionamiento y por tanto el impacto en la salud pública.

Los juristas siendo sabedores de que esta Ley, aunque novedosa, no actualizaba muchos de los puntos necesarios en materia de salud pública, en la disposición final quinta de la presente, se dejó el trámite al Gobierno de que en el plazo de dieciocho meses aclarase estos puntos¹², sin embargo esto no tuvo lugar.

1.4-En cuarto lugar se estudiará la **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**, el objeto de esta Ley es dar respuesta al artículo 43 de la Constitución Española¹³, al igual que la LGS de 1986, reconociendo en su preámbulo, que para ello es necesario proporcionar la educación y participación en materias de salud para que la población, en el ejercicio de su libertad, pueda elegir siendo consciente de las consecuencias. En este mismo punto propone los siguientes ámbitos de acción: “el propio de los dispositivos de salud pública, las acciones de prevención y promoción de la salud en los servicios sanitarios, las acciones y programas que, sin ser sanitarios, tienen efecto sobre la salud y que gestionados adecuadamente pueden alcanzar sus objetivos primarios asegurando al tiempo los mejores resultados en salud”. Los principios que podemos destacar, a mi parecer, en esta Ley son: el Principio de equidad, estableciendo que las políticas de impacto en la salud poblacional deberán promover la disminución de las desigualdades, el Principio de pertinencia el cual determina que las actuaciones de salud pública “justificarán su necesidad de acuerdo con los criterios de proporcionalidad, eficiencia y sostenibilidad”, Principio de precaución el

¹² “Para alcanzar los objetivos de la presente Ley y respetando la actual distribución de competencias, el Gobierno en el plazo máximo de dieciocho meses, a partir de la publicación de la misma, refundirá, regularizará, aclarará y armonizará, de acuerdo con los actuales conocimientos epidemiológicos, técnicos y científicos, con las necesidades sanitarias y sociales de la población y con la exigencia del sistema sanitario, las siguientes disposiciones, entre otras:

- Ley 22/1980, de 24 de abril, sobre vacunaciones obligatorias impuestas y recomendadas.
- Las bases 4ª, 6ª, 7ª, 9ª, 10, 11, 12, 13, 14 y 15 de la Ley de 25 de noviembre de 1944, sobre enfermedades infecciosas, desinfección y desinsectación, estadísticas sanitarias, tuberculosis, reumatismo, cardiopatías, paludismo, tracoma, enfermedades sexuales, lepra, dermatosis, cáncer, sanidad maternal e infantil, higiene mental y asistencia psiquiátrica.
- La Ley de 14 de abril de 1955 y la Ley de 26 de diciembre de 1958, sobre asistencia psiquiátrica y antituberculosa, en cuanto continúen vigentes conforme a la disposición adicional quinta. 2 del Decreto-ley 13/1972, de 29 de diciembre.
- Las bases 17 y 26 de la Ley de 25 de noviembre de 1944 sobre zoonosis transmisibles de higiene de la alimentación.

¹³Constitución española de 1978, Título I. De los derechos y deberes fundamentales, Capítulo tercero, De los principios rectores de la política social y económica.

-Artículo 43: Se reconoce el derecho a la protección de la salud, compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

cual establece que los indicios fundados de una posible afectación grave de la salud serán determinantes para la prohibición o limitación de la actividad que lo produjere. El Principio de evaluación bajo el cual, las medidas en materia de salud publicas deben ser evaluadas periódicamente y el Principio de transparencia por el cual se debe informar de estas medidas de forma clara, sencilla y comprensible a los ciudadanos.

En el Capítulo I del Título I se habla de los derechos de los ciudadanos, estableciendo así el Derecho a la información en el que se nos presenta ya una limitación¹⁴, en su artículo 5 de Derecho a la participación anuncia que serán las administraciones públicas las competentes para establecer los causes que permitan el ejercicio de este derecho pero no se concreta en nada. Su artículo 6 trata el derecho a la igualdad citando que “todas las personas tienen derecho a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad sin que pueda producirse discriminación por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, enfermedad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”. No menos importante es el artículo 7 de la mencionada Ley el cual establece el derecho a la confidencialidad, intimidad y respeto a la dignidad.

En el apartado de los deberes de los ciudadanos nada mas sencillo que dos artículos uno para el Deber de colaboración en el desarrollo de las actuaciones de la salud pública y otro para el Deber de comunicación de circunstancias que pudieran concurrir en un riesgo grave para la salud de la población.

En su artículo 12, de la vigilancia de la salud pública, describe que es “el conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de la salud de la población y los factores que la condicionan”, algunos de los cuales son: los condicionantes sociales y las desigualdades, los riesgos ambientales, la salud alimentaria, los riesgos del trabajo y su efecto en la salud, las enfermedades transmisibles y los problemas de salud dimanados por el trafico internacional de bienes y viajeros. A su vez deja claro que la salud pública requiere contar con unos sistemas de alerta precoz y respuesta rápida para la detección y evaluación de riesgos, enfermedades y otras situaciones que supongan una amenaza para la salud, como ya se reflejaba en el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe del año 2003. A pesar

¹⁴ Artículo 4, derecho a la información: “con las limitaciones previstas en la normativa vigente”, ¿Cuáles son esas limitaciones? Cabe preguntarnos ya que no se aclaran.

de recoger en este artículo las actividades de las que se va a ocupar la salud pública, no desarrolla en qué medida, grado o forma se va a hacer. Y así suma y sigue, artículo tras artículo los cuales anuncian alguna actividad en esta materia pero prácticamente sin desarrollo alguno de las mismas.

En su artículo 19, la prevención de problemas de salud, punto C, determina que se impulsarán otras acciones de prevención primaria como la vacunación, señalando que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordará un calendario único de vacunación en España, sin más especificación.¹⁵

Cabe destacar que en su artículo 33, la actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral, establece entre otras cosas la necesidad de los mecanismos de coordinación en caso de pandemias u otras crisis sanitarias, sin determinar que mecanismos son los que se deben llevar a cabo, bajo mi punto de vista, este ha sido uno de los puntos determinantes del florecimiento del estado de ansiedad y estrés a que se están viendo sometidos los profesionales sanitarios en esta pandemia actual por COVID-19, ya que en los distintos servicios sanitarios, no ha habido ni hay, desde que empezó esta crisis sanitaria, una coordinación adecuada en cuanto a lo que se refiere a salud laboral, no se han establecido protocolos adecuados que recogieran la información necesaria en base a la salud de los profesionales sino que se han elaborado y cambiado casi diariamente en base a la falta de material de protección y a la mala gestión en la toma de medidas.

No podemos dejar de nombrar aquí el artículo 38, de las actuaciones de sanidad exterior, en el que se advierte que las funciones serán las normales de un agente de la autoridad sanitaria, adoptando las medidas pertinentes en caso de detección de deficiencias en cuanto a la parte higiénico-sanitaria pudiendo llegar a paralizar la actividad o el medio de transporte del que se tratara. Llegados a este punto y para resaltar aún más si cabe las deficiencias de esta nueva Ley he de decir que al final de algunos de sus artículos reza el siguiente punto: “Todas aquellas actividades concordantes que se determinen en el futuro”, dejando patente que es una Ley a la que le falta desarrollo y cierto nivel en su profundización.

¹⁵ Ya el 3 de mayo de 2011, Ricardo de Lorenzo, en el Congreso Nacional de Hospitales, manifestó: “La futura Ley de Salud Pública debería prever campañas de información y de sensibilización en cuanto a la conveniencia de la vacunación, especialmente respecto de ciertos colectivos como, los profesionales sanitarios.”, “La futura Ley de Salud Pública debería establecer un calendario vacunal básico y común para todas las Comunidades Autónomas, como expresión de coordinación y cooperación interterritorial y como garantía de equidad y de cohesión social en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud”.

Quizás este sea uno de los artículos más importantes de esta Ley, por ser el que refleja a quien se va a considerar Autoridad Sanitaria ya que es una de las figuras más reseñadas por el papel tan trascendental que debe desempeñar en una situación de crisis sanitaria, en el **artículo 52**, La Autoridad Sanitaria Estatal, en el punto 1 nos dice que **ostentará la condición de autoridad sanitaria estatal el titular del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad** y en su punto 3 nos aclara que entre sus competencias están la adopción de medidas sobre coordinación y ejecución en materia de salud pública, *la adopción de medidas de intervención especial en materia de salud pública por razones sanitarias de urgencia o necesidad o circunstancias extraordinarias que sean un riesgo evidente para la salud de la población estando dicho riesgo acreditado por la evidencia científica*¹⁶.

En el artículo 54 de medidas especiales y cautelares, recoge que en situación de extraordinaria gravedad, la autoridad sanitaria podrá adoptar las siguientes medidas: Inmovilización y decomiso de productos y sustancias, intervención de medios personales y materiales, el cierre de industrias e instalaciones y la suspensión del ejercicio de actividades. En suma viene a decir lo mismo que se recoge en la LGS y en la Ley orgánica 3/1986, 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Al final de dicho artículo se recuerda que estas medidas han de tomarse acordes con el principio de proporcionalidad.

Finalmente el título VI de esta Ley está dedicado a las infracciones y sanciones que pudieran concurrir.

1.5-La quinta y última Norma que se analizará en este apartado será la del decreto que se estableció para imponer el estado de alarma en la situación actual de pandemia por SARS-COV-2. Como se ha mencionado anteriormente, el día 11 de Marzo de 2020 la OMS elevó la situación de Emergencia de Salud Pública a Pandemia Internacional provocando que en España se publicara el **Real Decreto 463/2020, de 14 de Marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19**. Al principio de este decreto, incluso antes de entrar en materia se advierte de que se está ante una situación grave de crisis sanitaria de enorme magnitud por dos motivos, el gran número de ciudadanos afectados y el extraordinario riesgo para sus derechos, dicha crisis motivada por la rapidez de la evolución de los hechos. Personalmente creo que nadie dudaría en pensar que los hechos, en esta crisis por pandemia, han evolucionado

¹⁶ En el análisis de la siguiente norma jurídica aclararemos porque el apunte de este artículo 52.

rápidamente, lo cual no justifica en ningún momento que no se estuviera preparado para afrontarla ni a nivel legislativo ni a nivel sanitario, ya que durante décadas por no decir siglos, se ha ido afrontando situaciones donde enfermedades víricas y de rápido contagio llegan a España, algunas veces de menor envergadura, pero no lo suficiente como para olvidarse de que estos problemas existen y se pueden dar en cualquier momento y que justifica la necesidad de estar preparados como país y como sociedad.

Este preámbulo del Real Decreto también “aclara” que las medidas tomadas en el mismo son de alguna manera estrictamente necesarias para hacer frente a la gravedad de la situación que se está viviendo y que en ningún caso suponen la **suspensión de los derechos fundamentales** como está previsto en el artículo 55¹⁷ de la Constitución Española. Este artículo 55 en su punto 1 comprende una serie de artículos cuyos derechos reconocidos en los mismos no podrán ser suspendidos en el caso de declararse el estado de sitio o excepción. La puntualización que hace este RD sobre el nombrado artículo 55 de la CE, cuanto menos es llamativo ya que este artículo se refiere a los estado de excepción y sitio, nada dice del estado de alarma, aún así si se lee detenidamente cada uno de los derechos a los que hace referencia el artículo 55 se puede visualizar que son justamente los derechos que se han visto afectados por el RD al instaurar el estado de alarma. Tras la lectura me surge la siguiente duda , si el artículo 55 de la CE dice que estos derechos no podrán verse suspendidos en el caso del estado de sitio o excepción, ¿por qué se han “suspendido” o limitado en extremo en el estado actual de alarma?, siendo que el estado de alarma es el más inocuo, por definirlo de alguna manera, de los tres estados. Y entrecomillo “suspendido”, porque realmente se supone que no debían estarlo pero si se observa en detalle se verá que la diferencia entre suspendidos y limitados, que se está aplicando a la realidad a través de este RD, es una línea muy delgada, que personalmente creo que roza o se inclina más hacia derechos suspendidos que limitados¹⁸.

A partir de aquí se hallan los tres primeros artículos que determinan el objeto del RD, el ámbito de aplicación y la duración del mismo.

¹⁷ Artículo 55 de la constitución Española: Los derechos reconocidos en los artículos 17, 18, apartados 2 y 3, artículos 19, 20, apartados 1, a) y d), y 5, artículos 21, 28, apartado 2, y artículo 37, apartado 2, podrán ser suspendidos cuando se acuerde la declaración del estado de excepción o de sitio en los términos previstos en la Constitución. Se exceptúa de lo establecido anteriormente el apartado 3 del artículo 17 para el supuesto de declaración de estado de excepción.

¹⁸ En el desglose de los artículos del RD se pondrán algunos ejemplos de esto.

En su artículo 4, Autoridad competente, en este artículo se declara que la autoridad competente será el Gobierno y como autoridades competentes delegadas se nombra a la Ministra de Defensa, Ministro del Interior, Ministro de Sanidad y al Ministro de transporte. Me siguen asaltando dudas al respecto a este RD, si es cierto que en la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de Junio, de los Estados de Alarma, Excepción y Sitio, en su artículo 7 dispone que la autoridad competente en el estado de alarma será el Gobierno pero como ya se nombró en la anterior Ley 33/2011, 4 de octubre, General de Salud Pública, su artículo 52.3 determina que “Corresponde a la autoridad sanitaria estatal con carácter general, en el ámbito de sus competencias, la adopción de medidas sobre coordinación y ejecución de las actuaciones de salud pública consideradas en la presente ley, así como la adopción de cuantas medidas de intervención especial, de acuerdo con el artículo 52, en materia de salud pública resulten precisas por razones sanitarias de urgencia o necesidad o ante circunstancias de carácter extraordinario que representen riesgo evidente para la salud de la población, y siempre que la evidencia científica disponible así lo acredite”, entonces me pregunto nuevamente, ¿hay una contradicción entre el nombramiento como autoridad competente entre ambas leyes y el gobierno ha optado por acogerse a la primera?, ¿acaso no estamos ante un problema en su totalidad de salud pública y tal como dice el artículo 52.3 de la LGSP debería ser autoridad competente el Ministro de Sanidad?. A mi modo de interpretar este RD y la situación actual, a todas luces parece que la autoridad competente es el Presidente de nuestro actual Gobierno y las nombradas autoridades competentes delegadas parecen quedar relegadas a un segundo plano, entre ellas el Ministro de Sanidad, lo cual no implica que no tengan funciones de la máxima importancia, pero creo que se debería haber tenido más en cuenta a estos efectos la LGSP ya que estamos enfrascados en una crisis sanitaria y un gran problema de salud pública. Lo que si queda bien claro es que las CCAA pierden todo derecho organizativo quedando bajo la dirección directa del gobierno como se ha dicho.

En su artículo 7 desarrolla la limitación de la libertad de circulación de personas, estableciendo que solo se podrá circular por las vías públicas bajo determinados supuestos entre los que se encuentran por ejemplo, adquirir artículos de primera necesidad como alimentos y medicamentos, la asistencia a centros sanitarios, desplazamiento al lugar de trabajo, entidades financieras o seguros, y para el cuidado de personas dependientes. En la práctica diaria aunque ha sido una medida muy restrictiva no ha llegado a suponer una medida ablatoria porque no ha supuesto la suspensión total del derecho a la circulación,

aunque si se ha tornado en una medida muy restrictiva, por ejemplo, no pudiendo ir de un domicilio a otro en caso de tener un segundo domicilio propio, además en cuanto que hay medidas de control y sanciones administrativas para quienes la incumplan.

En el artículo 8 se establece la posibilidad de las requisas temporales y prestaciones personales obligatorias. En ningún momento dictamina como, cuando o en que condiciones éstas se llevarán a cabo. En este punto me gustaría añadir el caso de los sanitarios debido a que es una de las profesiones que se podría ver gravemente afectada por la imposición de prestaciones personales obligatorias en caso de establecerse.

Estos profesionales regulan sus derechos como tal en la Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, donde mediante el artículo 17.1 establece que los sanitarios tienen derecho a “recibir la protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como sobre los riesgos generales en el centro sanitario o derivados del trabajo, así como a la formación e información específica en esta materia conforme a lo dispuesto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales”. En el artículo 21 de esta última Ley se establece en el punto 1 que cuando los profesionales se encuentren ante un riesgo grave e inminente, el empresario se verá obligado a informar lo antes posible a los trabajadores afectados, de este riesgo y de las medidas adoptadas en materia de protección, en el punto 2 del mismo artículo reconoce que los trabajadores podrán interrumpir su actividad en caso de peligro grave para su vida y su salud pudiendo llegar a abandonar el puesto de trabajo. Finalmente en el punto 3, cuando el empresario no adopte o permita adoptar las medidas para garantizar la seguridad de los trabajadores, los representantes legales podrán parar la actividad por mayoría de sus miembros y los trabajadores no podrán sufrir perjuicio alguno por la toma de estas medidas. Tras esta aclaración de los derechos de los profesionales sanitarios podríamos pensar si realmente deberían estar obligados a la prestación personal obligatoria y de ser así si no estaríamos dejando sin facultad estos derechos mencionados, ¿tras la imposición del estado de alarma podrían abandonar su puesto de trabajo estos profesionales?, siendo como es sabido por todos que una de las grandes brechas que se ha abierto durante esta crisis ha sido la falta de material, a nivel nacional, de protección para los profesionales que trabajan en primera línea con los pacientes afectados por COVID19, viendo la información de la que se dispone a día 20 de Abril de 2020, la cual abduce que hay 31.053 sanitarios contagiados de COVID19 en España, teniendo en la misma fecha, que llegar a pronunciarse la Sala Tercera del Tribunal Supremo adoptando la siguiente

medida: “requerir al Ministerio de Sanidad para que adopte todas las medidas a su alcance para conseguir la mejor distribución de los medios de protección al personal sanitario y que informe quincenalmente ante la propia Sala de las medidas adoptadas, los medios puestos a disposición de los profesionales sanitarios y la distribución de los mismos entre las comunidades autónomas”. Considerando a su vez que “el interés público esencial y común de preservar el derecho fundamental a la integridad física y el derecho a la salud de los profesionales sanitarios, así como de las personas a las que asisten, exigen otras cautelas que procede acordar”¹⁹. Personalmente me parece que el hecho de que haya tenido que darse la adopción de esta medida habla por sí misma de la gestión que se está llevando a cabo en cuanto a este punto del RD. Finalmente en cuanto a este punto dentro del RD me gustaría apuntar que para nada se ha tenido en cuenta, que el grave riesgo para la salud no solo implica al personal que está al frente con estos pacientes sino que es un riesgo sobreañadido al que se ven sometidas las familias de los profesionales y que no se ha pensado en tomar ninguna medida al respecto de forma normativa.

En el artículo 9 de este RD se dispone la suspensión de la educación presencial en todos sus niveles y únicamente deja abierta la posibilidad de sustituirla por educación “on line” cuando se pueda. Al igual que en otros casos aquí es discutible la limitación o la ablación del derecho a la educación que establece el artículo 27 de la CE ya que aunque deja una puerta abierta a través de la educación “on line” esta se establecerá siempre que se pueda y no en todos los casos, con lo que se puede prever que habrán personas que vean abolido su derecho a la educación.

En el artículo 19, sobre medios de comunicación, únicamente se establece que tanto públicos como privados quedan obligados a la emisión de mensajes, anuncios y comunicaciones determinadas por las autoridades competentes delegadas. Pero nada dice de lo que han de hacer estas entidades durante este estado de alarma, no se han previsto unas sanciones para aquellos que emitan falsas noticias incrementando el desconocimiento y el miedo acerca de la situación actual.

En el artículo 14 se presentan las medidas en materia de transporte interior donde quizás lo más llamativo sea que ha de recortarse en un 50% la oferta de transporte público

¹⁹ El Tribunal Supremo requiere a Sanidad "todas las medidas a su alcance" para distribuir medios de protección al personal sanitario. (20/04/2020). Extraído de <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Noticias-Judiciales/El-Tribunal-Supremo-requiere-a-Sanidad--todas-las-medidas-a-su-alcance--para-distribuir-medios-de-proteccion-al-personal-sanitario>

y que no se especifica nada sobre transporte exterior tan solo se ofrece un pequeño apunte al respecto en el artículo 16 sobre el tráfico aduanero el cual deberá estar garantizado. Respecto a este artículo solo cabe decir que como en casos anteriores en la realidad se ha implementado de forma muy restrictiva, tanto es así que si además se suma el cierre de fronteras con otros países parece más una ablación de derecho a la libre circulación que una limitación de la misma.

En cuanto a materia sancionadora este RD se remite a la Ley 4/1981, de 1 de Junio, de los Estados de Alarma, Excepción y Sitio, sin dar ninguna otra especificación al respecto. Aunque en la Ley 4/1981, de 1 de Junio se recoja un pequeño boceto de las sanciones aplicables durante estos estados, por ejemplo no se especifica que sanción debe conllevar el hecho de incumplir una cuarentena por motivos de la enfermedad exponiendo a otros ciudadanos al contagio.

A todas luces este RD deja mucho que desear y presenta problemas bioéticos a mi juicio muy graves, ya sea por su escaso desarrollo en muchos de sus artículos, ya sea porque no aclara bien la limitación de los derechos afectados por el mismo, no ofrece ninguna garantía jurídica en cuanto a su implementación, deja desprotegido a los trabajadores del sector público que están en primera línea en este estado de alarma, nada dice al respecto de otros hechos que están sucediendo quizás porque no se proveyeron, pero al igual que para otras cosas este RD se ha ido corrigiendo a lo largo de los días también se podría haber tenido en cuenta y haber tomado medidas en cuanto a la situación de confinamiento domiciliario a la que se ven obligadas las personas con síntomas leves de la enfermedad que viven solas o que no tienen los medios suficientes en su domicilio para el correcto confinamiento o personas mayores que no tenían antes cuidadores pero que ahora por el riesgo al que se ven sometidos no pueden salir ni tan siquiera a adquirir alimentos o medicinas, nada recoge este RD sobre las personas que han muerto en nuestro país por causa del SARS-COV-2 y que han rebasado todas las previsiones que pudieran haberse tenido llegando a presentar un problema grave en cuanto a la tenencia y tratamiento de los cuerpos.

Como conclusión final de este apartado legislativo cabe pensar que en la situación actual de alarma por SARS-COV-2 en España, se está aplicando una serie de leyes y normas publicadas algunas hace más de 50 años que en muchos casos están obsoletas ya que fueron pensadas en épocas en las que ni siquiera se podía prever un alcance de la magnitud a la que está llegando este problema en las condiciones de la sociedad actual y

es que aunque en la última década han aparecido algunas enfermedades como el ébola o la gripe aviar, en el territorio Español no tuvieron un gran repercusión, tal vez llevando a los gobernantes y legisladores a bajar la guardia, además muchas de estas leyes no se desarrollaron lo suficiente para tener en cuenta aspectos tan básicos como los expuestos anteriormente dejando a la población de una forma u otra desprotegida. Cabe reiterar el preguntarse ¿cómo es posible que hablando de leyes tan significativas mediante las cuales se puede llegar a dejar sin efecto los derechos fundamentales recogidos en la Constitución Española no se haya hecho una evaluación de las mismas para actualizarlas y en su defecto desarrollarlas de manera que recojan incidencias más acordes con la actual sociedad y los peligros que la asechan?. Lo que es claro y evidente es que el futuro de la Salud Pública española pasa por la reforma de toda la legislación referente a la misma o a la creación de una nueva ley mejor desarrollada que tenga en cuenta todos los aspectos ya evaluados en este trabajo, una ley que esté mas acorde con la legislación Europea al respecto. No se puede pasar por alto que en esa reforma legislativa es necesario, definitivamente, dar el lugar que le corresponde a la sanidad publica y a sus profesionales, habida cuenta de la importante y trascendental labor que están llevando a cabo en estos momentos, que antes ya hacían pero que hoy en día se torna más imprescindible que nunca.

2.-Vacunación obligatoria o voluntaria por coronavirus. El mañana de esta pandemia.

Desde hace unas semanas y según los datos aportados por el gobierno, los nuevos casos de infecciones y muertes por coronavirus han ido descendiendo paulatinamente en nuestro país. Está claro que se vive una situación de gran incertidumbre ya que el futuro más próximo en la evolución de esta pandemia no es fácilmente predecible, lo que si es cierto es que mas temprano que tarde habrá que enfrentarse al hecho de la necesidad de una vacunación masiva para el control del virus al igual que ha pasado con la gripe y con otras muchas enfermedades.

Al pensar en la vacunación para este nuevo virus se pueden plantear varios problemas éticos, algunos de los cuales ya vienen existiendo desde hace unos años, por ejemplo, ¿será una vacuna obligatoria o voluntaria?, ¿se integrará en el calendario vacunal básico o en los respectivos calendarios vacunales de las CCAA donde hayan casos durante el año?, ¿qué

pasará con aquellos grupos de personas que desde hace tiempo vienen reivindicando el rechazo total a cualquier tipo de vacunación?.

Hay que ser consciente de que con este nuevo virus la importancia de la vacunación va a radicar en crear un frente inmunitario que proteja de posibles nuevos brotes de la pandemia, lo cual no es muy descabellado, o lo que es lo mismo crear inmunidad de grupo²⁰, y a la vista de los estragos de la actual pandemia no cabe duda de la gran importancia que tiene el hecho de llevar esta vacuna a todos los rincones del país cuando se disponga de ella.

Se debe empezar por saber que dice la legislación española al respecto y esto lleva a la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, en su artículo 19.3 hace referencia a que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordará un calendario único de vacunación en España, el cual solo podrá modificarse por las CCAA por cuestiones epidemiológicas. No obstante actualmente esto no se está dando debido a que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no ha elaborado dicho calendario único y siguen siendo las CCAA las que siguen elaborando sus calendarios propios. Tal vez esta situación se haya estado manteniendo por la coletilla que aporta la LGSP al respecto, “Las comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla sólo podrán modificarlo por razones epidemiológicas”, pero he de decir que estoy de acuerdo con el apunte que hace César Cierco²¹, “el acento de esta excepción se pone en la existencia de un criterio científico, extraído a partir de la Epidemiología, en grado de aportar una razón objetiva que justifique modificar el contenido del calendario único en el territorio autonómico”. Por lo que se concluye que el deber de este Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en base a la LGSP es implementar un calendario vacunal único, no obstante esto no es fácil puesto que las CCAA ya tren consigo un bagaje en cuanto a la elaboración de dichos calendarios, en definitiva a corto o mediano plazo no parece que esto vaya a cambiar pero aun siendo que las CCAA sigan elaborando su propio calendario vacunal, ¿se atrevería alguna a poner obstáculos para integrar la vacuna del COVID-19, a

²⁰ ¿Qué es la inmunidad de grupo? La inmunidad de grupo, colectiva o de rebaño (herd immunity) es la protección de una determinada población ante una infección debido a la presencia de un elevado porcentaje de individuos inmunes en la misma, lo cual se consigue con la vacunación sistemática del grupo.

²¹ Cierco Seira, C. “Las vicisitudes del calendario único de vacunación”. Congreso 2019: Ética, innovación y transparencia en salud),. Págs. 154-168.

la vista de los hechos presentes?, difícil de saber con exactitud pero pareciera razonable pensar que la respuesta es, no.

Véase la cuestión de la obligatoriedad o voluntariedad de la inoculación de una posible vacuna para el COVID 19. En este punto no se puede dejar atrás la incipiente corriente que se viene dando en España como en otros países, hacia una negativa ante la vacunación. Aunque en la legislación Española no haya una base para que la vacunación sea obligatoria, si que hay ciertas circunstancias que podrían llevar a la misma como por ejemplo el caso de una epidemia o pandemia, así está recogido como se ha citado anteriormente en el artículo 2 de la Ley de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública donde dice que “ las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad”, hecho que también recoge la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica en su artículo 9.2.A, “Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento... cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley”, incluso existe en la legislación española un antecedente que aunque hace referencia a la vacunación de enfermedades ya controladas en España resulta curioso tenerlo en cuenta a la vista de los hechos, la Ley 22/1980, de 24 de abril, de modificación de la Base IV de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944, en cuyo artículo único dispone que “Las vacunaciones contra la viruela y la difteria y contra las infecciones tíficas y paratíficas, podrán ser declaradas obligatorias por el Gobierno cuando, por la existencia de casos repetidos de estas enfermedades o por el estado epidémico del momento o previsible, se juzgue conveniente”²² pero ¿sería suficiente con estos “viejos” artículos siendo que a día de hoy no se sabe bajo qué circunstancias sanitarias se estará cuando se consiga la vacuna?. Y me pregunto esto porque al igual que existe esta Ley de medidas especiales en materia de salud pública también existe la Ley reguladora de la autonomía

²² Comité De Bioética De España, “Cuestiones ético-legales del rechazo a las vacunas y propuestas para un debate necesario”, recuperado de: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/cuestiones-etico-legales-rechazo-vacunas-propuestas-debate-necesario.pdf>

del paciente con el siguiente articulado, 2.1 de principios básicos que refleja el derecho de la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de la voluntad y en el 2.2 nos dice que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. Por lo que según el articulado de legislación española, a priori, el que esta vacuna sea obligatoria o no dependerá de las circunstancias sanitarias en las que se encuentre el país en el momento de su administración, debiendo las autoridades sanitarias competentes dirimir esta cuestión que como se vislumbra no es nada fácil ya que se navegaría entre, tomar una postura paternalista por parte de las autoridades imponiendo una medida a un sujeto plenamente válido en sus facultades, para tomar la decisión por sí mismo amparándose en los derechos que le reconoce nuestra legislación o tomar una postura que roce la irresponsabilidad dejando en manos de los ciudadanos esta toma de decisión si realmente nos encontráramos aún ante un grave riesgo para la salud pública.

Intentando contestar a que pasaría con el grupo poblacional que actualmente viene rechazando el uso de las vacunas, que aunque es un grupo reducido podría llegar a representar un riesgo a tener en cuenta desde el punto de vista de la salud pública, personalmente creo que las medidas basadas en la educación e información acerca de los beneficios de las vacunas, concienciando a la población acerca del uso de las mismas para seguir controlando enfermedades que lejos de haber desaparecido, simplemente no las padecemos gracias a la inmunización grupal, es la medida más acertada desde el punto de vista ético y teniendo en cuenta el principio de proporcionalidad siempre será mejor acogerse a aquellas medidas menos coercitivas. Además hay estudios que avalan el hecho de que informar a la población sobre la alta tasa de vacunación que se ha tenido en los últimos años en este país permitiendo tomar conciencia a los ciudadanos sobre el bajo riesgo de los efectos adversos y los beneficios de las mismas (SERPELL et al, 2006).

A modo de conclusión final sobre el tema de la vacuna para este reciente virus, (SARS-COV-2), al igual que el resto de legislación en materia de salud pública analizada en este trabajo, la que expresamente se dirige a la vacunación también está necesitada de una reforma, actualización y desarrollo que permita establecer un sistema completo de medidas de manera que deje claro cuando y de que forma debemos hacer una inmunización grupal en nuestra población atendiendo siempre al principio de proporcionalidad. En cuanto a integrantes individuales de una población como la nuestra se debe entender que la vacunación no es parte únicamente de un beneficio propio sino que por solidaridad con sus

conciudadanos cada cual debe responsabilizarse, es decir, que la población se tiene que vacunar por ellos mismos y por los demás, como ciudadanos sometidos al respeto y defensa de una constitución tienen que ser conscientes de que de la salud pública se deriva que tienen el derecho a la protección de su salud pero también el deber de someterse a sus medidas ya que uno de sus valores más importantes es el interés de la salud colectiva.

CONCLUSIONES

Como se ha podido ver, España ha sido uno de los países más castigados con las pandemias desde hace siglos, incluso llegando a ser pionera en actuaciones en cuestión de salud pública como fue la vacunación masiva de la viruela alrededor de 1800. En tiempos más cercanos se han vivido pandemias como la de gripe A, que promovió en España la realización de un Plan Nacional de Preparación y Respuesta a una pandemia de Gripe en el año 2003, el cual se suponía que era una guía para proceder en caso de estar expuestos a una pandemia de estas características.

Esta pandemia de gripe A o al enfermedad del Ébola representaron una incidencia escasa en España y por supuesto nada tiene que ver con lo que está sucediendo hoy en día con el COVID-19. Evidentemente al ser pandemias que se presentaron de diferente forma era de esperar que la reacción del Estado, la evolución de la pandemia actual y los resultados finales fueran diferentes pero tal y como están sucediendo los acontecimientos en la presente pandemia de COVID-19 se puede plantear si era tanta la diferencia como para tener un proceso tan distante uno de otro.

Durante este análisis de la legislación en materia de salud pública aplicable a esta situación de pandemia se ha vislumbrado que por un lado debemos retrotraernos a leyes fundamentales del año 1986, como es la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, la Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad, la Ley 33/2011, General de Salud Pública, de 4 de Octubre y la más reciente de todas el Real Decreto 463/2020 de 14 de Marzo. Viendo que la legislación fundamental en materia de Salud Pública es de hace varias décadas cabe preguntarse si es una legislación actualizada y que da buen soporte a la situación de pandemia que estamos viviendo. A lo cual fundamentalmente se concluye que no. Cuando se llevaron a cabo estas leyes, en España se tenía otro tipo de sociedad, que aunque ya se había instaurado la democracia, aun estaba en los inicios de la misma la cual no llegaba a una década desde su instauración. Hoy en día esta es en una sociedad muy distinta, concienciada plenamente de sus deberes y derechos como sociedad amparados por el Estado de Derecho en el que se vive y que se han visto mermados y coartados por la situación de pandemia actual. Un ejemplo claro de esto es que el Estado español tomó la decisión, desde el primer momento, de instaurar una situación de alarma para controlar la propagación del virus en todo el país, lo cual conlleva según nos dice la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio, una limitación de ciertos derechos fundamentales como pueden ser el de la libre

circulación, el libre comercio, a la educación, etc. Sin embargo tras el análisis cabe dudar de si realmente lo que se ha instaurado es el estado de alarma o por el contrario se trata del estado de excepción, ya que las limitaciones que efectivamente se han impuesto rozan el límite de la suspensión de los derechos nombrados y según establece la Ley que regula estos estados, en la situación de alarma no se podrán ver suspendidos los derechos fundamentales recogidos en el artículo 55 de nuestra Constitución Española, sin embargo en el caso de declarar el estado de excepción sí que se podrían ver mucho más afectados estos mismos derechos.

Esto lleva a plantearse si la sociedad española estaba preparada para esta implementación, si realmente era necesario imponer un estado de alarma en estas condiciones tan restrictivas que se están viviendo en España, también se podría plantear que el gobierno no ha sabido manejar la legislación vigente en materia de salud pública para adaptarla a la situación actual.

Personalmente creo que aquí se ha tratado por un lado de que la máxima autoridad, en este caso el gobierno, no ha estado alerta desde el primer momento en que aparecen los primeros infectados en Europa para poder implementar las medidas necesarias con la suficiente antelación, nuestra legislación en materia de salud pública es antigua con lo cual poco adaptable a los tiempos actuales y poco desarrollada por lo que en el caso en que encuentra la población se ha tenido que improvisar en muchos puntos que quedaban huérfanos por no encontrarse nada al respecto en las leyes y por último, el Real Decreto que pretende regular la situación de alarma se ha implementado de forma restrictiva en demasía además de seguir en el mismo camino que las anteriores leyes, es decir, poco desarrollado o poco específico para el caso que atañe a este trabajo.

A través del análisis que ha hecho en este trabajo también ha habido sitio para la legislación en materia de salud laboral que está afectando a la situación vivida por el personal que está en primera línea en esta pandemia, más concretamente el personal sanitario o personal considerado de riesgo por el lugar inminente que ocupa y las labores que desempeña. Aquí lo que cabe preguntarnos es si la legislación existente se está llevando a cabo como se debería o si por el contrario este Gobierno, como máxima autoridad, y el Ministerio de Sanidad, como autoridad competente delegada, están haciendo un uso del personal sanitario a su “antojo”, sin tener en cuenta los derechos que este país le ha otorgado democráticamente a estos profesionales y a la vista están las cifras de sanitarios infectados 9.444 sanitarios a día 24 de Abril de 2020. Los cuales además de verse sometidos

a una situación de estrés y cansancio desmedido, se han visto en la situación de la más absoluta desprotección de su propia salud en el desarrollo de sus funciones ante una enfermedad como es el COVID-19, poniendo en grave peligro sus vidas y las de sus familias.

Finalmente se ha hecho una revisión de la legislación en cuanto a la posible imposición de la administración de una vacuna en un futuro próximo y se ha llegado a la conclusión de que aunque hay algún antecedente en este país de vacunación obligatoria de la viruela, fue un hecho puntual y que la legislación actual aplicable, no es suficiente para implementar semejante medida. La vacunación en España, a pesar de algunos detractores en los últimos años, goza de una buena adherencia por parte de la población con lo que estoy segura de que con campañas de sensibilización y educación sería más que suficiente para que la sociedad se acogiera a este tratamiento, de tenerlo disponible en su sistema sanitario, de forma voluntaria pudiendo crear rápidamente una inmunización grupal que ayudaría a controlar mejor esta pandemia.

Se extrae de todo ello que la legislación Española en materia de Salud Pública está necesitada de una actualización y desarrollo de manera que se adapte y recoja las necesidades de su sociedad y entorno actual, así como una profunda reflexión por parte de aquellos que desarrollan e implementan las leyes para que en el desarrollo de su labor se vea reflejado el cambio que todos esperan tras pasar por la experiencia de esta pandemia por SARS-COV-2

Bibliografía

- Mariño Gutiérrez, L., Navarro Villanueva, C., Pino Valentín, G. Los inicios de actividades de salud pública en España: Colección patrimonial. Instituto de Salud Carlos III. Madrid; Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Sanidad y Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud: 2014.
- Pirámide Normativa Estatal.
<http://www2.san.gva.es/comun/normativa/norma/piramide.htm>
- Ricardo De Lorenzo, (02/03/2020), artículo de opinión: “Ley de Salud Pública. ¿Estamos preparados para afrontar los problemas jurídicos asociados a una gran crisis sanitaria como el coronavirus?”. Rescatado de:
<https://www.redaccionmedica.com/opinion/ley-de-salud-publica-estamos-preparados-para-afrontar-los-problemas-juridicos-asociados-a-una-gran-crisis-sanitaria-como-el-coronavirus--4161>
- De Miguel Beriain, I. “Triaje en tiempos de pandemia: un análisis a partir de las limitaciones del marco jurídico español”.
- De Miguel Beriain, I. “¿Estaba nuestro ordenamiento jurídico preparado para afrontar una crisis de salud pública?. Algunas cuestiones que plantear en un próximo futuro.
- Cierco Seira, C. “La necesaria actualización de la legislación española en materia de salud pública”. DS : Derecho y salud, ISSN 1133-7400, Vol. 17, Nº. Extra 1, 2009. Pág. 23-45.
- Cierco Seira, C. “Epidemias y derecho administrativo: Las posibles respuestas de la Administración en situaciones de grave riesgo sanitario para la población”. DS : Derecho y salud, ISSN 1133-7400, Vol. 13, Nº. 2, 2005. Págs. 211-256.
- Moreno Millán, N. “Inmunidad de Grupo”. Rescatado de:
http://www.vacunas.org/images/stories/recursos/profesionales/temasactuales/2009/Inmunidad_grupo.pdf
- Comité de Bioética de España, “Cuestiones ético-legales del rechazo a las vacunas y propuestas para un debate necesario”. Rescatado de:
<http://www.comitedebioetica.es>
- Ley 22/1980, de 24 de abril, de modificación de la base IV de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944. Boletín Oficial del Estado nº 102, (28 de Abril, 1980). Recuperado de: <http://www.boe.es>
- Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los Estados de Alarma, Excepción y Sitio. Boletín Oficial del Estado nº 134, (5 de Junio, 1981). Recuperado de: <http://www.boe.es>

- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado nº 102, (29 de Abril, 1986). Recuperado de: <http://www.boe.es>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado nº 102, (29 de Abril, 1986). Recuperado de: <http://www.boe.es>
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado nº 301, (17 de Diciembre, 2003). Recuperado de: <http://www.boe.es>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado nº 274, (15 de Noviembre, 2002). Recuperado de: <http://www.boe.es>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2005, Mayo). Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/pandemia/home.htm>
- De la peste negra al coronavirus: cuáles fueron las pandemias más letales de la historia. (2020, Marzo 18). Infobae. Recuperado de: <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/03/18/de-la-pesto-negra-al-coronavirus-cuales-fueron-las-pandemias-mas-letales-de-la-historia/>
- Coronavirus: qué significa que la OMS haya clasificado al covid-19 como pandemia. (2020, Marzo 11). BBC News Mundo. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-51842708>
- Wei-jie Guan, Ph.D., Zheng-yi Ni, MD, Yu Hu, MD, Wen-hua Liang, Ph.D. Chun-quan Ou, Ph.D., Jian-xing He, MD, Lei Liu, MD, Hong Shan, MD, Chun-liang Lei, MD, David SC Hui, MD, Bin Du, MD, Lan-juan Li, MD, et al. para el Grupo de expertos en tratamiento médico de China para Covid-19. (2020, Febrero 28). Características clínicas de la enfermedad por coronavirus 2019 en China. Recuperado de: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2002032>