



Universidad
de Alcalá

**Máster Universitario en
Acceso a la Profesión de Abogado**

**PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
DERIVADOS DE LA COVID-19 EN EL AMBITO DE
LOS HOSPITALES Y CENTRO SANITARIOS.**

**PREVENTION OF OCCUPATIONAL RISK
ARISING FROM COVID-19 IN HOSPITALS AND
HEALTH FACILITIES.**

Presentado por:

D. DAVID MARTÍN GÓMEZ

Dirigido por:

D. JESÚS JIMENO MUÑOZ

Codirigido por:

D. JOSÉ IGNACIO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

GLOSARIO DE ABREVIATURAS:

SARS-CoV-2: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (síndrome respiratorio agudo severo causado por coronavirus de tipo 2)

COVID-19: Coronavirus disease of 2019 (enfermedad el coronavirus de 2019)

RENAVE: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

EPI: Equipo de protección Individual.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

PDIA: Prueba de Detección de Infección Activa.

CNM-ISCIH: Centro Nacional de Microbiología perteneciente al Instituto de Salud Carlos III.

PALABRAS CLAVE/KEY WORDS:

Pandemia/Pandemic.

COVID-19/COVID-19

Estado de alarma/Alarmstate.

Recursos humanos/Human resources

Evaluación de los factores de riesgo/Evaluation of riskfactors

Prevención deriesgos / Riskprevention.

Responsabilidad/ Responsibility

Entorno laboral/ Workenviroment

Sistema sanitario/Healthsystem

1 INDICE

1	INDICE.....	4
2	INTRODUCCIÓN.....	6
3	CONTEXTO DESDE UNA PERSPECTIVA SANITARIA, SOCIAL Y DEMOGRÁFICA DE LA ENFERMEDAD COVID-19.	7
3.1	¿Qué es la COVID-19?.....	8
3.1.1	Etiopatogenia y epidemiología.....	8
A)	Etiopatogenia.....	8
B)	Epidemiología.....	10
4	ETAPAS DE LOS PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS Y EFECTOS DESDE UN PERSPECTIVA SANITARIA, SOCIAL Y ECONOMICA, DERIVADOS DE LA SITUACIÓN DE CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR EL COVID.	18
4.1	Antecedentes previos a la declaración del estado de alarma.	18
4.2	Estado de alarma.	22
4.3	Período denominado Nueva Normalidad y segunda oleada.....	23
5	EVOLUCIÓN DE LA RESPUESTA NORMATIVA LLEVADA A CABO POR EL GOBIERNO DE ESPAÑA EN UN CONTEXTO DE CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR EL COVID-19.	24
5.1	Medidas y recomendaciones previas a la declaración del estado de alarma por el RD 463/2020, de 14 de marzo.	25
5.2	De la declaración del estado de alarma por el RD 463/2020, de 14 de marzo, hasta el Plan para la transición hacia una nueva normalidad [14 de marzo a 28 de abril].	31
5.3	Plan de transición hacia la Nueva Normalidad hasta la fecha fin del estado de alarma [28 abril – 21 junio]......	41
5.4	Nueva Normalidad y Segunda oleada [21 junio – 31 diciembre].	42
6	HOSPITALES, CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS.....	44
6.1	Progresión del sistema sanitario en España.....	44
6.2	Concepto y clasificación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios. .	45
6.3	Registro e identificación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios...	49
6.4	Estructura del sistema sanitario público.	53
6.4.1	Marco competencial a nivel estatal y de las comunidades autónomas.	53
6.4.2	Organización del sistema sanitario público.....	55

6.4.3	Las diferentes divisiones de mando de un hospital.....	58
6.5	Las modalidades de gestión de los hospitales: gestión directa e indirecta.....	61
7	PREVENCION DE RIEGOS LABORALES DURANTE LA PANDEMIA.	70
7.1	Medidas de prevención.....	72
7.2	Marco conceptual.	73
7.3	Evaluación de los riesgos.	76
7.4	Medios materiales de protección con los que cuentan los trabajadores en centros sanitarios.....	79
7.5	Responsabilidades en la gestión de la prevención de riesgos laborales en el sector sanitario derivas de la covid-19.....	85
7.5.1	Responsabilidad patrimonial.	85
7.5.2	Responsabilidad penal.....	87
7.5.3	Responsabilidad civil.	88
7.6	Resoluciones recaídas durante la pandemia relativas a la gestión de riesgos con para el personal sanitario.	89
8	CONCLUSION.....	94
9.	BIBLIOGRAFÍA.	99
	Anexo I: Documentos Impresos.....	99
	• Artículos:.....	99
	• Libros y manuales:.....	100
	Anexo II: Normativa.....	100
	Anexo III: Artículos en Plataformas Online.....	103
	Anexo IV: Documentos Técnicos, Informes, Comunicados y Notas de Prensa.....	106
	Anexo V: Jurisprudencia.....	110

2 INTRODUCCIÓN.

El día 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud dio un paso al frente declarando que la enfermedad denominada COVID-19 debía evaluarse como una pandemia internacional debido a los niveles alarmantes de su propagación y gravedad. No obstante, además de los antecedentes, características y factores inherentes a la propia enfermedad que suscitaron la adopción de dicha decisión, cabe añadir en esta línea de pensamiento un factor externo a tener muy en cuenta, como fue la preocupante inacción por parte de los Estados ante el vertiginoso avance de la COVID-19.

Ante esta situación de emergencia sanitaria internacional, el 14 de marzo España decretó el estado de alarma en todo el territorio nacional, con el fin de armar una línea de defensa frente a la enfermedad COVID-19 desde un plano económico, social y sanitario. Será este último el objeto de estudio del presente trabajo, en especial todas aquellas cuestiones relativas a la gestión de los riesgos laborales y las medidas de prevención tendentes a garantizar la salud y seguridad de los profesionales que trabajan en centros sanitarios, tanto de titularidad pública como privada, durante el transcurso de la pandemia. Por otra parte, se pretende dar una visión de cómo está organizada la gestión de los centros sanitarios y hospitales desde una perspectiva competencial analizando cómo puede afectar a los sistemas de gestión de riesgos laborales y, a su vez, identificar con precisión los diferentes grados de responsabilidad de cada eslabón en la estructura jerárquica de dirección de los hospitales en relación con el análisis de riesgos y planificación de la prevención. Sin embargo, determinar un único responsable no es una labor sencilla debido a las numerosas variables a tener en cuenta, como es la concurrencia de diferentes órganos de administración, la descentralización del sistema sanitario público, las numerosas modalidades de gestión de los centros sanitarios, las diferentes estructuras, composiciones y divisiones de los centros hospitalarios y la constante actualización de los criterios relativos a la actuación de los servicios de prevención de riesgos laborales.

En relación con lo anterior, es preciso poner el foco en el análisis de las medidas relativas a la prevención de riesgos laborales, constituyendo a su vez el objeto del trabajo, ya que en un escenario de determinación de responsabilidades, la investigación relativa a su correcta adopción, tanto en tiempo como en forma, y la ejecución de las mismas en los entornos laborales correspondientes a centros sanitarios y hospitales, permitirá identificar las posibles responsabilidades derivadas.

Además de las variables citadas en los anteriores párrafos relativas a cuestiones logísticas, competenciales y normativas del sistema sanitario público y su gestión durante la pandemia, es imprescindible delimitar hasta qué punto pudo preverse la difícil situación sanitaria en la que se encuentra inmersa la sociedad, y si realmente hubo una inacción previa a la pandemia imputable a las autoridades sanitarias en relación con la puesta a disposición de equipos de protección a los profesionales sanitarios y la correcta evaluación de todos los factores de riesgo con el fin de garantizar que desempeñasen sus funciones en una condiciones labores de seguridad, minimizando el riesgo al que se ven expuestos.

Por último, tras el estudio de los factores relativos a la enfermedad COVID-19, el análisis de las distintas competencias, las normas e indicaciones dictadas durante los meses coincidentes con la pandemia y la medidas en materia de prevención de riesgos laborales, se procederá a observar la posible derivación de responsabilidad civil de los órganos gestores competentes, con independencia de su condición pública o privada, con para el personal sanitario. Todas estas cuestiones controvertidas y de reciente actualidad serán tratadas por el presente trabajo de investigación.

3 CONTEXTO DESDE UNA PERSPECTIVA SANITARIA, SOCIAL Y DEMOGRÁFICA DE LA ENFERMEDAD COVID-19.

Antes de acometer las cuestiones de fondo objeto de este trabajo de investigación, como son la determinación de competencias en materia de prevención de riesgos laborales y las posibles derivaciones de responsabilidad, en concreto la responsabilidad civil, patrimonial y patronal de las autoridades sanitarias competentes y de los órganos de dirección de los centros sanitarios y hospitales, concebidos como entes empleadores, garantes de la seguridad y salud de los profesionales sanitarios. No obstante, es necesario comenzar con unos primeros epígrafes destinados a describir y analizar la enfermedad COVID-19, con el fin de crear un marco de conocimientos que sirva de base para entender los apartados posteriores.

3.1 ¿Qué es la COVID-19?

La enfermedad coronavirus (COVID-19) causada por un nuevo coronavirus humano denominado SARS-CoV-2, fue detectada por primera vez en diciembre de 2019 en Wuhan, China. En líneas generales, conforme a las evidencias científicas existentes hasta el momento, los principales aspectos negativos a tener en cuenta por un lado, es la gran capacidad de transmisión del virus entre humano y humano y, por otro lado, el alcance que tiene esta enfermedad de colapsar hospitales, centros y establecimientos sanitario. A lo largo de este epígrafe, se analizará de forma más exhaustiva la enfermedad COVID-19, en primer lugar, desde el punto de vista de la etiología (aquella disciplina dentro de la medicina que se centra en el estudio de las causas de las enfermedades centrándose en tres elementos: El medio ambiente donde se transmite, el agente transmisor y el huésped, donde se aloja el patógeno, desarrolle o no la enfermedad)¹ y, en segundo lugar, desde una perspectiva relativa a la patogénesis (aquella rama de la medicina que se centra en el origen y evolución de la enfermedad en su conjunto y teniendo en cuenta todos los factores que en ella influyen)²

3.1.1 Etiopatogenia y epidemiología.

A) Etiopatogenia.

La etiopatogenia es un concepto médico que tiene su origen en el siglo XIX cuyos máximos precursores fueron el alemán Robert Koch y el francés Louis Pasteur, ambos coincidieron en que el punto clave de una enfermedad eran sus causas. Por tanto, siguiendo esta línea de pensamiento basada en la prevención, lo más conveniente para combatir una enfermedad es llevar a cabo una investigación exhaustiva del origen de la enfermedad, con la finalidad de que la misma no pueda llegar a nacer. Etimológicamente, conforma la combinación de etiología y patogénesis, el primero es la causa y el segundo identifica el

¹ Blog AEGON, 14 octubre de 2020, “Etiopatogenia: un concepto clave para el manejo de enfermedades, 14 octubre 2020”. Véase en: <https://blog.aegon.es/salud/etiopatogenia/>

²Ídem.

proceso de la enfermedad funcional y estructural. La importancia de ambas concebidas en su conjunto es fundamental para el tratamiento y estudio de una enfermedad³. En concordancia con lo anterior, se pondrá el foco en la COVID-19 al constituir el objeto de estudio de este trabajo de investigación.

Los coronavirus (CoV) conforman un conjunto de virus que desde una perspectiva taxonómica pertenecen a la subfamilia de los Orthocoronavirus dentro de la familia Coronaviridae. Dentro de la noción de coronavirus podemos encontrar cuatro subtipos (Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus). Los dos primeros subtipos tienen una capacidad alta de infectar a mamíferos, en cambio, los dos últimos se ha observado un alto índice de transmisión en aves y en un pequeño número de mamíferos. Como expuse con anterioridad, los CoV son zoónicos (pueden transmitirse entre animales y humanos) pueden valerse de los mamíferos como reservorios, destacando el murciélago, en el que se ha observado que la recombinación y los eventos mutogénicos conducentes a una mayor diversidad genética del virus se dan con mayor facilidad.⁴

En cuanto a la estructura molecular del SARS-CoV-2, se puede describir como un virus con una forma esférica (100-160nm de diámetro), con una envuelta bicapa lipídica y que contiene ARN monocatenario de polaridad positiva de entre 26 y 32 kilobases de longitud. El genoma del virus SARS-CoV-2 codifica 4 proteínas estructurales: la proteína S (spikeprotein), la proteína E (envelope), la proteína M (membrane) y la proteína N (nucleocapsid).⁵

Respecto a las especies de coronavirus, es preciso destacar que en la década de 1960 se diagnosticó por primera vez la presencia de coronavirus en los humanos en forma de

³Ídem.

⁴ Consejo General Colegio Farmacéuticos, julio de 2020, “Informe técnico coronavirus: COVID-19”; p. 5. Véase en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/Asesoramiento-salud-publica/infeccion-coronavirus-2019-nCoV/Documents/Informe-tecnico-Coronavirus.pdf>[consultado en octubre de 2020]

⁵ Blog Oficial del Colegio Oficial de Biólogos de la Comunidad de Madrid, 14 abril de 2020, “SARS-CoV-2. Estructura y mecanismo de acción”; Véase en: <https://cobcm.net/blogcobcm/2020/04/14/sars-cov-2-biologia-estructura/>[consultado en octubre de 2020]

resfriados comunes. Hasta la actualidad, solo se tenía constancia de seis especies de coronavirus que tuvieran capacidad de infectar a seres humanos (HCoV) causando enfermedades de índole respiratoria.⁶ Desde una perspectiva cronológica, clasificar⁷ los siguientes:

1. El HCoV-229E se descubrió en 1966 y HCoV-OC43 en 1967 provocando en los humanos una enfermedad respiratoria similar a una gripe.
2. El SARS-CoV ocasionó la epidemia del síndrome respiratorio agudo grave cuyo inicio fue noviembre de 2002, en la provincia de Cantón, China.
3. El HCoV-NL63 se identificó en los Países Bajos en 2003, en un niño con bronquiolitis y el HCoV-HKU1 se declaró en 2005 en dos pacientes de la ciudad china de Hong-Kong. Dentro de la presente clasificación queda patente son los que menor incidencia de contagios tuvieron en la sociedad.
4. El MERS-CoV se originó en Arabia Saudí en 2012, el cual, en apartados anteriores desarrollo de forma más completa.

B) *Epidemiología*

Según establece la OMS, la epidemiología es la investigación de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de los mismos para el control de enfermedades. Las investigaciones epidemiológicas se deben basar en dos aspectos fundamentales: la vigilancia y los estudios descriptivos cuya finalidad es analizar la distribución, y los estudios analíticos permitiendo analizar los factores determinantes.⁸

⁶ Consejo General Colegio Farmacéuticos. (Informe técnico coronavirus...), op. cit, p.6

⁷ Blog Oficial del Colegio Oficial de Biólogos de la Comunidad de Madrid, (“SARS-CoV-2: Estructura...”). Op. cit.

⁸Organización Mundial de la Salud, “Epidemiología”. Véase en: <https://www.who.int/topics/epidemiology/es/> [consultado en octubre de 2020].

En concordancia con lo anterior, en las próximas líneas se tratarán cuestiones como la transmisión de la enfermedad, período de incubación e intervalo serial, generación de inmunidad, estacionalidad, gravedad, letalidad, y transmisión en entornos (centros sanitarios). Todos estos datos permiten elaborar un seguimiento de la información de la enfermedad COVID-19 y analizar su comportamiento en los diferentes escenarios que se puedan plantear.

En primer lugar, la transmisión del SARS-CoV-2 se produce a través de personas infectadas principalmente por dos vías. Por un lado, mediante el contacto inmediato con gotas expulsadas por el sistema respiratorio de más de 5 micras, y por otro lado, las manos o los fómites contaminados siempre y cuando haya un contacto posterior con la boca, nariz y ojos⁹. En líneas generales, existen numerosos estudios sobre los diferentes medios posibles de transmisión, tanto desde una perspectiva intrínseca al ser humano, como de factores extrínsecos, los fómites (aquellos objetos inanimados que pueden llevar y extender la enfermedad y agentes infecciosos. También se los puede denominar vectores pasivos)¹⁰. Clasificando los posibles medios de transmisión según el impacto que pueden provocar en la pandemia, es preciso destacar que la transmisión mediante heces y orina, secreciones gastrointestinales, transmisión vertical madre e hijo, se ha observado la presencia del genoma del virus pero no existe una evidencia científica de transmisión. Por el contrario, la transmisión aérea (entendiéndose como aquella consistente en la propagación de un agente infeccioso causada por la diseminación de núcleos goticulares (aerosoles) que siguen siendo infectantes tras permanecer suspendidos en el aire por tiempos prolongados y viajar distancias largas)¹¹ está comenzando a tener un papel protagonista al considerarse por la

⁹ Ministerio de Sanidad y Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias, 28 de agosto de 2020, “Informe científico-técnico: Enfermedad por coronavirus, COVID-19”; p. 6. Véase en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf> [consultado en octubre de 2020].

¹⁰ Zoppi Lois, 9 de junio 2020, “¿Cuáles son Fómites?” Revista News Medical LifeSciences; Véase en: [https://www.news-medical.net/health/What-are-Fomites-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/What-are-Fomites-(Spanish).aspx) [consultado en octubre de 2020].

¹¹ Organización Mundial de la Salud, 9 de julio de 2020, “Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las precauciones en materia de prevención de infecciones”; Pág. 2. Véase en:

comunidad científica como uno de los medios de transmisión que más impacto provoca en la pandemia. La transmisión del SARS-CoV-2 mediante esta vía es plausible debido a la capacidad de permanecer en el aire y en otras superficies durante horas e incluso días. En un estudio que nos es de aplicación para este supuesto, se realizó una comparación entre las características y supervivencia del SARS-CoV-1 y el SARS-CoV-2. Se pueden extraer los siguientes datos: el SARS-CoV-2 permaneció viable en aerosoles durante el período experimental (3 horas) por litro de aire, con una reducción del índice de capacidad de infección de 3,5 a 2⁷. Se observó una estabilidad media de 5,6 horas en el acero inoxidable y de 6,8 horas en el plástico en las circunstancias experimentales.¹²

En segundo lugar, se tiene constancia que el **período de incubación** del SARS-CoV-2 es de 5-6 días de media, con un abanico temporal de 1 a 14 días. El 97,5% de los casos sintomáticos, es preciso señalar que a los 11,5 días de la exposición es cuando comienzan a observarse síntomas. Varios estudios realizados coinciden y concluyen que la transmisión de la infección tiene como punto de partida 1-2 antes de comienzo de los síntomas. En concordancia con lo anterior, la Facultad de Medicina Johns Hopkins, Baltimore/Maryland¹³ elaboró una estimación en la que durante los cuatro días anteriores a la aparición típica de los síntomas (día 5-6) la probabilidad de un falso negativo en un persona infectada era del 100% el mismo día del contagio, reduciéndose al 67% el cuarto día, es decir, aquel anterior al inicio habitual de los síntomas. Esta línea descendente continua el quinto y sexto, siendo de un 38% y de un 20% el octavo día. En cambio, a partir del noveno día (21%) el índice de probabilidad comienza a acrecentarse llegando a un 66% el día vigésimo primero. Por ello, la conclusión de este trabajo de investigación

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333390/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-spa.pdf. [consultado en octubre de 2020].

¹² Van Doremalen, N, Bushmaker, T, Morris, DH, Holbrook, M, Gamble, A, Williamson, N, 2020, “Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1”. N.Engl.J.Med. Véase en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmc2004973>. [Consultado en octubre de 2020].

¹³ Johns Hopkins School of Medicine, 13 de mayo de 2020, “Variation in False-Negative Rate of Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction–Based SARS-CoV-2 Tests by Time Since Exposure”; Baltimore (Maryland). Véase en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7240870/>

realizado por la mencionada universidad, es el deber de prudencia respecto de los resultados negativos de las pruebas PCR por infección de SARS-CoV-2, en el transcurso inicial del contagio siempre y cuando, este criterio sirva para eliminar cualquier tipo de precaución destinada a prevenir una infección posterior.¹⁴

Continuar con un factor relevante como es el de la **generación de inmunidad**, debido a que en un primer momento, una de las estrategias que estaban sobre la mesa en algunos Estados, a destacar el Reino Unido como uno de los principales precursores, para combatir la pandemia era lograr la denominada inmunidad de grupo, también denominada colectiva o de rebaño, consistente en lograr que un determinado porcentaje (aproximadamente un 70%) de población esté protegido frente a un agente patógeno, en este supuesto sería el SARS-CoV-2, con el fin de que éstos actúen como una barrera protectora impidiendo que la infección alcance al sector vulnerable o no protegido. La mencionada protección, el cauce principal a seguir para alcanzarla es el suministro suficiente de vacunas, sin embargo, ante la ausencia de las mismas en la fase aguda de la pandemia, la única solución posible solución era alcanzar un determinado número de individuos contagiados, y que a su vez, superasen la enfermedad con la finalidad de que el virus encontrase una mayor dificultad de encontrar a personas susceptibles de infección. Se ha estimado que el porcentaje de población necesaria para lograr este tipo de inmunidad frente al SARS-CoV-2 es del 70%. Uno de los principales precursor es en la aplicación de esta técnica para frenar la pandemia en las primeras fases fue Reino Unido como se citó con anterioridad, no obstante, se observó que no era viable debido a que los sistemas hospitalarios tienen que estar muy bien diseñados para poder absorber a todos esos enfermos.¹⁵No obstante, a fecha 15 de febrero de 2021, según datos emitidos por la OMS, se han administrado 175,3 millones de dosis en todo el mundo, utilizando 7 tipos de vacunas a través de 3 plataformas, el 31 de diciembre de 2020 se incluyó a la lista para uso en emergencia de la vacuna BNT162b2 de Pfizer y el

¹⁴ Ministerio de Sanidad y Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias. (Informe científico-técnico: Enfermedad por...). Op. cit. P. 8.

¹⁵ Esperanza Gómez, Lucía y Ruiz Santa Quiteria, José Antonio, 2020; “¿Qué es la inmunidad de rebaño y por qué Reino Unido cree que puede funcionar?”; Universidad Complutense de Madrid. Véase en: <https://www.ucm.es/otri/noticias-que-es-la-inmunidad-de-rebano-y-por-que-reino-unido-cree-que-puede-funcionar>[consultado en noviembre de 2020].

15 de febrero de 2021 se dio luz verde a la de AstraZeneca/Oxford¹⁶. Por el momento, son los primeros pasos hacia la citada inmunidad de grupo. En cuanto a las evidencias científicas sobre este aspecto hasta el momento, cabe exponer que la generación de anticuerpos tras superar la enfermedad es un hecho, tanto en casos leves, como en hospitalizados. En cambio, la duración de la inmunidad es una incógnita, simplemente se observa que tras dos o tres meses la capacidad neutralizadora de los anticuerpos disminuye, no obstante, hay que atender caso por caso, dado la variabilidad que existe entre unas personas y otras.¹⁷ Un último estudio elaborado por el Imperial College de Londres, concluye que la protección que aportan los anticuerpos no es muy prolongada en el tiempo. El cuerpo del trabajo británico está compuesto por el análisis de la prevalencia de anticuerpos en 365.104 personas en Reino Unido, con el objetivo de determinar los niveles en que la inmunidad ha descendido entre diferentes grupos de edad entre junio y septiembre. En cómputos generales la inmunidad cayó un 26,5%, en sujetos de más de 75 años se alcanzó un 39% de disminución, y por contra, la población comprendida entre 18-24 años en solo un 14,9%, es decir, mayor prevalencia de anticuerpos. Respecto a la inmunidad frente a la COVID-19 en Reino Unido, se ha estimado que desde el 20 de junio al 13 de julio de 2020 era de un 6% de la población total, desde el 31 de julio al 31 de agosto, era de un 4,8% y en septiembre de un 4,4% cuando ha vuelto un repunte de los casos confirmados. Por tanto, los autores de esta tarea de investigación concluyen que el descenso de la inmunidad es muy rápido. No obstante, entre sanitarios el porcentaje no ha variado prácticamente desde junio a septiembre, pudiendo deberse a la continua exposición que sufren ante el virus.¹⁸

¹⁶ Organización Mundial de la Salud, 15 febrero 2021, “Vacunas e inmunización: ¿qué es la vacunación?”; Véase en: https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=Cj0KCQiAs5eCBhCBARIsAEhk4r4TKjDLXvwM40vwoW_tukCx33DL668XWZKYYDSYad2V1DdFkY7gfMUaAllwEALw_wcB

¹⁷ Ministerio de Sanidad y Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias. (Informe científico-técnico: Enfermedad por...). Op. cit. P. 14-16.

¹⁸ Imperial College London, 26 octubre de 2020, “Estudio: inmunidad de anticuerpos decae "muy rápidamente"; Londres. Véase en: <https://www.dw.com/es/estudio-inmunidad-de-anticuerpos-decae-muy-r%C3%A1pidamente/a-55409369>[consultado en octubre de 2020]

En cuarto lugar, atender a la **gravedad de la enfermedad**. Este factor se basa en tres pilares fundamentales, circunstancias inherentes al sujeto, agente causal y el entorno (demografía, calidad y acceso a una asistencia sanitaria). En toda pandemia sobre la que no existen precedentes, los primeros criterios que gradúan la gravedad no son homogéneos en todos los Estados ni deben establecerse al principio de la misma. El criterio manejado por antonomasia para determinar la gravedad es el de ingresos en hospital y UCI. Un ejemplo que deja claro que el factor gravedad es variable en el tiempo es el siguiente: Un estudio¹⁹ realizado en Wuhan, observo que los primeros 99 pacientes infectados por COVID-19, el 31% precisaron cuidados intensivos, mientras que los 1099 casos consecutivos, solo fue del 5%.²⁰ Siguiendo esta línea de pensamiento, cabe deducir que cuanto más conocimiento se obtiene de la enfermedad disminuye el factor gravedad, debido a que la probabilidad de que se desarrolle la enfermedad en un paciente hasta las fases en que precise cuidados intensivos es mucho menor como consecuencia de medidas de prevención y tratamientos destinados exclusivamente a dicha enfermedad que en el transcurso inicial no existían al no haber precedentes.

En quinto lugar, en lo referente a la distribución de la enfermedad en el sector sanitario es preciso acudir a los datos recogidos por un informe denominado “Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE en adelante) hasta el 10 de mayo en España”²¹. Es preciso analizar los datos hasta esta fecha debido que a partir de la misma, se inició la Estrategia de

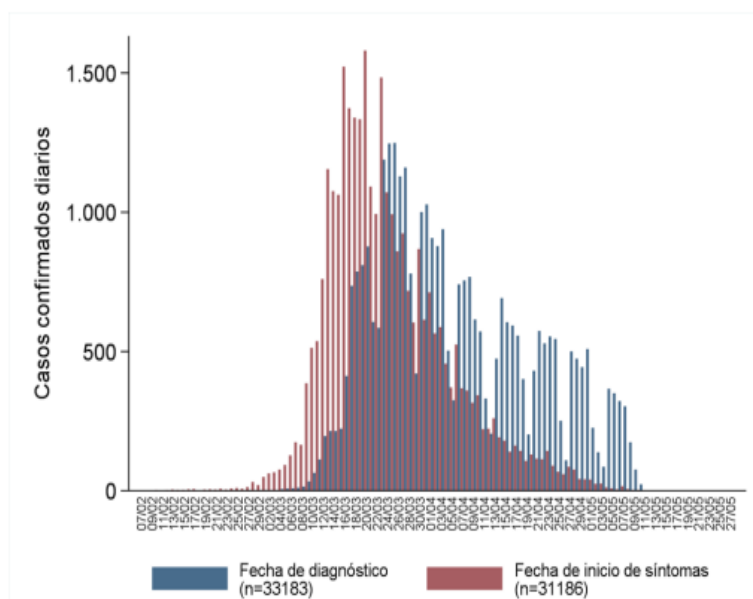
¹⁹Wei-jieGuan,,Zheng-yi Ni, YuHu, Wen-huaLiang, Chun-quanOu, Jian-xing He (...) Lan-Juan Li, 28 de febrero de 2020, “ClinicalCharacteristics of Coronavirus Disease 2019 in China”; N Engl J Med 2020; 382: 1708-1720. Véase en: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2002032> [consultado en noviembre de 2020]

²⁰ Ministerio de Sanidad y Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias. (Informe científico-técnico: Enfermedad por...). Op. cit. P. 18.

²¹ RENAVE, CNE, CNM (ISCIII), 29 de mayo de 2020, “Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España”; Pp. 1-5. Véase en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf> [consultado en enero de 2021].

Diagnostico, Vigilancia y Control en la Fase de Transición de la pandemia COVID-19, donde se comenzó a tener únicamente en cuenta los casos confirmados diagnosticados por PCR o técnica para computar los casos, a diferencia del criterio anterior al 10 de mayo, cuya variable a tener en cuenta eran los casos confirmados y probables obtenidos por cualquier técnica de laboratorio disponible. Ante este escenario, es preciso analizar mediante la siguiente tabla²² extraída del documento citado con anterior los datos epidemiológicos del personal sanitario con anterioridad al 10 de mayo, permitiendo vislumbrar la distribución de la enfermedad durante la primera ola.

Figura 1. Curva epidémica por fecha de inicio de síntomas¹ y fecha de diagnóstico¹ Casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE



En primer lugar, dentro de todos los datos que se pueden extraer, es preciso comenzar con la cifra total de casos de COVID-19 en el personal sanitario con diagnóstico anterior al 11 de mayo, consistente 40.961 casos notificados al RENAVE, mostrando una especial incidencia dentro de las mujeres (76,5% de los casos), no obstante, si se atiende al criterio de gravedad de la enfermedad, el porcentaje en hombre es mayor.²³

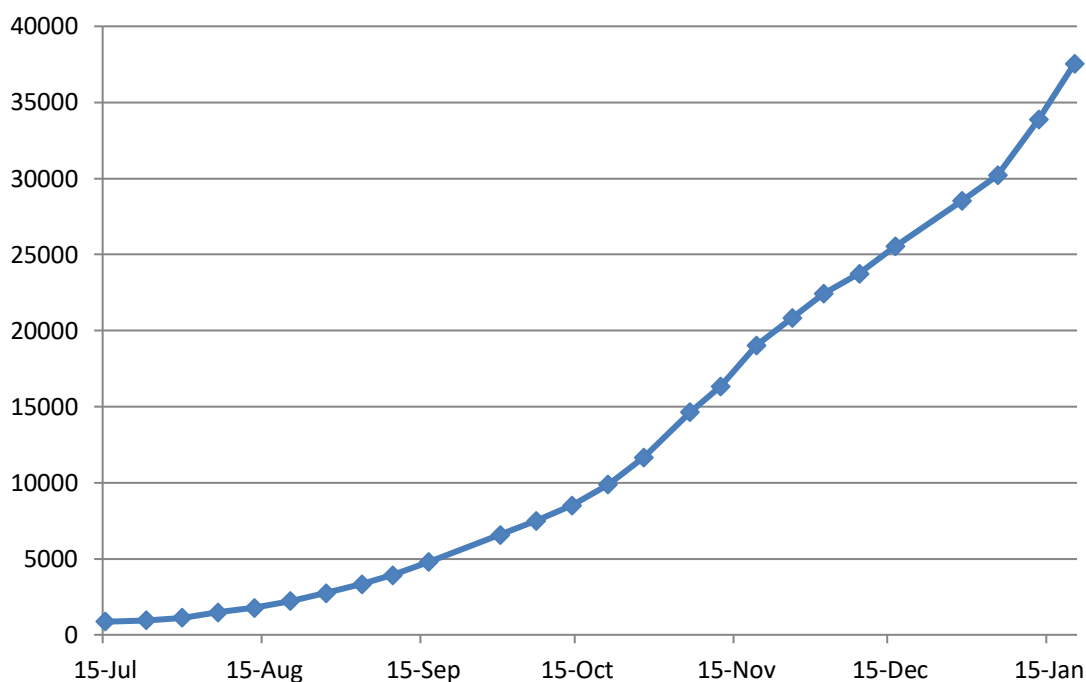
Por otra parte, en relación al objeto de estudio del presente trabajo relativo a la gestión de los riesgos laborales, el escenario que ilustra la presente tabla durante la primera ola pone en cuestión si realmente se ha evaluado de forma correcta los factores de riesgo inherentes

²²Ídem.

²³Ibídem, p.18.

a la COVID-19 en relación con los trabajadores y profesionales sanitarios, ya que la cifra total casos en este sector expuesta en el anterior párrafo, constituye casi una cuarta parte (24,1%) de los casos totales de COVID-19 declarados a la RENAVE.

Casos de COVID-19 personal sanitario notificados a la RENAVE



Fuentes: Toda la información sobre la que se basa este gráfico proviene de los informes periódicos emitidos por la RENAVE, CNE y CNM (ISCIII) sobre el análisis de los casos de COVID-19 en el personal sanitario desde el 15 de julio de 2020 al 20 de enero de 2021, no obstante, la elaboración del mismo es de fuente propia.

A través del presente gráfico, se puede observar como desde el mes de julio a septiembre de 2020 los casos de COVID-19 en profesionales que trabajan en centros sanitarios fue progresivamente aumentando a un ritmo pausado, no obstante, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre la curva comienza a mostrar una acusada inclinación traduciéndose en un evidente incremento de las cifras semanales de este tipo de casos. Este avance de la enfermedad durante el período denominado Nueva Normalidad, tanto en el sector sanitario como en otros, es lo que se conocería como la segunda oleada de COVID-

19, con una totalidad de 37.552²⁴ profesionales contagiados con diagnóstico posterior al 10 de mayo y hasta el 13 de enero de 2021. No obstante, a inicios del año 2021, la curva vuelve a presentar una inclinación bastante pronunciada en contraste con la segunda quincena de diciembre, donde el ritmo de contagio tendía a una cierta relajación. Ante este escenario, se puede deducir que es el inicio de lo que en la actualidad se está catalogando como la tercera ola de COVID-19. Los niveles de infección por SARS-CoV-2 repercuten directamente en el campo de actuación de la gestión de la prevención de riesgos laborales, ya que en función de la mayor o menor magnitud de las cifras acerca los casos de profesionales que trabajan en centros sanitarios, implicará que las medidas de prevención y la evaluación de los riesgos respecto al agente biológico en cuestión van por el buen camino o realmente es necesario dar un giro en las políticas de prevención con el fin de lograr garantizar la seguridad de este colectivo en el entorno laboral.

4 ETAPAS DE LOS PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS Y EFECTOS DESDE UNA PERSPECTIVA SANITARIA, SOCIAL Y ECONOMICA, DERIVADOS DE LA SITUACIÓN DE CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR EL COVID.

4.1 Antecedentes previos a la declaración del estado de alarma.

El patógeno que ha provocado la enfermedad COVID-19 es el coronavirus humano denominado SARS-CoV-2, sin embargo, hay que retroceder hasta 2003 para encontrar el primer tipo de virus con características similares como es el SARS-CoV, cuyo nombre resulta de las siglas anglosajonas SARS (Several Acute Respiratory Syndrome, es una enfermedad viral causada por un coronavirus asociado al SARS. El primer dato que se obtuvo fue en 2003 debido a un importante brote en China extendiéndose además a otros 4

²⁴ RENAVE, CNE, CNM (ISCIII), 20 enero de 2021 “Informe nº 62. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo”; P.9. Véase en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2062_20%20de%20enero%20de%202021.pdf [consultado el 25 de enero 2021]

países. La vía de transmisión fundamental de este virus es mediante el aire y a través de gotas microscópicas de saliva al igual que sucede con un resfriado estándar. Fue catalogada por la OMS como la primera enfermedad grave y con una rapidez de propagación preocupante del siglo XXI. La letalidad es alrededor de 3% para casos probables y sospechosos²⁵. Tuvo un gran primer impacto con 8.000 personas infectadas, de las cuales el 20-30% precisaron respiración mecánica y un 10% de tasa de mortalidad, especialmente entre personas de edad avanzada y con patologías previas.²⁶

Con posterioridad, en el año 2012 tuvo lugar la aparición de un nuevo modelo de coronavirus en Arabia Saudí, denominado MERS-CoV. Es preciso destacar que la OMS ante este virus proporcionó una respuesta rápida y efectiva declarando una alerta sanitaria mundial. Una de las peculiaridades que presenta este tipo de coronavirus es que la transmisión entre personas no es nada sencilla. Con esta información se concluyó que su origen está constituido por patógenos zoonóticos²⁷. Independientemente de la dificultad de transmisión indicada anteriormente, con cierta rapidez comenzaron a reportarse casos en Túnez, Francia, EEUU en 2014 (equipo de médicos e investigadores que realizaron una misión de apoyo a Arabia Saudí), en Corea del Sur sufrieron un brote importante en 2015. Hasta finales de 2019, los datos recogidos sobre el MERS-CoV²⁸ por la OMS son de 2.494 casos confirmados, 858 muertes, incidencia en 27 países y una tasa de mortalidad del 34,4%.²⁹

²⁵ Organización Mundial de la Salud, 2020, “Síndrome respiratorio agudo severo (SARS)”; Véase en: https://www.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome#tab=tab_1 [consultado en octubre de 2020].

²⁶ Consejo General Colegio Farmacéuticos. (Informe técnico coronavirus...), op. cit, p.6-10.

²⁷ Organización Mundial de la Salud, 2020, “Zoonosis”; Véase en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zoonoses> [consultado en octubre de 2020].

²⁸ Organización Mundial de la Salud, “Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)”; Véase en: <https://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/> [consultado en octubre de 2020]

²⁹ Consejo General Colegio Farmacéuticos. (Informe técnico coronavirus...), op. cit, p.6-10.

En el mes de diciembre de 2019, se tuvo constancia de la existencia de numerosos casos de neumonías graves en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China. Desde una plataforma denominada Cronología, donde se expone todas las actuaciones llevadas a cabo por la OMS frente a la COVID-19³⁰, se puede precisar que la primera información de la que tuvo constancia la OMS fue la notificación de 27 casos de neumonía en Wuhan, la gran mayoría de los primeros casos coincidían con personas residentes en Wuhan, y en especial, de trabajadores y proveedores del Huanan Sea Food Whole sale Market. La actividad principal de este mercado era la compra y distribución de alimentación marina y de animales silvestres, tradicionalmente consumidos por la población del lugar³¹, de etiología desconocida anteriores a 31 de diciembre de 2019. Con posterioridad, el 9 de enero la OMS hace un comunicado expresando que las autoridades chinas han determinado que el actual brote de neumonía vírica tiene su origen en un nuevo tipo de coronavirus. El 10 de enero este mismo organismos especializado de las Naciones Unidas, publicó una serie de orientaciones provisionales de actuación para todos los países, lo que hacía ver la importancia y prudencia con la que se debía acometer la situación actual en ese momento y que dicho escenario era inusual o desconocido cuanto menos.

El 31 de enero se emite la declaración del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (en adelante RSI, es un acuerdo internacional jurídicamente vinculante suscrito por 196 países, entre los que se encuentran todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su objetivo consiste en ayudar a la comunidad internacional a prevenir y dar respuesta a los riesgos graves para la salud pública que puedan cruzar fronteras y amenazar a la población mundial. La finalidad y alcance es prevenir la propagación internacional de enfermedades y proporcionar protección frente a ellas, controlarlas y dar una respuesta, todo ello de forma proporcional, a los riesgos que supongan para la salud pública y evitando interferencias innecesarias con los viajes y el

³⁰Organización Mundial de la Salud, 2020, “Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19”; Véase en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline> [consultado en octubre de 2020].

³¹Díaz Castrillón, Francisco Javier y Toro Montoya, Ana Isabel, 2020, “SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia”; Volumen 24, número 3, pág. 183-205. Véase en: <https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/268/256> [consultado en noviembre de 2020].

comercio internacionales)³², estableciendo que nos encontrábamos ante una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), la cual, se define por el RSI como “un evento extraordinario que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y podría exigir una respuesta internacional coordinada”. Pese a todo, durante los meses de febrero y marzo la epidemia mostró un avance vertiginoso quedando patente el 7 de marzo, día en el que la OMS declaró que se habían superado los 100.000 casos confirmados de COVID-19 haciendo a su vez un llamamiento para detener, contener, controlar, retrasar y reducir el impacto del virus a cada oportunidad.³³ Como consecuencia del encadenamiento de datos negativos y los niveles alarmantes de inacción por parte los Estados, la OMS se vio obligada a calificar la enfermedad COVID-19 como pandemia el 11 de marzo.³⁴

Una vez expuesto el desarrollo cronológicamente de la pandemia a nivel internacional desde los inicios, es preciso centrarse a partir de ahora en España, ya que a partir de marzo ha sido uno de los países más golpeados en todos los aspectos y se encuentra entre los países con más incidencia por densidad de población respecto la enfermedad COVID-19 en Europa.

A fecha 10 y 12 de marzo de 2020, España comenzó a adoptar una actitud activa para hacer frente a la pandemia. El 10 de marzo se publicó en el BOE el Real Decreto-Ley 6/2020, (RD, en adelante para hacer referencia a la figura normativa Real Decreto-ley) por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública³⁵. Además el Consejo de Ministros acordó en este mismo día

³²Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 31 de diciembre de 2020, “Valoración de la declaración del brote de nuevo coronavirus 2019 (n-CoV) una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)”; España, p. 2. Véase en :https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Valoracion_declaracion_emergencia_OMS_2019_nCoV.pdf [consultado en enero de 2021]

³³ Organización Mundial de la Salud, 2020, “Listado de la respuesta de la OMS al COVID-19”; Véase en: <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline> [consultado en octubre de 2020]

³⁴Ídem.

³⁵BOE, 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.

la prohibición de los vuelos directos entre la República Italiana y los aeropuertos españoles entre el 11 y 25 de marzo. El 12 de marzo se publicó en el BOE, el Real Decreto-Ley 7/2020, por el que se adoptan medidas urgentes para responder al impacto económico del COVID-19³⁶. Es evidente que España siguió una estrategia similar a la de la Comisión europea, pretendiendo dar protección y cobertura a dos campos, el sanitario y el económico.

4.2 Estado de alarma.

El 14 marzo el Gobierno aprobó el Real Decreto 463/2020³⁷, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. El fundamento principal en el que se basó el Gobierno fue la exaltada velocidad con la que se desarrollaron los hechos a nivel nacional e internacional, la elevada magnitud de incidencia de la enfermedad en la población global y la inseguridad respecto a la restricción de sus derechos que ello pudiere suponer. Todas estas circunstancias extraordinarias y la crisis sanitaria sin precedentes constituyeron unos cimientos sólidos para aplicar el artículo 116.2 de la Constitución española y por ende, decretar el Estado de Alarma en España.

Del 14 de marzo al 28 abril se publicaron numerosos documentos oficiales como respuesta a la crisis del coronavirus (decretos, instrucciones, resoluciones, órdenes, protocolos y correcciones de errores de los anteriores) por parte de las autoridades españolas. Según los datos recogidos por los informes emitidos por el sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria (en adelante MoMo, el cual, se sirve de toda la información de mortalidad por todas las causas, emitida diariamente por 3929 registros civiles informatizados del Ministerio de Justicia, que incluye el 92% de la población y todas las provincias, de la Vigilancia de la Mortalidad Diaria y del Centro Nacional de

³⁶BOE, Real Decreto-ley 7/2020, de 12 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes para responder al impacto económico del COVID-19.

³⁷ BOE, 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.

Epidemiología)³⁸, durante este período de tiempo la pandemia ocasionó los mayores estragos en cuanto a mortalidad y saturación de los sistemas sanitarios. En este epígrafe se pretende hacer un recorrido sin entrar al fondo del asunto. Por esta razón, es preciso trasladarse cronológicamente al 28 de abril, donde el Gobierno aprobó el Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad, dando lugar a un cambio en la dirección o tendencia en las medidas aprobadas por el Gobierno hasta el momento, hacia un levantamiento gradual de las restricciones.

Por último, y dando por finalizada la primera oleada de COVID-19 en España, el día 21 de junio, se puso fin al denominado proceso de desescalada coincidiendo con el fin del estado de alarma, aprobándose el RD 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.³⁹

4.3 Período denominado Nueva Normalidad y segunda oleada.

Tras la finalización del estado de alarma el 21 de junio, España inició una etapa denominada Nueva Normalidad donde se observó unos meses de relajación tanto desde un plano relativo a la restricciones de libertades individuales como a niveles de saturación de los centros sanitarios, todo ello sin dejar a un lado el seguimiento y la vigilancia epidemiológica del COVID-19 con el fin de frenar nuevos posibles brotes, así como la situación de capacidad asistencial y las necesidades de recursos humanos y material.⁴⁰ Pese a

³⁸El Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo), 2020, “Informes MoMo”; Véase en:

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Paginas/Informes-MoMo-2020.aspx> [consultado en noviembre de 2020].

³⁹ BOE, Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

⁴⁰Ministerio de Sanidad y el de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana, 9 junio de 2020, “El Gobierno aprueba el real decreto que establece las medidas que regirán en la nueva normalidad” Nota de prensa; Madrid. Véase en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4958> [consultado en diciembre de 2020].

la obligación de mantener numerosas medidas prevención a nivel personal, colectivo y organizativo tanto en la realidad del día a día de la vida cotidiana como en el entorno laboral, a medida que iban finalizando los meses de verano e inicio de los de otoño, las cifras de contagios, ingresos, ocupación de UCIs volvieron a mostrar un aumento progresivo dando lugar a lo que se conoce como segunda oleada. A fecha 22 de octubre la incidencia acumulada era de 349 casos por 100.000, colocando a España dentro de los estándares de riesgo alto o muy alto conforme a criterios internacionales. Atendiendo a los niveles de ocupación de camas de UCI por pacientes COVID en esta misma fecha, era del 22,48%, superando el 60% en supuestos puntuales. Ante esta situación el 25 de octubre se aprobó el Real Decreto 926/2020, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARSCoV-2, con una vigencia más prolongada en el tiempo que los aprobados durante la primera oleada.⁴¹

5 EVOLUCIÓN DE LA RESPUESTA NORMATIVA LLEVADA A CABO POR EL GOBIERNO DE ESPAÑA EN UN CONTEXTO DE CRISIS SANITARIA OCACIONADA POR EL COVID-19.

Como consecuencia de la emergencia sanitaria ocasionada por un brote epidémico de COVID-19, elevada a pandemia internacional el 11 de marzo por la WHO, los gobiernos de los numerosos Estados afectados se vieron obligados a adoptar una actitud activa para hacer frente a este escenario sin precedentes y con efectos de gran magnitud en sectores que constituyen la base y el motor de los mismos. En líneas generales, en el presente epígrafe se presentarán todas aquellas medidas relativas a los recursos humanos que integran los centros, establecimientos y servicios sanitarios con el fin de garantizar la efectividad de la asistencia sanitaria durante las fases agudas de la pandemia. Asimismo, para dotar a la exposición de cierta claridad, es preciso elaborar un esquema cronológico, dividiéndose en 4 fases de tiempo.

⁴¹ BOE, Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARSCoV-2.

5.1 Medidas y recomendaciones previas a la declaración del estado de alarma por el RD 463/2020, de 14 de marzo.

El 10 de enero de 2020, la OMS publicó una serie orientaciones técnicas con recomendaciones para todos los países relativas a la gestión y detección de los casos de COVID-19. En relación con el objeto del presente trabajo, es preciso extraer el documento “orientaciones sobre la prevención y el control de infecciones destinadas a proteger a los profesionales sanitarios, en las que se recomienda adoptar precauciones contra la transmisión por gotículas y por contacto al atender a los pacientes, así como precauciones contra la transmisión aérea en las intervenciones asociadas a la generación de aerosoles” elaborado a través de datos basados en la experiencia del SARS y MERS.⁴²

En fecha 24 de enero de 2020, el Ministerio de Sanidad redactó un protocolo denominado “procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (2019-ncov)”⁴³, donde establece una recomendaciones mínimas dirigidas al personal sanitario, distinguiendo por un lado, un escenario en el que se tiene que atender casos en investigación o confirmados para infección por el SARS-CoV-2, estableciendo que deben llevar “equipo de protección individual para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya bata impermeable, mascarilla quirúrgica, guantes y protección ocular de montura integral”. Por otro lado, en los procedimientos médicos que generen aerosoles, “se deberán reducir al mínimo el número de personas en la habitación y todos deben llevar una mascarilla de alta eficacia FFP2 o FFP3; protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo; guantes; batas impermeables de manga larga (si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales.”⁴⁴

⁴² Organización Mundial de la Salud, 10 enero de 2020, “orientaciones sobre la prevención y el control de infecciones destinadas a proteger a los profesionales sanitarios”; Véase en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>

⁴³Ministerio de Sanidad, 24 de enero de 2020, “procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (2019-ncov)”; Véase en: <https://www.sociedadandaluzapreventiva.com/wp-content/uploads/Procedimiento-de-Actuaci%C3%B3n-frente-a-casos-de-infecci%C3%B3n-por-el-nuevo-Coronavirus.pdf>

⁴⁴Ídem.

El 25 de enero, la OMS elabora un documento sobre “Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos en los que se sospecha una infección por el nuevo coronavirus (nCoV): orientaciones provisionales”⁴⁵, en el cual, se exige en líneas generales una higiene respiratoria y de manos, la utilización de equipos de protección adecuado en función de la evaluación del riesgo de exposición. Por lo que respecta a las medidas concretas que integra este documento, cabe señalar “ofrecer mascarillas médicas a los pacientes presuntamente infectados por el 2019-nCoV que se encuentran en zonas públicas, salas de espera o de cohortes” y “La utilización racional, correcta y coherente del EPP también ayuda a reducir la propagación de agentes patógenos. Para que el uso de ese equipo sea eficaz, es necesario que se suministren unidades de calidad de forma regular, que el personal esté bien formado en su uso, que se lleve a cabo una correcta higiene de manos y que el comportamiento de los profesionales sea especialmente cuidadoso”. Por otro lado, se establecen unas precauciones relativas al contacto y a las gotículas respiratorias, donde el personal sanitario deberá utilizar mascarillas médicas con las especificaciones requeridas para cada caso concreto, “deberá protegerse los ojos (con gafas de seguridad) y la cara (con una pantalla facial) para evitar que se contaminen las mucosas; también deberá llevar una bata de manga larga limpia y no estéril; deberá utilizar guantes; no es necesario que utilice botas, mono y delantal para las tareas rutinarias de cuidados; después de atender al paciente, el personal sanitario deberá quitarse todo el EPP, deshacerse de él y lavarse las manos siguiendo las directrices de la higiene de manos. Además, deberá utilizar un nuevo EPP para atender a otro paciente”⁴⁶.

En fecha 29 de enero de 2020, la OMS puso al servicio del personal sanitario un documento técnico denominado “Consejos sobre utilización de mascarillas en el entorno comunitario, en la atención domiciliaria y en centros de salud en el contexto del brote de nuevo coronavirus (2019- nCoV)”, donde se establece una guía de actuación para los profesionales del sector sanitario en cuanto a orientar a los mismos cuando se debe utilizar mascarilla, disponiendo su uso “para entrar en la habitación y durante la atención de casos sospechosos y confirmados y usar mascarillas con filtro de partículas que proporcione a la

⁴⁵Organización Mundial de la Salud, 25 enero 2020, “Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos en los que se sospecha una infección por el nuevo coronavirus (nCoV)”; Véase en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330685/9789240001114-spa.pdf>

⁴⁶ Ídem.

misma protección que la mascarilla N95, o las mascarillas FFP2 de la UE o equivalente durante los procedimientos que generen aerosoles”⁴⁷.

El 6 de febrero de 2020, la OMS a través del documento “requerimientos para uso de equipos de protección personal (EPP) para el nuevo coronavirus (2019-nCoV) en establecimientos de salud”⁴⁸, concretamente en su capítulo “Estimación del uso de equipos de protección personal (EPP)” dispone que el personal sanitario que atiende a los infectados en centros de salud por el coronavirus SARS-CoV-2 según las estimaciones de la OMS, precisa por paciente y día:

- Batas: 25 unidades.
- Mascarillas médicas: 25 unidades.
- Equipo de protección respiratoria (N95, FFP2 o equivalente):1 unidad.
- Guantes, no estériles: 50 unidades.
- Gafas o protector facial: 1 unidad.

En fecha 20 de febrero de 2020, el Ministerio de Sanidad redactó un documento técnico denominado “Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19”, en el cual, se dispone una guía relativa al tratamiento que debe darse a los EPI desde su colocación hasta su retirada, considerándose los mismos como residuos infecciosos. Entre los EPI que se indican en este documento, se puede extraer los siguientes: bata, protección respiratoria, ocular y guantes.⁴⁹

⁴⁷Organización Mundial de la Salud, 29 enero de 2020, “Consejos sobre utilización de mascarillas en el entorno comunitario, en la atención domiciliaria y en centros de salud en el contexto del brote de nuevo coronavirus (2019-nCoV)”; Véase en:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331397/WHO-nCov-IPC-HomeCare-2020.2-spa.pdf>

⁴⁸Organización Mundial de la Salud, 6 de febrero de 2020, “Requerimientos para el uso de equipos de protección personal (EPP) para el nuevo coronavirus (2019-nCoV)”; Véase en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>

⁴⁹ Ministerio de Sanidad, 20 de febrero de 2020, “Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19”; Véase en: <https://www.msbs.gob.es/>

El 3 de marzo de 2020, la OMS emite un comunicado exhortando a la industria y a los gobiernos de los diferentes Estados afectados a aumentar en un 40% la producción de material de protección frente a la COVID-19 ante la creciente demanda mundial.

El 5 de marzo de 2020, el Ministerio de Sanidad publica un documento denominado “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)”, estableciendo que la evaluación del riesgo de exposición corresponde a cada empresa siguiendo a su vez las recomendaciones que sobre el particular dicte el Servicio de Prevención, ajustándose a las pautas y recomendaciones formuladas por las autoridades sanitarias. Por ello, las medidas de protección individual deben ser adecuadas y proporcionales a los riesgos frente a los que debe ofrecerse protección acorde a la actividad laboral y profesional. Este tipo de documentos se analizarán con más profundidad en el capítulo correspondiente a la prevención de riesgos laborales.⁵⁰

El 11 de marzo de 2020, se lleva a cabo una actualización del documento “procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (sars-cov-2)” conforme iban evolucionando las evidencias científicas. En él se dispone que “El personal sanitario que atienda a casos en investigación, probables o confirmados para infección por SARS-CoV-2 o las personas que entren en la habitación de aislamiento (p. ej. familiares, personal de limpieza...) deben llevar un equipo de protección individual para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya bata, mascarilla (quirúrgica o FFP2 si hay disponibilidad y siempre asegurando la existencia de stocks suficientes para las situaciones en las que esté indicado su uso), guantes y protección ocular antisalpicaduras”. Aquí cobra importancia el matiz referente a la existencia de stocks suficientes para abordar la fase aguda de la pandemia, ya que como se expondrá posteriormente en el trabajo, será un criterio relevante para el enjuiciamiento de aquellas

⁵⁰ Ministerio de Sanidad, 5 de marzo de 2020, “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al nuevo coronavirus (sars-cov-2)”; Véase en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Procedimiento_servicios_prevenccion_riesgos_laborales_COVID-19.pdf

reclamaciones cuyo objeto es el desabastecimiento de medios de protección con para el personal sanitario durante la pandemia.⁵¹

Durante el día 10 de marzo, los Jefes de Estado y de Gobierno llevaron a cabo una videoconferencia con el fin de elaborar un plan coordinado desde un enfoque europeo común, en el que la Comisión Europea sea un eslabón importante dentro de la estructura de coordinación. Como consecuencia se acordó la reunión diaria de todos los Ministros de Sanidad e Interior, para contrastar información y tomar decisiones de forma conjunta. Las conclusiones a las que se llegaron en este acto llevado a cabo por medios telemáticos se pueden clasificar en 4 bloques⁵²:

1. Limitar la propagación del virus. Se estableció como principio inquebrantable la salud de la ciudadanía.
2. Suministro de equipos médicos. Se encomendó a la Comisión que elaborase un estudio sobre las necesidades e iniciativas para hacer frente a la escasez de los mismos. A su vez, se procuró eliminar cualquier tipo de trabas que pudiesen afectar al mercado interior, en especial hacia productos como la mascarilla y los respiradores autónomos.
3. Promover investigación, en concordancia con la búsqueda de una vacuna. La Comisión reunió 140 millones de euros destinados a 17 proyectos.
4. Hacer frente a las consecuencias socioeconómicas.

El RD/6/2020, 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública. Su contenido está orientado a elaborar medidas de carácter urgente que tienen por objeto dos ámbitos, el económico y el sanitario. Por razón de la materia que se analiza el presente trabajo, se enfocará en aquellas

⁵¹Ministerio de Sanidad, 11 de marzo de 2020, “Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (sars-cov-2)”; Véase en: https://www.coam.org/media/Default%20Files/actualidad/noticias/docs/2020/03_marzo/PreveccionRRL_COVID-19.pdf

⁵² Consejo Europeo y Consejo de la Unión Europea, 2020, “Conclusiones del presidente del Consejo Europeo tras la videoconferencia sobre la COVID-19”. Véase en: <https://www.consilium.europa.eu/es/press/press-releases/2020/03/10/statement-by-the-president-of-the-european-council-following-the-video-conference-on-covid-19/>

medidas correspondientes al campo de la salud pública recogidas en el citado RD. Ante la situación de emergencia sanitaria internacional que declaró la OMS el 30 de enero, el Gobierno de España consideró que debía adoptar una serie de medidas que no podían dilatarse en el tiempo, en cuanto tuvo constancia de los primeros casos confirmados por COVID-19 dentro del territorio nacional, tendentes a:⁵³

1. Garantizar la protección social de los trabajadores por cuenta propia y ajena que causen baja por aislamiento domiciliario y enfermedad por infección de COVID-19. La principal medida en este campo de actuación fue interpretar con carácter extraordinario el contagio por COVID-19 a una situación asimilada a accidente de trabajo en relación con la prestación económica por incapacidad temporal del Sistema de Seguridad Social (SS en adelante), (artículo 5).
2. Garantizar el abastecimiento del material necesario para el correcto funcionamiento del SNS. Ante la previsión de un posible desabastecimiento, se llevó a cabo una modificación de la LO/2/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, la cual, en su artículo cuarto dispone que cuando un medicamento o producto sanitario se vea afectado por excepcionales dificultades de abastecimiento y para garantizar su mejor distribución, Administración General del Estado (en adelante AGE) puede reservarse la facultad de suministro centralizado. No obstante, ante el escenario de tensión del SNS que se vivía en esos momentos, era necesario extender el suministro centralizado por la Administración a otros productos necesarios para la salud e higiene, pero que no tengan la condición de sanitarios, principal causa que motivó la modificación de la citada Ley Orgánica.

El presente trabajo de investigación se centrará en aquellas medidas de refuerzo concernientes al ámbito sanitario. Es preciso subrayar como premisa principal que la protección de la salud pública, el tratamiento y recuperación de las personas afectadas por la COVID-19, depende de la capacidad de respuesta de la Administración Sanitaria y por ende, del Ministerio de Sanidad y aquellas instituciones competentes en materia de salud de las CCAA. Una vez expuestos los cimientos básicos a tener en cuenta, el Gobierno adoptó un actitud donde consideraba que no era suficiente con los planes de contingencia llevados a cabo hasta ese momento y, por tanto, se debía llevar a cabo una reorganización profunda,

⁵³ BOE, 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.

acelerada y de refuerzo del SNS, para garantizar a todos los niveles (individual y colectiva) una protección sanitario en España. La mencionada reorganización tenía como pretensión abordar la enfermedad no solo desde un punto de vista de tratar y recuperar a los pacientes afectados, sino que además, llevar a cabo una iniciativa de control y vigilancia epidemiológica, tanto en hospitales como en los domicilios que así se permitiese. Asimismo, se disponía que la respuesta debiera ser conjunta entre el Gobierno y las CCAA, con el fin de elaborar un plan de dotación económica (se autorizó la aplicación del Fondo de Contingencia y la concesión de un crédito extraordinario por un importe total de 1.000 millones de euros en el Ministerio de Sanidad a las administraciones sanitarias autonómicas (artículo 1), tendente a asegurar el funcionamiento de sus servicios de salud pública. Por ello, era necesario llevar a cabo una serie de ajustes normativos en lo concerniente a las entregas a cuenta de CCAA (artículo 2), ingresos tributarios previos a la cesión (artículo 3), libramientos (artículo 5). Por último en el artículo séptimo se recoge la modificación del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, donde establece que el gobierno se reserva la potestad de regular el mecanismo de fijación de precios de medicamentos no sujetos a prescripción médica y otros productos de salud que se vendan en territorio español.⁵⁴

5.2 De la declaración del estado de alarma por el RD 463/2020, de 14 de marzo, hasta el Plan para la transición hacia una nueva normalidad [14 de marzo a 28 de abril].

En primer lugar, el inicio de este período temporal coincide con la instauración del estado de alarma en todo el territorio nacional español con arreglo a la Ley Orgánica 4/1981 de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio⁵⁵, habilitando al Gobierno a ejercitar las potestades que le confiere la Constitución española en su artículo 116.2. Es preciso hacer una mención especial del RD 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 la

⁵⁴ BOE, Real Decreto-ley 7/2020, de 12 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes para responder al impacto económico del COVID-19.

⁵⁵BOE, Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio.

COVID-19⁵⁶, debido a que constituye la base fundamental que otorga cobertura competencial a los diferentes Ministerios designados (Ministerio de Defensa, del Interior, de Transporte/Movilidad/Agenda y de Sanidad) para emitir órdenes, resoluciones, disposiciones e instrucciones interpretativas en la esfera específica de su área de responsabilidad con arreglo al artículo 4 del citado RD, siempre y cuando, sean necesarias para garantizar la prestación de todos los servicios, ordinarios o extraordinarios, en orden a la protección de personas, bienes y lugares, mediante la adopción de cualquiera de las medidas previstas en el artículo once de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio. En concreto, el presente trabajo se orientará en analizar todas aquellas medidas que guarden especial relación con el sector de la Sanidad y, por ende, todo lo relativo al Ministerio de Sanidad. Por ello, es necesario extraer del RD 463/2020 por un lado, el artículo 12 sobre medidas dirigidas al reforzar el Sistema Nacional de Salud (en adelante se hará referencia al mismo con las siglas SNS), donde se establece en su apartado primero y segundo, que las autoridades civiles sanitarias de las administraciones públicas, como sus funcionarios y trabajadores que la componen, quedarán bajo el mando del Ministerio de Sanidad, siendo esto compatible con el poder de gestión de las CCAA y las entidades locales dentro de su campo de actuación y, por último, el apartado sexto despliega aquellas facultades que ostenta el Ministerio de sanidad respecto los centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad privada. Por otro lado, el artículo 13 relativo a las medidas para el aseguramiento del suministro de bienes y servicios necesarios para la protección de la salud pública, el cual, otorga unos poderes al Ministerio de Sanidad de gran entidad, como intervenir y ocupar transitoriamente industrias, fabricas, talleres, explotaciones locales de cualquier naturaleza (apartado segundo). Practicar requisas temporales de todo tipo de bienes e imponer prestaciones obligatorias en supuestos que resulten de expresa necesidad (apartado tercero)⁵⁷.

Es cierto, que con anterioridad a la aprobación del RD 463/2020 ya se había dado respuesta a la rápida evolución de la situación de emergencia sanitaria ocasionada por la COVID-19, mediante el mecanismo jurídico denominado Real decreto, según se expone en apartados anteriores del trabajo. No obstante, la declaración del estado de alarma constituyó el punto de partida hacia unas semanas de numerosa actividad normativa de

⁵⁶BOE, Real Decreto- Ley 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

⁵⁷Ídem.

diferente índole. Como resultado de lo anterior, se expondrá a continuación una clasificación cronológica en ventanas temporales de 10 días en 10 días de todos aquellos documentos oficiales donde se recogen las medidas adoptadas por las autoridades españolas que han afectado a los recursos humanos de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y por ende, a la gestión de los mismos.

A) Del 15 al 25 de marzo.

El 15 de marzo el Ministerio de Sanidad aprobó **la ORDEN SND/232/2020**⁵⁸, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria. Por un lado, gran parte del cuerpo de la mencionada norma desarrolla aspectos relativos a la contratación de profesionales en formación (apartado segundo), autorización para contratar de forma excepcional personal facultativo y no facultativo, con grado, diplomatura o licenciatura, que no tienen en su poder el título de especialista, en los siguientes supuestos (apartado tercero):

- a) En primer lugar, los profesionales, de cualquier titulación, que realizaron las pruebas selectivas en 2018 para el acceso en el año 2019, a plazas de formación sanitaria especializada y que, habiendo superado la puntuación mínima en el ejercicio, no resultaron adjudicatarios de plaza, podrán ser contratados bajo la modalidad contractual prevista en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Los contratos a los que se suscriban tendrán una duración de 3 meses, prorrogables por sucesivos períodos de de 3 meses.
- b) En segundo lugar, aquellos profesionales con título de especialista obtenido en Estados no miembros de la Unión Europea, es decir, aquellos profesionales sanitarios incluidos en el ámbito de aplicación del Real Decreto 459/2010, de 16 de abril, que cuenten con título de Especialista obtenido en Estados no miembros de la Unión Europea siempre que hayan adquirido una formación cualitativa y cuantitativamente equivalente a la que otorga el correspondiente título español de Especialista y se encuentren en la fase de evaluación prevista en el artículo 8.d) del citado real decreto. Respecto a la duración de los contratos a los que se suscriban será la misma que la figura citada en el anterior párrafo. Con el fin de facilitar que

⁵⁸BOE, Orden SND/232/2020, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria

este personal pueda ser contratado, es el Ministerio de Sanidad quien ponga en contacto a estos profesionales con las respectivas comunidades autónomas, a través de una transferencia de sus datos a las mismas.

- c) En tercer lugar, en lo referente a profesionales con títulos de especialista obtenidos en Estados miembros de la Unión Europea mediante procedimiento abierto de reconocimiento, será el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Universidad las instituciones competentes para finalizar dichos procedimientos en curso.

Los artículos cuarto y quinto, por un lado, dota de cobertura jurídica a la reincorporación de profesionales sanitarios médicos/as y enfermeros/as jubilados y personal emérito de menos de 70 años al servicio activo, realizándose el nombramiento estatutario que corresponda, pudiendo ser tanto de jornada completa como a tiempo parcial, priorizándose que este tipo de personal profesional lleve a cabo funciones en el ámbito de la atención primaria con el fin de disminuir la sobrecarga del sistema sanitario en estas áreas. Es preciso señalar la voluntariedad de esta conducta y la compatibilidad de la remuneración (su cuantía estará vinculada a la categoría profesional que desempeñe) fruto la prestación del servicio sanitario con el disfrute de la pensión de jubilación y, por otro lado, establece un cauce por el que el personal con funciones sindicales, pueda volver a prestar servicios asistenciales.

El apartado sexto versa sobre la facultad con la que cuentan las comunidades autónomas respecto la contratación de estudiantes de los grados de medicina y enfermería en su último año de formación por un periodo determinado en calidad de desempeño de funciones de auxilio sanitario, bajo el amparo el artículo 15.1.a) del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre. Los contratos que suscriba este tipo de personal, son en calidad de apoyo y bajo la supervisión de un profesional sanitario.

Del apartado séptimo al noveno, ambos incluidos, su principal pretensión es reforzar el SNS, mediante la aportación de recursos materiales, ya sea mediante la habilitación de espacios públicos o privados para usarlos con finalidades sanitarias, apertura al público de establecimientos médicos y la puesta a disposición de las comunidades autónomas de medios y recursos sanitario de otras Administraciones Públicas y centros y establecimientos sanitarios privados. Dentro de este último inciso, se puede incorporar la coordinación entre la Administración de Justicia y la de Sanidad, llevada a cabo por los Médicos Forenses y profesionales adscritos al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses que no

estén prestando servicios esenciales en el ámbito de la Administración de Justicia, pudiendo destinarlos a aquellas labores de apoyo o de refuerzo sanitario que se estimen oportunas de acuerdo con sus específicos perfiles profesionales.

Por último, en el apartado décimo se recogen todas aquellas medidas relativas al régimen de prestación de servicios. En líneas generales, las comunidades autónomas tuvieron la facultad de imponer servicios extraordinarios, ya sea por su duración o naturaleza, a los empleados públicos y trabajadores al servicio de las mismas, independientemente de su categoría profesional. Es preciso destacar, la posibilidad por parte de la autoridad sanitaria de adoptar medidas sobre el personal sanitario tendentes a la obligación de realizar funciones no correspondientes a su puesto de trabajo o categoría profesional e incluso sumar a esta circunstancia aquellas medidas sobre movilidad geográfica. Además, se incluyen aquellas relativas a la modificación de jornada de trabajo, permisos licencias, descansos (esta orden establece que éste no debe ser inferior a 70 horas en un cómputo semanal y de 10 horas entre jornada y jornada), vacaciones, reducciones de jornada y por último, guardias (la presente orden analizada, establece la suspensión de la exención de guardias por razón de edad).

En fecha 17 de marzo de 2020, el Ministerio de Sanidad publicó los profesionales sanitarios un documento denominado “Medidas excepcionales ante la posible escasez de EPI: estrategias alternativas en situación de crisis”, donde se reconoce que los EPI "son tan limitados que ya no es posible aplicar de forma rutinaria las recomendaciones existentes". En capítulos posteriores se abordará este tema de forma más exhaustiva.⁵⁹

B) Del 26 de marzo al 5 de abril:

ORDEN SND/299/2020, de 27 de marzo, por la que se modifica la Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19⁶⁰. El núcleo de la modificación se encuentra por un lado, sobre aquellas

⁵⁹ Ministerio de Sanidad, 17 de marzo de 2020, “Medidas excepcionales ante la posible escasez de EPI: estrategias alternativas en situación de crisis”; Véase en: <https://www.msccbs.gob.es/>

⁶⁰BOE, Orden SND/299/2020, de 27 de marzo, por la que se modifica la Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

cuestiones referentes a los profesionales sanitarios en formación estableciendo una prórroga de la contratación del denominado personal residente que se encuentre en el año final de su formación. Además, por lo que respecta a las rotaciones, se dispone la suspensión de aquellas que se encuentren en curso o programadas con la finalidad de que los residentes puedan dar cobertura a las necesidades asistenciales que se requiera por razón de urgencia. En estos casos se deberá llevar a cabo una adaptación del itinerario formativo hacia conocimientos destinados a control de enfermedades y situaciones de emergencia. En cuanto a las rotaciones externas, los residentes que se hallen desempeñando sus funciones en otra comunidad autónoma podrán continuar haciéndolo salvo que la rotación llegue a su fin. A su vez, se podrá autorizar a los residentes una “prolongación de la estancia más allá de los meses permitidos dentro de cada periodo de evaluación anual, permaneciendo en la misma unidad, o autorizando una nueva rotación que tenga como objetivo la adquisición de competencias en control de las enfermedades y las situaciones de emergencia, independientemente del año de residencia y de la especialidad”, según dispone su artículo 2.3 párrafo 3º. Haciendo referencia a los residentes que no se encuentren en su último año formativo independientemente de su especialidad, la autoridad sanitaria podrá determinar que presten sus servicios en unidades que por razones de organización y asistenciales necesitan un refuerzo de personal. Otro aspecto a tener en cuenta sobre este tipo de residentes es el traslado de los mismos a unidades no acreditadas para la docencia, siendo necesaria para ello la designación de colaboradores docentes que acrediten ser aptos siguiendo criterios de experiencia, competencia y buena práctica profesional, que a su vez desempeñaran una labor de tutores durante el período que presten los servicios.

Por otro lado, también modifica cuestiones sobre contratación de personas con grado, licenciatura o diplomatura, y que carecen aún del título de especialista para la realización de funciones propias de una especialidad. Este texto normativo autoriza su contratación en determinados supuestos tasados: En primer lugar, aquellos profesionales que realizaron las pruebas selectivas 2018/2019 y 2019/2020 de formación sanitaria especializada. Los requisitos que se exigen para ser contratados son contar con una titulación, haber superado la puntuación mínima de corte en las pruebas selectivas, no haber obtenido plaza. El contrato que se suscriba tendrá una duración de tres meses prorrogables por sucesivos períodos de tres meses, y se extinguirá en el momento en que el profesional resulte adjudicatario de plaza (apartado 3, párrafo 1 a).

Por último, la **ORDEN SND/299/2020**, añade un nuevo apartado denominado sexto bis, relativo a la contratación de estudiantes de otras titulaciones con arreglo al artículo 15.1.a) del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre. Se otorga la facultad a las autoridades sanitarias de suscribir contratos de duración determinada, debiendo indicarse que su desarrollo debe estar guiado bajo la supervisión de un profesional. Asimismo, los sujetos susceptibles de acceder a este tipo de contratos son los estudiantes en su último año de formación de las profesiones sanitarias y estudiantes de último año del área sanitaria de formación profesional.

El 1 de abril, el Ministerio de Sanidad dictó la **ORDEN SND/319/2020**, por la que se modifica la ORDEN SND/232/2020, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Ante la continua evolución de la situación sanitaria era necesario ir adoptando medidas de forma gradual en el sector, en concreto, todo lo relativo a la esfera de los residentes en formación y ampliación del abanico respecto a nuevos grupos de profesionales sanitarios que puedan incorporarse a prestar servicios al SNS. En relación con los residentes en formación, se observaron grandes dificultades para llevar a cabo la evaluación de su formación, este hecho se tradujo en la necesidad de prorrogar los contratos de dicho personal. La imposibilidad de efectuar la citada evaluación obligaba a realizar un cambio normativo donde se estableciesen los pasos a seguir ante este escenario.

En su apartado segundo, de medidas relativas a los profesionales sanitarios en formación, se exponía la posposición de las evaluaciones anuales y finales de todos los residentes a los que se refiere el RD/183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Como consecuencia, el período de tiempo que trascurra entre la fecha en que debía haberse llevado a cabo las correspondientes evaluaciones hasta que efectivamente se realicen, computara a efectos de antigüedad con la única exigencia de que la evaluación final el resultado fuera favorable. Con el fin de ajustar las retribuciones a la realidad que se vive en los hospitales, centros y establecimientos sanitarios, las comunidades autónomas deberán garantizar que los residentes cuyos contratos se vieron prorrogados, vieran que su remuneración realmente se corresponde con las funciones que desempeñan efectivamente, en aquellos supuestos en que ello suponga mayor grado de autonomía y por ende, menor supervisión de un profesional sanitario. Asimismo, la

presente orden regula todos aquellos aspectos correspondientes a las rotaciones de los residentes en formación, su destino a Unidades especiales, con independencia de que se encuentre en su centro o en otro, si así lo precisa la autoridad sanitaria competente de las comunidades autónomas.⁶¹

Para finalizar el análisis de la presente orden, expresar que se añaden 3 apartados a su redacción⁶²:

1. Un nuevo párrafo a su apartado tercero, por el que se permite carácter excepcional y transitorio, la contratación de aquellos profesionales sanitarios incluidos en el ámbito de aplicación del Real Decreto 459/2010, de 16 de abril, que cuenten con título de Especialista obtenido en Estados no miembros de la Unión Europea siempre que hayan adquirido una formación cualitativa y cuantitativamente equivalente a la que otorga el correspondiente título español de Especialista y se encuentren en la fase de evaluación prevista en el artículo 8.d) del citado real decreto.
2. Sexto ter, relativo a la contratación de titulados en formación profesional, dotando a las personas que han finalizado sus estudios de Formación Profesional de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería de capacidad para ser contratados por las comunidades autónomas, con independencia de que todavía no se les hubiese expedido el título.
3. Octavo bis, que habilita la puesta a disposición de las comunidades autónomas de los Médicos Forenses y profesionales adscritos al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

C) Del 6 al 16 de abril:

En fecha 6 de abril de 2020, la OMS ante desabastecimiento de medios de protección en el sector sanitario, elaboró un documento técnico denominado “Uso racional del equipo de protección personal frente a la COVID-19 y aspectos que considerar en situaciones de escasez graves”, donde propone conductas alternativas en la utilización de medios de

⁶¹ BOE, Orden SND/319/2020, por la que se modifica la ORDEN SND/232/2020, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

⁶²Ídem.

protección ante la carencia de algún material concreto con el fin de obtener un plus de protección.⁶³

Para dar comienzo al 13 de abril, exponer la **ORDEN SND/344/2020**, por el que se establecen medidas excepcionales para el refuerzo del SNS y la contención de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, dictada por el Ministerio de Sanidad. Mediante esta orden, se establecía que todos aquellos centros, servicios y establecimientos sanitarios de diagnóstico clínico de titularidad privada, tenían la obligación de mostrar su disponibilidad para formar parte y reforzar el mecanismo de diagnósticos ya existente (apartado primero). Como consecuencia de lo anterior, debían notificar a la autoridad sanitaria competente de la comunidad autónoma los casos de COVID-19 diagnosticados (casos confirmados) y, por tanto, las CCAA ser un eslabón más de la cadena de transmisión de la información, notificándose al Ministerio de Sanidad (apartado tercero). Además, regula todo lo relativo a la realización de pruebas diagnósticas para la detección del COVID-19, exigiendo la prescripción facultativa para poderse llevar a cabo las mismas (apartado segundo).⁶⁴ A través de esta orden ministerial se puede observar la línea de actuación de la Administración Pública con para las entidades sanitarias privadas hacia una integración de sus recursos a la red sanitaria pública con el fin de hacer frente a la COVID-19.

Para dar fin al 15 de abril, el Ministerio de Sanidad adoptó la **ORDEN SND/352/2020**, por la que se modifica la ORDEN SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. En particular, se suprime el apartado séptimo y se modifica el Anexo I adjunto a la ORDEN/234/2020, de 15 de marzo, indicando las informaciones que se deben recoger coincidiendo con las siguientes⁶⁵:

⁶³ Organización Mundial de la Salud, 6 de abril de 2020, “Uso racional del equipo de protección personal frente a la COVID-19 y aspectos que considerar en situaciones de escasez graves”; Véase en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331810?show=full>

⁶⁴BOE, Orden SND/344/2020, de 13 de abril, por la que se establecen medidas excepcionales para el refuerzo del Sistema Nacional de Salud y la contención de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

⁶⁵ BOE, Orden SND/352/2020, de 16 de abril, por la que se modifica la Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de

1. Información relativa a los casos COVID-19: número total de casos acumulados confirmados mediante PCR o test rápido de anticuerpos (sintomáticos y asintomáticos), que han sido hospitalizados (incluyendo UCI), que han ingresado en UCI, datos de alta epidemiológica (ello se refiere tanto a altas hospitalarias como domiciliarias, conforme al procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus), que han fallecido (con independencia del lugar), y por último, profesionales sanitarios. Esta información era de obligado cumplimiento emitirla diariamente entre el intervalo temporal de las 20-21 horas, por todas las CCAA, Ceuta y Melilla conjuntamente
2. Información de la situación de capacidad asistencial: debía ser remitidas por todos los centros hospitalarios que atendieran casos de COVID-19 diariamente en el intervalo temporal entre las 13-14 horas, con independencia de su titularidad pública o privada, cuando dispusieran de camas UCI, reanimación o recuperación post-anestesia. En este apartado informativo se exponía por un lado, el número total de camas, aquellas ocupadas por casos COVID-19, por casos no COVID-19 y por otro lado, el número de ingresos, altas en las últimas 24 horas y previsión de altas en las próximas 24 horas. Todos estos datos se extraen de las Unidades Críticas con y sin respirador y los ingresos en hospitalización Convencional. Asimismo, adicionalmente se debía remitir también toda aquella información relativa a la presión de urgencias por COVID-19.
3. Información relacionada con las necesidades de recursos materiales: La información se remitirá de forma agregada por comunidad autónoma, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y por todos los centros hospitalarios que atiendan COVID-19, tanto públicos como privados, con camas de UCI, reanimación o recuperación post-anestesia. Las dos variables a tener en cuenta son el número de existencias y el consumo semanal, ambas contabilizadas en unidades. Esta información debía ser remitida semanalmente cada viernes, entre las 13-14 horas. Adicionalmente, presentar el número de equipos de ventilación mecánica invasiva, ambulancias medicalizadas y no medicalizadas.
4. Información relacionada con la contratación de los recursos humanos: Las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria debían enviar la información sobre contratación de recursos humanos, realizada al amparo de la Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el

información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

COVID-19. Al igual que en el anterior párrafo, dicha información se remitía semanalmente cada viernes. Las dos variables a tener en cuenta respecto a la contabilización de estos datos son la categoría profesional y la CCAA/INGESA como parte contratante.

A través de esta orden se crea un marco informativo muy útil que permite analizar de forma más profunda el desarrollo de la COVID-19 desde diferentes puntos de vista. Se establecen los parámetros que han de ser utilizados para contabilizar todo lo relativo a los casos existentes, capacidad asistencial, recursos materiales existentes y en concreto, incidir en la información relacionada con la contratación de los recursos humanos, permitiendo llevar un control más exhaustivo de las cuestiones jurídico laborales del personal sanitario contratado en un contexto de gran dificultad debido a la notoria situación de tensión tanto a nivel de atención especializada como primaria, donde era necesario un refuerzo a nivel de recursos materiales y humanos.

5.3 Plan de transición hacia la Nueva Normalidad hasta la fecha fin del estado de alarma [28 abril – 21 junio].

Durante este abanico temporal simplemente se puede señalar el RD/21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. En su capítulo VI relativo a medidas para garantizar las capacidades del sistema sanitario, establece que serán las administraciones competentes quienes deben garantizar la disponibilidad de profesionales sanitarios suficientes destinados a la prevención y control de la enfermedad (artículo 28). Asimismo, la publicación de este texto normativo coincide con un periodo de relajación de las restricciones derivadas del estado de alarma, por ello se prevé que las autoridades sanitarias deben contar con un plan de contingencia orientado a “responder ante incrementos importantes y rápidos de la transmisión y el consiguiente aumento en el número de casos” (artículo 29). Por último, es preciso hacer referencia de forma sucinta a la obligación de información de las comunidades autónomas de remitir los datos relativos a capacidad asistencial y la necesidad de recursos al Ministerio de Sanidad.⁶⁶

⁶⁶ BOE, Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

5.4 Nueva Normalidad y Segunda oleada [21 junio – 31 diciembre].

Por lo que respecta a la legislación aplicable a los recursos humanos vinculados a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, cabe destacar únicamente durante este período el RD/29/2020, de 29 de septiembre, de medidas urgentes en materia de teletrabajo en las Administraciones Públicas y de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Es preciso subrayar que gran parte de las medidas dispuestas en este texto normativo se remiten a las desarrolladas por la ORDEN/232/2020 y sus sucesivas modificaciones. Por tanto, dejando a un lado lo ya dispuesto en anteriores órdenes ministeriales, es conveniente exponer la facultad que ostentan las comunidades autónomas y el INGESA para contratar de forma excepcional personas con grado, licenciatura o diplomatura que carecen aún del título de Especialista reconocido en España, para la realización de funciones propias de una especialidad. Además, en lo referente a la contratación de profesionales sanitarios que han obtenido el título de Especialista en Estados no miembros de la Unión Europea, se llevará a cabo la misma siempre y cuando el “Comité de Evaluación les haya emitido el informe-propuesta regulado en el artículo 8.b), c) o d) del Real Decreto 459/2010, de 16 de abril”⁶⁷ (artículo 2 b)). Respecto la duración de este tipo de contratos, cabe señalar que podrá prolongarse hasta los 12 meses, prorrogable en periodos de 3 meses sucesivos.⁶⁸

Por otro lado, gran parte de las medidas que integra el contenido de la orden ministerial tiene que ver con la facultad excepcional y transitoria de las comunidades autónomas para

⁶⁷ BOE, Real Decreto 459/2010, de 16 de abril, por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea.

⁶⁸BOE, Real Decreto-ley 29/2020, de 29 de septiembre, de medidas urgentes en materia de teletrabajo en las Administraciones Públicas y de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.

destinar personal médico y de enfermería estatutario, laboral y funcionario. Los principales supuestos de movilidad que se plantean son los siguientes (artículo 3)⁶⁹:

- En primer lugar, aquel personal que tenga la condición de médico facultativo especialista de área y de enfermería con naturaleza estatutaria y, a su vez desempeñen sus funciones en un centro hospitalario, podrán ser desplazados dentro de su centro de referencia a la unidades de distinta especialidad en calidad de refuerzo (artículo 3 a)).
- En segundo lugar, el personal de enfermería y médico especialista que al igual que en el anterior supuesto presten sus servicios en un centro hospitalario, se prevé la posibilidad de que puedan ser movilizados hacia la atención primaria de su área de influencia, prestando servicio de médicos de atención primaria (artículo 3 b)).
- En tercer lugar, se hace referencia al personal estatutario con categoría profesional de enfermería, médico y pediatra vinculados a la atención primaria, los cuales, serán susceptibles por razón de necesidad derivada de la COVID-19, de ser trasladados a sus hospitales de referencia o de campaña (artículo 3 c)).
- En cuarto lugar, por lo que respecta al personal funcionario autonómico de los cuerpos o categoría para los que se exige el título de Licenciatura, Grado o Diplomatura de Medicina o enfermería para formar parte del mismo, podrán ser destinados a cualquier dispositivo asistencial del SNS que coincida con su provincia de destino, siempre y cuando cumpla el supuesto de una patente insuficiencia de personal médico y de enfermería motivado por la pandemia internacional (artículo 3 d)).

Una vez expuestos los supuestos tasados establecidos por norma que otorgan cobertura jurídica a la política de movilidad del citado personal, cabe señalar que los traslados se mantendrán mientras subsista la insuficiencia de personal médico y de enfermería o mientras esté vigente esta previsión legal y tendrán derecho a una indemnización por razón del servicio prestado durante los traslados cuya cuantía irá fijada en función de la categoría profesional a la que se vean sujetos durante este período.

⁶⁹ Ídem.

6 HOSPITALES, CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS.

6.1 Progresión del sistema sanitario en España.

Desde la década de los 50 y 60 se observó una gran evolución del sector industrial en España, desencadenándose un movimiento social cuya pretensión era tensar la cuerda con el fin de exigir la consecución de políticas sociales por parte del Estado en materia de protección de la salud de los trabajadores. En un primer momento, se llevó a cabo mediante el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) y el régimen de la SS general. No obstante, en este período temporal se comenzó a disponer de centros sanitarios de gran tamaño orientados a dotar de asistencia sanitaria a una parte de la población, lo cual, puede considerarse como uno de los antecedentes hacia una prestación sanitaria con carácter universal. En consecuencia, en 1963 se eliminaron todos aquellos Seguros Obligatorios y comenzó a desarrollarse el sistema de la SS, pese a que hasta 1974 no se aprueba su texto refundido.⁷⁰

El año 1978 es uno de los momentos más importantes en la evolución del sistema sanitario, desaparece el Instituto Nacional de Prevención (INP), traspasando sus funciones a las siguientes instituciones:

1. Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).
2. Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).
3. Instituto Nacional de Salud (INSALUD).

Por razón del objeto del presente trabajo, es preciso hacer mención especial al INSALUD, como órgano de gestión y administración de todas aquellas prestaciones de los servicios sanitarios que constituyen la SS.

⁷⁰ Fernández Fernández, Antonio y Vaquera Mosquera, Mercedes, mayo-agosto de 2012, “Análisis de la evolución histórica de la Sanidad y gestión Sanitaria en España” Encuentros Multidisciplinares Revista nº41; Universidad de Extremadura, pp. 1-8. Véase en: http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA41/Antonio_Fern%C3%A1ndez_y_Mercedes_Vaquera.pdf [consultado en diciembre de 2020]

Además con la aparición de la Constitución en 1978, da lugar a una serie de cambios en el sistema sanitario, debido a que en su artículo 43 y 49 reconoce el derecho a todos los ciudadanos a la protección de la salud y por ende, para que el mismo sea efectivo requiere de la adopción de medidas por parte de los poderes públicos. Asimismo, con proximidad en el tiempo tuvo lugar el nacimiento del Ministerio de Sanidad y Consumo en 1977 y el Instituto Nacional de Salud en 1979.

Por último, es necesario hacer referencia a la descentralización territorial de la salud, que con arreglo a la Ley General de Sanidad (LGS, en adelante), de 14 de abril de 1986, se elaboró un esquema organizativo del SNS, estableciendo dentro de su Título III relativo a la estructura del sistema sanitario público, la organización general del sistema sanitario público (capítulo I) y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (capítulo II), donde queda patente la existencia de dos niveles organizativos básicos, por un lado, un primer nivel relativo al ámbito de la Administración General del Estado, a través del Ministerio de Sanidad y Consumo y, por otro lado, aquel relacionado con las comunidades autónomas, las cuales, se les confiere la potestad y el deber de organizar por parte de las comunidades autónomas sus servicios de salud conforme a los principios básicos de la LGS (artículo 49 LGS). En el año 1997, con la Ley 15/1997, de 15 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS, dio lugar a nuevas formas de gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria pudiéndose llevar a cabo directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho. Como consecuencia, el INSALUD terminó desapareciendo en 2002, con el RD/840/2002, reorganizándose sus funciones en el actual Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA, en adelante), el cual, depende del Ministerio de Sanidad.⁷¹

6.2 Concepto y clasificación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

El presente epígrafe tratará de dar una visión por un lado, del marco conceptual de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y, por otro lado, el modo en que están clasificados los mismos. El resultado que se pretende lograr es identificar con mayor

⁷¹ BOE, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

facilidad y precisión los órganos de dirección responsables en materia de prevención de riesgos laborales, de los recursos humanos y el análisis de los factores de riesgos relativos a la COVID-19, con el objeto determinar e individualizar las posibles derivaciones de responsabilidad a la que puedan estar sujetos los mismos, cuestión que se abordará en posteriores capítulos.

Por ello, es necesario elaborar en primer lugar, un marco conceptual orientado a crear un conocimiento general del escenario que se pretende abordar.

El artículo 2 del RD/1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, ofrece una serie de definiciones muy útiles para delimitar la materia a analizar. Por tanto, a efectos de este texto normativo se concibe por⁷²:

- Centro sanitario: aquel conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas. Los centros sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios. Asimismo, es necesario traer a colación el concepto de servicio sanitario, consistente en aquella unidad asistencial, con una organización diferenciada, dotada de recursos técnicos y de los profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, para realizar actividades sanitarias (conjunto de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, dirigidas a fomentar, restaurar o mejorar la salud de las personas, realizadas por profesionales sanitarios) específicas. Puede estar integrado en una organización cuya actividad principal puede no ser sanitaria.
- Establecimiento sanitario: conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividad sanitaria de dispensación de medicamentos o de adaptación individual de productos sanitarios.

Una vez presentados los anteriores conceptos generales, que a su vez constituyen los pilares sobre los que se asienta todo el catálogo de entes destinadas a la actividad sanitaria, es preciso continuar con la clasificación de los centros, servicios y establecimientos

⁷²BOE, Real Decreto-ley 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

sanitarios a través de las siguientes tablas, donde se combina el Anexo I y II del RD/1277/2003, relativos a la clasificación de los mismos por un lado, y a la definición pormenorizada de cada uno de ellos por otro lado, limitándose este trabajo a abordar de forma más exhaustiva todo lo concerniente a los centros sanitarios con internamiento y la atención primaria. Ello se debe a que este tipo de centros son los que en gran parte han sufrido las consecuencias de la pandemia internacional provocada por la COVID-19.

A) Por lo que respecta a los centros sanitarios⁷³:

Hospitales (centros con internamiento)	Centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche), cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en éstos, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria
Hospitales generales	Hospitales destinados a la atención de pacientes afectos de diversa patología y que cuentan con las áreas de Medicina, Cirugía, Obstetricia y Ginecología y Pediatría. También se considera general cuando, aun faltando o estando escasamente desarrollada alguna de estas áreas, no se concentre la mayor parte de su actividad asistencial en una determinada
Hospitales especializados	Hospitales dotados de servicios de diagnóstico y tratamiento especializados que dedican su actividad fundamental a la atención de determinadas patologías o de pacientes de determinado grupo de edad o con características comunes
Hospitales de media y larga distancia	Hospitales destinados a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio, y requieren un periodo prolongado de internamiento
Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías	

⁷³ Ídem.

Otros centros con internamiento	
---------------------------------	--

B) Proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento, los cuales, son aquellos centros sanitarios en los que se prestan servicios de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación por profesionales sanitarios a pacientes que no precisan ingreso.

Consultas medicas
Consultas otros profesionales
Centros de salud
Consultorios de atención primaria
Centros polivalentes
Centros especializados
Clínicas dentales
Centros de reproducción humana asistida
Centros de interrupción voluntaria del embarazo
Centros de cirugía mayor ambulatoria
Centros de diálisis
Centros de diagnósticos
Centros móviles de asistencia sanitaria
Centros de transfusiones
Bancos de tejidos
Centros de reconocimiento médico
Centros de salud mental
Otros centros especializados

C) Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria.

D) Establecimientos sanitarios:

Oficinas de farmacia
Botiquines
Ópticas
Ortopedias
Establecimientos de audioprótesis

Por último, es conveniente destacar la idoneidad de la información (definiciones y clasificación) que ofrece el RD/1277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, ya que dentro de su articulado se contienen las bases y los requisitos necesarios para la concesión de la preceptiva autorización de instalación, funcionamiento, modificación y cierre de los centros y establecimientos sanitarios públicos y privados, con independencia de su naturaleza y condición. Por tanto, cualquier entidad que pretenda prestar servicios sanitarios, se deberá ajustar a los parámetros exigidos por este texto normativo. Respecto a las cuestiones que pueda suscitar la concesión de la autorización, los órganos competentes para emitir y exigirla misma son las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas, tiene carácter preceptivo, su finalidad es la observancia de todos aquellos requisitos de obligado cumplimiento para la puesta en marcha de los centros y establecimientos sanitarios y, para finalizar, la reunión de todos aquellos medios técnicos necesarios para desempeñar la actividad sanitaria y la determinada oferta asistencial.⁷⁴

6.3 Registro e identificación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Es muy importante contar con una información pormenorizada de todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios con el fin de llevar un control de idoneidad de todos ellos mediante el correspondiente Registro. Además, la labor de identificación en relación con la gestión de los riesgos y prevención de riesgos laborales es muy útil, en cuanto a fijar los responsables que deben llevar a cabo su consecución, sin embargo, en el contexto en el que se mueve este trabajo (sector sanitario) no es una labor sencilla, debido a la existencia de centros, establecimientos y servicios sanitarios de diversa titularidad, tanto pública como privada, además de los respectivos consorcios y convenios entre ambas, la existencia de un gran conglomerado de autoridades sanitarias encargadas de la gestión y administración a nivel estatal, de las Comunidades Autónomas y las corporaciones locales y, en último lugar, por un lado, determinar en cada supuesto específico quién era la autoridad legalmente obligada a prestar los medios indispensables para que los trabajadores y profesionales sanitarios llevaran a cabo su actividad con arreglo a las normas de seguridad e higiene en el

⁷⁴ Ídem.

trabajo y por otro lado, investigar quienes pueden ser considerados como garantes y que administración o personal a su cargo pudieran omitir el deber de actuar.⁷⁵

Por su parte, el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios ofrece una información muy útil en cuanto a la identificación de estas instituciones sanitarias. Es la ORDEN SCO/3866/2007, de 18 de diciembre, quien establece el contenido y la estructura del Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, no obstante, dicha previsión legal se puso en marcha a través del artículo 5 del RD/1277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, el cual, define el Registro General en su artículo 2.1 g) como aquel conjunto de anotaciones de todas las autorizaciones de funcionamiento, modificación y, en su caso, instalación y cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios concedidas por las respectivas Administraciones sanitarias.⁷⁶

Es preciso volver a la anterior Orden citada, la cual, expone que el Registro General está compuesto por todas aquellas decisiones, comunicaciones y autorizaciones de las comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía, además, las mismas tienen la obligación de remitir toda aquella información indispensable para mantener actualizado dicho registro, cuya gestión recae bajo la responsabilidad del Ministerio de Sanidad y Consumo con arreglo al artículo 3 de la ORDEN SCO/3866/2007, relativo al contenido y estructura del Registro General.⁷⁷

⁷⁵ Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid, 2020, “Valoración de la Asesoría Jurídica-Penal de AMYTS al auto del Tribunal Supremo sobre nuestra querrela contra la falta de protección de los profesionales durante la Covid-19” Portal web informativo de AMYTS; Madrid. Véase en: <https://amyts.es/valoracion-de-la-asesoria-juridica-penal-de-amyts-al-auto-del-tribunal-supremo-sobre-nuestra-querrela-contr-la-falta-de-proteccion-de-los-profesionales-durante-la-covid-19/> [consultado en diciembre 2020].

⁷⁶BOE, Real Decreto-ley 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

⁷⁷ BOE, Orden SCO/3866/2007, de 18 de diciembre, por el que se establece el contenido y estructura del Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tras una breve descripción de las premisas legales que constituyen la base del contenido y estructura del Registro General, es necesario entrar al fondo del asunto que se busca en este epígrafe, es decir, todos aquellos datos que materialmente se exigen y aportan un marco informativo orientado a la delimitación e identificación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y los organismos de quien dependen funcional y jerárquicamente.

En primer lugar, se requieren datos relativos a la delimitación territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, como son:

- a) Código: aquel asignado en las comunidades autónomas o ciudades con Estatuto de Autonomía donde figure su inscripción y autorización.
- b) Comunidad Autónoma, provincia y municipio al que pertenezcan.
- c) Área o sector.

En segundo lugar, se exige información relativa a la identificación y todas aquellas referencias que permiten ponerse en contacto con dichas instituciones sanitarias, como son las siguientes:

- a) Nombre y clase del centro.
- b) Tipo, número y nombre de la vía.
- c) Código postal, teléfono, fax, URL, e-mail.
- d) Tipo de autorización (funcionamiento, modificación y cierre), fecha y última operación administrativa.
- e) Oferta de servicios autorizados.

En último lugar, es preciso destacar los siguientes asientos de datos debido a su contenido de especial interés orientado a la identificación e individualización de los órganos gestores y titulares de los respectivos centros, permitiendo dar una visión de aquellos sujetos de derecho a los que poder dirigirse y entablar las acciones que se consideren pertinentes. El escenario que se plantea en este trabajo, es aquel en el que la promoción de la salud y seguridad de los profesionales sanitarios y personal laboral de los centros de salud debe ser un aspecto fundamental basado en una correcta gestión de los riesgos laborales, que debe estar integrada dentro de gestión general del centro, sin embargo, en aquel supuesto que los profesionales en plantilla del centro, servicio y establecimiento sanitario entiendan que no se está garantizando su seguridad en el centro de trabajo durante el desempeño de sus funciones, deberán emprender acciones frente a los sujetos de derecho que se exponen a

continuación, los cuales, son definidos en el Anexo I, de la ORDEN SCO/3866/2007 analizada en el presente epígrafe:

Dependencia funcional del centro o establecimiento sanitario: organismo o entidad jurídica de quien depende, es decir, la persona física o jurídica que ejerce dominio o jurisdicción, jerárquica o funcional, más inmediata sobre el establecimiento sanitario independientemente de su forma de gestión. A su vez, establece una clasificación de dichos entes a efectos del Registro General como son los siguientes⁷⁸:

1. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
2. Servicio o institutos de salud de las comunidades autónomas.
3. Otras entidades u organismos públicos de dependencia estatal.
4. Otras entidades u organismos públicos de dependencia autonómica.
5. Diputación o Cabildo.
6. Municipio.
7. Ministerio de Defensa.
8. Otras entidades u organismos públicos o privados.
9. Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
10. Organizaciones no gubernamentales

Titularidad de la gestión: el Registro General exige el nombre de la persona física o jurídica, cuya función se corresponda con la gestión del centro, servicio o establecimiento sanitario. Asimismo, con el fin de complementar la información anterior se solicita el NIF o CIF de dicho titular.⁷⁹

⁷⁸BOE, Anexo I de la Orden SCO/3866/2007, de 18 de diciembre, por la que se establece el contenido y la estructura del Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.

⁷⁹ Ídem.

6.4 Estructura del sistema sanitario público.

6.4.1 Marco competencial a nivel estatal y de las comunidades autónomas.

En primer lugar, es preciso elaborar un esquema de las competencias exclusivas pertenecientes a las diferentes administraciones en el ámbito sanitario, debido a la fragmentación existente como consecuencia del modelo territorial del Estado en España. Todo ello con una finalidad consistente en esclarecer las materias que integran sus respectivos campos de actuación y, por tanto, discernir aquellas áreas de responsabilidad relativas a cada administración. En líneas generales, según expone Juan José Francisco Polledo, la realidad de la distribución competencial de las autoridades sanitarias es la que se desprende del bloque constitucional, reales de decretos ley de transferencia y la Ley General de Sanidad, con las matizaciones derivadas, cuando ha habido caso, de las interpretaciones jurisprudenciales efectuadas, tanto en sede ordinaria como en la constitucional.⁸⁰

A) Administración General del Estado:

Según establece la Constitución española (CE, en adelante), la Administración General del Estado ostenta competencia exclusiva por un lado, sobre **legislación básica y el régimen económico de la seguridad social**, con arreglo al artículo 149.1.17ª apartado a) CE y, por otro lado, aquellas previstas en el artículo 149.1.16ª apartado a) del bloque constitucional⁸¹:

En primer lugar, la **sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales** en los términos establecidos en los artículos 38 y 39 de la Ley General de Sanidad de 1986, consistente en 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. Respetando los respectivos convenios internacionales el Ministerio de Sanidad y Consumo, se apoyará en otros Departamentos por razón de agilizar y simplificar todas aquellas actuaciones que así lo requieran, como es el control epidemiológico en la actualidad.

⁸⁰Polledo, Juan José Francisco, septiembre-octubre de 1997, “El papel de las autoridades sanitarias ante los retos de la salud pública del siglo XXI” Revista española de salud pública; p. 435.

⁸¹ BOE, Constitución Española, 29 de diciembre de 1978, núm. 31.

En segundo lugar, aquellas competencias relativas a las **bases y coordinación general de la Sanidad** dentro de los parámetros establecidos en el artículo 40 de la LGS y, por último, el ejercicio de alta inspección.

B) Comunidades Autónomas.

Por lo que respecta al ámbito competencial de las Comunidades Autónomas en materia sanitaria, se podría llevar a cabo un procedimiento de exclusión orientado a averiguar aquellos escenarios en que serían competentes, es decir, todas las competencias que no estuviesen reservadas exclusivamente al Estado, coincidirá con el campo competencial comunitario. No obstante, para analizar con más rigor el fondo de la cuestión es necesario acudir a lo dispuesto en los Estatutos de Autonomía y a los Reales Decretos de traspaso de funciones y servicios. Por el ejemplo, en materia sanitaria se puede traer a colación el **Real Decreto 1479/2001**, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Madrid (CAM, en adelante) de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud⁸², el cual, establece los parámetros en que se ha llevado a cabo dicha transferencia. Por último, el **Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid**, aprobado por la Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero⁸³, dispone en su artículo 27.4 y 27.5 que dentro del marco de legislación básica del Estado, es a la CAM a quien corresponde el desarrollo legislativo, potestad reglamentaria y la ejecución en materia de sanidad e higiene y la coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social. A su vez, en su artículo 28 dispone que con arreglo al artículo 149.1.17ª apartado a) CE, el organismo gestor de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social es la CAM, sin embargo, es necesario recalcar la reserva por parte del Estado de la función de Alta Inspección y la función ejecutiva de productos sanitarios como se expresó anteriormente.

⁸² BOE, Real Decreto-ley 1479/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

⁸³ BOE, Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid.

6.4.2 Organización del sistema sanitario público.

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de titularidad estatal y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas según establece el artículo 44 de la LGS de 1986, reuniendo la totalidad de las prestaciones y funciones en el ámbito sanitario, las cuales, son responsabilidad de los poderes públicos garantizar su efectiva ejecución en aras de cumplir el derecho a la protección de la salud amparado por el artículo 43 de la CE. Una vez relatada la descripción de los aspectos básicos del SNS, cabe señalar a grandes rasgos los objetivos perseguidos por el mismo, como es en primer lugar, dar cobertura a toda la población de sus servicios, y en segundo lugar, llevar a cabo una prestación de una atención integral de la salud aspirando a que la misma alcance altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.⁸⁴

Para la consecución de los objetivos mencionados, es preciso que todos los recursos materiales, técnicos y personales que integran el SNS estén sometidos a una organización y planificación racional. En concreto, la LGS de 1986 en su Título III relativo a la estructura del sistema sanitario público, dispone los términos a los que deben ajustarse las mismas, basándose en una división de todo el territorio en demarcaciones geográficas, como se explicará a continuación.⁸⁵

En primer lugar, el territorio español está dividido en 17 comunidades autónomas y 2 ciudades autónomas, como se expuso anteriormente donde se hizo referencia a la descentralización del SNS. Asimismo, es necesario destacar la presencia del Consejo Interterritorial del SNS, como órgano de coordinación, cooperación, comunicación, planificación de la información entre los distintos Servicios de Salud y la Administración General del Estado, el cual, está presidido por el Ministro de Sanidad y Consumo, y constituido por los representantes de las Consejerías de Salud de cada Comunidad Autónoma y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Cada comunidad autónoma tendrá la obligación de organizar sus **Servicios de Salud**, compuestos por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad, Diputación y Ayuntamientos, gestionados por la citada en primer lugar (artículo 50 LGS). Por lo que se refiere a los servicios de salud, se ajustarán a una

⁸⁴ BOE, Exposición de Motivos de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

⁸⁵ BOE, Título III de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

planificación diseñada atendiendo a las necesidades de cada territorio, llevándose a cabo una división del territorio en demarcaciones geográficas y a su vez una ordenación territorial de los servicios, siendo competencia de la comunidad autónoma con independencia de aquellas administraciones intracomunitarias, las cuales, no podrán crear nuevos centros o servicios sanitarios salvo acuerdo y autorización previa respetando el plan de salud comunitario, sin embargo, podrán mantener su titularidad con una adscripción funcional al Servicio de Salud de la Comunidad (artículo 51 LGS). Además, cada Comunidad Autónoma deberá elaborar el denominado Plan de Salud, integrado por todas aquellas acciones necesarias para lograr los objetivos citados con anterioridad. Asimismo, debe tener en cuenta los criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno (artículo 54 LGS).

En segundo lugar, es preciso hacer mención a las **Áreas de Salud**, delimitadas (teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del existentes en las mismas) y constituidas por las Comunidades Autónomas en su territorio. La LSG en su artículo 56 las define como aquellas estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar. En cuanto a su composición, cabe señalar que las Áreas de Salud estarán dirigidas por un órgano propio, donde intervendrán las Corporaciones Locales en ellas situadas con un porcentaje de representación no menor a 40, respetando las directrices y programas comunitarios. A su vez, contarán con tres tipos de órganos (artículo 57 LGS): El Consejo de Salud de Área (de participación), el Consejo de Dirección de Área (de dirección) y el Gerente de Área (de gestión), incidiendo en estos dos últimos por razón de interés para este trabajo.

Consejo de Dirección (artículo 59): encargado de la política de salud y controlar la gestión del Área, formado en un 60% por representación de la Comunidad Autónoma y lo restante por la representación de las corporaciones locales.

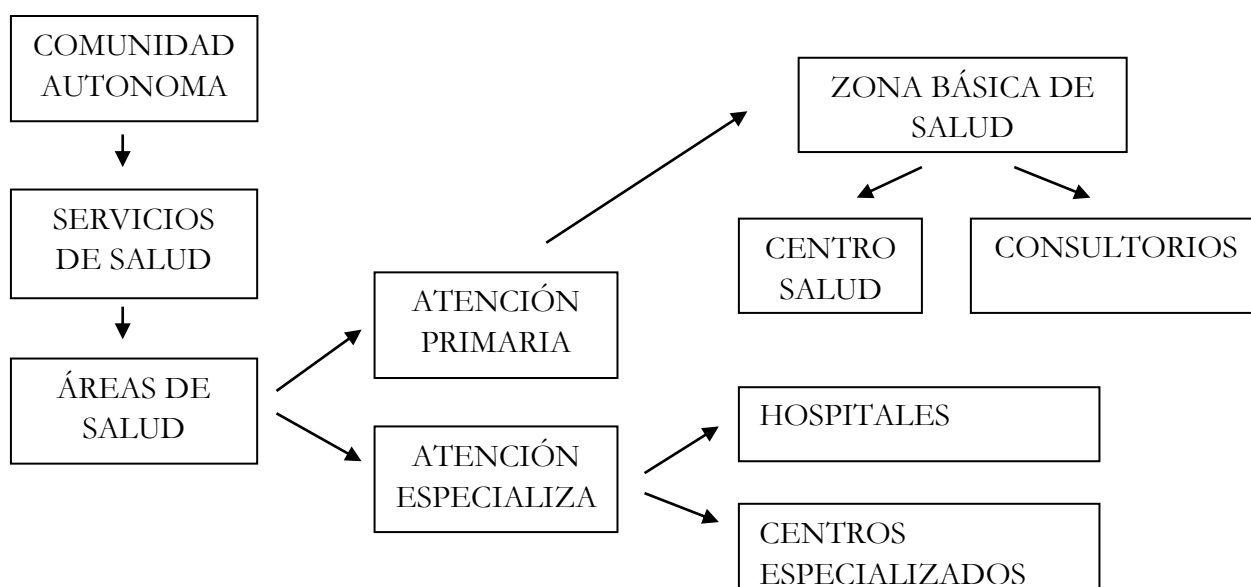
- Por lo que respecta a sus funciones:
 - i. La propuesta de nombramiento y cese del gerente del Área de Salud.

- ii. La aprobación del proyecto del Plan de Salud del Área, dentro de las normas, directrices y programas generales establecidos por la Comunidad Autónoma.
- iii. La aprobación de la Memoria anual del Área de salud.
- iv. El establecimiento de los criterios generales de coordinación en el Área de Salud.
- v. La aprobación de las prioridades específicas del Área de Salud.
- vi. La aprobación del anteproyecto y de los ajustes anuales del Plan de Salud del Área.
- vii. La elaboración del Reglamento del Consejo de Dirección y del Consejo de Salud del Área, dentro de las directrices generales que establezca la Comunidad Autónoma

Gerente del Área de Salud (artículo 60 LGS): encargado de la ejecución de las directrices establecidas por el Consejo de Dirección, de las propias del Plan de Salud del Área y de las normas correspondientes a la Administración autonómica y del Estado. Asimismo presentará los anteproyectos del Plan de Salud y de sus adaptaciones anuales y el proyecto de Memoria Anual del Área de Salud.

En tercer lugar, es necesario señalar en última instancia aquellas demarcaciones territoriales en que se dividen las Áreas de Salud, denominadas **zonas básicas de salud**. El fundamento de la creación de esta figura responde a criterios de efectividad y operatividad en el funcionamiento de los servicios a nivel primario. En consecuencia, la delimitación de las mismas se ajusta a factores como la distancia máxima entre agrupaciones de población más alejadas de los servicios sanitarios y el tiempo que transcurre utilizando los medios ordinarios en llegar hasta ellos, el grado de dispersión o agrupación de la población, las condiciones epidemiológicas de la zona y por último, las instalaciones y recursos existentes (artículo 62 LGS). Las zonas básicas de salud son el tejido de la atención primaria contando por un lado, con Centros de Salud (sus actividades están orientadas a la prevención, promoción, curación, rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona y por ende, serán dotados de medios personales y material para la consecución de dichos objetivos, artículo 63 LGS) y, por otro lado, centros integrales de atención primaria, quienes llevan a cabo todas las actividades sanitarias de la zona

Por último, el siguiente esquema sintetiza la organización del sistema sanitario público.



6.4.3 Las diferentes divisiones de mando de un hospital.

En cuanto a la organización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios encabezada por la Consejería de Salud, como órgano gestor máximo de las Comunidades Autónomas en el ámbito sanitario, tiene encomendada la función de componer un Servicio de Salud que provea de todos los servicios planificados en la cartera de servicios de la Comunidad Autónoma. Asimismo, en lo referente al territorio, cada comunidad se divide en Áreas de Salud ofreciendo una cobertura estimada a 200.000 habitantes, fraccionándose estas últimas en zonas básicas de salud, por razón de efectividad y operatividad según se expresó en el anterior epígrafe. Es en este contexto, donde los hospitales juegan un papel fundamental en la política sanitaria de las Administraciones Públicas, siendo la creación de una red integrada de hospitales uno de sus objetivos prioritarios (artículo 66 LGS). Además según establece el artículo 65 LGS, cada Área de Salud deberá contar o estar vinculada a un hospital general, cuyas actividades están orientadas al internamiento clínico, la asistencia especializada y a una labor tendente a complementar la atención primaria en aquellas cuestiones que se requiera.⁸⁶

⁸⁶ BOE, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Una vez introducido de forma breve el marco organizativo comunitario de la sanidad donde los hospitales cobran protagonismo, es preciso proceder al estudio de su composición o estructura organizativa. Para ello, es conveniente prestar especial atención al RD/521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de Salud. Simplemente señalar que en la actualidad lo correcto sería hacer referencia a la gestión del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA en adelante), sin embargo, dicho RD fue publicado en España cuando el INSALUD era el órgano responsable de suministrar las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social a la población, el cual, desapareció reorganizándose sus funciones en el Instituto Nacional de Gestión Sanitario (INGESA, en adelante) en el año 2002.⁸⁷

Cada hospital cuenta con 4 divisiones según dispone el artículo 6 del RD/521/1987:

Gerencia: su existencia está vinculada a una aprobación previa del Ministerio de Sanidad y Consumo atendiendo a las necesidades de cada Área de Salud a la que esté adscrito el hospital correspondiente. Es el Director Gerente quien encabeza la Gerencia del hospital debiendo acometer las siguientes funciones (artículo 7):

- a) La representación del hospital y la superior autoridad y responsabilidad dentro del mismo.
- b) La ordenación de los recursos humanos, físicos, financieros del hospital mediante la programación, dirección, control y evaluación de su funcionamiento en el conjunto de sus divisiones, y con respecto a los servicios que presta.
- c) La adopción de medidas para hacer efectiva la continuidad del funcionamiento del hospital, especialmente en los casos de crisis, emergencias, urgencias u otras circunstancias similares.
- d) Elaborar informes periódicos sobre la actividad del hospital y presentar anualmente la memoria de gestión

⁸⁷ BOE, Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.

Sin dejar de lado a la división médica, de enfermería, de gestión y servicios generales, en el presente epígrafe se pondrá el foco en los servicios de prevención de riesgos laborales. Es necesario partir de la premisa en que la prevención debe estar integrada dentro del campo de actuación de las funciones generales de gestión del centro hospitalario. Desde un punto de vista organizativo, carece de sentido la separación de la gestión de riesgos de la gestión general del hospital, es decir, la dirección del hospital debe apoyar todas aquellas medidas cuyo objeto sea la promoción de la salud y seguridad de los trabajadores hasta tal punto en que exista una responsabilidad de la gestión en línea, donde absolutamente todo el organigrama del hospital conciba que una buena conducta en seguridad forma parte de su responsabilidad personal, donde cada jefe de sección, área y departamento debe tener conocimiento del alcance de sus decisiones con para la seguridad de los trabajadores. Siguiendo esta línea argumental, cabe señalar que los responsables técnicos de seguridad deben ocupar posiciones elevadas y de gran responsabilidad desde un punto de vista jerárquico, salvando las distancias con el director gerente del hospital.⁸⁸

Por lo que respecta a los **servicios de prevención**, pueden ser definidos como “conjunto interdisciplinario de medios humanos y materiales necesario para asesorar al empresario y a los trabajadores y sus representantes de cara a garantizar la adecuada protección de la seguridad y la salud de los trabajadores. El servicio de prevención puede ser propio, en cuyo caso se someterá a una auditoría, o externo, que requerirá una acreditación”⁸⁹. Además, en aquellos casos en los que por razón de tamaño de la empresa cuenten con 50 o más trabajadores se deberá constituir un **Comité de Seguridad y Salud** cuyo objeto será la revisión y consulta tanto regular como periódica de las actuaciones del hospital en materia preventiva (artículo 38.1 Ley de Prevención de Riesgos Laborales, LPRL en adelante) cuya composición estará formada por “por los Delegados de Prevención, de una parte, y por el empresario y/o sus representantes en número igual al de los Delegados de Prevención, de la otra”⁹⁰ (artículo 38.2 LPRL) cuyas funciones y competencias vienen reguladas en este mismo texto normativo, sin embargo, el presente trabajo únicamente

⁸⁸ HERNANDEZ CALLEJA, Ana, GUARDINO SOLÁ, Xavier; *Condiciones de trabajo en centros sanitarios*, ISBN: 84-7425-546-5, 2001, Barcelona. Pp. 11-15.

⁸⁹ *Ibidem*, pp. 16-17.

⁹⁰ BOE, Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

pretende ilustrar el organigrama de un hospital y, en concreto, el ámbito de la gestión de los riesgos laborales desde un punto de vista organizativo.

6.5 Las modalidades de gestión de los hospitales: gestión directa e indirecta.

Desde principios del presente siglo, tanto el Real Decreto-ley relativo a las nuevas formas de gestión (RDNFG, en adelante) como la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, su contenido comienza a adoptar una línea de actuación tendente a adaptar el modelo sanitario a la actual situación de descentralización en aras de reforzar el principio de solidaridad, equidad, eficiencia y participación social. Una de las reformas más significativas a nivel de comunidades autónomas fue la separación entre la financiación, compra y provisión de servicios, dotando a las mismas de mayor autonomía de gestión. A su vez, desde una perspectiva de los recursos humanos de los hospitales, delimitar cada una de las formas de gestión permite tener un conocimiento del régimen legal al que deben ajustarse, ya sea por ejemplo el derecho laboral en aquellos hospitales gestionados directamente por sociedades mercantiles públicas o por el régimen estatutario, sin perjuicio de poder aplicar el régimen laboral o funcionarial, en las fundaciones públicas sanitarias. Este tipo de cuestiones se desarrollarán en los siguientes párrafos, incidiendo de forma especial en la gestión de los recursos humanos en cada uno de los diferentes modelos existentes, procurando dar una visión de los órganos responsables encargados de la gestión y los regímenes legales a los que deben ajustarse. Todo ello con un fin instructivo, orientado a construir los cimientos de aquellas acciones que tengan por objeto la indemnización o el resarcimiento de un daño ocasionado en el centro de trabajo (hospital) como consecuencia de una gestión deficiente en la evaluación y análisis de los factores riesgos en el entorno laboral en cuestión, esclareciendo el sujeto de derecho o ente empleadora concreta a la que dirigirse en cada modelo de gestión y el ordenamiento jurídico en el que apoyarse.⁹¹

⁹¹ BOE, Exposición de Motivos de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, núm. 128.

Siguiendo la clasificación que ofrece Javier Cabo Salvador en su obra *Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada*⁹², se puede observar la existencia de dos grandes grupos en los que es posible incluir todas las modalidades de gestión pública de la sanidad. Por un lado, es preciso señalar la gestión directa, donde la Administración pública presta todas las asistencias incluidas en la cartera de servicios ya sea directamente o por medio de una persona jurídica interpuesta y, por otro lado, la gestión indirecta donde el sector privado cobra un papel importante al ser el encargado de la producción del servicio público independientemente de la existencia o no de un fin lucrativo, haciendo uso la Administración pública de los tipos de contratación externa dispuestos en el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas (TRLCAP, en adelante), Ley 53/1999 o en la misma LGS de 1986, para mantener la provisión del servicio público.

Por lo que respecta a la **gestión directa**, se pueden observar las siguientes modalidades⁹³:

- a) Gestión directa por organismos autónomos de carácter administrativo: son entidades de derecho público creadas por Ley, ostentan personalidad jurídica y patrimonio propio, actuando en régimen de descentralización administrativa y sus funciones son la organización y administración de los servicios públicos, fondos adscritos, bienes y actividades. Esta modalidad fue derogada por la LOFAGE en el marco de la Administración General del Estado, sin embargo, vigente a nivel comunitario como es el ejemplo del Servicio de Salud Andaluz (Ley 2/1998 de Salud de Andalucía⁹⁴).
- b) Gestión directa por entes de derecho público: este tipo de gestión ofrece un gran abanico de actuación, debido a que la regulación de dichos entes públicos dependerá de la norma por la que han sido creados. Por lo que respecta a los recursos humanos se someterán al derecho privado laboral sin perjuicio que la Ley

⁹² CABO SALVADOR, Javier. *Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada (Capítulo IV: Fórmulas jurídicas y nuevas herramientas y formas de gestión en la organización sanitaria)*. ISBN: 978-84-454-1994-6, Editorial Centro de Estudios Financieros, julio de 2010, Madrid. Pp.167-186.

⁹³ Ídem.

⁹⁴ BOE, Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, núm. 185.

de creación disponga la posibilidad de ajustarse al régimen funcional o estatutario. Tienen personalidad jurídica pública y su objeto es la prestación de un servicio público o de autoridad. Un ejemplo de esta modalidad de gestión es el Servicio de Salud Catalán, donde el ente público lleva a cabo la ordenación y regulación de los servicios sanitarios (Ley 15/1990 de Ordenación Sanitaria⁹⁵).

- c) Gestión directa por consorcios: son organismos con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyo origen deriva entidades públicas o privadas de naturaleza territorial o institucional. En cuanto a la regulación mínima a la que deben someterse es el artículo 7 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común⁹⁶, reglamentos de servicios de Régimen Local, artículo 87 Ley de Bases de Régimen Local⁹⁷, artículo 110 del RD/781/1986 de Régimen Local⁹⁸. Una vez definidos los estatutos según se estime, se puede adoptar cualquier tipo de gestión de los servicios y recursos, existiendo incluso la posibilidad de una adjudicación a un arrendatario o concesionario. Un ejemplo de esta modalidad de gestión es el Consorcio Hospitalario de Barcelona.
- d) Gestión directa por fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/1994 (fundaciones en mano pública): Son organizaciones que ostentan personalidad jurídica creadas por personas físicas o jurídicas independientemente de su naturaleza pública o privada, con un fin caracterizado por no existir ánimo de lucro, donde el 70% de los ingresos debe ir destinado a actividades fundacionales. En cuanto a estructura de gestión, se crean órganos denominados patronatos que jerárquicamente encabezan la misma, otorgando la faceta de control al Ministerio de Sanidad. Dejando a un lado cuestiones como la gestión financiera o contratación de obras, bienes y servicios, es necesario poner el foco en la gestión de los recursos humanos, los cuales, se regirán en esta modalidad por el derecho privado laboral y

⁹⁵ BOE, Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria, núm. 197.

⁹⁶ BOE, Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, núm. 285.

⁹⁷ BOE, Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, núm. 80.

⁹⁸ BOE, Real Decreto Legislativo 781/1986, de 18 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes en materia de Régimen Local, núm. 96.

la gestión de los mismos vendrá determinada por los estatutos. Un ejemplo es la Fundación Hospital de Alcorcón.

- e) Gestión directa por sociedades mercantiles públicas: es preciso comenzar aludiendo que no son organismos administrativos pese a que la titularidad pertenece a la Administración Pública. Por tanto, son sociedades mercantiles propiedad del Estado o algún organismo público y por ende, no existe una relación orgánica entre ambas partes, siendo un mero contrato de naturaleza mercantil donde el Estado tiene la condición de propietario. Por lo que respecta a la gestión de los recursos humanos, estará sujeta a lo dispuesto en los estatutos sociales y el personal se someterá al derecho laboral. No obstante, dichos organismos por la Ley de Sociedades Anónimas, Ley de Sociedades de Responsabilidad Limitada y por el Código de Comercio. Un ejemplo de este tipo de gestión es el organismo denominado Alta Tecnología Sanitaria en el País Vasco.
- f) Gestión directa por sociedades estatales: En primer lugar, las sociedades estatales han sido definidas por lo general a través de leyes presupuestarias, no obstante, la Ley de Presupuestos Generales vigente acude al artículo 166 de la Ley de Patrimonio de las Administraciones Públicas, donde establece que son aquellas sociedades en las que la participación, tanto directa como indirecta en su capital social, por parte de las entidades que integran el sector público estatal, sea superior al 50%. El objeto social de este tipo de entidades en materia de salud, no es otro que la gestión y la administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios. En lo referente a la gestión de los recursos humanos, es preciso guiarse por lo que se establezca en sus estatutos sociales, ajustándose en líneas generales al ordenamiento jurídico privado tanto el personal como las sociedades, salvo aquellas que su forma jurídica sea Sociedad Anónima, donde entra en juego la Ley de Patrimonio de las Administraciones Públicas, en especial, su Título VII⁹⁹.

Dentro de **la gestión indirecta**, se pueden observar las siguientes modalidades:

- a) Conciertos: son una fórmula jurídica que venía integrada en la normativa de Contratos del Sector Público, en concreto, dentro de la clasificación de contratos de gestión de servicios público. Asimismo. Es la LGS quien optó por esta técnica en el

⁹⁹ BOE, Ley 33/2003, de 3 de noviembre, del Patrimonio de las Administraciones Públicas, núm. 264.

ámbito de la Sanidad, con el fin de contratar empresas de naturaleza pública o privados para la provisión del servicio público sanitario. La necesidad garantizar y aumentar la efectividad de los citados servicios sanitarios por parte de la Administración Pública, constituye el origen de la técnica del concierto, al procurar valerse de forma indirecta de establecimientos, instalaciones, medios personales y entidades dedicadas a una actividad análoga al objeto del servicio público.¹⁰⁰Volviendo al contenido de la LGS, conforme a su artículo 90.1, establece que el objeto del concierto es la prestación de los servicios sanitarios con medios ajenos, con la única premisa de valorar en primer lugar los medios o recursos con los que cuenta la Administración Pública, antes de recurrir al concierto en aras de “una utilización óptima de los recursos sanitarios propios”¹⁰¹. En cuanto a los criterios de selección de las entidades susceptibles de obtener un concierto, la ausencia de ánimo de lucro otorga una cierta prioridad, siempre y cuando, exista un equilibrio entre costes, eficacia y calidad en los servicios que puedan ofrecer (artículo 90.2 LGS). No se puede dejar de lado, la preceptiva homologación, como exigencia previa a la concertación, siguiendo los protocolos definidos por la Administración Pública, el cual, será sometido a un control periódico (artículo 90.5 LGS). En la actualidad, con la vigente Ley de Contratos del Sector Público de 2017¹⁰², da lugar a un escenario controvertido, en el que por un lado, se puede entender derogada la figura del concierto o por otro lado, permanecer a nivel de normativa sectorial. Es cierto que con la nueva regulación se derogó la clasificación denominada contratos de gestión de servicios, donde los conciertos estaban recogidos, no obstante, cabe la posibilidad de conducir los conciertos a fórmulas no

¹⁰⁰Rodríguez Ramos, María José, 27 julio de 2016, “Aspectos laborales de la asistencia sanitaria pública concertada” Temas laborales; Universidad de Sevilla, pp. 437-440. Véase en: <https://www.juntadeandalucia.es/empleo/carl/carlportal-portlets/documentos?nombre=9c6d85d8-257c-45e4-8330-afd5e6196779.pdf> [consultado en enero de 2021].

¹⁰¹ BOE, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, núm. 102.

¹⁰²BOE, Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, núm. 272.

contractuales previstas en la actual LCSP, como a nivel comunitario se ha hecho.¹⁰³ Por último, en lo referente a las repercusiones jurídico laborales, se puede entender que son aplicables las previsiones relativas a las contrata y subcontratas, en cuestiones de responsabilidad salarial y de Seguridad Social, como de prevención de riesgos laborales, conforme a diversos pronunciamientos de los Tribunales. Cabe señalar que la entidad concertada adjudicataria del servicio público personifica la figura del empresario, guardándose la Administración el poder de inspección y policía en lo referente a la consecución de los objetivos previstos en los pliegos administrativos (donde se establecen las condiciones generales del contrato).¹⁰⁴ Por tanto, el personal de estos centros deberá ajustarse al ordenamiento jurídico privado, es decir, al derecho laboral.

- b) Convenio: es el instrumento jurídico sobre el que se basa este modelo de gestión que permite la colaboración entre las Administraciones Públicas y entidades de naturaleza privada para la prestación del servicio público sanitario, según establece la LGS en sus artículos 66 y 67. En cuanto a la determinación del régimen jurídico de este tipo de gestión indirecta, se puede observar la existencia de dos pilares básicos, como son la vinculación y el convenio singular, sobre los que se asienta. Cuando se habla de vinculación, se hace referencia al proceso de homologación técnica al que deben someterse los centros privados que pretendan formar parte del convenio, el cual, se materializará mediante una resolución administrativa que acredite el cumplimiento de todos los requisitos técnicos exigible, dando lugar a la inclusión del centro hospitalario a la red de hospitales del sector público. Asimismo, el convenio singular es aquel documento formal en el que deben constar todas las condiciones y parámetros en que el centro sanitario privado debe llevar a cabo la colaboración. Otro aspecto importante de esta figura y que además guarda relación con los recursos humanos, es que el centro sanitario privado que firma el convenio, se someterá al régimen sanitario, administrativo y económico de los hospitales de

¹⁰³Domínguez Martín, Mónica, 21 de marzo de 2019, “Los contratos de prestación de servicios a las personas. Repensando las formas de gestión de los servicios sanitarios públicos tras las Directivas de contratos de 2014 y la Ley 9/2017 de contratos del Sector Público”. Véase en: <http://laadministraciondiala.inap.es/usuarios/noticia.asp?id=1509421> [consultado en enero de 2021].

¹⁰⁴Rodríguez Ramos, María José, (Aspectos laborales de la asistencia sanitaria...).Op. cit. Pp. 443-444.

naturaleza pública, sin embargo, se exceptúa tanto la titularidad como las relaciones jurídico laborales, preservando su condición privada. Es decir, la relación entre personal y ente empleadora (centro sanitario privado), será la propia de una empresa privada, debiendo ajustarse a los convenios pertinentes o al derecho laboral.

- c) Concesiones: Son un mecanismo de colaboración entre los poderes públicos y los entes de naturaleza privada, encomendándose a estos últimos la realización de actividades de titularidad y competencia pública, respetando el mando de dirección de la Administración Pública como órgano titular de las mismas. Este tipo de contrato en anteriores previsiones legales era calificado como un contrato de gestión de servicios públicos, no obstante, la vigente Ley 9/2017 hace referencia a esta figura contractual bajo el nombre de Contrato de Concesión de Servicios en su artículo 15, definiéndolo como “aquel en cuya virtud uno o varios poderes adjudicadores encomiendan a título oneroso a una o varias personas, naturales o jurídicas, la gestión de un servicio cuya prestación sea de su titularidad o competencia, y cuya contrapartida venga constituida bien por el derecho a explotar los servicios objeto del contrato o bien por dicho derecho acompañado del de percibir un precio”¹⁰⁵ donde es conveniente subrayar la aparición de un elemento diferenciador respecto a anteriores previsiones de este contrato, que es la asunción por parte del concesionario del riesgo operacional como consecuencia de la explotación de los servicios sanitarios de índole pública. Asimismo, es preciso continuar señalando una serie de características propias de la concesión administrativa que la distingue de otras figuras. Por un lado, en un contexto relativo a los hospitales, su titularidad corresponderá al ente público, es decir, la Administración será la encargada de suministrar medios y recursos de naturaleza pública a la empresa privada, quien accede a la explotación y gestión del hospital como contrapartida al pago de un precio por parte de los poderes públicos. Esta circunstancia la diferencia del convenio (donde los hospitales vinculados mantendrán la titularidad privada, debiendo ser el empresario quien desembolse el capital necesario para la creación y puesta en funcionamiento del servicio sanitario)

¹⁰⁵ BOE, Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, núm. 272.

y del concierto (aquí no se produce una transferencia de los centros concertados hacia una titularidad pública).¹⁰⁶ Por otro lado, dentro de la figura de la concesión se puede distinguir dos subtipos, la concesión administrativa y el modelo private finance initiative (PFI, en adelante), cuya principal diferencia es el alcance de los servicios que las empresas privadas tienen derecho a explotar, limitándose el modelo PFI a aquellos de índole no clínicos, otorgándose el resto a la concesión administrativa. Un ejemplo significativo en España de la gestión indirecta por medio de concesiones administrativas fue el denominado modelo Alzira, donde se adjudicó a una Unión Temporal de Empresas (UTE, en adelante) todo lo referente a la atención especializada del Servicio Valenciano de Salud. En un primer momento, el contenido del contrato disponía una duración de 10 años con la posibilidad de otros 5 prorrogables, sin embargo, en el transcurso de 4 años desde que comenzó su funcionamiento los resultados financieros mostraban una tendencia negativa acumulándose 5.24 millones de euros de pérdidas, dando lugar a una renegociación de la condiciones contractuales que implicó la renuncia de la UTE a la concesión inicial, para firmar con posterioridad un segundo contrato concesional con mejores condiciones financieras donde se incluyó la atención primaria a la cartera de servicios asistenciales que debía ofertar dicha UTE (Unión Temporal de Empresas), durante 15 años prorrogables en otros 5. Este caso tuvo gran repercusión debido a que en líneas generales fue el principal precursor de esta modalidad de gestión de los servicios públicos sanitarios, dando el pistoletazo de salida hacia una tendencia de externalización del núcleo duro de la actividad sanitaria, por ello todas aquellas concesiones administrativas donde la Administración pública encomienda la gestión y explotación de las actividades tanto de índole clínica como no clínica a entidades privadas, se considera que están siguiendo el modelo Alzira. Respecto a la Comunidad Autónoma de Madrid, que junto a la Comunidad Valenciana encabezan la adopción de este tipo de gestión indirecta, simplemente citar como ejemplo similar al anterior, el Hospital de Valdemoro donde únicamente se adjudicó al sector privado la atención

¹⁰⁶ DOMINGUEZ MARTÍN, Mónica, 2013, “Formas de gestión indirecta de los servicios sanitarios y “privatización” de la sanidad pública (especial referencia al plan de medidas de la Comunidad de Madrid)”.Revista jurídica universidad autónoma de Madrid. N° 27, 2013-I. Pp. 111-142.

especializada por un período de 30 años.¹⁰⁷ Por lo que respecta al régimen jurídico de los recursos humanos, deberán guiarse por las relaciones jurídico laborales presentes en el sector privado, es decir, se regularan por convenio el colectivo pertinente y las políticas laborales se caracterizan por su gran plasticidad, permitiendo flexibilidad en materia de salarios, incentivos y desarrollo de una carrera profesional. Por tanto, el ente empleadora responsable de dicho personal será la empresa privada.

- d) Entidades de base asociativa (EBA): en líneas generales se podría definir como un modelo de gestión basado en la participación de profesionales sanitarios cuyo objetivo es la prestación de servicios sanitarios de Atención Primaria. Por lo que respecta a la normativa aplicable, es preciso señalar la configuración legal de este tipo de gestión indirecta por medio de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, la cual, establece la separación entre financiación y provisión del servicio sanitario. Será el Servei Català de Salut (SCS, en adelante) el encargado de financiar, planificar y evaluar los servicios de salud, mientras que la gestión y provisión será encomendada a entidades de titularidad pública o privada independientemente de su forma jurídica. Las EBA deben tener personalidad jurídica propia y ajustarse a las siguientes formas jurídicas: sociedad anónima, sociedad laboral, sociedad limitada, sociedad laboral de responsabilidad limitada o cooperativa. En cuanto a la composición, deben estar formadas total o mayoritariamente por profesionales sanitarios que deben prestar sus servicios a la misma, suscribiendo el 51% del capital social, no siendo posible que un socio pueda tener una participación superior al 25%. El 49% restante, debe estar conformado por personas jurídicas cuyo objeto social debe estar orientado a la gestión y provisión del servicio sanitario. En este modelo de gestión se busca la incorporación de profesionales con el fin de llevar a cabo políticas de gestión propias de la empresa privada que permita lograr mayor eficiencia del sistema, es decir, valerse de los beneficios organizativos del sector privado y a su vez, ajustarse al Plan de Salud emitido por el SCS orientado a que provisión siga la política sanitaria definida y se adecue a las demandas y necesidades de salud de la población ubicada en la Zona Básica de

¹⁰⁷ Martín Martín, José Jesús, 2013, “Formas directa e indirecta de gestión institucional en centros y servicios sanitarios”. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. Véase en: http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500622&dsID=n5.4_formas_directas_e_indirectas_de_gesti__n.pdf [consultado en enero de 2021].

Salud, extrayendo aquí los beneficios del sector público. Por último, en cuanto al régimen jurídico de los recursos humanos la EBA se compromete a que los salarios de los profesionales sanitarios vinculados a la misma no sean inferiores al existente en el sector público en atención de la función y categoría profesional. Un matiz que es conveniente señalar es que en este tipo de entidades no se tiene en cuenta en el momento de contratar la antigüedad del profesional en el sistema sanitario. Por tanto, las relaciones jurídico-laborales estarán vinculadas a lo dispuesto en el derecho privado, siendo el ente empleador la entidad privada con independencia de la forma jurídica que adopte. No obstante, aquellos médicos provenientes del sistema sanitario público que participen en el capital social, este modelo facilitara el retorno automático a la situación laboral previa durante el período de 3 años.¹⁰⁸

7 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DURANTE LA PANDEMIA.

En el contexto actual de crisis sanitaria, económica y social derivada de la COVID-19, se ha puesto en jaque los pilares básicos sobre los que se asentaba la gestión de la prevención de riesgos laborales hasta el momento. Ya se observó que durante la fase aguda de la pandemia, los Estados se vieron obligados a adoptar medidas de una magnitud inimaginable en épocas recientes, no solo desde una perspectiva económica, social y de libertades individuales, sino que también se vieron afectadas y modificadas la concepción de mercado laboral, relaciones laborales y formas de trabajo. Un bloqueo prolongado de la economía de un Estado con el fin de hacer frente al virus SARS-CoV-2 es una estrategia que no se puede sostener a medio o largo plazo, por ello es necesaria una actualización de las políticas orientadas a la seguridad y salud en el trabajo tendentes a un retorno seguro de la actividad laboral. Ante esta situación el Ministerio de Trabajo y Economía Social en colaboración con el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) y el Centro Nacional de Médicos de Protección (CNMP), desde el mes de febrero han

¹⁰⁸Ledesma Castelltort, Albert, 2005, “Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros”. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI; Vol.3. Núm.3. Pp. 73-81.

publicado numerosas guías, protocolos y documentos divulgativos con el fin de dotar de un conocimiento a la sociedad respecto a la evaluación de los riesgos y métodos de actuación en los diferentes sectores.¹⁰⁹

En este epígrafe, por razón de acotar la materia objeto de estudio, se ceñirá a aquellos documentos denominados “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-COV-2” emitidos y actualizados por el Ministerio de Sanidad, cuya primera edición tuvo lugar el 28 de febrero de 2020, y la última el 21 de diciembre de 2020. La principal causa que motivaba las sucesivas publicaciones de este tipo de documentos era la capacidad de conocimientos que se iban adquiriendo con para la enfermedad según iban transcurriendo los meses. No obstante, más allá de las guías, recomendaciones y protocolos emitidos como consecuencia de la pandemia, es preciso señalar que el velar por la seguridad e higiene en el trabajo a través de políticas de protección de la salud de los trabajadores en el marco de su centro de trabajo es un mandato constitucional dirigido a los poderes públicos mediante el artículo 40.2 CE. Asimismo, es necesario hacer referencia a la legislación básica sobre prevención de riesgos laborales, como es la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales cuyo objetivo es “la determinación de un cuerpo básico de garantías y responsabilidades para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores, frente a riesgos derivados de las condiciones de trabajo, y ello en el marco de una política coherente, coordinada y eficaz de prevención de los riesgos laborales”¹¹⁰. A su vez, en el ámbito laboral, por un lado, el Estatuto de los trabajadores reconoce el derecho a la integridad física y a una adecuada política de prevención de riesgos laborales, con arreglo al artículo 4.1 apartado d] y 19¹¹¹ y, por otro lado, conforme al artículo 14 apartado l] del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de

¹⁰⁹Pinilla García, Javier, junio de 2020, “Prevención de riesgos laborales frente al COVID-19”. Revista Seguridad y Salud en el Trabajo; Núm. 103. Pp. 5-54.

¹¹⁰ BOE, Exposición de Motivos de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, núm. 269.

¹¹¹BOE, Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, núm. 255.

la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, reconoce a los empleados públicos a “recibir protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo”.¹¹²

En definitiva, todo el contenido de la normativa anteriormente citada, es preciso señalar que su incumplimiento puede dar lugar a la imputación de las Administraciones competentes en el sector público y de los empresarios en el ámbito privado, al constituir la puesta en peligro de los trabajadores y profesionales sanitarios, al no garantizar una protección de su seguridad y salud en el entorno laboral un hecho reprochable. Por tanto, con el fin de completar el estudio objeto de este trabajo, se analizará la derivación de responsabilidades que se puede dar consecuencia de dicho incumplimiento en el siguiente punto.

7.1 Medidas de prevención.

Por lo que respecta a las medidas de índole **organizativa**, se pueden exponer las siguientes¹¹³:

1. Minimizar en la medida de lo posible los contactos físicos entre las personas trabajadoras y, más aún, con los clientes o público que pudiere acceder al centro de trabajo. Para materializar esta separación es necesaria una reorganización de los puestos de trabajo, de la distribución de los espacios, circulación de la personas con el principal objetivo de lograr mantener 1,5 metros de distancia de seguridad.
2. Llevar a cabo políticas laborales tendentes a maximizar el teletrabajo cuando fuese posible y proporcionar opciones de trabajo mixtas.
3. Elaboración de un plan ante el posible crecimiento de bajas laborales del personal o un escenario de aumento del riesgo de transmisión en el lugar de trabajo.
4. Control de aforos y de acceso en las entradas de los locales.

¹¹² BOE, Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, núm. 261.

¹¹³Ministerio de Sanidad, actualización de 21 de diciembre de 2020, “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2”; Madrid, p. 9. Véase en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf [consultado en enero de 2021]

Dentro de las **medidas de protección colectiva**, se pueden distinguir¹¹⁴:

1. Implantar barreras físicas de separación: uso de interfonos, ventanillas, mamparas de metacrilato, cortinas transparentes, etc.
2. Delimitar y mantener distancia en mostradores, ventanillas de atención, etc.
3. Asegurar una correcta ventilación de los lugares de trabajo y espacios interiores.

Por último, hacer referencia a las **medidas de protección personal**¹¹⁵:

El INSST establece que el método de protección más conveniente es la combinación de todas las medidas citadas anteriormente, no solo los Equipos de Protección Individual. En cuanto a los centros sanitarios, además de las medidas habituales, se deben reforzar aquellas que tengan por objetivo minimizar la transmisión respiratoria (aerosoles y gotas) y el contacto físico según para que funciones.

7.2 Marco conceptual.

El escenario de agitación que ha provocado la pandemia junto al deber inminente de adoptar una posición activa por parte de las autoridades sanitarias, frente a los riesgos que supone la COVID-19 para los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones dentro de su puesto de trabajo, es conveniente crear un marco conceptual con el fin de lograr entender de forma precisa el marco de estudio de este trabajo, debido a la adopción de numerosas respuestas de forma sobrevenida y los sucesivos cambios de criterios según se iban adquiriendo conocimientos y experiencia, como consecuencia de la inexistencia de precedentes previos de la citada enfermedad. En concreto, en este epígrafe se procederá a exponer aquellos conceptos y criterios vigentes dispuestos en la última actualización (21 de diciembre 2020) del documento técnico emitido por el Ministerio de Sanidad, en relación con el ámbito de la prevención de riesgos laborales.

¹¹⁴Ídem.

¹¹⁵ Ibídem, p. 10.

En primer lugar, por lo que respecta al término **trabajador especialmente sensible** o vulnerable a la COVID-19, el Ministerio de Sanidad lo define como aquellas “personas con enfermedad cardiovascular, incluida hipertensión, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, insuficiencia renal crónica, inmunodepresión, cáncer en fase de tratamiento activo, enfermedad hepática crónica severa, obesidad mórbida (IMC>40), embarazo y mayores de 60 años”¹¹⁶. La tarea de evaluar este tipo de personal debe ser encomendada al servicio de prevención de riesgos laborales existente en cada centro sanitario, emitiendo un informe sobre prevención, protección y adaptación orientado a este tipo de personal. Además, a través de tabla denominada “Guía de actuación para la gestión de la vulnerabilidad y el riesgo en el ámbito sanitario y sociosanitario”¹¹⁷ disponible en la actualización citada en el párrafo anterior, se diferencian 4 niveles de riesgo en relación a las funciones que puede desempeñar el personal especialmente sensible:

- Nivel de riesgo 1: Similar a riesgo comunitario. Tareas en áreas no COVID, tanto asistenciales como de soporte estratégico.
- Nivel de riesgo 2: Entrada en zonas COVID, tareas con pacientes sospechosos o confirmados, manteniendo la distancia de seguridad y sin actuación directa sobre el paciente, por ejemplo, reparto de comida, limpieza, traslado del paciente, etc.
- Nivel de riesgo 3: Entrada en zonas COVID con asistencia directa a pacientes o intervención directa con casos sospechosos o confirmados, con EPI adecuado y sin mantener la distancia de seguridad, incluida la movilización de pacientes y aseo.
- Nivel de riesgo 4: Profesionales, sanitarios o no sanitarios, que deben realizar maniobras generadoras de aerosoles (RCP, intubación, extubación, etc.)

En función de las enfermedades que padezcan los profesionales, con independencia de su condición de sanitarios o no, el servicio de prevención de riesgos laborales deberá llevar a cabo por un lado, una política de gestión del personal tendente a minimizar los riesgos para su salud y seguridad, estudiando caso por caso de forma individualizada, garantizando su vez el buen funcionamiento del centro sanitario. Por otro lado, es importante analizar el riesgo que supone la infección por COVID-19 para aquellos profesionales en función de las diferentes enfermedades que puedan padecer. Por ello, es imprescindible examinar caso por caso las enfermedades de los profesionales en plantilla, debido a que no se deben

¹¹⁶ *Ibidem*, pp. 10-12.

¹¹⁷ *Ibidem*, pp. 31-15

adoptar las mismas medidas por razón de gravedad ante un supuesto de insuficiencia renal crónica que un cáncer en tratamiento activo, por exponer un ejemplo significativo. Entre las medidas de gestión del personal que se pueden adoptar son las siguientes.

- En primer lugar, aquellas consistentes mantener al trabajador en su actividad laboral habitual, destinadas a aquellos profesionales que pese a la enfermedad que padecen, la infección por COVID-10 no supondría un riesgo mayor para su salud.
- En segundo lugar, aquellas medidas consistentes en la continuación de la actividad laboral, pudiendo el trabajador realizar tareas con exposición a pacientes sospechosos o confirmados por COVID 19, siempre y cuando cuenten con EPIs adecuados, sin embargo, no pueden realizar maniobras generadoras de aerosoles en pacientes COVID.
- En tercer lugar, destinar la actividad laboral del trabajador hacia zonas de trabajo no COVID.
- Por último, adopción de medidas tendentes a un cambio de puesto de trabajo y si fuese preciso, tramitar la incapacidad temporal como trabajador especialmente sensible o de prestación por riesgo de embarazo.

Por otra parte, en cuanto a la definición y clasificación de los casos, se ha observado una progresiva evolución de los criterios a tener en cuenta en función de las evidencias científicas presentes en cada momento, estableciendo la última actualización de 21 de diciembre de 2020 la siguiente clasificación y parámetros¹¹⁸:

Caso sospechoso: Toda persona que presente un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita independientemente de su gravedad que cursa fiebre, tos o sensación de falta de aire. Además se consideran síntomas de índole sospechosa la odinofagia, anosmia, ageusia, etc. No obstante, en aquellos supuestos en los que una persona presente sintomatología compatible con lo citado anteriormente, sin embargo, haya tenido una infección confirmada a través de una PDIA de SARS-CoV-2 en los 90 días anteriores no serán concebidos como sospechosos salvo evidencia clínica. En el caso de los trabajadores de centros sanitarios, como consecuencia de las características de vulnerabilidad del entorno laboral, serán catalogados siempre como sospechosos siempre y cuando presenten sintomatología compatible.

¹¹⁸ *Ibidem*, pp. 12-14.

Caso probable: Por un lado, aquellas personas con “infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de PDIA negativos, o casos sospechosos con PDIA no concluyente” y, por otro lado, aquellos casos con “alta sospecha clínico-epidemiológica con PDIA repetidamente negativa (al menos una PCR) y serología positiva para SARS-CoV-2 realizada por técnicas serológicas de alto rendimiento”.

Caso confirmado con infección activa: aquel supuesto en el que una persona reúne las condiciones clínicas relativas a un caso sospechoso y con PDIA positiva. Asimismo, aquellas personas con un resultado de PDIA positiva en el transcurso temporal de los últimos 10 días y con IgG (Inmunoglobulina G, muestra de sangre realizada con el fin de averiguar si se han producido anticuerpos y por ende, si ha habido contacto con el virus) negativa en el momento actual o no realizada y, además, no presentan síntomas.

Caso descartable: aquel supuesto en el que no existen sospechas de carácter clínico-epidemiológico, apoyándose a su vez en una prueba de detección de infección activa (PDIA, en adelante) y serología por técnicas de alto rendimiento negativas.

7.3 Evaluación de los riesgos.

La evaluación de los riesgos es uno de los pasos fundamentales y previos a la determinación de las medidas de prevención de riesgos laborales. Ante esta circunstancia, serán las empresas quienes deban tomar la decisión final acerca de las medidas a adoptar, debiendo guiarse por las informaciones emitidas por las autoridades sanitarias relativas a la evaluación específica del riesgo de exposición en función de la naturaleza de la actividad. Por ello, el INSST, elaboró una tabla en la que exponía una serie de escenarios cuya variable a tener en cuenta es grado de exposición a la que puedan verse afectados los trabajadores en su centro de trabajo. En la última actualización de 21 de diciembre de 2020 del documento “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2”¹¹⁹ (en adelante se hará referencia a este documento mediante

¹¹⁹Ministerio de Sanidad, actualización del 21 de diciembre de 2020, “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2”; Madrid. Véase en:

la expresión “Actualización” y la fecha correspondiente a la misma) plantea tres tipos de escenarios en virtud del grado de exposición al agente biológico SARS-CoV-2:

Exposición de riesgo: aquí se incluye al personal sanitario asistencial y no asistencial que atiende a casos sospechosos o confirmados de COVID-19, en aquellos supuestos en los que no es posible sortear el contacto estrecho en el centro de trabajo con los mismos. No obstante, conforme fue avanzando la enfermedad, desde marzo se observaron gran número de cambios en cuanto al personal que se debía integrar en esta clasificación denominada “exposición de riesgo”. En concreto, la actualización de este documento técnico del 5 de marzo de 2020 catalogaba también a los técnicos de transporte sanitario (existiendo contacto directo con el trasladado) y a la tripulación de medios de transporte que atienden durante un viaje un caso sintomático procedente de una zona de riesgo, sin poder evitar el contacto estrecho como factor común¹²⁰. En la actualización de 8 de junio de 2020, eliminó del catálogo a la tripulación de transporte sanitario manteniendo el resto como estaba¹²¹.

Exposición de bajo riesgo: cabe señalar al personal asistencial y no asistencial que como consecuencia de su actividad deben entrar en zonas COVID, sin embargo, pueden desempeñar sus funciones respetando la distancia y medidas de seguridad sin que pueda tener lugar una interacción directa con casos sospechosos o confirmados. Asimismo, incluir aquel personal no sanitario que tenga contacto con material sanitario, fómites, desechos posiblemente contaminados y, por último, aquellos cuya función consiste en aportar una

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf [consultado en enero de 2021]

¹²⁰ Ministerio de Sanidad, actualización del 5 de marzo de 2020, “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2”; Madrid, pp. 5-6. Véase en:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Procedimiento_servicios_preencion_riesgos_laborales_COVID-19.pdf [consultado en enero de 2021].

¹²¹ Ministerio de Sanidad, actualización del 8 de junio de 2020, “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2”; Madrid, pp. 6-8. Véase en:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/PreencionRRLC_COVID-19.pdf [consultado en enero de 2021].

ayuda en el domicilio de contactos asintomáticos. Del mismo modo que en el anterior epígrafe, se analizara desde marzo las actualizaciones del personal integrante en esta clasificación. Por un lado, en la actualización del 5 de marzo de 2020 se incluía al personal de laboratorios responsable de las pruebas de diagnóstico virológico, personal sanitario cuya actividad laboral no incluya un contacto estrecho con caso confirmado (celadores, acompañantes de traslado, camilleros, trabajadores de limpieza)¹²². Por otro lado, en el documento técnico actualizado el 8 de abril mantenía el mismo personal con la salvedad que en vez de tener en cuenta únicamente el contacto estrecho con casos confirmado, se suma el de sospechosos¹²³.

Baja probabilidad de exposición: en este apartado se hace referencia al personal sanitario tanto asistencial como no asistencial, cuya actividad es desempeñada en áreas no COVID y con las correctas medidas de prevención de riesgo. Por otra parte, a esta clasificación se suma el personal cuyo trabajo nada tiene que ver con el ámbito sanitario o socio sanitario, no obstante, existe probabilidad de contacto con casos de COVID-19. Retrocediendo de nuevo 5 de marzo de 2020, dicha actualización de este documento técnico disponía dentro de esta clasificación a los “trabajadores sin atención directa al público, o a más de 2 metro de distancia, o con medidas de protección colectiva que evitan el contacto”.

Ante este escenario, el RD/664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra riesgos relacionados con la exposición de agentes biológicos, adopta un papel protagonista dado que su ámbito de aplicación coincide con aquellas actividades de los trabajadores donde son susceptibles de estar o poder estar expuestos a agentes biológicos durante el trabajo y, a su vez, promover la prevención de estos riesgos. En primer lugar, la presente previsión legal establece 4 grupos de agentes biológicos atendiendo a su patogenicidad en el hombre, gravedad, propagación y que exista o un tratamiento con capacidad de combatirla. Los coronavirus generalmente se vinculan al grupo dos, es decir, “aquél que puede causar una enfermedad en el hombre y puede suponer un peligro para los trabajadores, siendo poco probable que se propague a la

¹²² Ministerio de Sanidad, actualización del 5 de marzo, (“Procedimiento de actuación...”). Op. cit. Pp. 5-6.

¹²³ Ministerio de Sanidad, actualización del 8 de junio, (“Procedimiento de actuación...”). Op. cit. Pp. 6-8.

colectividad y existiendo generalmente profilaxis o tratamiento eficaz”¹²⁴ (artículo 3.1 b)]. No obstante, por las características del actual coronavirus podría considerarse del grupo 3.¹²⁵ Una vez llevada a cabo la identificación, se debe continuar con la evaluación de los riesgos, la cual, debe ajustarse a una periodicidad según se vayan produciendo cambios en las condiciones que puedan afectar a la exposición del trabajador al agente biológico en cuestión. De la misma forma, en aquel supuesto en el que un trabajador muestre síntomas de alguna enfermedad relacionada con algún agente biológico y se sospeche que tenga su origen en el centro de trabajo, se procederá a una nueva evaluación y, por último, se deberán seguir las recomendaciones actualizadas emitidas por las autoridades sanitarias (artículo 4). Este texto normativo, se establece la regulación básica acerca de las obligaciones con para los trabajadores del empresario en el contexto de riesgo exposición a agentes biológicos sobre las que no incidirá el presente trabajo de investigación.

7.4 Medios materiales de protección con los que cuentan los trabajadores en centros sanitarios.

Uno de los pilares para el correcto funcionamiento de todo sistema de gestión de riesgos laborales es el contar con los recursos adecuados, tanto humanos como materiales, permitiendo el correcto desarrollo de la acción preventiva. En el presente epígrafe se pondrá el foco en los recursos materiales recomendados por la última actualización de 21 de diciembre de 2020, en concreto, todo lo relativo a los equipos de protección individual necesarios en el entorno laboral de los profesionales que trabajan en centros sanitarios cuyas funciones se puedan catalogar como potencialmente expuestos al manejo de pacientes con sintomatología de infección por coronavirus.

¹²⁴ BOE, Real Decreto Ley 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición de agentes biológicos, núm. 124.

¹²⁵Prilanor (prevención de riesgos laborales), 2020, “Criterio Operativo Sobre medidas y actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social relativas a situaciones derivadas del nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2)”; Véase en: <https://prilanor.com/wp-content/uploads/2020/03/CRITERIO-CORONA-VIRUS-INSPECCION-DE-TRABAJO.pdf> [consultado en enero de 2021].

En primer lugar, comenzar con aquellos materiales destinados a la protección de la vía respiratoria, donde se pueden distinguir varios escenarios en función de la diferente entidad de los factores de riesgo en cada uno de ellos¹²⁶:

- En los supuestos de casos sospechosos o confirmados el protocolo a seguir es el aislamiento domiciliario y la puesta en contacto con el servicio de prevención pertinente. Durante este transcurso de tiempo y hasta ponerse en contacto con un profesional sanitario, el paciente deberá llevar en todo momento una mascarilla quirúrgica o autofiltrante, debiendo respetar la orden UNE-EN 14683:2019+AC:2019. Por tanto, la colocación previa de las citadas mascarillas constituirá la primera medida de prevención.
- En un contexto en el que por las funciones que desempeña el profesional sanitario deba estar en contacto con casos posibles, probables, confirmados se recomienda la utilización de mascarillas autofiltrante tipo FFP2 (debiendo cumplir la normativa UNE-EN 149:2001 +A1:2010) o media máscara compuesta por filtros contra partículas P2 (ajustándose a la normativa UNE-EN 143:2001).
- Por último, en aquellas actividades en las que los trabajadores en centros sanitarios puedan quedar expuestos a concentraciones elevadas de bioaerosoles, se recomienda el “uso por el personal sanitario de mascarillas autofiltrantes contra partículas FFP3 o media máscara provista con filtro contra partículas P3”¹²⁷.

En segundo lugar, en lo referente a los guantes de protección cabe señalar que deben ajustarse a la normativa UNE-EN ISO 374.5:2016, que debido a las características técnicas con las que cuentan son idóneos para funciones en las que se requiere cierta pericia como son las actividades relativas a la atención de personas sintomáticas y de laboratorio, debiendo ser desechados una vez utilizados. Por otra parte, aquellas tareas de limpieza y desinfección de zonas susceptibles de presencia de fómites del agente biológico SARS-CoV-2, es posible la utilización de otro tipo de guantes más gruesos con el fin de evitar roturas.¹²⁸

¹²⁶Ministerio de Sanidad, 21 de diciembre de 2020, (“Procedimiento de actuación para los servicios...”). Op. cit. Pp. 26-29.

¹²⁷ Ídem.

¹²⁸ Ibídem, pp. 29.

En tercer lugar, por lo que respecta a la ropa de protección, se exige su colocación en aquellos supuestos en los que un trabajador determinado pueda verse afectado por una salpicadura de fluidos biológicos o secreciones provenientes de sujetos sintomáticos cuando son examinados o tratados. Este tipo de indumentaria de protección debe respetar la UNE-EN 14126:2004, reguladora de la resistencia a la penetración de microorganismos. En función de diseño o el material, la ropa de protección presentará distintos niveles de hermeticidad y cubrirán distintas partes del cuerpo o su totalidad. Además, se puede disponer de una protección añadida recurriendo a los denominados delantales de protección química pese a que no estén diseñados estrictamente para este escenario, sin embargo, otorgan una protección análoga frente a las citadas salpicaduras. Una vez utilizado este material, se recomienda desecharlo con el fin de evitar cualquier fuente de contagio ante una desinfección defectuosa.¹²⁹

Por último, es necesario hacer referencia a aquellos equipos de protección tendentes a proteger la vía visual. Al igual que sucedía con la ropa de protección, el objetivo de este material es proteger frente a posible escenarios donde exista un riesgo de contaminación ocular o facial a través de salpicaduras o gotas. La previsión normativa a la que deben ajustarse los protectores oculares será la UNE-EN 166:2002 para la protección frente a líquidos, entre los cuales, podemos encontrar por un lado, las denominadas gafas integrales cuya principal característica a tener en cuenta será su hermeticidad y, por otro lado, las pantallas faciales, debiendo revisarse la zona de cobertura que ofrezca al profesional. Adicionalmente, se puede hacer uso de las gafas de montura universal con protección lateral, con el fin de evitar contactos con superficies contaminadas (un ejemplo serían las manos o guantes al pretender corregir la posición ante una incomodidad en la colocación inicial de las mismas). Por último, este tipo de equipos de protección son recomendables en un contexto consistente en actividades asistenciales en las que pueda darse una elevada concentración de aerosoles y, a su vez, en el caso que deba hacerse uso simultáneamente de varios tipos de equipos de protección, es fundamental asegurar la compatibilidad entre los mismo con el fin de no perder la hermeticidad buscada.¹³⁰

¹²⁹ *Ibidem*, pp. 29-30.

¹³⁰ *Ibidem*, pp. 30-31.

Dejando a un lado los aspectos técnicos y las recomendaciones de uso de los equipos de protección individual, es preciso incidir en uno de los temas más controvertidos como es el impacto que la ausencia de equipos de protección y carencia de medidas de prevención ha tenido sobre el personal sanitario desde el inicio de la pandemia. Un elevado porcentaje de los sindicatos, asociaciones y organizaciones de médicos y enfermeras defienden la postura relativa a la notoria falta de protección de los profesionales sanitarios durante toda la pandemia y, en concreto, durante las fases agudas de la misma. Con el fin poner en contexto mediante un ejemplo la posición de los sujetos citados anteriormente, es preciso hacer referencia al “Informe de Médicos Sin Fronteras sobre protección al personal sanitario”, el cual, concluye que la indudable falta de Equipos de Protección Individual, de mecanismos de detección y diagnósticos, falta de formación en el manejo de los pacientes y escasez de personal ha propiciado el alto nivel de contagios entre el personal sanitario. Entre los argumentos sobre los que se basa esta conclusión, alude a testimonios de personal sanitario, al gran número de demandas interpuestas con el objeto de solicitar EPIs, las altas cifras de contagio de los profesionales sanitarios emitidas por el Ministerio de Sanidad.¹³¹

Asimismo, el sindicato de Enfermería (SATSE) llevó a cabo un sondeo a través de diversas encuestas al personal de enfermería que ha trabajado durante la crisis sanitaria con el fin de estudiar y analizar la incidencia del virus, la cantidad y calidad de la protección frente a la COVID-19 y los niveles de reutilización de los EPIs. En atención a los datos recabados por SATSE, dispone que 9 de cada 10 enfermeros/as han mantenido un contacto estrecho con casos confirmados o sospechosos, de los cuales, 3 de cada 10 manifiestan haber padecido síntomas compatibles con la COVID-19. Todo ello implica la infección de 74.000 profesionales en el marco conjunto del Estado y 5.500 de forma grave. En cuanto a la calidad y cantidad de la protección con la que han tenido que desempeñar su actividad en el centro de trabajo, fue valorada con un 3,46 sobre 10, donde es preciso destacar el matiz consistente en que 2 de cada 3 enfermeros/as (67,08%) evaluó los mismos con puntuación muy mala, es decir, de 0 a 4. Otro aspecto importante a tener en cuenta es la formación de los profesionales en el manejo de los EPIs, constituyendo uno de los pilares sobre los que

¹³¹ Médicos Sin Fronteras, 22 de julio de 2020, “informe de Médicos Sin Fronteras sobre protección al personal sanitario”; pp. 1-8. Véase en: <https://www.msf.es/sites/default/files/attachments/informe-msf-sobre-proteccion-al-personal-sanitario-resumen-ejecutivo.pdf> [consultado en enero de 2021].

se debe asentar todo sistema de gestión prevención de riesgos laborales con el fin de evitar cualquier accidente en el centro de trabajo, es decir, la formación y preparación de los profesionales es fundamental. Ante este hecho, el estudio en cuestión señala que 3 de cada 4 enfermeras considera que necesitaría más información y preparación en el manejo de EPIs (76,32%) y más de 1 de cada 3 expresan no haber recibido ningún tipo de formación al respecto. Por último, en lo referente a la reutilización del material de protección, se dispone que las mascarillas FPP-2 y FPP-3 un 77,30% de los enfermeros/as procedieran a reutilizar las mismas, mientras que para las mascarillas quirúrgicas fue de un 61% y para las batas impermeables el porcentaje de reutilización fue del 53,59%.¹³²

A nivel internacional, la OMS mostró su preocupación acerca del peligroso desabastecimiento de los equipos de protección personal del que dependen los trabajadores de la atención sanitaria para evitar infectarse ellos mismos y a sus pacientes a través de un comunicado el 3 de marzo de 2020. En este documento, la OMS expresaba la “grave y creciente interrupción del suministro mundial de equipos de protección personal”, dando lugar a retrasos de varios meses en la entrega de suministros y manipulación generalizada del mercado. Como consecuencia se emitió un mandato a los diversos Estados para aumentar en un 40% la producción por la industria de este tipo de materiales.¹³³

La notoria falta de material de protección personal del personal sanitario se puede deducir incluso en documentos técnicos emitidos por el propio Ministerio de Sanidad, el cual, elaboró una Guía para protección personal (estrategias alternativas en situación de crisis) para aquellos supuestos en los que la continua insuficiencia de EPIs imposibilita a los profesionales sanitarios seguir la recomendaciones marcadas por las autoridades sanitarias. A continuación, en el presente epígrafe se expondrán las alternativas que plantea la citada guía atendiendo a criterios de grado de exposición de los profesionales, el tipo de material sobre el que no haya existencias y vía corporal que se pretenda proteger.

¹³² Nota de prensa de SATSE, 16 junio de 2020, “5.500 enfermeras y enfermeros graves por la COVID-19”; Véase en: <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/5.500-enfermeras-y-enfermeros-graves-por-la-covid-19> [consultado en enero de 2021].

¹³³ Comunicado de la OMS, 3 de marzo de 2020, “La escasez de equipos de protección personal pone en peligro al personal sanitario en todo el mundo”; Véase en: <https://www.who.int/es/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide> [consultado en enero de 2021]

En aquel supuesto en el que haya insuficiencia de mascarillas FFP-2 Y FFP-3 (EN 149) o mascarillas con filtros P2 y P3 (EN 140/EN 143), el personal más expuesto más expuesto deberá considerar las siguientes alternativas en el siguiente orden¹³⁴:

1. Utilización de otro EPI de las vías respiratoria (mascaras completas EN 136 más filtros frente a partículas EN 143).
2. Uso extendido de mascarillas autofiltrante, es decir, no quitarse la misma mascarilla ante encuentros repetidos de contacto cercano con diferentes pacientes.
3. Uso de EPI más allá de la vida útil designada por el fabricante, exigiendo al profesional sanitario que vigile que no se haya degradado el material de la mascarilla.
4. Reutilización limitada, es decir, utilizar una misma mascarilla para múltiples encuentros con pacientes pero quitarla con el preceptivo uso guantes después de cada encuentro. Se recomienda la opción de someter a la mascarilla a una temperatura de 70°C durante 30 minutos con el fin de desactivar el virus SARS-CoV-2 logrando una mayor viabilidad en la reutilización.
5. Priorizar el uso por tipos de actividad en función de mayor riesgo de exposición.
6. Utilización de pantallas faciales EN 166.

En el contexto de insuficiencia de guantes de protección frente a microorganismos EN 374-5, se recomienda la utilización de guantes correspondientes al campo de protección química:

1. Guantes PS (EN 455), uso doble según el caso.
2. Doble guante de látex o vinilo, sin certificado CE.

Siguiendo la misma línea de exposición que en los anteriores supuestos, ante la insuficiencia de ropa de protección, al igual que sucedía con los guantes, se recomienda acudir a ropa de protección química, ajustándose al siguiente orden¹³⁵:

1. Bata PS (EN 13795) más delantal químico EPI (PB 4 o PB 3 EN 14605), bata PS (EN 13795) con área resistente a la penetración de líquidos y bata PS más delantal de plástico.

¹³⁴Ministerio de Sanidad, actualización del 8 de junio de 2020, (“Procedimiento de actuación para los servicios...”). Op. cit. Pp. 26-30.

¹³⁵ Ídem.

2. Monos desechables de protección química (tipo 5 o 6).
3. Vestuario de manga larga y delantales o batas de plástico (sector hostelería, sin marcado CE).

7.5 Responsabilidades en la gestión de la prevención de riesgos laborales en el sector sanitario derivas de la covid-19.

Después de haber analizado las medidas en materia de prevención de riesgos laborales y los medios de protección adecuados se abordaran las posibles responsabilidades que se pueden suscitar ante las autoridades sanitarias, órganos de administración, dirección y servicios de prevención laborales de los hospitales y centros sanitarios consecuencia de la pandemia mundial ocasionada por la COVID-19. La responsabilidad en la prevención de riesgos laborales está claramente establecida desde un punto de vista administrativo, penal y civil.

7.5.1 Responsabilidad patrimonial.

En primer lugar, desde un plano de la responsabilidad patrimonial de las administraciones públicas, debiendo indemnizar a aquellos sujetos que hayan visto afectados sus bienes o derechos como consecuencia del normal o anormal funcionamiento de los servicios públicos. No obstante, se establecen una serie de requisitos sobre los que se deben apoyar las acciones para exigir este tipo de responsabilidad, como son los siguientes¹³⁶:

- Existencia de un daño efectivo o perjuicio, siempre y cuando pueda ser evaluado económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.
- El daño o lesión sufrido tiene que derivar del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos sanitarios en una relación directa, inmediata, exclusiva de una causa efecto, sin existencia de elementos que puedan desvirtuar el nexo causal.

¹³⁶ Santa Cruz, María José, 19 febrero de 2021, “La responsabilidad sanitaria ante el impacto del COVID-19”. Véase en: <http://santacruzestudiojuridico.com/la-responsabilidad-sanitaria-ante-el-impacto-del-covid-19/> [consultado en marzo de 2021].

- El daño debe revestir antijuricidad, no solo por no ajustarse a derecho la conducta del autor, sino que también porque el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportarlos.
- Ausencia de elementos de exoneración de responsabilidad, como es la fuerza mayor descrita por el artículo 1105 CC estableciendo que “Fuera de los casos expresamente mencionados en la ley, y de los en que así lo declare la obligación, nadie responderá de aquellos sucesos que no hubieran podido preverse, o que, previstos, fueran inevitables”.

En relación con lo anterior, es importante llevar a cabo un estudio con el fin de analizar con precisión los escenarios en los que puede responder la AGE o las Administraciones de las Comunidades Autónomas. En lo referente al abastecimiento del material de protección adecuado para los profesionales sanitarios, es cierto que tras el 14 de marzo a través del Real Decreto 463/2020, el Ministerio de Sanidad asumió numerosas competencias en materia de salud. No obstante, durante los meses enero, febrero y primera quincena de marzo, las Administraciones concernidas para llevar a cabo estas actuaciones eran las correspondientes a las Comunidades Autónomas. Este último aspecto es clave, ya que durante este período de tiempo, debía haber existido como medida preventiva y de protección cantidades suficientes de medios de protección en stock ante una posibilidad de riesgo siempre existente y, en este caso, advertida como probable e inminente, siendo competente las Administraciones sanitarias de cada Comunidad Autónoma en los términos establecidos en sus respectivos Estatutos de Autonomía y legislación básica del Estado. Con posterioridad al 14 de marzo, el Ministerio de Sanidad asume este tipo de competencias, en concreto mediante el artículo 12 del Real Decreto 463/2020, sin perjuicio de las correspondientes a las Comunidades Autónomas, sin embargo, debían ajustarse a la dirección del mando único de este Ministerio. Por tanto, la notoria incapacidad de suministro de equipos de protección, a partir del 14 de marzo, habría una concurrencia de responsabilidades entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

En definitiva, los profesionales sanitarios deberán acreditar que han sufrido un daño o perjuicio, evaluable e individualizado; la existencia de un nexo de causalidad; desvirtuar la circunstancia de fuerza mayor y por último, el carácter antijurídico de la conducta del autor. Con el fin de refrendar las acciones dirigidas a exigir la responsabilidad patrimonial, cabe destacar un pronunciamiento del Juzgado de lo Social nº5 de Alicante (STC 279/2020) en octubre de 2020, donde de oficio remite a los profesionales sanitarios

afectados a la jurisdicción de lo contencioso administrativo para instar este tipo de responsabilidad por anormal funcionamiento de la administración.¹³⁷

7.5.2 *Responsabilidad penal*

Desde una perspectiva de la responsabilidad penal, establece plenamente este tipo de responsabilidad para aquellos que, “estando legalmente obligados, no faciliten los medios necesarios para que los trabajadores desempeñen su actividad con las medidas de seguridad e higiene adecuadas, de forma que pongan así en peligro grave su vida, salud o integridad física” conforme al artículo 316 CP y de la misma forma contravengan las normas de seguridad establecidas en el manejo de agentes (sustancias, incluidas especialmente las radiactivas y organismos) peligrosos o en cualquier tipo de obra. Más allá de este tipo de delitos tipificados en los artículos 316-318, la Asociación de Médicos afectados por COVID-19, plantean la existencia de delito de lesiones por imprudencia y un delito de prevaricación administrativa.¹³⁸

Por último, es necesario hacer referencia a la responsabilidad civil derivada de delito. En este contexto, resulta aplicable el artículo 120 y 121 del Código Penal relativos a las personas civilmente responsables en defecto de que lo sean criminalmente. El Código civil reconoce las responsabilidades tanto por acto propio como ajeno y la responsabilidad subsidiaria. Por lo que respecta a este último tipo de responsabilidad, el artículo 121 del Código Penal dispone que el Estado, la Comunidad Autónoma, las provincias, la isla y demás entes públicos responden subsidiariamente de los daños causados por los penalmente responsables (...) la lesión sea consecuencia directa del funcionamiento de los servicios públicos “Consiste en la obligación de reparar el daño causado que tiene quien, por dejar de hacer algo, ya sea por culpa o negligencia, cause dicho daño. En relación con el párrafo anterior relativo ámbito penal, cabe señalar según establece el artículo 100 LEcrim

¹³⁷Sentencia del Juzgado de lo Social nº5 de Alicante con fecha 22 de octubre de 2020 (STC 279/2020)

¹³⁸Asociación afectados por COVID-19 Coronavirus, 2020, “Médicos y personal sanitario afectados por las consecuencias del COVID-19”. Véase en: <https://asociacionafectadoscovid19.es/reclamacion-afectados-covid-19-medicos-personal-sanitario/> [consultado en marzo de 2021].

“de todo delito o falta nace acción penal, para el castigo del culpable y puede hacer una acción civil para la restitución de la cosa, la reparación del daño y la indemnización de los perjuicios por el hecho punible”¹³⁹. Es una vía cuya finalidad es reclamar una compensación económica, que debe de ser cuantificada según los diferentes grados y parámetros de afectación y perjuicio de cada caso concreto, para paliar las consecuencias, daños y perjuicios derivados de esta situación y de la forma en que ha sido afrontada y gestionada por cada uno de los operadores responsables. Uno de los mayores obstáculos que se pueden encontrar los tribunales para determinar y cuantificar las indemnizaciones es la ausencia actual de plenos conocimientos acerca de las secuelas y efectos lesivos que puede provocar la COVID-19 en cada persona, los efectos a corto, medio y sobre todo a largo plazo.

7.5.3 *Responsabilidad civil.*

Por último es preciso hacer mención de la responsabilidad civil patronal, siendo aquella que puede recaer sobre la empresa o sobre su personal en aquel supuesto en el que un trabajador sufra un daño por accidente laboral. Por tanto, en aquel escenario en el que se dé un accidente de trabajo, el empresario asume una responsabilidad de tipo laboral y objetivo, concretándose en unas prestaciones prefijadas que cubre el seguro obligatorio de accidentes de trabajo. Más allá de esta cuestión, puede dar lugar a reclamaciones al empresario destinadas a solicitar una indemnización por los daños sufridos en relación a la responsabilidad por culpa, si medió ésta en el accidente. Como fundamento legal, es preciso señalar el artículo 97.3 de la Ley General de Seguridad Social “Cuando la prestación haya tenido como origen los supuestos de hecho que impliquen responsabilidad criminal o civil de alguna persona, incluido el empresario, la prestación será hecha efectiva, cumplidas las demás condiciones, por la Entidad Gestora o Mutua Patronal, en su caso, sin perjuicio de aquellas responsabilidades. En estos casos, el trabajador o sus derecho habientes podrán exigir las indemnizaciones procedentes de los presuntos responsables criminal o civilmente”¹⁴⁰. La exigencia de este tipo de responsabilidad se debe tener en cuenta el

¹³⁹ BOE, Ley de Enjuiciamiento Criminal.

¹⁴⁰BOE, Ley General de Seguridad Social.

artículo 1902 y 1903 CC, destacando que el empresario está sujeto a la misma tanto por hechos propios como por aquellos realizados por sus dependientes en lo referente al ejercicio de funciones de mando debiendo velar por el cumplimiento de las normas de seguridad e higiene en el trabajo y de las medidas para evitar daños.¹⁴¹ Del mismo modo, hacer referencia al artículo 1101 CC, relativo a las posibles derivaciones de responsabilidad civil ante posibles incumplimientos contractuales. Uno de los efectos desde la perspectiva jurídica que está teniendo la pandemia es inicio de un gran alud de acciones en el sectores, donde gran parte de las pretensiones objeto de las reclamaciones interpuestas por el personal sanitario contra las autoridades sanitarias competentes, tanto la AGE como las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, versan sobre la vulneración de los artículos 4.4, 14, 15, 17 y 21 de la Ley de prevención de riesgos laborales, poniendo el foco principalmente en el incumplimiento de las obligaciones y deberes del empresario ante un riesgo grave e inminente y en la adopción de medidas relativas a la dotación de equipos de trabajo que garanticen la salud y seguridad de los trabajadores. En función de la titularidad pública o privada de los centros sanitarios y hospitales, como se analizó en puntos anteriores, se observarán diferentes previsiones normativas a la que estarán sujetas las partes, no obstante, en materia de prevención de riesgos laboral, será la jurisdicción Social la competente para el conocimiento del cumplimiento de las obligaciones legales y convencionales en materia de prevención de riesgos laborales, y para conocer de la impugnación de las actuaciones de las Administraciones Públicas en dichas materias respecto de todos sus empleados, sean éstos funcionarios, personal estatutario de los servicios de salud, o personal laboral, conforme lo dispuesto en el art. 2. e) de la LRJS.

7.6 Resoluciones recaídas durante la pandemia relativas a la gestión de riesgos con para el personal sanitario.

Desde que el 30 de enero se declarase por parte de la OMS que la propagación de la COVID-19 a escala mundial constituía una situación de emergencia de salud pública, comenzaron a observarse los primeros indicios relevantes hacia lo que posteriormente desencadenaría en una pandemia mundial. Es un hecho notorio que el escenario originado

¹⁴¹ Lorenzo Macifan, Manuel, 2014, “La responsabilidad civil de explotación y patronal”. Véase en: <https://www.coplefc.com/intranet/files/2014%20article%20rc%20patronal.pdf> [consultado en marzo de 2021]

por dicha enfermedad ha trastocado los cimientos a nivel social, político, económico y sanitario sobre los que se sustentaba la sociedad actual y, por tanto, se prevé que todos aquellos sujetos que hayan sufrido daños o perjuicios a nivel personal o un menoscabo patrimonial consecuencia de los efectos de la COVID-19 como denominador común en todos estos casos, planteen las reclamaciones oportunas si consideran que se ajustan a Derecho. En el presente trabajo, únicamente se abordarán aquellas acciones relativas a la gestión de prevención de riesgos con para los profesionales sanitarios, debido a que es indudable que es uno de los sectores que ha desempeñado una labor fundamental para combatir la pandemia, no obstante, a su vez ha sido uno de los principales perjudicados por los efectos de la misma.

Ante el inmediato aluvión de demandas presentadas por asociaciones, sindicatos, agrupaciones de profesionales sanitarios, ya se pueden observar algunos pronunciamientos de determinados tribunales al respecto, donde no existe una homogeneidad en la respuesta de los mismos. Antes de acometer el contenido de estas resoluciones es preciso enumerar y analizar en primer lugar las principales pretensiones dirigidas a los tribunales independientemente de la parte actora del proceso. Señalar brevemente, que a continuación se expondrán en líneas generales una recopilación de las pretensiones donde se puede englobar gran parte de las demandas dirigidas contra las autoridades sanitarias, administraciones empleadoras tanto de carácter público como empresas privadas.

- **PRETENSIÓN PRIMERA:** exponen que las administraciones empleadoras demandadas han vulnerado el derecho de los trabajadores y empleados públicos, en concreto el artículo 14, 15, 17 y 21 LPRL y el artículo 43.1 CE relativo a la protección de la salud de los trabajadores.
- **PRETENSIÓN SEGUNDA:** se solicita la condena de las administraciones públicas empleadoras a la obligación de hacer y de medios, es decir, proporcionar EPIs y reponerlos cuando sea necesario.
- **PRETENSIÓN TERCERA:** se impugna la actuación de la Administración que por deficiencia o insuficiencia, conduce a la lesión de derechos fundamentales. Por tanto, se entiende que la AGE ha incumplido el artículo 12.4 del RD/463/2020, por no haber suministrado el material de protección necesario a los profesionales sanitarios, suponiendo un riesgo serio para la salud y la vida.
- **PRETENSIÓN CUARTA:** solicitud de medidas cautelarísimas cuyo objeto era el suministro inmediato de material de protección a los profesionales sanitarios.

En relación con la pretensión primera y segunda, en la sentencia 183/2020 del Juzgado de lo Social Único de Huesca del 24 de junio de 2020, por un lado declaró “que las Administraciones empleadoras demandadas han incumplido sus obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales por no suministrar los equipos de protección individual al personal sanitario, en concreto, los funcionarios, personal estatutario y personal laboral, del Grupo de clasificación A, Subgrupos A1 y A2 (ámbito de representación del actor) de la provincia de Huesca”¹⁴² por otro lado, condenó al restablecimiento de los derechos afectados y suministro de material adecuado conforme “riesgos de exposición ante el agente biológico virus SARS-CoV-2 y el riesgo de contagio o infección desarrollando la enfermedad Covid-19, en el momento que disponga de ellos y en función del grado de exposición al riesgo, en cumplimiento de lo previsto en la legislación de prevención de riesgos laborales”¹⁴³, contenido similar se pueden encontrar en resoluciones dictadas en Teruel (STC 60/2020, Juzgado de lo Social Único, con fecha 3 de junio 2020)¹⁴⁴ y Zaragoza (STC 140/2020 del Juzgado de los Social nº 1, con fecha 27 de julio 2020)¹⁴⁵.

Por lo que respecta a la tercera pretensión relativa a la lesión de derechos fundamentales, la sentencia del TS, Sala Tercera de lo Contencioso Administrativo, 1271/2020 con fecha 8 de octubre de 2020, es la más significativa en esta materia. En ella, se estima de forma parcial el recurso contencioso administrativo interpuesto por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, al declarar que “los profesionales sanitarios carecieron de los medios de protección necesarios lo cual supuso un serio riesgo para los derechos fundamentales que les reconoce el artículo 15 en relación con los artículos 43.1 y 40.2 de la Constitución”¹⁴⁶. Este hecho fue reconocido ya a través de los autos dictados por el TS

¹⁴² Sentencia del Juzgado de lo Social Único de Huesca, 24 de junio 2020, (STC 183/2020).

¹⁴³ Ídem.

¹⁴⁴ Sentencia del Juzgado de lo Social Único de Teruel, 3 de junio 2020, (STC 60/2020).

¹⁴⁵ Sentencia del Juzgado de lo Social nº1 de Zaragoza, 27 de junio 2020, (STC 140/2020).

¹⁴⁶ Sentencia del Tribunal Supremo Sala Tercera de lo Contencioso Administrativo, 8 de octubre de 2020, (STC 1271/2020).

de 31 de marzo¹⁴⁷ y 20 de abril¹⁴⁸. En el fundamento de derecho séptimo, se establecen una serie de precisiones muy útiles para entender el estado de la cuestión.

- En primer lugar, establece una precisión temporal, diferenciando los meses de enero, febrero y primera quincena de marzo, donde el abastecimiento de medios de protección a los profesionales sanitarios era competencia de los entes autonómicos, sin embargo, después del 14 de marzo como consecuencia de la instauración del estado de alarma se centralizó el suministro de materiales de esta índole, bajo la dirección ministerial.
- En segundo lugar, este tribunal reconoce como hecho notorio la excepcionalidad de la situación generada por la COVID-19 y por ende, ha podido provocar serias dificultades de abastecimiento de medios de protección en los mercados internacionales. No obstante, del mismo modo, pone de manifiesto la incapacidad del “conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas” de dotar a los profesionales sanitarios de los materiales necesarios para afrontar la pandemia protegidos y así evitar contagiarse y sufrir la enfermedad, sin embargo, es un hecho notorio el alto índice de contagios en este sector y el número de fallecimientos por esta causa.

Con el fin de sintetizar los últimos párrafos, sin dejar de lado la precisiones citadas, este tribunal considera que la cuestión más importante para el enjuiciamiento es el siguiente hecho: “los medios disponibles no fueron los suficientes en los momentos iniciales para proteger debidamente al personal sanitario y, por tanto, la Sala así ha de reiterarlo ya que, insistimos, esa insuficiencia, no sólo la hemos apreciado ya sino que ha sido admitida por las partes y, además, no cuesta esfuerzo relacionarla con la elevada incidencia de la pandemia entre los profesionales sanitarios y, por tanto, en los derechos fundamentales de los que se vieron afectados”.

En lo referente a la pretensión cuarta relativa a la solicitud de medidas cautelares tendentes al suministro inmediato de material adecuado de protección con la mayor brevedad posible, se puede destacar Auto dictado por el Juzgado de los Social nº 31 de Madrid en fecha 25 de

¹⁴⁷ Auto del Tribunal Supremo Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Cuarta, 31 de marzo de 2020.

¹⁴⁸ Auto del Tribunal Supremo Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Cuarta, 20 de abril de 2020.

marzo de 2020¹⁴⁹, donde la parte actora (Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid) solicita medidas cautelarísimas “inaudita parte” en el término de 24 horas en todos los centros de la red de Servicio Madrileño de Salud. El presente tribunal reconoce que quedan acreditados el *fumus boni iuris* y *periculum in mora*, debido a que las medidas preventivas requeridas son las necesarias para la adecuada protección del personal sanitario y el contexto de urgencia es notorio tras la catalogación de la COVID-19 por parte de la OMS como pandemia mundial. Por tanto, se estimó el requerimiento dirigido a la Consejería de Sanidad de Madrid. No obstante, este mismo día un Auto del TS, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección cuarta¹⁵⁰, denegó idénticas medidas cautelarísimas “inaudita parte” solicitadas por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, pese a que se reconoce la situación de emergencia existente, la labor fundamental llevada a cabo por el sector sanitario y la necesidad de equipos de protección adecuados para desempeñar sus funciones, dicho tribunal considera que no “consta ninguna actuación contraria a esa exigencia evidente y sí son notorias las manifestaciones de los responsables públicos insistiendo en que se están desplegando toda suerte de iniciativas para satisfacerla. En estas circunstancias, como hemos dicho, no hay fundamento que justifique la adopción de las medidas provisionalísimas indicadas. Es decir, no se han traído a las actuaciones elementos judicialmente asequibles, los únicos que cabe considerar en el proceso, en cuya virtud deban acordarse sin oír a la Administración.”

Por último, algunos pronunciamientos van más allá de la estimación de las pretensiones anteriormente citadas, como sucede en la STC 279/2020 dictada por el Juzgado de lo Social nº 5 de Alicante, a 22 de octubre de 2020¹⁵¹, donde en el fallo remite a los profesionales sanitarios afectados a la jurisdicción de lo contencioso administrativo para instar responsabilidad patrimonial generada por funcionamiento anormal de la AGE/Comunidades Autónomas integrantes del SNS.

¹⁴⁹ Auto del Juzgado de lo Social nº31 Madrid, 25 de marzo de 2020.

¹⁵⁰ Auto del Tribunal Supremo Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Cuarta, 25 de marzo 2020.

¹⁵¹ Sentencia Juzgado de lo Social nº5 de Alicante, 22 de octubre de 2020, (STC 279/2020).

8 CONCLUSION.

PRIMERO: En relación con lo expuesto anteriormente, cabe concluir en primer lugar, el gran desconocimiento que tenían las instituciones sanitarias, tanto a nivel nacional como internacional, del comportamiento que podía presentar la enfermedad COVID-19 debido a la inexistencia de antecedentes del nuevo coronavirus humano, ya que únicamente se tenía constancia de 6 especies de este virus con la capacidad de afectar a los seres humanos desde 1960, ninguna de ellas comparable a la actual por razones evidentes.

SEGUNDO: entre los factores que inciden en la enfermedad, como resultado de la investigación realizada, poner el foco tanto en la gravedad como la vertiginosa transmisión del virus SARS-CoV-2 que fueron especialmente subestimadas por los numerosos Estados afectados, coincidiendo con la línea argumental de la OMS donde exponía la alarmante inacción de estos como una de las causas principales por la que se vio obligada a catalogar la COVID-19 como pandemia el 11 de marzo de 2020, más allá de los factores inherentes a la propia enfermedad. Como resultado de la investigación realizada, es preciso señalar como efecto negativo fundamental, la capacidad que tiene la COVID-19 no solo de dañar de forma grave la salud de las personas concebidas como un sujeto individual, sino también afectar al sistema a través del colapso de los hospitales. Es esta última cuestión, una de las variables más importante a tener en cuenta al poner en jaque a los sistemas sanitarios, independientemente de su titularidad pública o privada, y como consecuencia aumentar el grado de dificultad en la gestión de los riesgos laborales y de los recursos humanos que conforman los centros sanitarios. En definitiva, aquí se observa una de las cuestiones de fondo objetivo de este trabajo, es decir, como afecta la carencia de conocimientos y experiencia a la evaluación de riesgos sumado a la situación de tensión actual. Según se ha analizado, toda evaluación de riesgos consta de tres pasos, identificación del peligro, medición de los factores de riesgo y valoración del riesgo, donde cobra gran importancia el conocimiento, estudio y experiencia previa de accidentes laborales derivados por ese mismo factor de riesgo, que en este caso sería la COVID-19. En definitiva, ante un novedoso factor de riesgo, hará falta un período de tiempo de investigación tendente a evitar posibles riesgos en el entorno laboral sanitario.

TERCERO: Atendiendo a la cronología de actuación, los informes y recomendaciones emitidas por la OMS desde finales de enero, en concreto desde el 30 de enero, día en el que se declaró situación de emergencia pública, de acuerdo con los principios de la prevención

de riesgos laborales, además de la autoridades sanitarias, todo ente empleador a nivel de gestión interna, los servicios de prevención de riesgos laborales debían haberse situado en una rigurosa posición de prevención, donde debía haber primado el principio de precaución y prevención, con el fin de abordar la cuestión con anterioridad a la producción del daño, más aún cuando era un hecho notorio la falta de precedentes de la enfermedad COVID-19 y por ende, un aumento en la dificultad en la elaboración de estrategias para frenar las consecuencias de la misma

CUARTO: Como resultado de lo anteriormente expuesto, cabe concluir que la COVID-19 desde sus primeros indicios debía haberse considerado riesgo laboral grave e inminente, definido por el artículo 4.4 LPRL “aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores” y, por tanto, haber actuado en consecuencia informando a los trabajadores del peligro y adoptando las medidas e instrucciones necesarias según dispone el artículo 21 LPRL. En definitiva, existe una vulneración de la LPRL en lo que respecta a su artículo 21.

QUINTO: En lo que se refiere a la respuesta normativa de la AGE, se puede vislumbrar tras el estudio realizado una fecha fundamental en cuanto a la gestión de competencias. Tras el RD/463/2020, de 14 de marzo de 2020, por el que se instauró el estado de alarma, tuvo como resultado un mando único identificado en el Ministerio de Sanidad debido a una derivación de competencias al mismo. En relación con lo anterior y en concordancia con la algunos pronunciamientos judiciales, en concreto la sentencia del Tribunal Supremo 1271/2020, considero que es preciso llevar a cabo una precisión temporal, ya que muchas acciones que impugnan la actuación de la Administración General del Estado, entendiendo que ha incumplido el artículo 12.4 del RD/463/2020, de 14 de marzo, por no haber suministrado los medios adecuados de protección a los profesionales sanitarios suponiendo una lesión de los derechos fundamentales al poner en riesgo la salud y vida de este tipo de personal, proyectan dicho incumplimiento también a los meses de enero, febrero y primera quincena de marzo además del periodo relativo al estado de alarma. Por tanto, concluir en cuanto a la reclamación de responsabilidades, que con anterioridad al 14 de marzo, fueron las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas las responsables de suministrar los medios de protección y tras la citada fecha, sin perjuicio de las competencias comunitarias se llevaría a cabo bajo la dirección del Ministerio de Sanidad.

SEXTO: Es preciso continuar con una de las mayores aportaciones que plantea el presente trabajo, como es la elaboración de un marco conceptual de las entidades sanitarias

fundamentales y dar una visión completa de la organización del sistema sanitario público, tanto desde una perspectiva de los diferentes niveles de competencias (Estado y Comunidades Autónomas) como desde un plano territorial (Servicios de Salud, Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud). Asimismo, se contemplan una serie de aspectos más técnicos como es la identificación de cada centro sanitario a través de un Registro por un lado y, por otro, aquellas materias relativas a las autorizaciones de apertura, funcionamiento y cierre de los mismos. El resultado de la investigación en cuestión, pretende dar respuesta al interrogante consistente en identificar en cada supuesto específico quien debe ser la autoridad legalmente competente y responsable a prestar los medios indispensables para que los trabajadores y profesionales en unas condiciones que garanticen su seguridad y salud. A priori puede parecer sencilla dicha labor, sin embargo, según se ha estudiado, el sistema sanitario español se caracteriza por la existencia de un gran conglomerado de Administraciones Públicas, entidades sanitarias de titularidad pública, privada y mixta, una marcada descentralización de la Sanidad consecuencia del Estado Autonómico y, por último, las numerosas formas de gestión, tanto directa como indirecta, de los centros sanitario que puede invocar a la equivocación en algunos supuestos acerca de a que ordenamiento jurídico es necesario ajustarse o que organismo ocupa la posición de garante con para los trabajadores y profesionales sanitarios.

SEPTIMO: Por otra parte, en lo concerniente a la materia de prevención de riesgos laborales, es necesario partir de la premisa establecida por la legislación laboral básica que dispone derecho a la integridad física y a una adecuada política de prevención de riesgos laborales dentro de su articulado. No obstante, la situación actual que atravesamos ha suscitado que gran parte de las medidas tendentes a prevención de riesgos laborales giren alrededor de la COVID-19. Ante este escenario, el Ministerio de Sanidad periódicamente iba emitiendo unos documentos técnicos denominados “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2”, donde establecía conforme a las evidencias científicas disponibles en cada momento las pautas de actuación que debían seguir los empresarios y servicios de prevención correspondientes. Por tanto, como resultado cabe señalar la gran plasticidad que presentaban este tipo de medidas debido al continuo cambio de criterios derivados de la sucesiva adquisición de conocimientos, circunstancia similar a la línea de pensamiento de la primera conclusión.

OCTAVO: En relación con la anterior conclusión, es preciso continuar con una de las cuestiones de fondo que se plantean en el presente trabajo consistente en si realmente los trabajadores y profesionales sanitarios han contado con los equipos de protección individual y medios materiales suficientes que garantizasen su seguridad en el centro de trabajo. Como resultado del análisis realizado, se entiende que ha habido un incumplimiento grave por parte de las autoridades sanitarias competentes respecto a garantizar a garantizar el abastecimiento del material necesario para el correcto funcionamiento del SNS. La línea argumental sobre la que se basa dicha decisión es la siguiente:

- En primer lugar, más allá de los datos significativos relativos a la elevada incidencia de la enfermedad entre los profesionales sanitarios durante la pandemia, el propio Tribunal Supremo (STC 1271/2020, de 8 de octubre de 2020) establece un nexo de causalidad entre la ausencia de medios de protección y los niveles altos de incidencia al expresar que “los medios disponibles no fueron los suficientes en los momentos iniciales para proteger debidamente al personal sanitario (...) y no cuesta esfuerzo relacionarla con la elevada incidencia de la pandemia entre los profesionales sanitarios”. Incluso cabría añadir dos Autos de esta misma Sala en fecha 31 de marzo y 20 de abril, donde aceptan como hecho notorio que el personal sanitario no cuenta con todos los medios necesarios para prestar, debidamente protegido, su trabajo decisivo ante la pandemia del coronavirus.
- En segundo lugar, traer a colación documentos emitidos por el Ministerio de Sanidad, como por ejemplo, aquel relativo a los “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2”, califica al personal sanitario asistencial y no asistencial que atiende un caso confirmado o en investigación sintomático en el grupo de exposición, requiriendo la utilización de componentes de EPI de protección biológica y, en ciertas circunstancias, de protección frente a aerosoles y frente a salpicadura en función de la evaluación específica del riesgo. Por otra parte, exponer el documento denominado “Medidas excepcionales ante la posible escasez de EPI: estrategias alternativas en situación de crisis”, a través del cual se puede observar un síntoma de la falta de material de protección en ciertas fases de la pandemia, refrendando el argumento del incumplimiento mencionado.

En definitiva, cabe señalar que ha existido por un lado, una vulneración de las medidas de seguridad e higiene exigidas legalmente por los artículos 4.2 d) y 19 del Estatuto de los trabajadores, y por otro lado, de los artículos 14, 15, 17 y 21 de la LPRL. Por lo que respecta a la lesión de derechos fundamentales, la línea de exposición del presente trabajo coincide con la estimación parcial realizada por el TS, al entender que la carencia de medios de protección supuso un serio riesgo para los derechos fundamentales que les reconoce el artículo 15 en relación con los artículos 43.1 y 40.2 de la Constitución.

NOVENO: en lo referente a la determinación de responsabilidades, tras el estudio realizado considero que hay muchos factores que pueden incidir en cuanto al buen fin y estimación de las acciones relativas a esta materia. Por un lado, aquellas cuyo objeto sea la solicitud de responsabilidad penal, la mayor dificultad que he observado es el establecer un nexo de causalidad sólido e identificar e individualizar el autor cuya conducta es jurídicamente reprochable. Por otro lado, en cuanto a la determinación de responsabilidad civil, uno de los principales inconvenientes que encontrarán los demandantes será la dificultad de cuantificar la posible indemnización debido al actual desconocimiento de los efectos lesivos, secuelas que puede producir en cada individuo la enfermedad COVID-19 sobre todo a largo plazo. Uno de los cauces más viables para reclamar será la vía de lo contencioso administrativo, incluso el Juzgado de lo Social nº5 de Alicante remite en su dictamen a los profesionales afectados a la mencionada jurisdicción para instar responsabilidad patrimonial generada por un funcionamiento anormal de la AGE y la administraciones comunitarias integrantes del SNS. Por último, en líneas generales este tipo de acciones se encontrarán con el obstáculo del elemento de exoneración de responsabilidad denominado fuerza mayor, no obstante, para desvirtuar el citado elemento, la gran mayoría de las demandas expone un dossier de la cronología relativa al mes de enero y febrero la de actuación de la OMS y de las autoridades sanitarias con el fin de acreditar que eran previsibles los efectos y consecuencias negativas de la COVID-19.

DÉCIMO: tras el estudio realizado cabe señalar que los factores de riesgo psicosociales, entendidos como aquellos derivados de la organización del puesto de trabajo y del hospital, y aquel consistente en la carga de trabajo relativo a aspectos físicos (carga física) y aspectos psíquicos (carga mental), son una parte muy importante dentro de la gestión de la prevención de riesgos, sin embargo, no se incide mucho en ellos, sobretodo en el ámbito psicológico que tanta trascendencia se está observando dentro de los profesionales sanitarios, debido a la saturación, escasez de descansos, la facultad de las autoridades

sanitarias competentes para imponerles servicios extraordinarios entre otros aspectos. En definitiva, es necesario dar un giro importante en este campo a las políticas de gestión de la prevención de riesgos donde se relativizan estos aspectos.

Para finalizar el presente trabajo de investigación, a modo de síntesis definitiva, señalar la importante labor que supone crear una red de seguridad y promoción de la salud de los trabajadores y personal sanitario que constituyen la primera línea de acción frente la COVID-19, la adquisición de conocimientos y experiencia mediante la investigación con la finalidad de que ante nuevas oleadas no vuelva a repetirse lo acontecido durante la fase aguda de la pandemia en el mes de marzo y abril.

9. BIBLIOGRAFÍA.

Anexo I: Documentos Impresos.

- *Artículos:*

Domínguez Martín, Mónica, 2013, “Formas de gestión indirecta de los servicios sanitarios y “privatización” de la sanidad pública (especial referencia al plan de medidas de la Comunidad de Madrid)”. Revista jurídica universidad autónoma de Madrid. N° 27, 2013-I. Pp. 111-142.

Ledesma Castelltort, Albert, 2005, “Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros”. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI; Vol.3. Núm.3. Pp. 73-81.

Pinilla García, Javier, junio de 2020, “Prevención de riesgos laborales frente al COVID-19”. Revista Seguridad y Salud en el Trabajo; Núm. 103. Pp. 5-54.

Polledo, Juan José Francisco, septiembre-octubre de 1997, “El papel de las autoridades sanitarias ante los retos de la salud pública del siglo XXI” Revista española de salud pública; p. 435.

- *Libros y manuales:*

CABO SALVADOR, Javier. *Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada (Capítulo IV: Fórmulas jurídicas y nuevas herramientas y formas de gestión en la organización sanitaria)*. ISBN: 978-84-454-1994-6, Editorial Centro de Estudios Financieros, julio de 2010, Madrid. Pp.167-186.

HERNANDEZ CALLEJA, Ana, GUARDINO SOLÁ, Xavier; *Condiciones de trabajo en centros sanitarios*, ISBN: 84-7425-546-5, 2001, Barcelona. Pp. 11-15.

Anexo II: Normativa.

BOE, Constitución Española, 29 de diciembre de 1978, núm. 31.

BOE, Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio.

BOE, Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid.

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

BOE, Ley 33/2003, de 3 de noviembre, del Patrimonio de las Administraciones Públicas, núm. 264.

BOE, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, núm. 102.

BOE, Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, núm. 272.

BOE, Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

BOE, Exposición de Motivos de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, núm. 128.

BOE, Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, núm. 185.

BOE, Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria, núm. 197.

BOE, Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, núm. 285.

BOE, Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, núm. 80.

BOE, 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.

BOE, Real Decreto-ley 7/2020, de 12 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes para responder al impacto económico del COVID-19.

BOE, Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

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

BOE, 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.

BOE, Real Decreto-ley 7/2020, de 12 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes para responder al impacto económico del COVID-19.

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

BOE, 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.

BOE, Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

BOE, Real Decreto-ley 29/2020, de 29 de septiembre, de medidas urgentes en materia de teletrabajo en las Administraciones Públicas y de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.

BOE, Real Decreto 459/2010, de 16 de abril, por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea.

BOE, Real Decreto-ley 29/2020, de 29 de septiembre, de medidas urgentes en materia de teletrabajo en las Administraciones Públicas y de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.

BOE, Real Decreto-ley 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios

BOE, Real Decreto-ley 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

BOE, Real Decreto-ley 1479/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

BOE, Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.

BOE, Real Decreto Legislativo 781/1986, de 18 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes en materia de Régimen Local, núm. 96.

BOE, Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, núm. 255.

BOE, Real Decreto Ley 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición de agentes biológicos, núm. 124.

BOE, Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria.

BOE, Orden SND/319/2020, de 1 de abril, por la que se modifica la ORDEN SND/232/2020, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

BOE, Orden SND/344/2020, de 13 de abril, por la que se establecen medidas excepcionales para el refuerzo del Sistema Nacional de Salud y la contención de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

BOE, Orden SND/346/2020, de 15 de abril, por la que se acuerda el inicio de plazos para realizar las evaluaciones y la fecha final de residencia o de año formativo de los profesionales sanitarios de formación sanitaria especializada.

BOE, Orden SND/352/2020, de 16 de abril, por la que se modifica la Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

BOE, Orden SCO/3866/2007, de 18 de diciembre, por el que se establece el contenido y estructura del Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.

BOCM, Orden 425/2020, de 31 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en la comunidad autónoma de Madrid.

BOE, Instrucción de 23 de marzo, por la que se establecen criterios interpretativos para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Anexo III: Artículos en Plataformas Online.

Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid, 2020, “Valoración de la Asesoría Jurídica-Penal de AMYTS al auto del Tribunal Supremo sobre nuestra querrela contra la falta de protección de los profesionales durante la Covid-19” Portal web informativo de AMYTS; Madrid. Véase en: <https://amyts.es/valoracion-de-la-asesoria-juridica-penal-de-amyts-al-auto-del-tribunal-supremo-sobre-nuestra-querrela-contra-la-falta-de-proteccion-de-los-profesionales-durante-la-covid-19/> [consultado en diciembre 2020]

Blog AEGON, 14 octubre de 2020, “Etiopatogenia: un concepto clave para el manejo de enfermedades, 14 octubre 2020”. Véase en: <https://blog.aegon.es/salud/etiopatogenia/>

Blog Oficial del Colegio Oficial de Biólogos de la Comunidad de Madrid, 14 abril de 2020 “SARS-CoV-2. Estructura y mecanismo de acción”; Véase en: <https://cobcm.net/blogcobcm/2020/04/14/sars-cov-2-biologia-estructura/>

Díaz Castrillón, Francisco Javier y Toro Montoya, Ana Isabel, 2020, “SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia”; Volumen 24, numero 3, pág. 183-205. Véase en: <https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/268/256> [consultado en noviembre de 2020].

Domínguez Martín, Mónica, 21 de marzo de 2019, “Los contratos de prestación de servicios a las personas. Repensando las formas de gestión de los servicios sanitarios públicos tras las Directivas de contratos de 2014 y la Ley 9/2017 de contratos del Sector Público”. Véase en: <http://laadministracionaldia.inap.es/usuarios/noticia.asp?id=1509421> [consultado en enero de 2021].

Fernández Fernández, Antonio y Vaquera Mosquera, Mercedes, mayo-agosto de 2012, “Análisis de la evolución histórica de la Sanidad y gestión Sanitaria en España” Encuentros Multidisciplinares Revista nº41; Universidad de Extremadura, pp. 1-8. Véase en: http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA41/Antonio_Fern%C3%A1ndez_y_Mercedes_Vaquera.pdf [consultado en diciembre de 2020]

Imperial College London, 26 octubre de 2020, “Estudio: inmunidad de anticuerpos decae “muy rápidamente””; Londres. Véase en: <https://www.dw.com/es/estudio-inmunidad-de-anticuerpos-decae-muy-r%C3%A1pidamente/a-55409369>

Johns Hopkins School of Medicine, 13 de mayo de 2020, “Variation in False-Negative Rate of Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction–Based SARS-CoV-2 Tests by Time Since Exposure”; Baltimore (Maryland). Véase en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7240870/>

Martín Martín, José Jesús, 2013, “Formas directa e indirecta de gestión institucional en centros y servicios sanitarios”. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. Véase en:

http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500622&dsID=n5.4_formas_directas_e_indirectas_de_gesti__n.pdf [consultado en enero de 2021].

Organización Mundial de la Salud, “Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)”; Véase en: <https://www.who.int/emergencias/mers-cov/en/> [consultado en octubre de 2020].

Organización Mundial de la Salud, “Epidemiología”. Véase en: <https://www.who.int/topics/epidemiology/es/> [consultado en octubre de 2020].

Organización Mundial de la Salud, 15 febrero 2021, “Vacunas e inmunización: ¿qué es la vacunación?”; Véase en: https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=Cj0KCQiAs5eCBhCBARIsAEhk4r4TKjDLXvwM40vwoW_tukCx33DL668XWZKYYDSYad2V1DdFkY7gfMUaAllwEALw_wcB

Organización Mundial de la Salud, 2020, “Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19”; Véase en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline> [consultado en octubre de 2020].

Organización Mundial de la Salud, 2020, “Listado de la respuesta de la OMS al COVID-19”; Véase en: <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline> [consultado en octubre de 2020]

Organización Mundial de la Salud, 2020, “Síndrome respiratorio agudo severo (SARS)”; Véase en: https://www.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome#tab=tab_1 [consultado en octubre de 2020].

Organización Mundial de la Salud, 2020, “Zoonosis”; Véase en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zoonoses> [consultado en octubre de 2020]

Organización Mundial de la Salud, 9 de julio de 2020, “Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las precauciones en materia de prevención de infecciones”; Pág. 2. Véase en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333390/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-spa.pdf. [Consultado en octubre de 2020].

Prilanor (prevención de riesgos laborales), 2020, “Criterio Operativo Sobre medidas y actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social relativas a situaciones derivadas del nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2)”; Véase en: <https://prilanor.com/wp-content/uploads/2020/03/CRITERIO-CORONA-VIRUS-INSPECCION-DE-TRABAJO.pdf> [consultado en enero de 2021].

Rodríguez Ramos, María José, 27 julio de 2016, “Aspectos laborales de la asistencia sanitaria pública concertada” Temas laborales; Universidad de Sevilla, pp. 437-440. Véase en: <https://www.juntadeandalucia.es/empleo/carl/carlportal-portlets/documentos?nombre=9c6d85d8-257c-45e4-8330-afd5e6196779.pdf> [Consultado en enero de 2021].

Van Doremalen, N, Bushmaker, T, Morris, DH, Holbrook, M, Gamble, A, Williamson, N, 2020, “Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1”. N.Engl.J.Med. Véase en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmc2004973>. [Consultado en octubre de 2020].

Wei-jieGuan, Zheng-yi Ni, YuHu, Wen-huaLiang, Chun-quanOu, Jian-xing He (...) Lan-Juan Li, 28 de febrero de 2020, “ClinicalCharacteristics of Coronavirus Disease 2019 in China”; N Engl J Med 2020; 382: 1708-1720. Véase en: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2002032>

Zoppi, Lois, 9 de junio 2020, “¿Cuáles son Fómites?” Revista News Medical LifeSciences; Véase en: [https://www.news-medical.net/health/What-are-Fomites-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/What-are-Fomites-(Spanish).aspx) [consultado en octubre de 2020].

Anexo IV: Documentos Técnicos, Informes, Comunicados y Notas de Prensa.

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 31 de diciembre de 2020, “Valoración de la declaración del brote de nuevo coronavirus 2019 (n-CoV) una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)”; España, p. 2. Véase en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/do>

cumentos/Valoracion_declaracion_emergencia_OMS_2019_nCoV.pdf [consultado en enero de 2021].

Comunicado de la OMS, 3 de marzo de 2020, “La escasez de equipos de protección personal pone en peligro al personal sanitario en todo el mundo”; Véase en: <https://www.who.int/es/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide> [consultado en enero de 2021]

Consejo Europeo y Consejo de la Unión Europea, 2020, “Conclusiones del presidente del Consejo Europeo tras la videoconferencia sobre la COVID-19”. Nota de prensa; Véase en: <https://www.consilium.europa.eu/es/press/press-releases/2020/03/10/statement-by-the-president-of-the-european-council-following-the-video-conference-on-covid-19/>

Consejo General Colegio Farmacéuticos, julio de 2020 “Informe técnico coronavirus: COVID-19”; p. 5. Véase en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/Asesoramiento-salud-publica/infeccion-coronavirus-2019-nCoV/Documents/Informe-tecnico-Coronavirus.pdf>

El Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo), 2020, “Informes MoMo”; Véase en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Paginas/Informes-MoMo-2020.aspx> [consultado en noviembre de 2020].

Médicos Sin Fronteras, 22 de julio de 2020, “informe de Médicos Sin Fronteras sobre protección al personal sanitario”; pp. 1-8. Véase en: <https://www.msf.es/sites/default/files/attachments/informe-msf-sobre-proteccion-al-personal-sanitario-resumen-ejecutivo.pdf> [consultado en enero de 2021].

Ministerio de Sanidad y Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias, 28 de agosto de 2020, “Informe científico-técnico: Enfermedad por coronavirus, COVID-19”; p. 6. Véase en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf> [consultado en octubre de 2020].

Ministerio de Sanidad y el de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana, 9 junio de 2020, “El Gobierno aprueba el real decreto que establece las medidas que regirán en la nueva

normalidad” Nota de prensa; Madrid. Véase en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4958> [consultado en diciembre de 2020].

Ministerio de Sanidad, 11 de marzo de 2020, “Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (sars-cov-2)”; Véase en: https://www.coam.org/media/Default%20Files/actualidad/noticias/docs/2020/03_marzo/PrevencionRRLI_COVID-19.pdf

Ministerio de Sanidad, 17 de marzo de 2020, “Medidas excepcionales ante la posible escasez de EPI: estrategias alternativas en situación de crisis”; Véase en: <https://www.mscbs.gob.es/>

Ministerio de Sanidad, 20 de febrero de 2020, “Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19”; Véase en: <https://www.mscbs.gob.es/>

Ministerio de Sanidad, 24 de enero de 2020, “procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (2019-ncov)”; Véase en: <https://www.sociedadandaluzapreventiva.com/wp-content/uploads/Procedimiento-de-Actuaci%C3%B3n-frente-a-casos-de-infecci%C3%B3n-por-el-nuevo-Coronavirus.pdf>

Ministerio de Sanidad, actualización de 21 de diciembre de 2020, “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2”; Madrid, p. 9. Véase en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf [consultado en enero de 2021].

Ministerio de Sanidad, actualización del 5 de marzo de 2020, “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2”; Madrid, pp. 5-6. Véase en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Procedimiento_servicios_prevenccion_riesgos_laborales_COVID-19.pdf [consultado en enero de 2021].

Ministerio de Sanidad, actualización del 8 de junio de 2020, “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2”; Madrid, pp. 6-8. Véase en:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/PrevencionRRLI_COVID-19.pdf [consultado en enero de 2021].

Nota de prensa de SATSE, 16 junio de 2020, “5.500 enfermeras y enfermeros graves por la COVID-19”; Véase en: <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/5.500-enfermeras-y-enfermeros-graves-por-la-covid-19> [consultado en enero de 2021].

Organización Mundial de la Salud, 10 enero de 2020, “orientaciones sobre la prevención y el control de infecciones destinadas a proteger a los profesionales sanitarios”; Véase en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>

Organización Mundial de la Salud, 25 enero 2020, “Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos en los que se sospecha una infección por el nuevo coronavirus (nCoV)”; Véase en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330685/9789240001114-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud, 29 enero de 2020, “Consejos sobre utilización de mascarillas en el entorno comunitario, en la atención domiciliaria y en centros de salud en el contexto del brote de nuevo coronavirus (2019-nCoV)”; Véase en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331397/WHO-nCov-IPC-HomeCare-2020.2-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud, 6 de abril de 2020, “Uso racional del equipo de protección personal frente a la COVID-19 y aspectos que considerar en situaciones de escasez graves”; Véase en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331810?show=full>

Organización Mundial de la Salud, 6 de febrero de 2020, “Requerimientos para el uso de equipos de protección personal (EPP) para el nuevo coronavirus (2019-nCoV)”; Véase en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>

RENAVE, CNE, CNM (ISCIII), 20 enero de 2021 “Informe nº 62. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo”; P.9. Véase en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID->

19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2062_20%20de%20enero%20de%202021.pdf [consultado el 25 de enero 2021]

RENAVE, CNE, CNM (ISCIII), 29 de mayo de 2020, “Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España”; Pp. 1-5. Véase en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf> [consultado en enero de 2021].

Anexo V: Jurisprudencia.

Sentencia del Tribunal Supremo Sala Tercera de lo Contencioso Administrativo, 8 de octubre de 2020, (STC 1271/2020).

Sentencia del Juzgado de lo Social Único de Huesca, 24 de junio 2020, (STC 183/2020).

Sentencia del Juzgado de lo Social Único de Teruel, 3 de junio 2020, (STC 60/2020).

Sentencia del Juzgado de lo Social nº1 de Zaragoza, 27 de junio 2020, (STC 140/2020).

Sentencia del Juzgado de lo Social nº5 de Alicante con fecha 22 de octubre de 2020 (STC 279/2020).

Auto del Tribunal Supremo Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Cuarta, 31 de marzo de 2020.

Auto del Tribunal Supremo Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Cuarta, 20 de abril de 2020.

Auto del Tribunal Supremo Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Cuarta, 25 de marzo 2020.

Auto del Juzgado de lo Social nº31 Madrid, 25 de marzo de 2020.

