

DE LA RECENTRALIZACIÓN DE COMPETENCIAS A SU PROGRESIVA DEVOLUCIÓN A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DURANTE EL ESTADO DE ALARMA: LAS FASES DE DESESCALADA

Ana Carmona Contreras

*Catedrática de Derecho Constitucional,
Universidad de Sevilla*

Cómo citar este artículo / Citation: Carmona Contreras, A. (2021). De la recentralización de competencias a su progresiva devolución a las Comunidades Autónomas durante el estado de alarma: las fases de la desescalada. Tudela Aranda, J. (coord.) *Estado Autonómico y covid-19*, Colección Obras colectivas, Fundación Manuel Giménez Abad, Zaragoza.

DOI: <https://doi.org/10.47919/FMGA.OC21.0202>

SUMARIO: I. PANDEMIA, COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y ESTADO DE ALARMA: SITUANDO LA GESTIÓN DE LA CRISIS SANITARIA EN SU CONTEXTO NORMATIVO DE REFERENCIA - II. LA GESTIÓN CENTRALIZADA DE LA PANDEMIA DURANTE EL ESTADO DE ALARMA – 1. Etapa inicial: La declaración de la alarma y sus dos primeras prórrogas - 2. Primeras señales de contención del virus. El aplanamiento de la curva: sentando las bases para acometer el proceso de desescalada - 3. La activación efectiva del proceso de desescalada: el lento avance de las CCAA hacia la recuperación de sus competencias - III. LA NUEVA NORMALIDAD: UNA ETAPA DE COMPLEJA (E INCONCLUSA) TRANSICIÓN HACIA LA NORMALIDAD SIN CALIFICATIVOS – 1. El marco regulador: de la normativa excepcional a la extraordinaria - 2. La praxis aplicativa: de la nueva normalidad a la segunda ola - IV. REFLEXIONES CONCLUSIVAS

I. PANDEMIA, COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y ESTADO DE ALARMA: SITUANDO LA GESTIÓN DE LA CRISIS SANITARIA EN SU CONTEXTO NORMATIVO DE REFERENCIA

Aunque el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró oficialmente la existencia de una pandemia a escala global causada por el coronavirus SARS-CoV-2, ya desde finales del mes de febrero el azote del coronavirus en nuestro país se mostraba como una realidad en continua progresión. El avance exponencial del número de infectados en un corto espacio de tiempo obligó a la adopción de medidas orientadas a frenar la expansión del virus cuya autoría recayó, en estos momentos iniciales, en las autoridades autonómicas. Dado que la titularidad de la competencia en sanidad corresponde a las Comunidades Autónomas (CCAA), desde dicho ámbito se activaron respuestas de diversa índole tomando como referencia las previsiones contenidas en la normativa sectorial, con particular preeminencia de la Ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública (LOMEMSP) y su artículo 3, que dispone lo siguiente: “Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, *así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible*” (la cursiva es nuestra).

Utilizando como asidero jurídico la genérica habilitación contenida en dicho precepto y muy especialmente la cláusula de apertura indeterminada de su última parte (adopción de medidas “que se consideren necesarias en caso de riesgo”) las respuestas articuladas por las autoridades sanitarias autonómicas fueron desde la inmovilización de los clientes de un hotel en Tenerife en el que se diagnosticó un caso positivo de covid-19¹, a la suspensión de toda la

¹ Decisión que trae causa de la Orden del 24 de febrero de 2020 adoptada por la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias y que fue ratificada por el Auto dictado el 25 de febrero de 2020 por el Juzgado de Arona. Posteriormente la Consejera dictó otra Orden (la 109/2020, de 27 de febrero), rectificando la anterior y que también fue avalada por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 1, sección 7, de Santa Cruz de Tenerife mediante Auto de ratificación de medidas sanitarias urgentes.

actividad lectiva en centros de enseñanza en la Comunidad de Madrid², pasando por el confinamiento perimetral de diversos municipios de la provincia de Barcelona³. Se trataba, en todo caso, de respuestas parciales y territorialmente circunscritas y que ya desde el momento de su adopción pusieron de manifiesto lo limitado del efecto anudado a una estrategia de actuación pública fragmentada en un escenario de avance global de la enfermedad. Asimismo, la gravedad de la situación concurrente, que exigía la aplicación de medidas altamente gravosas para el ejercicio de determinados derechos fundamentales (muy señaladamente la libertad deambulatoria) dejó en evidencia la necesidad de aplicar decisiones no sólo a escala nacional sino también y, sobre todo, recurriendo a los instrumentos jurídicamente idóneos en función del marco constitucional.

De la mano de la progresión ininterrumpida de los contagios y de su impacto directo sobre destacados derechos fundamentales, el estado de alarma se perfiló como la vía jurídicamente idónea a la que recurrir, puesto que “las crisis sanitarias, tales como epidemias” se presentan como uno de los presupuestos habilitantes contemplados por el artículo 4 a) de la Ley Orgánica 4/1981, de los Estados de Alarma, Excepción y Sitio (LOEAES) para su activación, siempre que concurra un contexto de “graves alteraciones de la normalidad”. En un clima de creciente preocupación ciudadana, el 13 de marzo, el Presidente del Gobierno anunció su intención de declararlo tras la celebración de un Consejo de Ministros extraordinario que tendría lugar el día siguiente⁴. Veía así la luz el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, en el que se definió la hoja de ruta llamada a regir la alarma durante el plazo inicial de 15 días constitucionalmente previsto (artículo 116.2 CE). Transcurrido el mismo, con posterioridad, el Congreso de los Diputados avalaría su

² Véase la Orden 338/2020, de 9 de marzo, de la Consejería de Sanidad, por la que se adoptan medidas preventivas y recomendaciones de salud pública en la Comunidad de Madrid como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19).

³ Se trata de la Resolución INT/718/2020, de 12 de marzo de 2020, de la Generalitat de Catalunya, por la que se acuerda restringir la salida de las personas de los municipios de Igualada, Vilanova del Camí, Santa Margarida de Montbui y Ódena.

⁴ Es la segunda ocasión en la que se acude a este instrumento excepcional desde la entrada en vigor de la Constitución de 1978. La primera vez tuvo lugar en diciembre de 2010, activándose como respuesta al abandono masivo de sus puestos de trabajo por parte de los controladores aéreos en la antesala del “puente de diciembre”. Dicho estado fue activado por el Real Decreto 1673/2010, de 4 de diciembre, por el que se declara el estado de alarma para la normalización del servicio público esencial del transporte aéreo.

mantenimiento hasta el 21 de junio, habiendo concedido las preceptivas prórrogas solicitadas por el Gobierno con una cadencia temporal de 15 días.

Esta primera alarma se caracterizó tanto por incorporar una impronta de acusada restricción de concretos derechos fundamentales -de forma muy destacada, la libertad de circulación y movimientos recogida por el artículo 19 de la Constitución-, como por hacer gala de un espíritu marcadamente centralizador, que rompe nítidamente con la dinámica inmediatamente precedente en la que el protagonismo recayó sobre las CCAA⁵. Será precisamente este último rasgo el que centrará el análisis que nos proponemos realizar, llamando la atención sobre la existencia de una tendencia de progresiva apertura en virtud de la que, partiendo de la aludida actitud de férrea centralización, se irá transitando hacia un escenario en la gestión de la crisis sanitaria (las fases de desescalada) caracterizado por una recuperación tímida, pero paulatina del protagonismo autonómico. En el punto final de dicho proceso, una vez levantado el estado de alarma, emergerá la etapa de la denominada “Nueva Normalidad”, en la que, a pesar de no haberse superado la pandemia, las CCAA volverán a ocupar el lugar que constitucional y estatutariamente les corresponde en materia de sanidad.

II. LA GESTIÓN CENTRALIZADA DE LA PANDEMIA DURANTE EL ESTADO DE ALARMA

1. Etapa inicial: La declaración de la alarma y sus dos primeras prórrogas

Como expresión inmediata de la orientación centralizadora que caracteriza el estado de alarma declarado, el RD 463/2020 atribuye la condición de mando único al Gobierno, en tanto que “autoridad competente” (artículo 4.1). Junto a ello se prevén como autoridades competentes delegadas, “bajo la superior

⁵ Con el fin de preservar la seguridad jurídica, la Disposición final primera del RD 463/2020 procedió a ratificar expresamente (1) “todas las disposiciones y medidas adoptadas previamente por las autoridades competentes de las comunidades autónomas y de las entidades locales con ocasión del coronavirus COVID-19, que continuarán vigentes y producirán los efectos previstos en ellas, siempre que resulten compatibles con este real decreto”. En este sentido, se dispone que dicha ratificación normativa (2) “se entiende sin perjuicio de la ratificación judicial prevista en el artículo 8.6.2.º de la Ley 29/1998, de 13 de julio”.

dirección del Presidente del Gobierno” y “en sus respectivas áreas de responsabilidad” las siguientes: a) La Ministra de Defensa; b) El Ministro del Interior; c) El Ministro de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana; d) El Ministro de Sanidad (artículo 4.2). Sobre la base de tal aproximación de partida, todo el protagonismo en la gestión de la alarma queda residenciado en la esfera del Ejecutivo central, limitándose a conservar el resto de Administraciones, tanto las CCAA como los Entes Locales, “las competencias que le otorga la legislación vigente en la *gestión ordinaria de sus servicios* para adoptar las medidas que estime necesarias en el *marco de las órdenes directas de la autoridad competente* a los efectos del estado de alarma” (artículo 6, la cursiva es nuestra). Siendo este el marco general de referencia, se verifica la existencia de un rol eminentemente secundario correspondiente a las CCAA, lo que resulta especialmente significativo en relación con la sanidad, en tanto ámbito que se perfila como eje central en la gestión de la fase inicial de la pandemia. De este modo, durante la vigencia del estado de alarma se produce una profunda alteración en el esquema ordinario de distribución de competencias en esta materia, que invierte el esquema habitual que opera en la normalidad y en cuya virtud, corresponde al Estado el establecimiento de las bases y la coordinación general (artículo 149.1.16 CE), incardinándose las demás facultades en la esfera autonómica.

Otra significativa y específica expresión de la inversión verificada en esta esfera se encuentra en el artículo 12.1 del RD 463/2020, cuya dicción material no deja resquicio a la duda, al disponer que “(T)odas las autoridades civiles sanitarias de las administraciones públicas del territorio nacional, así como los demás funcionarios y trabajadores al servicio de las mismas, *quedarán bajo las órdenes directas del Ministro de Sanidad* en cuanto sea necesario para la protección de personas, bienes y lugares, pudiendo imponerles servicios extraordinarios por su duración o por su naturaleza” (la cursiva vuelve a ser nuestra). El margen de actuación autonómica, por lo tanto, se circunscribe únicamente al mantenimiento de “la gestión, dentro de su ámbito de competencia, de los correspondientes servicios sanitarios, asegurando en todo momento su adecuado funcionamiento”. En este sentido, se formula una expresa reserva a favor del responsable de la cartera de Sanidad, quedando habilitado para ejercer “cuantas facultades resulten necesarias para garantizar

la cohesión y equidad en la prestación del referido servicio” (artículo 12.2 *in fine*).

2. Primeras señales de contención del virus. El aplanamiento de la curva: sentando las bases para acometer el proceso de desescalada

La reducción progresiva del número de contagios y el consiguiente aplanamiento de la curva resultaron determinantes para que, con motivo de la tercera prórroga aprobada por el Congreso de los diputados, se diera el pistoletazo de salida a la desescalada⁶, estableciéndose previsiones orientadas a activar en el futuro inmediato un cierto relajamiento de las medidas de confinamiento domiciliario, así como a permitir una mayor movilidad (Real Decreto 492/2020, de 24 de abril). Va a ser, sin embargo, el “Plan para la desescalada de las medidas extraordinarias adoptadas para hacer frente a la pandemia de COVID-19”, aprobado por el Consejo de Ministros en su reunión de 28 de abril de 2020, en donde se recoja una previsión pormenorizada de tal proceso de paulatino retorno a la normalidad, estableciendo sus pautas rectoras. Movido por tal afán, el Plan establece la hoja de ruta a seguir por las distintas Administraciones, enfatizando de modo expreso el valor del principio de colaboración como elemento esencial. Sobre la base de tal premisa, a la hora de diseñar y desarrollar el proceso de desescalada, se prevé su carácter “gradual, asimétrico y coordinado” con las CCAA, debiendo establecerse “parámetros de adaptación en condiciones de máxima seguridad jurídica” que, por un lado, tomen “en consideración los cambios en la situación epidemiológica y en función del impacto de las medidas adoptadas” y, por otro, vengan a “aplicar un enfoque prudente que permita la reevaluación de los escenarios”. Todo ello en un contexto dominado por la apelación que, con carácter recurrente, se hace en torno al carácter “altamente participativo” que ha de presidir la desescalada, en el marco de una “eficaz coordinación de las CCAA con el Gobierno de España”.

La plasmación de tal aspiración inclusiva en clave autonómica, si bien enmarcada en el ámbito de la coordinación estatal, obtuvo visibilidad a través

⁶ En línea con lo dispuesto en la Comunicación “Hoja de ruta común europea para el levantamiento de medidas de contención de la COVID-19”, presentada el 15 de abril de 2020 por Úrsula von der Leyen, Presidenta de la Comisión Europea.

del principio de “cogobernanza”⁷ que, sin embargo, en estos momentos incorpora una dimensión más simbólica que efectiva. El elemento a destacar en este sentido es el rol preponderante que se atribuye al Ejecutivo central, sobre el que recae la coordinación del proceso de desescalada, que se llevará a cabo a través de la interlocución con la Conferencia de Presidentes, los Consejeros autonómicos de Sanidad y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Dicho proceso consta de una fase 0 o preliminar, que actúa como preparación a la desescalada propiamente dicha, a la que se suman tres más⁸. Con respecto a éstas, el Plan lleva a cabo una previsión orientativa en torno a las actividades susceptibles de ser llevadas a cabo en cada una de ellas⁹. A tal efecto, se establece un panel de indicadores integral que toma como referentes cuatro ámbitos considerados esenciales: salud pública, haciendo especial hincapié en la evaluación de las capacidades estratégicas del sistema; movilidad interior en el país y también de cara al exterior; impacto social de la enfermedad e impacto económico derivado de la misma¹⁰. El eje principal que articula funcionalmente el marco establecido nos remite a la figura del Ministro de Sanidad, sobre el que recae la competencia para dictar órdenes e instrucciones relativas a las actividades permitidas en cada fase, así como a su alcance y ámbito territorial. Igualmente, se le atribuye la facultad adicional para modificarlas, ampliarlas o restringirlas cuando concurren motivos justificados de salud pública.

⁷ En relación con la cogobernanza debemos recordar que, desde la declaración del estado de alarma, vinieron celebrándose de forma ininterrumpida cada domingo reuniones de la Conferencia de Presidentes por vía telemática. No obstante, tales reuniones reducían su operatividad al terreno meramente informativo, puesto que en las mismas, el Presidente del Ejecutivo central se limitaba a dar cuenta a sus homónimos autonómicos de las decisiones ya adoptadas y de las novedades producidas. Ciertamente, tales reuniones merecen una valoración positiva, al abrir la puerta al diálogo informal entre niveles de gobierno en el delicado contexto de crisis sanitaria concurrente. Lo que en modo alguno procede es atribuirles una dimensión codecisoria, de la cual se mostraban desprovistas.

⁸ Vid. el Anexo III que acompaña al Plan, en donde se establece un “Cronograma orientativo de la transición hacia la nueva normalidad”.

⁹ En el Anexo II que acompaña al Plan, dedicado a la “Previsión orientativa para el levantamiento de limitaciones de ámbito nacional establecidas en el estado de alarma, en función de las fases de transición a una nueva normalidad”, se establece expresamente su carácter meramente orientativo y no exhaustivo. A tal efecto, se apela a la necesidad de los correspondientes instrumentos jurídicos para dotar de efectividad práctica tales previsiones.

¹⁰ Vid. el Anexo I que acompaña al Plan.

En cuanto a la metodología operativa para la toma de decisiones, la centralidad del responsable de la cartera de Sanidad vuelve a reiterarse, ya que es quien decide en qué fase de desescalada se halla cada territorio, así como las actividades permitidas y las condiciones específicas en que las mismas se han de desarrollar. En el ejercicio de su competencia, el Ministro debe tomar como referente el panel de indicadores en el que se recogen los criterios técnicos operativos en el ámbito sanitario¹¹. Es importante reseñar que estos criterios han de ser expresamente consensuados con equipos técnicos de naturaleza mixta, esto es, integrados por el Ministro y los consejeros autonómicos de salud. Las CCAA, por su parte, disponen de un radio de acción más limitado, puesto que sólo se les reconoce la potestad para trasladar al Ministro propuestas, debidamente justificadas, de incorporar a la fase correspondiente actividades no incluidas o no previstas. Asimismo, pueden proponer, una vez oídas las Entidades Locales afectadas, el cambio de fase de un determinado territorio, lo que deberá venir acompañado de un informe motivado en el que se indique el nivel de cumplimiento de los parámetros establecidos, así como la viabilidad de garantizar el aislamiento requerido en su caso. En ambos supuestos, la última palabra corresponde al Ministro de Sanidad que, de este modo, sigue conservando, en su condición de autoridad competente delegada, la facultad de adoptar las decisiones correspondientes.

3. La activación efectiva del proceso de desescalada: el lento avance de las CCAA hacia la recuperación de sus competencias

Una vez constatado que, con la excepción de las islas de Formentera, Gomera, El Hierro y La Graciosa que estaban en una fase más avanzada, todo el territorio nacional se encuentra en la Fase 0, el Real Decreto 514/2020, de 8 de mayo, recoge los términos de la cuarta prórroga del estado de alarma, formalizando jurídicamente el procedimiento de desescalada diseñado por el Ejecutivo en el Plan al que nos hemos referido. Como elemento más destacado llama la atención la confirmación de una cierta, aunque tímida, receptividad hacia la esfera autonómica que, sin alterar la

¹¹ Dichos criterios serán objeto de valoración conjunta, determinándose cada dos semanas en qué fase, de avance o retroceso se encuentra cada Comunidad Autónoma.

condición de autoridad delegada que corresponde al Ministro de Sanidad, atribuye a las Comunidades la facultad de proponer a aquel, “a la vista de la evolución de los indicadores sanitarios, epidemiológicos, sociales, económicos y de movilidad”, que acuerde “en el ámbito de su competencia, la progresión de las medidas aplicables en un determinado ámbito territorial, sin perjuicio de las habilitaciones conferidas al resto de autoridades delegadas competentes”. Asimismo, se establece que “(L)a regresión de las medidas hasta las previstas en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, se hará, en su caso, siguiendo el mismo procedimiento” (artículo 3 RD 514/2020).

En un sentido similar, se contempla la posibilidad de que, en el proceso de desescalada, el Gobierno acuerde “conjuntamente con cada Comunidad Autónoma la modificación, ampliación o restricción de las unidades de actuación y las limitaciones respecto a la libertad de circulación de las personas, de las medidas de contención y de las de aseguramiento de bienes, servicios, transportes y abastecimientos, con el fin de adaptarlas mejor a la evolución de la emergencia sanitaria en cada comunidad autónoma”. La principal novedad a subrayar es que la competencia para aplicar las medidas acordadas corresponde “a quien ostente la Presidencia de la Comunidad Autónoma, como representante ordinario del Estado en el territorio” (artículo 4 RD 514/2020). Un posterior, aunque siempre limitado, paso llamado a dotar de un mayor vigor sustantivo al principio de cogobernanza en el camino de la desescalada se producirá con la siguiente prórroga, aprobada por la Cámara Baja, estando ya en vigor la Fase I en la mayor parte del país¹², al quedar vinculado el desarrollo de las funciones correspondientes al Ministro de Sanidad, en tanto que autoridad competente delegada, “al principio de cooperación con las CCAA” (artículo 6.1, Real Decreto 537/2020, de 22 de mayo).

Ya en la antesala del final del estado de alarma, la última de sus prórrogas (la sexta, formalizada en el Real Decreto 555/20, de 5 de junio) incorpora una ulterior y significativa modificación, puesto que reconoce la condición de autoridad competente delegada “a quien ostente la Presidencia de la

¹² Las islas de La Gomera, El Hierro y La Graciosa, así como la isla de Formentera, ya estaban en la fase II, mientras que el resto del territorio nacional se encuentra en fase I. Quedaban al margen de ésta, la Comunidad de Madrid, parte de la provincia de Barcelona y algunas zonas de la Comunidad de Castilla y León.

comunidad autónoma”, confiriéndole a ésta, en el ejercicio de sus competencias, la potestad exclusiva para “la adopción, supresión, modulación y ejecución de medidas correspondientes a la fase III del plan de desescalada”. A este respecto, se introduce una importante –y por lo demás, lógica- salvedad, quedando expresamente excluidas “las medidas vinculadas a la libertad de circulación que excedan el ámbito de la unidad territorial determinada para cada comunidad autónoma a los efectos del proceso de desescalada” (artículo 6.1 RD 555/2020). Por último, se atribuye a las CCAA la potestad para decidir, “con arreglo a criterios y epidemiológicos, la superación de la fase III en las diferentes provincias, islas o unidades territoriales de su Comunidad y, por tanto, su entrada en la «nueva normalidad»” (artículo 6.2 RD 555/20).

Concluido el recorrido analítico a través de los decretos reguladores de la alarma y del marco específicamente establecido en relación con el desarrollo de las fases de desescalada emerge una importante conclusión, a saber, la existencia de una receptividad en un principio limitada, pero progresivamente al alza, a favor de la reincorporación de las Autonomías en las tareas de gestión de la crisis sanitaria. En función de tal enfoque, de una etapa inicial en la que todo el poder quedaba concentrado en la figura del Ministro de Sanidad, se transitará, de la mano de la contención del virus, hacia un escenario diverso en el que, sin abandonar la centralidad de aquel, se abre la puerta a una mayor implicación de las CCAA. De este modo, el concepto de cogobernanza, despojado de virtualidad efectiva en el momento de su formulación, irá ganando un cierto peso específico en términos prácticos.

III. LA NUEVA NORMALIDAD: UNA ETAPA DE COMPLEJA (E INCONCLUSA) TRANSICIÓN HACIA LA NORMALIDAD SIN CALIFICATIVOS

1. El marco regulador: de la normativa excepcional a la extraordinaria

Teóricamente, una vez levantado el estado de alarma, el ingente caudal de normas producidas (reales decretos de prórroga y sucesivas órdenes ministeriales de desarrollo) bajo el paraguas de la excepcionalidad estaba llamado a desaparecer del ordenamiento jurídico. Como es sabido uno de los

rasgos característicos de la producción jurídica emanada durante la vigencia de la excepción constitucional es la temporalidad, de tal manera que su vigencia cuenta con una fecha de caducidad predeterminada. En el supuesto de la alarma declarada con ocasión de la pandemia de covid-19, sin embargo, se constata la existencia de una significativa modulación de este planteamiento, la cual se deriva de la previsión de una cláusula de mantenimiento temporal de “las medidas derivadas de la declaración del estado de alarma en las correspondientes provincias, islas o unidades territoriales”. Y es que la pérdida de vigencia de las mismas no será efectiva hasta tanto no se constate la “superación de todas las fases previstas en el Plan para la desescalada de las medidas extraordinarias adoptadas para hacer frente a la pandemia de COVID-19, aprobado por el Consejo de Ministros en su reunión de 28 de abril de 2020” (artículo 5, RD 555/2020). Teniendo presente que en el inicio de la etapa de nueva normalidad que se abre a partir del 21 de junio (fecha en la que finaliza el estado de alarma) todavía no había concluido el proceso de desescalada, verificándose una situación en la que todo el territorio nacional había alcanzado al menos la fase II, resultaba imprescindible diseñar una respuesta jurídica que viniera a establecer el marco idóneo para gestionar la todavía existente crisis sanitaria y lograr, como objetivo final, la restauración de la normalidad¹³.

Producido en las postrimerías del primer estado de alarma, el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la covid-19 da respuesta a esta necesidad, según se desprende de su artículo 1, en donde se reitera que el objeto perseguido no sólo responde a la necesidad de establecer las medidas urgentes que rezan en su título sino también “prevenir posibles rebrotes, con vistas a la superación de la fase III del Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad por parte de algunas provincias, islas

¹³ El final del estado de alarma en las condiciones epidemiológicas referidas fue consecuencia directa de la pérdida progresiva de apoyos parlamentarios al Gobierno que se produjo en las sucesivas prórrogas. Confrontado a la realidad de un Congreso cada vez menos proclive a mantener vigente la excepcionalidad, el Ejecutivo central se vio constreñido a poner en marcha un plan alternativo de gestión de la todavía vigente crisis sanitaria. Con el RDL 21/2020 se establece un marco jurídico de referencia que hunde sus raíces en el sustrato regulador de la alarma, si bien adaptado a unas condiciones que aparecen formalmente vinculadas a unas circunstancias de extraordinaria y urgente necesidad (artículo 86.1 CE) y no a graves alteraciones de la normalidad que impiden el funcionamiento ordinario de las instituciones (artículo 116 CE).

y unidades territoriales y, eventualmente la expiración de la vigencia del estado de alarma”. De esta forma, se está poniendo en evidencia algo por lo demás obvio, esto es, que la crisis sanitaria, si bien sustancialmente atenuada, todavía persiste y, asimismo, que el riesgo de retrocesos sigue activo. Pasamos, pues, a un escenario fáctico de gestión de la pandemia en el que la desaparición del estado de alarma que se produce con su levantamiento no trae consigo la eliminación ni de su supuesto fáctico ni tampoco de sus normas reguladoras. Ciertamente, se produce una transformación jurídica en modo alguno irrelevante de la mano de la modificación de su soporte formal, puesto que el continente normativo rector de la nueva normalidad no aparece encuadrado en el derecho de excepción sino, antes bien, en el de los poderes extraordinarios del Ejecutivo que la Constitución contempla para situaciones de “extraordinaria y urgente necesidad” y le habilita para aprobar decretos-leyes (artículo 86.1 CE).

En relación con la rica batería de medidas que contiene este Real Decreto-ley y que se refieren a un amplísimo espectro de cuestiones¹⁴, se adopta un criterio estricto, al disponerse que “serán de aplicación en todo el territorio nacional hasta que el Gobierno declare de manera motivada y de acuerdo con la evidencia científica disponible, previo informe del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, la finalización de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19” (artículo 2.3 RDL 21/2020). Con carácter previo a la referida declaración, las CCAA deberán ser consultadas por el Gobierno en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (artículo 2.3 *in fine* RDL 21/2020).

En cuanto a las cuestiones relativas a la aplicación de las medidas contempladas, la norma dedica una atención preferente a la determinación de las instancias territoriales competentes, así como al establecimiento de previsiones referidas a su proceso de desarrollo. En relación con ambos

¹⁴ Se trata de medidas en materia de prevención e higiene (capítulo II), tales como el uso obligatorio de mascarillas, medidas a adoptar en centros de trabajo, servicios sanitarios y sociales, docentes, en establecimientos comerciales, hoteles y alojamientos turísticos, restauración, equipamientos culturales y espectáculos públicos, ejercicio de actividades deportivas, entre otros; Transportes (capítulo III); Medicamentos, productos sanitarios y necesidades para la protección de la salud (capítulo IV); Detección precoz, control de fuentes de infección y vigilancia epidemiológica (capítulo V); Medidas para garantizar las capacidades del sector sanitario (capítulo VI); Régimen sancionador (capítulo VII) y Gestión de la prestación farmacéutica (Disposición Adicional Sexta).

aspectos emerge una perspectiva reguladora en la que la fuerte impronta del principio de coordinación que se introduce a favor del Ejecutivo central (imponiendo diversas obligaciones a las Autonomías) coexiste con el recurso constante a la activa implicación de las Comunidades (principio de colaboración).

En este contexto impregnado de una intensa dialéctica relacional entre distintos niveles de gobierno resulta muy significativo por lo que a los órganos competentes se refiere, que se establezca en primer lugar una cláusula de seguridad llamada a activarse “con carácter excepcional y cuando así lo requieran motivos de extraordinaria gravedad o urgencia”, en cuya virtud la Administración General del Estado queda facultada para promover, coordinar o adoptar “de acuerdo con sus competencias cuantas medidas sean necesarias para asegurar el cumplimiento de lo dispuesto en este real decreto-ley”. Al hilo de este planteamiento, el rol atribuido a las CCAA en las circunstancias previstas es únicamente de mera “colaboración” (artículo 3.1 RDL 21/2020). Sólo en un segundo momento queda establecido el que se perfila como supuesto ordinario de gestión, atribuyéndose a los órganos competentes del Estado, las CCAA y las Entidades Locales, “en el ámbito de sus respectivas competencias, las funciones de *vigilancia, inspección y control* del correcto cumplimiento de las medidas establecidas en este real decreto-ley” (artículo 3.2 RD 21/2020, la cursiva es nuestra).

Desde la perspectiva del desarrollo de las actividades que corresponden a las CCAA el Real Decreto-ley establece tanto sus contornos sustanciales como, asimismo, los instrumentos a través de los que aquellas deberán articularse. En este sentido, se prevé “la adopción de planes y estrategias de actuación para afrontar emergencias sanitarias”, los cuales habrán de atender “los niveles de riesgo de exposición y de transmisión comunitaria de la enfermedad” y quedarán formalizados mediante el recurso a la figura de “las actuaciones coordinadas en salud pública” (artículo 5 RDL 21/2020). Destaca especialmente el sustancial reforzamiento que experimentan estas actuaciones, como consecuencia de la reforma de su marco regulador (el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud). Expresando dicha voluntad, la nueva redacción introducida por la Disposición Final Segunda.1 RDL 21/2020 reitera el doble objeto que inspira a las actuaciones coordinadas de salud: responder a

situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública, por un lado y por otro, cumplir los acuerdos internacionales y los programas de la Unión Europea. Su declaración corresponde al Ministro de Sanidad, mediando el acuerdo previo adoptado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud¹⁵ con audiencia de las CCAA afectadas directamente. Este trámite podrá obviarse en “circunstancias de necesidad urgente”, aunque en tal caso sólo se adoptarán las “medidas estrictamente necesarias”, debiéndose informar con urgencia a aquellas. Asimismo, se incrementa el valor jurídico atribuido a la acción coordinada, puesto que viene a dotarse de efectos preceptivos, puesto que “obliga a todas las CCAA incluidas en la misma”. El elenco de reformas en este ámbito concluye con la previsión de un nuevo artículo 65 bis (Disposición Adicional Segunda.2 RDL 21/2020), que establece para el supuesto de que se verifique una “situación de emergencia para la salud pública”, la obligación a cargo de CCAA y Entidades Locales comprendidas en su ámbito territorial¹⁶ de aportar “de inmediato” al Ministerio de Sanidad “la información epidemiológica y la relativa a la capacidad asistencial que se requiera y la identificación de las personas responsables de la misma, así como las medidas de prevención, control y contención adoptadas //...// en los términos que se establezcan por el Ministerio de Sanidad”. El contenido del nuevo artículo 65 bis se cierra con la previsión del deber de información que corresponde al Ministerio de Sanidad, que queda constreñido a convocar “con carácter urgente el Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud”.

Junto a las actuaciones coordinadas los “protocolos de vigilancia” también asumen una indudable relevancia en la gestión de la pandemia en el contexto de la nueva normalidad. Vinculados al desempeño de tareas de detección y notificación de la situación epidemiológica que corresponde a las autoridades sanitarias autonómicas¹⁷, obligadas a comunicar al Ministerio de Sanidad la

¹⁵ El Consejo Interterritorial de Salud es un órgano sectorial, de naturaleza intergubernamental integrado por los responsables en materia de Sanidad de los ámbitos central y autonómico.

¹⁶ Tratándose de Entes Locales, la norma prevé que la información requerida “será recabada por el órgano competente en materia de salud pública de la correspondiente comunidad autónoma, que deberá transmitirla al Ministerio de Sanidad”.

¹⁷ La concreción de dichas tareas se recoge en el artículo 24.1 RDL 21/2020, en donde se prevé la obligación a cargo de los correspondientes servicios de salud autonómicos de garantizar “que, en todos los niveles de asistencia y de forma especial en la atención primaria de salud, a todo caso sospechoso de COVID-19 se le realizará una prueba diagnóstica por

información de casos y brotes (artículo 24.2 RDL 21/2020) estos planes marcan la hoja de ruta a seguir. Aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (artículo 24.2 RDL 21/2020) han de incorporar un contenido, cuyos componentes aparecen expresamente desgranados en la norma que los regula: “las definiciones necesarias para garantizar la homogeneidad de la vigilancia, las fuentes de información, las variables epidemiológicas de interés, el circuito de información, la forma y periodicidad de captación de datos, la consolidación y el análisis de la información” (artículo 24.3 *in fine* RDL 21/2020). Gozan de naturaleza preceptiva, puesto que “serán de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional”, lo que, sin embargo, no es óbice para que respetando en todo caso “los objetivos mínimos acordados” se dé vía libre a la posibilidad de adaptación por las CCAA en función del contexto específico en el que se encuentren (artículo 24.3 RDL 21/2020).

Una nueva manifestación de la interrelación existente entre el Estado y las CCAA se detecta en el ámbito de la determinación de las medidas previstas para garantizar las capacidades del sistema sanitario (Capítulo VI RDL 21/2020), incorporándose la obligación de que las autoridades autonómicas remitan “al Ministerio de Sanidad la información sobre la situación de la capacidad asistencial y de necesidades de recursos humanos y materiales”. El establecimiento de los términos exigidos a la información requerida es competencia del “titular de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad” que, a tal efecto, queda constreñido a consultar previamente a las CCAA (artículo 30 RDL 21/2020).

Como contrapunto a lo expuesto, resulta cuanto menos sorprendente que no se disponga ningún deber de información o comunicación al Ministerio por parte de los responsables autonómicos en relación con los denominados “planes de contingencia COVID-19” (artículo 29 RDL 21/2020), con los que han de contar aquellos para garantizar una cuestión capital en la gestión de la contención de los contagios como es “la capacidad de respuesta y la coordinación entre los servicios de Salud Pública, atención primaria y atención hospitalaria”. En un sucesivo escalón de exigencia, se contemplan los “planes

PCR u otra técnica de diagnóstico molecular, tan pronto como sea posible desde el conocimiento de los síntomas, y que toda la información derivada se transmita en tiempo y forma según se establezca por la autoridad sanitaria competente”.

internos” que deben tener los centros de atención primaria y hospitalarios, de titularidad pública o privada “para hacer frente a la gestión de situaciones de emergencia relacionadas con COVID-19”. La finalidad de estos planes no es otra que “garantizar la capacidad para responder ante incrementos importantes y rápidos de la transmisión y el consiguiente aumento en el número de casos. Para ello, se debe disponer, o tener acceso o capacidad de instalar en el plazo preciso los recursos necesarios para responder a incrementos rápidos de casos en base a las necesidades observadas durante la fase epidémica de la enfermedad. Estos planes deberán incluir también las actuaciones específicas para la vuelta a la normalidad”. Así concebida la cuestión, las CCAA disponen de un necesario e imprescindible margen de actuación en la definición de sus planes de contingencia que, sin embargo, no viene acompañado de un no menos insoslayable elemento de coordinación con el Estado a través de la formulación del correspondiente deber de puesta en conocimiento de los mismos.

2. La praxis aplicativa: de la nueva normalidad a la segunda ola

El preocupante e ininterrumpido aumento de las cifras de contagios detectado en buena parte del territorio nacional a lo largo del verano provocó un rosario de actuaciones de choque por parte de las CCAA damnificadas. El instrumento jurídico utilizado fue nuevamente el artículo 3 de la LOMEMSP, acordándose incisivas medidas limitadoras de derechos fundamentales -de forma muy destacada, los confinamientos perimetrales municipales o por zonas- que motivaron un alto grado de conflictividad jurisdiccional. El hecho a reseñar, por un lado, es que dado el efecto reductor anudado a dichas medidas, contenidas en normas administrativas (órdenes de consejerías autonómicas) su activación requiere la preceptiva autorización/ratificación por parte de los jueces contencioso-administrativos (según se recoge en la Ley 29/1998, reguladora de dicha jurisdicción)¹⁸. Por otro, que ante el carácter

¹⁸ Hasta la aprobación de la Ley 3/2020, de 18 de septiembre, de medidas procesales y organizativas para hacer frente al COVID-19 en el ámbito de la Administración de Justicia, cuya Disposición Final 2.1 modificó dicho precepto, este disponía lo siguiente: “Asimismo, corresponderá a los Juzgados de lo Contencioso-administrativo la autorización o ratificación judicial de las medidas adoptadas con arreglo a la legislación sanitaria que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen limitación o restricción de derechos fundamentales”.

general y no individualizado de las limitaciones previstas, dado que venía a confinarse a la totalidad de la población de determinados municipios o zonas geográficas, distintos órganos judiciales rechazaron su admisibilidad, alegando la insuficiencia de la herramienta normativa empleada, así como la falta de proporcionalidad de las medidas adoptadas¹⁹. Todo ello a pesar de la reforma legislativa *ad hoc* aprobada²⁰ para neutralizar los déficits previamente señalados que, sin embargo, no lograron superarse²¹. De este modo, se

¹⁹ Es el caso del Auto de 10 de octubre de 2020, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Aragón que acuerda no autorizar la medida de restricción de la libertad deambulatoria en el término municipal de La Almunia de Doña Godina (Zaragoza) para la contención del rebrote del COVID-19, contenidas en la Orden de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Aragón de 7 de octubre de 2020. También, el del Auto de 28 de octubre de 2020, adoptado por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, por el que se deniega la ratificación de las medidas acordadas en el apartado tercero de la Orden 1273/2020, de 1 de octubre, de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen medidas preventivas en determinados municipios de la Comunidad de Madrid en ejecución de la Orden del Ministro de Sanidad, de 30 de septiembre de 2020, por la que se aprueban actuaciones coordinadas en salud pública.

²⁰ Se trata de la Ley 3/2020 aludida en la nota 18. La reforma operada por la Disposición Final 2.1 modifica, en primer lugar, el apartado 2 del artículo 8.6 de la LJCA, disponiendo: “Asimismo, corresponderá a los Juzgados de lo Contencioso-administrativo la autorización o ratificación judicial de las medidas adoptadas con arreglo a la legislación sanitaria que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen limitación o restricción de derechos fundamentales *cuando dichas medidas estén plasmadas en actos administrativos singulares que afecten únicamente a uno o varios particulares concretos e identificados de manera individualizada*” (la cursiva es nuestra y señala la modificación introducida). La novedad reside en el hecho de vincular la competencia de ratificación o autorización judicial tanto a la condición de la norma causante de la restricción de derechos fundamentales, que ha de ser un acto administrativo singular, como a la consecuencia lógica que se deriva de tal premisa, esto es, que los destinatarios de la mismas sean personas concretas e individualizadas. Por otra parte, la Disposición Final 2.2 introduce un nuevo apartado 8 al artículo 10 de dicha ley, atribuyendo a las Salas de lo Contencioso-Administrativo de los Tribunales Superiores de Justicia la siguiente competencia: “Conocerán de la autorización o ratificación judicial de las medidas adoptadas con arreglo a la legislación sanitaria que las autoridades sanitarias de ámbito distinto al estatal consideren urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen la limitación o restricción de derechos fundamentales cuando sus destinatarios no estén identificados individualmente”. En esta ocasión, la operación limitadora abandona el terreno de la determinación individualizada de sus receptores para situarse en el plano de la imputación colectiva. Asimismo, la mención a las autoridades sanitarias de “ámbito distinto al estatal” apunta claramente hacia las autonómicas, teniendo en cuenta que, más allá de las bases sobre la coordinación de sanidad, esta competencia es de titularidad regional.

²¹ La restricción de derechos fundamentales sólo resulta accesible por imperativo constitucional a la ley, ya sea ordinaria (artículo 53.1 CE) u orgánica (artículo 81.1 CE), dependiendo de a qué concretos derechos se refiera la operación normativa. No obstante, la genérica garantía de la reserva de ley incorpora, según indica la STC 76/2019, FJ 5, una ulterior “dimensión cualitativa”, que “se concreta en las exigencias de previsibilidad y certeza de las medidas restrictivas en el ámbito de los derechos fundamentales”, de tal manera que “las limitaciones del derecho fundamental establecidas por una ley “pueden vulnerar la Constitución si adolecen de falta de certeza y previsibilidad en los propios límites que imponen y su modo de aplicación”, pues “la falta de precisión de la ley en los presupuestos

perfiló un panorama en el que, ante la división de opiniones constatada en el ámbito jurisdiccional, la seguridad jurídica quedaba seriamente erosionada (de forma especialmente acusada en concretos territorios)²² y en el que buena parte de las CCAA más afectadas por los avances de los contagios solicitaron al Gobierno de la nación una nueva declaración del estado de alarma²³. Tras unas semanas de tensión institucional *in crescendo*, finalmente, ésta se produjo el 25 de octubre²⁴, optando por atribuirle -tras una inicial fase en la que no se agotó la vigencia máxima de 15 días- una prórroga de seis meses²⁵.

materiales de la limitación de un derecho fundamental es susceptible de generar una indeterminación sobre los casos a los que se aplica tal restricción”; “al producirse este resultado, más allá de toda interpretación razonable, la ley ya no cumple su función de garantía del propio derecho fundamental que restringe, pues deja que en su lugar opere simplemente la voluntad de quien ha de aplicarla”. En tales circunstancias, sigue razonando el Alto Tribunal, la ausencia de certeza y previsibilidad “no sólo lesionaría el principio de seguridad jurídica (art. 9.3 CE), concebida como certeza sobre el ordenamiento aplicable y expectativa razonablemente fundada de la persona sobre cuál ha de ser la actuación del poder aplicando el Derecho (STC 104/2000, FJ 7, por todas), sino que al mismo tiempo dicha ley estaría lesionando el contenido esencial del derecho fundamental así restringido, dado que la forma en que se han fijado sus límites lo hacen irreconocible e imposibilitan, en la práctica, su ejercicio (SSTC 11/1981, FJ 15; 142/1993, de 22 de abril, FJ 4, y 341/1993, de 18 de noviembre, FJ 7)”.

²² Fue el caso de la Comunidad de Madrid, en donde ante la gravedad de la situación epidemiológica y la falta de respuestas efectivas para frenar el avance de los contagios por parte de las autoridades autonómicas responsables, el Ejecutivo nacional hizo uso de su potestad constitucional y declaró el estado de alarma territorialmente limitado a dicha comunidad mediante el Real Decreto 900/2020, de 9 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.

²³ El 23 de octubre de 2020 habían formulado tal petición al Ejecutivo central las siguientes CCAA: Euskadi, Asturias, Extremadura, Navarra, Cataluña, La Rioja, Melilla, Castilla-La Mancha, Cantabria y la Comunidad Valenciana.

²⁴ Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.

²⁵ Una semana después de su declaración el Gobierno obtuvo la prórroga del estado de alarma solicitada al Congreso de los Diputados, fijándose una duración de seis meses y, asimismo, sus nuevas condiciones rectoras. Inmediatamente a continuación, vio la luz el Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.

IV. REFLEXIONES CONCLUSIVAS

A la luz del recorrido analítico realizado en las páginas precedentes corresponde, a continuación, llevar a cabo una valoración conclusiva sobre el proceso de desescalada acaecido en nuestro país desde el levantamiento del estado de alarma el 21 de junio de 2020. A este respecto, resulta pertinente reiterar que tal decisión, si bien aparece justificada en clave política, puesto que es consecuencia directa de la mengua progresiva de apoyos parlamentarios al Gobierno, no estaba en consonancia con la situación epidemiológica de nuestro país, que en tal momento, se hallaba en la fase II de la desescalada. Asimismo, que la restitución de competencias sanitarias a las CCAA, aun mereciendo una valoración inicialmente positiva, puesto que sitúa el centro de gestión decisional en su ámbito natural desde una perspectiva constitucional y estatutaria, no apareció rodeada de un marco claro y determinante de indicadores rectores de las fases de desescalada²⁶, ni tampoco de la implantación de eficaces instrumentos de coordinación a cargo del Estado central. Como se ha visto, el RDL 21/2020, que traza las líneas maestras de la denominada cogobernanza en la etapa de nueva normalidad, establece diversas previsiones en este sentido, realizando una decidida apuesta a favor del Consejo Interterritorial de Salud como foro llamado a asumir el protagonismo principal. Sin embargo, esa fortaleza se verá sustancialmente modulada en la práctica al verificarse la inexistencia de disposiciones concretas mediante las que el Estado pueda verificar efectivamente que las CCAA cumplen con las obligaciones previstas: rastreo, detección, recursos humanos y sanitarios, planes de contingencia, etc.

²⁶ E. Han et alius, “Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe”, www.thelancet.com, publicado on line el 24 de septiembre de 2020, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32007-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32007-9), llaman la atención sobre un hecho tan relevante como es que el panel de indicadores epidemiológicos, de movilidad y atendiendo a parámetros sociales y económicos diseñado por el Gobierno de España no incorpora ningún criterio de “ponderación explícita en el proceso de toma de decisiones”. Sobre la base de tal premisa, los autores ponen de manifiesto que los responsables políticos, “contando con el consejo de los expertos, deciden cuándo y qué restricciones se relajan”, pero lo hacen “al margen de criterios públicos y explícitos”, con el grave déficit de transparencia que ello implica.

Sobre la base de tales déficits no podemos sino coincidir con la valoración formulada por el editorial de la prestigiosa revista científica *The Lancet*²⁷ publicado el 20 de octubre de 2020 en el que se afirma que a partir del final del confinamiento que se produjo en junio, “algunas autoridades regionales fueron probablemente demasiado rápidas en la reapertura y demasiado lentas en la implementación de un sistema eficiencia de detección y rastreo de casos”. Tomando en consideración lo sucedido con posterioridad, esto es, las cifras de nuevos contagios avanzando sin freno, resulta obvio que “la infraestructura de control epidemiológico a escala local fue insuficiente para controlar futuros rebrotes y limitar la transmisión comunitaria”. En este sentido, “la polarización política y la gobernanza descentralizada” son consideradas como las principales causas que “pudieron obstaculizar la rapidez y la eficiencia de la respuesta de la sanidad pública” en la fase de nueva normalidad, lastrando la puesta en marcha de las medidas pertinentes para frenar la segunda ola de la pandemia que, a diferencia de la primera, no resultaba impredecible. Una respuesta que, por lo demás, no ha sido objeto de una necesaria evaluación independiente²⁸ que señale los fallos cometidos, sí, pero sobre todo, que permita extraer las pertinentes enseñanzas para afrontar en mejores condiciones la gestión de una crisis sanitaria de largo recorrido cuyo final todavía se pospone en el tiempo.

²⁷ “COVID-19 in Spain: a predictable storm?”, www.thelancet.com/public-health, publicado on line el 16 de octubre de 2020, [https://doi.org/10.1016/52468-2667\(20\)30239-5](https://doi.org/10.1016/52468-2667(20)30239-5).

²⁸ Necesidad declarada y reiterada por un nutrido grupo (20) de científicos españoles del máximo nivel. Vid., en este sentido, A. García-Besteiro *et alius*, “The need for an independent evaluation of the COVID-19 response in Spain”, www.thelancet.com, Vol. 396, publicado on line el 22 de agosto de 2020, [https://doi.org/10.1016/50140-6736\(20\)31713-X](https://doi.org/10.1016/50140-6736(20)31713-X). También de los mismos autores, “Evaluation of the COVID.19 response in Spain: principles and requeriments”, www.thelancet.com, publicado on line el 21 de septiembre de 2020, [https://doi.org/10.1016/52468-266\(20\)30208-5](https://doi.org/10.1016/52468-266(20)30208-5).